

Nr ISSN 1641-4497

PROMOTOR

Z D R O W I A



NR 1 (27)
2 0 0 2

POLITYKA
ZDROWOTNA

W angielszczyźnie dwa terminy są stosowane na oznaczenie polityki, także tej odnoszącej się do zdrowia: *policy* i *politics*.

Pierwsze znaczenie odnosi się do uporządkowanych działań dotyczących wyodrębnionej sfery rzeczywistości, albo do zbioru zasad, które służą za wytyczne podejmowania skoordynowanych decyzji dotyczących tej sfery.

Zwraca się tu uwagę na konieczność definiowania celów, przyjęcia dłuższej perspektywy czasowej i stosowania procedur planistycznych.

Drugie natomiast znaczenie dotyczy sprawowania władzy, działań podejmowanych przez rząd i treści życia publicznego. Warunki dotyczące porządkowania struktury są tu formułowane słabiej, aczkolwiek mogą się pojawić postulaty prakseologiczne.

W. Cezary Włodarczyk

Kwartalnik adresowany jest do organizatorów promocji zdrowia w Województwie Dolnośląskim i redagowany jest przez Biuro Promocji Zdrowia Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych we współpracy z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia i Poddyplomowym Studium Promocji Zdrowia przy Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Kolegium redakcyjne:

Lesław Kulmatycki, Barbara Misińska, Renata Niemierowska, Władysław Sidorowicz
Współpraca: Jolanta Dolata, Robert Grudniewski, Danuta Siwik
Opracowanie graficzne: MC-K, Druk: Studio „EUROPRINT” S.A.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

Adres Redakcji:

“Promotor Zdrowia”, Biuro Promocji Zdrowia DRKCh,
50-525 Wrocław, ul Joannitów 6,
tel: (071) 37 47 275, 37 47 290, fax: 37 47 301, e-mail: promocja@kasa-chorych.wro.pl

Mądra,

długofalowa polityka zdrowotna we współczesnym państwie demokratycznym jest wyzwaniem nie tylko dla rządu i parlamentu, ale i elit intelektualnych, i dla rzeszy specjalistów różnych dziedzin, nie zaś przedstawicieli dwóch lub trzech grup zawodowych.

Model państwa opiekuńczego nie sprawdził się w najzamożniejszych krajach Europy Zachodniej, natomiast "centralne zarządzanie" dowolną sferą życia społecznego przynosi, jak wiadomo, efekty odwrotne do przyjmowanych w założeniach skutków. To zatem, co będziemy musieli w najbliższym dziesięcioleci zreformować, nie dotyczy wyłącznie służby zdrowia, czy też systemu ubezpieczeń społecznych, lecz przede wszystkim demokratycznych wzorów komunikacji społecznej, czyli budowania zdrowych relacji i efektywnej współpracy między instytucjami państwowymi, a organizmami samorządowymi i społecznymi.

O tym, że promocja zdrowia jest dobrą i optymalną inwestycją w tę sferę życia społecznego, jaką jest zdrowie publiczne, staramy się przekonywać Czytelników PROMOTORA w każdym numerze kwartalnika.

Powtórzmy więc raz jeszcze: dialog jest podstawą demokracji. A promocja zdrowia inspiruje do dialogu ze środowiskiem, w którym żyjemy i pracujemy, do postrzegania zdrowia indywidualnego i społecznego w kategoriach holistycznych, to znaczy także kulturowo-ekologicznych, a nie wyłącznie biologicznych, czy ekonomicznych.

W demokratycznym państwie, inicjatywy i idące za nimi działania pro-zdrowotne muszą mieć realne szanse rozwijania się "od dołu", to znaczy: powinny wypływać od ludzi, którzy rozumieją ich wagę i znaczenie nie tylko dla lokalnych środowisk "tu" i "teraz", ale także dla życia przyszłych pokoleń. Dialog buduje i inspiruje, a "centralne sterowanie" mnoży i utrwała postawy biurokratyczno-autorytarne, zaś z drugiej strony zniechęca do działania i zwalnia z odpowiedzialności.

Najnowocześniejszy, elektronicznie sterowany żaglowiec rychło może znaleźć się w poważnych tarapatach, jeśli nagle zawiedzie łączność z (dosłownie!) "odgórnie" nawigującym satelitą, dzięki któremu pokładowy komputer może w porę odebrać sygnał: "Uwaga! Mielizna, a za nią - góra lodowa!". Gdy zawiedzie system ostrzegania, pomysłość manewru ominięcia w porę poważnej przeszkody zależy od wysiłku i przytomności całej załogi, która wie, że mielizna jest wątpliwym ratunkiem...

Renata Niemierowska - redaktor

W numerze:

Od redakcji

strona 1

Temat wiodący

Rozmowa redakcyjna

strona 3

z dyrektorem Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Władysławem Sidorowiczem

Strategia promocji zdrowia 2002-2010 dla województwa dolnośląskiego
Ramowy plan działania na lata 2002-2004

strona 6

Co to jest polityka zdrowotna i czy istnieje?

strona 18

Polityka zdrowotna

strona 22

Zestawienie bibliograficzne w wyborze

Prezentacje

Zdrowa sobota w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu

strona 23

Promocja zdrowia wśród młodzieży upośledzonej umysłowo

strona 23

Wrocławskie Forum Jakości Życia - Moje Osiedle

strona 24

Wielka impreza w małych Karczycach

strona 26

Ku Europie

Stowarzyszenie „Dolny Śląsk w Unii Europejskiej”

strona 29

Gra w karty

“Polityka zdrowotna”

strona 32

Autorzy:

Jadwiga Całka
Agnieszka Jaszcak
Lesław Kulmatycki
Renata Niemierowska
Aleksandra Nowakowska,
Władysław Sidorowicz
Małgorzata Suwaj
Jadwiga Wachowicz

polityka zdrowotna

Polityka

jest sferą ludzkiego działania, co do której od czasu do czasu każdy z nas wypowiada się z dezaprobatą, a czasami nawet z obrzydzeniem. Szczególnie w Polsce ma to swoje historyczne przyczyny. Również my sami nie bardzo chcemy się poddawać "politycznym obróbkom".

