Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Bartosz Balcerzak

Ocena możliwości kształtowania środowiska w miejscowościach Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich Analiza jakościowa opinii kompetentnych informatorów

Praca doktorska

Promotor: prof. dr hab. med. Janusz Hałuszka
Pracę wykonano w Zakładzie Zdrowia i Środowiska,
Instytutu Zdrowia Publicznego WNoZ UJ CM
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Janusz Hałuszka

Kraków, 2010

Składam podziękowania mojemu promotorowi
Panu prof. dr hab. med. Januszowi Hałuszce
za pomoc w napisaniu niniejszej pracy, wsparcie
oraz niezwykłą cierpliwość.

SPIS TREŚCI

1. WSTĘP 1
1. 1. Uzasadnienie podjęcia tematu 1
1. 2. Cel pracy 5
2. MATERIAŁ i METODY BADAWCZE 6
2.1. Grupa badana 6
2.2. Miejsce przeprowadzenia badań 6
2.3. Zasady i kryteria doboru do próby 6
2.4. Etapy doboru informatorów do badania 7
2.5. Zastosowane metody zbierania materiału 8
2.6. Opracowanie i analiza danych 8
2.7. Uwagi dotyczące prezentowania danych 10
2.8. Zapewnienie ochrony danych osobowych 11
2.9. Uzasadnienie zastosowanej metody zbierania materiału 11
3. WYNIKI 16
3.1. Charakterystyka grupy badanej 16
3.2. Instytucje – przynależność do wyróżnionych sektorów 16
3.2.1. Misja badanych instytucji a prozdrowotne kształtowanie środowiska 18
3.2.2. Działania badanych instytucji a prozdrowotne kształtowanie środowiska 21
3.2.3. Stopień zaangażowania objętych badaniem instytucji w prozdrowotne kształtowanie środowiska 27
3.3. Działania podejmowane na rzecz zdrowia i środowiska 30
3.3.1. Rodzaje wdrażanych działań 30
3. 3. 2. Porównanie wyróżnionych typów działań i ich wzajemne relacje. 48
3.3.4. Bariery w realizacji działań 54
3.4. Proces planowania i ewaluacji podejmowanych działań 61
3.4.1. Identyfikacja problemów i wybór priorytetów 61
3.4.2. Dobór sposobów oddziaływania 68
3.4.3. Ewaluacja działań nakierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia 70
3.5. Współpraca między sektorami 72
3.6. Uczestnictwo społeczności 85
4. OMÓWIENIE WYNIKÓW 95
4.1. Instytucje 95
4.2. Działania podejmowane na rzecz zdrowia i środowiska 101
4.3. Ocena procesu planowania i ewaluacji działań 119
4.4. Współpraca między sektorami 128
4.5. Uczestnictwo społeczności 136
5. PODSUMOWANIE WYNIKÓW 142
6. WNIOSKI 149
7. UWAGI KOŃCOWE 150
8. ANEKS: PROFILE MIAST 151
9. BIBLIOGRAFIA 157
10. WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW 166
11. WYKAZ TABEL 168
12. WYKAZ RYSUNKÓW 169
13. STRESZCZENIE 170
14. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM/SUMMARY 171

1. WSTĘP

1. 1. Uzasadnienie podjęcia tematu

Ludzkie zdrowie zależy między innymi od dostępności oraz jakości pożywienia, wody, powietrza i schronienia. Światowa Organizacja Zdrowia w swoich dokumentach [1] stwierdza, że „środowisko życia jest kamieniem węgielnym dobrego zdrowia". Refleksja, iż środowisko nie jest dobrem, które by można było eksploatować w sposób niczym nieograniczony, doprowadziła przed kilkudziesięciu laty w wielu krajach do **zespolenia troski o jego jakość z koncepcją zdrowia publicznego.** Tymczasem, w państwach Europy Środkowej i Wschodniej do czasu tzw. wielkiej transformacji systemowej **pozytywne działania zarówno w zakresie ochrony zdrowia, jak i środowiska były często hamowane**. Gdy w grę wchodziły względy ekonomiczne, wpływ na środowisko bądź to ignorowano, bądź lekceważono, mimo ostrzeżeń wyrażanych przez specjalistów [2].

Polska nie była tu wyjątkiem. W uzasadnieniu Programu Wieloletniego „Środowisko a Zdrowie" [3] stwierdza się, że **do końca lat osiemdziesiątych XX wieku zarówno problematyka zdrowia, jak i środowiska była w niewielkim stopniu uwzględniona w planowaniu**, a tym bardziej w praktyce rozwoju gospodarczego kraju. Autorzy Programu „Środowisko a Zdrowie" twierdzą, że wynikiem tego zaniedbania jest istnienie obszarów charakteryzujących się dużym stopniem degradacji środowiska. Są to głównie gęsto zaludnione obszary miejsko-przemysłowe. Dostępne dane epidemiologiczne wskazują na większą umieralność ogólną i skrócenie czasu trwania życia ludzi zamieszkałych na tych obszarach. Wyższa jest tam także umieralność na nowotwory, umieralność niemowląt oraz częstość urodzeń z niską masą ciała (ibid.). W ocenie niektórych urbanistów [4] **warunki życia w miastach naszego kraju na początku XXI wieku były gorsze niż w miastach krajów wysoko rozwiniętych**. Jest to o tyle istotne, że według szacunków w tym czasie w polskich miastach żyło już ponad 60% mieszkańców Polski [5]. Sytuacja panująca w miastach zwiększa stopień narażenia mieszkańców na szereg zagrożeń związanych z procesem urbanizacji, pośród których wymienia się: zagrożenia przemysłowe, hałas, ruch drogowy, nielegalne wysypiska śmieci, zmniejszanie się terenów rekreacyjno-wypoczynkowych oraz zanieczyszczenie powietrza, gleby i wody [4]. Według raportu European Environment Agency [6] polskie miasta wciąż wyróżniają się negatywnie ze względu na ponadnormatywną koncentrację pyłu zawieszonego PM_{10}, a w niektórych większych aglomeracjach, takich jak np. Warszawa i Gdańsk ponad połowa mieszkańców narażona jest na hałas. Autorzy cytowanego raportu wskazują na istnienie paradoksu polegającego na tym, że **dzisiejsze**

miasta europejskie umożliwiają wyższy standard życia i dobrobyt, z drugiej strony zaś zawodzą w zapewnianiu odpowiedniej jakości życia (ibid.).

Problematyka kształtowania środowiska miejskiego jest zagadnieniem stanowiącym przedmiot badań przedstawicieli wielu dziedzin [7]. Jedną z perspektyw jest **spojrzenie na miasto przez pryzmat wpływania na zdrowie jego mieszkańców**. Zastosowanie takiej perspektywy również wymaga uczestnictwa specjalistów reprezentujących wiele dyscyplin [8, 9].

Dlatego do rozwiązania problemów środowiskowych powodujących zagrożenia dla zdrowia postuluje się podejście wielodyscyplinarne [np.2, 10, 11]. Znalazło to odzwierciedlenie w modelach zdrowia tworzonych i wykorzystywanych na potrzeby realizacji polityki prozdrowotnej [12, 13, 14].

W przeszłości wielokrotnie zwracano uwagę na **potrzebę intensyfikacji współpracy pomiędzy specjalistami z zakresu ochrony środowiska i praktykami zdrowia publicznego** [15, 16, 17, 18]. Równocześnie w ramach polityki zdrowotnej zauważano tendencję do pomniejszania znaczenia pola czynników środowiskowych w determinowaniu zdrowia [19], natomiast w opinii Światowej Organizacji Zdrowia [20] sprawy zdrowia były zazwyczaj pomijane w publicznych dyskusjach o środowisku i rozwoju gospodarczym, rzadko też przyznawano im wysoką pozycję na liście priorytetów w tworzonych planach rozwoju.

Chociaż od lat gromadzi się dowody wskazujące na bezpośrednie i pośrednie skutki wywierane przez strefy zabudowy na zdrowie publiczne, niektórzy zauważają, że wciąż jeszcze planiści kształtujący miasto oraz specjaliści zdrowia publicznego rzadko współpracują ze sobą [21].

Zastosowania wielodyscyplinarnego podejścia do kształtowania środowiska miejskiego w celu ochrony zdrowia jego mieszkańców jest **wpisane w koncepcję „Zdrowych Miast”**. Idea ta zrodziła się we wczesnych latach osiemdziesiątych XX wieku i przyjęła formę projektu, który został zainicjowany w 1986 roku przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia [22].

Krajowe sieci Zdrowych Miast zaczęły powstawać w późnych latach osiemdziesiątych XX w. jako spontaniczna reakcja na wielkie zapotrzebowanie miast by uczestniczyć w zainicjowanym przez ŚOZ ruchu [23]. Obecnie w samym regionie europejskim należy do nich co najmniej 1300 miast (ibidem). Ruch rozprzestrzenił się także na inne kontynenty i należą do niego miejscowości zrzeszone w sieciach na przykład w obu Amerykach [24],

Izraelu [25], Korei Południowej [26] oraz we francuskojęzycznej Afryce północno-zachodniej [27].

Głównym celem programu „Zdrowe miasta" jest umieszczenie zdrowia wysoko na liście priorytetów, którymi kierują się decydenci przy formułowaniu i realizowaniu programów politycznych. Pośród jedenastu zmian jakościowych, które powinny zostać osiągnięte przez każde „zdrowe miasto", na czołowych miejscach umieszczono zachowanie 'czystego, bezpiecznego, i wysokiej jakości środowiska' oraz utrzymanie 'ekosystemu, stabilnego oraz zrównoważonego w perspektywie długoterminowej' [28].

Projekt ŚOZ Zdrowe Miasta uważa się za ważny wektor rozwijania nowych strategii oraz badań dotyczących kompleksowych zależności istniejących pomiędzy ekosystemami miejskimi, zrównoważonym rozwojem, ludzkim zdrowiem i dobrostanem, co ma zapobiec nie tylko tradycyjnym problemom zdrowotnym dotykającym mieszkańców dawnych miast, ale i zagrożeniom typowym dla państw uprzemysłowionych [29]. Między innymi dlatego działalność europejskiej sieci Zdrowych Miast już w latach dziewięćdziesiątych XX w. starano się powiązać z takimi programami promującymi ideę zrównoważonego rozwoju jak np. „Agenda 21" oraz „Kampania na Rzecz Zrównoważonych Miast" [30].

Dążąc do wprowadzenia zmian jakościowych, zarządzający „zdrowymi miastami" powinni opierać się na następujących zasadach:

- angażowanie się w sprawy zdrowia mieszkańców,
- tworzenie decyzji politycznych sprzyjających wielosektorowej współpracy,
- umocnienie działań międzysektorowych,
- aktywny udział społeczności lokalnej w procesach decyzyjnych,
- stosowanie innowacyjnych rozwiązań,
- kreowanie lokalnej polityki zdrowia publicznego.

Cechy te pokrywają się prawie całkowicie z wymogami ŚOZ dla efektywnego zapobiegania problemom zdrowotnym o pochodzeniu środowiskowym zawartymi w publikacji „Concern for Europe's Tomorrow" [11].

Powszechnie uznaje się, że w kategoriach ilościowych projekt Zdrowe Miasta odniósł nadzwyczajny sukces, mierzony chociażby liczbą miejscowości w nim uczestniczących [31] Istnieją jednak krytycy tego ruchu, którzy utrzymują, że w kategoriach jakościowych zebrano mało dowodów, które bezspornie świadczyłyby o jego sukcesie i efektywności (ibid.). Niektórzy autorzy [32] twierdzą, że przynajmniej te z miejscowości, których uczestnictwo w projekcie można uznać za bardzo zaawansowane, zebrały doświadczenia w integrowaniu

zdrowia z planowaniem urbanistycznym, mogące być wzorcem dobrej praktyki dla miast na całym świecie.

W naszym kraju projekt „Zdrowe Miasta" jest realizowany od 1991 roku. Początkowo miał on postać Polskiej Sieci Zdrowych Miast, zaś od roku 1994 uzyskał status prawny jako Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich [33].

Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich (dalej SZMP) przejęło od projektu europejskiego jego filozofię, misję oraz zadania [28], przez co ubiegło władze administracyjne we wdrażaniu zasad promocji zdrowia, zawartych w Narodowym Programie Zdrowia (dalej: NPZ) , zanim samorządy lokalne zostały ustawowo zobowiązane do realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia [34]. Zarówno wyznaczane przez SZMP cele, jak i dążenie należących do niego miejscowości do uzyskania pożądanych cech, wydają się sprzyjać podejmowaniu inicjatyw, które mogą być przedmiotem analiz prowadzących do oceny procesu realizacji lokalnych działań ukierunkowanych na środowiskowe aspekty zdrowia.

Założenia projektu „Zdrowe Miasta" są zorientowane praktycznie co sprzyja innymi nawiązywaniu współpracy pomiędzy przedstawicielami wielu dziedzin, dzięki czemu odgórnie formułowane cele i zalecenia zawarte w takich dokumentach jak np. Narodowy Program Zdrowia czy wspomniany wyżej Program Wieloletni „Środowisko a Zdrowie" mogą przyjąć postać konkretnych działań.

Owo przejście od teorii do praktyki wymaga jednak od przedstawicieli poszczególnych sektorów **zrozumienia swojej roli** w kompleksowym przedsięwzięciu jakim jest prozdrowotne kształtowanie środowiska miejskiego.

Nawet najlepiej sformułowane zalecenia nie zapewniają osiągnięcia założonego celu, jeśli zawiodą bezpośredni wykonawcy – z braku zrozumienia, osobistego zaangażowania, konfliktu interesów lub z powodu zaistnienia innych barier. Wskazują na to problemy pojawiające się nawet w tych krajach, w których prozdrowotne działania skierowane na czynniki środowiskowe ujmuje się w ramy osobnej dziedziny zwanej zdrowiem środowiskowym (ang. *environmental health*). Niektórzy autorzy [np. 35] stawiają wręcz pytanie, czy dziedzina ta należy do obszaru zdrowia publicznego?

Świadomość istnienia wyżej nakreślonych problemów oraz chęć poznania ułatwień i barier dla wdrażania lokalnych działań skierowanych na środowiskowe aspekty zdrowia były między innymi powodem do podjęcia badań opisywanych w niniejszej pracy.

1. 2. Cel pracy

Celem niniejszego badania był opis i ocena, czy pracownicy instytucji zaangażowanych w prozdrowotne kształtowanie środowiska w wybranych miejscowościach należących do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich planują i wdrażają stosowne działania, zgodne z zasadami zalecanymi w literaturze zdrowia publicznego oraz na jakie bariery i ułatwienia napotykają w tym zakresie.

Od skuteczności świadomego działania tych licznych wykonawców zależy w dużym stopniu to, czy założenia Programu Zdrowe Miasta wyjdą poza sferę szczytnych idei i znajdą odzwierciedlenie w praktyce.

Poznanie uwarunkowań realizacji prozdrowotnych działań nakierowanych na środowisko może poza tym ułatwić poszerzanie wiedzy typu „wiedzieć jak" (ang. „know how"), a tym samym pomóc w rozwijaniu wzorców tzw. „dobrej praktyki".

W badaniu postanowiono sprawdzić następujące **hipotezy**:

Hipoteza 1: Wszystkie instytucje należące do sektora ochrony zdrowia oraz sektora ochrony i kształtowania środowiska wdrażają lokalne działania z obszaru zdrowia publicznego ukierunkowanego na środowiskowe uwarunkowania zdrowia.

Hipoteza 2: W objętych badaniem miastach należących do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich wdrażane są kompleksowe działania, w ramach których łączy się różne strategie oddziaływania w celu poprawy zdrowia społeczności lokalnej.

Hipoteza 3: Proces planowania i oceny interwencji ma charakter racjonalny, zgodny z proponowanymi przez teoretyków zdrowia publicznego modelami.

Hipoteza 4: Działania wdrażane przez instytucje charakteryzują się następującymi cechami wynikającymi z założeń Programu Zdrowe Miasta:

- angażowanie się w sprawy zdrowia (zdrowie jest uznawane za priorytet, także w decyzjach podejmowanych poza sektorem ochrony zdrowia),
- nawiązywanie współpracy międzysektorowej,
- wysoki stopień zaangażowania społeczności lokalnej.

2. MATERIAŁ i METODY BADAWCZE

Prezentowane badanie jest jakościowym, wielokrotnym, eksploracyjnym studium przypadku z pewnymi komponentami ewaluacji.

2.1. Grupa badana

Badanie przeprowadzono w 2002 roku w ramach Projektu KBN nr: 6 P05D 031 20 pt. "*Opracowanie narzędzia analizy uwarunkowań i procesu realizacji lokalnej polityki zdrowotnej w obszarze działań nastawionych na środowiskowe aspekty zdrowia*".
Objęto nim 55 przedstawicieli instytucji zaangażowanych w realizację lokalnych działań z zakresu zdrowia i środowiska w trzech wybranych miejscowościach należących do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich.

2.2. Miejsce przeprowadzenia badań

Jako miejsce do przeprowadzenia badania wybrano trzy miasta należące do Stowarzyszenia, uczestników Programu „Zdrowe Miasta". Krótka charakterystyka tych miejscowości, przygotowana z wykorzystaniem opisów i dokumentów zamieszczonych na ich stronach internetowych została załączona do pracy w postaci aneksu.

2.3. Zasady i kryteria doboru do próby

Wybierając informatorów do badania wdrożono procedurę trzystopniową. Najpierw wybierano miasto, następnie instytucje, w końcu osoby udzielające wywiadów (informatorów). We wszystkich przypadkach zastosowano **nieprobabilistyczną metodę doboru**, co wynikało z jakościowego charakteru zamierzenia badawczego.

Przy wyborze **miejscowości** zastosowano **teoretyczny dobór próby**. Kryterium podstawowym była tu przynależność do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich. Kryteriami dodatkowymi, decydującymi o ostatecznym wyborze trzech miast były:

- duża aktywność w Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich (przypadki A i B),
- niewielkie oddalenie badanych miejscowości od Krakowa (przypadki A i C).

W miejscowości A doboru **instytucji** dokonano stosując metodę **śnieżnej kuli,** rozpoczynając od przeprowadzenia wywiadu z koordynatorką lokalnego programu „Zdrowe Miasto". Realizując badania w miejscowościach B i C zastosowano głównie **teoretyczny dobór próby,** jako kryteria doboru instytucji w tych miejscowościach stosując:

- istotną rolę instytucji w badanym obszarze zdrowia publicznego,
- nieobecność tego typu instytucji w miejscowości A, w której rozpoczęto badania (przy ich spodziewanym znaczeniu dla prozdrowotnego kształtowania środowiska).

Dobór **informatorów** był podyktowany kwestiami teoretycznymi. W pierwszej kolejności w każdym z miast przeprowadzano wywiad z osobą pełniącą rolę koordynatora lokalnego programu „Zdrowe Miasto". Rekrutując przedstawicieli wybranych instytucji, zwracano się najpierw z prośbą o uczestnictwo w badaniu do osoby kierującej daną jednostką, a w razie odmowy udzielenia przez nią wywiadu proszono o wskazanie innej osoby, która byłaby kompetentna w udzieleniu informacji zbieranych w ramach projektu badawczego.

W dwóch przypadkach osoby udzielające wywiadu uzależniły swój udział w badaniu od obecności współpracownika, który mógłby uzupełnić ich wypowiedzi. W jednym przypadku badany poprosił swoich współpracowników o uzupełnienie przekazanych przez niego informacji w trakcie udzielanego wywiadu.

2.4. Etapy doboru informatorów do badania

1. Przekazanie pisemnej informacji o celu i sposobie przeprowadzenia badania pracownikom Biura Zarządu Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich.
2. Prezentacja projektu badawczego na X Konferencji Zdrowych Miast Polskich w Inowrocławiu.
3. Przekazanie lokalnym koordynatorom programów „Zdrowe Miasto" pisemnej informacji o celu i sposobie przeprowadzenia badań.
4. W przypadku miejscowości A, wystąpienie (na życzenie lokalnej koordynatorki programu) o poparcie badań przez Prezydenta Miasta.
5. Przesłanie informacji o celu i sposobie realizacji badań dyrektorom instytucji zaangażowanych w działania na rzecz zdrowia i środowiska, wskazanych przez lokalnego koordynatora programu „Zdrowe Miasto" w miejscowości A.
6. Zorganizowanie spotkania wstępnego dla przedstawicieli instytucji zaangażowanych w działania na rzecz zdrowia i środowiska w miejscowości A, prezentacja projektu

badawczego, dyskusja nad warunkami uczestnictwa, ustalenie harmonogramu spotkań.

7. Przeprowadzenie wywiadów z informatorami z miejscowości A.
8. Ustalenie terminów spotkań z lokalnymi koordynatorami programu „Zdrowe Miasto" w miejscowościach B i C.
9. Telefoniczny kontakt z przedstawicielami wybranych instytucji w miejscowościach B i C.
10. Przeprowadzenie wywiadów z informatorami z miejscowościach B i C w uzgodnionym terminie.

2.5. Zastosowane metody zbierania materiału

Materiał do analizy zebrano metodą wywiadu częściowo skategoryzowanego. Wybrana metoda wynikała z założonego eksploracyjnego i opisowego charakteru badań.

Zebrano 48 wywiadów indywidualnych i 3 wywiady grupowe. Wywiady zostały przeprowadzone z użyciem wykazu problemów podzielonego na następujące sekcje:

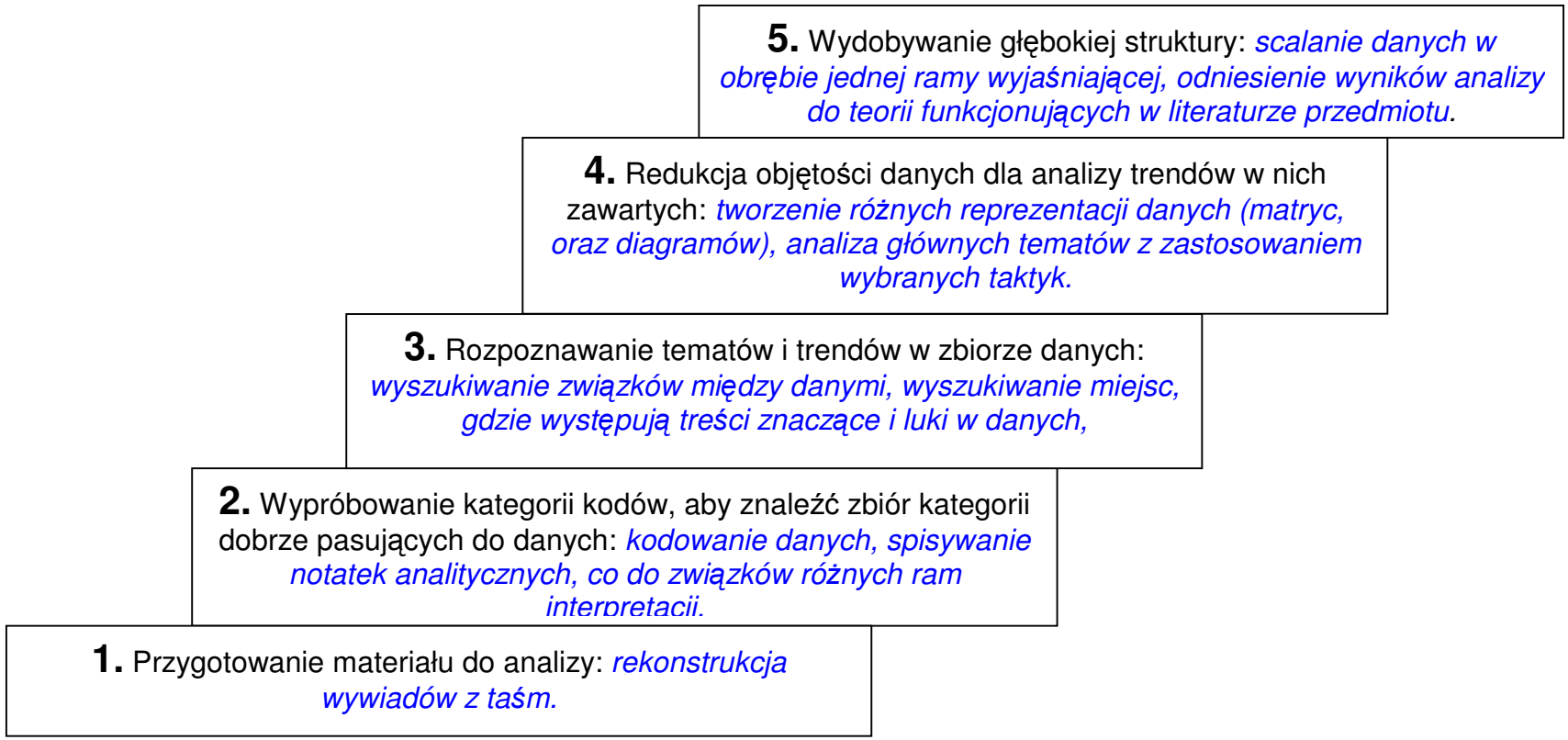
1. pytania wprowadzające,
2. pytania o identyfikację środowiskowych zagrożeń zdrowia,
3. pytania o rodzaje działań nakierowanych na zdrowie i środowisko podejmowane przez instytucję,
4. pytania o planowanie i ocenę działań,
5. pytania o współpracę pomiędzy instytucjami,
6. pytania o dokumenty i programy lokalnej polityki prozdrowotnej,
7. ocena zastosowanej metody badania.

Do rejestracji wywiadów zastosowano dyktafon.

2.6. Opracowanie i analiza danych

Wykorzystując koncepcję drabiny analitycznej abstrakcji [36] na rysunku (Rys. 1) przedstawiono zastosowany sposób postępowania przy jakościowej analizie zebranego materiału.

Pierwszym krokiem było spisanie wywiadów z taśm magnetofonowych przez specjalnie przeszkolone do tego celu osoby. Następnie kodowano dane przy użyciu oprogramowania do analizy danych jakościowych „QRS N6". Zakodowane dane poddano analizie jakościowej



Rys. 1. Kroki postępowania analitycznego podjęte w ramach niniejszych badań (opracowanie własne na podstawie „drabiny analitycznej abstrakcji” [36])

w celu rozpoznania dominujących tematów i trendów z wykorzystaniem narzędzi edytora tekstu Microsoft Word . Dokonano także prostej analizy ilościowej.

Kolejnym krokiem było stworzenie różnych form reprezentacji danych z wykorzystaniem narzędzi programu „Microsoft Word". Wykorzystanymi formatami reprezentacji danych były (terminologia za: Miles i Huberman [37]):

- diagramy,
- matryce jako listy kontrolne,
- matryce uporządkowane pojęciowo.

W celu wyciągnięcia wniosków użyto następujących taktyk analizy materiału (terminologia j.w.):

- grupowanie,
- dostrzeganie wzorców czy tematów,
- przechodzenie od szczegółu do ogółu,
- zliczanie,
- dokonywanie porównań/tworzenie kontrastów,
- dzielenie zmiennych,
- podciąganie przykładów szczegółowych pod pojęcie ogólne.

2.7. Uwagi dotyczące prezentowania danych

Istotą przedstawiania danych jakościowych jest tworzenie ich reprezentacji. Miles i Huberman [37] definiują reprezentację jako „wizualną postać, która przedstawia w systematyczny sposób jakieś informacje tak, aby użytkownik mógł wyciągnąć wnioski i podjąć odpowiednie działania." W przypadku badań terenowych typowym sposobem reprezentacji jest długi tekst, jednak niezredukowany tekst jest słabą i nieporęczną formą reprezentacji danych [37]. W przypadku niniejszych badań przedstawienie wszystkich zebranych wypowiedzi nie byłoby możliwie chociażby z powodu ogromu zebranego materiału (ponad 1000 stron maszynopisu).

Wraz z wznoszeniem się na kolejne poziomy analizy (Rys. 1) coraz bardziej odchodzono od surowego tekstu wywiadów. Powstałe w trakcie analizy reprezentacje (głównie diagramy i matryce), zawierają bardziej „upakowane" i uporządkowane dane, co znacznie ułatwia ich przedstawianie.

W wielu miejscach zdecydowano się jednak na zacytowanie wypowiedzi informatorów wprost. Powodem była chęć przedstawienia rzeczywistego doświadczenia uczestników procesu prozdrowotnego kształtowania środowiska. Niekiedy ważne było zwrócenie uwagi na zastosowaną przez osobę badaną metaforę albo postawę wartą przedyskutowania.

We wszystkich tych miejscach, gdzie cytuje się nieprzetworzoną wypowiedź informatora, ujęto ją w cudzysłów i zastosowano *kursywę*. Jeśli w wypowiedzi dokonano pewnych zmian, np. usunięto z nich nieistotny dla przedstawianej kwestii fragment, zasygnalizowano to przez użycie nawiasu „( )". Miejsca, gdzie parafrazuje się wypowiedzi osób badanych, nie zostały wyróżnione inną czcionką. Kursywy oraz cudzysłowu użyto także wszędzie tam, gdzie prezentuje się wyrażenia, zwroty oraz pojęcia użyte bezpośrednio przez informatorów. Zabiegu tego dokonano, aby czytelnik mógł zorientować się, który z użytych terminów pochodzi od osób badanych, a który został zastosowany przez autora opracowania w procesie interpretowania analizowanego materiału.

2.8. Zapewnienie ochrony danych osobowych

Etap rekrutacji informatorów okazał się najbardziej krytyczny dla planowej realizacji projektu. Podczas spotkania wstępnego z przedstawicielami instytucji wskazanych przez lokalnego koordynatora programu Zdrowe Miasto w miejscowości A część przyszłych informatorów zgłosiła zastrzeżenia wobec przyjętej procedury badawczej. Uważali oni, że ukrycie personaliów osoby udzielającej wywiadu przy jednoczesnym podaniu pełnionej przez nią funkcji, nazwy instytucji oraz miejscowości, w której przeprowadzono badania, nie gwarantuje dostatecznej poufności. Ponieważ **poufność stała się jednym z warunków przystąpienia większości informatorów do badań,** zagwarantowano, że w opracowaniach prezentujących wyniki niniejszych badań nie zostaną zaprezentowane ani personalia informatorów, ani i nazwy miejscowości, zaś nazwy niektórych instytucji (np. zakładów przemysłowych) zostaną sparafrazowane.

2.9. Uzasadnienie zastosowanej metody zbierania materiału

Metodą zbierania materiału zastosowaną w niniejszych badaniach była metoda wywiadu jakościowego. Stosowanie takiej metody sugeruje się w przypadkach tematów badawczych

oraz studiów społecznych, które nie poddają się prostemu ujęciu ilościowemu. W przypadku niniejszej pracy o eksploracyjnym i jakościowym charakterze badań przesądziły m.in.:

- brak jasno sprecyzowanego stanowiska co do rodzajów i liczby instytucji budujących infrastrukturę zdrowia publicznego w Polsce [38],
- ciągła ewolucja dziedziny zdrowia publicznego w Polsce i poza naszym krajem, z czego wynikają problemy ze zdefiniowaniem pojęcia „zdrowie publiczne" [39],
- problemy z umieszczeniem wszystkich działań skierowanych na środowiskowe aspekty zdrowia w obszarze praktyk zdrowia publicznego [35],
- brak badań naukowych nad działaniami z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowiska w Polsce.

Babbie [40] wyróżnia kilka paradygmatów jakościowych badań, wśród nich znajduje się zastosowana tu metoda **rozszerzonych przypadków**.

Generalnie jedną z największych zalet badań jakościowych jest to, że kładzie się w nich nacisk na specyficzny przypadek, tj. wyraźne i wyodrębnione zjawisko osadzone we własnym kontekście [37]. Jakościowe studium przypadku charakteryzuje się tym, że badacz spędza wiele czasu w terenie, stykając się z działaniami i przedsięwzięciami w obrębie danego przypadku, rozmyślając i rewidując opinię o tym, co się dzieje [41]. Pobieranie prób w obrębie przypadku pozwala nam więc spostrzegać lokalne konfiguracje w pewnej głębi [37] .

W prezentowanej pracy należało przede wszystkim znaleźć odpowiedź na pytania dotyczące instytucji działających na poziomie lokalnym w obszarze działań skierowanych na środowiskowe determinanty zdrowia oraz wdrażanych przez te instytucje praktyk. Za „teren" niniejszych badań obrano miejscowości należące do SZMP ze względu na wcześniej już wymienione cechy. Należy podkreślić, że **nie było celem porównanie miejscowości należących do Stowarzyszenia z miejscowościami do niego nienależącymi**. Niniejsze praca koncentruje się na działaniach z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowisk i prezentowane badania mogłyby zostać wprawdzie przeprowadzone w miejscowościach nienależących do SZMP, jednak ze względu na wspomniany powyżej innowacyjny charakter Zdrowych Miast spodziewano się, że właśnie w ich obrębie zostanie znaleziony szeroki wachlarz instytucji działających na rzecz zdrowia i środowiska i wdrażających interwencje o dużym stopniu różnorodności. Innymi słowy, Zdrowe Miasta zostały tu z góry potraktowane jako skarbce **praktycznej wiedzy** (typu „*know how*") oraz **miejsca „dobrej praktyki"** w badanym obszarze.

W zasadzie można by się starać zrealizować założone cele badawcze w jednej miejscowości należącej do SZMP, stosując ramę studium pojedynczego przypadku. Z kilku, wymienionych poniżej, względów zadecydowano jednak o realizacji badań w trzech miastach.

Zastosowanie metody rozszerzonych przypadków **miało zmniejszyć prawdopodobieństwo, że jakaś ważna dla badanego obszaru działań instytucja nie zostanie rozpoznana** ze względu na jej nieobecność w miejscowości wybranej do badań. W trakcie badań okazało się, iż obawy takie były w pełni uzasadnione. Przykładowo w mieście A (od którego rozpoczęto badania), a także w mieście B praktycznie nie działały żadne organizacje reprezentujące najbardziej popularne społeczne ruchy ekologiczne.

Przede wszystkim jednak pobieranie prób w odniesieniu do różnorakich przypadków **przydaje wynikom wiarygodności**. Przez rozpatrzenie pewnego zakresu przypadków podobnych do siebie albo takich, które stanowią swoje przeciwieństwo, można lepiej zrozumieć wyniki dotyczące pojedynczych przypadków, ugruntowując je poprzez wyszczególnienie jak, gdzie, i jeśli to możliwe, dlaczego dany przypadek zachowuje się tak, a nie inaczej. Zgromadzenie danych z trzech miast miało też **umożliwić zastosowanie pewnych strategii analizy materiału,** takich jak np. rekomendowane przez Milesa i Hubermana [37]: *dokonywanie porównań/tworzenie kontrastów*, *grupowanie*, *replikacja wyników* i innych. W ten sposób między innymi próbuje się **zwiększyć precyzję, wiarygodność i stałość wyników oraz ufność**, że teoria wyłaniająca się z badań jest teorią ogólną, ponieważ widzieliśmy, jak działa (i jak nie działa) w możliwy do przewidzenia sposób (ibid.).

Gdy wybiera się metodę rozszerzonych przypadków, należy podjąć decyzję co do ich liczby. Taka decyzja musiała również zapaść na początku tych badań. Odpowiedzi na pytanie o to, ile przypadków powinno zawierać studium różnorakich przypadków, nie można według Milesa i Hubermana [37] uzyskać na gruncie statystycznym. Według tych autorów kwestię tę powinno się rozwiązywać na gruncie teoretycznym: ile przypadków, pobranych w pewnej ramie doboru prób, pozwoli nam mieć zaufanie do naszych analitycznych uogólnień? W niniejszych badaniach uznano, iż liczba trzech przypadków z jednej strony zwiększy zaufanie do wyników, z drugiej zaś **zagwarantuje ich wykonalność**, istniała bowiem obawa, że przekroczenie tej liczby może pociągnąć za sobą taki wzrost liczby instytucji i reprezentujących je informatorów, że analiza jakościowa stanie się niewykonalna. Ostatecznie o faktycznej wielkości próby badanej (51 wywiadów) zadecydowało to drugie

kryterium, a i tak wielkość oraz zróżnicowanie zebranego materiału wpłynęły na proces jego analizy i spowodowały rozciągniecie tej fazy projektu w czasie.

Po decyzji o liczbie miast uczestniczących w badaniu należało zadecydować o tym, które to mają być miasta. Innymi słowy, należało określić tryb oraz procedury doboru próby. Rodzaj postawionych pytań badawczych oraz wielkość próby badanej (wynikająca z troski o wykonalność badań) uprawniały jedynie nieprobabilistyczny sposób doboru próby.

Istnieje kilka sposobów nieprobabilistycznego doboru próby, w niniejszym badaniu zastosowano kilka z nich.

Decyzja o wyborze do badania jedynie miejscowości należących do SZMP nosi oznaki teoretycznego doboru próby. Według Silvermana [42] jedyna różnica pomiędzy tego typu doborem a doborem celowym jest taka, iż w przypadku tego drugiego „cel", którym się kierujemy przy doborze próby, nie zostaje określony z uwzględnieniem teorii. Jennifer Mason [43] istotę związku pomiędzy tymi dwiema procedurami wyjaśnia następująco: „Teoretyczny dobór próby jest równoznaczny z dokonaniem wyboru grup lub kategorii badawczych na podstawie ich znaczenia dla twoich pytań badawczych oraz zaplecza teoretycznego […] i, co najważniejsze, dla wyjaśnień, które rozwijasz."

Ponieważ decyzję o wyborze miejscowości należących do SZMP, jak już wspomniano, podjęto na podstawie wiedzy o cechach badanej populacji oraz mając na względzie naukowy i praktyczny cel badań, można przyjąć, iż kierowano się tu nie tyle logiką statystyczną, co właśnie logiką zgodną z przyjętą teorią. Wyłonienie trzech konkretnych miejscowości, uczestników badań, było rezultatem współpracy z Biurem Zarządu Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, prezentacji projektu badawczego na X Konferencji Zdrowych Miast Polskich w Inowrocławiu oraz rozmów z koordynatorami lokalnymi.

Osoba lokalnego koordynatora programu „Zdrowe Miasto" była pierwszą z którą przeprowadzano wywiad w danej miejscowości. Dalszy dobór informatorów [1] prowadzony był **metodą kuli śnieżnej** (*snowball sampling*). W metodzie tej, używanej przede wszystkim w badaniach eksploracyjnych, zbiera się dane o kilku członkach badanej populacji, których można odszukać, a następnie prosi się te osoby o dostarczenie informacji potrzebnych do znalezienia innych członków tej populacji, których akurat znają. Ta procedura jest właściwa wtedy, gdy trudno jest odszukać członków jakiejś specyficznej populacji [40]. W przypadku niniejszych badań zastosowano ją, albowiem przed ich rozpoczęciem nie była znana pełna lista aktorów zaangażowanych w lokalne działania w obszarze zdrowia i środowiska. Zgodnie

[1] Za informatorów uważa się członków danej grupy, którzy mogą wypowiadać się o niej bezpośrednio. Odróżnia się ich od respondentów, którzy dostarczają informacji o sobie [40].

z przyjętą procedurą lokalni koordynatorzy programu „Zdrowe Miasto" wskazywali podmioty, które, zgodnie z ich wiedzą, współpracowały w ramach tego programu, wdrażając działania nakierowane na środowiskowe aspekty zdrowia.

Miles i Huberman [37] zwracają uwagę na to, że próbki w badaniach jakościowych zwykle nie są w całości wstępnie określone i kiedy rozpoczynają się badania terenowe, mogą podlegać ewolucji. Często więc mamy do czynienia z sekwencyjnym pobieraniem próbek, **kierowanym koncepcją badań**. Tak też stało się w przypadku niniejszych badań, gdzie jako technikę uzupełniającą po raz kolejny zastosowano **teoretyczny dobór próby**. Na tym etapie taka procedura służyła trzem celom. Pierwszym było **zabezpieczenie przed sytuacją pominięcia jakiejś ważnej instytucji lub grupy w wypadku niewskazania na nią przez innych uczestników badania**. O doborze takiej instytucji lub grupy do badania decydował wówczas badacz wykorzystując swą wiedzę o badanym obszarze. Drugim celem było **wypełnienie ram wyznaczonych przez zastosowany paradygmat metody rozszerzonych przypadków**. Stąd jeśli w pierwszej miejscowości przeprowadzono wywiad z przedstawicielem danej instytucji, to starano się zrobić to samo w pozostałych. Takie postępowanie miało prowadzić nie tylko do zbierania po kilka wywiadów od informatorów tej samej kategorii, ale także do gromadzenia kolejnych egzemplarzy doświadczeń (działań, procedur itp.) tego samego typu.

Czyli także wybór osoby informatora był bardziej podyktowany kwestiami teoretycznymi, a nie troską o „reprezentatywność" próbki. Omawiając „pobierania próbek zależne od teorii" [44] zwracają uwagę na to, że aby dotrzeć do danego pojęcia/konstruktu, trzeba dostrzec różne jego egzemplarze w różnym czasie, w różnym miejscu, u różnych ludzi. Sprawą pierwszorzędną są tu warunki, w jakich działa dany konstrukt lub teoria, a nie generalizacja wyników badań na inne otoczenie [37] .

3. WYNIKI

3.1. Charakterystyka grupy badanej

Największą liczbę wywiadów zebrano od informatorów reprezentujących Urzędy Miast (n=11), po czym organizacje pozarządowe (n=9), inspekcje (n=8), rady miast lub dzielnic (n=7), drukowane środki masowego przekazu (n=6), przedsiębiorstwa usługowe (n=5), w końcu zaś jednostki przemysłowo-gospodarcze (n=4).

Dwadzieścia trzy objęte badaniem osoby piastowały wysokie stanowisko w danej instytucji (dyrektor, prezes, członek zarządu, redaktor naczelny itp.), dziewiętnaście pracowało na pozycji kierownika (działu, sekcji itp.), pozostali byli pracownikami szeregowymi.

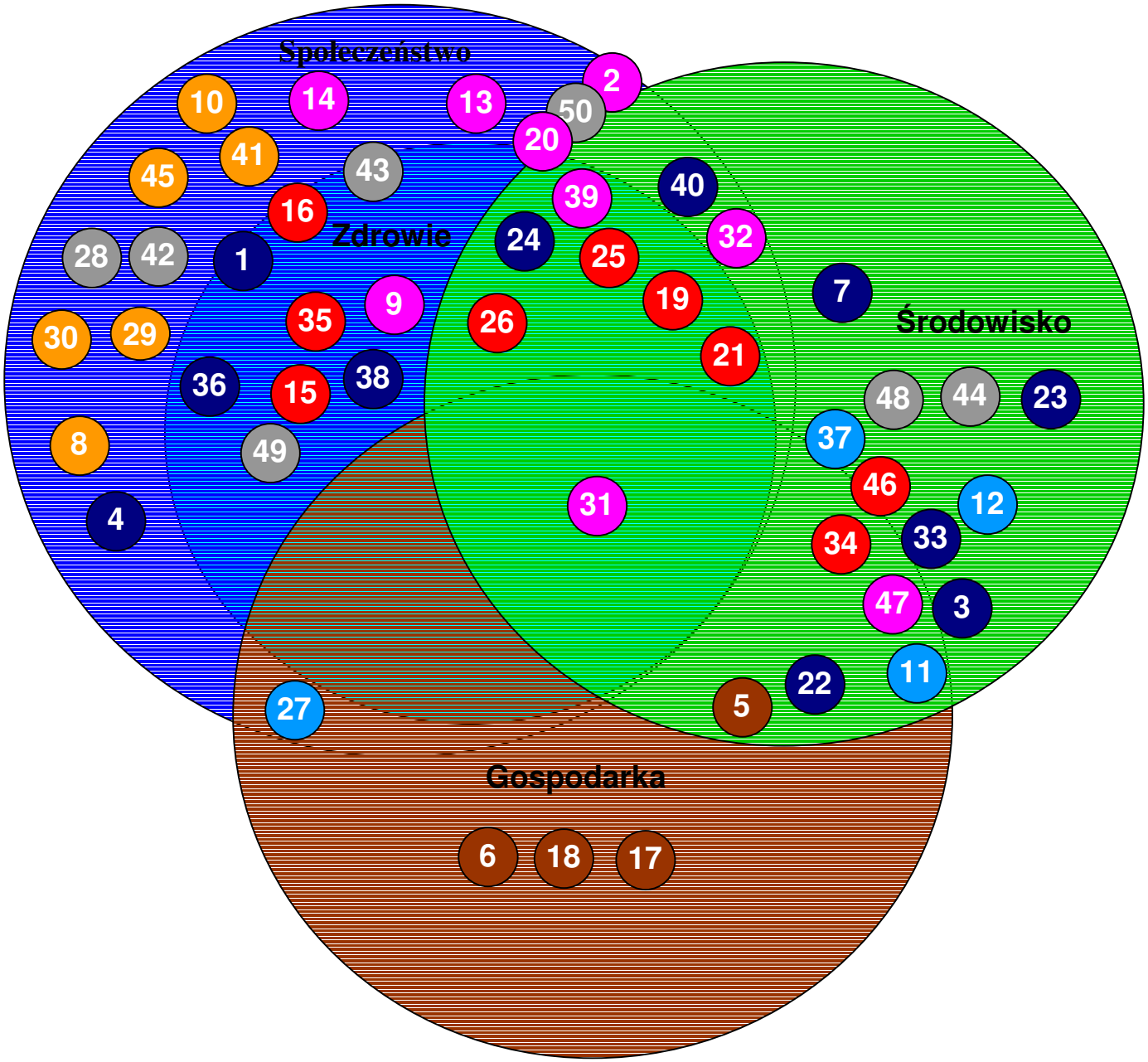
3.2. Instytucje – przynależność do wyróżnionych sektorów

Jednym z tematów niniejszej pracy (a także kryterium oceny działań, ujętym w hipotezie 4) jest współpraca międzysektorowa, dlatego w wyniku analizy jakościowej podmioty objęte badaniem przypisano do jednego z czterech wyróżnionych sektorów: **„społeczeństwo**”, „**zdrowie**”, „**środowisko**” i „**gospodarka**” (Rys. 2).

Sektory te wyróżniono w oparciu o Model Zrównoważonego Rozwoju Społeczeństwa (ang. *Model of Human Developement*), którego autorem jest Trevor Hancock [13], oraz propozycję Bazylego Poskrobko [45], który sektor zdrowia włącza do szerszego systemu „społeczeństwo”.

Według wymienionych autorów [13, 45] **zrównoważony rozwój społeczeństwa zależy od jakości i wzajemnych relacji wyróżnionych systemów**.

Przedstawione na diagramie (Rys. 2) **systemy przecinają się, tworząc wspólne obszary**. Jedynie pomiędzy dwoma systemami: „społeczeństwo” i „zdrowie” istnieje relacja zawierania. Zgodnie z przyjętą koncepcją **system „zdrowie” zawiera się w systemie „społeczeństwo”**.



Rys. 2. Przynależność badanych instytucji do jednego z systemów kształtujących zrównoważony rozwój, ze względu na ich misję, sformułowaną przez informatorów

Legenda do Rys. 2 i Rys.3

1
Wydział Zdrowia UM (A)
2 PZP (A)
3 WOŚ UM (A)
4 Wydział Edukacji UM (A)
5 Kopalnia piasku (A)
6 Huta (A)
7 Wydział Urbanistyki i Architektury UM (A)
8 „Siedem Dni Miasta" (A)
9 OSP (A)
10 „Przegląd Tygodniowy"(A)
11 MPO (A)
12 Firma prywatna „Zieleń i Środowisko" (A)
13 ZHP (A)
14 PZD (A)
15 PSSE (Dział Epidemiologii i Chorób Zakaźnych) (A)
16 PSSE (Dział Oświaty i Wychowania) (A)
17 Zakłady chemiczne (A)
18 Zakład górniczo-energetyczny (A)
19 PSSE (Dział Nadzoru Pracy) (A)
20 Fundacja na rzecz Rozwoju Regionu (A)
21 PSSE (Dział Higieny Komunalnej) (A)
22 Wydział Nieruchomości (A)
23 Wydział Inżynierii Miejskiej (A)
24 Wydział Zarządzania Kryzysowego (A)
25 Państwowa Straż Pożarna (A)
26 PSSE (Dział Kontroli Żywienia i Obrotu Przedmiotami Użytku Codziennego) (A)
27 MPK (A)
28 Rada Miasta (A)
29 Dziennik Ogólnopolski (C)
30 Gazeta Ogólnopolska (C)
31 Fundacja Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju (C)
32 Fundacja Wspierania Działań Prośrodowiskowych (C)
33 Wydział Ochrony Środowiska UM (C)
34 PIOŚ (C)
35 PSSE (C)
36 Wydział Zdrowia UM (C)
37 Prywatna firma konsultingowa (B)
38 Wydział Zdrowia UM (B)
39 Stowarzyszenie Cyklistów (B)
40 Wydział Ochrony Środowiska UM (B)
41 „Aktualności Miejskie" (B)
42 Rada Miasta (B)
43 RM Komisja Problemowa ds. Zdrowia (B)
44 Zarząd Miasta (B)
45 „Miejski Tydzień" (B)
46 PIOŚ (B)
47 Związek Czystych Miejscowości (B)
48 RM Komisja Problemowa ds. Ochrony Środowiska (B)
49 RM Komisja Problemowa ds. Zdrowia (C)
50 Rada dzielnicy (A)

3.2.1. Misja badanych instytucji a prozdrowotne kształtowanie środowiska

Podmioty objęte badaniem przyporządkowano do sektorów, analizując odpowiedzi na jedno z pytań zadawanych na początku wywiadu (Rys. 2), które dotyczyło **misji badanej instytucji**.

Jeśli z wypowiedzi informatora wynikało, że misja danej instytucji wiązała się z **kształtowaniem środowiska**, jej numer porządkowy, nadawany w trakcie przeprowadzania każdego kolejnego wywiadu, umieszczano wewnątrz okręgu obrazującego system **„środowisko”**, jeśli z **kształtowaniem zdrowia mieszkańców** numer danej instytucji umiejscawiano w obrębie systemu **„zdrowie”**, jeśli zaś z **działalnością gospodarczą** instytucję zaliczano do systemu **„gospodarka”**. W obrębie systemu „społeczeństwo” umieszczono te instytucje, których misja była związana z pełnieniem innych funkcji społecznych (np. edukacja).

Numer porządkowy każdego z objętych badaniem podmiotów wpisano w niewielkie kółko. Kolory kółek oddają przynależność danego podmiotu do jednego z siedmiu typów instytucji:

- wydziały urzędów miast – **kolor granatowy**,
- organizacje pozarządowe – **kolor różowy**,
- inspekcje – **kolor czerwony**,
- rady miast lub dzielnic – **kolor szary**,
- drukowane środki masowego przekazu – **kolor pomarańczowy**,
- przedsiębiorstwa usługowe – **kolor niebieski**,
- jednostki przemysłowo-gospodarcze – **kolor brązowy**.

Przedstawiciele wielu instytucji sformułowali ich misje oraz cele w sposób uniemożliwiający jednoznaczne przyporządkowanie danego podmiotu wyłącznie do jednego z systemów. W takich przypadkach umiejscawiano jego numer porządkowy w którymś z obszarów wspólnych, powstałych w miejscu nakładania się systemów. Dla przykładu postąpiono tak w przypadku Działu Higieny Pracy PSSE (nr 19), który według jego przedstawicielki był:

„(...) *powołany do nadzoru nad warunkami pracy w zakładach pracy. Ochrona człowieka*.”

Wyróżniono też pewną liczbę instytucji „granicznych”. Były to instytucje, których przedstawiciele sformułowali misję w kategoriach pozwalających wprawdzie na ich przyporządkowanie do jednego sektora, ale pewne wspomniane aspekty działalności zbliżały

dany podmiot także do innego sektora. Za przykład może posłużyć Fundacja na Rzecz Rozwoju Regionu, której głównym celem było organizowanie oraz udzielanie wsparcia różnym inicjatywom społecznym, z których część dotyczyła kształtowania środowiska w miejscowości A lub też zdrowia jej mieszkańców. W wyniku tak sformułowanego celu numer porządkowy Fundacji został wprawdzie umieszczony w systemie „społeczeństwo", ale styka się on także z okręgami ograniczającymi obszary systemów „zdrowie" i „środowisko".

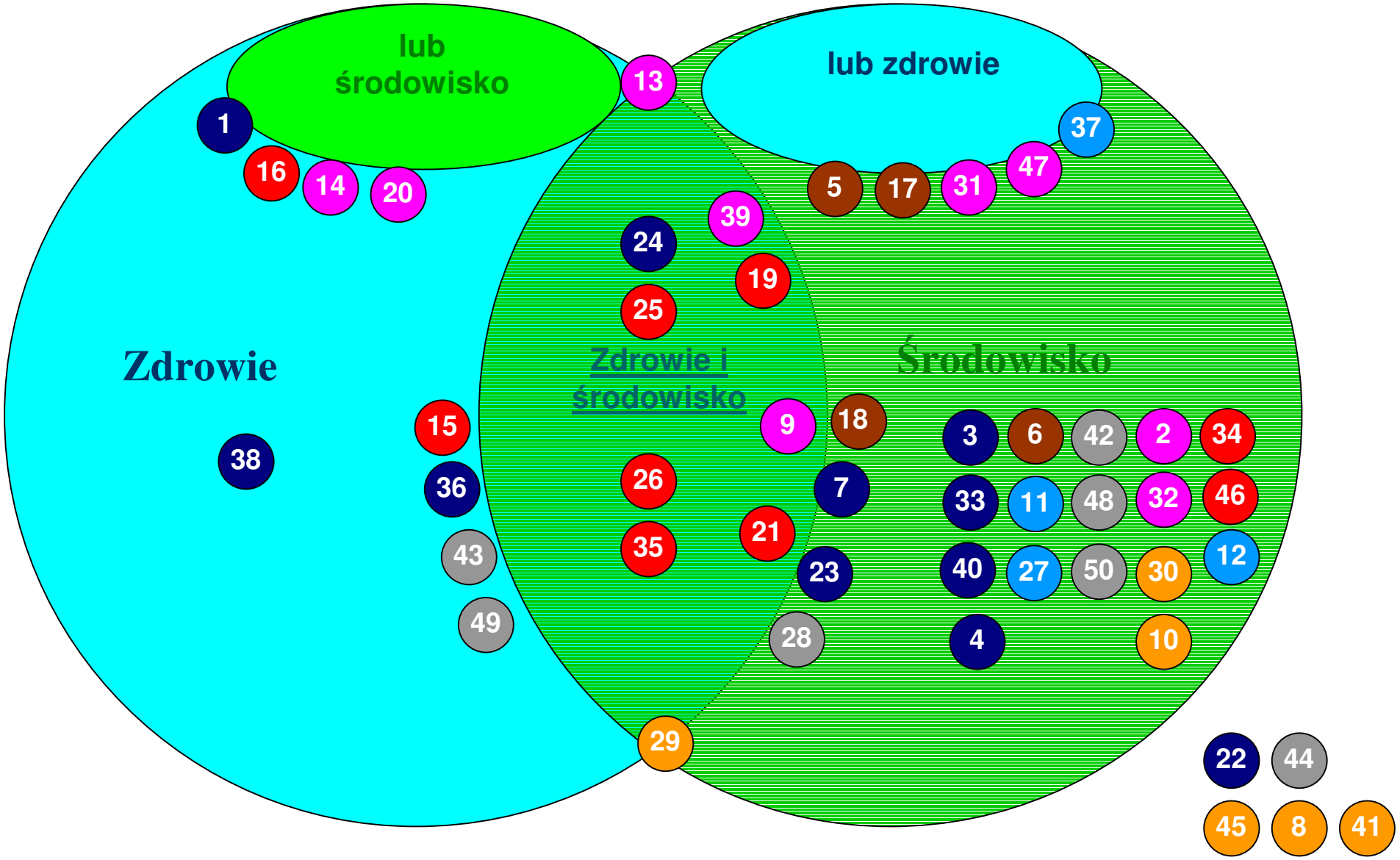
Wyjaśnienia wymaga tu umiejscowienie instytucji na styku systemów „zdrowie" i „społeczeństwo", jako że – jak już wspomniano – ten pierwszy zawiera się w drugim czyli jest jego podsystemem. W obszarze należącym jedynie do systemu „społeczeństwo" umieszczono te instytucje, w których deklarowane: misja oraz cele koncentrowały się zasadniczo na kwestiach społecznych innych niż zdrowie. Dobrym przykładem jest prasa lokalna. Przedstawiciele większości gazet stwierdzili, że ich misją jest informowanie bądź edukacja społeczeństwa.