Warto przypomnieć, że w tworzeniu nowoczesnej polityki zdrowotnej, jedną z najważniejszych ról odegrała "Nowa perspektywa zdrowotna dla Kanadyjczyków", opracowana przez ówczesnego ministra zdrowia Marca Lalonda. Od tamtego czasu ów roboczy dokument znany jest bardziej dzięki "polom zdrowotnym", zwanym "polom Lalonda" niż jako dokument Kanadyjskiego Ministerstwa Zdrowia. Jest to przykład nośnej koncepcji polityki zdrowotnej w skali całego kraju, przełożonej na język konkretnych działań. Tego moglibyśmy się bez wątpienia od Kanadyjczyków uczyć.

Budowanie nowoczesnej tożsamości polityki zdrowotnej trwa od początków lat 70-tych. Ważną rolę w tworzeniu się polityki zdrowotnej odegrało wiele wydarzeń, raportów czy publikacji. Wymienić tu należy prowokującą do przemyśleń na temat roli współczesnej medycyny książkę I. Illicha "Medyczna Nemezis" czy choćby opracowanie pod redakcją J. Knowlesa "Lepsze działanie, gorsze samopoczucie", podkreślające rolę satysfakcji społecznej.

Krótko mówiąc, polityka zdrowotna jest mocno sprzęgnięta z polityką społeczną. Nie ma prostych i szybkich rozwiązań. Owocne rozwiązania mogą się pojawić tylko wówczas, gdy są długotrwałe i pozwalają na konsekwentne zmiany. Do tego potrzebna jest polityka zdrowotna.

W tym numerze staramy się pisać więcej o tym trudnym temacie. Zdajemy sobie sprawę z nieokreśloności przedmiotu, ale też jesteśmy przeświadczeni o jego wadze.

L. Kulmatycki

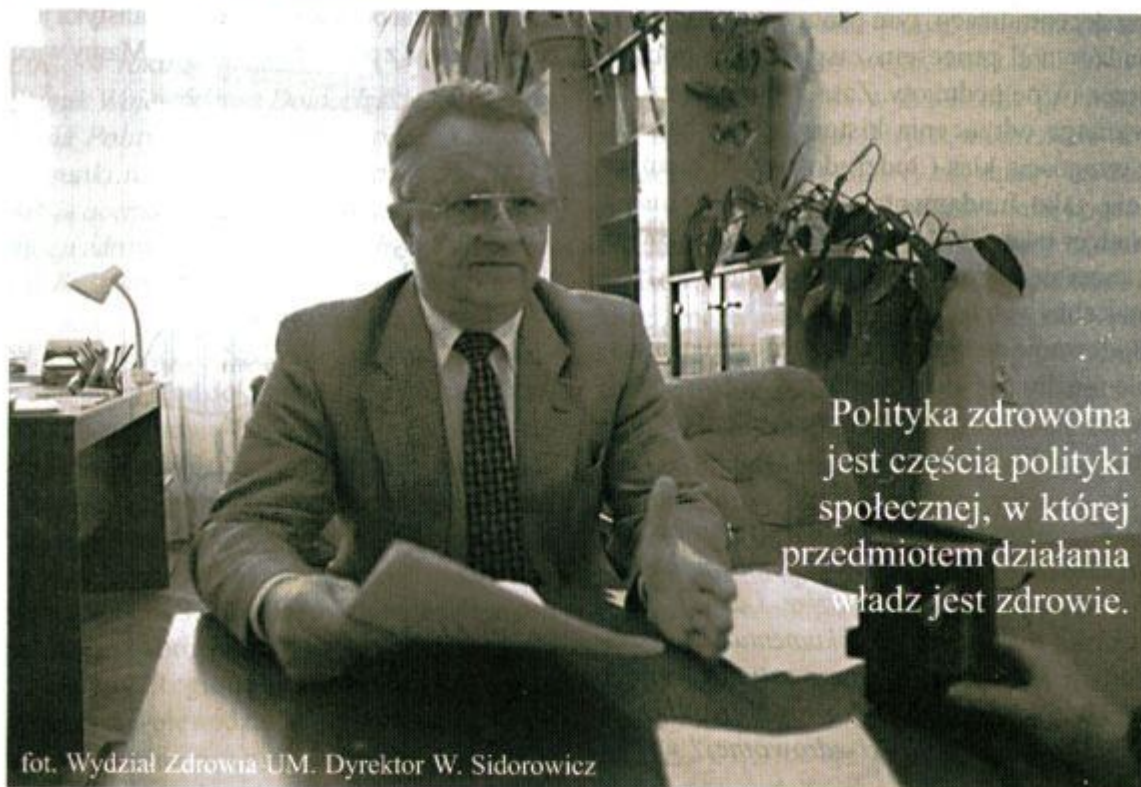
W tym

numerze spotyka mnie zaszczyt udzielenia wywiadu na temat polityki zdrowotnej. Tu zatem - tylko kilka uwag. Przypomnijmy, że Mikołaj Kopernik był również sławnym lekarzem i prekursorem polityki zdrowotnej. Odbił studia medyczne w Krakowie i we Włoszech. W swej praktyce kładł nacisk na profilaktykę i higienę.

Co w istocie spowodowało wydłużenie ludzkiego życia? Postęp medycyny, czy poprawa warunków społecznych? Pytanie to - bywa - wraca, zwłaszcza, gdy się chce odrzucić żądania zwiększonych nakładów na zdrowie. WHO uznaje spór na ten temat za jałowy. Analiza sytuacji zdrowotnej ubogich państw, w których dochody na mieszkańca i warunki zbliżone są do dochodów i warunków życia dzisiejszych państw bogatych (w początkach dwudziestego wieku), wykazuje, że dzisiaj ludzie ci żyją o wiele lat dłużej, niż ich odpowiednicy na początku wieku. Nawet w biednych krajach korzysta się dziś z dorobku nauk medycznych, skutecznie zapobiega epidemiom, szczepi, leczy, etc. A wkład cywilizacji? Dzisiejsi mieszkańcy bogatych miast żyją znacznie dłużej, niż ci z biednych. W naszych warunkach potrzebniejsze jest podkreślanie funkcjonalnych więzi społecznych i budowanie zaufania, od akcentowania sprzeczności. Gdy zatem czytam np. o problemach z prymatem modelu biomedycznego w podejściu do zdrowia, jako bariery w docenianiu roli promocji zdrowia i profilaktyki, traktuję je jako złe służące rozwojowi tych ostatnich. Zdecydowanie złą rolę odgrywa wciąż bałagan kompetencyjny i organizacyjny, w którym siłą rozpędu funkcjonuje stary model myślenia, z jakimś poziomem zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych. Brak chętnych do myślenia strategicznego, a tu dopiero jest miejsce na promocję zdrowia, profilaktykę i racjonalność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W. Sidorowicz