W przypadku trzech podmiotów umieszczonych na granicy systemów „społeczeństwo" i „zdrowie" informatorzy sformułowali ich misję tak, że zasadniczo dotyczyła ona kwestii zdrowotnych, równocześnie jednak podkreślili jakiś aspekt, który odnosił się do innych kwestii społecznych, np. edukacji lub pomocy społecznej.

Także położenie numerów porządkowych tych instytucji, które pozostają w obrębie jednego systemu ilustruje przesunięcie ich misji ku innym sektorom. Uzyskany obraz (Rys. 2) ilustruje różnorodność podmiotów objętych badaniem.

Do obszaru wspólnego dla systemów „zdrowie" i „środowisko" (najbardziej interesującego ze względu na cel przedstawianych badań) zostało przyporządkowanych **sześć** podmiotów: trzy działy powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (dalej: PSSE), oddział PSP, Wydział Zarządzania Kryzysowego UM oraz Stowarzyszenie Cyklistów.

Jedyną instytucją, która znalazła się w obszarze wspólnym dla sektorów: „gospodarka", „środowisko" i „zdrowie" (a więc i „społeczeństwo") jest Fundacja Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju działająca w mieście C. Jej misja została sformułowana jako „*wspieranie lokalnych działań w zakresie zrównoważonego rozwoju*".



Rys 3. Zainteresowanie badanych instytucji zagadnieniami zdrowia i środowiska

Podkreślenie – najbardziej interesujące w świetle celu niniejszych badań pole działań skierowanych na prozdrowotne kształtowanie środowiska

3.2.2. Działania badanych instytucji a prozdrowotne kształtowanie środowiska

Po uzyskaniu odpowiedzi na temat misji i zadań badanej instytucji, we wstępnej części wywiadu pytano o to, **czy podejmowane przez nią działania odnoszą się do środowiskowych zagrożeń zdrowia** lub innych aspektów wpływu środowiska na zdrowie.

Analiza wypowiedzi na ten temat pozwoliła na stworzenie diagramu (Rys. 3), na którym przedstawiono to, w jakim stopniu deklarowana działalność badanych podmiotów dotyczy kwestii prozdrowotnego kształtowania środowiska.

W polu „środowisko" umieszczono numery porządkowe 26 instytucji, które **koncentrowały się na działaniach skierowanych na problemy środowiska fizycznego**[2]. Wśród nich znalazły się:

- wydziały urzędów miast (n=6, **wyróżnione kolorem granatowym**),
- jednostki gospodarcze (n=4, **kolor brązowy**),
- organizacje pozarządowe (n=4, **kolor różowy**),
- przedsiębiorstwa i firmy usługowe (n=4, **kolor niebieski**),
- Komisje Problemowe Rad Miasta (n=4, **kolor szary**),
- inspekcje (n=2, **kolor czerwony**),
- gazety lokalne (n=2, **kolor pomarańczowy**).

Przedstawiciele tych instytucji deklarowali zainteresowanie **głównie kwestiami związanymi z ochroną środowiska**.

Niektórzy **nie wykluczali wpływu swojej działalności na zdrowie mieszkańców** w dalszej perspektywie czasowej, jednak mniej lub bardziej zdecydowanie podkreślali, że **kształtowanie ludzkiego zdrowia nie leży w kompetencjach reprezentowanej instytucji** i jako takie nie jest przedmiotem ich zainteresowania.

Za ilustrację może posłużyć tu odpowiedź reprezentanta Wydziału Ochrony Środowiska na pytanie o to, czy pracownicy tej komórki Urzędu Miasta B zajmują się w swojej działalności środowiskowymi zagrożeniami zdrowia?

*„Znaczy **my raczej nie** (...). **Są od tego praktycznie jeszcze inne wydziały** na przykład Wydział Zdrowia, który się tym szczegółowo zajmuje i jak również Wydział Zarządzania*

[2] **Środowisko fizyczne** jest definiowane jako zespół tych elementów, które mogą być postrzegane przy pomocy zmysłu wzroku, dotyku, słuchu, powonienia lub smaku [46]. Zwraca się równocześnie uwagę na to, że niektóre z czynników środowiska fizycznego, jak np. pewne rodzaje promieniowania, mogą być trudne do zarejestrowania przez ludzkie zmysły. Jeśli nawet tak się dzieje, to można ich obecność stwierdzić przy pomocy urządzeń skonstruowanych do tego celu.

Kryzysowego i to w pierwszej kolejności tam trafia, a potem my jesteśmy już tutaj po prostu ***dobierani w zależności od potrzeb***."

Wprawdzie **w przepisach prawnych** będących podstawą działalności takich instytucji jak np. Inspekcja Ochrony Środowiska (dalej IOŚ) czy też Wydział Ochrony Środowiska Urzędu Miejskiego (dalej WOŚ UM) za element oddziaływania na środowisko uznaje się oddziaływanie na zdrowie ludzi, jednak zapis ten (np. Art. 3. 11. ustawy Prawo ochrony środowiska z dnia 27.04.2001.) bywał przez informatorów różnie interpretowany, o czym świadczy następująca wypowiedź dyrektorki WOŚ UM w C:

„(...) *my dajemy warunki na korzystanie ze środowiska zgodnie z prawem ochrony środowiska. Natomiast prawo ochrony środowiska jest tak skonstruowane,* ***że owszem nawiązuje do ludzi, ale na zasadzie zrównoważonego rozwoju****. Nawiązuje tylko do ludzi jako do żyjących, powiedzmy, w tym środowisku. A* ***nie jest skonstruowane tak, żeby wszystko podporządkować ludziom****. Więc ja nie umiem odpowiedzieć na te niektóre pytania.* ***Ja mogę powiedzieć, jakie są warunki na to, żeby na przykład hałas był ograniczony*** *(...).* ***Ale wpływ na środowisko a na ludzi to są dwie zupełnie odrębne rzeczy****. Więc ja dlatego... tego nie można łączyć ze sobą, bo to jest zupełnie... może w Wydziale Zdrowia by Panu powiedzieli...* (...)".

W przypadku większości instytucji, których numery porządkowe zostały umieszczone w polu „środowisko" (Rys. 3), nawet te aktywności, które mogły mieć pewien wpływ na zdrowie mieszkańców, były podejmowane zasadniczo z intencją wywołania pożądanej zmiany w środowisku fizycznym. Ilustracją może być wypowiedź współwłaścicielki jednej z prywatnych firm usługowych, która stwierdziła:

„*Uważam, że* ***naszą działalność można bez problemu przełożyć na zdrowie****. Robiliśmy od ogromnych zalesień po parę innych rzeczy – takie rzeczy, które mają wpływ na poszczególne czynniki. Ale* ***my nie patrzymy na to pod kątem zdrowia, tylko pod środowiska***."

Kończąc omawianie instytucji, których przedstawiciele deklarowali zainteresowanie głównie kwestiami ochrony i kształtowania środowiska, należy zaznaczyć, że w analizowanym materiale znalazły się wypowiedzi zapowiadające nadejście pewnych zmian w tym zakresie. Oto przykładowa wypowiedź przedstawiciela IOŚ (miasto C):

„*Troszeczkę już tych spraw zdrowia środowiska, zdrowia społeczeństwa musimy uwzględniać w naszej działalności, ponieważ chociażby* ***z tego powodu, że wszelkie nasze dyrektywy unijne, które musimy stosować w tej chwili i realizować zadania zgodnie z tymi dyrektywami, już wplatają czynnik zdrowia bardzo często****. Kiedyś te sprawy ochrony zdrowia*

i ochrony środowiska były zupełnie rozdzielone, ***w tej chwili kryterium ochrony zdrowia jest jak gdyby... jest wplecione w działania ochrony środowiska****. Na przykład kiedy przenosimy jakąś stację monitoringową (...), to musimy również uwzględniać czynnik ochrony zdrowia*".

Na omawianym diagramie (Rys. 3) w polu „środowisko" wzdłuż linii graniczącej z polem „lub zdrowie" zgrupowano numery tych wywiadów, w których informatorzy twierdzili, że **chociaż działalność reprezentowanej przez nich instytucji koncentrowała się głównie na kwestiach związanych ze środowiskiem, jednak podejmowane były przez nią także pewne działania dotyczące kwestii zdrowotnych**. Praktycznie we wszystkich przypadkach były to działania mające na celu poprawę bezpieczeństwa pracy i ochronę **zdrowia pracowników**. Za typową można tutaj uznać wypowiedź przedstawicielki zakładów chemicznych, która stwierdziła:

„***Nie słyszałam nigdy o*** *jakichś tam, powiedzmy,* ***badaniach w tym temacie, jak tam wpływ zakładu na zdrowie mieszkańców****. Owszem* ***były badania wpływu zakładu na zdrowie nas jako pracowników****, praktycznie chyba każdy jeden pracownik w latach dziewięćdziesiątych był przebadany gruntownie w klinice* (…)".

Żaden z pracowników komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za ochronę środowiska w objętych badaniem zakładach, nie potrafił wymienić konkretnych skutków dla zdrowia mieszkańców, jakie mogłyby się wiązać z działalnością danej jednostki (czasem odsyłano prowadzącego wywiad do jednostki BHP).

Według przedstawicieli zakładów przemysłowych zawężenie zainteresowania kwestią wpływu środowiska na zdrowie jedynie do grupy pracowników wynikało z obowiązujących przepisów BHP oraz chęci **zabezpieczenia się przed roszczeniami**. Wskazywano też na znacznie **dłuższą tradycję ochrony zdrowia pracowników niż ochrony środowiska zewnętrznego**.

Pozostały do omówienia cztery podmioty znajdujące się w polu „środowisko" (Rys. 3) które zgrupowano wzdłuż linii odgraniczającej je od pola „zdrowie i środowisko". W przypadku tych instytucji pewna **część działań skierowana była wprawdzie na kwestie środowiskowe, miały one jednak bezpośredni wpływ na zdrowie lub jakość życia mieszkańców**. Uwzględnione tu wydziały urzędów miast wdrażały działania, którym przyświecała zasada **kształtowania miasta bez architektonicznych barier**. Wydział Inżynierii Miejskiej dodatkowo podejmował kroki mające na celu np. zmniejszenie uciążliwości ruchu komunikacyjnego (w tym poziomu hałasu) dla mieszkańców miasta.

Wśród zgrupowanych w tym miejscu instytucji znalazła się też Rada Miasta B. Jej przedstawicielka w odpowiedzi na pytanie o wpływ działalności Rady na kwestie dotyczące zdrowia i środowiska wymieniła szereg podjętych decyzji, których skutkiem miała być realizacja przedsięwzięć poprawiających jakość środowiska w tej miejscowości (np. budowa nowej oczyszczalni ścieków oraz kompostowni).

W przypadku zakładu górniczo-energetycznego jego działalność miała związek z występowaniem katastrof budowlanych, które mogły wywołać negatywne skutki dla zdrowia i życia mieszkańców, nie bez znaczenia były też powstające w wyniku działalności tego zakładu drgania i zmiany kąta nachylenia budynków mieszkalnych.

Na omawianym diagramie (Rys. 3) w polu „zdrowie" umieszczono te z badanych instytucji, które w świetle wypowiedzi ich przedstawicieli realizowały działania polegające **głównie na kształtowaniu zdrowia mieszkańców**. Znalazły się tutaj trzy jednostki organizacyjne urzędów miast zajmujące się sprawami zdrowia, dwie organizacje pozarządowe, dwa działy Powiatowych Stacji Sanitarno Epidemiologicznych (dalej PSSE) oraz dwie Komisje Problemowe ds. Zdrowia Rad Miasta.

Jedynie przedstawiciel Wydziału Zdrowia UM w B zadeklarował **zainteresowanie wyłącznie kwestiami ochrony zdrowia,** praktycznie z pominięciem kwestii środowiskowych (Rys. 3).

Przy linii odgraniczającej omawiane pole od pola „zdrowie i środowisko" umieszczono te podmioty, których **pewne aspekty działalności wskazywały na zainteresowanie środowiskowymi zagrożeniami zdrowia**. Przykładem jest tu Komisja Problemowa ds. Zdrowia Rady Miasta C, która według przewodniczącej jej radnej, zajmowała się „*otoczeniem*" w minimalnym stopniu. Jedynym tematem środowiskowym, leżącym w obszarze zainteresowań komisji była propozycja stworzenia map narażenia społeczności lokalnej na radon. Podobnie było w przypadku Komisji Problemowej ds. Zdrowia Rady Miasta B, której członkowie byli z rzadka proszeni przez swoich kolegów z Komisji ds. Środowiska o ekspertyzę dotyczącą oddziaływania niektórych czynników (np. hałasu) na zdrowie mieszkańców. Interesująca była wypowiedź przewodniczącego tej komisji. Zapytany na początku wywiadu o jej zainteresowanie problematyką zdrowia i środowiska odpowiedział:

„*My, jako Komisja Zdrowia, problemów środowiskowych mamy naprawdę bardzo niewiele, naprawdę bardzo niewiele,* ***my się zajmujemy zdrowiem i opieką społeczną****.*

Zdrowiem, może ***nie tyle zdrowiem*** **(sic!)**, ***co organizacją, organizacją zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców***".

Podobnie na temat priorytetów Komisji Problemowej ds. Zdrowia Rady Miasta wypowiedziała się radna z miasta C. W jej opinii komisja ta nie interesowała się dotychczas problematyką środowiskowych zagrożeń zdrowia, ponieważ stały przed nią ważniejsze wyzwania związane z reformą opieki zdrowotnej.

Przedstawiciel Referatu Zdrowia UM w C stwierdził natomiast, że reprezentowana przez niego komórka organizacyjna Urzędu Miasta, zajmowała się kwestią jedynie tych środowiskowych zagrożeń zdrowia, **które – jak się wyraził – były** ***„związane z patologiami społecznymi***". Jest to wypowiedź interesująca o tyle, że w całym zebranym materiale nie ma innego miejsca, gdzie „zagrożenia", „uwarunkowania" czy też „czynniki" środowiskowe odniesione byłyby do czynników społecznych.

Podmioty zgrupowane na diagramie (Rys. 3) w polu „zdrowie" wzdłuż linii pola „lub środowisko" charakteryzują się tym, że **pomimo zainteresowania głównie kształtowaniem zdrowia mieszkańców realizowały one pewne działania skierowane na czynniki środowiskowe**. Na przykład Dział Oświaty i Wychowania PSSE wdrażał pewne programy w obszarze promocji zdrowia i edukacji, zawierające elementy nakierowane na zagrożenia środowiskowe, głównie natury biologicznej.

W przypadku Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta A **pewne kwestie środowiskowe były przedmiotem jego zainteresowania jedynie dlatego, że jedna z zatrudnionych w nim urzędniczek pełniła funkcję lokalnej koordynatorki programu „Zdrowe Miasto"**.

Na omawianym diagramie (Rys. 3) w polu „zdrowie i środowisko" najbardziej interesującym dla wypełnienia eksploracyjnych celów niniejszego badania zostało umieszczonych **dziewięć podmiotów**, których działania miały na celu wpływ na **ludzkie zdrowie lub jakość życia poprzez kształtowanie warunków środowiska fizycznego**.

W tym miejscu warto wspomnieć, że w opinii niektórych badanych **brakowało takiej instytucji, która zajmowałaby się wpływem środowiska na zdrowie od strony praktycznej** (kilku informatorów stwierdziło, że teoretyczne zagadnienia z tego obszaru lezą w gestii różnych jednostek naukowo-badawczych). Na brak ten wskazywali nie tylko dziennikarze lokalnych gazet (poszukujący niekiedy informacji z tego zakresu), ale i przedstawiciele innych instytucji (np. urzędów miast).

Interesujące jest to, że podczas rekrutacji do badań przedstawiciele niektórych instytucji, które ostatecznie zaliczono do sektora ochrony zdrowia lub sektora ochrony

środowiska (Rys. 2), **wskazywali na siebie jako na właściwego adresata prośby o udzielenie wywiadu**.

Działo się tak szczególnie wtedy, **gdy problem formułowano w kategoriach tzw. „zdrowia środowiskowego"** (pytając na przykład o działania skierowane na „środowiskowe zagrożenia zdrowia"). **Do zajmowania się tymi kwestiami nie poczuwali się ani przedstawiciele instytucji należących do sektora „zdrowie", ani „środowisko". Jedyną instytucją, której reprezentantki odpowiadały pozytywnie na tak sformułowane pytanie, była Państwowa Inspekcja Sanitarna** (dalej PIS).

W rezultacie największą reprezentację w polu „zdrowie i środowisko" (Rys. 3) mają różne jednostki organizacyjne tej instytucji. Należy tutaj zauważyć, że wśród objętych badaniem były i takie działy, których przedstawiciele nie deklarowali zainteresowania środowiskowymi zagrożeniami zdrowia (np. Dział Oświaty i Wychowania PSSE w A).

Zarówno przedstawiciel wspomnianego Wydziału Zarządzania Kryzysowego UM w A, jak i reprezentanci Państwowej Straży Pożarnej (dalej: PSP) oraz Ochotniczej Straży Pożarnej (dalej OSP) stwierdzili, że w centrum zainteresowania tych podmiotów znajdowały się **zagrożenia powstające podczas sytuacji nagłych**, i chociaż realizowane działania wpływały na różne komponenty środowiska, to powodem ich wdrażania była nie tylko ochrona ludzkiego życia oraz zdrowia, ale i mienia.

W omawianym polu (Rys. 3) umieszczono także Stowarzyszenie Cyklistów. Okazało się ono **jedyną z ekologicznych organizacji pozarządowych** objętych badaniem, która dla poparcia swoich działań polegających głównie na kształtowaniu środowiska miejskiego, **używała zdrowia jako jednego z „*podstawowych argumentów*"**.

Wszystkie instytucje umieszczone w polu „zdrowie i środowisko" podzielono na dwie grupy: przy linii odgraniczającej to pole od pola środowisko umieszczono te instytucje, których przedstawiciele w swych wypowiedziach **silniej akcentowali działania skierowane na czynniki środowiskowe**, bardziej centralnie zaś umieszczono pozostałe podmioty.

Numery porządkowe dwóch instytucji zostały ulokowane w obrębie omawianego diagramu (Rys. 3) w miejscach innych niż instytucji wcześniej wymienianych.
Umieszczenie Związeku Harcerstwa Polskiego (ZHP) na styku pól „zdrowie" i „środowisko" wynika z mniej więcej jednakowego zainteresowania tej organizacji zarówno treściami prozdrowotnymi, jak i prośrodowiskowymi. Jedne i drugie były uwzględnione w prowadzonej przez Związek pracy opiekuńczo-wychowawczej. Podobnie było w przypadku

lokalnego dodatku „Dziennika Ogólnopolskiego", którego przedstawiciel zadeklarował podobne zainteresowanie zarówno kwestiami ochrony zdrowia, jak i środowiska.

Na omawianym diagramie (Rys. 3) uwzględniono też pięć instytucji, których przedstawiciele w swoich wypowiedziach nie określili, w jakim zakresie ich działalność odnosiła się do kwestii zdrowia i środowiska, na tyle jednoznacznie, aby można je było zaklasyfikować do którejś z opisanych wyżej grup. Numery porządkowe tych podmiotów umieszczono poza omówionymi polami – trzy z nich to gazety lokalne.

Większość udzielających wywiadu dziennikarzy, wyrażała małe zainteresowanie tematyką zdrowia i środowiska. Oto charakterystyczna dla tej grupy badanych wypowiedź:

„Ja mam wrażenie, że ***jest to może nie tyle co mało nagłośnione, ale mało konkretne i generalnie jest to temat mało znany****. Mimo tego, że się trąbi na prawo lewo, że właśnie nasza Ziemia umiera, to tak naprawdę nie jest to precyzyjne. Jakby to powiedzieć? Właśnie* ***ludzie tak naprawdę nie wiedzą, czego to dotyczy****, nie wiem…".*

Dziennikarz innej gazety określił zagadnienia dotyczące zdrowia i środowiska mianem „drugiej ligi" poruszanych w prasie tematów. Prawdopodobnie dlatego w żadnej z gazet objętych badaniem nie było dziennikarza, który specjalizowałby się w tej tematyce.

3.2.3. Stopień zaangażowania objętych badaniem instytucji w prozdrowotne kształtowanie środowiska

Bazując na analizie wypowiedzi dotyczących misji (Rys. 2) oraz wdrażanych działań (Rys. 3), przygotowano matrycę (Tab. 1) pomocną w określeniu **stopnia zaangażowania badanych podmiotów w prozdrowotne kształtowanie środowiska**.

Wiersze tej matrycy wyznaczają przynależność instytucji do jednego z systemów kształtujących zrównoważony rozwój, ze względu na sformułowaną misję (Rys. 2). Kolumny wskazują z kolei miejsce przyporządkowania instytucji do któregoś z pól diagramu, stworzonego w oparciu o wypowiedzi informatorów na temat związku wdrażanych działań z problemami zdrowia i środowiska (Rys.3). Na skrzyżowaniu wierszy i kolumn w matrycy (Tab.1) wyróżniono trzy pola: „ochrona i kształtowanie środowiska" (kolor jasnozielony), „ochrona zdrowia" (kolor niebieski) oraz „zdrowie i środowisko" (pośredni kolor niebiesko-zielony). Założono, że te podmioty, które znajdą się w ostatnim z wymienionych pól, w największym stopniu angażują się w prozdrowotne kształtowanie środowiska miejskiego, rozumiane jako **wszelkie aktywności skierowane na elementy środowiska fizycznego, których celem jest wywarcie pozytywnego wpływu na status zdrowotny mieszkańców**.

Tab. 1. Zaangażowanie badanych instytucji w prozdrowotne kształtowanie środowiska

Działania: / **Misja:**	**Z lub Ś**	**Z**	**Z** (Z+Ś)	**Z + Ś**	**Z + Ś** (Ś)	**Ś**	**Ś** (Z+Ś)	**Ś lub Z**	**Z/Ś**	**?**
S (Z+Ś)								20		
S(Ś)						2, 50				
S	14				28	4, 10, 30, 42			13, 29	8, 41, 45
Z(S)	1, 16		43							
Z		38	15, 36, 49	35	9					
Z+Ś				24, 25, 26	19, 21, 39					
Z+Ś+G								31		
Ś+S						32, 40				
Ś+S(Z)										
Ś						12, 48	7, 23			44
Ś+G						11, 34,		5, 47		22
Ś(G)						3, 33, 37, 46				
G						6,	18	17		
G+S							27,			

Legenda: Wytłuszczenie wskazuje na pole do którego została przyporządkowana dana instytucja;

Pola wyróżnione ze względu na misję: S - „społeczeństwo”; Z – „zdrowie” , Ś – „środowisko”, G – „gospodarka”;

Pola wyróżnione ze względu na działanie: Z – „zdrowie” , Ś – „środowisko”, Z lub Ś – zdrowie lub środowisko”, Ś lub Z– „środowisko lub zdrowie”, „?”- inne;

Znak „+” oznacza część wspólną dwóch pól, np. „Z+Ś” – część wspólna pól „zdrowie” i środowisko”, znak „/” oznacza granicę dwóch pól;

(w nawiasie) – pole, w kierunku którego przesunięta jest dana instytucja;

Typy instytucji: wydziały UM, rady miast/dzielnic, inspekcje, organizacje pozarządowe, zakłady przemysłowe, firmy usługowe, gazety lokalne

Wyróżnione obszary działań: ochrona zdrowia, zdrowie i środowisko, ochrona i kształtowanie środowiska.

Ze względu na sformułowaną przez badanych misję oraz związek prowadzonych działań z kwestiami zdrowia i środowiska w polu ochrony zdrowia (Tab. 1) znalazły się:

- trzy Wydziały Zdrowia Urzędów Miast,
- dwie objęte badaniem Komisje Problemowe ds. Zdrowia Rad Miast ,

- oraz dwa działy PSSE: Dział Epidemiologii i Chorób Zakaźnych oraz Dział Oświaty i Wychowania.

Do pola ochrony i kształtowania środowiska (Tab. 1) zaliczono:

- trzy Wydziały Ochrony Środowiska Urzędów Miast,
- Wydział Urbanistyki i Architektury UM,
- Wydział Inżynierii Miejskiej UM,
- Komisję Problemową ds. Ochrony Środowiska Rady Miasta,
- dwie agendy Inspekcji Ochrony Środowiska,
- dwie organizacje pozarządowe: Fundację Wspierania Działań Prośrodowiskowych oraz Związek Czystych Miejscowości,
- trzy firmy usługowe: MPO, „Zdrowie i Środowisko" oraz firmę konsultingową,
- Kopalnię Piasku.

W najbardziej interesującym, ze względu na cele niniejszej pracy, polu „zdrowie i środowisko" (Tab. 1) znalazły się:

- trzy działy PSSE: Dział Nadzoru Pracy, Dział Higieny Komunalnej, Dział Kontroli Żywienia i Obrotu Przedmiotami Użytku Codziennego.
- Państwowa Straż Pożarna,
- Wydział Zarządzania Kryzysowego UM,
- Stowarzyszenie Cyklistów.

W tym polu umieszczono wszystkie te instytucje, których przedstawiciele deklarowali zainteresowanie kwestiami zdrowia i środowiska zarówno formułując misję instytucji, jak i wypowiadając się na temat wdrażanych przez nie działań. Za obszar zdrowia i środowiska uznano te komórki matrycy, które po skrzyżowaniu wierszy (misja) i kolumn (działania) dawały wynik **2Z+2Ś**. Obszar ten zaznaczono ciemnym niebiesko-zielonym kolorem.

W polu „zdrowie i środowisko" znalazły się (Tab. 1) dwie instytucje, do których zadań należało działanie w sytuacjach nagłych: Wydział Zarządzania Kryzysowego UM oraz Państwowa Straż Pożarna.

Wśród podmiotów umieszczonych w polu „zdrowie i środowisko" (Tab. 1) jest tylko jedna organizacja pozarządowa: Stowarzyszenie Cyklistów. Działania tego stowarzyszenia koncentrowały się głównie na kształtowaniu infrastruktury miasta, tak aby promować rower jako środek codziennej komunikacji, a jednym z jego głównych celów była poprawa zdrowia mieszkańców.

Czynniki wpływające na oddzielanie bądź łączenie tematyki zdrowia z tematyką środowiska oraz warunkujące współpracę pomiędzy obydwoma sektorami, będą przedmiotem analiz w dalszej części pracy.

3.3. Działania podejmowane na rzecz zdrowia i środowiska

3.3.1. Rodzaje wdrażanych działań

W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione wyniki jakościowej analizy zebranego materiału, które pomogą odpowiedzieć na postawione we wstępie pytanie, **czy objęte badaniem instytucje wdrażają kompleksowe interwencje, w ramach których łączy się różne sposoby oddziaływania w celu poprawy zdrowia społeczności lokalnej**?

Po analizie wywiadów wyróżniono sześć typów działań prowadzonych w badanym obszarze zdrowia publicznego:

- interwencje techniczne,
- działania nadzorcze,
- działania monitoringowe,
- działania edukacyjne,
- komunikowanie środowiskowego ryzyka dla zdrowia,
- stosowanie bodźców ekonomicznych.

Pierwszą kategorią działań podejmowanych przez instytucje zaangażowane w kształtowanie środowiskowych uwarunkowań zdrowia, która została wyodrębniona w trakcie analizy zebranego materiału, są działania o charakterze **interwencji technicznych**. Interwencje techniczne to działania będące **zazwyczaj domeną inżynierów.**

Wymieniane przez informatorów **interwencje techniczne**, były działaniami o **zróżnicowanym charakterze**. Należały do nich nie tylko duże kapitałochłonne inwestycje (np. budowa spalarni śmieci), ale i działania mniej złożone i kosztowne (np. konserwacja instalacji przemysłowych). Zabiegi podejmowane w ramach interwencji tego typu polegały zarówno na **wdrażaniu pewnych rozwiązań urbanistycznych** (np. budowa obwodnic) czy **kształtowaniu infrastruktury technicznej miasta** (wodociągów, kanalizacji itp.), jak i na **zmianach technologii** oraz **modernizacji** rozmaitych **urządzeń i instalacji** będących źródłem emisji czynników nieobojętnych dla zdrowia. Zaliczono tu także zabiegi związane z **pielęgnacją zieleni miejskiej**.

W tabeli (Tab. 2) przedstawiono liczbę wypowiedzi na temat różnych interwencji technicznych prowadzonych w trzech objętych badaniem miastach. Wypowiedzi uporządkowano, wyróżniając dziesięć obszarów działań z zakresu ochrony środowiska i zdrowia. Wypowiedzi, w których znalazły się przykłady działań niemieszczące się w żadnym

z tych obszarów, wliczono do kategorii „inne". Najwięcej wypowiedzi, a równocześnie największe zróżnicowanie podawanych przykładów działań, zarejestrowano dla obszaru gospodarki odpadami, a następnie dla obszaru rozwiązań technicznych chroniących przed hałasem i wibracjami.

Tab.2. Liczba wypowiedzi na temat interwencji technicznych prowadzonych w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia

Obszar działań	Przykłady działań	Liczba wypowiedzi
Gospodarka odpadami	budowa kompostowni, budowa spalarni odpadów niebezpiecznych, budowa zakładu utylizacji, składowanie odpadów, usuwanie nielegalnych wysypisk, składowanie i rekultywacja odpadów azbestowych, uszczelnienie składowiska odpadów chemicznych, organizacja punktu autozłomu, rekultywacja składowiska odpadów	21
Ochrona przed hałasem i wibracjami	budowa ekranów akustycznych, wyciszanie pomieszczeń, modernizacja urządzeń, budowa obwodnicy, wydzielenie stref akustycznych i organizacja ruchu, wymiana maszyn, wymiana taboru	17
Kształtowanie infrastruktury miejskiej	utrzymanie infrastruktury miejskiej, utrzymanie dróg, budowa sieci ciepłociągów, rozbudowa systemów komunikacyjnych, budowa ścieżek rowerowych, oświetlenie ulic	11
Gospodarka wodno-ściekowa	rozbudowa i utrzymanie systemów kanalizacyjnych, oczyszczanie ścieków, budowa stacji uzdatniania wody	11
Kształtowanie zieleni	nasadzenie, pielęgnacja, wycinka	10
Ochrona powietrza	modernizacja kotłowni, modernizacja i wymiana taboru autobusowego, modernizacja urządzeń, odsiarczanie spalin, modernizacja palenisk domowych	8
Utrzymanie ładu i porządku	sprzątanie miasta, usuwanie śniegu	6
Prace rekultywacyjne	rekultywacja i zagospodarowanie terenów poeksploatacyjnych, rekultywacja gruntów zdegradowanych	5
Zapobieganie sytuacjom kryzysowym	budowa wałów, odbudowa rowów melioracyjnych, usuwanie wody z zalanych terenów usuwanie rozlanych chemikaliów	5
Kształtowanie przestrzeni miejskiej	działania z zakresu architektury krajobrazu, uchwalanie planu zagospodarowania przestrzennego, likwidacja barier architektonicznych	4
Inne	wentylacja pomieszczeń, usuwanie szkód górniczych, ochrona obszarów cennych przyrodniczo,	3
Razem:		**101**

Wiele spośród działań kształtujących środowisko miejskie (budowa obwodnic, rozbudowa systemu kanalizacyjnego, oświetlenie ulic, dbanie o zieleń miejską itp.) inicjował i finansował samorząd lokalny. Niektórzy z badanych urzędników miejskich (np. dyrektor Wydziału Inżynierii Miejskiej UM w A) właśnie te przedsięwzięcia wymienili jako przykłady działań wpływających na zdrowie mieszkańców.

Drugą kategorią działań, którą można wyodrębnić w oparciu o zebrany materiał, są **działania nadzorcze**.

Oprócz działań polegających na **wydawaniu decyzji reglamentacyjnych** i **lokalizacyjnych** zaliczono tu też **czynności polegające na przeprowadzaniu kontroli bieżących**.

Działania nadzorcze skierowane na środowiskowe uwarunkowania zdrowia były **prowadzone przez instytucje o charakterze inspekcji** (PIS, IOŚ), **wydziały ochrony środowiska urzędów miast**, a także te **wydziały UM, które były zaangażowane w procedury związane z procesem inwestycyjnym**. Przedstawiciele niektórych wymienionych podmiotów uznali realizację działań nadzorczych za element wypełnianej misji.

Podstawą realizacji różnych typów działań nadzorczych były obowiązujące **przepisy prawne.** Pewne rodzaje zagrożeń środowiskowych nie były nadzorowane aż do czasu, gdy zostały objęte kompetencjami którejś z instytucji. W zebranym materiale znajdują się opisy przypadków, kiedy to **zakres oraz przedmiot wdrażanych działań** nadzorczych **zmienił się w wyniku zmian w przepisach**.

W tabeli (Tab. 3) przedstawiono liczbę wypowiedzi na temat działań o charakterze nadzorczym. Wyróżniono tu dwanaście obszarów działań oraz kategorię „inne". Tutaj, inaczej niż w przypadku interwencji technicznych, trudno jest wskazać na obszary wyróżniające się ze względu na liczbę podanych przykładów działań.

Następną kategorią działań, którą można wyodrębnić w oparciu o zebrany materiał, są **działania polegające na monitoringu czynników środowiskowych**.

Należy tu wspomnieć o pewnych problemach związanych z analizą materiału poświęconego dwóm wyodrębnionym w niniejszej pracy sposobom działań: nadzorowi oraz monitoringowi. Analizę utrudniał fakt, iż w swoich wypowiedziach badani niekiedy traktowali te aktywności łącznie, a także używali wymiennie takich słów jak, „*nadzór*", „*kontrola*" i „*monitorowanie*". Po przestudiowaniu całości materiału postanowiono, w miarę możliwości, oddzielić fragmenty tekstu poświęcone nadzorowi od tych, które dotyczyły monitoringu. Jeśli nie zaznaczono inaczej, terminy „**działania monitoringowe"** oraz „**monitoring**" używane są w tej pracy na określenie wszystkich działań, **polegających na**

mierzeniu parametrów środowiska w celu zbierania informacji o jego aktualnym stanie**.** Należy dodać, że chodzi tu o **pomiary dokonywane w sposób ciągły lub systematycznie**, a nie jednorazowe lub krótkotrwałe pomiary dokonywane np. w celach badawczych.

Tab.3. Liczba wypowiedzi na temat działań nadzorczych, prowadzonych w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia

Obszar działań	Przykłady działań	Liczba wypowiedzi
Sytuacje kryzysowe	nadzór i kontrola warunków bezpieczeństwa przeciwpożarowego	4
Nadzór nad warunkami zabudowy	nadzór nad warunkami zabudowy i zagospodarowania terenu w przypadku realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko (spalarnia odpadów chemicznych, stacja selektywnej zbiórki i utylizacji odpadów niebezpiecznych)	4
Zieleń	nadzorowanie stanu zieleni miejskiej oraz lasów	3
Gospodarka odpadami	nadzór nad produkcją i składowaniem odpadów	3
Czynniki zakaźne	nadzór nad wykonawstwem szczepień, nadzór nad chorobami zakaźnymi, kontrola czynników zakaźnych	3
Ochrona środowiska (ogólnie)	nadzór nad środowiskiem	3
Gospodarka wodna	nadzorowanie jakości wody pitnej oraz wykorzystywanej na potrzeby gospodarki i rekreacji	3
Środowisko wewnątrz pomieszczeń	nadzór nad materiałami budowlanymi, bieżącym stanem sanitarny obiektów użyteczności publicznej, warunkami zamieszkania	3
Ochrona środowiska pracy	nadzór i kontrola warunków pracy	2
Ochrona powietrza	nadzorowanie stanu powietrza na zewnątrz pomieszczeń	2
Hałas i wibracje	kontrola hałasu i wibracji	2
Bezpieczeństwo żywności i żywienia	nadzór nad warunkami produkcji i obrotu artykułami spożywczymi, kontrola bezpieczeństwa żywienia	2
Inne	nadzór nad przedmiotami użytku, nadzór nad stanem infrastruktury miejskiej, nadzór nad ekshumacją i przewozem zwłok, nadzór nad promieniowaniem	4
Razem:		**38**

Zgodnie z tym założeniem wypowiedzi, z których wynikało, że użyty w nich termin „kontrola" odnosił się do wykonywania pomiarów, uznawano za dotyczące monitoringu. W pozostałych przypadkach te fragmenty materiału, w których opisano działania kontrolne, potraktowano za odnoszące się do nadzoru[3].

[3] Jest to zgodne zarówno z wykładnią słownikową [47], według której „nadzór" i „kontrolę" uważa się za pojęcia bliskoznaczne, jak i z teorią prawa, gdzie kontrolę uznaje się za jedną z funkcji nadzoru [np. 48].

Z analizy materiału wynika, że **podstawą dla wdrażania działań monitoringowych były przepisy prawa**, podobnie jak miało to miejsce w przypadku opisywanych wyżej działań o charakterze nadzorczym.

Odpowiednie akty prawne wskazują na instytucje odpowiedzialne za prowadzenie monitoringu. Tak jak w przypadku działań nadzorczych **zmiany aktów prawnych** mogą wpływać na **zmianę przedmiotu oraz zakresu prowadzonego monitoringu**. To właśnie nowe wytyczne stały się impulsem do uwzględnienia przez WIOŚ UM w C **priorytetu ochrony zdrowia** w lokalizacji stacji monitoringu powietrza.

Decyzje wydawane przez WOŚ UM oraz wymogi stawiane przez instytucje kontrolne (przede wszystkim IOŚ) stanowiły ramy dla **monitoringu prowadzonego przez zakłady przemysłowe.** Działania te były w zasadzie **wymuszone** przez obowiązujące prawo, którego przestrzeganie nadzorowały inspekcje (głównie IOŚ). Niektórzy badani podkreślali jednak, że **bywały przypadki podejmowania** pewnych **działań bez przymusu** ze strony nadzorujących instytucji.

Bywało i tak – jak w przypadku miejskiego składowiska odpadów w A – że monitoring wdrażano **w wyniku braku możliwości szybkiego rozwiązania problemu poprzez wdrożenie interwencji technicznej** (budowa nowego składowiska)**,** a ich celem było śledzenie aktualnego stanu i **ostrzeganie przed ewentualną sytuacją kryzysową** (w tym przypadku skażeniem cennych dla miasta zasobów wód podziemnych).

W tabeli (Tab. 4) przedstawiono liczbę wypowiedzi odnoszących się do różnych obszarów monitoringu prowadzonego w trzech miastach objętych badaniem. Cztery obszary, które ze względu na największą liczbę wypowiedzi znalazły się w górnej części tabeli, to działania prowadzone przez IOŚ w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska.

Informacje z monitoringu były **wykorzystywane przede wszystkim przez same inspekcje**. Jak stwierdził jeden z przedstawicieli IOŚ, konieczność posiadania tego typu wiedzy jest związana z wypełnianiem koordynacyjnych zadań w zakresie monitoringu przez tę instytucję.

Jednym z głównych odbiorców informacji pochodzącej z działalności monitoringowej IOŚ **był samorząd lokalny**.

Przygotowywane w oparciu o dane z systemu monitoringu **oceny stanu środowiska** prezentowano decydentom w postaci raportów. Koordynatorka ds. projektu „Zdrowe Miasto" w A, wymieniła wyniki analiz prowadzonych przez różne instytucje kontrolne jako **jedno z głównych źródeł informacji o potencjalnych środowiskowych zagrożeniach dla zdrowia**.

Według informatorów zakłady przemysłowe prowadziły **monitoring wewnętrzny**, aby zawczasu wykryć nieprawidłowości i **uniknąć ewentualnej kary** za zanieczyszczanie środowiska. Informacje pochodzące z systemu monitoringu były też niekiedy przez nie wykorzystywane **do odrzucania roszczeń pracowniczych.**

Tab.4. Liczba wypowiedzi na temat monitoringu prowadzonego w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.

Obszar działań	Przykłady działań	Liczba wypowiedzi
Jakość wody	monitoring stanu wód podziemnych, powierzchniowych, wody pitnej, wody na potrzeby rekreacji	11
Zanieczyszczenia powietrza	monitoring zanieczyszczeń gazowych i pyłowych	10
Skażenie gleby	monitoring zanieczyszczeń gleb	10
Hałas i wibracje	monitoring hałasu (w tym w środowisku pracy)	9
Środowisko pracy	monitorowanie warunków bezpieczeństwa pracy m.in.: mikroklimatu, oświetlenia, zagrożeń natury chemicznej	8
Odpady	monitoring i ewidencjonowanie odpadów, monitorowanie stanu składowisk	3
Pole elektromagnetyczne	monitoring pól elektromagnetycznych (w tym związanych z działaniem masztów telefonii komórkowej)	2
Inne	monitorowanie szkód górniczych, jakości żywności, stanu bezpieczeństwa w mieście, poziomu wód	4
Razem:		**57**

Ograniczenia finansowe wymuszały na instytucjach prowadzących monitoring **ustalenie priorytetów** w tym zakresie, a niekiedy także **rezygnację z prowadzonych już działań**.

Kolejnym typem działań wdrażanych w objętych badaniem miastach były **interwencje o charakterze edukacyjnym**.

Po przeanalizowaniu materiału wyróżniono siedem obszarów tematycznych, do których odnosiły się prowadzone działania edukacyjne (Tab. 5). Chociaż w centrum zainteresowania niniejszego projektu badawczego było prozdrowotne kształtowanie warunków środowiska, **wielu informatorów,** omawiając działania edukacyjne, **podawało przykłady interwencji, których celem była zmiana zachowań antyzdrowotnych** (np. palenie papierosów) **lub związanych z wczesną diagnozą** (np. samobadanie piersi). Wskazuje to na **dużą popularność tego typu interwencji**, co znalazło też odzwierciedlenie w tabeli (największa liczba wypowiedzi). Należy wspomnieć, że do obszaru nazwanego „ochrona zdrowia" zaliczono przykłady działań z zakresu profilaktyki chorób innych niż zakaźne. Dla tych ostatnich stworzono osobną kategorię, ażeby podkreślić, że wywołujące je

czynniki biologiczne stanowią grupę czynników egzogennych, które w mniejszym stopniu kojarzą się z antropogenicznym skażeniem środowiska. Nie znaczy to jednak, że wliczone do tej kategorii interwencje nie mieszczą się w nurcie edukacji zdrowotnej. Co więcej, niektóre z przedstawionych w tabeli przykładów działań, mających na celu była zmianę w środowisku także można by do tego nurtu zaliczyć. Należy również zauważyć, że wśród działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych znajduje się wiele takich, których istotą jest motywowanie ludzi do określonych zachowań (np. zgłoszenie się do szczepienia z dzieckiem w przypadku profilaktyki świnki, stosowanie prezerwatyw w przypadku profilaktyki HIV/AIDS).

Tab.5. Liczba wypowiedzi na temat edukacji prowadzonej w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia

Obszar działań	Przykłady działań	Liczba wypowiedzi
Ochrona zdrowia	zapobiegania próchnicy zębów, profilaktyka uzależnień, nauka samobadania piersi, zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej u noworodków, aktywność fizyczna, profilaktyka ChUk, profilaktyka astmy	12
Gospodarka odpadami	akcja „Sprzątanie świata”, kampania nt. segregacji odpadów	10
Czynniki zakaźne	zapobieganie WZW typu B, zapobieganie śwince, profilaktyka HIV/AIDS, szkolenia dot. prowadzenia szczepień, pouczenia dot. zasad dezynfekcji i sterylizacji, zapobieganie grzybicy drobnozarodnikowej	6
Sytuacje kryzysowe	turnieje wiedzy pożarniczej, konkurs „Ogień –woda. Dwa żywioły”, prewencja oparzeń, informator dotyczący zagrożeń na terenie miasta i jak się zachować, kurs pierwszej pomocy	6
Zieleń	akcja „Gra w zielone”, ulotki nt. zieleni miejskiej	2
Bezpieczeństwo żywności i żywienia	pouczenia dot. bezpieczeństwa żywności i żywienia, szkolenia dot. bezpieczeństwa żywności	2
Edukacja ekologiczna (ogólnie)	edukacja ekologiczna jako ścieżka edukacyjna i w zielonych szkołach, akcja „Dzień Ziemi”	8
Inne	kampania nt. usuwania materiałów azbestowych, zmiana wizerunku miasta, edukacja w zakresie ochrony przyrody, dzień bez samochodu, akcja „Woda jest życiem”.	5
Razem:		**51**

W tabeli (Tab. 6) wymienione przez badanych przykłady działań podzielono ze względu na **ostateczny cel zakładany przez realizujące je instytucje**. Jeśli celem tym było zmniejszenie zagrożenia dla zdrowia, wówczas dane działanie przyporządkowywano

obszarowi **edukacji zdrowotnej**, jeśli zaś celem była zmiana stanu środowiska, wówczas włączono je do obszaru **edukacji ekologicznej**.

W wyniku zastosowania takiego kryterium do obszaru edukacji zdrowotnej zaliczono szereg interwencji (wdrażanych szczególnie przez IS) prowadzących do zmiany warunków środowiska (np. usunięcie materiałów azbestowych), natomiast do obszaru edukacji środowiskowej wiele takich, które nie pozostają bez związku ze zdrowiem (np. likwidacja dzikich wysypisk). Konsekwentnie, za działania z zakresu edukacji zdrowotnej uznano te, które mają na celu zapobieganie skutkom zdrowotnym wynikającym z sytuacji kryzysowych (np. powódź, pożar itp.).

Z prezentowanej wcześniej tabeli (Tab. 5) wynika, że wśród wszystkich wypowiedzi traktujących o działaniach z zakresu edukacji ekologicznej **zarejestrowano najwięcej tych, których tematem była gospodarka odpadami**. Działania edukacyjne poświęcone segregacji odpadów prowadzone były w każdym z miast objętych badaniem (Tab. 6).

Warto zwrócić uwagę na to, że wiele przykładów działań z zakresu edukacji ekologicznej (Tab. 6) to aktywności podejmowane w ramach prowadzonych w całym kraju akcji typu: „Sprzątanie świata", „Dzień bez samochodu", obchody Światowego Dnia Ziemi (jeden z badanych nazwał te akcje „*świętami ekologicznymi*"). Mniej wymieniono działań zorganizowanych w formie programów (czy też projektów), które były skierowane do wybranych grup mieszkańców (jak miało to miejsce w przypadku interwencji realizowanych w ramach edukacji prozdrowotnej).

Podawanym przez badanych powodem wdrażania działań o charakterze edukacyjnym była zarówno chęć informowania oraz **uświadamiania mieszkańców**, jak i **motywowania ich do zmiany określonych zachowań** w kierunku prozdrowotnym (edukacja zdrowotna) lub prośrodowiskowym (edukacja ekologiczna). Należy tu dodać, że wielu informatorów, i to reprezentujących różne instytucje, wiązało zły stan środowiska w mieście z poziomem świadomości ekologicznej mieszkańców.

Przeważająca liczba wypowiedzi osób badanych dotyczyła działań **nakierowanych na najmłodszych mieszkańców badanych miejscowości**. Byli oni albo **adresatami interwencji**, albo też ich **beneficjentami**, kiedy obejmowano nimi ich rodziców czy nauczycieli. Także te działania, które kierowano do całej społeczności lokalnej, zawierały niekiedy elementy adresowane do najmłodszych.

Niektórzy z badanych (np. przedstawiciel WOŚ UM w B) **podkreślali, że edukacja młodych ludzi jest sprawą najważniejszą**, chodzi tu bowiem o wykształcenie „*nawyków*".

Tab. 6. Listy działań edukacyjnych podejmowanych w każdym z trzech miast, z uwzględnieniem problemów, którym były poświęcone

Typ:	Miasto A	Miasto B	Miasto C
Edukacja ekologiczna	• akcja „Gra w zielone” • *akcja „Sprzątania świata”* • akcja „Woda jest życiem” • obchody Światowego Dnia Ziemi • *program selektywnej zbiórki odpadów* • ochrona lokalnych zasobów przyrody • zmiana wizerunku miasta • edukacja ekologiczna (ogólnie)	• program promocji selektywnej zbiórki odpadów • ochrona lokalnych zasobów przyrody • edukacja ekologiczna (ogólnie)	• obchody Światowego Dnia Ziemi • akcja „Dzień bez samochodu” • kampania edukacyjna nt. segregacji odpadów komunalnych • informacja nt. zieleni miejskiej • edukacja ekologiczna (ogólnie)
Edukacja prozdrowotna	• bezpieczeństwo żywności • informator o zagrożeniach na terenie miasta • nauka zasad dezynfekcji i sterylizacji • prewencja oparzeń • kurs pierwszej pomocy • profilaktyka HIV i AIDS • profilaktyka raka piersi • profilaktyka uzależnień • promocja szczepień (ogólnie) • promowanie aktywności fizycznej • propagowanie zasad ochrony przeciwpożarowej • zapobiegania próchnicy zębów • zapobieganie śwince • zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej u noworodków • zapobieganie WZW typu B • usuwanie materiałów azbestowych • konkurs: „Ogień – woda. Dwa żywioły” • edukacja prozdrowotna (ogólnie)	• profilaktyka raka piersi • profilaktyka chorób układu krążenia • edukacja prozdrowotna (ogólnie)	• profilaktyka astmy i chorób alergicznych • zapobieganie rozprzestrzenianiu się grzybicy drobnozarodnikowej w szkołach • edukacja prozdrowotna (ogólnie)

Legenda: na zielono działania, w przypadku których jednym z istotnych elementów było wywołanie zmiany w środowisku.

Wyrażano też opinię, iż młodzi ludzie są tą grupą mieszkańców, którą najłatwiej skłonić do zmiany zachowań na pożądane.

Priorytety w zakresie działań edukacyjnych były często **wskazywane odgórnie** i wynikały z konieczności realizacji **zadań wyznaczonych przez programy krajowe** (np. Narodowy Program Zdrowia) **lub międzynarodowe** (programy ŚOZ). Niektóre działania podejmowano **z uwzględnieniem specyfiki lokalnej**, a bodźcem dla ich realizacji bywały **sytuacje wystąpienia lub zaostrzenia się jakiegoś problemu** (np. wzrost rozpowszechnienia grzybicy drobnozarodnikowej w jednej ze szkół podstawowych).

Opisywane działania edukacyjne miały niekiedy postać programów skierowanych do wybranych grup docelowych. Realizując te programy, posługiwano się opracowanymi wcześniej, jednorodnymi narzędziami oddziaływania (materiały drukowane, treningi umiejętności, pogadanki itp.).

Edukacja ekologiczna była wbudowana w szkolne programy nauczania w ramach tzw. „międzyprzedmiotowej ścieżki edukacyjnej". Chociaż wielu badanych przyczynę powstawania problemów ekologicznych i zdrowotnych upatrywało w „braku świadomości", to **niektórzy informatorzy uważali, że skuteczność edukacji szkolnej w zmienianiu jej poziomu była nieduża** (jeden z badanych użył określenia „***edukacja nieefektywna***"). Zdaniem tych osób, na zachowania mieszkańców bardziej wpływały różnego typu cyklicznie podejmowane akcje (np. „Sprzątanie świata", „Dzień bez samochodu"), lokalne kampanie (np. dotyczące segregowania odpadów) czy też interwencje, których istotą było stosowanie ekonomicznych bodźców wspomagających (np. program wymiany tradycyjnych palenisk domowych na elektryczne lub gazowe).

Niektórzy badani podkreślali znaczenie „***edukacji wielotorowej***" (jak ją nazywali) **wdrażanej na różnych „szczeblach"**, między innymi z udziałem **środków masowego przekazu,** przy czym wskazywano tu na **rolę mediów lokalnych** (w tym prasy) w kształtowaniu świadomości mieszkańców, niekiedy określając ten typ działań mianem „***edukacji przez informację***".

Tymczasem udzielający wywiadów dziennikarze mówili wprost, że **temat prowadzenia działań edukacyjnych stał się dla nich „*nudny*", *pozbawiony konkretów*" oraz wyeksploatowany**. Nie oznacza to, iż temat działań z zakresu edukacji ekologicznej lub zdrowotnej w ogóle nie znajdował miejsca na łamach gazet lokalnych. Był on zazwyczaj **poruszany w kontekście organizowanych doraźnie lub cyklicznie imprez** (np. z okazji

różnego typu „Dni...”), co wynikało najczęściej z patronatu medialnego, który obejmowały nad tymi wydarzeniami poszczególne tytuły.

W odróżnieniu od edukacji ekologicznej **w przypadku edukacji zdrowotnej ani razu nie wspomniano o takich jej formach, by można było uznać je za przykłady edukacji sformalizowanej**. Te spośród wspomnianych działań prozdrowotnych, które były prowadzone w szkole, miały najczęściej **postać programów inicjowanych z zewnątrz** (np. przez PSSE lub lokalnych koordynatorów PZM).

Inicjowanie działań edukacyjnych w obszarze ochrony zdrowia zostało wymienione jako jedna z kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Według badanych przedstawicielek tej instytucji rolą lokalnych agend (szczególnie działów oświaty i wychowania PSSE) było r**ozpowszechnianie gotowych programów** (przygotowanych odgórnie przez **firmy farmaceutyczne** bądź **kosmetyczne**) oraz **koordynacja** prowadzonych w ich ramach działań. Według badanych **PSEE w ogóle nie prowadziły działań z zakresu edukacji ekologicznej.** Uczestniczyły jedynie w akcjach typu „Sprzątanie świata”, szkoląc nauczycieli z zakresu zasad bezpieczeństwa.

Wypowiadający się na temat działań edukacyjnych informatorzy, nierzadko podkreślali ich **innowacyjny charakter** (nawet w stosunku do sformalizowanej edukacji ekologicznej w szkołach użyto określenia „*innowacja pedagogiczna*”).

Lokalni koordynatorzy programu „Zdrowe Miasto” pracujący w wydziałach zdrowia urzędów miast podkreślali, że edukacja (tak ekologiczna, jak i zdrowotna) jest „**nowym kierunkiem”** działań władz lokalnych, który pojawił się po transformacji ustrojowej i w badanych miastach często od początku **był ściśle związany z realizacją tego programu.** To właśnie dzięki Zdrowym Miastom **zainicjowano** pewne kampanie oraz akcje o charakterze edukacyjnym (np. „Sprzątanie świata”), które potem już na stałe **weszły do kalendarza corocznych działań** wspieranych przez urzędy miast. Interesujące jest to, że badani przedstawiciele wydziałów ochrony środowiska wspominali o edukacji, formułując misję tej jednostki organizacyjnej UM albo wymieniając jej priorytety, równocześnie zaś twierdzili, iż **działania tego typu nie były wpisane w kompetencje tych wydziałów i jako takie rzadko bywały przez nie wdrażane** (w sensie przygotowywania i realizacji programów, kampanii lub akcji). Jedna z badanych stwierdziła wręcz, że edukacja ekologiczna była traktowana raczej jako „***wyzwanie***” **realizowane** „***z doskoku***” niż jedno z zadań WOŚ.

Podobnie rzecz się miała w przypadku edukacji zdrowotnej. Badane wydziały zdrowia interesowały się nią na tyle, na ile były one zaangażowane w koordynację PZM. Chociaż **potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych artykułowana była od początku realizacji**

programu, to – jak stwierdziła lokalna koordynatorka z miasta A– przez kilka lat **spychały ją na liście priorytetów działania związane z restrukturyzacją jednostek służby zdrowia**. Inny informator, pełniący rolę lokalnego koordynatora PZM w mieście C, twierdził wręcz, iż Urząd Miasta **nie miał możliwości realizacji programów z zakresu edukacji zdrowotnej**, ponieważ obowiązujące przepisy wymuszały organizowanie programów profilaktycznych w postaci świadczenia usług zdrowotnych (np. badań przesiewowych). Także trzeci z udzielających wywiadu lokalnych koordynatorów PZM twierdził, że **udział komponenty edukacyjnej w prowadzonych działaniach prewencyjnych w jego miejscowości był nieznaczny**. Przyczynę takiego stanu rzeczy upatrywał w **ograniczeniach budżetowych.** Te ostatnie mogły istotnie wpływać na wdrażanie przedsięwzięć edukacyjnych, skoro zasadniczą rolą wydziałów ochrony środowiska oraz wydziałów zdrowia urzędów miast, według ich dyrektorów było, poza koordynacją działań edukacyjnych, **zabezpieczanie środków finansowych na ich realizację** (np. z budżetu gminy lub Funduszu Ochrony Środowiska).

Wdrażanie działań edukacyjnych urzędy miast pozostawiały w gestii współpracujących z nimi **organizacji pozarządowych** bądź szkół. Rolą tych ostatnich było także inicjowanie tego rodzaju działań (szczególnie z zakresu edukacji ekologicznej). Pewne interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej były prowadzone we współpracy z PSSE (niekiedy pod egidą Zdrowych Miast). Pomimo tego, że edukacja ekologiczna była prowadzona w szkołach w ramach tzw. międzyprzedmiotowej ścieżki ekologicznej, niektórzy badani (w tym i przedstawicielka Wydziału Edukacji UM w A) wciąż widzieli potrzebę opracowywania nowych, autorskich programów w tym zakresie.

Działania edukacyjne były często **inicjowane w wyniku uczestnictwa instytucji w realizacji projektów i programów o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym**.

Najbardziej interesujące ze względu na cele niniejszego badania były te interwencje edukacyjne, których celem było wykształcenie u mieszkańców zachowań prowadzących do zmniejszenia środowiskowego ryzyka dla zdrowia. Okazało się, że **trudno jest znaleźć przykłady realizacji tego typu działań**. Co ciekawe, te nieliczne, w których wdrożenie zaangażowane były urzędy miast, **realizowałynwydziały inne niż wydział zdrowia**. W mieście A akcję edukacyjną dotyczącą zagrożeń związanych ze stosowaniem, niefachowym usuwaniem i składowaniem budowlanych materiałów azbestowych prowadził Wydział Nieruchomości, natomiast akcję poświęconą różnym nagłym zagrożeniom Wydział Zarządzania Kryzysowego.

Instytucją, która prowadziła działania z zakresu edukacji zdrowotnej, dotyczące zagrożeń o charakterze środowiskowym była, Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Kolejnym wyróżnionym typem działań jest **informowanie o środowiskowym ryzyku dla zdrowia**. Podstawą tych działań jest identyfikacja potencjalnych zagrożeń ze strony środowiska oraz ocena ich ewentualnego wpływu na zdrowie człowieka dokonana przez profesjonalistów. Informacje oraz opinie specjalistów na temat oszacowanego poziomu ryzyka przekazywane są jednostkom, grupom oraz instytucjom, a ewentualne rozbieżności, wynikające chociażby z różnic w postrzeganiu zagrożeń, powinny zostać przedyskutowane w celu osiągnięcia konsensusu.

W tabeli (Tab. 7) podano liczbę wypowiedzi na temat informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.

Tab.7. Liczba wypowiedzi na temat informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.

Obszar działań	Przykłady działań	Liczba wypowiedzi
Warunki zabudowy	komunikowanie ryzyka związanego z planowanymi inwestycjami: budowa spalarni odpadów chemicznych, stacji selektywnej zbiórki i utylizacji odpadów niebezpiecznych, zakładu utylizacji odpadów komunalnych	7
Ochrona zdrowia	informowanie o ryzyku związanym ze szczepieniami, wynikającym z niefachowego usuwania materiałów azbestowych	3
Zanieczyszczenia powietrza	informowanie o zanieczyszczeniach powietrza na zewnątrz pomieszczeń, prezentacja nowej technologii (wykorzystanie oleju silnikowego „City" w autobusach)	2
Inne	informacja o zagrożeniach na terenie miasta, komunikowanie ryzyka związanego z magazynem surowców płynnych, masztami telefonii komórkowej,	3
Razem:		**15**

O ryzyku informowano nie tylko w celu **podniesienia poziomu świadomości jednostek** (co bywa niekiedy traktowane jako element edukacji), ale także po to, by **zmotywować je do podjęcia wybranych zachowań.** Tak było na przykład w przypadku informowania o ryzyku zdrowotnym związanym z niewłaściwym usuwaniem i składowaniem materiałów budowlanych zawierających azbest (zachęcano równocześnie do korzystania z usług specjalistycznych firm).

Działania z zakresu informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia były też **podejmowane w sytuacjach wystąpienia stanów bezpośrednio zagrażających zdrowiu lub życiu mieszkańców.**

Sytuacje takie budziły **zainteresowanie środków masowego przekazu** i **często to właśnie one przekazywały informację o zagrożeniach.** Udzielający wywiadów dziennikarze twierdzili, że mieszkańcy mają prawo być niezwłocznie powiadomieni o każdej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu. Zdaniem informatorów rolą rzetelnych mediów jest formułowanie komunikatów w taki sposób, aby nie wzbudzić paniki.

Według przedstawicielki IOŚ komunikaty przekazywane mediom w przypadkach wystąpienia sytuacji kryzysowych były **przygotowywane w odpowiedni sposób**, uwzględniający nie tylko informację o przekroczeniu norm, ale też wyjaśnianie, do jakich skutków zdrowotnych może to prowadzić, oraz wskazówki dotyczące działań, jakie należy podjąć.

Jednak **nie zawsze informacje przekazywane przez służby** odpowiedzialne za monitorowanie stanu środowiska **były zrozumiałe dla dziennikarzy**. Według nich problemem było używanie przez przedstawicieli służb ochrony środowiska oraz innych ekspertów **specjalistycznego języka, który ograniczał czytelność przygotowanych komunikatów**.

W zebranym materiale znajdują się wypowiedzi, świadczące o tym, że **nie zawsze przekaz sformułowany przez dziennikarzy oddawał intencje tych, którzy chcieli za pomocą prasy przekazać informację** o poziomie środowiskowego ryzyka dla zdrowia związanym z daną technologią. Za przykład może posłużyć przypadek zakładów chemicznych. Według informatorki od lat dziewięćdziesiątych czyniono w nich starania nad poprawą bezpieczeństwa środowiskowego. Jednym z elementów tych działań była modernizacja magazynu surowców płynnych polegająca na dodatkowym zabezpieczeniu przed ewentualnymi wyciekami chemikaliów. Aby nagłośnić fakt podjęcia tych prośrodowiskowych kroków, zaproszono do zakładu dziennikarzy jednej z lokalnych gazet. Przy okazji postanowiono także pochwalić się szczelnymi komorami żelbetowymi do składowania odpadów niebezpiecznych. Zdjęcie odpadów zgromadzonych w takiej właśnie komorze ukazało się na pierwszej stronie gazety opatrzone tytułem „Bomba ekologiczna". W odczuciu przedstawicieli zakładu był to jeden z przykładów nierzetelności mediów w informowaniu o ryzyku środowiskowym związanym z działalnością przemysłową.

Także Pełnomocnik Zarządu Miasta ds. usuwania odpadów azbestowych wyraził negatywną opinię na temat pracy dziennikarzy. Jego zdaniem byli oni **zainteresowani głównie tworzeniem komunikatów opartych na strachu**, natomiast **nie zamieszczali konkretnych wskazówek co do sposobów radzenia sobie z zagrożeniem**. Podobną opinię wyrazili także: przedstawicielka MPK oraz dyrektor MPO w A. Ten ostatni wręcz zarzucił

dziennikarzom **pisanie nieprawdy**, chociaż wyraził wątpliwości, czy robią to oni **intencjonalnie,** czy też wynika to z ich **braku wiedzy**.

Wśród wspomnianych przez osoby badane działań z zakresu informowania o ryzyku znalazły się i takie, których celem nie było przekonanie mieszkańców o istnieniu ryzyka, ale to, że takiego ryzyka nie ma (ewentualnie, że jest ono niewielkie). Jednym z przykładów była publiczna (z udziałem przedstawicieli mass-mediów) prezentacja testowanej przez MPK technologii stosowania oleju silnikowego typu „City". Aby udowodnić, że autobusy, w których zastosowano to rozwiązanie, w znacznie mniejszym stopniu zanieczyszczają powietrze, przytknięto do rury wydechowej chusteczkę higieniczną – pozostała ona biała.

Z zebranego materiału wynika, że niekiedy opinie ekspertów ryzyku związanym ze stosowaniem danej technologii rozmijają się z tymi, które na ten temat mają mieszkańcy. Znalazło to odzwierciedlenie w licznych wypowiedziach dotyczących informowania o ryzyku w kontekście **procedur ekologicznych** związanych z realizacją inwestycji potencjalnie szkodliwych dla środowiska oraz zdrowia ludzi.

W trzech badanych miastach komunikaty przekazywane w ramach informowania o ryzyku dotyczyły najczęściej **bezpieczeństwa ekologicznego, związanego z planowaną realizacją dużych inwestycji**, takich jak np. budowa spalarni, czy też stacji selektywnej zbiórki odpadów. Wprawdzie w intencji inwestorów budowa i uruchomienie wspomnianych obiektów miała rozwiązać poważne problemy środowiskowe, jednak na drodze realizacji tych przedsięwzięć stanęły protesty mieszkańców, którzy uznali je za groźne dla zdrowia.

Zdaniem dziennikarzy „*Przeglądu Tygodniowego*" – jednej z lokalnych gazet, która relacjonowała spór wokół budowy spalarni odpadów na terenie miasta A – negatywne nastawienie mieszkańców do wspomnianych inwestycji był spowodowany głównie tym, że **Urząd Miasta początkowo zaniedbał działania polegające na informowaniu o środowiskowym ryzyku dla zdrowia,** po czym wykazał się całkowitą niekompetencją w tym zakresie. Należy nadmienić, że działania te ocenił negatywnie także jeden z dyrektorów UM. Stwierdził on, że ***„temat został spalony***" ponieważ był ***„słabo przygotowany medialnie"***. Podobną opinię wyraziła przedstawicielka zakładów chemicznych, na którego terenie miała powstać spalarnia.

Badani przedstawiciele społeczności lokalnej (członkowie jednej z rad osiedlowych) oraz dziennikarze oprócz zaniedbań w informowaniu zarzucali urzędnikom i przedstawicielom inwestora posługiwanie się niezrozumiałym językiem. W rezultacie, redakcja jednej z gazet zwróciła się do eksperta, który według dziennikarzy pomógł im w zrozumieniu zagrożeń związanych z planowaną inwestycją. Należy dodać, iż ekspert ów był związany z jedną z

ogólnopolskich ekologicznych organizacji pozarządowych zawsze opowiadających się przeciwko spalarniom jako metodzie utylizacji odpadów, więc jego zdaniem protesty mieszkańców przeciwko budowie spalarni odpadów były jak najbardziej uzasadnione.

Niektórzy z badanych uważali, że gazeta, komentując ten konflikt, przedstawiała argumenty tylko jednej ze stron, co wynikało z politycznych sympatii redakcji.

Zarzut, iż **polityczne sympatie** dziennikarzy **wpływały na treść i sposób formułowania komunikatów dotyczących zagrożeń środowiskowych** (szczególnie tych, związanych z budową i działaniem kontrowersyjnych inwestycji) został postawiony przez kilku przedstawicieli UM, a także przez dyrektora MPO w A.

Uwagę przyciąga fakt, że **eksperci wspierający inwestora nie potrafili przekonać mieszkańców o tym, że planowana spalarnia odpadów nie będzie dla nich źródłem zagrożeń**. Na jednym z zebrań w Urzędzie Miasta, aby przekonać mieszkańców o tym, że spalarnia będzie spełniała wszelkie standardy bezpieczeństwa, pokazano im film, w którym zaprezentowano pracę podobnego zakładu we Francji. Według udzielających wywiadu przedstawicieli społeczności lokalnej szczegóły przedstawione na filmie (użycie szczelnych kontenerów, praca w maskach i białych kombinezonach) jeszcze bardziej utwierdziły protestujących w tym, że spalarnia zagrażałaby ich zdrowiu.

Właśnie niewiara w możliwość przekonania laików racjonalnymi argumentami o bezpieczeństwie planowanej inwestycji była powodem, dla którego, **w kilku przypadkach, celowo nie podejmowano prób informowania mieszkańców o planowanej inwestycji,** np. o otwieranym przez MPK punkcie auto-złomu.

Z zebranego materiału wynika, że działania z zakresu informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia nie **były działaniami wdrażanymi rutynowo i planowanymi**. Wdrażano je raczej w odpowiedzi na różne kryzysy, jak np. wzrost skażenia środowiska albo protesty mieszkańców przeciwko planowanej inwestycji.

Na koniec należy zwrócić uwagę, że **dostęp do informacji** nt. stanu środowiska oraz planów, decyzji i działań mogących wpłynąć i na środowisko, i na zdrowie jest w naszym kraju **zagwarantowany prawem** (Prawo ochrony środowiska, Prawo dostępu do informacji publicznej). Sposób, w jaki realizowane są działania informacyjne, może być też **wyznacznikiem poziomu angażowania społeczności lokalnej** w decyzje dotyczące bezpieczeństwa środowiskowego (także tego, które laicy postrzegają subiektywnie). Dlatego temat ten zostanie pogłębiony w rozdziale dotyczącym uczestnictwa społeczności lokalnej w działania na rzecz zdrowia i środowiska.

Stosowanie instrumentów ekonomicznych jest ostatnim rodzajem działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia. Celem było tu wywarcie wpływu zarówno na różne instytucje (np. jednostki przemysłowe, organizacje pozarządowe), jak i motywowanie mieszkańców do wprowadzania zmian korzystnych dla zdrowia i środowiska.

W wyniku analizy zebranego materiału stwierdzono, że w trzech badanych miastach stosowano instrumenty ekonomiczne, które zgodnie z klasyfikacją uwzględniającą mechanizm ich oddziaływania na podmiot, można przyporządkować do jednej z przedstawionych grup:

- **bodźce wspomagające** (np. dopłaty, ulgi, dotacje) stosowane jako pomoc finansowa przyznawana podmiotom podejmującym działania ochronne,
- **bodźce wymuszające** stosowane jako sankcje za nieprzestrzeganie norm korzystania ze środowiska,
- **świadczenia przymusowe** (np. opłaty eksploatacyjne) stosowane jako instrumenty internalizowania kosztów zewnętrznych oddziaływania podmiotów na środowisko.

W tabeli (Tab. 8) zawarto liczbę wypowiedzi na temat stosowania bodźców ekonomicznych w różnych obszarach działań z zakresu ochrony środowiska i zdrowia. Do kategorii „ochrona zdrowia" zaliczono wszystkie przedsięwzięcia, w przypadku których zastosowanie bodźców miało na celu wywołanie skutku zdrowotnego. Pozostałe interwencje miały doprowadzić przede wszystkim do zmiany w środowisku. Najliczniejszą kategorią okazały się tutaj działania z obszaru ochrony powietrza (Tab. 8).

Warto wspomnieć, że w każdym z badanych miast podjęto starania zmniejszenia emisji niskiej poprzez działania polegające na **finansowym wspieraniu wymiany tradycyjnych palenisk węglowych na ogrzewanie elektryczne lub gazowe**. Wypowiedzi badanych świadczą o pewnej **popularności tego typu działań**, a także o **wymianie doświadczeń** w tym zakresie **pomiędzy miastami należącymi do SZMP**. Warto zwrócić uwagę, że dwóch z trzech badanych pracowników wydziałów zdrowia (równocześnie pełniących funkcję koordynatorów PZM) pytanych o to, jakiego rodzaju działania podejmuje urząd miasta w celu rozwiązywania środowiskowych problemów wpływających na zdrowie społeczności lokalnej, wymieniło właśnie dopłaty do wymiany sposobu ogrzewania domostw. Dyrektorka WOŚ UM w C wspomniała o tym, że program modernizacji miejskich systemów ciepłowniczych połączony z likwidacją „niskiej emisji" był realizowany we współpracy z amerykańskim US AID.

Tab.8. Liczba wypowiedzi na temat stosowania bodźców ekonomicznych w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.

Obszar działań	Przykłady działań	Liczba wypowiedzi
Ochrona powietrza	dopłaty do ogrzewania ekologicznego, opłaty za emisję zanieczyszczeń do powietrza (zasilają FOŚ), preferencyjne kredyty na przerobienie instalacji w autobusach, premia termomodernizacyjna za modernizację kotłowni węglowej, dopłaty do instalacji pomierników ciepła	11
Ochrona zdrowia	bezpłatne badania diagnostyczne, dofinansowanie do szczepień ochronnych, grzywna za uchylenie się od obowiązku szczepienia ochronnego, kara grzywny za naruszenie przepisów dot. bezpieczeństwa żywności i żywienia, kary za złe warunki pracy, bezpłatne usuwanie eternitu, kary za naruszenie warunków przeciwpożarowych, kary grzywny za bieżący stan sanitarny,	9
Ochrona środowiska (ogólnie)	kary za niewykonywanie obowiązków ochrony środowiska i opłaty za korzystanie ze środowiska (zasilają FOŚ), dotacje FOŚ na inwestycje ekologiczne,	7
Gospodarka odpadami	zwolnienie z opłat za składowanie i transport odpadów azbestowych, bezpłatne worki na posegregowane odpady, opłaty za składowanie odpadów (zasilają FOŚ)	5
Gospodarka wodna	opłaty za zanieczyszczanie wód (zasilają FOŚ), bezpłatne wykonanie przyłącza sieci kanalizacyjnej	2
Zieleń	kary za wycinkę, premie systemowe za nasadzanie zieleni	2
Inne	dotacje do utrzymania pomników przyrody, zwrot kosztów zabezpieczeń przeciw szkodom górniczym, dofinansowanie do rekultywacji terenów powydobywczych	3
Razem:		**39**

Wspomagające bodźce ekonomiczne stosowane były **jako pomoc finansowa** przyznawana podmiotom podejmującym działania ochronne. Większość działań wykorzystujących wspomagające bodźce ekonomiczne dotyczyła kształtowania warunków środowiska i była **skierowana do mieszkańców**.

Działania wykorzystujące wspomagające bodźce ekonomiczne były często **finansowane z gminnych lub powiatowych funduszów ochrony środowiska**. Podmioty korzystające ze środowiska starały się także o proponowane przez niektóre banki **kredyty preferencyjne**.

Przedstawiciele inspekcji stosujących kary pieniężne w stosunku do różnych podmiotów skażających środowisko uważali, że w znacznym stopniu **przyczyniały się one do korzystnych zmian dokonywanych przez zakłady przemysłowe**, którym bardziej opłacało się inwestowanie w modernizację niż płacenie za przekroczenia norm wynikające ze stosowania źle funkcjonujących urządzeń lub instalacji. W tym sensie możliwość nałożenia

kary miała działać jako **środek zapobiegawczy**, **motywując podmioty do inwestycji prośrodowiskowych**.

W materiale znalazły się opisy działań jednostek przemysłowych, które **ubiegły spodziewane zmiany w prawie** (wynikające chociażby z akcesji Polski do UE), dostosowując swoje procesy produkcyjne, tak aby spełniały one stawiane wymagania. Wypowiedzi badanych świadczą o tym, iż działania te były najczęściej podyktowane **chęcią szybkiego dostosowania się do wymagań rynkowych**.

W zebranym materiale znalazła się jednak tylko jedna wypowiedź dotycząca stosowania **kar wobec mieszkańców** w ramach prowadzenia działań prośrodowiskowych. Była to kara za nielegalną wycinkę zieleni.

Mniej znaleziono w materiale wypowiedzi dotyczących stosowania tego rodzaju instrumentów ekonomicznych **w obszarze ochrony ludzkiego zdrowia**. Przedstawicielki Inspekcji Sanitarnej z miast C i A mówiły o **stosowaniu kar pieniężnych** w sytuacjach, gdy stwierdzono: naruszenie wymogów higienicznych i zdrowotnych (w tym obrotu żywnością i żywienia), nieprawidłowości w środowisku pracy, niedopełnienie przez rodziców obowiązku zaszczepienia dziecka.

Świadczenia przymusowe stosowane w badanych miastach miały formę: opłat emisyjnych, opłat za korzystanie ze środowiska, opłat administracyjnych oraz opłat usługowych.

Przedstawiciele zakładów przemysłowych i usługowych podkreślali głównie obligatoryjny charakter odprowadzania opłat, natomiast urzędnicy administracji lokalnej mówili o nich najczęściej w kontekście decyzji wydawanych przez urzędy miast. Dyrektorzy WOŚ zaznaczali, że naliczane przez nich opłaty, odprowadzane następnie do marszałka województwa, zasilały gminne i powiatowe fundusze ochrony środowiska, które były **wykorzystywane między innymi do finansowania działań prośrodowiskowych**.

Jeden z badanych przedstawicieli IOŚ wspomniał o **możliwości zmniejszenia opłat** w sytuacji, gdy podmiot korzystający ze środowiska inwestował w przedsięwzięcia minimalizujące negatywny wpływ jego działalności na środowisko, co mogło być jednym z narzędzi motywowania do pożądanych zmian.

3. 3. 2. Porównanie wyróżnionych typów działań i ich wzajemne relacje.

W tabeli (Tab. 9) przedstawiono relacje (bliższe i dalsze) w jakich pozostawały ze sobą opisane typy działań. Czytana w poziomie tabela pozwala na prześledzenie, w jaki sposób

działania wymienione w kolejnych wierszach wpływają na typy działań widniejące w nagłówkach kolumn.

Rodzajem działań, który miał duży wpływ na pozostałe, są **działania nadzorcze**. To właśnie podczas działań prowadzonych w ramach kontroli bieżącej przedstawiciele inspekcji stwierdzali pewne nieprawidłowości w funkcjonowaniu urządzeń, co zazwyczaj **inicjowało ich modernizację** (interwencja techniczna). Egzekucja kontroli prowadziła niekiedy do **zastosowania wymuszających bodźców ekonomicznych**. Kontrola bieżąca **inicjowała często dalsze działania nadzorcze**: sprawdzanie wykonania zaleceń pokontrolnych, kontrolę bieżącą w miejscach podobnych do tego, w którym wykryto nieprawidłowości, a czasem działania innych służb. Z kolei **decyzja o pozwoleniu na realizację pewnych inwestycji** bywała uzależniona od wyniku kontroli wstępnej. Zakres i przedmiot prowadzonych działań nadzorczych **wpływały na aktywności podejmowane w ramach monitoringu środowiska**. Według przedstawicieli służb kontrolnych opracowania wyników nadzoru i powstające w jego ramach raporty były stosowane jako narzędzie **edukacji decydentów oraz niektórych grup społeczności lokalnej**. Wreszcie niektóre procedury związane z nadzorem wpisana była **konieczność informowania o ryzyku**.

Gdy jednak prześledzi się różne typy relacji, które w oparciu o przeanalizowany materiał zostały wymienione w kolumnie poświęconej działaniom nadzorczym (Tab. 9), można zauważyć, że **ważne dla realizacji tych działań były informacje napływające z systemu monitoringu**. Informacje o przekroczeniu dopuszczalnych stężeń lub natężeń czynników środowiskowych nie tylko inicjowały pewne działania kontrolne, ale także pomagały **ewaluować** wysiłki podejmowane w ramach nadzoru oraz **planować** przyszłe aktywności. Bywało i tak, że system monitoringu (szczególnie wewnętrznego, czyli prowadzonego przez same jednostki przemysłowe) informował o nieprawidłowościach w pracy urządzeń lub instalacji, mogących być źródłem zagrożeń środowiskowych, co z kolei prowadziło do wdrożenia odpowiednich interwencji technicznych. Sytuacje, w których z systemu monitoringu napływały sygnały o zagrożeniach dla bezpieczeństwa ekologicznego, skutkowały podjęciem działań z zakresu informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia.

Zebrany materiał pozwala na stwierdzenie, że **istotą stosowania bodźców ekonomicznych było dostarczanie dodatkowej motywacji do wdrażania różnych typów działań**. Groźba zastosowania bodźców wymuszających motywowała do podejmowanie zachowań prewencyjnych lub do wypełnienia zaleceń pokontrolnych (np. modyfikacji urządzeń), **zwiększając** tym samym **skuteczność działań nadzorczych**. Podobną,

Tab. 9. Relacje pomiędzy wyróżnionymi typami działań

	Interwencje techniczne (IT)	**Nadzór (N)**	**Edukacja (E)**	**Stosowanie bodźców ekonomicznych (BE)**	**Monitoring (M)**	**Informowanie o ryzyku (IR)**
Nadzór	• kontrola wstępna warunkowała wdrożenie IT • kontrola bieżąca inicjowała IT	• wykrycie nieprawidłowości inicjowało kontrolę podobnych podmiotów • informacja innych służb inicjowała działania	• raporty i opracowania stosowano jako narzędzie E	• działania nadzorcze inicjowały wykorzystanie BE o charakterze wymuszającym	• wyznaczał obszar zainteresowań i działań w ramach M	• niektóre procedury inicjowały IR
Stosowanie bodźców ekonomicznych	• bodźce wymuszające lub świadczenia przymusowe motywowały do przeprowadzenia IT • bodźce wspierające ułatwiały lub umożliwiały wdrożenie IT	• BE wpływały na skuteczność działań N	• bodźce wspierające ułatwiały lub umożliwiały wdrożenie E • stosowanie bodźców zwiększało skuteczność E	• kary finansowe lub świadczenia przymusowe zasilając FOŚ umożliwiały stosowanie bodźców wspierających		
Edukacja	• edukacja ułatwiała wdrożenie IT lub motywowała do zmian	• uzupełniała działania w ramach N		• była stosowana jako alternatywa dla kar		
Monitoring	• informacja o nieprawidłowościach inicjowała IT	• informacja o nieprawidłowościach inicjowała N • ułatwiał planowanie (priorytety) N • umożliwiał ewaluację N				• wykrycie nieprawidłowości inicjowało IR
Informowanie o ryzyku	• ułatwia/utrudnia realizację IT		• jest warunkiem wstępnym dla E		• rozpowszechnienie informacji uzupełnia M	
Interwencje techniczne	• wdrożenie pewnych rozwiązań blokowało alternatywne IT		• IT stanowiły „*zaplecze techniczne*” E			

motywującą do podjęcia odpowiednich działań rolę, spełniały bodźce wspierające, stosowane jako **wzmocnienie niektórych działań edukacyjnych**. Jednym z wymienianych przez informatorów aspektów stosowania świadczeń przymusowych oraz bodźców wymuszających było zasilanie powiatowych lub gminnych funduszów ochrony środowiska, co **umożliwiało dalsze stosowanie bodźców wspierających** (np. dotacje inwestycyjne, kredyty preferencyjne), ułatwiających (a czasem nawet inicjujących) realizację interwencji o charakterze technicznym lub edukacyjnym.

Według badanych **edukacja była warunkiem wstępnym dla wywołania zmian ludzkich zachowań**, w tym i takich, **które prowadziły do wdrożenia interwencji technicznych** (np. wymiany tradycyjnych palenisk na piece gazowe bądź elektryczne). Wskazywano także na rolę edukacji w **przełamywaniu niechęci mieszkańców do inwestycji**, wzbudzających lęki i kontrowersje (np. spalarnia odpadów). Przedstawiciele służb kontrolnych uważali edukację za **istotne uzupełnienie** (albo wręcz element) **działań nadzorczych**. Nieliczni twierdzili, że tzw. pouczenia były niekiedy przez nich stosowane jako alternatywa dla bodźców wymuszających (kar finansowych).

Za **warunek wstępny edukacji** niektórzy uznawali **informowanie o środowiskowym ryzyku dla zdrowia**. Od umiejętnego informowania zależało też nastawienie mieszkańców do niektórych rozwiązań technicznych (np. stacji selektywnej zbiórki i utylizacji odpadów niebezpiecznych). Rozpowszechnianie odpowiednio przygotowanych informacji **wieńczyło** też niekiedy **działania prowadzone w ramach monitoringu środowiska**.

Niektóre interwencje techniczne stanowiły, jak wyraził się jeden z badanych, **„zaplecze techniczne" działań edukacyjnych**. Osoba ta podkreśliła, że np. prowadzenie kampanii nakłaniającej mieszkańców do selektywnej zbiórki odpadów nie miałoby sensu, gdyby poszczególne rodzaje posegregowanych odpadów nie trafiały w końcu do miejsca wyspecjalizowanego w ich utylizacji. Zwrócono też uwagę na wpływ jaki miał wybór konkretnego rozwiązania technicznego na wdrożenie jego alternatywy. W opisywanych przypadkach **nie zawsze wygrywały rozwiązania bardziej „przyjazne" środowisku**. „*Diabeł tkwi w szczegółach*" – tymi słowami podsumował ten wątek jeden z badanych.

3.3.3. Przedmiot wdrażanych działań

W tabeli zbiorczej (Tab. 10) ukazano liczbę wypowiedzi na temat wyróżnionych rodzajów działań i obszarów w których były wdrażane. Tabela ta nie jest wynikiem prostej agregacji danych prezentowanych we wcześniej omówionych tabelach, poświęconych poszczególnym rodzajom interwencji (Tab. 2 – Tab 8). Przede wszystkim **nie uwzględniono w niej wypowiedzi na temat działań z zakresu ochrony zdrowia, w przypadku których**, w ramach profilaktyki chorób, **koncentrowano się głównie na zmianie czynników etiologicznych natury behawioralnej**, nie zaś środowiskowej. Wcześniej zaprezentowano je głównie w tabeli poświęconej edukacji, gdzie składały się one na kategorię „ochrona zdrowia" i zostały uwzględnione w celu porównania z liczbą wypowiedzi poświęconych działaniom z zakresu edukacji ekologicznej. Uznano, że w tabeli zbiorczej zawyżałyby one liczbę wypowiedzi poświęconych działaniom edukacyjnym. Zestawiono je z innymi rodzajami interwencji, ukierunkowanymi zasadniczo na czynniki środowiska. Oprócz wspomnianych 12 wypowiedzi na temat działań edukacyjnych w tabeli zbiorczej nie uwzględniono jeszcze jednej, która traktuje o zastosowaniu bodźców ekonomicznych (bezpłatne badania diagnostyczne).

W tabeli zbiorczej uwzględniono wszystkie obszary działań ukierunkowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia, które pojawiły się we wcześniej prezentowanych tabelach (Tab. 2 – Tab 8). Dokonano też rewizji kategorii „inne", starając się przyporządkować zaliczone do niej przykłady działań do któregoś z pozostałych obszarów, które nie znalazły się w tabelach szczegółowych (Tab. 2 – Tab 8) z powodu małej liczby podanych przykładów.

Na końcu omawianej tabeli (Tab. 10) umieszczono kategorię „inne" oraz kategorię „ochrona środowiska (ogólnie)". Pozostałe jej wiersze uporządkowano ze względu na malejącą liczbę wypowiedzi dotyczących działań przyporządkowanych do wyróżnionych obszarów. W górnej części tabeli znalazły się te obszary, dla których liczba ta była największa.

W przypadku trzech obszarów: „gospodarka odpadami", „jakość powietrza" oraz „zapobieganie sytuacjom kryzysowym i ich skutkom" wśród wymienionych przez badanych przykładów działań znalazły się takie, które reprezentowały wszystkie z wyróżnionych (w kolumnach) typów interwencji.

Tab.10. Liczba wypowiedzi na temat wyróżnionych rodzajów działań i obszary ochrony środowiska lub zdrowia w których były one wdrażane

Rodzaj działań: / Obszar działań:	Interwencje techniczne	Monitoring	Edukacja	Nadzór	Bodźce ekonomiczne	Informowanie o ryzyku	RAZEM
Gospodarka odpadami	21	3	10	3	5	1	**43**
Jakość powietrza	8	10	1	2	11	2	**34**
Gospodarka wodno-ściekowa	11	11	1	3	2	-	**28**
Hałas i wibracje	17	9	-	2	-	-	**28**
Zapobieganie sytuacjom kryzysowym i ich skutkom	5	1	6	4	1	1	**18**
Zieleń	10	-	2	3	2	-	**17**
Infrastruktura miejska	11	-	-	1	-	-	**12**
Czynniki zakaźne	-	-	6	3	2	1	**12**
Warunki zabudowy	-	-	-	4	-	7	**11**
Ochrona środowiska pracy	-	8	-	2	1	-	**11**
Środowisko wewnątrz pomieszczeń	1	-	1	3	3	2	**10**
Ochrona gleby	-	10	-	-	-	-	**10**
Ład i porządek	6	-	-	-	-	-	**6**
Rekultywacja	5	-	-	-	1	-	**6**
Bezpieczeństwo żywności i żywienia	-	1	2	2	1	-	**6**
Kształtowanie przestrzeni miejskiej	4	-	-	-	-	-	**4**
Promieniowanie i pole elektromagnetyczne	-	2	-	1	-	1	**4**
Ochrona przyrody	1	-	1		1	-	**3**
Ochrona środowiska (ogólnie)	-	-	8	3	7	-	**18**
Inne	1	2	1	2	1	-	**7**
Razem	**101**	**57**	**39**	**38**	**38**	**15**	**289**

Należy tu podkreślić, że tabela powstała po zagregowaniu informacji uzyskanych od przedstawicieli różnych instytucji z trzech miast objętych badaniem, nie można więc na jej podstawie wnioskować o tym, czy łączono poszczególne rodzaje interwencji w celu osiągnięcia zakładanej zmiany.

Dodatkowa analiza materiału wykazała, że właściwie **jedynym obszarem działań, dla którego w ramach jednego (organizacyjnie) przedsięwzięcia świadomie wdrażano różne strategie oddziaływania, była gospodarka odpadami**.

Wprawdzie w przypadku pozostałych dwóch obszarów, które znalazły się na szczycie tabeli („zapobieganie sytuacjom kryzysowym" oraz „ochrona środowiska"), odnotowano przykłady zastosowania każdego z wyróżnionych rodzajów działań, jednak były to interwencje organizacyjnie oderwane od siebie i poświęcone różnym kwestiom.

Należy zwrócić uwagę na to, że do obszaru „gospodarka odpadami" nie tylko przyporządkowano najwięcej zarejestrowanych wypowiedzi, ale także największą liczbę przykładów z zakresu działań edukacyjnych oraz interwencji technicznych.

Obszarem, który wyróżnia się ze względu na liczbę przykładów działań z zastosowaniem bodźców ekonomicznych, jest „jakość powietrza", natomiast najwięcej wypowiedzi na temat informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia dotyczyło obszaru wydawania decyzji o warunkach zabudowy.

W przypadku monitoringu istnieje kilka takich obszarów: „gospodarka wodno-ściekowa", „jakość powietrza" oraz „ochrona gleby".

Dla działań z zakresu nadzoru nie można wskazać obszarów, które wyróżniałyby się ze względu na liczbę zarejestrowanych wypowiedzi.

Warto też zauważyć, że w przybliżeniu jedna trzecia wypowiedzi osób badanych dotyczyła interwencji technicznych, jedna piąta – działań monitoringowych, a najmniej działań polegających na informowaniu o środowiskowym ryzyku dla zdrowia.

3.3.4. Bariery w realizacji działań

Jednym z celów poznawczych niniejszych badań była identyfikacja barier, na jakie napotykały instytucje, wdrażając działania skierowane na środowiskowe aspekty zdrowia.

W wyniku jakościowej analizy wypowiedzi informatorów, w których wymieniali oni powody ograniczeń w realizacji działań, **wyróżniono dziesięć rodzajów barier** (Tab. 11).

Należy zaznaczyć, że analizowano i zliczano tu zarówno spontaniczne wypowiedzi, jak i odpowiedzi na pytanie o bariery. Jeśli badany wspomniał o barierach kilka razy, to zliczano wszystkie te wypowiedzi, które nie były powtórzeniami. Za powtórzenia uznawano przypadki, w których udzielający wywiadów mówili po raz kolejny o tym samym rodzaju utrudnienia w realizacji jednego z opisywanych działań. Zliczono więc te wypowiedzi, w których opisywano bariery dla różnych przedsięwzięć lub różne przeszkody stojące drodze wdrożenia jednej interwencji.

Najwięcej spośród zarejestrowanych wypowiedzi (n=50) dotyczyło **barier w realizacji interwencji o charakterze technicznym**. Znacznie mniej znaleziono w materiale takich, które odnosiły się do przeszkód we wdrażaniu działań z zakresu nadzoru (n=14), edukacji (n=12) czy też informowania o ryzyku (n=11). Najmniej przeszkód wymieniono, pisując działania z wykorzystaniem bodźców ekonomicznych (n=2) oraz monitoring (n=1).

Tab.11. Główne typy barier na jakie napotyka realizacja każdego z wyżej wyróżnionych typów działań oraz liczba poświęconych im wypowiedzi

Typ wdrażanych działań: / **Rodzaje barier:**	**Interwencje techniczne**	**Nadzór**	**Edukacja**	**Komunikowanie ryzyka**	**Stosowanie bodźców**	**Monitoring**	**Razem**
Bariera instytucjonalna	14	4	2	2	-	-	**22**
Bariera polityczna	15		1	2	-	-	**18**
Bariera zasobowa	9	2	3	-	-	1	**15**
Bariera legislacyjna	2	4	2	-	2	-	**10**
Bariera społeczna	5		4	-	-	-	**9**
Bariera organizacyjna	3	1	-	4	-	-	**8**
Bariera informacyjna	-	2	-	3	-	-	**5**
Bariera metodologiczna	1	1	-	-	-	-	**2**
Bariera technologiczna	1	-	-	-	-	-	**1**
Razem	**50**	**14**	**12**	**11**	**2**	**1**	**90**

Rodzajem bariery, której różne przykłady zostały wymienione najczęściej, była **bariera instytucjonalna**. Na potrzeby niniejszych badań bariera ta została zdefiniowana jako **rodzaj ograniczeń, na które napotyka dany podmiot wdrażający (lub**

zamierzający wdrożyć) działanie ze strony innych instytucji. Włączono tutaj zarówno przypadki zgłaszania odczuwanego **braku odpowiedniej instytucji** (np. takiej, która informowałaby o faktycznym wpływie środowiska na zdrowie), jak i takie, w których wskazywano na jakieś cechy innej niż własna instytucji, uniemożliwiające bądź utrudniające realizację działań.

Z zebranych wypowiedzi wynika, że jedynie w kilku przypadkach informatorzy za przyczynę tego rodzaju problemów uznawali **formalne ograniczenia**, na które napotykają inne instytucje. W przeważającej liczbie wypowiedzi, **wskazywano na czynnik ludzki** jako powód napotykanych barier. Informatorzy twierdzili, że nie potrafią uzyskać od innych instytucji potrzebnego wsparcia z powodu **braku kompetencji** lub nawet **negatywnych postaw ich przedstawicieli**. Opisywano też przypadki, w których **cel** wdrożonych już działań **nie został osiągnięty lub ich skuteczność została zmniejszona przez niezamierzone bądź intencjonalne działania innych**. Przykładem może być przeredagowanie przez dziennikarzy komunikatu przygotowanego przez jakąś instytucję w taki sposób, że wypaczona zostaje jego pierwotna wymowa.

Z przedstawionej tabeli (Tab. 11) wynika, że o barierze instytucjonalnej wspominano najczęściej opisując interwencje natury technicznej. **Wiele z barier instytucjonalnych stanowi przeszkodę w nawiązywaniu współpracy między podmiotami należącymi do różnych sektorów**. Temat ten zostanie pogłębiony dalej w rozdziale 3.5. niniejszej pracy.

Drugim najczęściej wspominanym typem bariery była **bariera polityczna.** Za taką uznawano wszystkie te **sytuacje, w których o zaniechaniu działań lub też zakłóceniu ich realizacji zadecydowały nie czynniki natury merytorycznej, ale politycznej**. Należą do nich: brak woli politycznej o podjęciu działań, walka pomiędzy koalicją rządzącą a opozycją itp. Wliczono tu także wszystkie przypadki **nieskutecznego lobbingu** na rzecz wdrożenia działań, a także dawniej **podjętych decyzji** (np. pierwotna koncepcja ścieżek rowerowych w mieście B), które **uniemożliwiały realizację działań prozdrowotnych**. Za barierę polityczną uznano nie tylko nieprzychylne postawy radnych, ale także wpływ sympatii politycznych na treści publikowane przez dziennikarzy.

Bariery natury instytucjonalnej oraz bariery polityczne zostały wspominane **głównie w kontekście realizacji działań o charakterze interwencji technicznych**. Również ten temat zostanie pogłębiony w następnym rozdziale niniejszej pracy.

Kolejna ze wspominanych przez osoby badane barier to **bariera zasobowa**. Tutaj deklarowano chęć przeprowadzenia odpowiednich działań, ale na drodze do ich realizacji stawał **deficyt któregoś z zasobów: finansów, czasu lub siły roboczej**. W tym ostatnim, chodziło nie tylko o ilość pracowników, ale także ich alokację oraz kwalifikacje. W przeważającej liczbie przypadków stwierdzano, że **największą barierą w realizacji działań był brak pieniędzy**. Najwięcej wypowiedzi dotyczyło bariery zasobów w realizacji interwencji o charakterze technicznym: tych kapitałochłonnych, jak np. budowa ścieżek rowerowych oraz tych mniej kosztownych, jak np. prośrodowiskowa modyfikacja taboru autobusowego. Deficyt zasobów był też utrudnieniem w realizacji działań edukacyjnych i nadzorczych. W przypadku monitoringu brak pieniędzy był jedynym rodzajem przeszkody o jakim wspomniano.

Następnym rodzajem bariery, jaki udało się wyróżnić w wyniku analizy materiału, jest **bariera legislacyjna**. W tym przypadku działania nie mogły być zrealizowane, albowiem **brakowało odpowiednich aktów prawnych, albo też, już istniejące utrudniały bądź uniemożliwiały działanie**. Przykłady tego typu utrudnień wymieniono opisując działania nadzorcze, interwencje techniczne, przedsięwzięcia edukacyjne oraz stosowanie bodźców w postaci kar. Badani skarżyli się na utrudniający ich pracę brak aktów wykonawczych, brak norm dotyczących bezpieczeństwa środowiskowego, ale także na niejasność przepisów określających kompetencje niektórych instytucji. Według jednego z lokalnych koordynatorów PZM przepisy prawa są przyczyną tego, że realizacja programów prozdrowotnych przez wydział zdrowia UM musi się właściwie ograniczyć do wczesnej diagnostyki, a pomijane są działania typu edukacyjnego. Skarżono się również na czas trwania procedur: zbyt długi (co np. zniechęca do starania się o dopłaty do inwestycji prośrodowiskowych) lub zbyt krótki (co wymusza działania krótkofalowe).

Bariera społeczna to ograniczenia, których **źródłem byli przede wszystkim sami mieszkańcy**. Ich protesty bądź brak zrozumienia dla koncepcji niektórych zamierzeń (np. ścieżek rowerowych w mieście B) uniemożliwiały realizacje niektórych interwencji technicznych. Niektórzy badani wskazywali tu na duże znaczenie postaw i przekonań tzw. liderów opinii społecznej. W przypadku działań edukacyjnych mówiono o braku zainteresowania udziałem w niektórych programach (np. brak zainteresowania kobiet nauką samobadania piersi) czy też o niestosowaniu się do zaleceń (np. zasad segregacji śmieci). Tutaj włączono też dwie wypowiedzi dziennikarzy dotyczące ich niechęci do pisania o edukacji wynikającej z przekonania, że temat ten stracił na aktualności i atrakcyjności

Za przykłady **bariery organizacyjnej** w realizacji działań uznano te przypadki, w których **utrudnieniem były niedoskonałości samej instytucji: błędy w planowaniu i zarządzaniu, brak kompetencji liderów i innych istotnych osób, struktura organizacyjna** itp. W tych sytuacjach potencjał instytucji w przeprowadzeniu działań nie mógł być w pełni i racjonalnie wykorzystany. Wypowiedzi, dotyczące barier zaliczonych do tej kategorii często miały charakter samokrytyki. W przypadku utrudnień w realizacji interwencji technicznych mówiono np. o niedopełnieniu przez urzędników obowiązujących procedur lub o braku koordynacji działań pomiędzy wydziałami urzędu miasta. Działania z zakresu informowania o ryzyku były przez niektóre instytucje – te, które powinny je prowadzić – w ogóle (i czasem celowo) zaniedbywane. Problemy w realizacji działań nadzorczych wynikały np. z faktu, że dana instytucja nie miała agend na poziomie lokalnym.

Bariera informacyjna to **problemy wynikające z braku dostępu do niezbędnej informacji albo ze złej jakości informacji dostępnej**. Tylko w dwóch przypadkach ten rodzaj bariery został wspomniany przez osoby wypowiadające się na temat działań o charakterze nadzorczym (Tab. 11). W jednym przypadku za utrudnienie uznano brak informacji na temat poziomu emisji i rodzaju zanieczyszczeń powstających w wyniku stosowania pewnych technologii. Druga wypowiedź dotyczyła czasowego pogorszenia się przepływu informacji pomiędzy WSSE a PSSE, co według badanej wynikało z przekształcenia w 1999 roku Inspekcji Sanitarnej z państwowego organu rządowej administracji specjalnej w rządową zespoloną inspekcję sanitarną (tzn. zespoloną z innymi działaniami administracyjnymi). Pozostałe wypowiedzi dotyczyły problemów w informowaniu o ryzyku, których źródłem są błędy w pracy mediów masowego przekazu.

Analizując zebrany materiał uznano, że wśród barier w realizacji działań ukierunkowanych na środowiskowe aspekty zdrowia należy jeszcze wyróżnić **bariery metodologiczne** oraz **technologiczne**. Przykładem tych pierwszych były metodologiczne utrudnienia np. w ocenie wpływu planowanej inwestycji na zdrowie okolicznych mieszkańców lub dokonywanie ewaluacji działań w taki sposób, że pewne problemy stają się niewidoczne.

Bariera technologiczna to wystąpienie ograniczeń w przeprowadzeniu interwencji polegających np. na braku alternatywnej technologii, czy też niemożliwości wdrożenia danej technologii z powodów technicznych. Przykładem bariery technologicznej jest wspomniany przez jedną z badanych brak możliwości dokonania modernizacji starego

taboru autobusowego MPK, tak aby mógł on wykorzystywać „przyjazny dla środowiska" olej napędowy miejski (tzw. olej „city").

Zarejestrowane wypowiedzi na temat barier można także zanalizować ze względu na to, jakiego rodzaju czynnik: ludzki, środowiskowy czy innej natury stanowił istotę powstania wyróżnionych wcześniej typów barier. Wyniki tego rodzaju analizy przedstawione zostały w kolejnej tabeli (Tab. 12).

Można stwierdzić, iż więcej niż połowa (bo 51 na 90) wypowiedzi na temat barier dotyczyła sytuacji, w których za źródło istnienia utrudnień uznawano ludzi. Najczęściej

Tab. 12. Udział czynnika ludzkiego w tworzeniu barier na jakie napotyka realizacja działań wdrażanych przez instytucje objęte badaniem

Wpływający na powstawanie barier / Rodzaje barier	Politycy	Urzędnicy	Dziennikarze	Mieszkańcy	Pozostali	Razem czynnik ludzki	Inne czynniki	RAZEM
Bariera instytucjonalna	4	8	3	-	2	17	5	**22**
Bariera polityczna	13	-	2	-	-	15	3	**18**
Bariera zasobowa	-	-	-	-	-	-	15	**15**
Bariera organizacyjna	-	6	-	-	1	7	1	**8**
Bariera legislacyjna	-	-	-	-	-	-	10	**10**
Bariera społeczna	-	-	2	5	2	9	-	**9**
Bariera informacyjna	-	-	3	-	-	3	2	**5**
Bariera metodologiczna	-	-	-	-	-	-	2	**2**
Bariera technologiczna	-	-	-	-	-	-	1	**1**
Razem	**17**	**14**	**10**	**5**	**5**	**51**	**39**	**90**

obwinianą grupą byli radni, następnie urzędnicy samorządowi, dziennikarze, a w końcu sami mieszkańcy. W grupie „inni" znaleźli się np. przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz nauczyciele (którzy według jednej z badanych byli źródłem złych wzorców, utrudniających prowadzenie edukacji zdrowotnej). Czynnik ludzki leżał głównie u podłoża bariery instytucjonalnej (najczęściej mówiono tu o trudnościach w nawiązaniu oraz prowadzeniu współpracy wynikających z nastawienia lub braku kompetencji przedstawicieli innych instytucji), a także politycznej (wynikającej z postaw polityków oraz innych grup mających wpływ na procesy decyzyjne).

Istotą takich barier jak: bariera zasobowa, legislacyjna, metodologiczna czy technologiczna były inne niż ludzkie czynniki (głównie natury środowiskowej) np. brak pieniędzy, dobrych wzorców ewaluacji czy też przepisów prawa.

3.4. Proces planowania i ewaluacji podejmowanych działań

Jednym z celów przedstawianego zamierzenia badawczego był opis oraz ocena procesu realizacji interwencji ukierunkowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia.

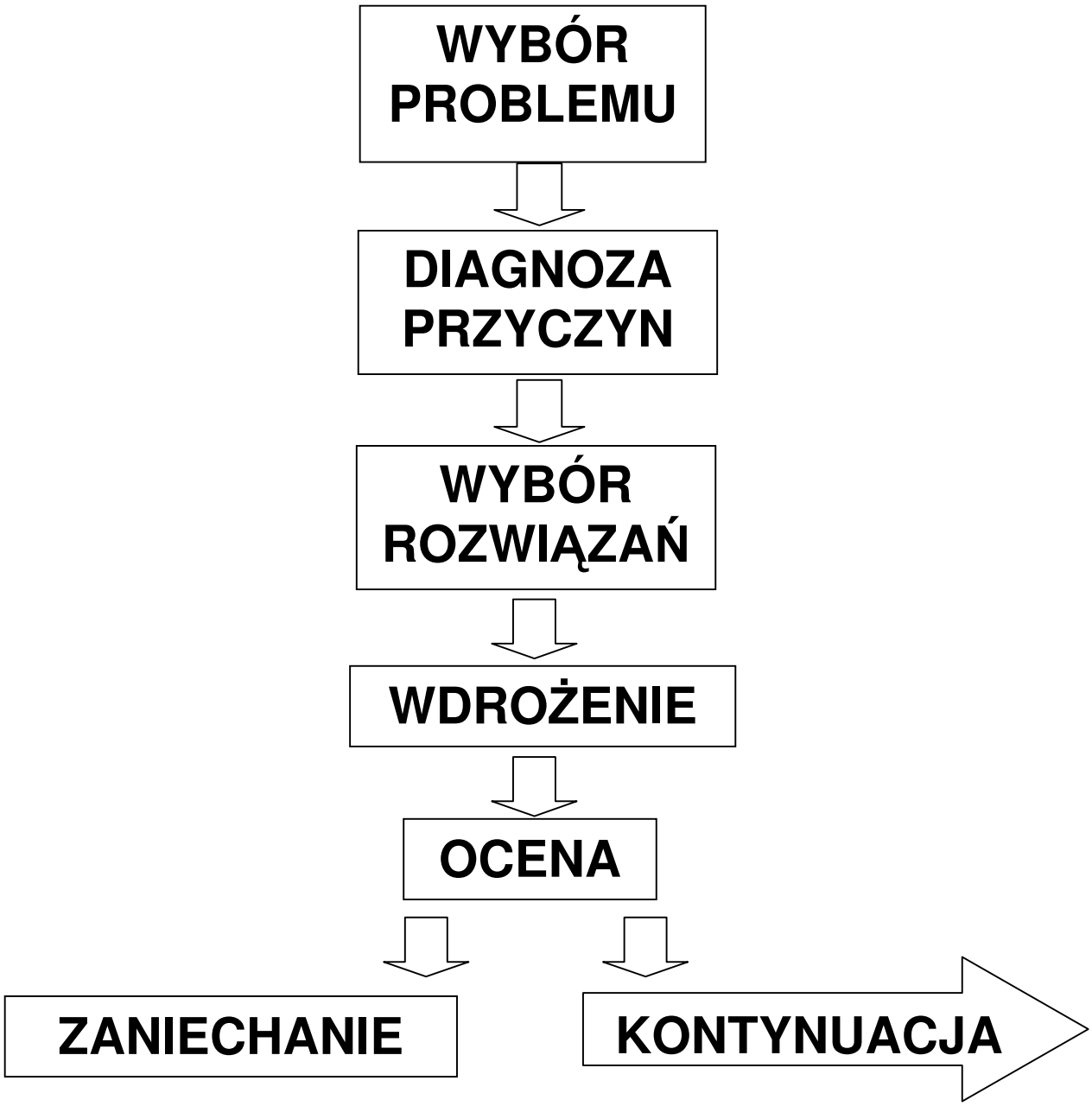
Przygotowując przedstawiany projekt badawczy zakładano, że **proces realizacji interwencji przechodzi przez co najmniej kilka etapów** (Rys. 4), a zakończenie każdego z nich jest nieodzowne dla rozpoczęcia następnego. Oprócz tego warunku musi być spełnione jeszcze kilka innych kryteriów (jak np. to, że wybór metod oddziaływania powinien być poprzedzony skrupulatną analizą przyczyn), aby działanie można było uznać za racjonalne.

3.4.1. Identyfikacja problemów i wybór priorytetów

Pierwszym z założonych (Rys. 4) etapów planowania interwencji jest wybór kwestii, którymi należy się zająć.

W przypadku samorządu lokalnego pewne kwestie wyłaniały się podczas tworzenia **lokalnych dokumentów określających cele i priorytety społeczno-gospodarczego rozwoju miast.** Każde z miast objętych badaniem miało już opracowany krótszy (miasto C) bądź dłuższy (miasto A) dokument o charakterze strategii rozwoju miasta lub też właśnie kończyło nad nim pracę (miasto B).

Za opracowanie strategii odpowiedzialne były urzędy miast, ale w jej stworzeniu brali udział zaproszeni eksperci (w tym np. przedstawiciele PIS) oraz organizacje pozarządowe reprezentujące stronę społeczną.



Rys. 4. Zakładane, główne etapy procesu realizacji interwencji (opracowanie własne)

Kwestie zdrowotne i środowiskowe były w tych dokumentach **traktowane rozłącznie** i nigdy **nie konkurowały ze sobą na listach tworzonych priorytetów**.

Z wypowiedzi informatorów wynika, że w przypadku tych pierwszych brano pod wzgląd głównie **rozpowszechnienie danego problemu w populacji**. Oceniając wagę problemów środowiskowych, zwracano uwagę nie tylko na ich rozpowszechnienie (np. **zasięg występowania), ale i siłę** (natężenie) oraz **tendencję** (ich narastanie bądź zmniejszanie się).