Od paru lat próbujemy na łamach PROMOTORA przybliżać tematy szeroko pojmowanej promocji zdrowia. Przede wszystkim próbowaliśmy opisywać i podsuwać rozwiązania od strony praktycznej. Dlatego koncentrowaliśmy się na bardzo specyficznych tematach, ściśle związanych z konkretnymi obszarami zdrowotnymi i strategiami ich rozwiązywania. Uważamy, że nadszedł czas, by spojrzeć nieco szerzej na to, co w promocji zdrowia dzieje się w naszym regionie, a także w kraju. Czas ku temu jest wyjątkowy. Z jednej strony staje się widoczne podważanie ostatnich reform systemu służby zdrowia, przy braku jasnej koncepcji tego, co można zaproponować w zamian. Z drugiej strony natomiast zbliża się termin wejścia Polski do Unii Europejskiej, pozostały nam dwa lata. To są ważne wydarzenia, które rzutować będą w najbliższej przyszłości na model służby zdrowia w naszym kraju. Niezbędna jest więc już dziś wizja lub strategia, która byłaby w stanie dać wyobrażenie o modelu, ku któremu będziemy zmierzać. Czy w chwili obecnej, wiosną 2002, możemy mówić o takiej wizji? Czy istnieje polityka zdrowotna? Wiodący temat tego numeru zachęca nas do rozmowy redakcyjnej. Doktor Władysław Sidorowicz, szef Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego oraz były Minister Zdrowia jest jedną z najbardziej kompetentnych osób w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Zatem, jak sądzimy, jego głos jest istotnym głosem, wskazującym realne zagrożenia i słabości, ale także mocne strony i nasze szanse.



fot. Wydział Zdrowia UM. Dyrektor W. Sidorowicz

Polityka zdrowotna jest częścią polityki społecznej, w której przedmiotem działania władz jest zdrowie.

L. K.: Co to jest "polityka zdrowotna państwa" i kto ją powinien tworzyć?

W. Sidorowicz: Polityka zdrowotna jest częścią polityki społecznej, w której przedmiotem

działania władz jest zdrowie. Od Maxa Webera dostrzega się aspekty legalnego przymusu, którego stosowanie w państwie demokratycznym legitymizowane jest wyborami powszechnymi.

polityka zdrowotna

polityka zdrowotna

W trójpodziale władz, zasadnicze znaczenie w tworzeniu polityki zdrowotnej ma Rząd, tworzony z wyłonionej większości parlamentarnej. Wreszcie, w ramach podziału zadań w Rządzie, właściwym Ministrem odpowiedzialnym za politykę zdrowotną jest Minister ds. Zdrowia. Definicje te należy uzupełnić o konstytucyjną normę subsydiarności, która powinna przenikać każdą decyzję państwową.

Proces decentralizacji, z przekazywaniem uprawnień innym szczeblom władz publicznych, organizacjom pozarządowym i wreszcie aktywnym jednostkom, ma zakotwiczenie w najważniejszym akcie ustrojowym - Konstytucji. Jednak proces decentralizacji, którego najradzykalniejszym przejawem jest przekazanie publicznego zadania (np. z ochrony zdrowia) i środków na jego realizację podmiotom prywatnym, nie zdejmuje z władz publicznych właściwego szczebla odpowiedzialności za wykonywanie usług publicznych. I tak, im więcej decentralizacji, tym istotniejszy skuteczny nadzór nad procesem zaspakajania potrzeb przez różne podmioty. Zasada pomocniczości wymaga odrzucenia historycznego bagażu, z wrogością klas (ludzi) do siebie i nieufnością, jako fundamentami ładu społecznego. Nadzór taką zasadą - zasadą pomocniczości - musi się kierować, jeśli nie ma dusić aktywności obywateli.

Budowanie zaufania społecznego, uruchamianie możliwości dobrowolnej, twórczej współpracy ludzi na rzecz zdrowia, to ważne elementy polityki zdrowotnej.

L. K. : Jesteś zwolennikiem dystansowania się do ostatnich pomysłów reformowania służby zdrowia, jak więc widzisz, i czy w ogóle widzisz, rolę ostatniego dokumentu MZ, a właściwie Min. Łapińskiego, zatytułowanego NOZ (Narodowa Ochrona Zdrowia), w kształtowaniu polityki zdrowotnej?

W. Sidorowicz: Dobrze się stało, że w lutym, pięć miesięcy po przejęciu władzy, Ministerstwo opublikowało swe zamierzenia w dokumencie NOZ; jeszcze lepiej, że Rada Ministrów odesłała go do konsultacji społecznej. W trzeciej dekadzie marca stała się dostępna już sko-

rygowana, chudsza o połowę, druga wersja tego dokumentu. Usunięto z niej wiele zapisów, które nie trzymały elementarnych standardów profesjonalnych (np. kuriozalne przekonanie autora (-ów?), że nadzór oznacza podporządkowanie i podległość, etc.)

Jednak podstawowe mankamenty koncepcji pozostały. Minister chce w swych rękach scentralizować decyzje o planach finansowych, planach zdrowotnych, chce prawa powoływania Rad Narodowego Funduszu Zdrowia. Niezadowolone społecznie, w znacznej mierze słuszne, nie może usprawiedliwiać powrotu do scentralizowanego modelu, o którego dysfunkcjonalności naprawdę wiele wiemy. Co gorsza, brak w tym dokumencie odpowiedzi na najtrudniejsze problemy, przed jakimi stanął system ochrony zdrowia. Nie ma propozycji kryteriów tworzenia sieci szpitali krajowych. Anachroniczna jest koncepcja integracji specjalistyki ambulatoryjnej z podstawową opieką zdrowotną; na ogół w świecie specjalistka jest zintegrowana z pionem szpitalnym. Mamy więc



z jednej strony ogromny pęd do dużej władzy, a z drugiej strony brak jasności, czy stoi za tym wiedza o systemie. Przekonania o słuszności, prezentowane przez obecne władze, nie tworzą gwarancji uzyskania rzeczywistej poprawy istniejącego stanu rzeczy. Nie jest też prawdą, że całe zło zaczęło się od wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych. Przydałoby się trochę więcej szacunku dla osiągniętego dorobku, na który składają się nie tylko lepsze, czy gorsze poczynania władz, ale także wysiłek całego personelu służby zdrowia, poddanego ogromnej presji nowych i trudnych regulacji. Nie jest dobrym pomysłem ogłaszać co cztery lata "nowy początek". Wolałbym, by polityka nowego ministerstwa była zgodna z tendencjami przemian w krajach europejskich i zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, a władza centralna korzystała ze swych uprawnień do wzmacniania odpowiedzialności wszelkich jednostek, grup, organizacji i władz pośrednich szczebli.