O stosowaniu wyżej wymienionych kryteriów do wyznaczania priorytetów pośród problemów zdrowotnych czy środowiskowych wspominali głównie dyrektorzy wydziałów odpowiednio: zdrowia oraz wydziałów ochrony środowiska urzędów miast. Wskaźniki dotyczące rozpowszechnienia oraz nasilenia tych problemów były także istotne dla instytucji o charakterze inspekcji. Dodatkowo inspekcje przygotowywały okresowo raporty, będące dla decydentów źródłem informacji na temat problemów, które należałoby rozwiązać.

W przypadku czynników środowiskowych w planowaniu działań przez PIS ważne było istnienie **empirycznie stwierdzonego związku pomiędzy nimi a problemami zdrowotnymi –** co wyraźnie podkreśliła jedna z badnych. W przypadku instytucji zajmujących się ochroną środowiska (WOŚ UM, IOŚ) istotna była natomiast np. częstość przekroczeń dopuszczalnych stężeń (lub natężeń) czynników uznanych za negatywnie wpływające na środowisko w jego poszczególnych elementach.

Radni podkreślali, że istotny był dla nich także stopień, w jakim **dany problem środowiskowy „*dotyczył ludzi*"**. Im bardziej kwestia była związana **z zapewnieniem podstawowych potrzeb mieszkańców** (np. mieszkanie, praca) **lub ich bezpieczeństwem, tym chętniej uznawano ją za istotną i umieszczano wśród priorytetów**. Należy tu jednak zaznaczyć, że **rzadko o ocenę problemów proszono samych mieszkańców**. Jak wspomniano wyżej, w procesie przygotowania strategii **byli oni reprezentowani przez organizacje pozarządowe zaproszone do współpracy**. W przypadku jednego z miast (A) przeprowadzono wśród mieszkańców ankietę, w której oceniali oni wybrane problemy środowiskowe.

Teoretycznie rzecz ujmując, wieloletnie plany strategiczne powinny stawać się podstawą do opracowywania planów krótkookresowych o charakterze operacyjnym, a problemy wskazane w nich jako priorytety winny być sukcesywnie rozwiązywane.

Wypowiedzi niektórych urzędników miejskich oraz radnych świadczą jednak o tym, iż uwzględnienie jakiegoś problemu w tego typu dokumencie **nie było gwarancją jego rozwiązania**. Od momentu wyartykułowania potrzeby rozwiązania danego problemu do czasu wdrożenia odpowiednich działań **upływało niekiedy więcej lat, niż obejmowała to strategia**. Przykładem może być odkładanie przez całe lata budowy ścieżek rowerowych w mieście B.

Aby zajęto się daną sprawą **nie zawsze wystarczało uznanie jej za ważną ze względów społecznych czy epidemiologicznych**. Jeden z radnych nazwał tego typu kwestie „*punktami zapalnymi*" – **ich rozwiązanie jako mało pilne było wciąż odsuwane w**

przyszłość, podczas gdy ich waga powodowała, że co jakiś czas temat potrzeby podjęcia odpowiednich działań wracał niczym „*bumerang”* (jak wyraził się badany).

Z tego prawdopodobnie względu wielu informatorów, reprezentujących inne instytucje niż samorząd lokalny, twierdziło, że **strategie rozwoju miast miały jedynie charakter deklaracji** (jeden z nich określił je nawet mianem „*pustych deklaracji*”).

Kilku badanych uznało jednak, że dokumenty te bywały **pomocne w wyznaczeniu kierunku podejmowanych przez ich instytucje działań lub uzyskaniu dla nich wsparcia ze strony miasta** (jeśli ich cele były zgodne z zapisanymi w strategii).

Dyrektorzy różnych wydziałów urzędów miejskich twierdzili z kolei, że strategie rozwoju miast **pomagają w wyznaczeniu priorytetów przyjmowanych w planowaniu krótkookresowym** (np. na okres jednego roku).

Dla podmiotów przyporządkowanych do sektora „zdrowie” (szczególnie wydziałów zdrowia UM i PSSE) źródłem priorytetów był także **Narodowy Program Zdrowia**. Dla tych, które zajmowały się ochroną i kształtowaniem środowiska, taką funkcję spełniała **Polityka Ekologiczna Państwa**. Znaczenie w wyznaczaniu priorytetów miały też **okresowe raporty o stanie sanitarno-higienicznym oraz jakości środowiska lokalnego** przygotowywane przez odpowiednio: PSSE oraz terenowe stacje IOŚ. Koordynatorzy PZM wspominali też o priorytetach wskazywanych co roku przez **Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich**.

Ponieważ planowanie krótkookresowe dotyczyło działań, które miały być wdrożone wkrótce (np. w trakcie nadchodzącego roku budżetowego), istotną sprawą stawała się więc wielkość zasobów potrzebnych do ich realizacji.

W sytuacji ograniczonych zasobów (na co uskarżało się wielu informatorów) **jeszcze raz musiało dojść do wskazania kwestii, którymi dana instytucja zajmie się w pierwszej kolejności**.

Z analizy zebranego materiału wynika, iż na wdrożenie działań mogą wpłynąć **wcześniej podjęte decyzje**. Przedstawiciele różnych instytucji wspominali, że **często preferowana była realizacja działań, mających charakter kontynuacji**. Według informatorów zabezpiecza to przed zaprzepaszczeniem wcześniejszych osiągnięć. Jedna z radnych stwierdziła, że **podjęte zobowiązania** (szczególnie te sformalizowane np. w postaci zaciągniętych kredytów bankowych) **gwarantują realizację długoterminowych działań** (np. budowy stacji uzdatniania wody) w warunkach zmieniającego się składu samorządu lokalnego. Jednak **nie zawsze kontynuacja musi przynosić pozytywne skutki – niekiedy może to prowadzić do powielania wcześniej popełnionych błędów**.

Jako ilustrację można przytoczyć przypadek budowy ścieżek rowerowych w mieście B. Działające w tym mieście Stowarzyszenie Cyklistów chciało promować rower jako środek komunikacji miejskiej, konkurencyjny w stosunku do pojazdów silnikowych. W związku z tym, opracowano projekt systemu ścieżek, spełniający m. in. tzw. wymóg bezpośredniości (chodzi o minimalizację objazdów), dzięki czemu podróż na rowerze np. do pracy, mogłaby być krótsza niż podróż samochodem. Chociaż Stowarzyszenie Cyklistów lobbowało na rzecz swojego projektu, Urząd Miasta przyjął inną koncepcję, zgodnie z którą, rower miał być pojazdem wykorzystywanym głównie do celów rekreacyjno-turystycznych. Projekt systemu ścieżek, podporządkowany takiej koncepcji, różnił się od proponowanego przez wspomniane stowarzyszenie (m.in. nie uwzględniał zasady bezpośredniości). Ostatecznie, z powodu ograniczeń finansowych, z przyjętego projektu, zrealizowano jedną ścieżkę. Owa prowadząca do nikąd i przecinająca ruchliwe ulice ścieżka, okazała praktycznie nieużyteczna. Przeciwnicy budowy systemu tras rowerowych w mieście B zaczęli ją wykorzystywać jako dowód na bezsensowność całej idei. W tej sytuacji zmniejszyło się także prawdopodobieństwo realizacji bardziej funkcjonalnego projektu proponowanego przez Stowarzyszenie Cyklistów.

Czasem wcześniejsza decyzja o podjęciu pewnych działań prowadziła do zaniechania podobnych działań w przyszłości, np. na skutek wyczerpania się zasobów przeznaczonych na realizację danego zadania. Wspomniano również o sytuacjach, gdy **skutki niektórych wdrożonych działań maskowały brak realizacji innych, które w rezultacie mogły zostać całkiem zaniechane**.

Czynnikiem sprzyjającym zajęciu się daną kwestią **było także to, czy dotyczy ona bezpośrednio decydentów lub bliskich im osób**.

Niektóre problemy (szczególnie te, o charakterze sytuacji kryzysowych) stawały się widoczne dla decydentów albo wskutek **bezpośredniego doświadczenia** (np. powódź w zamieszkiwanej dzielnicy), albo dzięki temu, że **nagłośniły je media**. Zdarzało się, że bodźcem do podjęcia działań były **skargi mieszkańców** lub **informacja o kryzysie** (nadchodzącym bądź już występującym) pochodząca **z systemu monitoringu**.

Problemy, które **stawały się widoczne**, budziły **zainteresowanie opinii publicznej,** a gdy ich **zaawansowanie osiągało stan kryzysu**, potrzeba rozwiązania stawała się **pilna**. Czasami w ten właśnie sposób dochodziło do zajęcia się kwestiami, które w planowaniu strategicznym zostały wprawdzie uznane za ważne, ale z braku środków termin ich realizacji był wciąż przesuwany.

Za przykład może posłużyć budowa wałów powodziowych w mieście B, które to przedsięwzięcie, według przedstawicielki zarządu miasta, było latami odkładane, aż do czasu

przejścia fali powodzi w lecie 2001 roku. Innym przykładem było wzmożone zainteresowanie oraz mobilizacja odpowiednich służb odnośnie do potencjalnego wykorzystania spor wąglika dla celów terrorystycznych, co było skutkiem wydarzeń w Stanach Zjednoczonych po ataku na wieże World Trade Center.

W przypadku problemów pojawiających się nagle i przybierających postać sytuacji kryzysowych **zajmujące się nimi instytucje zazwyczaj wdrażały mniej lub bardziej rutynowe działania**, a od poziomu ich kompetencji zależało właśnie to, jak szybko i skutecznie uda się przywrócić początkowy stan równowagi.

Niektóre z problemów, które przyciągnęły uwagę opinii publicznej, **utrzymywały się na liście priorytetów jeszcze przez jakiś czas po ich rozwiązaniu**, o czym mogą świadczyć np. wypowiedzi przedstawicieli służb kontrolnych (PIS, PSP). Stwierdzali oni, iż w planowaniu działań brano pod uwagę, gdzie w ostatnim czasie dochodziło do sytuacji kryzysowych i co stawało się podstawą do obejmowania wzmożonymi kontrolami podmioty podobne pod względem rodzaju działalności, wielkości lub innych cech.

Nowe problemy nie pojawiały się jedynie w związku z sytuacjami kryzysowymi, niekiedy były one np. konsekwencją **zmieniającego się prawa**. Na przykład akcesja Polski do UE spowodowała, że niektóre instytucje chcące zawczasu dostosować się wymogów unijnych próbowały rozwiązywać problemy, których wcześniej nie dostrzegały.

W wywiadach podkreślano czasami, że nie bez znaczenia pozostają też pewne **cechy osób, od których zależy podjęcie decyzji o zajęciu się daną kwestią**. W kilku przypadkach stwierdzono, że niektóre problemy zostały podjęte nie dlatego, że istniał przymus ich rozwiązania, ale dlatego, że decydenci legitymowali się **wysokim poziomem świadomości ekologicznej**. Informatorzy wspominali ponadto, iż **ważna jest znajomość czy też wiedza decydentów na temat danego problemu**. Wymieniali poza tym pewne okoliczności, które mogły wpływać na ich postawę wobec propozycji rozwiązania problemu. Oprócz wspominanej już wyżej oceny tego, jak bardzo dany problem ich dotyczy, dla decydentów ważne było także to, **kto występował z daną kwestią**. Niektórzy radni, a także urzędnicy miejscy, wspominali o **upolitycznieniu** niektórych problemów, czego wyrazem było na przykład wprowadzenie dyscypliny partyjnej podczas głosowania nad decyzją o ich rozwiązaniu. W opinii kilku informatorów owo upolitycznienie kwestii można było także zaobserwować czytając lokalne gazety, których dziennikarze, komentując decyzje radnych, dawali niekiedy wyraz swoim sympatiom i antypatiom politycznym.

Z chwilą upolitycznienia danego problemu jednym z czynników decydujących o tym, czy podjęta zostanie próba jego rozwiązania, była polityczna siła partii zgłaszającej konieczność jego rozwiązania.

W świetle przeprowadzonych badań można stwierdzić, że **gwarancja finansowania w znacznym stopniu ułatwiała rozwiązanie pewnych problemów, czasami będąc wręcz bodźcem do wdrożenia interwencji**. Tak działały na przykład wspomniane przez informatorów dotacje celowe przyznawane chociażby przez fundusze ochrony środowiska.

Zwróciła na to uwagę jedna z radnych, która stwierdziła nawet, że **priorytety wyznaczone przez owe fundusze w miarę precyzyjnie określały, jakie problemy powinny zostać rozwiązane** i praktycznie pozostawiają jedynie możliwość pewnego (często również ograniczonego) wyboru sposobu realizacji działań. Radna przywołała przykład oczyszczalni ścieków, której budowa miała bardzo obciążyć budżet miasta B. Oceniono jednak, że skutki jej uruchomienia uwidocznią się dopiero po dwudziestu latach. Decyzja o realizacji tej inwestycji, „*kontrowersyjna*", jak wyraziła się o niej badana, została podjęta między innymi dlatego, że realizując właśnie to zadanie samorząd lokalny mógł liczyć na wsparcie finansowe ze środków krajowych i unijnych.

Ponieważ **metody działań zazwyczaj wybierano wraz z ich przedmiotem** (problemem) i wskazywano na nie już na etapie planowania strategicznego, stąd w trakcie analizy zebranego materiału **trudno było odseparować kryteria uznania problemu za priorytetowy od kryteriów dotyczących charakteru samej interwencji,** a decydujących o jej wdrożeniu lub zaniechaniu.

Niektórzy badani urzędnicy samorządowi twierdzili, że **decydentów interesowały głównie te problemy, które można rozwiązać w perspektywie krótkoterminowej** (w przypadku polityków lokalnych był to czteroletni okres ich kadencji). Dlatego też, jeśli będziemy rozważać sytuację w sektorze „zdrowie", **niewielka jest atrakcyjność** (a więc i zmniejszona waga) **działań zapobiegawczych nakierowanych na te z problemów zdrowotnych, których okres powstawania jest długi**. Wprawdzie takie problemy zdrowotne, jak np. nowotwory były przedmiotem realizowanych programów prewencyjnych, jednak działania podejmowane w ich ramach **kierowano zazwyczaj na końcowe ogniwa łańcucha przyczynowego obrazującego powstawanie problemu**. Innymi słowy, **realizowano tu przede wszystkim programy profilaktyczne, których celem było wczesne wykrycie choroby**.

Wielu informatorów twierdziło, że **dla polityków samorządowych atrakcyjne były tylko te działania, których skutki mogli oni sobie przypisać i wykorzystać** (chociażby w

kolejnej kampanii wyborczej). Jeden z przedstawicieli objętych badaniem organizacji pozarządowych mówił wręcz o tendencji do **zawłaszczania** przez lokalnych polityków sukcesów działań realizowanych przy współudziale innych podmiotów.

Czynnikiem, który może tu także odgrywać pewną rolę, jest także to, czy **efekty przeprowadzonych interwencji były widoczne**. Wątek ten pojawił się chociażby w wypowiedzi dyrektora Wydziału Inżynierii Miejskiej UM w A, który oświadczył, że to właśnie jego wydział jest odpowiedzialny za większość tych zauważalnych działań (budowa i utrzymanie dróg, oświetlenie ulic, porządkowanie miasta), za realizację których mieszkańcy oceniają samorząd lokalny.

Kryterium branym pod uwagę przy wyborze sposobu realizacji działań był ich **koszt**. W materiale wspomniano o przypadkach wycofywania się z pewnych działań (np. modernizacji silników autobusowych), ponieważ w praktyce okazały się one zbyt kosztowne. Niektóre interwencje podejmowano między innymi dlatego, że pozytywnie wpływały na sytuację ekonomiczną instytucji.

Preferowane były także te działania, które **rozwiązywały kilka problemów naraz**. Za przykład może posłużyć remont chłodni kominowej w jednym z zakładów przemysłowych. W trakcie prac doprowadzono do jej koniecznej technicznej modernizacji, zlikwidowano zagrożenie dla pracowników (zepsute schody) oraz ograniczono emisję hałasu do środowiska, co było przedmiotem skarg mieszkańców okolicznych domów.

3.4.2. Dobór sposobów oddziaływania

Po identyfikacji problemu i podjęciu decyzji o jego rozwiązaniu powinna zapaść decyzja o sposobie jego realizacji. Innymi słowy**, następnym etapem przygotowania interwencji zgodnie z przyjętym modelem racjonalnych działań jest wybór odpowiednich metod**. W przypadku działań zapobiegawczych racjonalnym byłoby poprzedzenie tego wyboru analizą determinant problemu oraz rozważeniem możliwych metod oddziaływania. Spośród nich należałoby wybrać sposoby, których zastosowanie wiąże się z największą szansą na wywołanie zakładanej zmiany (Rys. 4).

W zebranym materiale **nie znaleziono żadnych wypowiedzi świadczących o tym, że dobór metod oddziaływania odbywał się zgodnie z opisanym wyżej modelem.**

Można stwierdzić, że przy **planowaniu działań zapobiegawczych podmioty nie przeprowadzały uprzedniej analizy determinant problemów w celu dobrania**

odpowiednich metod oddziaływania, ale jak gdyby wybierały je z katalogu gotowych rozwiązań.

Warto w tym miejscu zauważyć, że **niektóre typy działań przypisane są pewnym instytucjom**. Informatorzy podkreślali niekiedy, że **problem nie tylko musi znajdować się w zakresie zainteresowań ich instytucji, ale także sposób jego rozwiązania powinien wynikać z jej kompetencji**. Informatorzy kładli nacisk i na to, że **istotne dla podjęcia oraz realizacji działań jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne i doświadczenie pracowników danej instytucji**.

W rezultacie **wdrażanie kompleksowych interwencji** wykorzystujących różne metody oddziaływania **następowało** nie w wyniku uprzedniej analizy determinant (po której mogłaby się uwidocznić potrzeba zastosowania różnych metod), tylko **wskutek realizacji przedsięwzięć o charakterze projektów angażujących różne współpracujące ze sobą instytucje**.

Należy tu jednak zaznaczyć, iż w trzech miastach objętych badaniem nie znaleziono zbyt wielu przykładów wdrażania złożonych interwencji łączących różne typy działań. Za jedną z nich można wszakże uznać program gospodarki odpadami w mieście B łączący interwencję techniczną z edukacją oraz stosowaniem bodźców ekonomicznych. Podobne elementy zawierał także program gospodarki odpadami w mieście A. Obydwa te programy realizowało kilka współpracujących ze sobą instytucji. W każdym z tych przypadków istniała też instytucja (lub osoba) koordynująca całość działań (czasem była ona także inicjatorem oraz twórcą koncepcji).

W przypadku wspomnianych programów **wzorcem były działania prowadzone w krajach Unii Europejskiej (**Belgia i Francja). **Programy te, przyjmujące formę projektów** i łączące różne metody w sposób wcześniej w naszym kraju nie praktykowany, **można by uznać za swego rodzaju innowacje**. Przeprowadzone z sukcesem w jednym mieście **służyły jako wzorzec działań dla innych miast należących do SZMP**.

Najczęściej jednak wdrażano szereg mniej lub bardziej rutynowych działań wykorzystujących jedną z możliwych strategii oddziaływania (interwencja techniczna, edukacja, nadzór itp.).

Sposób rozwiązania był zresztą często wskazany już na etapie planowania strategicznego co oznacza, że **metody działań zazwyczaj wybierano wraz z ich przedmiotem (problemem)**. Z tego powodu w trakcie analizy zebranego materiału i podczas wyodrębniania czynników decydujących o wdrożeniu działań **trudno było odseparować te,**

które wiążą się z charakterem problemu od tych, które odnoszą się do charakteru samej interwencji.

3.4.3. Ewaluacja działań nakierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia

Przyjmuje się, że **ocena działań podejmowanych w ochronie zdrowia powinna być ściśle powiązana z ich planowaniem**, w trakcie którego nie tylko należy formułować cele podejmowanych działań, ale też kryteria, które pozwolą na stwierdzenie, czy zakładana zmiana została osiągnięta. Zgodnie z założeniami wywołanie zmian w obrębie determinant zdrowia powinno przynieść, prędzej lub później, zmianę statusu zdrowotnego członków grupy docelowej.

W zebranym materiale brak jest wypowiedzi świadczących o wdrażaniu tej filozofii w praktyce.

Przede wszystkim, w praktyce prawie nigdy nie oceniano **działań ukierunkowanych na środowisko pod względem ich wpływu na status zdrowotny populacji**, jako że większość tych działań była realizowana poza sektorem ochrony zdrowia, przez podmioty, których zadania nie obejmowały poprawy tego statusu. Z wypowiedzi informatorów wynika, że nawet wtedy, gdy interwencje te podejmowały instytucje przyporządkowane do systemu „zdrowie" (np. PIS), to do oceny ich skuteczności raczej nie stosowano wskaźników zdrowotnych, zadawalając się oceną zmian stanu środowiska (np. poziomu emisji danego czynnika).

Z wypowiedzi niektórych z osób badanych wynika, że szczególnie w przypadku populacji ogólnej **przekroczenie obowiązujących norm było tu automatycznie traktowane jako stan, który miał negatywny wpływ na zdrowie jej członków** (bez wnikania w to, kto i jak długo był narażony).

Niewiele też zarejestrowano wypowiedzi dotyczących **ewaluacji** działań o charakterze edukacyjnym. Jedyna opinia dotycząca **oceny programów z zakresu edukacji zdrowotnej** pochodzi od Kierowniczki Działu Oświaty i Wychowania PSSE z A, która stwierdziła, że interwencje te **były ewaluowane przez ich twórców**, jednak chociaż była ona lokalną koordynatorką działań, to nie znała wyników tej oceny.

W przypadku programów proponowanych odgórnie lub przez komercyjne firmy sponsorujące **nie dokonywano oceny proponowanych metod** (tzw. ewaluacja formatywna) w celu sprawdzenia, na ile są przydatne w danej sytuacji lokalnej.

W materiale nie znaleziono żadnej wypowiedzi, która świadczyłaby o tym, że realizując interwencje o charakterze edukacyjnym przeprowadzano pomiar ich skuteczności poprzez pomiar wielkości zmian w obrębie determinant psychospołecznych (wiedza, postawy, umiejętności itp.). **Nie stwierdzono również prób oceny tych interwencji poprzez badanie rozpowszechnienia zachowań**, które chciano zmienić bądź utrwalić.

Jedyne przypadki, w których stwierdzano faktyczną zmianę w zachowaniach mieszkańców, wiązały się z mimowolną rejestracją owych zachowań (np. uzyskanie dopłaty do zmiany sposobu ogrzewania mieszkania wiązało się z faktycznie dokonaną modernizacją). Te programy informatorzy oceniali bardzo wysoko, twierdząc, że przynoszą one „*konkretne rezultaty*".

Informatorzy wyrażali niekiedy własne, **dosyć zróżnicowane opinie na temat skuteczności poszczególnych typów działań**. Według niektórych osób skuteczność działań edukacyjnych jest największa, według innych znacznie ustępowała ona skuteczności innych działań (szczególnie tych, w których stosowano elementy przymusu).

Większość informatorów pytana o kryteria stosowane do oceny działań podejmowanych przez ich instytucję udzieliła **odpowiedzi, które wskazują, że stosowano głównie wskaźniki pośrednie**, takie jak np.: liczba przeprowadzonych kontroli, liczba wystawionych opinii, liczba interpelacji, liczba rozdanych materiałów edukacyjnych.

W wielu przypadkach **przeprowadzenie ewaluacji wdrożonych działań było wymogiem odgórnym**. Ewaluacji dokonywano na żądanie komórki organizacyjnej wyższego szczebla, instytucji udzielającą finansowego wsparcia, biura SZMP itp.

Do oceny działań wykorzystywano **głównie wskaźniki ilościowe**. Takie podejście może powodować problem zaobserwowany przez niektórych badanych, a polegający na tym, że **rezultaty pewnych działań mogą maskować brak podejmowania interwencji ważnych dla ochrony zdrowia mieszkańców**.

O dokonywaniu **ocen jakościowych** wspomniano w zebranym materiale jedynie w kontekście działań nadzorczych, w których oceniano nie tylko ilość przeprowadzonych kontroli, ale też np. zasadność oraz sposób ich przeprowadzenia.

Zaledwie kilku informatorów wspomniało o tym, że w ewaluacji przeprowadzonych działań stosowano wskaźniki nakładów, czyli np. kosztów poniesionych z tytułu przeprowadzonej interwencji.

Wypowiedzi osób badanych świadczą o tym, że **do oceny działań najrzadziej wykorzystywano wskaźniki potrzeb**, takie jak np. liczba źródeł zagrożeń lub liczba skarg.

Najwięcej osób badanych udzieliło wypowiedzi wskazujących, że działania skierowane na środowiskowe uwarunkowania zdrowia **są oceniane przy zastosowaniu kryteriów arbitralnych lub subiektywnych**.

3.5. Współpraca między sektorami

Jedną z charakterystycznych cech Zdrowych Miast jest wspieranie przez nie **współdziałania międzysektorowego**. Dlatego właśnie współpraca pomiędzy instytucjami należącymi do różnych sektorów była jednym z tematów niniejszych badań, a ocena stopnia jej realizacji posłużyła za **jedno z kryteriów oceny działań** wdrażanych w trzech badanych miejscowościach.

Analiza tekstu dotyczącego tego tematu okazała się nader trudna. Jeden z podstawowych problemów polegał na tym, że niektórzy informatorzy zmieniali zdanie, w kwestii tego, co znaczy dla nich „współpraca". Pytani o nią, rewidowali własną ocenę już w trakcie opisywania relacji z innymi podmiotami i stwierdzali np. „*właściwie nie jest to* ***prawdziwa*** *współpraca*".

Po przeanalizowaniu zebranego materiału można stwierdzić, iż we wszystkich trzech miastach występowały **różnice pomiędzy realizacją idei współpracy międzysektorowej na poziomie strategicznym** (na którym wdraża się szeroko pojętą idei promocji zdrowia) **a operacyjnym** (na którym realizuje się konkretne działania).

Trudno właściwie było znaleźć wypowiedzi świadczące o faktycznej współpracy międzysektorowej na pierwszym z tych poziomów, na którym realizuje się samą ideę Zdrowych Miast.

Zdecydowana większość informatorów reprezentujących instytucje inne niż urząd miejski nie potwierdziła zaangażowania owych instytucji w realizację wspomnianego programu. Dotyczyło to nie tylko przedstawicieli podmiotów zaliczonych w niniejszej pracy do sektora „środowisko" czy „gospodarka", ale także i tych, które znalazły się w sektorze „zdrowie". Jedynym wyjątkiem była kierowniczka Działu Oświaty i Wychowania PSSE, która deklarowała taką współpracę jako członkini lokalnego zespołu ds. programu „Zdrowe Miasto" w A.

Przykłady współpracy międzysektorowej na poziomie strategicznym trudno było znaleźć nawet w samych urzędach miejskich, których wydziały zdrowia **były odpowiedzialne za wdrażanie tego programu (pracowały w nich osoby pełniące funkcję koordynatora programu**). Wszyscy **dyrektorzy innych wydziałów, pytani o udział w**

ramach realizacji programu „Zdrowe Miasto", udzielili odpowiedzi negatywnej. Było tak nawet w przypadku Wydziału Ochrony Środowiska w A, którego dyrektorka stwierdziła, iż obserwuje ten program „*z boku*" i że „*nie wstrząsnął*" on jej wydziałem, pomimo, że jedna z jej podwładnych była członkinią lokalnego zespołu ds. realizacji PZM.

W przypadku miasta C **urzędnik pełniący funkcję lokalnego koordynatora PZM sam uważał, iż nie ma potrzeby zapraszania innych wydziałów do współpracy** (sic !).

I tu rzecz interesująca: ci sami dyrektorzy, **którzy twierdzili, że program „Zdrowe Miasto" nie miał wpływu na działania podejmowane przez ich wydział**, **udostępniali lokalnym koordynatorom listy swoich osiągnięć wiedząc, że zostaną one przedstawione jako rezultaty wdrażania tego programu** (np. w rocznym raporcie do SZMP).

Jeśli wśród opisywanych przez informatorów działań znalazły się przykłady współpracy międzysektorowej, to były to **nieliczne przypadki współpracy na poziomie operacyjnym**, czyli takim, **gdzie następowało przygotowanie i wdrożenie konkretnych interwencji**.

Na diagramie (Rys. 5) przedstawiono **czynniki, które** – jak wynika to z zebranych wypowiedzi – **wpływały na podejmowanie i poziom realizacji współpracy międzysektorowej w badanym obszarze działań**.

Czynniki te podzielono na sześć grup, a związane są one z:

- kontekstem współpracy,
- charakterem problemu, który należy rozwiązać (lub kwestii którą należy podjąć),
- charakterem interwencji, która ma zostać przeprowadzona,
- charakterem zaangażowanych instytucji,
- cechami przedstawicieli instytucji angażujących się we współpracę,
- charakterem samej współpracy.

Ponieważ stwierdzono pewne różnice pomiędzy realizacją współpracy na poziomie strategicznym i operacyjnym, toteż czynnik ten uwzględniono wśród czynników **kontekstu**.

Innym czynnikiem kontekstu, bardzo istotnym, jeśli chodzi o wpływ na nawiązywanie współpracy, jest **wielkość zasobów**, o które zabiegają różne podmioty.

Interesujące jest to, że niektórzy informatorzy podawali **wykorzystywanie środków funduszy ochrony środowiska** na finansowanie programów zapobiegania niektórym schorzeniom **jako przykład współpracy międzysektorowej**.

Koordynator PZM w mieście C uznał wykorzystywanie środków powiatowego funduszu ochrony środowiska za główny (a nawet wręcz jedyny!) powód nawiązywania współpracy pomiędzy Referatem Zdrowia a Wydziałem Ochrony Środowiska UM. Podobnie

koordynator PZM w B jako jeden z przykładów współpracy międzysektorowej podejmowanej w przeszłości podał wykorzystywanie środków FOŚ na realizację programów profilaktycznych.

Niektóre instytucje, łączyły swoje wysiłki po to, **aby uzyskać z zewnątrz wsparcie finansowe na realizację planowanych działań**. Nawiązanie współpracy następowało czasami dopiero wtedy, gdy ktoś (np. Fundacja Wspierania Lokalnych Działań Na Rzecz Ekorozwoju), wskazał, że można pogodzić ze sobą dążenia różnych (a w przypadku przynależności do odmiennych sektorów, także różniących się) instytucji i, zamiast konkurować, połączyć swoje siły w celu zwiększenia prawdopodobieństwa uzyskania dostępu do ograniczonych zasobów (np. w postaci grantów).

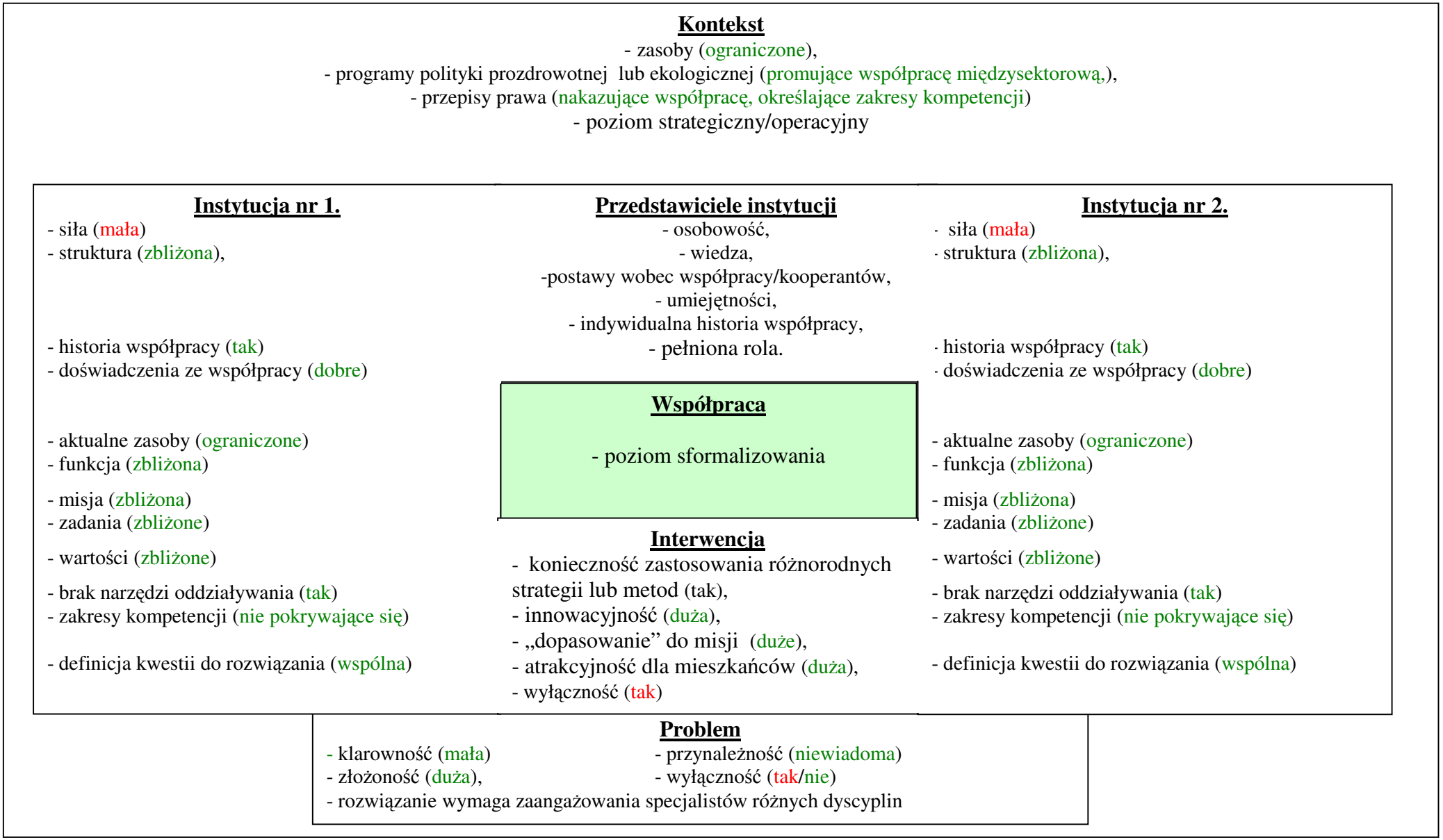
Również **istnienie programów z zakresu polityki prozdrowotnej lub ekologicznej promujących współpracę międzysektorową** może się stać bodźcem inicjującym lub wspierającym. Przykładem jest właśnie program „Zdrowe Miasta".

Porównując trzy miasta objęte badaniem można, stwierdzić, że czynnikiem sprzyjającym współpracy międzysektorowej, zainicjowanej dzięki uczestnictwu w programie „Zdrowe Miasta", było **istnienie lokalnego zespołu ds. koordynacji tego programu**. Zespół taki istniał jedynie w mieście A, a w jego skład wchodziła między innymi urzędniczka Wydziału Ochrony Środowiska. Tylko w tej miejscowości lokalna koordynatorka podała pewne przykłady bieżącej współpracy pomiędzy Wydziałem Zdrowia a Wydziałem Ochrony Środowiska, które można by powiązać z udziałem miasta w PZM.

Urzędnik Wydziału Zdrowia UM w B (pełniący funkcje lokalnego koordynatora) pytany o to, dlaczego w ramach realizacji programu „Zdrowe Miasto" brak takich działań, które łączyłyby kwestie zdrowia z kwestiami środowiskowymi, powiedział m.in.:

„*Miasto B od początku było współzałożycielem tego Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, natomiast* ***nie szła za tym niestety strukturalna organizacja urzędów****, gdyż funkcjonowało u nas biuro dla osób niepełnosprawnych i jakby nie wiadomo dlaczego skupiały się też przy tym pewne sprawy społeczne*."

W momencie przystąpienia miasta B do SZMP realizację programu przypisano początkowo Wydziałowi Ochrony Środowiska (ponieważ w nim właśnie pracował ów urzędnik sprawujący funkcję lokalnego koordynatora), a po kilku latach nowo utworzonemu Wydziałowi Zdrowia. Według informatora, jedynie w latach, gdy za realizację programu odpowiadał Wydział Ochrony Środowiska, realizowano działania łączące kwestie środowiskowe ze zdrowotnymi.



Rys 5. Czynniki wpływające na współpracę międzysektorową w obszarze prozdrowotnego kształtowania środowiska (opracowanie własne)

W nawiasach odniesienia do wypowiedzi informatorów, zieloną czcionką – sprzyjające współpracy , czerwoną czcionką – niesprzyjające współpracy

W zebranym materiale znajdują się wypowiedzi informatorów świadczące o tym, że współpraca międzysektorowa może zostać nawiązana na etapie **identyfikacji** i **definiowania problemu do rozwiązania.**

O współpracy przy identyfikacji problemu mówili głównie przedstawiciele służb kontrolnych (PIS i IOŚ). W przypadku zgłoszenia problemu przez mieszkańców na wizję lokalną jechał zazwyczaj reprezentant jednej z nich i sprawdzał, czy konieczne jest podejmowanie jakichkolwiek działań. W przypadku stwierdzenia braku takiej konieczności pozostałe służby nie musiały już interweniować (oszczędzając w ten sposób cenne zasoby).

Jednym z czynników, które wpływały na proces nawiązywania współpracy pomiędzy instytucjami na tym etapie, była cecha problemu do rozwiązania (bądź kwestii do podjęcia) nazwana na diagramie (Rys. 5) jego „**klarownością**". **Mała „klarowność"** napotkanego problemu (np. niejasność co do natury zagrożenia) zwykle stanowiła bodziec do podjęcia współpracy pomiędzy służbami należącymi do sektorów „zdrowie" i „środowisko".

Tak się przykładowo stało w opisanym przez jedną z przedstawicielek PIS przypadku znalezienia resztek tusz zwierzęcych rozkładających się w lesie nieopodal miasta A. Osoby, które zgłosiły ich znalezienie, nie potrafiły określić charakteru tych odpadów ani ustalić ich pochodzenia. Nie potrafiła tego także zrobić przyjmująca owo zgłoszenie pracownica PSSE, dlatego też poprosiła o przeprowadzenie wspólnej wizji lokalnej przedstawicieli innych służb (w tym IOŚ przyporządkowanej do sektora „środowisko").

Definiowanie problemu obejmowało także ustalenie, **do kogo należy jego rozwiązanie**. Okazuje się, że ów czynnik, nazwany tu **„przynależnością"** (Rys. 5), może być niezwykle istotny dla sposobu, w jaki rozwiązuje się problem środowiskowych zagrożeń dla zdrowia.

W zebranym materiale znajduje się kilka zaskakujących wypowiedzi przedstawicieli inspekcji (przyporządkowanych do sektora „zdrowie" lub „środowisko") oraz jednostek przemysłowych (przyporządkowanych do sektora „gospodarka"), w których **określili oni swoją wzajemną relację** (w ramach sprawowanego przez inspekcje nadzoru) **mianem współpracy**. Kilkakrotnie użyli oni tego pojęcia opisując sytuacje, w których jednostkom przemysłowym dano więcej czasu na wypełnienie zaleceń pokontrolnych, niż było to przewidziane w oficjalnych procedurach. Informatorzy twierdzili, że takie postępowanie przedstawicieli służb kontrolnych świadczyło o **zrozumieniu ograniczeń, na jakie napotykały zakłady przemysłowe we wprowadzaniu działań z zakresu ochrony środowiska**.

W opinii wypowiadających się na ten temat osób, **kontrolującym bardziej niż na karaniu zależało na skutecznym rozwiązaniu zastanego problemu**.

Przedstawicielka jednej z badanych jednostek przemysłowych stwierdziła, że służby kontrolne stosowały takie podejście, aby **uniknąć sytuacji, w której po przymusowym zamknięciu zakładu pewne problemy** (np. zgromadzone odpady chemiczne) **stałyby się niczyimi**.

Zdefiniowanie problemu prowadziło więc do ustalenia **odpowiedzialnego za rozwiązanie danej kwestii**. **Jeśli była to jedna instytucja** pozostawiano jej dalsze działanie i **współpraca kończyła się na tym.** Czynnik ten nazwano „**wyłącznością**" problemu (Rys.5).

Jedna z badanych koordynatorek PZM stwierdziła, że nieliczne przykłady współpracy pomiędzy Wydziałem Zdrowia a Wydziałem Ochrony Środowiska dotyczą problemów, które nazwała **„łączonymi"** (np. bezpieczeństwo żywności i żywienia). Rozwiązanie takich problemów wymagało zaangażowania się specjalistów różnych dyscyplin.

Różne cechy problemu, który ma być rozwiązywany, wpływają na **charakter planowanej interwencji**. Konieczność angażowania przedstawicieli wielu dyscyplin może wynikać **z potrzeby zastosowania w jej ramach różnych strategii lub metod** rozwiązania danej kwestii (Rys. 5). Przykładem może być realizowany w mieście A program recyklingu odpadów komunalnych, w ramach którego dla zastosowania różnych sposobów oddziaływania (m.in. edukacji, nadzoru, interwencji technicznej) konieczna była współpraca podmiotów należących do różnych sektorów.

Wyniki niniejszego badania przeprowadzonego w trzech miastach należących do SZMP sugerują, iż **czynnikiem sprzyjającym nawiązywaniu współpracy międzysektorowej może być innowacyjny charakter planowanego działania** (Rys. 5).

W odróżnieniu od innowacji, nawiązania takiej **współpracy raczej nie należałoby się spodziewać w przypadku bardziej „technicznych", rutynowych działań**.

W materiale można znaleźć opisy przedsięwzięć, przy realizacji których wręcz **nie widziano potrzeby współpracy z innymi sektorami**. Jednym z nich były prowadzone w mieście A działania mające na celu usuwanie materiałów zawierających azbest oraz ich utylizację. W Urzędzie Miasta stworzono stanowisko pełnomocnika, zajmującego się tą kwestią. Urzędnik ów podkreślał, że **zadanie,** za które jest odpowiedzialny, **ma bardzo techniczny charakter** i jako takie nie wymaga udziału przedstawicieli innych wydziałów. Na rysunku (Rys. 5) ta cecha interwencji została nazwana „**wyłącznością**" (analogicznie do podobnej cechy problemu).

To, na ile dla danego podmiotu wdrożenie interwencji było interesujące, zależało od stopnia jej **„dopasowania”** do misji czy też kompetencji danego podmiotu (Rys. 5).

W przypadku wspomnianego wyżej programu recyklingu odpadów zaangażowane weń szkoły mogły wypełnić swoją misję edukacyjną, zaś MPO liczyło na rozpowszechnienie zwyczaju segregowania odpadów i związane z tym ułatwienia w organizacji pracy przy ich utylizacji. Innym przykładem może być współpraca pomiędzy Stowarzyszeniem Cyklistów a stowarzyszeniem Grupa Aktywnej Rehabilitacji, dla której podstawą stał się fakt, iż miasto z istniejącymi udogodnieniami dla ruchu rowerowego jest równocześnie miastem, w którym łatwo jest się poruszać osobom niepełnosprawnym.

Wydaje się, że instytucje należące do różnych sektorów szczególnie chętnie współpracowały w przeprowadzania odbywających się cyklicznie akcji. Wspólna realizacja przedsięwzięć typu „*Dzień Ziemi*” czy „*Dzień bez samochodu*” **angażowała dużą liczbę instytucji** (np. organizacje pozarządowe, szkoły, Urząd Miasta, PSSE, środki masowego przekazu). Akcje te cieszyły się dużą popularnością wśród mieszkańców, chętnie biorących w nich udział, co na diagramie (Rys.5) uwzględniono jako „**atrakcyjność dla mieszkańców**”.

Złożone interwencje wymagają zastosowania różnorodnych metod oddziaływania. **Potrzeba skorzystania z pomocy innej instytucji w przeprowadzeniu określonego typu działań** też może się stać impulsem dla podjęcia współpracy międzysektorowej. Na przykład podczas realizacji wspomnianego już programu recyklingu odpadów materiały edukacyjne na temat sortowania odpadów, przygotowane przez MPO, rozdawano i omawiano w szkołach.

Brak odpowiednich narzędzi oddziaływania był powodem nawiązywania współpracy także w realizacji mniej złożonych i innowacyjnych działań, takich jak np. nadzór. Pracownice różnych działów PSSE wspominały np. o przeprowadzaniu wspólnych kontroli z przedstawicielami Policji lub Inspekcji Pracy, których udział w niektórych sytuacjach pozwalał na szybsze rozwiązanie problemu, z uwagi na większy zakres uprawnień.

Na diagramie (Rys. 5) nazwano opisany wyżej czynnik „**brakiem narzędzi oddziaływania**” i umieszczono go wśród innych **związanych z charakterem samych podmiotów**, które mogą potencjalnie nawiązać współpracę międzysektorową. Dla podkreślenia, że relacja współpracy zachodzi co najmniej pomiędzy dwoma podmiotami, na diagramie (Rys. 5) dwukrotnie (po prawej i po lewej stronie) przedstawiono listę tych czynników, które wewnątrz każdego z nich mogą wpłynąć na decyzję o jej nawiązaniu.

Jednym z istotnych czynników, które szczególnie w przypadku niektórych działań (takich jak np. nadzór czy monitoring) wydają się istotne w podejmowaniu współpracy, jest

podobieństwo struktury i funkcji. W materiale opisywano przypadki, w których po sformalizowaniu współpracy powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przejmowały zadania Państwowej Inspekcji Ochrony Środowiska, co wynikało między innymi **z braku na szczeblu lokalnym agend** tej ostatniej instytucji. Ścisła współpraca zachodziła też pomiędzy instytucjami inspekcyjno-kontrolnymi zajmującymi się monitoringiem komponentów środowiska (IOŚ, PIS) a wydziałami ochrony środowiska urzędów miast, co stwierdzili badani przedstawiciele tych instytucji.

Podobieństwo struktury i funkcji łączy się często **z podobieństwem misji współdziałających** ze sobą instytucji. Podobieństwo misji można uznać za **czynnik wpływający pozytywnie** na proces nawiązywania i prowadzenia współpracy międzysektorowej. Przykładem może być wspomniana już wyżej współpraca między inspekcjami, która często polegała na całkowicie dobrowolnej wymianie informacji w celu zachowania ciągłości procesu nadzoru.

Po analizie zebranego materiału należy jednak stwierdzić, iż **zbieżność misji nie jest warunkiem koniecznym** dla nawiązania i realizacji współpracy pomiędzy sektorami. Powyżej wspomniano program recyklingu odpadów, gdzie z sukcesem współpracowały instytucje o różnych misjach (szkoły, MPO, Wydział Ochrony Środowiska UM). Można natomiast stwierdzić, iż wspólnie podejmowane działania cechowało to, że **ich realizacja przybliżała zaangażowane w nie podmioty do wypełnienia swojej misji lub celów**.

Tym, co może uniemożliwić współpracę jest natomiast **rozbieżność wyznawanych wartości**. Za przykład może posłużyć protest wokół budowy hipermarketu w mieście B, chociaż zarówno Stowarzyszenie Cyklistów, jak i Stowarzyszenie Kupców wystąpiły przeciwko realizacji tej inwestycji, to jednak nie nawiązały w tej sprawie współpracy. Stowarzyszenie Cyklistów nie zgadzało się na budowę hipermarketu z powodów rozwiązań urbanistycznych, które by ona za sobą pociągnęła. Brak współpracy z kupcami prezes stowarzyszenia tłumaczył niechęcią, aby „wspierać interes handlowy".

Aby współpracować ze sobą, **instytucje należące do różnych sektorów muszą też w podobny sposób postrzegać kwestię, której dotyczy współpraca**.

Prezes Stowarzyszenia Cyklistów pytany o przyczyny braku współpracy z innymi instytucjami stwierdził:

„*Nasze cele często są słabo zrozumiałe. To znaczy rower jest postrzegany jako sprzęt turystyczny, zabawka, coś fajnego, modnego, ale w niedziele na przedmieściu. Natomiast nie ma tej mentalności, która by dopuszczała myśl, że rower jest pojazdem po prostu służącym komunikacji miejskiej*."

Bardzo istotnym czynnikiem sprzyjającym nawiązywaniu współpracy jest jej **historia**. Informatorzy często stwierdzali, że chętnie podejmują wspólne działania z tymi, z którymi robili to już w przeszłości, szczególnie zaś wtedy, gdy współpraca układała się pomyślnie.

Jedno z negatywnych doświadczeń, o których mówili informatorzy, polegało na **zawłaszczania sukcesu** przez byłych kooperantów. Przedstawiciel Fundacji Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju stwierdził, iż szczególnie lokalni politycy mieli skłonność przypisywania wyłącznie sobie sukcesów wypracowanych przez kilka instytucji. Wystarczyło, że taka sytuacja wydarzyła się raz, a stawała się negatywnym doświadczeniem danej instytucji i wpływała niekorzystnie na decyzje o dalszej współpracy.

Analizując materiał stwierdzono, że w przypadku przedsięwzięć zakończonych sukcesem **byli kooperanci chętnie przypisywali sobie jego realizację**. Tak było na przykład w przypadku kampanii dotyczącej segregacji śmieci w mieście A. Jej przeprowadzenie przedstawiciele instytucji uczestniczących w tym przedsięwzięciu na różnych jego etapach (między innymi trzy różne wydziały urzędu miasta) podawali za przykład działań nakierowanych na problemy środowiskowe.

Wypowiedzi wielu informatorów świadczą o tym, że dla nawiązania współpracy międzysektorowej bardzo **istotne były też relacje interpersonalne** pomiędzy przedstawicielami angażujących się w nią instytucji.

Na diagramie (Rys. 5) uwzględniono zespół czynników, które po dokonaniu interpretacji wypowiedzi informatorów można by powiązać z tym aspektem współpracy.

Za czynnik ułatwiający współpracę informatorzy objęci niniejszym badaniem uważali osobistą **znajomość z przedstawicielami instytucji, z którymi podejmuje się działania**.

Niektórzy z informatorów nie widzieli nawet potrzeby formalizowania współpracy, wówczas gdy dobrze znali osoby reprezentujące inne instytucje.

Na rysunku (Rys. 5) aspekt ten został nazwany **indywidualną historią współpracy**. Oczywiście **doświadczenia z uprzedniej współpracy** przekładają się często **na postawy przedstawicieli współpracujących instytucji względem siebie**.

Informatorzy podkreślali niejednokrotnie **znaczenie wzajemnego zrozumienia i zaufania**. Ich brak pojawiał się na przykład tam, gdzie podejrzewano potencjalnych kooperantów o ukrywanie prawdziwych motywów podejmowania przez nich współpracy. Według niektórych informatorów ważny był nie tylko **stosunek przedstawicieli instytucji do współpracy** (zaangażowanie w nią), ale także ich **wiedza**, posiadane **umiejętności** oraz niektóre **cechy ich osobowości (takie jak np. pracowitość)**. Z drugiej strony, brak **kompetencji** kooperantów wymieniano bardzo często jako jedną z barier we współpracy.

Nie bez znaczenia wydaje się także osobisty **stopień zaangażowania przedstawicieli instytucji w programy wspierające współpracę międzysektorową**. W mieście A, gdzie istniał ów lokalny zespół ds. programu, jego koordynatorka sprawiała wrażenie osoby bardzo zaangażowanej i aktywnie poszukującej możliwości współpracy. Z trójki badanych koordynatorów tylko ona podała kilka przykładów aktualnie prowadzonych działań międzysektorowych. Należy dodać, że pełniła ona funkcję koordynatorki od chwili przystąpienia miasta A do realizacji programu. Zupełnie inaczej wyglądała sytuacja w mieście C, gdzie koordynatorem programu był urzędnik, któremu przydzielono tę funkcję odgórnie na krótko przed realizacją niniejszych badań. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że traktuje on realizację programu w sposób bardzo techniczny, jako jedno z zadań wydziału.

W mieście B funkcję koordynatora wypełniał urzędnik, który (podobnie jak koordynatorka z miasta A) był zaangażowany w program od samego początku. Warto zwróć uwagę na to, że jedyne wymienione przez niego przykłady współpracy pomiędzy Wydziałem Zdrowia UM a Wydziałem Ochrony Środowiska, pochodziły z lat, kiedy pracował w drugim z wymienionych wydziałów:

„(…) *ta* ***współpraca była automatyczna****. Jak wydziału* [zdrowia] *jeszcze nie było, ja byłem tam jako koordynator Zdrowych Miast* (…) *i robiliśmy jakiś piknik np. na dzień Ziemi, czy podsumowanie jakiejś akcji sprzątania świata i wtedy rozdawaliśmy, powiedzmy, również ulotki z uruchomionych programów. Kiedy, jak gdyby, zadania z ochrony i z promocji zdrowia zostały przypisane jednemu wydziałowi, a stricte zadania z ochrony środowiska w inny wydział, no to każdy się, że tak powiem,* ***podświadomie zamknął na swoim podwórku****. Ale myślę, że do tej współpracy trzeba wrócić.*"

Pytani wprost o **powody podejmowania współpracy** informatorzy wymieniali korzyści, które można ująć w kategoriach różnego **typu wsparcia uzyskiwanego przez instytucję**.

Jednym z najczęściej wymienianych było **wsparcie finansowe**. Z wypowiedzi przedstawicieli wielu instytucji wynika, iż uzyskiwanie tego typu **wsparcia** było dla wielu badanych instytucji **jedynym powodem i sensem współpracy**.

Korzyścią ze współpracy, którą często wymieniali informatorzy było **uzyskiwanie wsparcia merytorycznego**. Chodziło tu zarówno o **wiedzę teoretyczną,** jak i **wiedzę instrumentalną** (typu „wiedzieć jak"). Osoby badane utrzymywały, że ważne jest dla nich zapoznawanie się z doświadczeniami innych, a szczególnie uczenie się na cudzych błędach.

Z wypowiedzi wielu badanych osób wynika, że większość instytucji uznała za rzecz istotną uzyskiwanie **wsparcia informacyjnego** w wyniku prowadzonej współpracy.

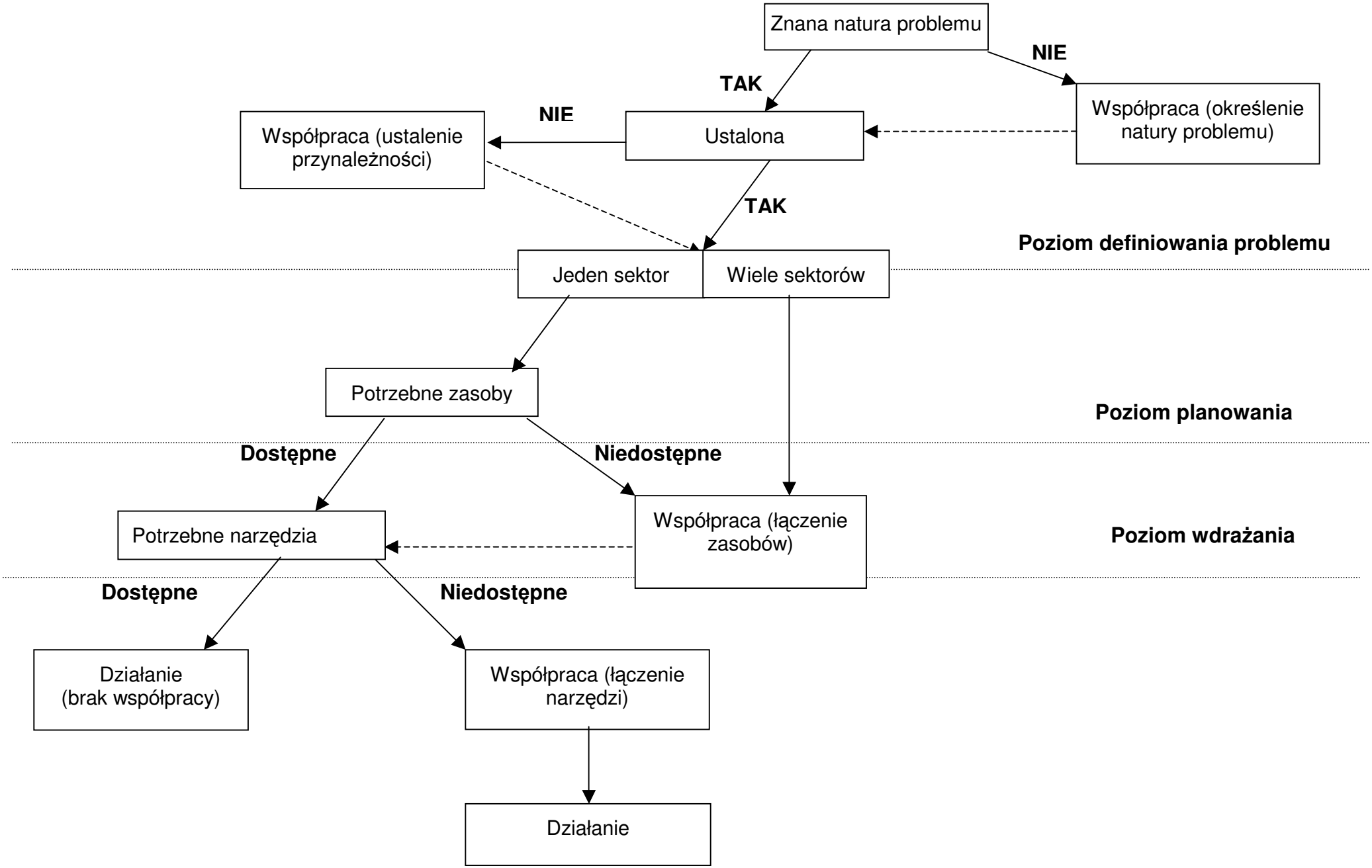
Instytucje uzyskiwały też **wsparcie organizacyjne**, którego przykładem może być **możliwość dotarcia do grupy docelowej** z wykorzystaniem struktury innej instytucji (np. PSSE lub firma kosmetyczna czy farmaceutyczna realizujące w szkołach przygotowane przez siebie programy edukacyjne).

Współpraca ze środkami masowego-przekazu skutkowała uzyskaniem **wsparcia medialnego**, dzięki któremu próbowano dotrzeć z przygotowanym przekazem do dużej grupy mieszkańców, a czasem także wywrzeć na nich pewien wpływ.

W zebranym materiale jedyne problemy, jakie zostały wspomniane w wypowiedziach dotyczących współpracy między służbami kontrolnymi (np. PIS i IOŚ), wynikały z problemów ich pracowników z **ustaleniem w konkretnym przypadku zakresów kompetencji tych instytucji**.

Na diagramie (Rys. 6) **przedstawiono proces nawiązywania współpracy międzysektorowej**. Z zebranego materiału wynika, iż **współpraca międzysektorowa może zostać nawiązana oraz zakończona co najmniej z kilku powodów i na różnych etapach** planowania interwencji. Generalnie można stwierdzić, że nawiązanie współpracy następuje albo **wokół definiowania problemu** (tu określa się jego naturę oraz przynależność do danego sektora) albo wokół **jego rozwiązania** (tu poszukuje się potrzebnych zasobów bądź narzędzi). Za interesujące uznać należy to, że **pewne przypadki współpracy międzysektorowej dotyczą jedynie zdefiniowania problemu**, natomiast w momencie, **gdy okaże się iż jego rozwiązanie należy do jednego sektora, dalsze działania zostawia się którejś z należących do niego instytucji**.

Czynniki przedstawione na rysunku (Rys. 5) wpływają na proces nawiązania i realizacji współpracy międzysektorowej, **działając jako bariery lub ułatwienia**. Wyróżnione **czynniki mogą oddziaływać w innym stopniu** na proces współpracy nawiązywanej w celu definicji problemu, a innym na współpracę, której celem jest jego rozwiązanie. Na przykład czynniki związane z charakterem problemu, po jego zdefiniowaniu, praktycznie tracą na znaczeniu (choć tak naprawdę niektóre z nich znajdują odzwierciedlenie w charakterze interwencji).


Znana natura problemu
NIE
TAK
Współpraca (określenie natury problemu)
NIE
Współpraca (ustalenie przynależności)
Ustalona
TAK
Poziom definiowania problemu
Jeden sektor
Wiele sektorów
Potrzebne zasoby
Poziom planowania
Dostępne
Niedostępne
Potrzebne narzędzia
Współpraca (łączenie zasobów)
Poziom wdrażania
Dostępne
Niedostępne
Działanie (brak współpracy)
Współpraca (łączenie narzędzi)
Działanie

Rys. 6 Poziomy współpracy międzysektorowej (opracowanie własne)

3.6. Uczestnictwo społeczności

Następnym przyjętym w tym zamierzeniu badawczym kryterium oceny działań podejmowanych w celu prozdrowotnego kształtowania środowiska był **stopień uczestnictwa w nich społeczności lokalnej**.

Teoretycznie społeczność lokalna może brać udział w realizacji działań od pierwszego etapu ich planowania (tj. wyłonienia kwestii priorytetowych), poprzez analizę determinant problemu, który ma być rozwiązany i wybór metod oddziaływania, aż po ewaluację procesu wdrażania.

Jednym z ważnych, o ile nie najważniejszych, aspektów uczestnictwa społeczności jest tzw. oddolne inicjowanie działań.

Poza tymi dwoma istnieją jeszcze inne przejawy uczestnictwa. Przeanalizowano zebrany materiał pod tym kątem, a wyniki analizy zostaną zaprezentowane w niniejszym rozdziale.

Jak już wspomniano w rozdziale dotyczącym planowania interwencji, przeprowadzenie tzw. diagnozy społecznej jest jednym z zalecanych elementów tworzenia strategii zrównoważonego rozwoju miast. W trzech badanych miastach zrealizowano to zadanie na trzy różne sposoby.

W mieście A dokonano diagnozy społecznej, wykorzystując do tego celu metodę **wywiadu bezpośredniego**. Przeprowadzono ponad 600 wywiadów z mieszkańcami, pytając ich między innymi o ocenę stanu środowiska w tej miejscowości.

Do opracowywania strategii miasta B **powołano zespół** złożony z przedstawicieli różnych środowisk i grup społecznych istniejących w mieście. Przeprowadzono też dyskusje, w trakcie których przedstawiono oraz skonsultowano proponowane działania.

Strategia rozwoju miasta C była zasadniczo opracowaniem eksperckim, przedstawionym tylko do **konsultacji społecznej**.

Widać, że w tworzeniu strategii zastosowano różne podejścia, zapewniające różny stopień uczestnictwa społeczności (największy, jak się wydaje, w mieście A, najmniejszy w mieście C).

Przeprowadzenie diagnozy społecznej w ramach przygotowywania strategii mogło sprzyjać podjęciu działań odpowiadających na potrzeby mieszkańców. Niestety, jak w niniejszej pracy stwierdzono już wcześniej, nie wszystkie działania wskazane w tym dokumencie jako priorytety miały szansę na wdrożenie.

Tymczasem z materiału zebranego w niniejszych badaniach wynika, że w procesie **planowania krótkookresowego praktycznie nie przeprowadzano badań potrzeb mieszkańców**. Jedynym wyjątkiem były działania Fundacji Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju, które zostaną opisane dalej w tym rozdziale.

Generalnie należy stwierdzić, że poza podejmowanymi przez mieszkańców interwencjami oraz mniej lub bardziej zorganizowanymi protestami przeciwko niektórym decyzjom samorządu lokalnego **uczestnictwo społeczności lokalnej w działaniach skierowanych na środowiskowe aspekty zdrowia realizowane było głównie poprzez aktywności podejmowane przez organizacje pozarządowe**.

Przy czym zebrane w trakcie niniejszych badań wypowiedzi urzędników miejskich pokazują, że podczas krótkookresowego planowania działań (np. edukacyjnych programów profilaktycznych) **nie proszono organizacji pozarządowych o udział w procesie wyłaniania priorytetów. Organizacje owe zapraszane do realizacji działań dopiero w momencie, gdy wyznaczono już konkretne problemy do rozwiązania.**

Z wypowiedzi koordynatorów PZM wynika, że urzędnicy samorządowi traktowali **uczestnictwo organizacji pozarządowych jako tożsame z uczestnictwem społeczności lokalnej**. Tymczasem, jak zostanie to wykazane poniżej, **organizacje pozarządowe różniły się stopniem aktywizowania mieszkańców.**

Jedynym spośród wszystkich badanych podmiotów przypadkiem, w którym można mówić o **pełnej aktywizacji** członków społeczności lokalnej, była Fundacja Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju

Fundacja owa była zainteresowana **wspieraniem oddolnych inicjatyw.** W swojej wypowiedzi dyrektor fundacji podkreślał, że we wszystkich przedsięwzięciach realizowanych przy jej współudziale **nigdy nie narzucano odgórnie problemów do rozwiązania, lecz identyfikowała je sama społeczność**. Zadaniem fundacji było **wspieranie procesu tworzenia się partnerstwa na rzecz podejmowanych działań**. Pracownicy fundacji spełniali w tym procesie jedynie rolę doradców.

Misją Fundacji było **budowanie partnerstwa** na rzecz zrównoważonego rozwoju:

*„Nam de facto zależy na tym, aby tworzyły się pewne **programy i koalicje partnerów** działających na rzecz tego. Oni budują program, który uwzględnia te wszystkie elementy związane ze zmniejszaniem oddziaływania na środowisko, a zarazem związane mimo wszystko z rozwojem. Czyli wszystkie te elementy: z jednej strony jest rozwój gospodarczy, jest rozwój społeczny, ale jest też ochrona środowiska, czyli jest dbanie o wszystko to, co wiąże się z jego niszczeniem, zagrożeniami także z innego powodu (…).”*

Swoją współpracę ze społecznościami fundacja zaczynała zawsze od **identyfikacji potencjalnych partnerów przedsięwzięć na rzecz zrównoważonego rozwoju** oraz doprowadzenia do ich spotkania. Następnie **asystowano przy zawiązywaniu się grupy partnerskiej**. Grupy takie miały zazwyczaj charakter nieformalny, jeśli zachodziła jednak potrzeba ich sformalizowania, to pracownicy fundacji podpowiadali w jaki sposób należy to przeprowadzić. Następnie pomagali w **zidentyfikowaniu różnych „*pomysłów*"**. Rolą przedstawicieli Fundacji była ocena, które z tych pomysłów miały szansę na wsparcie ze strony instytucji dofinansowujących. Zwykle dochodziło do **połączenia kilku idei w celu stworzenia większego projektu**. Społeczność lokalna mogła też liczyć na pomoc w zakresie **przygotowania pisemnej wersji projektu** i w końcu zachęcano ją do tego, żeby taki projekt złożyć w postaci **aplikacji o grant**.

W wywiadzie udzielonym przez dyrektora Fundacji Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju został też opisany projekt **sformułowania wskaźników zrównoważonego rozwoju**. W trakcie jego realizacji noszono się z zamiarem potraktowania członków społeczności lokalnej **jako konsultantów** (podobnie jak postąpiono w jednym ze szwedzkich programów). Założeniem fundacji było stworzenie pewnej, niezbyt dużej liczby wskaźników, które mogłyby zostać **zastosowane przez samych mieszkańców do oceny (lub monitorowania) jakości środowiska**. Przesłanką do podjętej przez fundację inicjatywy był fakt, iż stosowanie **specjalistycznych wskaźników** (badany podał tu jako przykład BZT) wymagało dostępu do laboratorium, same zaś wskaźniki **najczęściej nie były czytelne dla laików**:

„*Ludzie lepiej odczuwają, że jak woda, którą leją z kranu, nie wiem, nie śmierdzi, ma kolor, jest pyszna i herbata się dobrze parzy, to jest dobrze, a jak jest coś tam, to nie jest dobrze. Czyli, nie wiem, być może to zmierza na pewno bardziej w tym kierunku, by* ***szukać wskaźników, które są dla społeczności bardziej przejrzyste.*** *No, ale to się w ogóle wiąże z tym całym procesem* ***Agendy 21,*** *który staramy się promować:* ***większy udział społeczności*** *zdecydowanie.*"

Początkowo chciano dać do oceny mieszkańcom listę wskaźników opracowanych wcześniej przez grupę ekspertów. Ostatecznie jednak zmieniono koncepcję na rzecz całkowicie **oddolnego podejścia**, zgodnie z którym planowano zaprezentować mieszkańcom problem (rozwój dzielnicy), a następnie, po ustaleniu priorytetów oraz sformułowaniu mierzalnych celów, członkowie społeczności lokalnej mieli być poproszeni o **zaproponowanie wskaźników służących do ewaluacji całego procesu**. Co ciekawe, udzielający wywiadu dyrektor fundacji spodziewał się, że **przy zastosowaniu takiego**

podejścia wśród wybranych wskaźników znajdą się i takie, które **powiążą jakość środowiska zamieszkania ze stanem zdrowia mieszkańców lub jakością ich życia** (jako przykład podał napad astmy jako możliwy wskaźnik czystości powietrza).

Jakkolwiek żadna z pozostałych objętych badaniem ekologicznych organizacji pozarządowych nie aktywizowała członków społeczności lokalnej w takim stopniu, jak opisana powyżej fundacja, to jednak niektóre z nich stosowały w swoim działaniu filozofię zapewniającą wysoki poziom uczestnictwa społeczności lokalnej.

Za przykład może posłużyć Fundacja Wspierania Działań Prośrodowiskowych. Ta fundacja, działająca na terenie miasta C, asystowała społecznościom lokalnym w rozwiązywaniu problemów związanych z jakością środowiska. Zgodnie z jej filozofią dbano o to, aby **udział mieszkańców w podejmowanych działaniach nie był bierny**. Przedstawiciel fundacji podkreślił, że rolą jej pracowników nie jest wyręczanie przedstawicieli społeczności lokalnej w rozwiązywaniu problemów środowiskowych, lecz **dostarczanie merytorycznego wsparcia** grupom inicjatywnym.

Niektóre z pozarządowych organizacji objętych niniejszymi badaniami **podejmowały działania, którym nie sprzyjała część społeczności lokalnej**. We wspomnianym już przypadku budowy systemu ścieżek rowerowych w mieście B, niektórzy informatorzy posuwali się wręcz do stwierdzenia, że jest to inicjatywa **niezgodna z życzeniami większości mieszkańców**, którzy na co dzień poruszają się (i nadal pragną to robić) głównie samochodami i w ich interesie nie leży np. zamykanie centrum miasta dla ruchu samochodowego (co byłą częścią koncepcji, za którą lobbowało Stowarzyszenie Cyklistów).

Uwagę zwraca to, że przedstawiciele Stowarzyszenia Polskich Pszczelarzy, organizacji pozarządowej objętej badaniem ze wskazania koordynatorki PZM jako podmiot współpracujący na rzecz prozdrowotnego kształtowania środowiska w mieście A, stwierdzili, że **bardziej interesuje ich kwestia zdrowia pszczół niż ludzi** (podkreślając, rolę tych owadów, jako najlepszego ich zdaniem biowksaźnika skażeń środowiska).

Chociaż nawiązywanie współpracy przez Urząd Miasta z organizacjami pozarządowymi postrzegane było jako realizacja zasady uczestnictwa społeczności, to owa współpraca, o czym świadczą wypowiedzi obydwu stron, nie zawsze układała się dobrze.

Urzędnicy samorządowi nierzadko wypowiadali się negatywnie o relacjach z przedstawicielami organizacji ekologicznych, zarzucając im między innymi:

- brak przygotowania merytorycznego do dyskusji o tym, co jest korzystne, a co niekorzystne dla środowiska,

- wykorzystywanie niewiedzy mieszkańców i niesprzyjających władzy samorządowej nastrojów społecznych,
- ukrywanie faktycznych pobudek do działania (np. partykularnych lub nawet prywatnych interesów).

Rozbieżność stanowisk urzędników samorządowych i przedstawicieli pozarządowych organizacji ekologicznych zaznaczyła się szczególnie wyraźnie, w kilku przypadkach, kiedy **organizacje te wsparły społeczność lokalną w proteście przeciw dużym przedsięwzięciom,** takim jak np**.** budowa spalarni odpadów chemicznych czy też stacji utylizacji odpadów niebezpiecznych w mieście A. Przedsięwzięcia te **w intencji inwestorów miały przynieść poprawę stanu środowiska**. Wystąpiła tu **różnica pomiędzy opinią ekspertów wypowiadających się na temat wpływu tych inwestycji na ludzkie zdrowie a opinią członków społeczności lokalnej oraz wspierających ich przedstawicieli ekologicznych organizacji pozarządowych**. Eksperci podkreślali środowiskowe bezpieczeństwo owych inwestycji, podczas gdy mieszkańcy mieli odmienne zdanie. Ekspercki punkt widzenia podzielali też wydający stosowne opinie przedstawiciele służb kontrolnych (PIS, IOŚ), a także wydający na ich podstawie decyzję przedstawiciele samorządu lokalnego. Jedna z dyrektorek WOŚ UM zauważyła, że wydając decyzję **zwraca się uwagę na stopień bezpieczeństwa procesów technologicznych** (określony przez ekspertów)**,** a nie na związane z nimi potencjalne zagrożenie. Podała przykład spalarni odpadów, której działanie powoduje wprawdzie powstawanie groźnych dla zdrowia dioksyn, ale nie są one emitowane do środowiska, w związku z czym eksperci oceniają ten proces jako bezpieczny, a właśnie to jest podstawą do wydania zezwolenia na budowę.

Dla mieszkańców miasta wystarczającym powodem do oprotestowania planu budowy spalarni był fakt, że podczas utylizacji odpadów w takiej instalacji powstają substancje potencjalnie szkodliwe dla zdrowia.

Głównym zarzutem, który we wspomnianych powyżej przypadkach formułowano w stosunku do urzędu miasta było niedopełnienie **obowiązku informowania** o niektórych decyzjach wydanych w procesie inwestycyjnym.

Należy przypomnieć, że dostęp do informacji nt. stanu środowiska oraz planów, decyzji i działań mogących wpłynąć zarówno na środowisko, jak i na zdrowie jest w naszym kraju gwarantowany prawem (Prawo ochrony środowiska, Prawo dostępu do informacji publicznej). Tymczasem z zebranych wywiadów wynika, że odpowiednie organy administracji publicznej przynajmniej w jednym z opisywanych przypadku faktycznie nie

dopełniły wspomnianego obowiązku, co pozwoliło na podważenie wydanej już decyzji i zablokowanie inwestycji.

Jednak również w przypadkach, kiedy obowiązku informowania dotrzymywano, sposób jego wypełnienia, w opinii przedstawicieli społeczności lokalnej, pozostawiał wiele do życzenia. **Mieszkańcy skarżyli się na niedoinformowanie**, podobne było też odczucie przedstawicieli angażujących się w konflikt gazet lokalnych. Zarzucali oni wręcz inwestorom oraz urzędnikom samorządowym **ignorowanie strony społecznej**. Przedstawiciel jednej z ekologicznych organizacji pozarządowej stwierdził, że mając już pozytywną decyzję o pozwoleniu na budowę, inwestorzy przystępowali do ewentualnych negocjacji **z pozycji siły, ignorując opinię mieszkańców**.

O tym, że w przy planowanej w mieście A budowie spalarni odpadów chemicznych zaniedbano dialog społeczny, powiedziała przedstawicielka zakładów chemicznych, gdzie miała powstać ta inwestycja:

„*Może rzeczywiście inaczej trzeba było zacząć? A może trzeba było właśnie zacząć w ogóle tą sprawę inwestycji, lokalizacji tej inwestycji, tutaj, u nas, od rozmów z mieszkańcami, a nie od wystąpienia do prezydenta miasta? Tak prawo, powiedzmy, nakazuje: występuje się do prezydenta miasta o wydanie decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania inwestycji, gdzie się przedstawia, prawda, ocenę jej oddziaływania. Myśmy, powiedzmy, znaczy, no nie my, tylko Instytut, ale tutaj my, jako ten, który by chciał ten teren przeznaczyć na tą inwestycję, w ten sposób podeszli. Może trzeba było ze względu na to, że powiedzmy zdawaliśmy sobie sprawę, że to może wywołać w społeczeństwie opory. Bo wiadomo, jak jest, że jak ludzie słyszą spalarnia, no to z tego robią się problemy i* ***trzeba było może najpierw właśnie z tym społeczeństwem rozmawiać****. Albo jednocześnie.* ***A nie stawiać społeczeństwo w takiej sytuacji, że jak już prezydent miasta wydał decyzję, to oni się o tym dowiedzieli****. No,* ***prawna taka była droga, a wygląda na to, że może trzeba było właśnie trochę inaczej***."

W każdym z miast objętych badaniem wspomniano inwestycje, których realizacja wzbudziła zdecydowane protesty mieszkańców. W każdym z opisanych konfliktów wokół realizacji inwestycji interesy mieszkańców reprezentowały **pozarządowe organizacje ekologiczne**, które na mocy prawa mogły uczestniczyć w toczącym się postępowaniu administracyjnym jako strona.

Jak już wspomniano, pomimo wydania decyzji zezwalającej na budowę, niektóre z oprotestowanych przez mieszkańców inwestycji (np. spalarni odpadów chemicznych w A) nie zostały zrealizowane w wyniku wykazania przez pozarządowe organizacje ekologiczne **uchybień proceduralnych** organu wydającego decyzję.

W zebranym materiale znajduje się także opis przypadku budowy zakładu utylizacji, w którym **nie doszło do konfliktu**, protestu i zablokowania realizacji inwestycji między innymi dlatego że **od samego początku zadbano o udział społeczności lokalnej** (co było jednym z wymogów ISPA), **a negocjacje poprowadziła specjalnie przeszkolona w tym zakresie osoba**.

Warto wskazać na to, że w trzech opisanych przez informatorów przypadkach planowanej budowy różnego typu zakładów utylizacji odpadów głównym **argumentem „za"**, jakiego używali reprezentanci samorządu lokalnego, było **stworzenie nowych miejsc pracy**. Z wypowiedzi niektórych przedstawicieli samorządu wynika, że byli oni **skłonni nawet zaakceptować pewien poziom ryzyka środowiskowego, jeśli miałoby to zmniejszyć bezrobocie**. Jedna z radnych wyraziła wręcz żal z powodu recesji gospodarczej, w wyniku której – jak stwierdziła – poprawiła się wprawdzie jakość środowiska w mieście, za to dramatycznie wzrosło bezrobocie.

Jak napisano na wstępie, jednym z najistotniejszych sposobów gwarantowania uczestnictwa społeczności lokalnej w działaniach jest podejmowanie inicjatyw oddolnych. Powyżej przytoczono fragmenty zebranego materiału, świadczące o tym, że niektóre organizacje pozarządowe nie tylko wspierają tego typu inicjatywy, ale i asystują przy ich powstawaniu.

Można postawić pytanie, jak do inicjatyw oddolnych odnosiły się odpowiedzialne za realizację PZM urzędy miast? Według jednej z badanych, współwłaścicielki małej firmy usługowej „Zieleń i środowisko", samorząd miasta A nie wykorzystywał potencjału społeczności zainteresowanej działaniami z zakresu ochrony środowiska i **wykazywał się brakiem zainteresowania wszelkimi inicjatywami oddolnymi (szczególnie tymi z zakresu edukacji ekologicznej)**.

Była to jednak jednostkowa opinia, którą trudno jest zweryfikować.

Dyrektor Wydziału Inżynierii Miejskiej, wypowiadając się na temat udziału społeczności lokalnej w działaniach na rzecz prozdrowotnego kształtowania środowiska, nazwał prezydenta miasta A „*inicjatorem tworzenia tych samorządowych komitetów osiedlowych i budzenia inicjatywy społecznej*".

Zdaniem badanego w kilku dzielnicach funkcjonowało to znakomicie. W jednej z nich przy udziale społeczności lokalnej **opracowano kategoryzację dróg i listę zadań do realizacji**. Dzięki **wspólnemu planowaniu** mieszkańcy wiedzieli, jaka będzie kolejność budowania nowych ulic oraz remontów tych istniejących, i w ten sposób, według dyrektora WIM UM, **uniknięto niepotrzebnych interwencji i skarg mieszkańców**. W **dzielnicach, w**

których nie nawiązano takiej współpracy, odnotowano wiele protestów, także ze strony poszczególnych komitetów osiedlowych. W opinii badanego, część z nich była podyktowana **chęcią załatwienia prywatnych spraw** (takich jak np. doprowadzenie przyłącza kanalizacyjnego). Urzędnik ten **negatywnie ocenił rolę tzw. lokalnych liderów społeczności**, którzy według niego torpedowali niektóre inicjatywy podejmowane przez miasto tylko po to, aby zbić kapitał polityczny na niezadowoleniu mieszkańców sprzeciwiających się realizacji owych przedsięwzięć.

Niektórzy urzędnicy samorządowi ocenili, iż **większość mieszkańców była niezbyt zainteresowana kształtowaniem warunków środowiska**.

Wydaje się, że **mieszkańcy mobilizowali się od kryzysu do kryzysu, gdy „*napięcie sięga już dużych rozmiarów*" –** jak stwierdził jeden z radnych. Skala zorganizowanych protestów bywała jednak różna. Akcja przeciwko budowie spalarni odpadów chemicznych zaangażowała społeczność prawie całego miasta, przybierając ostatecznie formę referendum w sprawie odwołania jego prezydenta. W proteście przeciw budowie stacji selektywnej zbiórki odpadów nie uczestniczyli nawet wszyscy mieszkańcy dzielnicy, w której miała być ona zlokalizowana, ale tylko ci, którzy mieszkali najbliżej terenu planowanej budowy. W tym przypadku powstał nawet pewien konflikt pomiędzy samymi mieszkańcami, gdy okazało się, że były przewodniczący rady dzielnicy dzięki „układom" (jak się wyrażono) zapobiegł budowie stacji nieopodal swojego domu, a tym samym spowodował zmianę jej lokalizacji na niekorzystną dla innych.

Objęci badaniami przedstawiciele rady jednej z dzielnic A stwierdzili, iż jej mieszkańcy zgłaszali im zauważone w otoczeniu problemy środowiskowe, ponieważ uważali, że radni mieli lepszy kontakt z urzędnikami. Także dziennikarze lokalnych gazet wspominali, iż często byli zmuszeni do pomocy interweniującym czytelnikom w rozwiązywaniu ich problemów. Jeden z dziennikarzy stwierdził, że był to skutek nie tylko **utrudnionego dostępu do informacji urzędowej, ale i braku umiejętności mieszkańców, jak korzystać z urzędów.**

Z drugiej strony, dziennikarze, pracownicy instytucji kontrolnych oraz urzędnicy miejscy skarżyli się na ich zdaniem **nieuzasadnione interwencje** podejmowane przez mieszkańców. Jako ilustrację można przytoczyć wypowiedź kierowniczki Działu Higieny Komunalnej PSSE w A:

„*[N]ieraz się zdarza, że ktoś coś zgłosi i ta skarga jest w ogóle bezpodstawna, bo przychodzimy, nie ma nic. Po prostu są też ludzie, którzy nie mają dobrze w głowie, prawda, i chcą jakiegoś kontaktu z ludźmi, no więc wymyślają sobie różne sprawy i my bardzo dużo czasu tracimy na tego rodzaju bezpodstawne interwencje w terenie*."

Podobną w tonie opinię wyraziła dyrektorka WOŚ w C:

„*Najwięcej interwencji i pretensje to są z zakresu zieleni. I teraz ja Panu nie powiem, bo jak wycinamy drzewo, to jest 50% za i 50% przeciw. No i to jest tak, bo każdy jest tu ogrodnikiem w tym kraju, każdy zna się najlepiej na tych drzewach. Natomiast jeżeli są interwencje tego typu: gdzie jest ochrona środowiska, ponieważ ptaki się rozbijają o ekrany akustyczne? To gdzie jest ochrona środowiska? No to wie Pan, to ręce opadają na kolana. Nie wiadomo, co z facetem zrobić. Bo czy on jest nawiedzony? Czy on jest nienormalny? Czy jaki? To wystarczy mu powiedzieć tyle, że została wydana decyzja i wszystkie ptaki zostały z nią zapoznane*."

Inna wypowiedź tej samej badanej zdaje się świadczyć o tym, że mieszkańcy i urzędnicy mogą różnić się nie tylko w ocenie bezpieczeństwa środowiskowego związanego z niektórymi inwestycjami, ale i podejściem do kwestii kształtowania środowiska miejskiego:

„(...) *to jest pytanie, co się rozumie pod pojęciem środowiskowe zagrożenia zdrowia? Bo jeżeli jest na przykład* ***oceniany przez mieszkańców, to jest zagrożenie tego typu, że należy wycinać drzewa, bo pylą****. Ale na to nie wydajemy zgody. Wręcz przeciwnie* ***nie jest podstawą wydawania decyzji administracyjnej na usunięcie zieleni, powód taki, że drzewa są alergizujące****. A mieszkańcy na przykład żądają na piśmie wyeliminowania ze środowiska topoli, bo ona jest szkodliwa dla środowiska. Jak żyję, w żadnym podręczniku nie znalazłam, żeby rośliny były szkodliwe dla środowiska. Nawet jeżeli one są w systemie miejskim, pracują, owszem, jest część, powiedzmy, zieleni – topole to akurat te osobniki zrzucające puch nasienny, czyli* ***jedna odmiana topoli, która może być uciążliwa w środowisku miejskim z racji, no tego, zaśmiecania bardziej niż alergii****.* ***Alergia jest już potem wtórną rzeczą, ale to wcale nie jest powód do tego, żeby ją eliminować, bo to wystarcza sprzątać,*** *wystarczy właściwie pielęgnować i drzewo może sobie,* ***ono naprawdę daje więcej pożytku niż uciążliwości***."

Według jednego z dziennikarzy (A) pewnej liczby interwencji można by uniknąć, gdyby odpowiednie służby nie zaniedbały, jak się wyraził „*działań z zakresu public relation*". Badany ten stwierdził:

„*Jasne, że nie ma sensu konsultować tego, czy konar topoli należy wyciąć, czy nie, czy może runąć na blok, jeżeli są służby, które mają podejmować decyzje. Ale i tak nic by się nie stało, gdyby wywieszono kartkę w miłym tonie: bardzo przepraszamy z powodu takiego i takiego, musimy usunąć, prosimy się nie denerwować, wszystko jest legalnie, jaka to firma zrobi, w jakich godzinach –* ***ABC kultury****. To jest taka podstawowa przyczyna takich*

drobnych, ludzkich sporów, które potem urastają do rangi protestów, konfliktów i blokowania inwestycji, takiej szarpaniny zupełnie niepotrzebnej, (...)".

Ten sam problem zauważył jeden z radnych z miasta B. On także zastanawiał się nad tym, dlaczego instytucje zajmujące się tymi kwestiami w ogóle nie informowały mieszkańców albo udzielały niepełnej informacji o prowadzonych lub planowanych działaniach.

„*No, trudno powiedzieć, jaka tu jest przyczyna. Po prostu nie wiem, czy może jeszcze część urzędników nie dorosła do tej roli, żeby czuć się* ***bardziej medialnymi****? No bo żeby* ***zacierać tą różnicę między petentem a klientem*** *czy mieszkańcem, czy urzędnikiem, no to* ***powinni być otwarci bardziej i o wszelkich sprawach informować.*** *Przede wszystkim prasę, bo to jest najprostszy i jedyny sposób porozumiewania się, czy telewizje lokalne. I od razu sprawę wyjaśnić, umówić się na rozmowę na przykład. Bo zawsze jest tak, otwarci są na te sprawy, no i* ***przedstawiać sprawy z punktu widzenia urzędu****. Jeżeli ktoś ma inne zdanie, rozwiązujemy. Są odpowiednie również komisje. My, jako radni, możemy składać interpelacje w danej sprawie i to już pogłębia dane zagadnienie. Bo, prosta sprawa, musi* ***być dialog społeczny,*** *no na tej zasadzie, a nie tak, że* ***pozostawia się niedomówienia****, gdzie ludzie od razu węszą, że to jest ktoś, ktoś chce zrobić coś pod siebie, czy pod kogoś. Nie?*"

Najczęściej opisywanymi przez informatorów przejawami aktywności mieszkańców były **albo indywidualne interwencje, albo zorganizowane protesty**. W materiale praktycznie brak informacji na temat małych grup mieszkańców podejmujących inicjatywy mające na celu np. prozdrowotne kształtowanie środowiska w miejscu ich zamieszkania . Jedynym przykładem takich działań była próba stworzenia parku z ogródkiem jordanowskim podjęta przez mieszkańców jednej z dzielnic miasta A. Próba niestety nieudana, albowiem teren, na którym planowano stworzyć park, został przeznaczony pod budowę stacji utylizacji odpadów niebezpiecznych, co stało się zarzewiem jednego z wyżej opisanych konfliktów pomiędzy mieszkańcami a urzędem miasta.

4. OMÓWIENIE WYNIKÓW

4.1. Instytucje

W rezultacie wdrożenia założonej procedury rekrutacji do badań uzyskano próbę, w której znalazły się podmioty nie tylko zróżnicowane ze względu na typ reprezentowanych instytucji (wyróżniono siedem grup podmiotów), ale także z uwagi na wypełniane zadania czy misję.

Metodę „śnieżnej kuli" zastosowano po raz pierwszy w mieście A, od którego rozpoczęto niniejsze badania. Interesujące jest to, że wśród wskazanych przez koordynatorkę PZM podmiotów znalazły się również działające na terenie miasta A jednostki przemysłowe. Postanowiono je włączyć do badań nie tylko dlatego, że jednym z wiodących tematów była współpraca między różnymi sektorami (a właśnie one najlepiej reprezentowały sektor gospodarki). Uwzględnienie w badaniu podejmowanych przez nie działań było także zgodne z filozofią zawartą w deklaracji Konferencji Promocji Zdrowia w Jakarcie, zgodnie z którą w promowaniu zdrowia powinny mieć także udział instytucje z otoczenia biznesowego [49]. Z podobnych powodów objęto też badaniem inne wskazane przez informatorów podmioty, takie jak np. ZHP czy też OHP.

Wypowiedzi dotyczące misji stały się podstawą dla przyporządkowania wybranych podmiotów do jednego z wyróżnionych w badaniu systemów (Rys. 2). Deklaracje dotyczące zainteresowania kwestiami zdrowia i środowiska pozwoliły z kolei na przyporządkowanie tychże podmiotów do jednego z kilku wyróżnionych pól działań.

Analizując ogólny obraz otrzymany na rysunku (Rys. 3), można stwierdzić, że **większość badanych instytucji we wdrażanych przez siebie działaniach wykazuje tendencję raczej do oddzielania tematyki środowiskowej od zdrowotnej niż do jej łączenia**. W odseparowaniu działań poświęconych ochronie środowiska od działań mających na celu ochronę zdrowia można upatrywać przyczyny wspomnianych problemów, które wyłoniły się w fazie rekrutacji do badań.

W rzeczywistości **większość informatorów nie deklarowała aż takiego stopnia zaangażowania w prozdrowotne kształtowanie środowiska**, jak wynikałoby to z faktu wskazania ich instytucji przez koordynatorów PZM. Co więcej, chociaż w większości przypadków byli oni świadomi, iż zostali objęci badaniem właśnie z tego powodu,

stwierdzali, że w istocie program ten nie wpływa w żaden sposób na działania podejmowane przez reprezentowane przez nich podmioty.

Niektórzy z badanych twierdzili, że **brak jest instytucji, która zajmowałaby się kwestiami zdrowia i środowiska**. Fakt ten wydaje się wskazywać, że poza obszarem teorii zajmującej się tą tematyką **istnieje również pewien obszar działań praktycznych, do tej pory pozostający poza kompetencjami funkcjonujących instytucji**.

Jak wynika z niektórych przytoczonych wyżej wypowiedzi, a także z materiału dotyczącego współpracy międzysektorowej, **badane podmioty niezwykle rzadko przekraczały zakres zainteresowań charakterystyczny dla reprezentowanego przez nie sektora**. I tak, o ile w przypadku instytucji należących do sektora „środowisko" dostrzegano niekiedy relację pomiędzy wdrażanymi działaniami a zdrowiem mieszkańców, o tyle niektóre podmioty należące do sektora „zdrowie" czasem nie widziały nawet potrzeby zainteresowania czynnikami środowiskowymi traktowanymi jako determinanty zdrowia.

Brak zainteresowania środowiskowymi determinantami zdrowia można łączyć chociażby z faktem, że generalnie **sprawy promocji zdrowia często znajdowały się na dalszych miejscach list priorytetów,** ustępując przede wszystkim kwestii organizacji usług zdrowotnych. Działo się tak nawet w przypadku tych instytucji, które (jak np. samorząd lokalny) zobligowały się do realizacji tych zadań chociażby poprzez przynależność do SZMP.

Wydaje się także, iż w obrębie samej promocji zdrowia ustalił się pewien zestaw rutynowo wybieranych tematów działań, które **koncentrują się raczej na kształtowaniu determinant behawioralnych (zachowań) niż oddziaływaniu na czynniki środowiska**.

Podobną refleksję zawarł w swojej publikacji McQueen [50]. Zauważa on fakt, że tzw. „nowe" zdrowie publiczne uznaje wprawdzie szerokie spektrum uwarunkowań zdrowia i choroby (z szczególnym akcentem na uwarunkowania społeczne) – niemniej jednak tyle zalecane przez nie rozwiązania dla ludzi ograniczają się do zaleceń typu: „jeść mniej, rzucić palenie i podejmować większy wysiłek fizyczny"(ibid.).

Z przeprowadzonych w obrębie miejscowości należących do izraelskiej sieci Zdrowych Miast badań ilościowych wywnioskowano, że w ramach realizacji programu najmniej zajmowano się ochroną środowiska [25]. Łączono to z faktem, że w Izraelu początek zainteresowania kwestami wpływu środowiska na zdrowie datuje się na dekadę przed przeprowadzeniem cytowanych badań (ibid.).

Pytanie o to, w jakim stopniu objęte badaniem instytucje zajmowały się kwestiami zdrowia i środowiska, może też zostać potraktowane jako pytanie o **infrastrukturę tego**

obszaru zdrowia publicznego, który dotyczy kształtowania środowiskowych uwarunkowań zdrowia.

Postawienie takiego pytania wydaje się istotne w kontekście słabej tradycji zdrowia publicznego w Polsce oraz konieczności prowadzenia merytorycznej dyskusji o jego funkcjach w nowej rzeczywistości.

Zwykle pod pojęciem **infrastruktura zdrowia publicznego** rozumie się ogół jednostek organizacyjnych (rządowych oraz pozarządowych), które pełnią zadania i funkcje zdrowia publicznego (np. zbieranie i rozpowszechnianie istotnych danych) zarówno na szczeblu państwowym, jak i lokalnym [46].

Włodarczyk [51] zwraca uwagę, że we wszystkich propozycjach terminologicznych **w skład infrastruktury zdrowia publicznego włącza się jednostki niezwykle zróżnicowane**, co odpowiada zresztą charakterystycznej cesze tego obszaru nauki i praktyki, jaką jest udział w aktywnościach zdrowia publicznego przedstawicieli bardzo wielu dyscyplin, w tym nauk o środowisku [38].

Duże zróżnicowanie objętych niniejszym badaniem podmiotów wydaje się sprzyjać rozważaniom na temat tego, **gdzie przebiegają granice obszaru zdrowia publicznego i które z podmiotów do niego należą, a które należałoby z niego wyłączyć**?

Jeśli przyjąć, że infrastrukturę zdrowia publicznego tworzą wszystkie te instytucje, których działania wywierają wpływ na zdrowie, to bez wątpienia należałoby włączyć do niej te z podmiotów uwzględnionych w niniejszej analizie, których działania mają wpływ na jakość zamieszkiwanego przez ludzi środowiska.

Przynależność tych podmiotów do obszaru zdrowia publicznego jest dla niektórych [np. 11] oczywista. Tymczasem jeden z problemów wynikających z decyzji o włączeniu instytucji zajmujących się ochroną i kształtowaniem środowiska do tych, które budują infrastrukturę zdrowia publicznego polega na tym, jak należy potraktować te z **prowadzonych przez nie działań, które na zdrowie ludzkie mają wpływ pośredni, daleki, nieznaczny**, **a szczególnie jak dotąd nieudowodniony naukowo**.

W tym miejscu należy postawić pytanie, **czy do obszaru zdrowia publicznego powinny być włączone podmioty, których celem nie jest wywieranie wpływu na ludzkie zdrowie** (co niejednokrotnie podkreślali ich reprezentanci zajmujący w nich kierownicze stanowiska)?

Dyskutując teoretyczne problemy polityki zdrowotnej, Włodarczyk [52] pisze o trzech rodzajach relacji „pozostawania w związku" zachodzących pomiędzy skutkiem działania lub decyzji a wywoływanym przez nie efektem zdrowotnym. Tak więc pierwszy rodzaj relacji:

intencjonalnych – polega na tym, że osoby zaangażowane w inicjowanie i realizację działań są przekonane, iż w ten sposób wpłyną na stan zdrowia populacji. Drugi rodzaj to relacje **empiryczne**, które polegają na istnieniu obiektywnych związków przyczynowych; stąd wywołany skutek rzeczywiście – na podstawie dostępnej wiedzy – może być przypisany podjętemu działaniu bez względu na to, jaka wiedza i jakie intencje stały za jego wdrożeniem. Jako trzeci rodzaj wymienia się relacje **tradycyjne**, których istotą jest kontynuowanie przyjętego w przeszłości wyobrażenia o przynależności pewnego rodzaju działań, jako pozostających w ścisłym związku ze stanem zdrowia, bez próby konfrontowania go z wynikami nowszych ustaleń.

Pozostawiając na marginesie kwestię skomplikowanych, wzajemnych związków zachodzących pomiędzy polityką zdrowotną a zdrowiem publicznym, można zaproponować perspektywę porządkującą, zgodnie z którą za **kryterium przynależności danej instytucji do infrastruktury zdrowia publicznego** posłużyłby **rodzaj relacji, w jakiej pozostają skutki prowadzonych (lub zaniechanych) przez nią działań oraz efekty zdrowotn**e.

Wydaje się, że w przypadku zdrowia publicznego, będącego sferą działań racjonalnych [53], istotna byłaby szczególnie obecność **relacji typu empirycznego**. Warto tu przypomnieć, wypowiedź przedstawicielki PIS, która stwierdziła, że wśród wszystkich czynników środowiskowych inspekcję interesują tylko te, których **wpływ na zdrowie udowodniono naukowo**.

Jednak w przypadku podmiotów zajmujących się ochroną i kształtowaniem środowiska uznanie wystąpienia relacji empirycznej za wymóg konieczny, aby włączyć je do infrastruktury zdrowia publicznego, może natrafić na przeszkody natury metodycznej, albowiem, jak zauważa np. Włodarczyk [54], „zasoby uporządkowanej i potwierdzonej wiedzy na temat oddziaływania czynników środowiskowych na zdrowie są mniejsze, niżby się można spodziewać."

W związku z powyższym za **kryterium wystarczające** dla włączenia danej instytucji do infrastruktury należałoby uznać **występowanie relacji intencjonalnej**. Wówczas należałoby jednak doprecyzować, co rozumie się przez intencje. Sytuacja, w której za intencje uzna się już samo przekonanie o możliwości wpływania na zdrowie, może zakończyć się rozmyciem specyfiki zdrowia publicznego wśród wielu innych obszarów działań podejmowanych w sferze publicznej.

Richardson [39] zwraca uwagę na zagrożenie wiążące się z przyjęciem tak szerokiej definicji zdrowia publicznego, zgodnie z którą dziedzina ta „może zajmować się wszystkim,

czym chcemy", a odpowiadający jej obszar działań praktycznych potencjalnie obejmuje „wszystkie działania ludzkie zmierzające do poprawy świata".

Aby uniknąć takiej pułapki, **za intencjonalne należałoby uznać działanie, które ma na celu wywołanie wpływu na status zdrowotny populacji**, co w założeniu powinno też prowadzić do prób zmierzenia owego wpływu (czyli de facto przynajmniej do prób ustalenia, czy zachodzi relacja empiryczna).

Jeśli się uzna, że występowanie relacji intencjonalnej jest warunkiem wystarczającym dla włączenia danej instytucji do infrastruktury zdrowia publicznego, to należy się zastanowić, czy jest to także warunek konieczny, w przypadku gdy zachodzi relacja empiryczna.

Takie rozstrzygnięcie jest konieczne, na co wskazuje np. przypadek Wydziału Ochrony Środowiska w C, którego dyrektorka stwierdziła, że podstawą do wydania decyzji o wycięciu topoli nie jest dla niej fakt iż ich pyłek jest alergenny. Mamy tu do czynienia z relacją empiryczną: zaniechanie działania (wycięcia topoli) może doprowadzić do udowodnionego efektu zdrowotnego: wystąpienia alergii na pyłek. Jak wynika z przytoczonej wypowiedzi, podstawą dla wydawanej decyzji nie była troska o zdrowie mieszkańców.

Co więcej ton całej wypowiedzi (rozdział 3.6.) skłania do wniosku, że zdrowie nie było tutaj postrzegane ani jako cel podejmowanych działań, ani jako wartość, której należy podporządkować decyzję.

Jeśli za kryterium przynależności danej instytucji do obszaru zdrowia publicznego uzna się konieczność wystąpienia relacji intencjonalnej (zdefiniowanej jak powyżej) pomiędzy podejmowanymi decyzjami lub działaniami a efektami zdrowotnymi, to właściwie **wykluczy się wszystkie podmioty, które znalazły się poza obszarem „zdrowie"** na rysunku prezentującym zainteresowanie badanych instytucji zagadnieniami zdrowia i środowiska (Rys. 3).

W ramach analizy zebranego materiału dokonano próby zidentyfikowania tych spośród objętych badaniem podmiotów, **które odgrywały zasadniczą rolę w obszarze prozdrowotnego kształtowania środowiska**. W tym celu przygotowano specjalną matrycę (Tab. 1). Należy uznać, że wszystkie podmioty, które znalazły się w wyróżnionych w matrycy niebiesko-zielonym kolorem komórkach składających się na pole „zdrowia i środowiska", zajmowały się kształtowaniem warunków środowiskowych w obszarze zdrowia publicznego. Najbardziej zrozumiała jest duża reprezentacja wśród tych podmiotów komórek organizacyjnych PIS, jako że to właśnie **od instytucji związanych z inspekcją sanitarną zwykło się wywodzić tradycję polskiego zdrowia publicznego** [51].

Warto tu też wspomnieć, że na kilka tygodni przed rozpoczęciem niniejszych badań, w styczniu 2002 roku, weszła w życie ustawa z 24 sierpnia 2001 o zmianie ustawy o Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych ustaw (Dz. U. Nr 128, poz. 1407 z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą jednym z celów działań PIS miała być **ochrona zdrowia przed niekorzystnymi wpływami środowiska**. Do listy zadań dopisano np. nadzór nad higieną radiacyjną, warunkami żywnościowymi przedmiotów użytku itp. (ibidem.). Włodarczyk [51] zauważa, że takie wyraźne wskazanie nowych obszarów (które pozostawały w polu zainteresowań PIS już wcześniej), mogło świadczyć **o deklaracji nowych priorytetów**. Inni autorzy [55] zwrócili uwagę na to, że **ustawowo określony zakres zadań umiejscawia PIS pośród tzw. służb zdrowia środowiskowego**, do których – według definicji [10] – należą podmioty wdrażające politykę zdrowia środowiskowego poprzez monitoring i nadzór, promujące korzystne zmiany parametrów środowiska oraz zachęcające do stosowania przyjaznych zdrowiu i środowisku technologii oraz zachowań

Należy tu podkreślić, że przedstawiciele nie wszystkich działów PIS deklarowali zainteresowanie środowiskowymi aspektami zdrowia (Rys. 3). W przypadku Działu Epidemiologii i Chorób Zakaźnych można to tłumaczyć w dwojaki sposób: jego pracownicy zajmowali się głównie zbieraniem oraz przetwarzaniem danych epidemiologicznych, a pozostające w centrum ich zainteresowania choroby wywoływane są przez czynniki o naturze biologicznej, które w mniejszym stopniu niż czynniki natury chemicznej lub fizycznej mogą się kojarzyć z antropogenicznym skażeniem środowiska. W przypadku Działu Oświaty i Wychowania mogło być to spowodowane faktem (potwierdzonym zresztą i przez inne badane reprezentantki PIS), iż powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne realizowały głównie programy edukacyjne przygotowane odgórnie lub przez sponsorujące je firmy komercyjne, a programy te rzadko kiedy (jak już wspomniano wcześniej) miały na celu wywołanie zmian w obrębie czynników środowiskowych.

Wśród podmiotów umieszczonych w polu „zdrowie i środowisko" znajdują się też dwa takie, których celem było prowadzenie działań w sytuacjach bezpośrednio zagrażających życiu i zdrowiu. To także jest zgodne ze stanowiskiem zajmowanym przez autorów [np. 10] wskazujących, iż **zarządzanie w przypadkach nagłych jest jednym z zadań wypełnianych przez tzw. służby zdrowia środowiskowego**. Nie bez znaczenia jest również fakt, że wśród zadań realizowanych przez te dwie wymienione instytucje było prowadzenie działań nadzorczych oraz edukacyjnych mających na celu zapobieganie nagłym wypadkom. ...

Najbardziej być może dziwi obecność w omawianym obszarze jedynej zaliczonej doń organizacji pozarządowej Stowarzyszenia Cyklistów. Należy podkreślić, że stowarzyszenie to

różniło się od pozostałych, objętych badaniem pozarządowych organizacji ekologicznych swoim silnym nastawieniem na prozdrowotną zmianę infrastruktury miejskiej.

Podsumowując, zgodnie z wcześniej przedstawioną propozycją porządkującą **za należące do infrastruktury zdrowia publicznego** należałoby uznać, oprócz wymienionych powyżej podmiotów, także i te, które w omawianej matrycy (Tab. 1) znalazły się w **komórkach składających się na niebieskie pole „ochrony zdrowia"**.

Na koniec tego fragmentu rozważań należy podkreślić, iż eksploracyjny i jakościowy charakter niniejszych badań nie pozwala na generalizowanie uzyskanego obrazu, jednakże wypracowany w ich ramach sposób analizy oraz stworzona w jej rezultacie matryca są narzędziem, które **może zostać zastosowane w dalszych badaniach nad infrastrukturą zdrowia publicznego w naszym kraju**.

4.2. Działania podejmowane na rzecz zdrowia i środowiska

Na wstępnie należy stwierdzić, że **zakres działań w trzech miastach objętych badaniem był bardzo zbliżony do tego, który stwierdzono w badaniach przeprowadzonych w 42 gminach województwa śląskiego** [56]. Gminy te w przyjętych programach kładły nacisk przede wszystkim na: redukcję odpadów komunalnych i ich utylizację, uregulowanie gospodarki ściekowej, redukcję zanieczyszczeń do powietrza atmosferycznego z tzw. niskiej emisji, obniżenie poziomu hałasu w centrum miasta, redukcję rzutów (odpadów przemysłowych) do gleby i wody, rekultywację hałd i terenów poprzemysłowych, dbałość o rezerwaty i pomniki przyrody, likwidację dzikich wysypisk, odbudowę zieleni miejskiej i edukację ekologiczną dzieci i młodzieży (ibidem).

Wyniki niniejszych badań są także zbliżone do **wyników analiz dotyczących realizacji przez samorządy terytorialne zadań w dziedzinie ochrony środowiska** [57] . Zgodnie z nimi do najczęstszych inwestycji służących ochronie środowiska naturalnego w 2001 roku należały:

- budowa i rozbudowa kanalizacji – realizowana przez 62% gmin w Polsce,
- rozbudowa wodociągów – 57% gmin,
- modernizacja kotłowni węglowych na gazowe lub olejowe – 50% gmin,
- budowa i rozbudowa oczyszczalni ścieków – 31,7% gmin,
- budowa i rozbudowa gazociągów – 20% gmin,
- budowa i modernizacja składowisk odpadów – 15% gmin.

W przytaczanym powyżej artykule [57] przedstawiono też działania z zakresu ochrony środowiska zrealizowane w wybranej gminie miejskiej: Białobrzegi. Podobnie jak w miastach objętych niniejszym badaniem także w Białobrzegach główne wysiłki dotyczące poprawy środowiska naturalnego skierowane były na gospodarkę odpadami, gospodarkę wodnościekową oraz na zmniejszenie emisji do powietrza (ibidem).

Stwierdzone podobieństwa w zakresie realizowanych przez gminy przedsięwzięć z różnych obszarów ochrony środowiska można po części przypisać ich **odpowiedzialności za te obszary, która wynika z ustawy o samorządzie gminnym** (tekst jedn. Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.). W ustawie tej jako zadania własne gminy wymieniono m. in. działania z zakresu gospodarki odpadami, ochronę przeciwpożarową i przeciwpowodziową, dbanie o zieleń gminną, utrzymywanie dobrego stanu dróg.

Duża aktywność w obszarze zapobiegania sytuacjom kryzysowym mogła też wynikać z sytuacji powodziowej, która wystąpiła w lecie 2001 roku (szczególnie w miastach B i C, gdzie znajdowały się obszary bezpośrednio zagrożone zalaniem).

„Jakość powietrza" jest drugim z obszarów, który ze względu na liczbę podanych przykładów działań znalazł się w czołówce tabeli zbiorczej (Tab.10). Jest to zarazem jeden z trzech obszarów, w którym zastosowano każdy z wyróżnionych rodzajów działań.

Również Hławacz-Pajdowska (2004) wskazała na dużą aktywność gmin w tym zakresie. Ochrona powietrza znajdowała się na drugim miejscu wśród dziewięciu kierunków inwestowania w ochronę środowiska pod względem wysokości przeznaczonych na nią środków. Stanowiły one 40% całkowitych wydatków na ochronę środowiska w Polsce, pierwsze miejsce zajmowały wydatki na gospodarkę ściekami i ochronę wód pochłaniające 53% ogółu środków [ibid.] .

Działania z zakresu ochrony powietrza nie zostały wymienione w ustawie o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.). wśród zadań własnych przypisanych gminie, musiały zatem istnieć inne bodźce dla ich podejmowania i realizacji.

Wydaje się, że jednym z motywów zwiększonej aktywności w obszarze ochrony powietrza mogło być **merytoryczne oraz finansowe wsparcie, jakie otrzymywały miasta w ramach współpracy z instytucjami zagranicznymi**. Tezę tę zdaje się także wspierać fakt, iż omawiany obszar wyróżnia się na tle innych ze względu na liczbę przytoczonych przez badanych przykładów działań z zastosowaniem bodźców ekonomicznych (Tab. 8).

Również analiza dokonana przez Hławacz-Pajdowską [57] pokazuje, że **środki finansowe otrzymywane przez gminy z zagranicy były podstawą finansowania głównie**

tych działań, które dotyczyły właśnie ochrony powietrza. Wspieranie tego typu przedsięwzięć znajdowało się między innymi wśród priorytetów funduszu pomocowego Unii Europejskiej ISPA [ibid.].

W materiale znajduje się duża liczba wypowiedzi na temat działań z obszaru ochrony powietrza, co może też wynikać z tego, że **jakość powietrza jest** (obok jakości wody i gleb) **jednym z głównych przedmiotów monitoringu** prowadzonego przede wszystkim przez stacje IOŚ (w ramach PMŚ), niektóre stacje sanitarno-epidemiologiczne, a także niektóre jednostki przemysłowe (monitoring wewnętrzny).