L.K.: W roku 2000 ukazała się, wydana przez Sejmik Województwa Dolnośląskiego, "Regionalna Polityka Zdrowotna Dolnego Śląska, Kierunki rozwoju i działania do roku 2003". Jak ją oceniasz? Czy jest tam miejsce dla promocji zdrowia? Czy istnieje polityka zdrowotna dla naszego regionu, dla Dolnego Śląska?

W. Sidorowicz: - Szczerze mówiąc, niewiele pamiętam z tego dokumentu. Od grudnia 2000 do końca grudnia 2001 roku, w Sejmiku toczyła się wojna o odwołanie marszałka Jana Waszkiewicza, wojna, która zepchnęła znacznie problemów merytorycznych. Wojna konsoliduje obozy, ale ogranicza możliwość debaty. Nadto sam Sejmik nie dysponuje własnymi środkami na prowadzenie polityki zdrowotnej. Powołany Regionalny Komitet Sterujący w naszym województwie, wykorzystano raczej do załatwienia pewnych lokalnych interesów osób znaczących w tym Komitecie, a nie do kreowania spójnej, opartej o kryteria merytoryczne polityki zdrowotnej. A szkoda!

L.K.: Jakie warunki, wg Ciebie, powinny być spełnione, aby wzrosła w Polsce ranga pro-

filaktyki promocji zdrowia, a generalnie, jakie są szanse jej rozwoju w najbliższych latach? Czy wystarczy mobilizacja przed wejściem do Unii Europejskiej?

W. Sidorowicz: Według mnie rola profilaktyki i promocji zdrowia rośnie. Uczestnicząc w pracach Komisji Zdrowia Związku Miast Polskich i Unii Metropolii Polskich widzę, że samorządy coraz mocniej angażują się w realizację zadań promocji zdrowia i profilaktyki. Dostrzegam tu proces stopniowego narastania przekonania u władz samorządowych, o konieczności wykonywania pewnych zadań zdrowia publicznego. Coraz większą rolę odgrywają też organizacje pozarządowe. Z pewnością brakuje polityki państwowej w tej materii, nie widać też dobrego pomysłu w dokumencie NOZ. A szkoda, bo z wielu powodów kasy chorych uwikłane są znacznie mocniej w funkcjonowanie systemu świadczeń zdrowotnych, na które brakuje im pieniędzy. Raczej wyjątkowo są w stanie podjąć program inwestowania długookresowego, a do takich inwestycji należą zadania w dziedzinie promocji zdrowia i profilaktyki. Tu jest, moim zdaniem, wdzięczne pole dla MZ. A tak mamy bardzo zróżnicowany poziom zaangażowania, bogactwo kierunków działania i także spory rozrzut w jakości. Jest w sumie lepiej, niż wynikałoby np. z raportu o stanie wykonania zadań NPZ, który nie ma przecież żadnego biegu. Wydaje się, że najważniejsze jest, by osoby zaangażowane w różnych miejscach w promocję zdrowia i profilaktykę, kontynuowały swoją pracę, bo mimo wszystko mamy do czynienia z procesem "kuli śnieżnej", co stopniowo znajdzie przełożenie na uporządkowanie tej sfery i docenienie jej w polityce społecznej.

L.K.: Dziękuję za rozmowę. Miejmy nadzieję, że owa "kula śnieżna" nie przestanie się toczyć...

Rozmowa autoryzowana, została przeprowadzona przez L.Kulmatyckiego w kwietniu 2002 r.

polityka zdrowotna

strategia 2002-2010

strategia promocji zdrowia 2002-2010 dla województwa dolnośląskiego

Tomasz Augustyn (DRKCh o/Wałbrzych)
Maryla Bogowolska-Wespięć (UM)
Agnieszka Cendrowicz (UW)
Robert Grudniewski (DRKCh)
Ewa Jaruzelska (DRKCh)
Grażyna Lachowska ((DRKCh)
Bożena Mrozek (DRKCh)
Piotr Kollbek (UW-ROMOZ)
Lech Lenkiewicz (UW-ROMOZ)
Joanna Mały (DRKCh o/Legnica)
Renata Niemierowska (DRKCh)
Agnieszka Sieńko (BKCh)
Honorata Stachowicz (DRKCh o/ Jelenia G.)
Leszek Sokalski (UM)
Krzysztof Wilczek (WSSE)
Igor Wolniakowski (UM)

pod redakcją
Lesława Kulmatyckiego (DRKCh)

Prezentujemy fragmenty roboczej wersji opracowania, powstałego z inicjatywy Dolnośląskiego Zespołu d.s. Promocji Zdrowia w lutym 2002 roku. Uważamy za stosowne zaprezentowanie fragmentów tego opracowania właśnie w tym numerze „Promotora”, który koncentruje się na polityce zdrowotnej.

Strategia opracowana została przez zespół promocji zdrowia Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych (DRKCh) w oparciu o wcześniejszy dokument "Plan Działania 2000-2005" i przy współpracy przedstawicieli: Urzędu Marszałkowskiego (UM), Urzędu Wojewódzkiego - Regionalnego Ośrodka Monitorowania Ochroną Zdrowia (UW-ROMOZ), Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (WSSE) i Branżowej Kasy Chorych (BKCh). Opracowanie składa się z trzech zasadniczych części, a w uzupełnieniu załączony jest obszerny aneks.