Wśród obszarów, ujętych w wierszach tabeli zbiorczej znajdują się i takie, które zostały uwzględnione głównie z uwagi **na zainteresowanie nimi PIS** (Tab. 10), a **wynikające z zakresu odpowiedzialności** tej instytucji **wskazanego w ustawie o Inspekcji Sanitarnej**. Należy za nie uznać „czynniki zakaźne" oraz „bezpieczeństwo żywienia i żywności".

Trzeba zauważyć, że wiele z wymienionych w tabeli zbiorczej działań, takich jak np. zapewnienie czystości wód, utylizacja śmieci i odpadów czy ochrona środowiska naturalnego (Tab.10) **należy do aktywności przypisywanych tradycyjnie pojmowanemu zdrowiu publicznemu** [58]. W tabeli ujęto również działania takie, których z reguły nie uważa się za część systemu ochrony zdrowia, mają one jednak bezpośrednie odniesienie do zdrowia publicznego, chociażby poprzez przez swój potencjalny wpływ na warunki bezpieczeństwa ekologicznego. Takim obszarem jest wydawanie decyzji o warunkach zabudowy. Richardson [59] zwraca uwagę na fakt, że prócz posiadania konsekwencji dla zdrowia publicznego „procedury urbanistyczne stanowią także użyteczną ilustrację różnych sposobów, z których korzystają władze w celu komunikowania się ze społeczeństwem i zaangażowania go w proces podejmowania decyzji". Znalazło to potwierdzenie również w niniejszych badaniach.

W rozdziale 3.3. zwrócono uwagę na to, że prawie połowa wypowiedzi na temat działań z zakresu informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia pojawiła się w kontekście opisywania procedur wydawania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach zgody na realizację planowanego przedsięwzięcia. Z materiału przedstawianego także w rozdziale 3.6., poświęconym uczestnictwu społeczności lokalnej, można wnioskować, że **kwestie dotyczące lokalizacji inwestycji mogącej znacząco wpływać na środowisko wzbudzały silne emocje u mieszkańców**. Wydaje się to pozostawać w sprzeczności z wynikami przeprowadzonych w szkockich miastach badań [60], w których wykazano, że mieszkańcy bardziej zwracają uwagę na skazy najbliższego otoczenia (takie jak np. śmieci na ulicach czy graffiti) oraz

występujące w nim braki i niedogodności[4] (np. brak bezpiecznych placów zabaw) niż na problemy infrastrukturalne dużej skali (takie jak np. budowa masztów telefonicznych). Niestety autorzy tych badań nie podają ilu z 1637 respondentów szkockiej ankiety zetknęło się z owymi problemami infrastrukturalnymi dużej skali w swoim najbliższym otoczeniu. W świetle uzyskanego w niniejszych badaniach materiału wydaje się, że czynnik jakim jest odległość od postrzeganej jako zagrożenie inwestycji może mieć tutaj istotne znaczenie. Wskazują na to wypowiedzi przedstawicieli społeczności lokalnej (rada osiedla), którzy stwierdzili, że **siła zaangażowania mieszkańców dzielnicy w protest** przeciwko budowie stacji selektywnej zbiórki i utylizacji odpadów niebezpiecznych była **uzależniona od odległości zamieszkania** od miejsca jej planowanej budowy. Z wynikami szkockich badań, w których stwierdzono duże **zainteresowanie mieszkańców wyglądem najbliższego otoczenia**, zgodne są natomiast spostrzeżenia badanych osób, iż jedną z kwestii środowiskowych, które na co dzień zajmowały mieszkańców (i były przedmiotem wielu interwencji z ich strony), był np. stan zieleni miejskiej.

Wydaje się, że zaangażowanie mieszkańców w protesty przeciwko lokalizacji w pobliżu ich domostw instalacji uważanych przez nich za groźne dla życia i zdrowia, nie wyróżniało trzech lokalizacji objętych badaniem na tle innych miast polskich.

W badaniach jakościowych, prowadzonych w ramach projektu oceniającego efektywność procedur systemu Heath Impact Assesment (HIA) analizowano między innymi uwarunkowania społecznego protestu przeciwko budowaniu masztów telefonii komórkowej w pobliżu osiedli ludzkich w Bartoszycach [61]. I w tym przypadku stwierdzono problem **braku zrozumienia dla argumentów przytaczanych przez specjalistów pełniących rolę mediatorów pomiędzy inwestorem a społecznością lokalną** wspieraną przez organizację pozarządową Stowarzyszenie Przeciwko Elektroskażeniom [ibid.].

Interesującym wątkiem, który pojawił się w wypowiedziach na temat działań z zakresu informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia, było **wykorzystanie kwestii bezpieczeństwa ekologicznego dla celów gry politycznej** (np. protest mieszkańców przeciwko budowie spalarni odpadów niebezpiecznych w A doprowadził do referendum w sprawie odwołania prezydenta miasta).

Stwierdzone **zaniedbania obowiązku informowania** wszystkich zainteresowanych mieszkańców o wszczęciu postępowania w sprawie wydania warunków zabudowy, a także

[4] W artykule nazwano te kategorie niedogodności środowiskowych: „street-level incivilities", „the absence of environmental goods" oraz „large-scale infrastructural incivilities" [60].

błędy ekspertów w komunikowaniu poziomu ryzyka zdrowotnego związanego z planowanymi inwestycjami należy uznać za zjawiska negatywne. Według Goszczyńskiej [62], która analizowała kwestie dotyczące uwarunkowania oceny i akceptacji ryzyka „[i]nformacja odgrywa kluczową rolę w procesie analizy i kontroli zagrożeń. Aby odpowiednie instytucje publiczne podejmowały właściwe decyzje dotyczące takiej kontroli, obywatele muszą być dobrze poinformowani. W przeciwnym razie, decyzje podejmowane przez wąskie grono ekspertów mogą pominąć istotne czynniki społeczne lub zaproponowane przez nich uregulowania nie dadzą się wprowadzić w życie z powodu społecznego oporu." To, że **protesty mieszkańców mogą być poważną barierą** nawet w realizacji takich inwestycji, które mają w intencji planujących rozwiązać pewne problemy ekologiczne, stwierdzono także w niniejszych badaniach.

W literaturze przedmiotu [np. 61, 62] rekomenduje się **konieczność edukowania społeczeństwa oraz przedstawicieli środków masowego przekazu** w zakresie analizy i oceny środowiskowego ryzyka dla zdrowia. W świetle niniejszych badań **koniecznym wydaje się również edukowanie ekspertów w zakresie umiejętności komunikowania oraz dialogu z laikami** na temat akceptowalnych poziomów ryzyka. Ma to znaczenie szczególnie w przypadku realizacji tak kontrowersyjnych społecznie inwestycji, jak budowa spalarni odpadów. Zwraca się uwagę, że „dla inwestycji typu spalarnia odpadów istnieje potrzeba prowadzenia rozbudowanego dialogu ze społecznością lokalną – poprzez wciąganie mieszkańców w kolejne etapy procesu inwestycyjnego (od fazy projektowania aż do monitoringu już uruchomionej instalacji), zwiększenie roli organizacji pozarządowych w procedurach konsultacyjnych (komitety doradcze z udziałem ekspertów i ekologów), aktywizację inwestora w procesie edukacji ekologicznej itp. Tego typu działania pozwolą zmniejszyć obawy i ułatwiają mediacje, a docelowo ułatwiają poszukiwanie konstruktywnych rozwiązań w sytuacji zagrożenia konfliktem ekologicznym." [63]. Dialog może też doprowadzić do zbliżenia odmiennych zazwyczaj stanowisk. W niniejszych badaniach stwierdzono, że pozarządowe organizacje ekologiczne wspierały mieszkańców w ich walce z inwestorem. Można uzupełnić, że w ocenie niektórych [np. 64] ugrupowania ekologiczne przedstawiają zazwyczaj katastroficzne wizje podchwytywane przez media, które przy każdej okazji wspierają i podsycają wszelkie konflikty wokół takich instalacji. Jednak nie wszystkie pozarządowe organizacje ekologiczne sprzeciwiają się budowie spalarni. W wyniku toczącej się dyskusji Polski Klub Ekologiczny Okręg Wielkopolski zainicjował badania na temat zachowań mieszkańców w stosunku do odpadów. Z badań tych wynika, że co dwa lata poziom spalania odpadów w piecach domowych wzrasta. Płynący z tych badań wniosek, że w

Poznaniu termiczna utylizacja odpadów (i to w formie niekontrolowanej) już istnieje, spowodował zmianę stanowiska wspomnianej organizacji, która obecnie opowiada się za budową spalarni, co prawda z zastrzeżeniem, że inwestora winien spełnić pewne warunki [63].

Porównując liczbę wypowiedzi na temat różnych przykładów działań skierowanych na środowiskowe aspekty zdrowia (Tab. 10) z liczbą wypowiedzi na temat przeszkód w ich wdrażaniu (Tab. 11), można stwierdzić, że **badani najczęściej wspominali o barierach właśnie w związku z informowaniem o środowiskowym ryzyku dla zdrowia**. Drugim typem działań, w przypadku których informatorzy często zgłaszali problemy, były **interwencje techniczne**. Można to tłumaczyć chociażby tym, że – jak pokazano w tabeli poświęconej relacjom sześciu wyróżnionych rodzajów działań (Tab. 9) – **wdrażanie rozwiązań technicznych można uznać za przedsięwzięcie najbardziej złożone** i uzależnione od realizacji innych interwencji. **Najmniej przeszkód** pojawiło się w opisach działań **z zakresu monitoringu oraz stosowania bodźców ekonomicznych** (Tab. 11). Istotą barier, których istnienie odnotowano w tych dwóch przypadkach, były pewne deficyty w środowisku wdrażających je instytucji (np. brak środków finansowych, brak odpowiednich przepisów prawa). Pozwala to na wniosek, że we wdrażaniu owych działań czynnik ludzki może nie mieć tak dużego znaczenia, jak w przypadku pozostałych rodzajów interwencji. W celu uzyskania pewności należałoby jednak przeprowadzić dalsze badania. Warto tu także zwrócić uwagę na bardzo **duży udział czynnika ludzkiego w tworzeniu barier** stojących na drodze skutecznemu wdrażaniu działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia (Tab. 12). Wynik ten może sygnalizować istnienie szerszego problemu, opisanego w badaniach przeprowadzonych w 2003 roku na terenie województwa mazowieckiego, a którym był „brak osób kompetentnie przygotowanych do realizacji zadań z zakresu polityki zdrowia publicznego" w jednostkach samorządu terytorialnego [65].

Nawet przyjmując, iż część zgłoszonych przez informatorów barier związanych z czynnikiem ludzkim, była przez nich jedynie postrzegana, podczas gdy nie istniały one obiektywnie, to liczba wypowiedzi, zawierających ten wątek pokazuje, jak bardzo **ważną kwestią w realizacji działań są ludzie i ich relacje**.

Jest to spostrzeżenie o tyle istotne, że w odróżnieniu od barier, których przyczyny tkwią w makrosystemie (np. deficyt zasobów), bariery ludzkie wydają się łatwiejsze do zniesienia, przynajmniej w pewnym zakresie, który można kształtować, szkoląc pewne kompetencje (zasady dobrej komunikacji, umiejętności negocjacji itp.).

Warto dodatkowo zwrócić uwagę, że chociaż wielu informatorów wiązało stan środowiska w mieście z poziomem świadomości mieszkańców, to postrzegany udział tych ostatnich w tworzeniu barier dla wdrażania konkretnych działań był stosunkowo niewielki (Tab. 12). W świetle materiału przedstawionego chociażby w rozdziale poświęconym poziomowi uczestnictwa społeczności lokalnej można się zastanawiać, czy wynik ten nie **obrazuje znikomego udziału mieszkańców w realizacji przedsięwzięć z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowiska**. **Aktywność mieszkańców ograniczała się właściwie do zgłaszania zauważonych w otoczeniu nieprawidłowości lub zagrożeń**.

Niewielki udział społeczności lokalnej w działaniach na rzecz zdrowia i środowiska – kwestia ta zostanie omówiona w dalszej części pracy – czy też dyskutowane wcześniej nieprawidłowości w informowaniu o środowiskowym ryzyku dla zdrowia nie są jedynymi negatywnymi zjawiskami, które można odnotować w oparciu o materiał opisujący działania na rzecz zdrowia i środowiska podjęte w trzech wybranych miastach.

W zakresie edukacji ekologicznej należy zwrócić uwagę na **przewagę działań o charakterze akcyjnym** nad działaniami w formie programów skierowanych do wybranych grup mieszkańców. Chociaż tego typu akcje **badani uznawali za bardziej skuteczne od edukacji sformalizowanej** (odbywającej się w szkole), to jednak, jako działania skierowane do wszystkich mieszkańców, **nie były one raczej w stanie wywołać trwałej zmiany w ich zachowaniach. Wynika to chociażby stąd, że w działaniach tych** wykorzystuje się metody, które nie zostały przygotowane z myślą o konkretnej grupie docelowej i jej potrzebach edukacyjnych. To, co jest niekorzystne z punktu widzenia metodyki przygotowania interwencji[5] ułatwia zapewne ich wdrażanie: produkuje się jeden rodzaj materiałów (dla wszystkich) i na każdy czas (jeśli zostaną, można je także rozdać za rok albo przy najbliższej okazji). W dodatku imprezy tego typu były zazwyczaj objęte patronatem medialnym, co nie jest bez znaczenia w sytuacji, gdy dziennikarze deklarowali brak zainteresowania edukacją ekologiczną. Owa widoczność oraz uniwersalność działań masowych czyniła je zapewne atrakcyjnymi z punktu widzenia realizujących je instytucji. Trzeba jednak także podkreślić, że chociaż akcje tego typu cechuje pewna regularność, to **trudno je nazwać działaniami systematycznymi**. Przywołując użyte przez jednego z badanych porównanie „święta ekologiczne", można stwierdzić, że są one prowadzone od święta i jako takie – mimo, że trudno im odmówić pozytywnej roli w kształtowaniu

[5] W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na konieczność segmentacji grupy docelowej chociażby ze względu na wiek [np. 66].

ekologicznej świadomości mieszkańców – nie są one raczej w stanie wywołać trwałej zmiany w ich zachowaniach.

Należy w tym miejscu dodać, że akcyjność nie jest jedynie cechą działań z zakresu edukacji zdrowotnej, ani też zjawiskiem wyjątkowym dla trzech opisywanych miast.

W opublikowanym przez Biuro SZMP [67] podsumowaniu aktywności, które w 2001 roku podjęły miejscowości należące do Stowarzyszenia stwierdzono, że „niestety 20% miast nadal funkcjonowała w oparciu o akcje."

Wyniki badań Kozierkiewicza i Kulis [68] dowodzą, że zjawisko to było zauważalne także w miejscowościach nienależących do SZMP. Również w nich tzw. „Dni..." stanowiły „widoczną stronę akcji o charakterze promocji zdrowia" (ibid.).

W materiale zebranym w trzech miastach znalazło się mało wypowiedzi wskazujących na to, że akcyjność w równym stopniu dotyczy działań z zakresu edukacji ekologicznej, jak i zdrowotnej (Tab. 6). W przypadku tej drugiej większym problemem wydaje się, że wiele podanych przykładów działań to nic innego jak **promocja usług zdrowotnych** w postaci szczepień bądź wczesnej diagnostyki. Chociaż trudno im odmówić skutków zapobiegawczych, to należy podkreślić, że **są to działania z zakresu profilaktyki** pierwszorzędowej (szczepienia) oraz drugorzędowej (badania profilaktyczne), **a nie promocji zdrowia,** jak często bywają przedstawiane (chociażby w raportach).

Interpretując wyniki zaprezentowane we wspominanej wyżej tabeli (Tab. 6), można stwierdzić, że w objętych badaniem miastach w przeważającej mierze realizowano działania z zakresu **edukacji zdrowotnej skierowanej na chorobę**. Działania te różnią się od prowadzonych w ramach **edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka**. W przypadku tych drugich proces edukacji sprowadza się do uświadamiania zdrowotnych zagrożeń związanych z występowaniem ryzyka [69]. Pojawienie się na świecie potrzeby realizacji działań zgodnych z modelem edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka datuje się na połowę lat osiemdziesiątych i wiąże się ze współczesną wizją promocji zdrowia (ibid.).

Można się zastanawiać, co jest przyczyną takiego stanu rzeczy. Wydaje się, że w sytuacji, gdy rola wydziałów zdrowia urzędów miast ograniczała się do finansowania i koordynowania przedsięwzięć edukacyjnych, łatwiej było wypełniać te zadania gdy dotyczyły one świadczenia usług zdrowotnych niż usług edukacyjnych. W przypadku tych ostatnich nie ma jasności, co powinny uwzględniać w tzw. standardzie oraz kto ma je dostarczać. Dodatkowo, za realizacją działań profilaktycznych przemawia zapewne ich atrakcyjność dla

mieszkańców miasta (proponuje się darmową usługę) oraz dla samych urzędników (liczba przeprowadzonych szczepień lub badań jest widocznym i szybko osiągalnym skutkiem).

Omawiając działania edukacyjne, warto też zwrócić uwagę na **znikomą liczbę przykładów działań z zakresu edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka o charakterze środowiskowym**. Jak wykazano, prezentując tabelę poświęconą różnym obszarom edukacji (Tab. 5), duża liczba przykładów działań z zakresu edukacji zdrowotnej dotyczy zapobiegania chorobom, w których etiologii dominuje komponenta behawioralna i to właśnie na nią ukierunkowuje się interwencję.

Stwierdzono już wyżej, iż po okresie, gdy działania z zakresu edukacji zdrowotnej traktowano jako innowacje, ustalił się pewien katalog tematów, które są wdrażane rutynowo pod hasłem „promocja zdrowia". Obejmuje on szczególnie działania z zakresu walki z paleniem tytoniu, piciem alkoholu, zażywaniem narkotyków. Ich wdrażaniu sprzyjają zapewne nie tylko istniejące już gotowe wzorce interwencji, ale także obowiązek ich realizacji nałożony na jednostki samorządu terytorialnego przez ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (2002) oraz to, że przeznacza się na nie wyodrębnione budżety (np. tzw. „korkowe").

Za negatywne zjawisko należy uznać **małą liczbę przedsięwzięć, w ramach których** w celu wywołania zmiany **wykorzystywano różne z sześciu wyszczególnionych rodzajów działań**. Takie postępowanie zwiększa skuteczność prowadzonych interwencji, na co zwraca się uwagę w literaturze przedmiotu dotyczącej zarówno realizacji działań z zakresu ochrony zdrowia [np.70, 71], jak i ochrony oraz kształtowania środowiska [72] . Wprawdzie niektórzy badani zauważali, iż pewne działania są częściej skuteczne niż inne, jednak różnicę tę przypisywali raczej sposobowi realizacji określonego typu interwencji, a nie temu, ile różnych ich rodzajów łączy się, dążąc do założonego celu.

Wydaje się, że szczególnie w przypadku zmiany wzorców zachowań **przeceniali oni rolę działań edukacyjnych**. Mówiono o „nieefektywnej" edukacji sformalizowanej oraz „efektywnej" edukacji pozaszkolnej. Nie zauważano, że ta pierwsza polega najczęściej tylko i wyłącznie na kształtowaniu psychospołecznych determinant zmiany zachowania (głównie wiedzy), a tej drugiej towarzyszą niekiedy inne formy oddziaływania (np. motywowanie bodźcami ekonomicznymi, tworzenie ułatwień technicznych w środowisku).

Za pozytywne zjawisko należy uznać, że część badanych urzędników **dostrzegała konieczność podejmowania działań, które prowadzą do zmiany zachowań** (a nie jedynie poziomu świadomości). Taki nacisk na trwałą zmianę zachowań cechuje podejście zwane **marketingiem społecznym** stosowane przez wiele instytucji sektora publicznego na świecie,

zarówno w dziedzinie ochrony zdrowia, jak i ochrony środowiska [73]. Marketing społeczny „to zastosowanie zasad i technik marketingu do wywierania wpływu na docelową grupę adresatów, żeby dobrowolnie przyjęli określone zachowanie, odrzucili je, zmodyfikowali albo zrezygnowali dla dobra poszczególnych osób, grup albo społeczeństwa jako całości" [74], 2002). Podkreśla się, że koncentracja na zmianie zachowań odróżnia marketing społeczny nie tylko od reklamy społecznej, ale i od edukacji [73]. Wynika to stąd, że przeszkody w realizacji wielu zalecanych zachowań umiejscowione są w makrośrodowisku, na które jednostki mają niewielki wpływ, a obejmują one np. bariery kulturowe i strukturalne [72] . Toteż często pojawia się konieczność wprowadzenia np. rozwiązań technicznych ułatwiających lub umożliwiających realizację pożądanych zachowań wszystkim, którzy są do tego zmotywowani.

Działanie takie wywodzi się z filozofii promocji zdrowia definiowaną niekiedy jako połączenie edukacji z działaniami z zakresu prozdrowotnej polityki publicznej [75]. Twierdzi się wręcz, że jeśli np. edukacja środowiskowa osób dorosłych ma być efektywna, to wymaga ona również wywierania wpływu na politykę [76]. Funkcjonujące w teorii promocji zdrowia społeczno-ekologiczne modele zmiany zachowania (ang. *ecological models*) podkreślają znaczenie tworzonych przez człowieka środowisk, których cechy wpływają na szereg aktywności związanych ze zdrowiem [77]. Wyniki badania prowadzonego na terenie Europy potwierdzają, że cechy środowiska miejskiego faktycznie oddziałują na ludzkie zdrowie. Okazuje się, że w Anglii mieszkańcy okolic z dużą liczbą graffiti, śmieci oraz psich odchodów byli o połowę mniej aktywni fizycznie oraz dwukrotnie częściej otyli [78]. Z kolei badania przeprowadzone w ośmiu europejskich miastach wykazały, że ludzie żyjący w dzielnicach z dostępem do dużych obszarów zieleni są trzy razy bardziej aktywni fizycznie, a liczba osób z nadwagą lub otyłych jest o 40% mniejsza [79].

Jednym z nielicznych przykładów przedsięwzięć, w realizacji których oprócz komponenty edukacyjnej stosowano także inne sposoby działania były, jak już wspominano, programy segregacji odpadów. Wdrażano je w każdym z badanych miast, co stawia je w awangardzie gmin realizujących tego typu działania. Działo się to w okresie, w którym w Polsce według niektórych autorów [80] istniały jedynie zalążki systemu selekcji odpadów. Wzorcem dla działań realizowanych w dwóch miastach objętych badaniem były programy realizowane w krajach Europy Zachodniej. Współpraca zagraniczna była więc źródłem nie tylko dodatkowych funduszy na realizację niektórych przedsięwzięć, ale także wiedzy typu „wiedzieć jak" (ang. *know how*), z którego we wcześniej wdrażanych działaniach korzystano rzadko.

W materiale dostrzega się także **pozytywny wpływ akcesji Polski do Unii Europejskiej na realizację działań w badanym obszarze**. W okresie przedakcesyjnym podejmowano pewne działania, aby sprostać standardom obowiązującym w UE, a także wykazać gotowość do wejścia na unijny rynek. Marek [81] stwierdził wręcz, że przed akcesją Polski do UE samorządy lokalne nawiązały współpracę z międzynarodowymi organizacjami poprzez krajowe sieci (w tym poprzez Stowarzyszenie Zdrowych Miast). Współpraca ta najczęściej przynosiła owoce nie tyle w sferze materialnej, co poprzez **popularyzację innowacyjnych idei takich, jak np. zrównoważony rozwój, partycypacyjny model zarządzania zasobami lokalnymi czy też wysokie standardy służb publicznych**.

Nieliczne wypowiedzi przedstawicieli zakładów przemysłowych, wiążących prośrodowiskowe inicjatywy z poziomem świadomości ekologicznej kadry zarządzającej, zdają się świadczyć o **pojawianiu się w naszym kraju przykładów tzw. odpowiedzialności społecznej w praktykach biznesowych**. W literaturze podkreśla się, że inicjatywy takie polegają na działaniach dobrowolnych, a nie nakazanych przez prawo. Nie są to też praktyki oczekiwane ze względu na powszechnie przyjęte standardy moralne lub etyczne [73].

Za główny motyw wprowadzania zmian w przemyśle należy jednak uznać bodźce ekonomiczne oraz nadzór ze strony inspekcji.

Warto w tym miejscu zastanowić się, czy istnieje jakiś rodzaj działań, które można by uznać za charakterystyczne dla badanego obszaru zdrowia publicznego. Z tabeli zbiorczej (Tab. 10) wynika, iż najwięcej wypowiedzi dotyczyło interwencji o charakterze technicznym. Zapewne odzwierciedla to dużą aktywność objętych badaniem miast w tym zakresie. Według Gajdzik [56] **inwestycje ekologiczne** (a produktem inwestycyjnym są najczęściej konkretne rozwiązania techniczne) są właśnie **podstawowym narzędziem gmin w realizacji zadań w zakresie ochrony środowiska**.

Zauważono wcześniej wdrożenie interwencji technicznych często zależało od pozostałych rodzajów aktywności, które wyróżniono w toku analizy zebranego materiału (Tab. 9). W niektórych przypadkach przedsięwzięcia te były **zwieńczeniem takich działań,** jak np. monitoring, nadzór czy stosowanie bodźców ekonomicznych. W innych wspomagano ich wdrożenie, np. poprzez działania edukacyjne czy też informowanie o środowiskowym ryzyku dla zdrowia. Należy podkreślić, że to właśnie **dzięki wdrożeniu interwencji technicznych dokonuje się faktyczna zmiana w środowisku**. W jej wyniku zmniejsza się ekspozycja na zagrożenia lub stworzone zostają warunki pozytywnie wpływające na jakość ludzkiego życia. Niektóre z tych przedsięwzięć realizuje się wprost z myślą o ochronie ludzkiego zdrowia (np. budowa stacji uzdatniania wody pitnej lub ekranów akustycznych).

Jak już wspomniano wyżej, wdrażane są także pewne rozwiązania techniczne, które mają za zadanie ułatwić jednostkom zachowania prozdrowotne. Niektórzy analitycy społecznej polityki prozdrowotnej [82, 71] wyróżniają osobny typ interwencji określany mianem tworzenia ułatwień (ang. *facilitation*).

Wdrażanie interwencji technicznych jest domeną inżynierów. Twierdzi się [np. 83], że **rozwiązania inżynierskie pozostają kamieniem węgielnym tradycyjnego podejścia w „hierarchii kontroli" zagrożeń dla zdrowia publicznego**. Inżynieria jest też wykazywana jako jedna z dyscyplin wchodzących w skład zdrowia środowiskowego [9], zaś w niektórych krajach udział inżynierów w działaniach na rzecz zdrowia publicznego w przeszłości i obecnie oceniany jest jako niezwykle istotny [np. 84]. W opisywanych badaniach **udział tej grupy zawodowej zaznaczył się głównie przez uczestnictwo przedstawicieli tych wydziałów urzędów miast, które były odpowiedzialne za infrastrukturę miejską czy też architekturę i planowanie przestrzenne**.

Należy zauważyć, że wśród interwencji technicznych mających na celu ochronę środowiska i zdrowia znajdują się takie, które można uznać za bardziej lub mniej pożądane. W literaturze poświęconej działaniom zapobiegającym skażeniu środowiska [np. 85, 72] wymienia się o tzw. rozwiązania źródła problemu (ang. „*upstream strategies*") oraz ujścia problemu (ang. „*downstream strategies*")[6]. Istotą tych pierwszych jest rozwiązanie problemu przed jego powstaniem (u źródła), zaś tych drugich –uporanie się z nim jak już po jego zaistnieniu. Spośród wymienionych przez informatorów działań, rozwiązaniami źródła problemu byłyby np. działania skierowane na ograniczenie masy składowanych na wysypisku odpadów (czemu służy m.in. recykling). Przykładem rozwiązań ujścia problemu jest utylizacja odpadów w spalarni. Podkreśla się, że **rozwiązania ujścia problemu są mniej pożądane, albowiem często wiążą się z powstaniem niepożądanych skutków ubocznych**. Z zebranego materiału wynika ponadto, że **rozwiązania te budzą większe zastrzeżenia społeczności lokalnych** (chociaż specjaliści uznają je za w pełni bezpieczne) i w związku z tym **mogą być także o wiele trudniejsze** (a czasem nawet niemożliwe) **do wdrożenia**. Wskazuje to na konieczność promowania rozwiązań „źródła problemu".

Konieczność zaznajamiania specjalistów zdrowia publicznego z wiedzą na temat technologii stosowanych w ramach ochrony i kształtowania środowiska znajduje odzwierciedlenie w podręcznikach poświęconych zdrowiu środowiskowemu [np. 86, 87, 88]. Pomimo to wydaje się, że **ich rola w realizacji tych działań postrzegana jest głównie jako**

[6] W polskiej literaturze (np. [45]) przyjęło się pisać o rozwiązaniach „końca rury" i „początku rury" .

konsultacyjna [9]. Konsultacje te mają odbywać się **w ramach współpracy międzysektorowej** i dotyczyć np. oceny wpływu wdrażanych technologii na zdrowie społeczności lokalnej (ibid). W zebranym materiale przykładem tego typu działań jest wydanie postanowienia Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego uzgadniającego, pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, warunki realizacji przedsięwzięcia mogącego znacznie oddziaływać na środowisko. Chociaż aktywności tego rodzaju miały wpływ na wdrażanie interwencji technicznych, w niniejszej pracy zostały one jednak uznane za rodzaj kontroli wstępnej i zaliczone do działań podejmowanych w ramach systemu nadzoru.

Z dokonanej analizy wynika, że działania w zakresie nadzoru wiązały się z wszystkimi pozostałymi rodzajami aktywności (Tab. 9). Szczególnie ściśle (a zaznaczyło się to także w wypowiedziach informatorów) nadzór łączy się z monitoringiem. W starszej literaturze angielskojęzycznej poświęconej realizacji programów z zakresu zdrowia środowiskowego[7] [np. 89] wspomniane rodzaje aktywności definiuje się jako odrębne rodzaje działań. Zgodnie z tą koncepcją monitoring to prowadzenie, ciągle lub w regularnych odstępach czasu, obserwacji, która obejmuje źródła zagrożeń oraz drogi ekspozycji ludzi na te zagrożenia, natomiast nadzorem nazywa się interpretację pochodzących z monitoringu danych w celu określenia, czy problemy zdrowia środowiskowego uległy takiej zmianie, iż wymaga to modyfikacji działań prowadzonych w ramach różnych programów (ibid.). Autorzy nowszych opracowań podtrzymują to rozróżnienie, podkreślając, że „nadzór wraz z monitoringiem stanowią bazę dla szeregu analiz w procesie decyzyjnym tych służb zdrowia środowiskowego, których istotą jest planowanie i formułowanie założeń polityki zdrowotnej w tym obszarze" [10].

To ostatnie stwierdzenie odpowiada **koncepcji systemu nadzoru w zdrowiu publicznym** (ang. *public heath surveillance*), propagowaną szczególnie w literaturze amerykańskiej [np. 90, 91], w której definiuje się go jako „ciągłe i systematyczne zbieranie, analizę oraz interpretację danych używanych do planowania, wdrażania i ewaluacji działań w zakresie zdrowia publicznego" [92]. Co istotne, nadzorem obejmuje się nie tylko choroby i urazy, ale wszelkie zdarzenia mające znaczenie dla zdrowia (ibid.). Zalicza się do nich także

[7] „**Programy z zakresu zdrowia środowiskowego** to zorganizowane wysiłki społeczne podejmowane po to aby monitorować i modyfikować relacje człowiek-środowisko w interesie lepszego zdrowia. Takie wysiłki mogą być ukierunkowane na zmianę samych czynników środowiskowych lub zachowań ludzkich w odniesieniu do środowiska" [89].

występowanie czynników ryzyka. Stąd taka koncepcja nadzoru znalazła również zastosowanie w obszarze zdrowia środowiskowego [93, 94].

Tak rozumianą koncepcję nadzoru wprowadza się też w Polsce, przy równoczesnym zachowaniu nazwy „nadzór epidemiologiczny", która związana jest z tradycją zwalczania chorób zakaźnych [95]. W rezultacie rozszerzono definicję nadzoru epidemiologicznego, w której oprócz działań związanych z nadzorem indywidualnym uwzględniono także zbieranie informacji w ramach tzw. nadzoru ogólnego. W 2008 roku wprowadzono ją do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ((Dz. U. z dnia 30 grudnia 2008 r.).

Zgodnie z taką koncepcją nadzór należy traktować głównie jako rodzaj systemu informacji (rozbudowanego w stosunku do monitoringu o analizę, interpretację i rozpowszechnianie danych). **Zasadniczo nie odpowiada to znaczeniu, jakie słowu „nadzór" nadawały osoby uczestniczące w badaniu**. Jak już wspomniano, informatorzy **utożsamiali działania nadzorcze głównie ze sprawowaniem kontroli**. Interesujące jest to, że w opracowaniach poświęconych działaniu służb zdrowia środowiskowego w Europie pisze się głównie o „egzekwowaniu przestrzegania prawa" [10] lub „egzekwowaniu kontroli" [2] – właśnie tak zatytułowane podrozdziały zawierają opisy działań zbliżone do tych, które uzyskano prowadząc wywiady. W tych publikacjach [2, 10] termin „nadzór" praktycznie się nie pojawia się w znaczeniu, które nadaje mu np. Thacker [92], co może świadczyć o tym, że koncepcja nadzoru jako systemu zbierania i rozpowszechniania informacji wywodzi się z tradycji północnoamerykańskiej. Wspomniano już, że ten sposób rozumienia nadzoru jest od jakiegoś czasu rozpowszechniany w naszym kraju. Pomimo to **przedstawiciele instytucji zaangażowanych w działania na rzecz zdrowia i środowiska używali tego terminu zgodnie z tradycją obowiązującą w naukach prawnych**, gdzie mianem nadzoru określa się funkcję, która zawiera w sobie kontrolę połączoną z prawną możnością władczej ingerencji w działalność podmiotu poddanego oddziaływaniu nadzorczemu [48]. Trzeba tu również dodać, że jeśli chodzi o rodzaje podejmowanych działań (tzn. pomiar, gromadzenie, przetwarzanie i rozpowszechnianie informacji) definicja monitoringu zamieszczona w 25 artykule Ustawy Prawo Ochrony Środowiska (2001) właściwie pokrywa się z definicją nadzoru podawaną w cytowanej wyżej literaturze amerykańskiej. Jedyną różnicą jest przedmiot działań, który w przypadku nadzoru w zdrowiu publicznym wykracza poza zbieranie informacji o cechach środowiska.

Według twórców opracowania „Concern for Europe's Tomorrow" [11] głównym zadaniem służb zdrowia środowiskowego jest **poprawa warunków środowiska poprzez**

stosowanie wymogów prawnych. Odbywa się to między innymi poprzez (wspomniane także przez informatorów) wydawanie decyzji reglamentacyjnych lub planistycznych czy też wdrażanie procedur ekologicznych. W literaturze poświęconej zarządzaniu ochroną środowiska [np. 96] działania takie zalicza się do przykładów stosowania **narzędzi regulacyjnych** w realizacji polityki środowiskowej. Narzędzia regulacyjne definiowane są jako „środki instytucjonalne, których celem jest bezpośredni wpływ na postawę zanieczyszczających wobec środowiska, poprzez regulowanie procesów produkcyjnych czy użytych produktów, przez zaniechanie lub ograniczenie emisji w określonym czasie i miejscu" (ibid.).

W kontekście realizacji prozdrowotnej polityki społecznej stosowanie środków regulacji (ang. *regulatory measures*) uchodzi za jeden z możliwych rodzajów interwencji [97]. Według De Leuuw [97] środki regulacji są to głównie przepisy natury ustawodawczej (włączając sankcje), a ich celem jest zapobieganie niepożądanym działaniom lub kontrolowanie produkcji, dystrybucji czy konsumpcji dóbr.

Stosowanie regulacji prawnych[8] jest też uznawane za jedną z głównych strategii działań wdrażanych w ramach promocji zdrowia w celu zmiany zachowań związanych ze zdrowiem [99], co znajduje też odbicie np. w modelu planowania interwencji PRECEDE-PROCEED [71]. Według twórców tego modelu *regulation* to wdrażanie polityki oraz egzekwowanie przepisów i ustaw (ibid.).

W publikacjach poświęconych zarządzaniu ochroną środowiska [np. 45] monitoring uznawany jest za **element systemu informacji ekologicznej** i omawiany w oddzieleniu od instrumentów prawnoadministracyjnych**.**

W niniejszym opracowaniu działania określane przez informatorów mianem nadzoru oraz te, które nazywano monitoringiem, postanowiono omówić osobno. Chciano bowiem podkreślić, że te pierwsze obejmują wachlarz działań, w których istotny jest element władztwa, te drugie zaś odnoszą się do zbierania informacji, które mogą (ale nie muszą) być wykorzystane również w procesie sprawowania kontroli.

Jak wykazano w niniejszych badaniach, monitoring prowadzony jest nie tylko przez instytucje nadzorujące stan środowiska i zdrowia. Zgodnie z artykułem 28 Ustawy Prawo Ochrony Środowiska (2001) podmioty korzystające ze środowiska są zobowiązane do pomiaru poziomu substancji lub energii w środowisku oraz wielkości emisji, a gromadzone i przetwarzane przez nie dane udostępnia się na potrzeby państwowego monitoringu

[8] Można dodać, iż angielskie słowo „regulation" tłumaczy się nie tylko jako: „przepis", „regulacja prawna", ale także jako „kontrola" [98].

środowiska. Z wypowiedzi niektórych informatorów wynika, że pewne elementy posiadanego przez zakłady przemysłowe systemu automonitoringu służyły innym celom niż sprostanie wspomnianemu wymogowi prawa.

Za wyodrębnianiem monitoringu jako osobnej strategii działań przemawia jeszcze jedno: zbierane w jego ramach informacje mogą być wykorzystywane do planowania i oceny również tych działań, które są prowadzone w ramach nadzoru (np. kontroli bieżącej czy kontroli zapobiegawczej).

Niezależność monitoringu od nadzoru oraz innych wyróżnionych w tej pracy typów działań może być też źródłem problemów, które dobrze jest sobie uświadamiać, aby móc im zapobiegać. McArthur i Bonnefoy [2] wskazują, że „w rzeczywistości niewiele działań podejmuje się na podstawie zgromadzonych danych". Ci sami autorzy, analizując sytuację jaka wystąpiła po okresie transformacji ustrojowej w państwach Europy Wschodniej i Środkowej, stwierdzili, że kładzie się tam silny nacisk na monitoring, ale „prawdziwa wartość tych wysiłków będzie widoczna po sposobie ich transponowania na rzeczywiste działania interwencyjne. W innym wypadku zbieranie takich danych jest bezwartościowe" (ibid.). Postępująca od czasu przemian ustrojowych poprawa stanu środowiska naturalnego w Polsce może być oznaką, że dane z monitoringu, przynamniej w pewnym zakresie, zostały wykorzystane przez instytucje ów stan nadzorujące[9]. W świetle przedstawionego materiału należy jednak stwierdzić, że praktycznie **nie były one wykorzystywane do podejmowania decyzji i wdrażania działań z zakresu ochrony zdrowia**. O potrzebie dokonywania oceny faktycznego wpływu stanu środowiska na ludzkie zdrowie oraz działań, które ów stan kształtują, mówili także niektórzy z informatorów.

Jednym z elementów potrzebnych dla dokonania takiej oceny powinno być **monitorowanie tzw. biomarkerów**, czyli substancji wewnątrzustrojowych powstałych w organizmie pod wpływem działania szkodliwych czynników zewnętrznych. **Brak takich działań we wszystkich badanych miastach należy uznać za znamienny**. Można dodać, że jak dotąd nie powstał system Państwowego Monitoringu Zdrowia. Potrzebę jego ustanowienia, a następnie powiązania z Państwowym Monitoringiem Środowiska zgłaszali nie tylko analitycy polskiej polityki zdrowotnej [np. 65], ale także autorzy założeń polityki ludnościowej [101].

Innym rodzajem działań, które w świetle zebranego materiału można uznać za powiązane z nadzorem, jest **stosowanie bodźców ekonomicznych**. Jak wykazano, były one

stosowane dla wzmocnienia działań tak edukacyjnych, jak nadzorczych. Z przytoczonych wypowiedzi informatorów wynika jednak, że w tym pierwszym przypadku bodźce ekonomiczne postrzegano raczej jako niezależnie stosowane narzędzie wywoływania zmiany, podczas gdy w tym drugim – traktowano je jako istotny (a czasem nawet nierozłączny) element sprawowania nadzoru.

Podobnie prezentuje się te zagadnienia w literaturze przedmiotu. Autorzy piszący o stosowaniu ekonomicznych bodźców wspomagających [np. 72] uznają ten typ działań za strategię niezależną od innych (w tym od edukacji). Z kolei ci, którzy piszą o stosowaniu **bodźców ekonomicznych do egzekucji prawa** [np. 96, 45], podkreślają, że chociaż ze względu na ich istotne **oddziaływanie na system finansowy przedsiębiorstwa** spełniają one rolę instrumentów ekonomicznych, to uznaje się je raczej za narzędzia o charakterze prawnym.

W niniejszej pracy uznano, że ze względu na dużą rolę motywującą bodźców ekonomicznych ich stosowanie należy traktować jako osobną strategię działań, nawet gdy wdraża się ją przy okazji prowadzenia działań nadzorczych. Istotą stosowania bodźców ekonomicznych jest wzmacnianie bądź osłabianie bariery finansowej stojącej na drodze do wdrożenia wybranych (odpowiednio: niepożądanych bądź zalecanych) zachowań jednostek oraz całych organizacji.

Jeszcze bardziej dyskusyjna może się wydawać kwestia niezależności informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia od innych typów działań. Wspomniano, że niektórzy badani informowanie wręcz włączali do wachlarza narzędzi stosowanych w ramach edukacji. Jednakże, jak wykazano (Tab. 9), informowanie nie jest jedynie warunkiem wstępnym dla edukacji, ale wiąże się także z innymi typami działań. Informowanie społeczności lokalnej o niekorzystnych zmianach w środowisku może być nawet traktowane jako jeden z celów istnienia i działania systemu monitoringu. Od tego, o czym, kto i w jaki sposób jest informowany, może też zależeć czy wdrożone zostaną pewne rozwiązania techniczne. Wykazano także, iż realizowania działań polegających na informowaniu o środowiskowym ryzyku dla zdrowia może świadczyć o stopniu uczestnictwa społeczności lokalnej w działania na rzecz zdrowia i środowiska oraz stanowić wskaźnik demokratyzacji procesu. Należy dodać, iż w literaturze przedmiotu [np.9] ten rodzaj działań bywa **wyodrębniany jako oddzielna i jedna z najważniejszych funkcji służb zdrowia środowiskowego**. Co istotne, za jeden z podstawowych elementów informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia

[9] We wstępie do raportu wskaźnikowego „Stan środowiska w Polsce" poprawę tę tłumaczy się głównie mniej

jest **rozwijanie i promowanie dialogu i porozumienia między grupami interesów** (ibidem).

Podsumowując wątek różnych typów działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia, które były wdrażane w trzech badanych miastach, należy stwierdzić, że niektóre wyróżnione rodzaje działań odpowiadają wymienianym w literaturze [2, 10] funkcjom służb zdrowia środowiskowego, takimi jak ocena ryzyka, informowanie o ryzyku, promowanie zdrowia środowiskowego, kontrolowanie przestrzegania prawa. W materiale praktycznie brak jest wypowiedzi na temat działań odpowiadających realizacji takich funkcji, jak prowadzenie szkoleń lub realizacja badań naukowych. Stało się tak zapewne dlatego, że badaniami nie zostały objęte instytucje zwyczajowo wdrażające podobne działania (np. jednostki naukowo-badawcze), chociaż należy przypomnieć, że w materiale znalazły się fragmenty dotyczące współpracy z tego typu podmiotami. Wydaje się, że pewne rodzaje aktywności, np. stosowanie bodźców ekonomicznych oraz monitoring, związane są bardziej z obszarem ochrony i kształtowania środowiska niż z tradycją działań w zdrowiu publicznym. Stwierdzono, że **w przypadku monitoringu zaznacza się silna potrzeba wdrożenia tego typu działań w ochronie zdrowia** z wykorzystaniem informacji zbieranych rutynowo w ramach istniejącego już systemu PMŚ.

Warto również spojrzeć na uzyskane wyniki z perspektywy toczonej w naszym kraju dyskusji na temat tożsamości zdrowia publicznego. Jeśli chodzi o obszar działań ukierunkowanych na środowiskowe aspekty zdrowia, to słuszny wydaje się pogląd Moellera [87], który twierdzi, że zdrowie środowiskowe definiowane jest w większym stopniu przez problemy, którymi się zajmuje, niż używane w nim sposoby ich rozwiązywania. Faktycznie, zdecydowana większość wyróżnionych w tej pracy rodzajów działań stosowana jest wtedy, gdy poprzez oddziaływanie na środowisko próbuje się chronić zdrowie ludzkie, ale także wtedy, gdy zachowuje się przyrodę zgodnie ze stanowiskiem ekocentrycznym zakładającym, że ekosystemy naturalne mają wartość same w sobie, niezależną od tej, którą przedstawiają dla człowieka.

Wydaje się, że działaniem podejmowanym jedynie w ramach zdrowia publicznego **jest ocena środowiskowego ryzyka dla zdrowia oraz informowanie o nim społeczeństwa.**

Znaczna część problemów, którymi zajmuje się zdrowie publiczne ukierunkowane na warunki środowiska, nie różni się zagadnień pozostających w centrum zainteresowania specjalistów od ochrony przyrody. Należałoby stwierdzić, że tzw. **zdrowie środowiskowe od**

---

intensywną gospodarką i bardziej przyjaznym środowisku planowaniem przestrzennym [100].

ochrony środowiska odróżniają nie tyle problemy, co cel, jaki przyświeca ich rozwiązaniu. Jest to zgodne z propozycją porządkującą zaproponowaną powyżej w dyskusji o infrastrukturze obszaru zdrowia publicznego ukierunkowanego na środowiskowe uwarunkowania zdrowia.

Problemem, na który należy zwrócić uwagę w kontekście kształtowania się tożsamości dziedziny zdrowia publicznego w naszym kraju, jest **niejednorodność stosowanej nomenklatury**. Niektóre terminy stosowane są inaczej na gruncie ochrony i kształtowania środowiska, inaczej zaś w publikacjach poświęconych zdrowiu publicznemu. Są także i takie (przykładem dyskutowanym w niniejszej pracy był termin „nadzór"), których znaczenie różni się w obrębie samego zdrowia publicznego w zależności od tradycji panującej w różnych częściach świata. Terminologia stosowana w niektórych krajach anglosaskich nie pozostaje bez wpływu na znaczenie, jakie pewne terminy przyjmują w Polsce. Trzeba dodać, że osoby wdrażające w praktyce działania ukierunkowane na środowiskowe aspekty zdrowia, niekoniecznie będące specjalistami zdrowia publicznego, mogą nadawać pewnym pojęciom jeszcze inne znaczenia, niż robią to teoretycy.

Wskazuje to na **potrzebę ujednolicenia nomenklatury stosowanej w obszarze zdrowia publicznego oraz popularyzowania jej wśród teoretyków oraz praktyków**.

4.3. Ocena procesu planowania i ewaluacji działań

W obszarze zdrowia publicznego opracowano już przynajmniej kilka modeli planowania interwencji, według których jej wdrożenie powinno być poprzedzone skrupulatnie przeprowadzoną diagnozą [71, 102]. Pierwszym etapem jest zawsze **identyfikacja problemów** oraz **wybór tego**, **który wymaga rozwiązania w pierwszej kolejności**. Zaleca się, aby przy jego wyborze kierować się określonymi kryteriami. Jednym z tych kryteriów jest społeczna waga problemu, innym jego znaczenie epidemiologiczne [71] .

Można uznać, że w trzech miastach objętych badaniem przy wyznaczaniu priorytetów dla działań **kierowano się drugim z wymienionych kryteriów, szczególnie na poziomie planowania strategicznego**. Dotyczyło to zarówno ustalania priorytetów dla działań podejmowanych przez podmioty przyporządkowane do systemu „zdrowie", jak i wdrażanych przez instytucje systemu „środowisko". W przypadku tych ostatnich o „znaczeniu epidemiologicznym" świadczą np. rozpowszechnienie zagrożeń w środowisku, ich natężenie, częstość występowania przekroczeń norm itd. Innymi słowy, „diagnoza epidemiologiczna"

oznacza tutaj sposób wyznaczania priorytetów polegający na porównywaniu przez profesjonalistów dostępnych wskaźników skażenia środowiska. W całym zebranym materiale nie znaleziono żadnych wypowiedzi wskazujących na to, że porównywano ze sobą problemy środowiskowe ze względu na ich potencjalny wpływ na zdrowie mieszkańców, chociaż taki sposób dokonania diagnozy byłby najwłaściwszy. Jeśli więc przy wyborze istotnych problemów przez instytucje należące do sektora „środowisko" pojawiał się element troski o ludzkie zdrowie, to tylko o tyle, o ile aspekt ten został dostrzegli i uwzględnili eksperci formułując normy ochrony środowiska.

W opracowaniach dotyczących planowania interwencji w zdrowiu publicznym duży nacisk kładzie się na tzw. „diagnozę społeczną", kiedy to problemy zdrowotne oceniają laicy, którzy łączą je z istotnymi dla nich problemami życia codziennego. Niektórzy autorzy [np. 71] sugerują, że planowanie każdej interwencji w zdrowiu publicznym powinno zaczynać się właśnie od diagnozy tego typu. Tymczasem należy stwierdzić, iż w trzech badanych miastach **diagnozy społecznej dokonano jedynie na potrzeby tworzonych strategii i to w dosyć ograniczonym zakresie**.

Warto nadmienić, iż żadna z objętych badaniem instytucji nie przeprowadzała pozostałych faz diagnoz, które zalecają twórcy modelu PRECEDE-PROCEED [71], a które polegają na wnikliwej analizie różnych grup determinant problemów zdrowotnych, m.in. zachowań (diagnoza behawioralna), czynników środowiskowych (diagnoza środowiskowa), czynników psychospołecznych (diagnoza edukacyjna).

W świetle przeanalizowanego materiału należy stwierdzić, że **przeprowadzenie szczegółowych analiz determinant o tak zróżnicowanym charakterze pozostaje poza zakresem którejkolwiek z instytucji przyporządkowanych do sektora „zdrowie", a także pozostałych instytucji objętych niniejszym badaniem.** Jedyną szansą na wdrożenie tych zaleceń mogłaby być współpraca przedstawicieli różnych instytucji w ramach jednego projektu.

W niektórych publikacjach dotyczących praktyki promocji zdrowia promuje się przygotowywanie interwencji w postaci projektów, tymczasem większość z działań opisywanych przez informatorów miała charakter akcji.

O ile proces planowania strategicznego wyłaniający się z opisu działań w trzech miastach można jeszcze uznać za racjonalny, o tyle w świetle przeanalizowanego materiału wydaje się, że **w procesie wyznaczania priorytetów kwestie pozamerytoryczne zaczynają odgrywać tym większą rolę, im bliżej jest decyzji o wdrożeniu działań**.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, **działania zapobiegawcze, które przynoszą skutki oddalone w czasie, wydają się politykom lokalnym nieatrakcyjne**, więc z ich punktu widzenia nie zasługują na poparcie i wdrożenie. Jest to zjawisko niepokojące, albowiem większość działań mających na celu ograniczenie rozpowszechnienia chociażby tzw. chorób cywilizacyjnych, właśnie tym się charakteryzuje.

Nakreślony wyżej problem zauważyli także inni badacze. Kawczyńska-Butrym [103] pisze, że: „w ocenie niektórych, w odróżnieniu od innych programów stosujących podejście siedliskowe (np. 'szkoła promująca zdrowie', 'szpital promujący zdrowie') **programy skierowane do społeczności lokalnej są o wiele trudniejsze do realizacji**. Wynika to z tego, że **działania na rzecz zdrowia wiążące się z wydatkami mogą być postrzegane jako konkurencyjne do zadań pilniejszych i wyżej umiejscawianych w aktualnym systemie bieżących, codziennych wartości i spraw**. W dodatku zajmowanie się zadaniami, których efekt może nastąpić po bliżej nieokreślonym upływie czasu oraz nie jest łatwy do sprawdzenia, może oddalać decyzje działań na rzecz zdrowia."

W zebranym materiale znalazły się wypowiedzi wskazujące na to, w jaki sposób można sobie radzić ze wspomnianym problemem. Jednym ze sposobów mogłoby być **organizowanie działań zapobiegawczych** (także edukacyjnych) **w formie usług możliwych do kontraktowania**, innym – **wykorzystywanie potencjału firm komercyjnych** w realizacji programów interwencyjnych, co już w pewnym stopniu się dzieje. Najbardziej skuteczne wydaje się jednak **zagwarantowanie środków na finansowanie ściśle określonych typów działań,** np. w postaci dotacji, subwencji, kredytów preferencyjnych lub funduszy celowych.

Potwierdzają to także wyniki innych badań. Analizując doświadczenia miast polskich w ochronie zdrowia, Kozierkiewicz i Kulis [68] zauważają, że w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań **częściej podejmowano działania, na które wyodrębniono część budżetu**. Przykładem była działalność na rzecz znoszenia barier architektonicznych czy też profilaktyka uzależnień, o której ze względu na dostępność środków (w przypadku działalności przeciwalkoholowej zwiększonych chociażby przez tzw. „korkowe") piszą jako o „dziedzinie uprzywilejowanej" (ibid.).

Stosowanie funduszy celowych może być więc mechanizmem zabezpieczającym realizację działań, co do których mogłoby istnieć niebezpieczeństwo, że ze względu na małą atrakcyjność dla decydentów będzie ona wciąż odsuwana na przyszłość. Równocześnie zagwarantowanie środków w postaci funduszu pozwala na zmniejszenie jednej z najistotniejszych, według informatorów, barier dla realizacji interwencji, a mianowicie braku środków finansowych.

Wiele działań kształtujących środowisko miejskie finansowano z budżetu lokalnego. Były to działania **wdrażane rutynowo,** a ich **realizacja wynikała najczęściej z zadań samorządu lokalnego**. Należy zauważyć, że niektóre z tych działań są **tradycyjnie zaliczane do obszaru zdrowia publicznego**, **chociaż ich faktyczny wpływ na zdrowie trudno jest ocenić**.

Za wdrożenie tych zadań, których zaniechanie groziłoby zapewne destabilizacją środowiska miejskiego, odpowiedzialna jest administracja lokalna wraz z przedsiębiorstwami komunalnymi, będącymi własnością samorządu lokalnego.

Jak wynika z przedstawionego materiału, dyrektorzy odpowiednich wydziałów urzędów miast poczuwali się do odpowiedzialności za wdrożenie owych działań, a ich wypowiedzi świadczyły o tym, że byli oni przekonani o dwóch sprawach: że działania te wpływają na jakość życia i zdrowie mieszkańców oraz że ci ostatni oceniają urząd za sposób ich realizacji.

Wypowiedzi dotyczące sposobów wyłaniania priorytetów potwierdzają, że **przedstawiciele administracji lokalnej w mniejszym stopniu niż politycy samorządowi skłonni są stosować kryteria pozamerytoryczne**. Poza tym **bardziej byli zainteresowani wdrażaniem działań zapobiegawczych przynoszących efekty w perspektywie długookresowej**. **Oba fakty** można wiązać chociażby z tym, iż okres zatrudnienia urzędnika samorządowego najczęściej znacznie przekracza okres kadencji radnego.