Wprowadzenie

Nie istnieje nowoczesna ochrona zdrowia bez długofalowej polityki zdrowotnej państwa, bez szerokiego programu oddziaływań profilaktycznych oraz bez wzmacniania prozdrowotnych zachowań obywateli. Od kilkunastu lat, tj od stworzenia Karty

Ottawskiej, wszystkie kraje aspirujące do budowania perspektywicznej ochrony zdrowia takie plany i praktyczne programy promocji zdrowia wdrażają i doskonalą. Wynika to z prostego rachunku ekonomicznego. Bogatych i rozwijających się krajów nie stać na ciągle wzrastające koszty, związane z medycyną naprawczą. Opłaca się inwestować w ludzką wiedzę i odpowiedzialność za

własne zdrowie. Niestety, mimo ponad dziesięciu lat zmian ustrojowych w Polsce, wciąż brak spójnej polityki zdrowotnej państwa w odniesieniu do promocji zdrowia. Z pełną odpowiedzialnością można powiedzieć, że dystans dzielący nas od krajów europejskich powiększa się. Związane jest to przede wszystkim z opóźnieniem, czy zaniechaniem wielu pozytywnych inicjatyw na rzecz promocji zdrowia (na przykład: rozwiązanie Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, czy ciągły brak ustawy o Narodowym Programie Zdrowia). Sytuacja ogólnokrajowa nie zwalnia liderów regionalnych od podejmowania właściwych kroków na rzecz poprawy zdrowia, oraz uruchomienia długofalowego programu promocji zdrowia o wymiarze regionalnym. Tym bardziej, że sprzyja temu idea euroregionów oraz względna autonomia samorządów lokalnych. Wstępny krok został zrobiony. W październiku 2000 r. doszło do podpisania porozumienia w zakresie współpracy na rzecz promocji zdrowia w województwie dolnośląskim. Porozumienie zawarte zostało pomiędzy Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych i Branżową Kasą Chorych. W celu rozpoczęcia prac powołany został Dolnośląski Zespół d.s. Promocji Zdrowia (DZPZ), który po roku pracy przedstawił "Sprawozdanie za rok 2001 oraz założenia pracy zespołu w roku 2002". Owocem pracy zespołu jest m.in. niniejsza Strategia, a najważniejszym wnioskiem jest powołanie Dolnośląskiego Centrum (Biura, Wydziału) Promocji Zdrowia.

Prezentowany dokument składa się z trzech części. W części pierwszej przedstawiamy najważniejsze założenia idei promocji zdrowia. W tej części wskazujemy na dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia "Zdrowie 21", omawiamy "Narodowy Program Zdrowia 1996-2005", oraz prezentujemy dokument "Regionalna Polityka Zdrowotna Dolnego Śląska, kierunki rozwoju i działania do roku 2003". W części drugiej prezentujemy profil województwa dolnośląskiego oraz przedstawiamy najważniejsze przesłanki mogące mieć wpływ na wybór programów zdrowotnych. W części trzeciej prezentowane są cele promocji zdrowia dla Dolnego Śląska. Ta część jest zarazem propozycją strategii promocji zdrowia dla tego regionu. Do opracowania dołączony jest obszerny Aneks, który był podstawą do określenia celów długofalowych. Dane ujęte są w 8 grupach: demograficzne, spo-

leczno-ekonomiczne, o systemie opieki zdrowotnej, środowisku pracy, nauki i wypoczynku, dane epidemiologiczne, dane dotyczące uzależnień oraz dane o programach profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Ku rozwiązaniom europejskim "Zdrowie 21"

W roku 1998 Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła Deklarację Zdrowia "Zdrowie 21"- Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku. Dokument ten był konsekwentnym rozwinięciem wcześniejszej inicjatywy ŚOZ "Zdrowia dla Wszystkich", z początku lat osiemdziesiątych, oraz europejskiej wersji z roku 1985. Bez wątpienia polityka zdrowotna znajduje się w centrum zainteresowania Unii Europejskiej. W związku ze staraniami Polski o uzyskanie członkostwa, nie bez znaczenia jest dobre rozeznanie w ewentualnej współpracy z krajami Unii. Komitet Integracji Europejskiej opracował Narodowy Program Przygotowania do Członkostwa w UE (NPPC). Znajduje się tu również sfera ochrony zdrowia, zdrowia publicznego i w konsekwencji profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Reakcją naszego kraju na dokument "Zdrowie 21" była korekta ostatniej wersji naszego Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005. Jedną z głównych zasad przyświecających "Zdrowiu 21" jest łączenie dzisiejszej rzeczywistości i jutrzejszych marzeń.

Celem głównym jest uzyskanie pełnego potencjału zdrowotnego dla wszystkich.

Dwoma celami wspierającymi są:

- promocja i ochrona zdrowia w ciągu całego życia;
- redukcja występowania głównych chorób i urazów oraz złagodzenie ich następstw.

Podstawę etyczną "Zdrowia 21" tworzą trzy podstawowe wartości:

- zdrowie jako podstawowe prawo człowieka;
- równość w zdrowiu i solidarność w działaniu pomiędzy krajami oraz ich społecznościami lokalnymi, z uwzględnieniem zróżnicowania płci;
- współuczestnictwo i monitorowanie działań jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych, na rzecz stałego rozwoju zdrowia.

strategia 2002-2010

Strategia 2002-2010

Nie ma innej, efektywnej drogi wdrażania programu, niż przejęcie idei europejskiej najpierw na poziomie krajowym, a następnie regionalnym i lokalnym.

Określono cztery główne strategie wdrażania "Zdrowia 21":

- strategie wielosektorowe, zwracające uwagę na uwarunkowania zdrowia, biorące pod uwagę aspekt fizyczny, ekonomiczny, społeczny, kulturowy i odmienność płci, oraz zapewniające ocenę ich wpływu na zdrowie;
- programy nastawione na wynik zdrowotny i inwestowanie w poprawę zdrowia oraz opiekę kliniczną;
- zintegrowana i zorientowana na rodzinę i społeczność lokalną podstawowa opieka zdrowotna, wspierana przez elastyczny i właściwy system szpitalny;
- uczestnictwo w procesie rozwoju na poziomie społeczności lokalnej i kraju, oraz promowanie wspólnego podejmowania decyzji, wdrażania i rozliczania się z podejmowanych działań.

Ustalono dla regionu europejskiego 21 celów, które podzielić można na sześć obszarów:

I Zapewnienie równości w zdrowiu poprzez jedność w działaniu:

Cel 1 - Porozumienie na rzecz zdrowia w Regionie Europejskim

Cel 2 - Równość w zdrowiu

II Poprawa zdrowia 870 milionów ludzi w Regionie Europejskim:

Cel 3 - Zdrowy start życiowy

Cel 4 - Zdrowie młodych ludzi

Cel 5 - Zdrowie ludzi starszych

III Zapobieganie i zwalczanie chorób i urazów:

Cel 6 - Poprawa zdrowia psychicznego

Cel 7 - Redukcja chorób zakaźnych

Cel 8 - Redukcja chorób nie zakaźnych

Cel 9 - Redukcja urazów powstałych w wyniku przemocy i wypadków

IV Wielosektorowe strategie służące zapewnieniu trwałego zdrowia:

Cel 10 - Zdrowe i bezpieczne środowisko naturalne

Cel 11 - Zdrowszy tryb życia

Cel 12 - Redukcja skutków nadużywania alkoholu, palenia tytoniu i zażywania narkotyków

Cel 13 - Tworzenie przyjaznego zdrowiu otoczenia

Cel 14 - Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie

V Sektor opieki zdrowotnej ukierunkowany na wyniki:

Cel 15 - Zintegrowany sektor zdrowia

Cel 16 - Zarządzanie jakością opieki zdrowotnej

Cel 17 - Finansowanie świadczeń zdrowotnych i

alokacja środków

Cel 18 - Rozwijanie kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej

VI Polityka i mechanizmy kierujące zmianami:

Cel 19 - Badania naukowe i wiedza na rzecz zdrowia

Cel 20 - Pozyskiwanie partnerów dla zdrowia

Cel 21 - Założenia strategii i polityki "Zdrowia dla Wszystkich".

Strategie i zadania Zdrowia dla ZDW (Zdrowia dla Wszystkich) na poziomie regionu europejskiego powinny zapoczątkować podobne zdania na poziomie krajowym, a zadania na poziomie krajowym powinny z kolei dać początek formułowaniu lokalnych zadań.

Autorzy w końcowej części opracowania wyraźnie wskazują sposoby realizacji celów zapisanych w "Zdrowiu 21". Nie ma innej, efektywnej drogi wdrażania programu, niż przejęcie idei europejskiej najpierw na poziomie krajowym, a następnie regionalnym i lokalnym.

Narodowy Program Zdrowia - pobożne życzenia na poziomie ogólnokrajowym

Pierwsza wersja Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) została opracowana w roku 1990, w roku 1993 uaktualniono cele NPZ, a obecna, trzecia wersja, przyjęta w 1996 roku, zmieniła koncepcję i konstrukcję zapisów.

Strategicznym celem ostatniej wersji Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa zdrowia ludności i związanej z nią jakości życia.

Cel ten ma być realizowany poprzez:

- stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych;
- kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki;
- zmniejszenie różnic w zdrowiu i w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

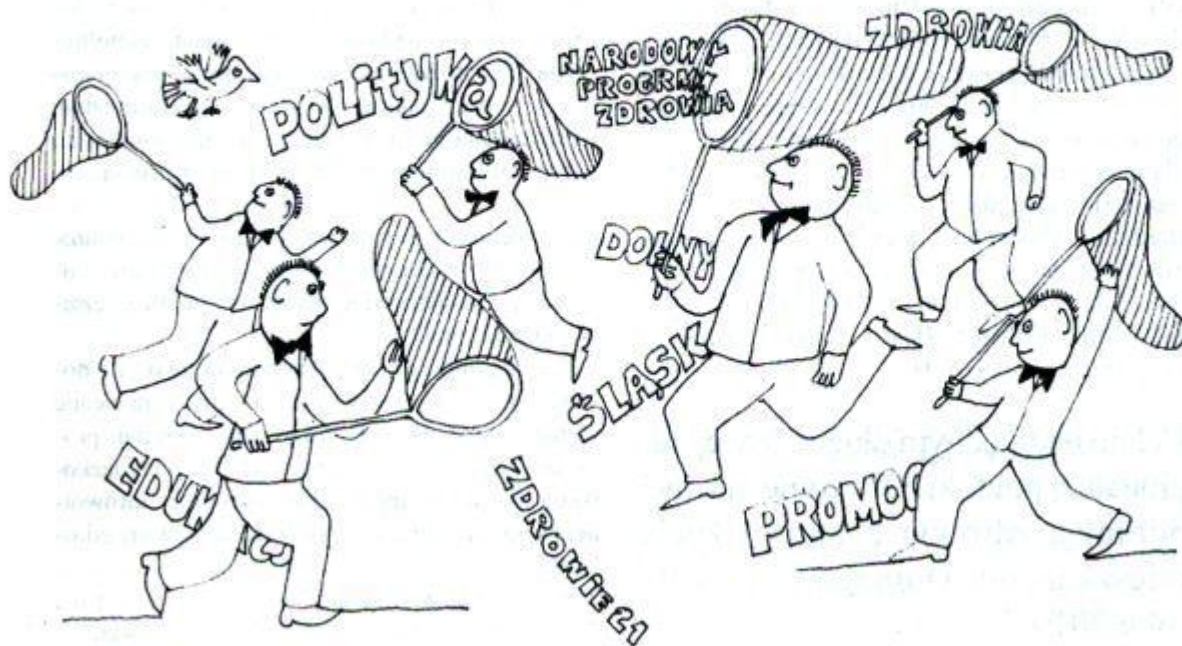
Realizacji celu strategicznego służy 18 celów operacyjnych.