Podsumowując, **urzędnicy samorządowi są grupą, która może w sposób pozytywny wpływać na racjonalizację procesu planowania działań w zakresie zdrowia publicznego**.

Inną grupą, która przy wyłanianiu priorytetów **stosowała kryteria uznawane za merytoryczne, byli przedstawiciele instytucji o charakterze inspekcji**. Chociaż charakter działalności inspekcji, a szczególnie wypełnianie działań związanych z tzw. nadzorem bieżącym, czyni ich także wrażliwymi na problemy, które pojawiają się nagle jako sytuacje kryzysowe.

Warto zauważyć, że podjęcie decyzji o wdrożeniu odpowiednich interwencji w reakcji na problemy noszące znamiona kryzysu, nie jest działaniem, które należy uznać za nieracjonalne. Nieracjonalnym jest np. wykorzystywanie ograniczonych zasobów na zajmowanie się problemami, które wydają się być kryzysami, ale w istocie takimi nie są.

Tu może się pojawić problem wynikający z faktu, że dla polityków samorządowych jednym ze źródeł informacji o kryzysie, jak stwierdzono chociażby w niniejszych badaniach, są media masowego przekazu, a te w ocenie sytuacji nie zawsze posługują się kryteriami

merytorycznymi. Kepplinger [104] opisuje wręcz cały „mechanizm skandalizacji w mediach", polegający na przekształceniu stwierdzonej nieprawidłowości (także w obszarze zainteresowań zdrowia publicznego) w skandal, w wyniku którego podjęte działania stają się niekiedy źródłem o wiele większych szkód, niż powodowała je sytuacja wyjściowa.

Jak stwierdzono w niniejszej pracy, w sytuacji gdy zasoby były ograniczone, **rozwiązanie niektórych problemów uznanych podczas planowania strategicznego za ważne odsuwano aż do czasu osiągnięcia przez nie fazy kryzysu**. Z zebranego materiału wynika, że zainteresowanie kwestiami, które osiągnęły fazę poważnego kryzysu, **utrzymywało się jeszcze jakiś czas po przywróceniu sytuacji wyjściowej**. Przykładem może być budowa nowych i konserwowanie starych wałów przeciwpowodziowych jeszcze przez jakiś czas po przejściu fali powodzi w 2001 roku.

Można uznać, że **decyzje polityków podlegają tzw. „efektowi kryzysu"**. Według psychologów [np. 105] polega on na tym, że świadomość lub **skupienie uwagi na klęsce żywiołowej są największe w trakcie jej trwania i bezpośrednio po niej, natomiast pomiędzy klęskami znacznie się rozpraszają**. O tym efekcie mówi się najczęściej w odniesieniu do klęsk żywiołowych [np. 106] niemniej jednak wydaje się, że **ma on także miejsce w przypadku sytuacji kryzysowych, których nie wywołują siły natury**.

Elementem planowania jest wybór problemu do rozwiązania oraz szczegółowa analiza jego wszystkich determinant w celu wybrania tych, które powinny ulec zmianie. Równie istotny jest staranny dobór metod, przy użyciu których zmiana ta ma być dokonana. Ten etap planowania interwencji nazywa się „mapowaniem" i poświęcone są mu całe opracowania [np. 70].

Jak stwierdzono, instytucje objęte niniejszymi badaniami nie wybierały metod oddziaływania w rezultacie uprzednio przeprowadzanej diagnozy, ale dokonywały tego wyboru niejako automatycznie już w momencie, w którym identyfikowano problem. Według informatorów zarówno rodzaj kwestii do rozwiązania, jak i **wskazany sposób działań powinien był się mieścić w kompetencjach podmiotu, który miał wdrażać interwencję**. Postępowanie to **wydaje się w takim stopniu racjonalne, w jakim pozwala oszczędzać zasoby w przypadku problemów, których sposoby rozwiązania są dobrze sprawdzone i znane**. Cenne jest też gromadzenie doświadczeń przez pracowników danej instytucji w zakresie przeprowadzenia określonego typu interwencji. Doświadczenia owe można traktować jako jeden z wartościowych zasobów i, jak niejednokrotnie stwierdzano, wymieniano je w ramach współpracy między różnymi podmiotami.

Z drugiej strony, zarówno pomijanie w procesie planowania szczegółowej analizy determinant, jak i opartego na niej doboru metod, może skutkować wdrażaniem jedynie rutynowych interwencji i **ograniczeniem możliwości opracowywania działań o charakterze innowacji**. Między innymi tym można tłumaczyć praktyczny brak nakierowanych na środowiskowe aspekty zdrowia programów zapobiegawczych, które wdrażałyby podmioty przyporządkowane do sektora „zdrowie". Jeśli będą to programy przygotowywane odgórnie lub dla innej grupy docelowej brak wnikliwej diagnozy może też prowadzić do wdrożenia interwencji, której skuteczność będzie daleka od oczekiwanej.

Na koniec warto jeszcze raz zauważyć, że postępując zgodnie z modelami planowania interwencji [70, 71] należałoby każdorazowo dokonać analizy determinant problemu, ustalić zbiór tych, których udział w jego powstawaniu wydaje się być największy, po czym wybrać rodzaj interwencji najbardziej odpowiedni dla zmiany tych determinant. Taki sposób postępowania wydaje się trudny do przeprowadzenia w sytuacji, gdy kompetencje poszczególnych instytucji zawężają wachlarz realizowanych przez nie działań. Z tego samego powodu **w praktyce trudny jest do spełnienia postulat łączenia w ramach jednej interwencji różnych typów działań**.

Przyjmuje się, że ocena działań podejmowanych w ochronie zdrowia powinna być ściśle powiązana z ich planowaniem. Twórcy modelu PRECEED-PROCEED [71] zalecają, aby w każdej fazie planowania interwencji **formułować mierzalne cele z wykorzystaniem wskaźników zakładanej zmiany**, co pozwala na końcową ocenę wdrożonych działań. Osiągnięcie zakładanych zmian w obszarze determinant zdrowia powinno przynieść, prędzej lub później, zmianę statusu zdrowotnego członków grupy docelowej.

Jak wykazano w niniejszych badaniach, sposób ewaluacji działań stosowany przez różne podmioty w trzech wybranych miastach **różnił się od zalecanego w literaturze** (np. [71]).

Przede wszystkim brak poprzedzającej wdrożenie działań analizy determinant problemów zdrowotnych powoduje, że w praktyce czynniki środowiskowe rzadko traktowano jako determinanty zdrowia, a w rezultacie **praktycznie nie badano wpływu, jaki ukierunkowane na nie interwencje wywierały na status zdrowotny populacji**.

Nie robiły tego ani podmioty przyporządkowane do systemu „zdrowie", które poza niektórymi działami PIS praktycznie nie interesowały się czynnikami środowiskowymi, ani podmioty przyporządkowane do systemu „środowisko", których zainteresowanie kwestiami zdrowia wydawało się czysto deklaratywne.

Sposoby, na jakie badane instytucje oceniały przeprowadzone przez siebie działania, nie różniły się od stosowanych w innych miastach Polski. Gajdzik, [56] analizując działania ekologiczne wybranych gmin województwa śląskiego, stwierdziła, że podlegały one ocenie na podstawie takich wskaźników, jak m.in.: poziom emisji zanieczyszczeń w skali roku, liczba odpadów w przeliczeniu na mieszkańca, spadek stężenia zanieczyszczeń powietrza tudzież spadek natężenia hałasu w newralgicznych punktach miasta.

Postępowania takiego, chociaż **niezgodnego z zaleceniami teoretyków,** wcale jednak nie **musimy uznawać za nieracjonalne** w sytuacji, w której brak jest naukowych badań na temat wpływu wielu czynników środowiskowych na zdrowie człowieka. Należy dodać, że **nawet w przypadku** podejmowanych przez PIS **działań**, **których celem było prozdrowotne kształtowanie środowiska, za ich ostateczny** (i mierzony) **skutek zasadniczo uznawano zmiany jego parametrów.**

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na **problem oddalenia w czasie niektórych efektów zdrowotnych wywołanych ekspozycją środowiskową, co właściwie uniemożliwia ocenę interwencji z użyciem wskaźników zdrowotnych w perspektywie krótkoterminowej** (a taka właśnie interesuje większość decydentów). Tak więc **zmiana w obrębie czynników środowiskowych może być właściwie jedyną możliwą do zaobserwowania i zmierzenia w perspektywie krótkookresowej**. Fakt ten dodatkowo może świadczyć o tym, że praktykowane postępowanie nie musi być wcale tak nieracjonalne, jakim się początkowo wydaje.

Niepokojący był jednak **brak intencji przeprowadzania takich ocen** zarówno przez podmioty przyporządkowane do sektora „zdrowie", jak i do sektora „środowisko". Trudno jest bowiem oprzeć się wrażeniu, iż mamy obecnie do czynienia ze swego rodzaju błędnym kołem: nie ocenia się wpływu intencjonalnie wywołanych zmian środowiska na zdrowie, bo brakuje wiedzy na temat oddziaływania wielu czynników na zdrowie, a dzieje się tak wskutek braku danych o zmianach, jakie w statusie zdrowotnym populacji wywołują niektóre zmiany środowiskowe.

Jak wspomniano, wielu informatorów relacje pomiędzy środowiskiem a zdrowiem, postrzegało raczej jako kwestię teoretyczną i pozostającą głównie w centrum zainteresowania placówek naukowo-badawczych. Trzeba tu jednak zwrócić uwagę, że faktyczna zdolność tych ostatnich w dowodzeniu relacji przyczynowo-skutkowych pomiędzy czynnikami środowiskowymi a zdrowiem jest dosyć ograniczona, chociażby ze względów etycznych. W wielu przypadkach informacje o zdrowotnych skutkach narażenia na niektóre czynniki środowiskowe pochodziły z tzw. „eksperymentów naturalnych". Monitorowanie stanu

zdrowotnego populacji z równoczesnym monitorowaniem stanu środowiska (oraz jego zmian wywołanych intencjonalnymi działaniami) przez podmioty działające w tzw. „terenie", może stanowić cenną bazę danych do wykorzystania przez placówki naukowo-badawcze.

Problemem w ewaluacji niektórych działań prewencyjnych podejmowanych przez podmioty przyporządkowane do sektora „zdrowie" było nie tylko to, że nie mierzono zmiany wywołanej przez nie w statusie zdrowotnym grup docelowych, ale także to, że praktycznie **nie stosowano innych wskaźników służących do mierzenia wielkości zmian, które nastąpiły wskutek realizacji tych działań**. Przykładowo opisywanych przez informatorów **działań edukacyjnych nie oceniano pod względem zmian zachowań czy ich determinant psychospołecznych** (poziom wiedzy, umiejętności itp.). Z wypowiedzi informatorów wynika, że ewaluacji dokonywano głównie z wykorzystaniem **wskaźników pośrednich** takich jak np. liczba miejsc objętych programem lub liczba rozpowszechnionych materiałów. Pozwala to poznać skalę przeprowadzonych działań, ale nie dostarcza najistotniejszej informacji o tym, czy w wyniku ich wdrożenia nastąpiła oczekiwana zmiana.

Problem ten zauważyli także inni badacze zajmujący się interwencjami w obszarze ochrony zdrowia. Według Leowskiego [107] brak informacji na temat skuteczności podejmowanych działań stwarza niebezpieczeństwo, że wystarczy tylko posiadać narzędzia, sprzęt czy techniki ochrony zdrowia, a staje się to celem samym w sobie i miarą postępu.

Koncentracja na wskaźnikach pośrednich może wskazywać na większe zainteresowanie faktem, że dana interwencja została wdrożona, a nie tym, jakie były jej skutki (to, że jakieś są, zazwyczaj zakładano z góry).

Można uznać, że dominacja takiego sposobu ewaluacji działań **może być przejawem pewnego pragmatyzmu**. Instytucje wdrażające działania są zainteresowane wykazaniem się aktywnością, za co same są oceniane zarówno odgórnie, jak i przez opinię publiczną. W związku z tym mogą być przywiązane do stosowania w ewaluacji takich, które można osiągnąć w stosunkowo krótkim czasie i jak najmniejszym nakładem pracy (tj. dotyczą widocznych zmian, niewymagających stosowania dodatkowego oprzyrządowania).

Stosowanie w ewaluacji głównie wskaźników pośrednich należy uznać za **zjawisko negatywne,** utrwala ono bowiem stan rzeczy, w którym **trudno jest nie tylko wykazać skuteczność poszczególnych działań zapobiegawczych, ale także idei promocji zdrowia w ogóle**.

Brak jasno sformułowanych, mierzalnych celów oraz gotowych narzędzi do ewaluacji działań nie tylko nie pozwala na badanie ich skuteczności (a w rezultacie porównania ze sobą różnych rodzajów interwencji), ale także **uniemożliwia powtórzenie oceny** (np. przy

realizacji tej samej interwencji w innym mieście), a co za tym idzie pomiaru trafności zewnętrznej.

Stosując jedynie wskaźniki pośrednie trudno jest także badać efektywność przeprowadzonych interwencji. Sporadyczne wykorzystanie przy ewaluacji wskaźników nakładów jest zjawiskiem o tyle niekorzystnym, że ich zastosowanie stanowi warunek wstępny ewaluacji **działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia typu koszt/korzyść**.

Inni autorzy prowadzący badania w polskich miastach natrafili na podobny problem. W swoim opracowaniu [68] zwracają uwagę na to, że programy profilaktyczne i promocyjne mają bardzo różną skuteczność, a tym samym różny może być dla nich wskaźnik koszt/korzyść, co powinno zostać uwzględnione w procesie planowania. Tymczasem w badanych przez autorów miastach bardzo rzadko starano się oszacować wskaźnik koszt/korzyść dla planowanych działań, zaś wybór tematyki programu był najczęściej intuicyjny i tylko czasem oparty na badaniu lokalnie występujących problemów zdrowotnych.

Warto przypomnieć, że chociaż w badanych miastach nie przeprowadzano badań dotyczących efektywności wdrażanych działań, to nierzadko informatorzy porównywali różne sposoby oddziaływań, używając przy tym właśnie pojęcia efektywności.

Jak wspomniano prezentując zebrany materiał, problemem może być także i to, że większość podmiotów oceniała wdrożone działania, stosując głównie wskaźniki ilościowe, które raczej mało mówią o jakości wdrażanych działań.

Podsumowując ten rozdział należy stwierdzić, że **zarówno proces planowania, jak i proces ewaluacji działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia w trzech badanych miastach tylko częściowo spełniał wymogi stawiane w literaturze przedmiotu**. Chociaż niektóre praktyki nie są zgodne z modelami planowania i oceny interwencji, to rozważane w kontekście kompetencji różnych działających na poziomie lokalnym instytucji wydają się być w pewnej mierze zasadne.

Niemniej jednak warto jest podwyższać jakość procesu planowania i ewaluacji interwencji chociażby poprzez wskazywanie funkcjonujących w literaturze standardów. Powinno się to czynić zarówno proponując przedstawicielom różnych instytucji zaangażowanych w prozdrowotne kształtowanie środowiska szkolenia w tym zakresie, jak i uwzględniając te zagadnienia w edukacji przyszłych specjalistów zdrowia publicznego. Z drugiej strony warto rewidować w praktyce niektóre zalecenia teoretyków, szczególnie te, które zostały wypracowane poza granicami naszego kraju.

4.4. Współpraca między sektorami

Jak wspomniano na początku rozdziału, w którym zaprezentowano materiał dotyczący współpracy międzysektorowej, podczas analizy tego materiału napotkano na pewne trudności wynikające z tego, że informatorzy w różny sposób rozumieli pojęcie współpracy, a czasami nawet dokonywali jego reinterpretacji w trakcie wypowiedzi. Mogło to wynikać chociażby ze zmiany perspektywy czasowej (np. inaczej oceniano współpracę przy realizacji pojedynczych zadań, a inaczej relację łączącą dwa podmioty w perspektywie długoterminowej, lub różnic we współpracy występujących na poziomie strategicznym i operacyjnym.

Podobne problemy z uporządkowaniem oraz interpretacją materiału dotyczącego współpracy międzysektorowej zauważyli także inni badacze zajmujący się tym tematem. Według Goumans [22] wynikają one z tego, że współpraca międzysektorowa zachodzi nie tylko na różnych poziomach, ale także pomiędzy różnymi sferami. W swojej pracy dotyczącej wdrażania idei „zdrowych miast" w Holandii i Wielkiej Brytanii autorka przyjęła, iż przykładami współpracy międzysektorowej są sytuacje, w których **działające razem jednostki lub organizacje reprezentują różne sektory** (ibid). Takie samo podejście zastosowano w niniejszej pracy. Wszystkie wybrane do prezentacji fragmenty wywiadów dotyczyły kwestii współpracy **pomiędzy podmiotami przyporządkowanymi do różnych sektorów**. Ze względu na cele badania najbardziej interesujące były przede wszystkim wypowiedzi, odnoszące się do współpracy pomiędzy podmiotami, które zajmowały się kwestiami zdrowia oraz tymi, których zadaniem była ochrona środowiska. Przedstawiono także fragmenty wywiadów dotyczące współpracy pomiędzy instytucjami sektora „środowisko" i podmiotami przyporządkowanymi sektorowi „gospodarka".

W przypadku struktur samorządu lokalnego interesowano się głównie współpracą nawiązywaną pomiędzy podmiotami, do których przypisana jest odpowiedzialność za sprawy zdrowia (wydziały zdrowia, komisje ds. zdrowia) a tymi, które odpowiadają za realizację innych polityk sektorowych.

Autorzy zajmujący się naukową podbudową działań podejmowanych w obszarze promocji zdrowia [np. 108, 109] wskazują, że właściwie nie wypracowano jeszcze teorii i modeli, które definiują proces międzysektorowego działania. Podjęto natomiast szereg prób opisania doświadczeń wynikających z realizacji różnych etapów nawiązywania współpracy międzysektorowej oraz związanych z nimi aktywności, takich jak np. budowanie koalicji.

Rezultatem omawianych tu badań jest przedstawienie w formie graficznej procesu nawiązywania współpracy międzysektorowej (Rys. 6) oraz czynników nań wpływających (Rys. 5) w oparciu o uzyskane opisy różnych przypadków .

Warto podkreślić to że, jak wynika z zebranego materiału, współpraca międzysektorowa niekoniecznie była nawiązywana wokół wdrażania interwencji, a w niektórych przypadkach dotyczyła jedynie etapu zdefiniowania kwestii, którą należało się zająć. W niniejszym opracowaniu wyróżniono kilka cech problemów, które miały wpływ na nawiązanie współpracy międzysektorowej. Jedną z nich była jej „klarowność" (Rys. 5). Wspólne działania często skupiały się wokół problemów, których „klarowność" była mała. Odpowiada to wizji przedstawionej przez Ackoffa [110]. W swojej definicji współpracy międzysektorowej autor stwierdza, że zawiązuje się ona wokół kwestii nazwanych przez niego „gmatwaninami" (ang. „messes").

W literaturze przedmiotu można znaleźć definicję współpracy międzysektorowej, zgodnie z którą nawiązuje się ją dla rozwiązania problemów nazywanych „**niepodzielnymi**", jako że nie mogą one zostać rozwiązane przez jedną instytucję [111]. Interesujący jest fakt, iż jedna z koordynatorek użyła podobnego określenia, stwierdzając, iż współpraca międzysektorowa, zawiązuje się wokół problemów, które można nazwać „**łączonymi**". Konieczność łączenia sił różnych podmiotów może wynikać z natury samego problemu, może być jednak również związana z charakterem działań (interwencji), które muszą być wdrożone, aby go rozwiązać (Rys. 5).

Te nieliczne przykłady opisów współpracy kilku sektorów, której celem nie było wspólne definiowanie problemu, odnosiły się do **kompleksowych interwencji, kiedy to różne podmioty prowadziły typowe dla siebie działania**.

Opisane przez informatorów interwencje realizowane przy współudziale kilku sektorów (np. programy segregacji odpadów) dotyczyły **kwestii, na które spojrzano w szerokim kontekście**, zaś sposób, w jaki się nimi zajmowano, nierzadko nosił charakter **innowacji,** a przynajmniej był jako taka przedstawiany.

Jest to zbieżne z obserwacją Delaney [112], która akcentuje to, że w promocji zdrowia współpraca dotyczy niekiedy właśnie **nowych inicjatyw**, do realizacji których potrzebne są zasoby szeregu instytucji lub niezbędne są fundusze na przeprowadzenie **wielodyscyplinarnych projektów**.

Wydaje się, że **jedną z przyczyn braku współpracy między sektorami, może być pozbawienie danego problemu środowiskowego szerszego kontekstu** (np. społecznego czy zdrowotnego) **i potraktowanie sposobu jego rozwiązania jako zadania czysto**

technicznego. W zebranym materiale znaleziono i takie przykłady (np. utylizacja odpadów azbestowych w mieście A). **Podejście to**, chociażby przez ograniczenie zasobów niezbędnych do przeprowadzenia działań, pozornie ułatwia ich realizację, ale w dłuższej perspektywie czasowej **może przynieść niepożądane skutki**, takie jak np. zwiększenie narażenia mieszkańców, jeśli samodzielnie demontują elementy azbestowe.

Jednakże w trzech badanych miastach podmioty należące do różnych sektorów często nawiązywały współpracę z innych powodów niż konieczność rozwiązania „łączonych" problemów. Porównując się listę wymienianych przez informatorów korzyści związanych z podjęciem współpracy z listą wymienianych przez nich barier dla wdrażania różnych działań, można wysnuć wniosek, że różne **instytucje nawiązywały współpracę głównie w celu pokonania rozmaitych ograniczeń w wypełnianiu swoich zadań.** Współpraca była **sposobem na przełamanie bariery finansowej,** najczęściej wymienianej przeszkody w realizacji działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia. Współpraca pomagała także w **oszczędzaniu lub zdobywaniu zasobów innych niż finansowe**. Jednym z nich był **czas**, który oszczędzano np. we wszystkich sytuacjach, kiedy różne podmioty unikały dublowania swoich działań. Innym niematerialnym zasobem, którego pozyskiwanie miało duże znaczenie dla wielu instytucji (szczególnie inspekcji oraz mediów masowego przekazu), była **informacja**.

Wyniki te potwierdzają prezentowany w literaturze przedmiotu pogląd mówiący o tym, że międzysektorową współpracę w obszarze ochrony zdrowia podejmuje się głównie dla **zdobycia lub zachowanie zasobów** [108]. Według Delaney [109] **malejące zasoby** są wręcz jednym z trzech zasadniczych powodów, dla których nawiązywany jest ten rodzaj współpracy.

Oszczędzanie zasobów jako zasadniczy motyw skłaniający do współpracy instytucje różnych sektorów, może także posłużyć wyjaśnieniu wspomnianych powyżej przypadków realizacji kompleksowych przedsięwzięć łączących wysiłki wielu podmiotów, z których każdy wdraża inny typ działań.

Można uznać, że w tych przypadkach **współpraca pozwalała poszczególnym instytucjom realizować własne misje i zadania bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów wynikających z podejmowania się nowych funkcji**.

Kwestia **podobieństwa funkcji i struktury** jako jednego z czynników istotnych dla nawiązania współpracy międzysektorowej jest dyskutowana przez Hudsona [113]. Autor twierdzi, że zbytnie **podobieństwo instytucji może prowadzić do niezgody** i zamiast ułatwiać współpracę, niekiedy ją utrudnia. Teza ta **nie znalazła potwierdzenia w zebranym**

materiale. Wręcz przeciwnie, **podmioty o podobnej strukturze i funkcji** (np. inspekcje) według ich przedstawicieli **bardzo często współpracowały ze sobą**. Wydaje się, że podobieństwo struktury i funkcji jako czynnik wpływający na nawiązanie i przebieg współpracy **może odgrywać różne znaczenia w przypadku współpracy nawiązywanej na różnych etapach rozwiązania problemu** (Rys. 6). Podobieństwo struktury i funkcji wydaje się łączyć zwłaszcza te podmioty, które **nawiązują współpracę w celu zdefiniowania problemu, a także te, którym brakuje odpowiednich narzędzi do jego rozwiązania**. Do wspomnianej przez Hudsona [113] niezgody może dochodzić szczególnie wtedy, gdy instytucje o podobnej funkcji i strukturze staną przed koniecznością ubiegania się o te same zasoby niezbędne do realizacji podobnych działań.

Ograniczenie zasobów – traktowane w tej pracy jako czynnik kontekstu (Rys. 5) – zasadniczo **stwarza sytuację, w której różne podmioty skłonne są do traktowania się nawzajem raczej jako konkurenci niż potencjalni kooperanci**. Z zebranego materiału wynika, że dotyczy to także podmiotów znacznie różniących się strukturą i funkcją.

Rolą jednej z objętych badaniem fundacji było doprowadzenie do przedefiniowania takiej sytuacji w taki sposób, aby podmioty należące do różnych sektorów nie konkurowały o ograniczone zasoby, lecz zjednoczyły swoje wysiłki w celu ich efektywnego wykorzystania.

Zebrany materiał pozwala na wniosek, że aby współpracować ze sobą w obszarze kształtowania środowiskowych uwarunkowań zdrowia podmiotów tych **nie musiało łączyć podobieństwo wypełnianej przez nie misji**. Na przykład misja szkół i misja MPO różnią się od siebie znacznie, a jednak instytucje te współpracowały przy realizacji edukacyjnej kampanii poświęconej segregowaniu odpadów.

Bardzo istotne wydaje się to, co Delaney [112] nazywa **dzieleniem wspólnej wizji**. Gray [114] mówi wręcz **o konieczności osiągnięcia ideologicznego konsensusu**. Faktycznie, można się zastanawiać, czy o bliskiej współpracy pomiędzy inspekcjami decyduje nie tyle podobieństwo struktury, funkcji czy misji, co właśnie dzielenie pewnej wspólnej wizji systemu nadzoru. I akurat to sprawia, że poszczególne podmioty skłonne są zajmować się problemami o niejasnej przynależności w imię utrzymania stałego poziomu bezpieczeństwa. W rozdziale poświęconym współpracy międzysektorowej wspomniano, że to właśnie ideologiczne różnice spowodowały brak współpracy pomiędzy Stowarzyszeniem Cyklistów a zorganizowaną grupą kupców występujących w proteście przeciw budowie kolejnego hipermarketu w mieście B. W innych rozdziałach niniejszej pracy przytoczono wypowiedzi informatorów wskazujące na to, iż **brak ideologicznego konsensusu** (np. pewne różnice w podejściu do ochrony środowiska pomiędzy instytucjami państwowymi a organizacjami

pozarządowymi) **może uniemożliwić współpracę nawet podmiotom przyporządkowanym do jednego sektora**.

Wypracowanie wspólnej wizji, będzie zapewne ważniejsze wtedy, gdy różne podmioty będą miały współdziałać w rozwiązaniu „niepodzielnych kwestii" aniżeli wówczas, kiedy celem współpracy będzie jedynie uzupełnienie zasobów koniecznych do działania.

Interesujące jest to, że informatorzy tak często podkreślali, iż **gwarancją dobrej współpracy są cechy osób reprezentujących kooperujące podmioty**. Jest to zbieżne z wynikami badań, w których szczególne znaczenie tego czynnika podkreślali praktycy promocji zdrowia, w tym także osoby działające w ramach programu Zdrowe Miasta [109].

Wśród czynników wpływających na współpracę (Rys. 5) wyróżniono między innymi dotychczasowe doświadczenia, jakie w jej trakcie zebrały poszczególne jednostki.

O'Neill i współautorzy [115] stwierdzili, iż na poziomie lokalnym najbardziej efektywnymi były interwencje prozdrowotne, kiedy międzysektorową współpracę zawiązywały osoby uprzednio się znające. W przypadku prezentowanych tu badań trudno jest wypowiadać się na temat efektywności działań, można wszakże stwierdzić jedno: informatorzy często podkreślali, że najbardziej lubią współpracować z tymi osobami, które znają i które pozytywnie oceniły w przeszłości.

Znaczenie relacji interpersonalnych we współpracy międzysektorowej wynika z tego, że – jak zauważa Goumans [22] – **współpracują ze sobą nie same organizacje, ale ludzie, którzy w nich pracują,** tzn. ich przedstawiciele.

Informatorzy podkreślali, że zasadnicze znaczenie dla nawiązania i przebiegu współpracy mają nie tylko umiejętności, doświadczenie czy też poziom merytorycznej wiedzy osób, z którymi przychodzi im współpracować, ale też ich postawa wyrażająca się np. nastawieniem do kooperanta czy też stopniem zaangażowania we wspólne działania. Badani twierdzili, że relacje z osobami, z którymi współpracuje im się najlepiej, nierzadko tracą czysto zawodowy charakter i stają się mniej formalne. Wypowiedzi te potwierdzają **znaczenie sieci społecznych** (formalnych i nieformalnych) w kształtowaniu zdrowia jednostek, o czym dyskutuje się w literaturze przedmiotu [np. 116], oraz **we wdrażaniu i upowszechnianiu idei zdrowia publicznego**.

Społeczną sieć, której członkowie udzielają sobie np. merytorycznego wsparcia **mogą tworzyć właśnie lokalni koordynatorzy programów ZM oraz ich bliscy współpracownicy.**

Lokalny koordynator programu ZM może być (i w przypadku miasta A był) osobą, która **nadzoruje prace przedstawicieli różnych instytucji (i sektorów), starając się umieścić podejmowane działania we wspólnej ramie organizacyjnej**.

W literaturze przedmiotu stwierdza się, że koordynator współpracy nawiązywanej w celu realizacji różnych zadań z zakresu promocji zdrowia powinien posiadać takie kompetencje jak umiejętność **tworzenia sieci** i **umożliwiania współpracy** oraz pewnymi **zdolnościami marketingowymi** [109].

Znalazło to potwierdzenie w zebranym materiale. Najwięcej przykładów działań prowadzonych wspólnie przez podmioty należące do różnych sektorów (na poziomie operacyjnym) stwierdzono w mieście A, gdzie koordynatorem była osoba rozumiejąca konieczność takiej współpracy oraz z zaangażowaniem organizująca oraz promująca prace lokalnego zespołu ds. realizacji programu „Zdrowe Miasto". W mieście C, gdzie na rok przed realizacją niniejszych badań, rolę koordynatora przydzielono odgórnie jednemu z urzędników, nie znaleziono przykładów takiej współpracy. Co więcej, osoba ta w ogóle nie widziała potrzeby podejmowania działań z udziałem innych sektorów.

Realizacja programu „Zdrowe Miasto" może sprzyjać (a przynajmniej takie jest założenie) współpracy międzysektorowej podejmowanej na poziomie operacyjnym, czyli poziomie wdrażania konkretnych działań. Równocześnie sama może być traktowana jako przykład współpracy międzysektorowej wdrażanej na poziomie strategicznym, czyli wdrażania idei miasta promującego zdrowie.

Jeśli w miastach objętych badaniem stwierdzono jedynie nieliczne przypadki wspólnej realizacji działań na poziomie operacyjnym, to w przypadku **poziomu strategicznego za przejaw prowadzenia takiej współpracy można jedynie uznać działanie w mieście A lokalnego zespołu koordynującego wdrażanie Programu Zdrowe Miasto (w którego pracach brała też udział pracownica Wydziału Ochrony Środowiska UM).** W każdej z badanych miejscowości za realizację PZM odpowiadał urząd miasta i w każdym z tych przypadków koordynatorem lokalnego programu była osoba pracująca w wydziale zdrowia (lub jego odpowiedniku). Przytaczając wypowiedzi dyrektorów innych objętych badaniem wydziałów wykazano, że **żaden z nich nie poczuwał się do współodpowiedzialności za realizację PZM**. Twierdzili oni, że **przynależność do SZMP praktycznie nie wpływa na działania podejmowane przez te wydziały.**

We wszystkich miejscowościach stwierdzono, że na potrzeby ewaluacji programu działania realizowane rutynowo np. przez WOŚ UM prezentowano, za zgodą ich dyrektorów,

jako wyniki współpracy międzysektorowej prowadzonej w ramach PZM. Może to dowodzić, że **realizacja PZM bywa traktowana jako zadanie czysto techniczne**.

W literaturze przedmiotu można znaleźć doniesienia mówiące o tym, że **takie podejście nie jest jedynie specyfiką tych trzech objętych badaniem polskich miast**. Według Delaney [109] niektórzy badacze realizacji programu „Zdrowe Miasta" problem traktowania kwestii współpracy międzysektorowej jako czysto technicznego zadania dostrzegli także w innych krajach niż Polska. We wszystkich tych przypadkach **zadanie wypełniano przy użyciu szeregu administracyjnych zabiegów**, podczas gdy zgodnie z założeniami powinien to być proces polityczny polegający na targowaniu się oraz na negocjacjach (ibid).

Bardzo interesujące są wyniki badań ilościowych przeprowadzonych w izraelskich Zdrowych Miastach [25]. Stwierdzono tam bardzo wysoki poziom współpracy międzysektorowej, ale autorzy podkreślili, iż była to współpraca pomiędzy urzędami miast i instytucjami z zewnątrz (ibid). Nie sprawdzano więc, jak układa się współpraca pomiędzy należącymi do różnych sektorów jednostkami organizacyjnymi samych urzędów – a tak postąpiono w opisywanych tutaj badaniach. Można się zastanawiać czy – jak to miało miejsce w trzech badanych polskich miastach – za przypadki współpracy międzysektorowej nie uznawano działań, które instytucje deklarujące współpracę wdrażały niezależnie od realizacji PZM. Ciekawe jest spostrzeżenie, że pomimo wysokiego poziomu współpracy międzysektorowej w obrębie sieci izraelskich Zdrowych Miast stwierdzono zarazem bardzo niskie zaangażowanie w sprawy ochrony środowiska [25].

Zjawisko to dyskutowała również Goumans [22] w swojej pracy poświęconej Zdrowym Miastom. Stwierdziła ona, iż w przypadku organizacji, które dzielą zainteresowanie sprawami zdrowia w ich mieście, **trudno jest oszacować, w jakim stopniu zainteresowanie to można przypisać ich udziałowi w PZM**. Cytowana autorka założyła, że wiele przypadków współpracy zdarzyłoby się tak czy inaczej, nawet bez zaangażowania w ten program, będąc logiczną konsekwencją: istniejącej polityki, nowych wydarzeń, aktywności i generalnych trendów (ibid.). Także na podstawie niniejszych badań można uznać, że prawie wszystkie przykłady współpracy na poziomie strategicznym, które przytoczyli przedstawiciele instytucji zajmujących się kształtowaniem środowiska, należały do tej drugiej kategorii.

Należy wszakże zauważyć, że w świetle niektórych obowiązujących definicji część działań innych instytucji, które wykazywano jako rezultat realizacji PZM, **trudno jest właściwie uznać za przykłady współpracy międzysektorowej**.

Według założeń programu „Zdrowe Miasta" [28] „działania międzysektorowe oznaczają proces, dzięki któremu instytucje i organizacje działające poza sektorem zdrowia **zmieniają swoje aktywności**, tak aby ich udział w sprawach zdrowia był coraz większy." Definicja ta zakłada, że w wyniku współpracy pomiędzy różnymi sektorami **powstaje nowa jakość**. We wspomnianych przez informatorów przypadkach **wyniki realizacji PZM**, **prezentowano jako** mniej lub bardziej **rutynowe działania, które realizowały podmioty zajmujące się ochroną i kształtowaniem środowiska,** w tym infrastruktury miejskiej. Może niektóre ze wspólnych działań, podejmowanych na poziomie operacyjnym można by było uznać za działania międzysektorowe, ale w oparciu o posiadane informacje ocena taka wydaje się trudna. W przypadku większości opisywanych przez informatorów przykładów działań **należałoby je raczej określać mianem wielosektorowych**, czyli takich, w których mają swój udział podmioty należące do różnych sektorów, ale w wyniku prowadzonej współpracy nie dochodzi w nich do budowania nowej jakości.

W świetle tego, co napisano powyżej, można stwierdzić, że główny strumień podejmowanych w ramach realizacji PZM działań rzadko przekraczał granice sektora „ochrona zdrowia".

Warto w tym kontekście przywołać spostrzeżenie Delaney [109], według której jednym z czynników wpływających na to, czy proces rozwijania współpracy zakończy się sukcesem, jest **natura samego przedsięwzięcia**. Dla przykładu autorka podaje różnice pomiędzy prewencją chorób, którą uznaje za o wiele bardziej konkretną, a wdrażaniem szeroko pojętej idei pozytywnej promocji zdrowia, szczególnie wówczas, gdy próbuje się zoperacjonalizować jej strategię.

Zbliżając się do końca dyskusji poświęconej współpracy między różnymi sektorami należy stwierdzić, że oprócz realizacji PZM jej wdrażaniu mogą sprzyjać także inne czynniki kontekstu wspomniane przez informatorów (Rys. 5). Zaliczają się do nich np. **wymogi stawiane przez instytucje udzielające dotacji** na określonego typu działania czy też **istniejące przepisy prawne**. Podobne powody nawiązywania współpracy między podmiotami należącymi do różnych sektorów wskazała w swojej publikacji Delaney [112].

Dokonując podsumowania swoich badań, Goumans [22] uznała, że pozostawanie w sieci, zewnętrzne kontakty, przykłady oraz pomysły z innych miast, a nawet krajów stanowią ową kontrybucję, którą wnosi PZM do różnych form współpracy znajdowanych raczej na poziomie operacyjnym niż strategicznym. Według tej autorki przynależność do sieci Zdrowych Miast **ułatwia i stymuluje myślenie o tym, gdzie i jak wypracowywane jest**

zdrowie. W taki sposób prezentowane są przykłady, co mogą wnieść różne sektory do działań na rzecz promocji zdrowia.

Stosując tę perspektywę, można uznać, że w ramach realizacji PZM współpraca bywa jedynie zadaniem technicznym, dla wypełnienia którego różne instytucje lub komórki organizacyjne dzieliły się rezultatami rutynowych działań. Ale nawet wtedy **przynależność do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich może zwracać uwagę różnych podmiotów na ich współudział w dążeniu do polepszenia statusu zdrowotnego mieszkańców.** Możliwe, że w przyszłości refleksja ta zaowocuje faktyczną zmianą jakości podejmowanych działań.

4.5. Uczestnictwo społeczności

Zapewnienie uczestnictwa społeczności lokalnej jest uznawane za **jedną z zasad, która powinna być wdrażana w Zdrowych Miastach** [28]. Uczestnictwo i uprawomocnienie społeczności lokalnej jako fundamentalna wartość leżąca u podstaw Programu stanowi priorytet w wielu realizujących go miejscowościach [117]. Twierdzi się, iż miasta dostarczają środków, dzięki którym ludzie mają bezpośredni wpływa na decyzje dotyczące działania programu w mieście za pośrednictwem wydziałów miejskich oraz innych instytucji i organizacji (ibidem). Aktywizowanie społeczności w gminach do wspólnego rozwiązywania problemów ochrony środowiska i zdrowia zostało też **umieszczone wśród pięciu celów SZMP** [34].

Zwraca się uwagę, że na poziomie lokalnym istnieją niejasności co do znaczenia takich terminów, jak uczestnictwo społeczności, uprawomocnienie (ang. *empowerment*), konsultacje społeczne, rozwój społeczności oraz jej zaangażowanie [118]. Zazwyczaj terminy te pozostają niezdefiniowane i są stosowane wymiennie (ibidem). Niektórzy autorzy [119] wyróżniają **kilka poziomów uczestnictwa społeczności w życiu publicznym**. Za najwyższy poziom uznają ten, gdzie dany podmiot prosi społeczność, aby to ona **określiła problem** i **podjęła kluczowe decyzje dotyczące środków i celów,** oraz wyraża **gotowość niesienia pomocy na każdym etapie dążenia do celu** (ibidem).

Po analizie wywiadów stwierdzono, że chociaż wielu informatorów deklarowało wsparcie reprezentowanych przez nich instytucji mieszkańcom w działaniach na rzecz prozdrowotnego kształtowania środowiska, to jednak **tylko w przypadku dwóch**

ekologicznych organizacji pozarządowych były to działania gwarantujące wysoki poziom uczestnictwa społeczności.

Właściwie **jedynym przypadkiem, w którym można by mówić o systematycznym uczestnictwie mieszkańców w planowaniu i wdrażaniu konkretnych interwencji** i który świadczy o zapewnieniu najwyższego stopnia uczestnictwa zgodnie ze standardami przyjętymi w literaturze przedmiotu [119], były opisane wyżej przedsięwzięcia prowadzone z uczestnictwem Fundacji Wspierania Lokalnych Działań na rzecz Ekorozwoju. Można uznać, że fundacja ta jedynie asystowała społeczności lokalnej, a ta sama podejmowała się przygotowania działań, począwszy od etapu wyłonienia kwestii, którymi należałoby się zająć.

Był to zarazem **jedyny stwierdzony przykład przeprowadzania diagnozy społecznej na poziomie operacyjnym**.

Także na poziomie planowania długookresowego (strategicznego) trudno było znaleźć przykłady dokonywania diagnozy społecznej w sposób gwarantujący wysoki stopień partycypacji. W najlepszym przypadku wybrani mieszkańcy mogli spełnić rolę respondentów. Nie był to proces interaktywny, a tak przeprowadzona diagnoza nie spełniała funkcji edukacyjnej, o której mówią Green i Kreuter [71]. Można uznać, że **taki sposób przeprowadzenia diagnozy bardziej odpowiadał potrzebom administracji samorządowej** (wypełnienie pożądanego zadania) **niźli potrzebom mieszkańców**.

Rezultaty przeprowadzonej w ten sposób **diagnozy mogły wprawdzie posłużyć do wskazania pewnych obszarów działań, dalekie są jednak od opracowania zwanego „profilem zdrowia dla miasta”**, którego stworzenie przy udziale społeczności lokalnej jest zalecane przez ŚOZ [120]. Profil zdrowia dla miasta jest „raportem o zdrowiu społeczeństwa, który łączy informacje o zdrowiu i jego determinantach w danym mieście oraz interpretuje i analizuje te informacje” [ibid.]. Ten rodzaj analizy społecznych potrzeb, jak już wspomniano, jest także zalecany przez twórców modeli planowania interwencji w zdrowiu publicznym [np. 71, 121].

Teoria marketingu społecznego mająca także zastosowanie w dziedzinie zdrowia publicznego [122] wskazuje na ważność zapewnienia uczestnictwa członków społeczności lokalnej nie tylko na początku, ale i we wszystkich fazach realizacji interwencji (tworzenie, planowanie, wdrażanie, ocena).

Ponadto ograniczony udział społeczności lokalnej w planowaniu interwencji grozi tym, że **gotowe, odgórnie przygotowane interwencje** (a takie programy wdrażały np. PSSE) **nie będą dostosowane do potrzeb lokalnej społeczności**. Chodzi o to, że mogą one być nie tylko skierowane na problemy, które nie są priorytetem dla danej społeczności, ale także

wykorzystywać **gotowe narzędzia** (np. drukowane materiały, scenariusze treningów), których skuteczność w specyficznych, lokalnych warunkach może być ograniczona.

W pracy wykazano, iż **idea uczestnictwa społeczności lokalnej** w działaniach skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia, **we wszystkich objętych badaniem miastach była realizowana zasadniczo poprzez zapraszanie do współpracy organizacji pozarządowych**.

Wyniki niniejszych badań są zbieżne z tym, co napisano w podsumowaniu ewaluacji działań dokonanej przez Biuro SZMP w 2002 roku [67]. Stwierdzono tam, iż **w prawie 90% miast „społeczność lokalna zaangażowana była w realizację działań programu „Zdrowe Miasta" głównie poprzez organizacje pozarządowe**" (ibid.). Trudno jest określić stopień partycypacji społecznej osiągany w ten sposób. **Można tu mówić co najwyżej o poziomie partycypacji określanym jako „przekazanie kompetencji"**. Dzieje się tak wówczas, gdy „instytucja określa problem i przedstawia go społeczności, wyznacza granice i prosi społeczność, by podjęła szereg decyzji, które mogą zostać włączone do planu, który społeczność następnie zaakceptuje" [119]. Przekazanie kompetencji może świadczyć o wysokim poziomie partycypacji pod warunkiem, że mieszkańcy mają możliwość wpływu na ostateczny kształt interwencji. Nic nie wskazuje na to, że ten warunek został spełniony w którymkolwiek z trzech miast.

Jednym z poważniejszych problemów w ocenie racjonalności podejmowanych działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia okazała się stwierdzona w badaniach **rozbieżność w ocenie bezpieczeństwa środowiskowego pomiędzy mieszkańcami miast a specjalistami w dziedzinie ochrony środowiska lub ochrony zdrowia.** Rozbieżność ta, szczególnie duża pomiędzy ekspertami (np. przedstawicielami IOŚ lub PIS) opiniującymi bezpieczeństwo niektórych inwestycji (np. spalarni odpadów chemicznych) a laikami, jest dyskutowana w literaturze przedmiotu jako **wynik dwóch odmiennych postaw w ocenie środowiskowego ryzyka dla zdrowia: „technicznej" oraz „kulturowej"** [123].

Problem odmiennej percepcji bezpieczeństwa procesów technologicznych przez laików i ekspertów (należy zauważyć, że także ekologiczne organizacje pozarządowe mają swoich ekspertów), jest problemem badanym od kilkudziesięciu już lat i dobrze opisanym w literaturze przedmiotu [np. 62, 124]. Generalnie twierdzi się, że **oceniając ryzyko, laicy zwracają uwagę na inne cechy zagrożeń niż eksperci** [62]. Przez lata ocenę ekspercką uznawano za jedynie właściwą i racjonalną (tzn. opartą na rozumie). Ostatnio coraz częściej wskazuje się, że **także specjaliści bazują na indywidualnych spostrzeżeniach, które nie**

zawsze są rezultatem osobistego narażenia na oceniane przez nich rodzaje ryzyka, a często ma to miejsce w przypadku członków danej społeczności. Niektórzy uważają nawet, iż **laicy pojmują zagrożenie nieco inaczej i szerzej, a pod niektórymi względami bardziej racjonalnie niż proponujący ścisłe definicje specjaliści** [123].

Mogłoby się wydawać, że uwzględnianie argumentów wynikających z racjonalności laickiej nie mieści się w obszarze zdrowia publicznego – dziedziny, jak wykazuje to Włodarczyk [53], tak silnie zorientowanej na racjonalność naukową (tzn. taką, która oparta jest na naukowych metodach, dających dobre wyniki). Autor jednak zaznacza, że obecność pierwiastka „nienaukowego", kładzionego w ramach zdrowia publicznego na intuicję i pozytywne emocje lub wartości, wcale nie osłabia proponowanej przez niego konstrukcji zdrowia publicznego jako sfery działań czysto racjonalnych.

Analiza wielu wypowiedzi objętych badaniem profesjonalistów świadczy raczej o braku takich refleksji. Wydaje się, że choćby wśród urzędników zajmujących się ochroną środowiska **dominuje przekonanie o wyższości ocen ryzyka wynikającej z postawy technicznej**. Jak wykazano w niniejszej pracy, **ignorowanie stanowiska zajmowanego przez laików** (stanowiących większość mieszkańców) **prowadziło do konfliktów skutkujących** zaniechaniem nawet takich działań, które w intencjach ich inicjatorów miały przynieść poprawę jakości środowiska naturalnego.

Niniejsze badania dowodzą, że każda sytuacja jest inna, a **niektóre społeczności lokalne skłonne były zaakceptować postrzegane przez siebie środowiskowe ryzyko dla zdrowia, szczególnie wtedy, gdy wiązało się to z redukcją bezrobocia** .

Można więc dyskusję o tym, co ma większy negatywny wpływ na dobrostan jednostki: akceptowanie pewnego stopnia ryzyka środowiskowego czy też fakt pozostawania bezrobotnym. Należy jednak stwierdzić, iż pełen i nieograniczony udział społeczności lokalnej w decyzjach o lokalizacji inwestycji mogących mieć wpływ na zdrowie lub środowisko sprzyja temu, **że ostateczny wybór dokonuje się z zachowaniem zasad demokracji**, których przestrzeganie jest jednym z najważniejszych postulatów stawianych instytucjom zajmującym się środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia [2].

Warto w tym miejscu przytoczyć tu także opinię, zgodnie z którą „**kontrola zagrożeń jest sprawą wyboru wartości i w demokratycznym społeczeństwie nie można jej dokonać bez udziału obywateli, których ona dotyczy"** [125].

Niestety, w wielu z opisywanych przypadków inwestorzy występowali **z pozycji siły,** a reprezentujący ich eksperci oraz przedstawiciele organów administracji państwowej

wydający stosowne decyzje lub opinie, przejawiali **postawę autorytarną, którą w ich przekonaniu legitymizowała posiadana przez nich specjalistyczna wiedza**.

Obserwacja ta jest zgodna z jednym z wniosków, jakie zostały wyciągnięte z badań prowadzonych w ramach projektu „Efektywność Ocen Oddziaływania na Zdrowie" w którym stwierdzono, że w procesie decyzyjnym ocen oddziaływania na środowisko wartości jak równość oraz demokracja są w naszym kraju wciąż uwzględniane tylko w ograniczonym zakresie [126].

Informatorzy nawet snując refleksje na temat unikania w przyszłości konfliktów z społecznością lokalną, koncentrowali się **nie tyle na potrzebie podejmowania dialogu społecznego z mieszkańcami, ile na ich odgórnym edukowaniu**. Z zebranego materiału wynika, zarazem że niski poziom partycypacji społecznej bywał słabością nie tylko tych działań, które bazują na stosowaniu instrumentów formalno-prawnych, ale także takich, które wykorzystują instrumenty oddziaływania społecznego.

W trzech badanych miastach członkowie tzw. grup docelowych nie byli proszeni o wybór priorytetów oraz udział w przygotowaniu interwencji edukacyjnych, co świadczy o tym, że większość tych (planowanych odgórnie) działań można by uznać za **przykłady edukacji autorytarnej** (ang. *autoritative education*). Ten typ edukacji ma charakter asymetryczny: opiera się na przekazie informacji, który przebiega od osoby posiadającej wiedzę, do osoby pragnącej ją zdobyć, a odbywa się to w klimacie emocjonalnie neutralnym [127]. Ten typ edukacji nie zakłada emancypacji osoby edukowanej, co ma miejsce w przypadku edukacji uczestniczącej (ang. *particpative education*), ani nie rozwija zdolności do samoregulacji, co jest charakterystyczne dla edukacji promującej (ang. *particpative education*) prowadzącej do zmiany kontekstu, w którym funkcjonuje jednostka (ibid.).

Wydaje się, że rodzaje relacji, pomiędzy społecznością lokalną a tymi, który planowali i wdrażali działania ukierunkowane na środowiskowe aspekty zdrowia, nie wyróżniały trzech badanych polskich miast spośród innych. W swojej publikacji na temat promocji zdrowia w polskich gminach Słońska [128] zwraca uwagę, że wielu działaczy samorządowych nie rozumie istoty demokracji obywatelskiej, a udzielanie konsultacji pojmuje jako wtrącanie się i działanie wbrew demokracji. Autorka ta wykazuje, iż dominującym typem lokalnego społeczeństwa obywatelskiego w Polsce jest typ elitarny, który legitymizuje bierność jednych i uprzywilejowaną pozycję drugich. Tymczasem idee promocji zdrowia mogą się swobodnie rozwijać w republikańsko-demokratycznym typie społeczności lokalnej, który zakłada, że wszyscy jej członkowie mają równe szanse w podejmowaniu decyzji o losach owej społeczności (ibid).

Na początku lat 90-tych ubiegłego wieku Green i Kreuter [71] stwierdzili, że **chociaż udział społeczności jest fundamentalną koncepcją w diagnozie społecznej oraz podstawową zasadą edukacji zdrowotnej i rozwoju społeczności, często jest on ignorowany w praktyce**.

W oparciu o zebrany materiał, można stwierdzić, że jeszcze dwie dekady później w trzech badanych polskich miastach było tak samo.

5. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

W zakresie postawionych w pracy celów eksploracyjnych stwierdzono, co następuje:

1. **Za podstawową strategię działania** w zakresie prozdrowotnego kształtowania środowiska można uznać **wprowadzanie rozwiązań technicznych**, albowiem realizacja tego typu interwencji wywołuje w środowisku rzeczywistą zmianę, która prowadzi do zmniejszenia ekspozycji ludzi na zagrożenia zdrowia lub stwarza warunki dla oddziaływania czynników zwiększających potencjał zdrowotny.
2. Innymi istotnymi rodzajami działań były:
    - **nadzór** (którego istotą jest sprawowanie kontroli nad zagrożeniami środowiskowymi),
    - **edukacja** (stanowiąca warunek wstępny dla zmiany zachowań),
    - **informowanie** o środowiskowym ryzyku dla zdrowia (będące sygnałem do podjęcia stosownych działań),
    - **stosowanie bodźców ekonomicznych** (motywujących do podjęcia stosownej akcji),
    - **monitoring** (dostarczający informacji stosowanych także w planowaniu i ocenie pozostałych typów działań).
3. **Działania z obszaru zdrowia publicznego** ukierunkowanego na środowiskowe aspekty zdrowia **wyróżnia nie tyle rodzaj stasowanych podejść czy też przedmiot działania, ale ich cel**, którym jest kształtowanie ludzkiego zdrowia.
4. Pośród wyróżnionych rodzajów działań tym, które można uznać za **charakterystyczne jedynie dla obszaru zdrowia publicznego, jest informowanie o środowiskowym ryzyku dla zdrowia**.
5. **Najczęściej wymienianymi barierami** we wdrażaniu opisywanych działań **byli ludzie** (ich poglądy, postawy, kompetencje itp.) oraz **ograniczone zasoby finansowe**.
6. **Za największe ułatwienie w realizacji planowanych działań** należy uznać **zagwarantowanie środków finansowych na ich realizację** (np. w postaci funduszów celowych).

I. Pierwsza z postawionych na wstępie hipotez mówiąca o tym, że wszystkie instytucje należące do sektora ochrony zdrowia oraz sektora ochrony i kształtowania środowiska wdrażają lokalne działania z obszaru zdrowia publicznego ukierunkowanego na środowiskowe uwarunkowania zdrowia **została zweryfikowana negatywnie** na podstawie następujących przesłanek:

1. Większość objętych badaniem podmiotów wykazywała **zdecydowaną polaryzację zainteresowań,** zgodnie z którą **wyróżniono trzy sektory: zdrowie, środowisko oraz gospodarka.**
2. Stwierdzono **słabą identyfikację przedstawicieli większości badanych instytucji z obszarem zdrowia publicznego ukierunkowanego na środowisko.**
3. Instytucje należące do sektora ochrony zdrowia wdrażały głównie działania dotyczące organizowania usług zdrowotnych. Wprawdzie deklarowano zainteresowanie interwencji ukierunkowanych na środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego, jednak **działania te odsuwano do czasu, aż zostaną rozwiązane inne problemy uznawane za ważniejsze** (np. zadania związane z reformą opieki zdrowotnej).
4. Wśród realizowanych programów prewencyjnych adresowanych do mieszkańców **niewielka była liczba takich, których celem było kształtowanie ich zdrowia poprzez zmniejszenie ekspozycji na czynniki środowiskowe**.
5. Chociaż wiele instytucji należących do sektora ochrony i kształtowania środowiska wdrażało działania **tradycyjnie włączane do obszaru zdrowia publicznego,** to nie podejmowano prób **ich oceniania i planowania z wykorzystaniem wskaźników epidemiologicznych,** tak więc **ich wpływ na zdrowie pozostawał bardziej w sferze deklaracji niż potwierdzonych faktów.**
6. Wielu informatorów zgłosiło **brak istnienia instytucji, która od strony praktycznej zajmowałaby się wpływem środowiska na zdrowie społeczności lokalnych** oraz wdrażała stosowne działania.
7. Zgodnie z przedstawioną w niniejszej pracy propozycją porządkującą, **do infrastruktury obszaru zdrowia publicznego ukierunkowanego na środowisko należałoby włączyć jedynie te instytucje, których działania podejmowane są w celu kształtowania zdrowia populacji i oceniane pod względem jego osiągnięcia.**

8. Konsekwencją zastosowania takiej propozycji porządkującej byłoby **włączenie do infrastruktury zdrowia publicznego** jedynie **kilku spośród objętych badaniem instytucji, wśród których centralne miejsce zajmowałaby Państwowa Inspekcja Sanitarna**.