Należy podkreślić, że program został opracowany przez zespół ekspertów, reprezentujących różne resorty, i przyjęty przez Radę Ministrów jako dokument rządowy. Narodowy Program Zdrowia w wersji 1996-2005, przyjęty przez Radę Ministrów we wrześniu 1996 r., miał być realizowany przez 23 resorty oraz urzędy centralne, pod przewodnictwem wicepremiera i ministra zdrowia. Podstawowym zadaniem NPZ jest promocja zdrowia i profilaktyka, co różni obecnie realizowany program od poprzednich wersji, gdyż taka koncepcja programu zdrowotnego o zasięgu ogólnokrajowym jest zgodna z zaleceniami WHO i programem "Zdrowie dla wszystkich w 2020 r." - uzasadniał zmiany ówczesny wiceminister zdrowia. Na szczęblu województw NPZ mieli koordynować pełnomocnicy wojewodów, powołani w porozumieniu z sejmikami samorządowymi. W lutym 1998 opracowany został program monitorowania NPZ, nie było natomiast środków na jego realizację. Zapisy mówią, że pieniądze miały i mają być wygospodarowane w budżetach jednostek realizujących cele NPZ (np. szkoły, zakłady pracy, samorządy lokalne, organizacje pozarządowe czy osoby prywatne). Wg sprawozdań, poniesiony koszt realizacji NPZ w latach 1996-1998 miał wynieść 1,9 mld zł. Niestety, trzeba wyraźnie powiedzieć, że po okresie ponad dziesięciu lat uruchamiania kolejnych wersji, NPZ nie ma przełożenia na praktyczne

działania w lokalnych społecznościach. W założeniu i w myśl hasła ŚOZ "myśleć globalnie, działać lokalnie", NPZ powinien być realizowany przede wszystkim przez samorządy, społeczności lokalne i organizacje pozarządowe. Według założeń ostatniej wersji NPZ, Ministerstwo i urzędy centralne oczekują inicjatyw regionalnych i lokalnych, pozostając zarazem organami wspierającymi i stymulującymi realizację celów NPZ. Ostatni dokument Ministerstwa Zdrowia o Narodowej Ochronie Zdrowia, wyraźnie podkreśla współpracę z samorządami lokalnymi w przygotowaniu realnych planów zdrowotnych. We wspomnianym dokumencie, w części poświęconej kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych, cały punkt B/ (o planach zdrowotnych) koreluje z zapisami NPZ. Wpisano tam, że *Regionalne Plany Zdrowotne będą elementami Narodowego Planu Zdrowotnego* opartego ideowo na Health for All in the 21 Century - WHO*.

Z naszej Dolnośląskiej perspektywy realizacja NPZ w ostatnich trzech latach była martwym zapisem. Można wymieć trzy główne powody takiego stanu rzeczy.

1. brak Ustawy o NPZ,
2. brak środków na realizację NPZ,
3. brak zespołu profesjonalistów promocji zdrowia, którzy potrafiliby uruchomić w skali całego Dolnego Śląska taki proces. Nawet gdyby była Ustawa i środki, to wdrożenie długofalowych programów promocji zdrowia wymagają wielu miesięcy przygotowań.



strategia 2002-2010

Według założeń ostatniej wersji NPZ Ministerstwo i urzędy centralne oczekują inicjatyw regionalnych i lokalnych

Dolnośląska polityka zdrowotna w odniesieniu do promocji zdrowia w świetle dokumentów Urzędu Marszałkowskiego.

Sprawy promocji zdrowia w ostatnich trzech latach, kiedy tworzyły się podwaliny samorządowe dla naszego województwa, praktycznie nie były obecne. Widać to w zapisach projektu Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego, ujmującego długofalowe cele rozwoju regionu Dolnego Śląska. We wstępie autorzy podkreślają wagę opracowanej koncepcji, pisząc, iż (...) *strategia ma wyjść naprzeciw aspiracjom mieszkańców regionu i wyznaczyć cele, których realizacja pomoże stworzyć warunki dla pełnego rozwoju potencjału Dolnego Śląska (...), stanowi deklarację wspólnej realizacji misji, która identyfikuje Dolny Śląsk i odróżnia go od innych regionów w Polsce i w Europie*. W Strategii określono 5 kierunków rozwoju i sformułowano 12 celów, które uszczegółowione są w 118 zadaniach. Z punktu widzenia promocji zdrowia, najważniejsze są zapisy IV-go celu (humanizacja systemu usług społecznych). W aktualnym zapisie projektu, bezpośrednio promocji zdrowia dotyczą tylko 2 zadania IV-go celu. Są to: zadanie nr 9 - promocja zdrowego stylu życia oraz zadanie nr 14 - wspieranie działań ukierunkowanych na wychowanie i rekreację dzieci i młodzieży. W cytowanej wersji Strategii, na działania dotyczące profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia prawie nie zwrócono uwagi. Zainteresowanie promocją zdrowia, wobec widocznego faktu, iż w kontekście 118 zadań, tylko 2 zadania bezpośrednio odnoszą się do promocji zdrowia, jest więcej niż marginalne.

Bardziej „europejsko” sprawy promocji zdrowia przedstawione są w dokumencie Sejmiku Województwa Dolnośląskiego „Regionalna Polityka Zdrowotna Dolnego Śląska, Kierunki rozwoju i działania do roku 2003”.

Celem nadrzędnym długofalowej, regionalnej polityki zdrowotnej ma być poprawa zdrowia i jakości życia mieszkańców Dolnego Śląska do roku 2010.

Ten cel podzielono na cztery cele podrzędne:

1. kształtowanie zachowań prozdrowotnych,
2. eliminacja zagrożeń środowiska życia i pracy,
3. organizacja opieki zdrowotnej,
4. rozwój nauk medycznych.

Każdy z czterech celów podrzędnych rozpisano na „instrumenty” oraz podlegające im „działania”. W dokumencie tym promocja zdrowia przedstawiona jest bardzo szeroko.

Można powiedzieć, że założenie i przyjęte sformułowanie w celu pierwszym to kwintesencja promocji zdrowia. W celu tym, zatytułowanym Zmiana w stylu życia mieszkańców, ujęto najważniejsze propozycje: promocja stylu życia sprzyjającego zdrowiu, promocja zachowań prozdrowotnych i profilaktyka, oraz wczesne wykrywanie zachorowań. Znajduje się tu propozycja kilkunastu działań. Dla zobrazowania szerokiego ujęcia, cytuję kilka z nich: ograniczenie palenia, promocja sprawności fizycznej i intelektualnej, edukacja dla zdrowia, w tym rozwój sieci szkół promujących zdrowie, edukacja w zakresie odżywiania, profilaktyka zmniejszająca liczbę przypadków zachorowań itp.

W celu drugim wymieniono tylko jeden „instrument,” zatytułowany „Programy operacyjne przeciwdziałania chorobom stanowiącym zagrożenie społeczne”.