II. **Drugą hipotezę** mówiącą o tym, że w objętych badaniem miastach należących do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich wdraża się interwencje, w ramach których stosuje się różne sposoby oddziaływania w celu osiągnięcia zakładanej zmiany, należy uznać za **zweryfikowaną negatywnie** na podstawie następujących przesłanek:

1. Chociaż stwierdzono, że objęte badaniem instytucje **stosowały różnego typu podejścia wywoływania zmian** (np. edukacja, nadzór, rozwiązania techniczne), to jednak niezwykle **rzadko były one traktowane jako różne strategie oddziaływania i celowo łączone** ze sobą w ramach jednej interwencji.
2. Celowe stosowanie największej liczby różnego typu podejść w ramach jednego przedsięwzięcia **stwierdzono w przypadku interwencji poświęconych selektywnej zbiórce i utylizacji odpadów**.
3. Wykorzystywanie różnego typu działań w ramach jednej interwencji było ciągle **traktowane jako postępowanie o charakterze innowacji** i **wdrażane w oparciu o wzorce, których dostarczały programy realizowane w krajach UE**.
4. W przypadku, gdy instytucje specjalizują się w stosowaniu określonych typów interwencji, realizowanie interwencji, w ramach których byłyby one łączone ze sobą **wymaga współpracy międzyinstytucjonalnej** może się ona odbywać pod egidą programu „Zdrowe Miasto".

III. Trzecia hipoteza, w której założono, iż proces planowania i oceny interwencji ma charakter w pełni racjonalny i zgodny z proponowanymi przez teoretyków zdrowia publicznego modelami, została **zweryfikowana negatywnie** w oparciu o następujące przesłanki:

1. Zarówno **proces planowania, jak i ewaluacji** działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia tylko **częściowo spełniały wymogi stawiane w literaturze przedmiotu**.
2. **O wyborze priorytetów na poziomie strategicznym decydowały głównie względy merytoryczne** m. in. stan środowiska i sytuacja epidemiologiczna raportowane przez

terenowe jednostki Inspekcji Ochrony Środowiska oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

3. **Uwzględnienie działań wśród priorytetów zawartych w strategii** zrównoważonego rozwoju miasta **nie gwarantowało, że zostaną one wdrożone** we wskazanym czasie.
4. **W decyzji o wdrożeniu działań dużą rolę odgrywały kwestie pozamerytoryczne**.
5. Proces planowania interwencji **nie obejmował fazy szczegółowej diagnozy determinant problemu, który miał być rozwiązany**.
6. **Nie rozważano wdrażania różnych typów działań** jako podejść stosowanych alternatywnie lub komplementarnie w ramach wdrażanych interwencji.
7. **Sposoby oddziaływania były najczęściej wybierane wraz z jego przedmiotem**, co wynikało raczej z **kompetencji instytucji odpowiedzialnej za ich wdrożenie niż z celowego doboru metod** uzasadnionego przeprowadzoną diagnozą przyczyn problemu.
8. **Ewaluacji** działań **dokonywano głównie z wykorzystaniem wskaźników pośrednich,** takich jak np. liczba miejsc objętych programem lub liczba rozpowszechnionych materiałów, **co nie pozwalało na ocenę**, **czy** w wyniku ich wdrożenia **nastąpiła pożądana zmiana w statusie zdrowotnym populacji lub w obrębie determinant problemów zdrowotnych**.
9. Dokonywana **ewaluacja miała zasadniczo charakter ilościowy,** co niekiedy prowadziło do **maskowania zaniechań w zakresie realizacji potrzebnych działań.**
10. **Zaniedbania w zakresie stosowania w ewaluacji wskaźników końcowych** zmiany uniemożliwiały pomiar skuteczności, efektywności i trafności przeprowadzonych interwencji.
11. Stosowany w teorii zdrowia publicznego **model racjonalności** zakłada oprócz uwzględnienia poglądów ekspertów, także uwzględnienie „nienaukowego" stanowiska laików, a tego w trzech miastach objętych badaniem kilkakrotnie zaniechano, doprowadzając w rezultacie do odstąpienia od planowanych działań.

IV. W **czwartej** hipotezie zakładano, że działania wdrażane przez instytucje charakteryzują się takimi cechami wynikającymi z założeń Programu Zdrowe Miasta, jak: angażowanie się w

sprawy zdrowia (zdrowie jest uznawane za priorytet, także w decyzjach podejmowanych poza sektorem ochrony zdrowia), międzysektorowość podejmowanych działań oraz wysoki stopień uczestnictwa społeczności. Weryfikując tę hipotezę, ustalono, co następuje:

A) w zakresie angażowania się w sprawy zdrowia stwierdzono:

1. **Ochrona zdrowia mieszkańców nie zawsze stanowiła priorytet** dla działań podejmowanych przez instytucje, których zadaniem była ochrona i kształtowanie środowiska.
2. Niektóre instytucji należące do sektora ochrony i kształtowania środowiska podejmowały działania, które mogły **pozostawać w sprzeczności z priorytetem, jakim jest zdrowie społeczności lokalnej.**
3. Promowanie zdrowia oraz wdrażanie działań z zakresu prewencji chorób **nie zawsze stanowiło priorytet dla instytucji, których zadaniem jest ochrona zdrowia społeczności lokalnej**.
4. Na realizację działań prewencyjnych wpływał **stopień zaangażowanie lokalnych koordynatorów Programu Zdrowe Miasto** oraz wspierających ich urzędników samorządowych i przedstawicieli PIS.
5. **Priorytety wskazane przez Narodowy Program Zdrowia** uwzględniano zarówno **w lokalnych programach zdrowia realizowanych pod egidą PZM,** jak i **działaniach wdrażanych przez terenowe agendy PIS**.
6. Wiele wdrożonych w trzech miastach programów, przedstawianych jako działania z zakresu promocji zdrowia, w rzeczywistości było przykładami **działań z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej oraz drugorzędowe**j **powiązanych z dostarczaniem usług zdrowotnych**.

B) W zakresie dotyczącym nawiązywania współpracy międzysektorowej stwierdzono, iż:

7. Współpraca międzysektorowa między instytucjami przyporządkowanymi do sektora „zdrowie", a tymi, które przyporządkowano do sektora „środowisko" na **poziomie strategicznym, miała raczej charakter deklaracji składanych w związku z realizacją programu „Zdrowe Miasto" niż rzeczywiście wdrażanych wspólnie działań**.
8. Jednym z przejawów braku współpracy pomiędzy instytucjami należącymi do sektora „środowisko" i sektora „zdrowie" jest **brak prób łączenia strumieni zbieranych**

przez nie **informacji dla oceny wpływu stanu środowiska na status zdrowotny populacji**.

9. **Nieliczne** działania prowadzone wspólnie przez podmioty należące do różnych sektorów były realizowane **na poziomie operacyjnym** i wynikały z najczęściej z konieczności wypełnienia zadań stojących przed współpracującymi instytucjami.
10. Współpraca między sektorami była **nawiązywana na różnych etapach rozwiązywania problemów,** którymi zajmuje się obszar zdrowia publicznego nakierowany na środowiskowe aspekty zdrowia, a na proces jej realizacji może wpłynąć szereg czynników, także takich, które dają się kształtować.
11. Bardzo istotnym czynnikiem w nawiązywaniu i realizacji współpracy między sektorami są **ludzie reprezentujący instytucje oraz ich wzajemne relacje**.
12. Istotnymi elementami **sprzyjającymi** nawiązywaniu współpracy między sektorami na poziomie operacyjnym są:
    - **istnienie lokalnego zespołu koordynującego** wdrażanie programu „Zdrowe Miasto",
    - **stopień zaangażowania osoby wypełniającej rolę lokalnego koordynatora** oraz jej byłe **doświadczenia w obszarze ochrony środowiska**.

C) W zakresie **stopnia uczestnictwa społeczności lokalnej** w działaniach na rzecz prozdrowotnego kształtowania środowiska stwierdzono:

13. Zobowiązanie wynikające z realizacji programu „Zdrowe Miasto" było realizowane głównie poprzez:
    - dokonanie diagnozy społecznej tylko na etapie tworzenia strategii zrównoważonego rozwoju miasta,
    - zapraszanie organizacji pozarządowych do realizacji wcześniej wyznaczonych zadań,
    - wdrażanie nagłośnionych medialnie działań o charakterze akcyjnym.
14. Sposób planowania i ewaluacji większości działań **wynikał raczej z potrzeb realizujących je instytucji, niż odpowiadał faktycznym potrzebom społeczności lokalnej**.
15. **Udział mieszkańców** w realizacji przedsięwzięć z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowiska, **był znikomy i ograniczał się właściwie do zgłaszania nieprawidłowości lub zagrożeń zauważonych w ich otoczeniu**.

16. **Mieszkańcy** objętych badaniem miast **byli bardziej odbiorcami kierowanych do nich działań z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowiska niż ich współtwórcami**.
17. **Sposób realizacji** wpisanego np. w procedury Oceny Oddziaływania na Zdrowie **obowiązku informowania mieszkańców często nie spełniał wymogów wynikających z konieczności przestrzegania zasad demokracji**.
18. **W działaniach wykorzystujących narzędzia wpływu społecznego** stosowano **autorytarny styl komunikowania**, zaniedbując dialog i możliwości negocjacji, co pozostaje w sprzeczności z filozofią promocji zdrowia leżącą u podstaw programu „Zdrowych Miast".

Większość zaprezentowanych powyżej stwierdzeń przemawia za **odrzuceniem czwartej hipotezy**.

6. WNIOSKI

1. Sposób realizacji działań ukierunkowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia, w trzech miastach należących do SZMP, **daleki był od pełnego urzeczywistnienia zasad wynikających z filozofii Programu Zdrowe Miasta** takich jak: angażowanie się wszystkich sektorów w sprawy zdrowia, zapewnienie wysokiego poziomu współpracy sektorowej oraz uczestnictwa społeczności lokalnej.
2. **W planowaniu oraz ewaluacji** działań **pomijano pewne elementy, które** autorzy publikacji poświęconych przygotowywaniu interwencji w zdrowiu publicznym **uznają za istotne**.
3. Jednym z **najpoważniejszych zagrożeń** dla pełnego urzeczywistnienia idei Zdrowych Miast jest **potraktowanie realizacji tego programu jako zadania wyłącznie administracyjnego** przez instytucje odpowiedzialne za jego wdrożenie na poziomie lokalnym.
4. Chociaż na poziomie lokalnym działa wiele instytucji, które zajmują się kształtowaniem lub ochroną środowiska, **jedynie przedstawiciele kilku z nich skłonni są wziąć odpowiedzialność za sprawy zdrowia** członków społeczności lokalnej.
5. **Za najważniejszą instytucję**, która wpływa na warunki środowiska w celu kształtowania ludzkiego zdrowia należy uznać **Państwową Inspekcję Sanitarną**.

7. UWAGI KOŃCOWE

Wdrażanie idei Zdrowych Miast w Polsce nie zachodzi bez przeszkód.

Należy się zastanowić, **na ile program „Zdrowe Miasta" promuje** takie, zasady jak np.: angażowanie się w sprawy zdrowia, współpraca międzysektorowa czy partycypacja społeczna**, a na ile jest budowany na zastanych w społeczeństwie poglądach oraz wartościach**?

Wydaje się, że obydwa procesy mają miejsce.

Trudno jest budować wielosektorowe zaangażowanie w sprawy zdrowia, **gdy przez dziesiątki lat było ono postrzegane jedynie jako nieobecność choroby**. Wydaje się, że promowany obecnie holistyczny model zdrowia i wynikająca z niego idea wielosektorowej odpowiedzialności za zdrowie nie rozpowszechniły się jeszcze pośród wszystkich tych, którzy powinni wdrażać stosowne działania na poziomie lokalnym.

Rozpowszechnianiu się idei promocji zdrowia **nie sprzyja także elitarny typ lokalnego społeczeństwa obywatelskiego**, który dominuje w naszym kraju.

Należy przypomnieć, że **zanim idea Zdrowych Miast uległa instytucjonalizacji, przekształcając się** w promowany przez ŚOZ projekt, **była ona spontanicznie podejmowanym ruchem społecznym**. Oddolny charakter tego ruchu nadawał mu dużą siłę sprawczą.

Waga czynnika ludzkiego wciąż jeszcze znajduje odzwierciedlenie w tym, że zaangażowanie osób wypełniających rolę lokalnych koordynatorów przekłada się wprost na jakość realizowanych działań czy też w tym, że uczestniczące w różnych miastach w programie osoby tworzą społeczne sieci, w których wymieniane są np. doświadczenia będące wzorcem dobrych praktyk.

Niestety, wydaje się że **olbrzymi potencjał wynikający z wysokiego stopnia uczestnictwa społeczności lokalnej** w działaniach na rzecz zdrowia i środowiska, **wciąż jeszcze nie jest w naszym kraju wykorzystywany**.

W trzech miejscowościach objętych badaniem program „Zdrowe Miasto" był realizowany przez komórkę organizacyjną urzędu miasta odpowiedzialną za sprawy ochrony zdrowia. **Nie gwarantowało to niestety wysokiego poziomu współpracy międzysektorowej**. Pozytywnym zjawiskiem, jakie należy tu odnotować, był natomiast

wpływ lokalnych koordynatorów PZM oraz współpracujących z nimi urzędników samorządowych na realizację programów profilaktycznych. To właśnie oni często zabiegali u lokalnych polityków o zagwarantowanie środków na działania, których skutki są oddalone w czasie. Można więc stwierdzić, że **realizacja PZM zwiększała w pewnym zakresie racjonalność decyzji podejmowanych w obszarze ochrony zdrowia**.

Stwierdzonym w omawianych tu badaniach niebezpieczeństwem, które może pojawić się w związku z realizacją PZM przez samorząd lokalny, jest **potraktowanie wdrażania leżących u podstaw Programu zasad** (np. współpracy międzysektorowej, partycypacji społecznej) **jako technicznego zadania**, **którego wypełnieniem można się wykazać za pomocą administracyjnych zabiegów**.

Jednak nawet fakt dokonywania takich zabiegów można interpretować pozytywnie jako chęć sprostania wymogom stawianym przez SZMP, co świadczy o tym, że **PZM, artykułując pewien standard aksjologiczny, promuje wartości charakterystyczne dla obszaru zdrowia publicznego**.

Chociaż wyłaniający się z przeprowadzonych badań obraz realizacji idei promocji zdrowia w praktyce **daleki jest od ideału,** należy pamiętać że **Zdrowe Miasto to nie wynik, ale proces**. Jak wynika z niniejszej pracy, jest to proces niezwykle trudny, jednak **niosący ze sobą nadzieję na zmianę w skali społecznej**.

Jestem osobiście przekonany, że ów proces należy nie tylko badać, ale także go wspierać.

8. ANEKS: PROFILE MIAST

Profil miasta A

Miasto na prawach powiatu. Mieszka w nim około 100 000 osób. Miasto znajduje się na skrzyżowaniu szeregu drogowych szlaków komunikacyjnych. Na terenie miasta funkcjonuje **kilka dużych zakładów przemysłowych** z branży surowcowej, wśród których znajdują się zakłady chemiczne.

Wielowiekowa działalność przemysłowa, związana z występowaniem na terenie miasta surowców kopalnych, ukształtowała w znaczący sposób krajobraz miasta. Pozostałością po intensywnej działalności przemysłowej są **hałdy odpadów różnego pochodzenia**, **liczne osadniki** a także **składowiska odpadów niebezpiecznych**. Skutkiem powstania **wyrobisk po eksploatacji** surowców mineralnych są zjawiska związane z osiadaniem gruntów.

Pomimo przemysłowego charakteru, jakie miasto miało do czasów transformacji ustrojowej, należy ono do obszarów o **wysokim wskaźniku lesistości**, lasy porastają więcej niż 30% powierzchni miasta. Jednym z zasadniczych kierunków rekultywacji terenów poprzemysłowych jest też ich zalesianie.

Opracowujący Strategię Rozwoju Miasta eksperci dokonali analizy jego uwarunkowań rozwojowych (analiza typu SWAT). **Wśród atutów miasta,** wymieniono m. in. **stan środowiska naturalnego oraz podejmowane w mieście działania z zakresu ochrony środowiska**.

Miasto A przystąpiło do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich na początku lat dziewięćdziesiątych minionego wieku. Funkcję biura projektu spełnia Wydział Zdrowia Urzędu Miasta. W mieście działa **Lokalny Zespół Koordynacyjny** ds. realizacji programu „Zdrowe Miasto" w którego skład, oprócz pracowników Wydziału Zdrowia UM wchodzą także radni, przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego oraz Zespołu Lecznictwa Otwartego.

Priorytetami do realizacji w ramach programu "Zdrowe Miasto" w czasie prowadzenia niniejszych badań były:

- **poprawa stanu środowiska naturalnego**,
- edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży,
- poprawa stanu zdrowia mieszkańców w starszym wieku,

- minimalizowanie szkód powodowanych przez alkohol i narkotyki,
- podejmowanie inicjatyw na rzecz niepełnosprawnych.

Programy realizowane w ramach projektu "Zdrowe Miasto" to:

- profilaktyka chorób układu krążenia,
- profilaktyka chorób nowotworowych (rak piersi, rak szyjki macicy, rak gruczołu krokowego),
- profilaktyka uzależnień,
- profilaktyka chorób zakaźnych,
- programy wczesnej interwencji w ośrodkach rehabilitacyjnych dla dzieci,

Najważniejszymi osiągnięciami programu ZM do roku 2002 były:

- uznanie ze strony mieszkańców do podejmowanych działań,
- stała poprawa wskaźników zdrowotnych,
- zaliczenie miasta do gmin wiodących w zakresie realizacji programu profilaktyki uzależnień,
- otrzymanie przez miasto certyfikatu za sprzyjanie organizacjom pozarządowym.

Profil miasta B

Miasto na prawach powiatu. Liczba mieszkańców przewyższa nieco 100 tysięcy. Miasto znajduje się na skrzyżowaniu kilku dużych dróg o randze wojewódzkiej i krajowej. Jest ono ośrodkiem handlowo-turystycznym, przemysłowym i usługowo-kulturalnym.

W okresie gdy prowadzono niniejsze badania oceniano, że bezrobocie, które osiągnęło poziom ponad 16% negatywnie oddziaływało zjawiska społeczne i gospodarcze w mieście. Równocześnie zasoby innowacyjne miasta uznawano za bardzo skromne, **szansę dla rozwoju gospodarczego upatrując głównie w turystyce**.

W dokumencie o randze strategii rozwoju miasta, stwierdzono się, że jest ono miastem „zielonym" posiadającym **liczne i cenne zasoby przyrody** (w tym przede wszystkim drzewostan). Działania z zakresu ochrony zasobów środowiskowych miasta koncentrowały się w czterech obszarach:

- poprawa stanu jakości powietrza i utrzymanie norm emisyjnych;
- ograniczenie hałasu;
- poprawa jakości wód powierzchniowych i podziemnych;
- ochrona powierzchni ziemi i gleby przed degradacją.

Zagrożeniom ekologicznym postanowiono przeciwdziałać głównie poprzez:

- zapobieganie zagrożeniom polami elektromagnetycznymi;
- zabezpiecz Miasto enie miasta przed powodzią;
- przeciwdziałanie poważnym awariom.

Jednym z zadań zawartych w Strategii była poprawa świadomości ekologicznej mieszkańców. Miasto B przystąpiło do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich na początku lat dziewięćdziesiątych minionego wieku. W okresie realizacji niniejszych badań **funkcję biura programu pełniła jedna osoba** w ramach stanowiska służbowego ds. profilaktyki i ochrony zdrowia w Wydziale Spraw Społecznych i Zdrowia

Priorytety do realizacji w ramach projektu:

- uruchamianie programów profilaktycznych dla mieszkańców miasta w obszarze największych chorób społecznych – chorób układu krążenia, chorób nowotworowych;
- uruchamianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży;
- profilaktyka uzależnień;
- działania edukacyjne i organizacyjne promujące właściwy styl życia;

- współdziałanie z instytucjami realizującymi programy promocji zdrowia i programy profilaktyczne;
- działania ekologiczne redukcji niskiej emisji w mieście.

Osiągnięcia programu ZM (do 2002 r.):

- zwrócenie uwagi mieszkańców miasta na wagę profilaktyki w wielu schorzeniach o wymiarze społecznym.
- realizacja programu wczesnego wykrywania dysplazji stawu biodrowego u niemowląt
- realizacja programu wczesnego wykrywania przerostu gruczołu krokowego
- prowadzenie programu wykrywania wad postawy u dzieci w wieku 6-12 lat
- wzrost aktywności fizycznej społeczeństwa (nauka pływania, organizacja biegów)
- działania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (wyróżnione przez PARPA)
- realizacja warsztatów profilaktyki HIV i AIDS;
- zlikwidowanie blisko 700 pieców węglowych w ramach programu zamiany ogrzewania węglowego na elektryczne.

Profil miasta C

Miasto na prawach powiatu. Liczba mieszkańców około 750 tysięcy. Miasto jest ważnym węzłem komunikacyjnym przechodzą przez nie drogi krajowe i europejskie. Pełni funkcję centrum administracyjnego, kulturalnego, edukacyjnego, gospodarczego, usługowego i turystycznego. Po okresie przemian ustrojowych miasto stało się atrakcyjnym miejscem lokowania wielu inwestycji, co spowodowało jego dynamiczny rozwój. Przemiany te wpłynęły także na zmianę gospodarczego wizerunku miasta. **Miasto zdominowane niegdyś przez przemysł ciężki** (głównie: hutniczy, elektromaszynowy, chemiczny) **przekształciło się w jedną głównych w kraju siedzib firm stawiających na rozwój nowoczesnych technologii**.

Lasy i parki zajmują nieco ponad 5% powierzchni miasta.

Uprzemysłowienie miasta w połączeniu z jego ukształtowaniem geograficznym spowodowało, że **w przeszłości, miasto znajdowało się w ścisłej czołówce, jeśli chodzi o stopień zanieczyszczenia powietrza**. Procesy które nastąpiły po okresie przemian ustrojowych (m.in. zmiana gospodarczego profilu miasta, działania służb ochrony środowiska) wpłynęły na **znaczną poprawę sytuacji** w tym zakresie.

W czasie realizacji niniejszego projektu badawczego celami operacyjnymi założonymi w powiatowym programie ochrony środowiska były m.in.:

- poprawa jakości wód,
- ograniczenie emisji zanieczyszczeń,
- uporządkowanie gospodarki odpadami,
- rewaloryzacja obszarów zdegradowanych,
- minimalizacja zużycia zasobów naturalnych i racjonalizacja zużycia energii,
- zwiększenie wykorzystania niekonwencjonalnych źródeł energii,
- minimalizacja wytwarzania odpadów,
- podnoszenie retencyjności dorzeczy i zwiększenie bezpieczeństwa przeciwpowodziowego,
- zalesianie nieużytków i słabych użytków rolnych,
- zwiększenie obszaru objętego różnorodnymi formami ochrony przyrody.

Miasto C przystąpiło do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. **Kilkuosobowe biuro programu** działa w ramach Referatu Zdrowia, będącego jednostką organizacyjną Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta.

Priorytety do realizacji w ramach projektu „Zdrowe miasto" to:

- zapobieganie chorobom układu krążenia,
- zapobieganie i wczesna diagnostyka nowotworów,
- troska o zdrowie dzieci i młodzieży,
- zapobieganie chorobom zakaźnym, w tym programy szczepień,
- zapobieganie próchnicy zębów i poprawa stanu higieny jamy ustnej, szczególnie wśród dzieci i młodzieży
- zapobieganie problemom zdrowotnym, związanym z patologią społeczną, włącznie z problemami przemocy w rodzinie, problemami alkoholizmu i narkomanii .

Realizowane programy:

- Program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2.
- Program badań przesiewowych wczesnego rozpoznawania raka piersi.
- Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy.
- Program badań przesiewowych raka gruczołu krokowego.
- Program profilaktyki raka jelita grubego.
- Program wczesnego rozpoznawania i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.
- Program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 roku życia.
- Program zapobiegania leczenia astmy i chorób alergicznych.
- Program profilaktyki próchnicy.
- Program profilaktyki wad postawy.
- Program profilaktyki narządów ruchu.
- Programy autorskie jednostek realizujących opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi umysłowo i fizycznie.

9. BIBLIOGRAFIA

[1] WHO, Health and Environment in Sustainable Development. Five years after the Earth Summit., Geneva, 1997.

[2] MacArthur I., Bonnefoy X., Przegląd działań praktycznych w latach dziewięćdziesiątych, Publikacje Regionalne ŚOZ, Serie Europejskie, nr 76, w: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Służby zdrowia środowiskowego w Europie, Łódź, 1999a; str. 13-174.

[3] Rada Ministrów RP, Program Wieloletni "Środowisko a Zdrowie" 2000-2003, Załącznik do uchwały Rady Ministrów Nr 64/2001 z dnia 5 czerwca 2001r.

[4] Pęski W., Zarządzanie zrównoważonym rozwojem miast, Wydawnictwo „Arkady", Warszawa, 1999.

[5] Zimny H., Ekologia miasta, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorczyk, Warszawa, 2005.

[6] EEA, Ensuring quality of life in Europe's cities and towns. Tackling the environmental challenges driven by European and global change., EEA Report, Nr 5/2009, EEA Copenhagen, 2009.

[7] Szczepańska-Góra A., Jarosińska D., Środowisko na rzecz zdrowia – w drodze do zrównoważonego rozwoju obszarów miejskich Europy, Medycyna Środowiskowa 2003; 6 (1), str. 69-77.

[8] Yassi A., Kjellstrom T., De Kok Th., Guidotti T.L., (ed.), Basic Environmental Health, Oxford University Press, 2001.

[9] Fitzpatrick M., Bonnefoy X., Służby zdrowia środowiskowego w Europie – Profile zawodowe, Publikacje Regionalne ŚOZ, Serie Europejskie, nr 82, w: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Służby zdrowia środowiskowego w Europie, Łódź 1999; str. 297-393.

[10] MacArthur I., Bonnefoy X., Opcje polityki zdrowia środowiskowego, Publikacje Regionalne ŚOZ, Serie Europejskie, nr 77, w: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Służby zdrowia środowiskowego w Europie, Łódź, 1999b; str. 175-296.

[11] WHO, Concern for Europe's Tomorrow, Health and the Environment in the WHO European Region., WHO European Centre for Environment and Health, Sttudgart: Wissenschaftliche Verlagagesellschaft mbH', Publ. on behalf of the World Health Organisation Regional Office for Europe,1995.

[12] Aicher J., Designing Healthy Cities. Prescriptions, Principles and Practice, Krieger Publishing Company Malabar, Florida, 1998.

[13] Hancock T., Health, Human Development and The Community Ecosystem: Three Ecological Models. Health Promotion International, Oxford University Press, 1993, Vol.8, No.1, pp.41-47.

[14] Blum H., Expanding Health Care Horizonts: From a General Systems Concept of Health to a National Health Policy. 2nd Edition. Third Party Associates: Oakland, 1983.

[15] Cole D.C., Eyles J., Gibson B.L., Ross N., Links Between Humans and Ecosystems: The Implications of Framing for Health Promotion Strategies. Health Promotion International, 1999; Vol.14, No.1, pp. 65-72.

[16] Rodriguez E., Global Environmental Change: Preventive Measures to Reduce the Impact on Human Health. Health Promotion International, 1995; Vol.10, No.3, pp. 239-245.

[17] Ashton J., Sanitarian Becomes Ecologist: the New Environmental Health. Sensitivity to the environment demands new skills and the attitudes. BMJ, 1991; Vol.302, pp. 189-190.

[18] Labonte R., Econology: Integrating Health and Sustainable Development. Part One: Theory and Background, Health Promotion International, 1991; Vol.6, No.1, pp. 49-63.

[19] Indulski J.A., Sytuacja zdrowotna w: Auleytner J., (red.), Polityka społeczna. Stan i perspektywy., WSP TWP, Warszawa,1995.

[20] WHO, Our Planet, Our Health. Report of the WHO Commission on Health and Environment., Geneva,1992.

[21] Botchwey N.D., Hobson S.E., Dannenberg A.L., Mumford K.G., Contant C.K., Mcmillan T.E., Jackson R.J., Lopez R., Winkle C., A Model Curriculum for a Course on the Built Environment and Public Health Training for an Interdisciplinary Workforce, American Journal Of Preventive Medicine, 2009; Vl.36 Is. 2 pp. 63-71

[22] Goumans M. Innovations in a fuzzy domain. Healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom, 1997, Phd thesis University Maastricht.

[23] Lafond L.J., Heritage Z., National networks of Healthy Cities in Europe, Health Promotion International, 2009; Vl. 24, pp. 100-107.

[24] Arteaga E., Rice M., Franceschini M.C., Documenting the current state of the healthy municipalities, cities and communities initiative in the Americas., International Quarterly Of Community Health Education, 2007; Vol. 28 (4), pp. 277-88.

[25] Donchin M., Shemesh AA., Horowitz P., Daoud N., Implementation of the Healthy Cities' principles and strategies: An evaluation of the Israel Healthy Cities Network, Health Promotion International, 2006; Vol. 21, Is. 4, pp. 266- 273.

[26] Yoo W.S., Kim K.Y., Koh K.W., Introduction of health impact assessment and healthy cities as a tool for tackling health inequality, Journal Of Preventive Medicine And Public Health, 2007; Nov; Vol. 40 (6), pp. 439-46.

[27] Giroult Eric R.J. Innovations in West and North Africa, World Health, Jan/Feb96, 1996; Vol. 49(1), p11.

[28] ŚOZ, Dwadzieścia zasad tworzenia i rozwoju Zdrowego Miasta., Biuro Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia, Kopenhaga-Warszawa, 1992.

[29] Lawrence R.J., Fudge C., Healthy Cities in a global and regional context, Health Promotion International, 2009; Vl. 24, pp. 11-18.

[30] Goepel, Eberhard, Development of Healthy Cities networks in Europe, Promotion & Education, 2007; Vol. 14 (2), pp. 103-4.

[31] De Leeuw E., Evidence for Healthy Cities: reflections on practice, method and theory., Health Promotion International, 2009; Vl. 24., pp. 19-36.

[32] Barton H., Grant M., Mitcham C., Tsourou C., Healthy urban planning in European cities., Health Promotion International, 2009; Vl. 24., Suppl. 1., pp. 91-99.

[33] Karski J.B., Zdrowe Miasta, w: Karski J.B. (red.) Promocja Zdrowia. Wydanie Nowe., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 1999; str. 370-373.

[34] Iwanicka I., Roczek E., Program Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowe Miasta", Zdrowie i Zarządzanie, 2001; TIII, nr 6/2001, str. 24-28.

[35] Williamson J.D., Environmental Health and Public Health: are They Compatible? Public Health, 1996; 110, pp. 3-4.

[36] Carney T.F., Collaborative inquiry methodology, Windsor, Ontario, Canada: University of Windsor, Division for Instructional Development, 1990; za: Miles, M. B., Huberman, A. M., Analiza danych jakościowych, Trans Humana, Białystok, 2000.

[37] Miles M. B., Huberman A. M., Analiza danych jakościowych, Trans Humana, Białystok, 2000.

[38] Włodarczyk C.W., Instytucje zdrowia publicznego w Polsce, w: Włodarczyk, C.W., Shickle D., Czabanowska K., Moran N.E., (red.) Zdrowie publiczne w krajach europejskich. Wybrane zagadnienia etyczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2007; str. 63-80.

[39] Richardson E., Złożoność struktur zdrowia publicznego w krajach Unii Europejskiej – raport porównawczy, w: Włodarczyk C.W., Shickle D., Czabanowska K., Moran N.E.,) Zdrowie publiczne w krajach europejskich. Wybrane zagadnienia etyczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2007a; str. 35-62.

[40] Babbie E., Badania społeczne w praktyce, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, Warszawa, 2004.

[41] Stake R., Case studies; w: Denzin, N., Lincoln, Y. (ed.) Handbook of Qualitative Research, Thousand Oaks: SAGE.; za: Goumans, M. 1997, Innovations in a fuzzy domain. Healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom, Phd thesis University Maastricht, 1994.

[42] Silvermann D., Interpretacja danych jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.

[43] Mason J., Qualitative Researching, London: Sage, 1996. za: Silvermann, D., Interpretacja danych jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.

[44] Glaser B.G., Strauss A.L., The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research, Chicago:Aldine, 1967, za: Miles, M. B., Huberman, A. M., Analiza danych jakościowych, Trans Humana, Białystok, 2000.

[45] Poskrobko, B., Zarządzanie Środowiskiem, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 1998.

[46] Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. U.S. Department of Health and Human Services., 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000. http://www.health.gov/healthypeople/., Internet: 01.02.2008.

[47] Dąbrówka A., Geller E., Turczyn R.; Słownik synonimów, Świat Książki, Warszawa, 1998.

[48] Jagielski J., Kontrola administracji publicznej, Wyd. LexisNexis, Warszawa, 2007.

[49] WHO, New Players for a New Era. Leading Health Promotion into the 21st Century. 4th International Conference on Health Promotion Jakarta, Indonesia 21-25 July 1997. Conference Report., WHO/HPR/HEP/4ICHP/98.1., 1998.

[50] McQueen D.V., Thoughts on the ideological origins of health promotion, Health Promotion, 1989; 4, pp. 339-342,

[51] Włodarczyk C.W. Instytucjonalna infrastruktura zdrowia publicznego. Kryteria identyfikacji jednostek organizacyjnych. Zdrowie Publiczne, 2002; 112 (2):182-188.

[52] Włodarczyk, C.W., Polityka zdrowotna: aktualne aspekty krajowe., w: Karski J.B. (red.) Promocja Zdrowia. Wydanie Nowe., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 1999; str. 54-70.

[53] Włodarczyk C.W., Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna. Zdrowie Publiczne, 2001; 111 (5-6), str. 414-421.

[54] Włodarczyk C.W., Polityka Zdrowotna w Społeczeństwie Demokratycznym, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesaslius", Łódź-Kraków-Warszawa, 1996.

[55] Balcerzak B., Państwowa Inspekcja Sanitarna – w stronę nowego zdrowia publicznego?, Zdrowie Publiczne, 2002; 112 (2), str. 212-221.

[56] Gajdzik B., Zarządzanie środowiskiem w gminach – charakterystyka kluczowych elementów systemu na przykladzie wybranych gmin województwa śląskiego, w: Samorząd Terytorialny, 2005; Nr 10, str. 28-44.

[57] Hławacz-Pajdowska E., Realizacja zadań w dziedzinie ochrony środowiska przez samorządy terytorialne, w: Samorząd Terytorialny, 2004; Nr. 4, str. 46-54.

[58] Poździoch S., Domagała A., Romaszewski A., Topór-Mądry R., Zając M., Organizacja ochrony zdrowia w powiecie w obliczu integracji Polaki z Unią Europejską. Powiat Ziemski Wałbrzyski – studium przypadku., Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków, 2000.

[59] Richardson E., Podejmowanie decyzji dla społeczeństwa i przez społeczeństwo. Procedury urbanistyczne w państwach Unii Europejskiej – raport porównawczy, w: Włodarczyk, C.W., Shickle D., Czabanowska K., Moran N.E., (red.) Zdrowie publiczne w krajach europejskich. Wybrane zagadnienia etyczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2007b; str. 229-245.

[60] Ellaway, A; Morris, G; Curtice, J; Robertson, C; Allardice, G; Robertson, R, Associations between health and different types of environmental incivility: A Scotland-wide study, Public Health, 2009; Vol.123, Is.11, pp.708-713.

[61] Bubak A., Nowak E., „Buzz" around electromagnetic fields: a lengthy environmental HIA in Poland, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (eds.) The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. WHO, 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. str. 225-233.

[62] Goszczyńska M., Człowiek wobec zagrożeń. Uwarunkowania oceny i akceptacji ryzyka, Wydawnictwo „Żak", Warszawa, 1997.

[63] Kostecka A., Dialog społeczny o spalarniach, Przegląd Komunalny, 2006; Nr 4, [Internet, 14.04.2010]

[64] Pająk T., Spalarnia odpadów w odbiorze społecznym., Aura, 2004; Nr 10, str. 12-14.

[65] Karski J.B., Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego., Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o., Warszawa, 2005.

[66] Woynarowska B., Edukacja zdrowotna-podstawy teoretyczne, w: Woynarowska B., (red.), Edukacja zdrowotna – podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007; str. 17-264.

[67] SZMP, Ewaluacja działań w miastach członkowskich Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, w: Biuletyn Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, StowarzyszenieZdrowych Miast Polskich, 2002; Nr 4., str. 3-4.

[68] Kozierkiewicz A., Kulis M., Ochrona zdrowia w samorządzie lokalnym. Doświadczenia polskich miast., Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków, 1999.

[69] Słońska Z., Edukacja zdrowotna i inne działania na rzecz zdrowia, w: Karski J.B. (red.) Promocja Zdrowia. Wydanie Nowe., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 1999; str. 304-319.

[70] Bartholomew L.K., Parcel G.S., Kok G., Gottlieb N.H., Intervention Mapping. Designing Theory – and Evidence-Based Heath Promotion Programs, Mayfield Publishing Company, Mountain View, California, London, Toronto, 2001.

[71] Green, L.W., Kreuter, M.W., Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach. Second Edition, Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1991.

[72] Gardner, G.T., Stern, P.C., Environmental Problems and Human Behavior, Allyn and Bacon, Boston-London-Toronto-Sydney-Tokyo-Singapore, 1996.

[73] Kotler, Ph., Lee, N., Marketing w sektorze publicznym. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Sp. z o.o., Warszawa, 2008.

[74] Kotler Ph., Roberto N., Lee N., Social Marketing: Improving the Quality of Life, Sage, Thousand Oaks, California, 2002.

[75] Tones K., Green J., Health Promotion. Planning and strategies., London, SAGE Publications za: Woynarowska B., (red.), Edukacja zdrowotna – podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2004.

[76] Clover D.E., Environmental Adult Education, Adult Learning, Spring/Summer 2002; Vol. 13 Issue 2/3, pp. 2-6.

[77] Sallis J.F., Owen N., Ecological models, in: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (eds.), Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1997; str.403-424.

[78] Sustainable Development Commision UK, 2008, Health, place and nature. How outdoor environments influence health and well-being: a knowledge base http://www.sd-commission.org.uk/publications/downloads/Outdoor_environments_and_health.pdf [Internet, 13.04.2010.]

[79] Ellaway A., Macintyre S., Xavier B., Graffiti, greenery and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. British Medical Journal, 2005; 331, pp. 611-612.

[80] Wiąckowski S.K., Przyrodnicze podstawy inżynierii środowiska, S.K. Wiąckowski, Kielce, 2000.

[81] Furmankiewicz M., International Co-Operation Of Polish Municipalities: Directions And Effects, Tijdschrift Voor Economische En Sociale Geografie, 2007, Vol. 98; Nr 3, pp. 349-359.

[82] De Leeuw E., The Sane Revolution. Health Promotion: Backgrounds, Scope, Prospects., Assen/Maastricht: Van Gorcum. 1989a,

[83] Plog B.A., Niland J., Quinlan P.J., Plogg H., (eds.), Fundamentals of industrial hygiene. 5th ed. Itasca, IL: National Safety Council; 2002.

[84] CDC., Engineering and Public Health at CDC, MMWR, 2006.; Vol. 55/Supl., pp. 10-13.

[85] Poskrobko B., Poskrobko T., Skiba K., Ochrona biosfery, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 2007.

[86] Koren H., Bisesi M., Handbook of Environmenmtal Health and Safety. Principles and Practices. Vol. II., 3rd Edition. Lewis Publishers, 1996.

[87] Moeller D.W., Environmental Health, Revised Edition, Harvard University Press, Cambridge, Massachusettss, London, 1997.

[88] Moore G.S. Living with the Earth. Concepts in Environmental Health Science, Second Edition, CRC Press LLC, Boca Raton, London, New York, Washington D.C., 2002.

[89] Schaefer M., Administration of environmental health programmes. A systems view, WHO, Geneva, 1974.

[90] Levy B., Toward a Holistic Approach to Public Health Surveillance, American Journal of Public Health, 1996, Vol. 86, No.5, pp. 624-625.

[91] Teuch S.M., Churchill R.E., (eds.), Principles and Practice of Public Health Surveillance, Oxford Press, 2000.

[92] Thacker S.B., Historical Development, w: Teuch S.M., Churchill R.E., (eds.), Principles and Practice of Public Health Surveillance, Oxford Press, 2000; pp. 1-16.

[93] Hertz-Picciotto I., Toward a Coordinated System for the Surveillance of Environmental Health Hazards, American Journal of Public Health, 1996, Vol. 86, No.5, pp: 638-641.

[94] Thacker, S.B., Stroup D.F., Gibson Parrish, R., Anderson, H.A., Surveillance in Environmental Public Health: Issues, Systems, and Sources, American Journal of Public Health, 1996; Vol. 86, No.5, pp. 633-637.

[95] Zieliński A., Nadzór epidemiologiczny, Przegląd Epidemiologiczny; 2002, 56, pp. 499-508.

[96] Klima S., Zarządzanie ochroną środowiska w Unii Europejskiej, WSZiB, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków, 1999.

[97] De Leeuw, E., Health Policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands, Savannah/Datawyse, Maastricht, 1989b.

[98] PWN-Oxford, Wielki Słownik Angielsko-Polski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2002,.

[99] Kok G.J., Jonkers R., GVO & Preventie. Pp. 45-57 in: Hamermeren, J.A.M. van, P.T.. van Splunteren & B. Stroelinga (eds.) Reader GVO AGGZ-Preventie. LCDGVO, Utrecht, 1986; za: De Leeuw, E., (1989b), Health Policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands, Savannah/Datawyse, Maastricht.

[100] IOŚ, Stan środowiska w Polsce na tle celów i priorytetów Unii Europejskiej. Raport wskaźnikowy 2004, Biblioteka Monitoringu Środowiska, Warszawa, 2006.

[101] Rządowa Rada Ludnościowa, Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce. Raport 2004., Warszawa, 2006.

[102] De Vries H., ABCs of Health Education and Promotion, a Manual for the Summer University Course - Health Education and Health Promotion. Theory and Practice: Department of Health Education, University of Maastricht, 1998.

[103] Kawczyńska-Butrym Z., Gmina promująca zdrowie., w: Karski J.B. (red.) Promocja Zdrowia. Wydanie Nowe., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 1999; str. 374-379.

[104] Kepplinger H.M., Mechanizmy skandalizacji w mediach, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie I, Kraków, 2008,

[105] Bell P.A., Greene Th.C., Fisher J.D., Baum A., Psychologia środowiskowa., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004.

[106] Burton I., Kates R.W., White G.F., The environment as hazard (2nd. ed.), New York: Guilford, 1993.

[107] Leowski J., Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe, w: Karski J.B. (red.) Promocja Zdrowia. Wydanie Nowe., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 1999; str. 43-53.

[108] Nutbeam D., Harris E., Theory in a Nutshell: A Practice Guide to Health Promotion Theories, Mc Grew-Hill Pyblishing, 2000; p. 80.

[109] Delaney F.G., Muddling through the middle ground: theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion, w: Health Promotion International, Oxford University Press, 1994, Vol. 9, No. 3, pp. 217-225.

[110] Ackoff R.L. Redesigning the future. New York: John Wiley and Sons, 1974.

[111] Aldrich H., Resource dependence and interorganizational relations. Administration and Society, 1976, 7(4), pp. 419-545.

[112] Delaney F., Theoretical issues in intersectoral collaboration, w: Sriven A., Orme J. (eds.) Health Promotion – Professional Perspectives, MacMillan Press, Houndmills-Basingstoke-Hampshire-London., 1996, pp. 22-32.

[113] Hudson B. Collaboration: the elusive chimera. Health Service Journal, 1989 January, pp. 82-83.

[114] Gray, B. (1985) Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration. Human Relations. Vol. 38, No10, pp. 911-936.

[115] O'Neill M., Lemieux V., Groleau G., Fortin J.P., Lamarche P.A., Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. Health Promotion International., Oxford University Press, 1997, Vol.12, No.1, pp.79-87.

[116] Heaney C.A., Israel B.A., Social Networks and Social Support, w: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (eds.) 1997, Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1997; pp. 179-205.

[117] Heritage, Z., Dooris, M., Community participation and empowerment in Healthy Cities, Health Promotion International, 2009; Vl. 24, Suppl. 1, pp. 45-55.

[118] Peterson A., Lupton D., The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk. London: Allen and Unwin, 1996; za: Hall C., Davies J.K., and Sherriff N., 2009, Health in the Urban Environment: A Qualitative Review of the Brighton and Hove WHO Healthy City Program., Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 87, No.1 ,The New York Academy of Medicine.

[119] ŚOZ, Uczestnictwo społeczności w lokalnych działaniach na rzecz zdrowia i zrównoważonego rozwoju. Założenia i techniki, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Łódź, 2002.

[120] ŚOZ, Profil zdrowia dla miasta. Przegląd dokonań, Biuro Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia, wersja polska wydana przez Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, 1998.

[121] Jones L., Katz J., Sidell M., Planning health promoting interventions, in: Katz J., Peberdy A., (eds.), Promoting Health: Knowledge and Practice, The Open University and Macmillan Press Ltd., London, 1997; pp. 248-266.

[122] Lefebre R.C., Rochlin L., Social Marketing, w: Green, L.W., Kreuter, M.W. Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach. Second Edition, Mountain View: Mayfield Publishing Company,1991; pp. 384-402.

[123] WHO, Community emergency preparedness: a manual for managers and policy-makers, Geneva, 1999.

[124] Slovic P., Perception of Risk, w: Slovic P., (ed.) The Perception of Risk, Earthscan Publications Ltd, London and Sterling, 2000; pp.220-231.

[125] Morgan M.G. Risk Management, Scientific American, 1993, Vol. 269, pp.32 – 41.

[126] Bubak A., Nowak E., Włodarczyk C.W., Wykorzystanie oceny oddziaływania na zdrowie i warunki życia ludzi w zarządzaniu środowiskowym i zdrowiu publicznym,. Medycyna Środowiskowa, 2009; Vol. 12., Nr 2., str. 7-14.

[127] Ingrosso M., Becoming Sensitive to Health, referat wygłoszony na II European Conference on Effectiveness of Health Promotion and Health education, Ateny, 13-15 maja, 1992; za: Słońska Z., Edukacja zdrowotna i inne działania na rzecz zdrowia, w: Karski J.B. (red.) Promocja Zdrowia. Wydanie Nowe., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 1999; str. 304-319.

[128] Słońska Z., Promocja zdrowia w gminie, Zdrowie i Zarządzanie, 2001, T. III, nr. 6, str. 13-17.

Lista cytowanych aktów prawnych:

1. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska (DzU nr 62, poz. 627 z późn. zm.).

2. Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.).

3. Ustawa z dnia 9 listopada 2000 r. o dostępie do informacji o środowisku i jego ochronie oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (DzU nr. 109, poz. 1157 z późn. zm.).

4. Ustawa z 24 sierpnia 2001 o zmianie ustawy o Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych ustaw, Dz. U. Nr 128, poz. 1407 z późn. zm..

5. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 147 poz. 1231).

6. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ((Dz.U. nr. 234, poz. 1570).

10. WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

GIS – Główny Inspektorat Sanitarny

IS - Państwowa Inspekcja Sanitarna

ISPA - (ang. Instrument for Structural Policies for Pre-Accesion) - Instrument Przedakcesyjnej Polityki Strukturalnej

MPK - Miejskie Przedsiębiorstwo Komunikacyjne

MPO - Miejskie Przedsiębiorstwo Oczyszczania

MPGK – Miejskie Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej

MPWiK Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji,

NZOZ – Niezależny Zakład Opieki Zdrowotnej

NPZ – Narodowy Program Zdrowia

OSP- Ochotnicza Straż Pożarna

PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

PCK – Polski Czerwony Krzyż

PIOŚ - Państwowa Inspekcja Ochrony Środowiska

PSP - Państwowa Straż Pożarna

PSSE – Powiatowa Stacja sanitarno-epidemiologiczna

PTTK- Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze

PZD – Polski Związek Działkowców

PZM – Program Zdrowe Miasto

TOP - Towarzystwo Ochrony Przyrody

UM – Urząd Miasta

WE – Wydział Edukacji

WEKiS - Wydział Edukacji Kultury i Sportu

WOŚ – Wydział Ochrony Środowiska

WSSE – Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna

WZ – Wydział Zdrowia

WZK – Wydział Zarządzania Kryzysowego

ZHP - Związek Harcerstwa Polskiego

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

WNM – Wydział Nieruchomości Miejskich

WIM – Wydział Inżynierii Miejskiej

IMGW – Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej

OOŚ – ocena oddziaływania na środowisko

OOZ - ocena oddziaływania na zdrowie

SZMP – Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich

ŚOZ – Światowa Organizacja Zdrowia

P. o. ś. - Ustawa z 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (DzU nr 62, poz. 627 z późn. Zm.)

u. o. k. ś. - Ustawa z 31 stycznia 1980 r. o ochronie i kształtowaniu środowiska (DzU z 1994 r. nr. 49, poz. 196 z późn. zm.)

ZM – Zdrowe Miasto

11. WYKAZ TABEL

Tab. 1. Zaangażowanie badanych instytucji w prozdrowotne kształtowanie środowiska.....28

Tab.2. Liczba wypowiedzi na temat interwencji technicznych prowadzonych w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.....31

Tab.3. Liczba wypowiedzi na temat działań nadzorczych, prowadzonych w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.....33

Tab.4. Liczba wypowiedzi na temat monitoringu prowadzonego w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia..... 35

Tab.5. Liczba wypowiedzi na temat edukacji prowadzonej w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.....36

Tab. 6. Listy działań edukacyjnych podejmowanych w każdym z trzech miast, z uwzględnieniem problemów, którym były poświęcone..... 38

Tab.7. Liczba wypowiedzi na temat informowania o środowiskowym ryzyku dla zdrowia w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.....42

Tab.8. Liczba wypowiedzi na temat stosowania bodźców ekonomicznych w różnych obszarach ochrony środowiska i zdrowia.....47

Tab. 9. Relacje pomiędzy wyróżnionymi typami działań Tab. 9. Relacje pomiędzy wyróżnionymi typami działań.....50

Tab.10. Liczba wypowiedzi na temat wyróżnionych rodzajów działań i obszary ochrony środowiska lub zdrowia w których były one wdrażane.....53

Tab.11. Główne typy barier na jakie napotyka realizacja każdego z wyżej wyróżnionych typów działań oraz liczba poświęconych im wypowiedzi.....55

Tab. 12. Udział czynnika ludzkiego w tworzeniu barier na jakie napotyka realizacja działań wdrażanych przez instytucje objęte badaniem.....60

12. WYKAZ RYSUNKÓW

Rys. 1. Kroki postępowania analitycznego podjęte w ramach niniejszych badań (opracowanie własne na podstawie „drabiny analitycznej abstrakcji" [36])....9

Rys. 2. Przynależność badanych instytucji do jednego z systemów kształtujących zrównoważony rozwój, ze względu na ich misję, sformułowaną przez informatorów.... 17

Rys 3. Zainteresowanie badanych instytucji zagadnieniami zdrowia i środowiska 20

Rys. 4. Zakładane, główne etapy procesu realizacji interwencji (opracowanie własne)....62

Rys 5. Czynniki wpływające na współpracę międzysektorową w obszarze prozdrowotnego kształtowania środowiska (opracowanie własne) 75

Rys. 6 Poziomy współpracy międzysektorowej (opracowanie własne)....83

13. STRESZCZENIE

Celem niniejszych badań był opis i ocena, czy instytucje zaangażowane w prozdrowotne kształtowanie środowiska planują i wdrażają działania, zgodne z zasadami Programu „Zdrowe Miasta" oraz na jakie bariery i ułatwienia napotykają w tym zakresie.

Badania przeprowadzono w 2002 r. w trzech miejscowościach należących do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich. Zastosowano w nich nieprobabilistyczną metodę doboru próby. Materiał zebrano metodą wywiadu częściowo skategoryzowanego. Informatorami byli przedstawiciele różnych instytucji realizujących lokalne działania z zakresu ochrony zdrowia i środowiska. Analizę jakościową oraz prostą ilościową 50 wywiadów przeprowadzono z użyciem programów: QRS N6 oraz Microsoft Word.

Wyniki wskazują na to, że realizacja działań skierowanych na środowiskowe uwarunkowania zdrowia, w wybranych miastach, daleka była od pełnego urzeczywistnienia takich zasad wynikających z filozofii Programu „Zdrowe Miasta" jak: angażowanie się wszystkich sektorów w sprawy zdrowia, zapewnienie wysokiego poziomu współpracy międzysektorowej oraz uczestnictwa społeczności lokalnej.

Jednym ze stwierdzonych problemów było traktowanie realizacji Programu „Zdrowe Miasta" jako zadania wyłącznie administracyjnego przez instytucje odpowiedzialne za jego wdrożenie.

Chociaż na poziomie lokalnym działa wiele podmiotów, zajmujących się kształtowaniem lub ochroną środowiska, jedynie przedstawiciele kilku z nich skłonni są wziąć odpowiedzialność za sprawy zdrowia członków społeczności lokalnej.

Należy stwierdzić, że wdrażanie idei Zdrowych Miast w Polsce nie zachodzi bez przeszkód.

Badania były finansowane przez Komitet Badań Naukowych (nr. proj. KBN: 0773/po5/2001/20).

14. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM/ SUMMARY

An assessment of the possibility to shape the environment in localities – members of the Polish Healthy Cities Association: A qualitative analysis of competent informants' opinions

The main goal of this research project is to describe and evaluate local environmental health actions undertaken within the Healthy Cities network in Poland.

The qualitative research was carried out in 2002 in three cities – members of the Polish Healthy Cities Association. The sampling was purposeful. The data were collected by means of semistructured interviews. The sample consisted of key informants representing different institutions involved in environmental health actions at the local level. The transcripts of fifty interviews were analyzed with the use of Microsoft Word and QRS N6 tools.

The results demonstrate that the environmental health interventions implemented in the investigated cities had hardly any of the qualities expected by the Healthy City Programme, such as: commitment of all sectors to health issues as well as reinforcement of intersectoral cooperation and community participation.

It was found that apart from the regional disease control centres, there were no institutions declaring commitment to environmental health issues.

The way the interventions were planned, developed and evaluated was adjusted to the objectives of the implementing institutions rather than to the needs of the local communities.

The results of the research clearly show the risk that the Healthy City Project is treated by it's participants more as a bureaucratic task to be executed by means of purely administrative measures than a social movement.

In conclusion can be stated that the idea of Healthy Cities in Poland encounters obstacles.

A grant for this research project was awarded by the Committee of Scientific Research (no. 0773/po5/2001/20).