W jego obrębie wyszczególniono sześć działań, m.in. uruchomienie systemu centrów regionalnych koordynujących realizację wybranych elementów regionalnej polityki zdrowotnej, utworzenie edukacyjnego systemu publicznego informowania o wybranych chorobach, zapobiegania im i wczesnym wykrywaniu, czy utworzeniu subregionalnej sieci edukacji, doradztwa i profesjonalnego wsparcia działań lokalnych instytucji i pracowników ochrony zdrowia.

Cel trzeci to dostosowanie struktur i usług ochrony zdrowia - zapewnienie mieszkańcom gwarantowanego pakietu usług zdrowotnych. Tu są cztery „instrumenty”:

1. Regionalny system zapewnienia jakości i dostępności usług zdrowotnych (tu m.in. polecane są takie działania, jak: rozwój sieci szpitali promujących zdrowie, czy wprowadzenie obowiązkowego dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej programu akredytacji jednostek ochrony zdrowia).

Trzy kolejne „instrumenty” to:

2. Program restrukturyzacji ochrony zdrowia,

3. Regionalny system informacji zdrowotnych (tu m. in. zadanie, mówiące o dostosowaniu danych statystycznych z zakresu zdrowia, do wymogów Unii Europejskiej), 4. Regionalny system informacji o pacjencie (tu są działania na rzecz RUM, czy uruchomienia regionalnej sieci telemedycznej).

Cel czwarty dotyczy rozwoju badań, kształcenia oraz nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia. Wymienione są trzy "instrumenty": 1. konsultacyjna rada naukowa (w działaniach wymienione, m.in. instytucjonalizacja samorządów terytorialnych z AM we Wrocławiu w ramach Dolnośląskiej Fundacji Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, czy stała współpraca z zagranicznymi ośrodkami naukowymi), 2. regionalny system kształcenia przed- i podyplomowego w ochronie zdrowia, 3. współpraca międzyregionalna (działania mają obejmować m.in. przygotowanie do finansowania ze środków międzynarodowych, czy udział w międzynarodowych programach).

W dalszej, metodologicznej części omawianego dokumentu, poświęconej założeniom kształtowania sieci usług, wspomniano o roli profilaktyki w wymiarze regionalnej współpracy. W dokumencie czytamy, iż: *podstawowym elementem prozdrowotnym są systemy zapobiegania schorzeniom.*

Zadania w zakresie ochrony zdrowia, wynikające z układu kompetencji władz państwowych można podzielić na rządowe i samorządowe.

Na rządzie i jego agendach spoczywa obowiązek:

- kształtowania i realizowania polityki zdrowotnej, uwzględniającej działania z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia, w odniesieniu do głównych zagrożeń zdrowotnych;
- stwarzania przez ustawodawcę wymogów w zakresie finansowania przez dysponentów środków publicznych i przez świadczeniodawców programów prewencyjno-promocyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Samorząd odpowiedzialny jest, m.in. za:

- realizowanie ustawowych zadań wynikających z funkcji organu założycielskiego dla placówek medycznych;
- wyznaczanie kierunków lokalnej polityki zdrowotnej;
- realizowanie ustawowych zadań z zakresu zdrowia publicznego, promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej ze środków własnych oraz przy wsparciu państwa;

- monitorowanie warunków i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców;
- ewentualne wspieranie infrastruktury lokalnego systemu opieki zdrowotnej z własnego budżetu.

Najwyższy czas na profesjonalny zespół promocji zdrowia dla całego Dolnego Śląska

W listopadzie 2000 r. doszło do podpisania porozumienia o międzysektorowej współpracy na rzecz promocji zdrowia w województwie dolnośląskim. Porozumienie zawarte zostało pomiędzy Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych i Branżową Kasą Chorych. W celu rozpoczęcia prac powołany został Zespół d.s. Promocji Zdrowia, nazywany Dolnośląskim Zespołem d.s. Promocji Zdrowia.

Po pierwszym roku pracy Dolnośląskiego Zespołu d.s. Promocji Zdrowia przedstawione zostały następujące wnioski:

1. Rozszerzenie składu Zespołu o osoby i specjalistów z innych dziedzin. Uznajemy, że Zespół w swoim trzonie powinien pozostać w składzie ustalonym w Porozumieniu. Odczuwany jest jednak brak przedstawicieli sektora edukacji, dlatego proponujemy dokooptowanie przedstawiciela Kuratorium Oświaty. Również, w zależności od fazy swojej pracy, Zespół powinien mieć możliwość zapraszania współpracowników i ekspertów z różnych dziedzin, w celu zasięgnięcia ich opinii.
2. Współpraca z samorządami - zgodnie ze środowiskową ideą promocji zdrowia, niezbędna jest współpraca różnych sektorów oraz z ubezpieczeniowymi. Dotyczy to przede wszystkim regularnych form kontaktowania się z przedstawicielami samorządów lokalnych, poprzez konferencje czy spotkania informacyjne, dotyczące promocji zdrowia.
3. Środki do dyspozycji Zespołu - obsługa pracy Zespołu oraz realizacja zadań. Zespół powinien dysponować minimalnymi środkami, niezbędnymi do obsługi kosztów biurowych (korespondencja, kopiowanie, wydruk sprawozdań, ankiet, opracowanie i wydruk niektórych dokumentów Zespołu, koszty przejazdów itp.).
4. Zespół wykonawczy - powołanie Dolnośląskie-

strategia 2002-2010

aby osiągać
rezultaty,
najpierw
należy
zainwestować

go Centrum (Biura, Wydziału) Promocji Zdrowia, który realizowałby politykę w zakresie profilaktyki chorób i patologii społecznych oraz promocję zdrowia, w sposób zintegrowany dla całego Dolnego Śląska.

Jest to najważniejsza z propozycji, warunkująca dalsze istnienie Dolnośląskiego Zespołu d.s. Promocji Zdrowia. Jednomyślnie uznaliśmy, że Zespół przedstawia tylko pewną koncepcję, natomiast konieczny jest wykonawca, który podejmie długofalową pracę na co dzień. Poniżej przedstawiona jest propozycja funkcjonowania Centrum (Wydziału, Biura) w strukturach Urzędu Marszałkowskiego oraz rola obecnego Zespołu.

Zespół wykonawczy (Wydział, Biuro, Centrum) powinien być powołany w strukturach Urzędu Marszałkowskiego. DZPZ pełniłby rolę doradczą.

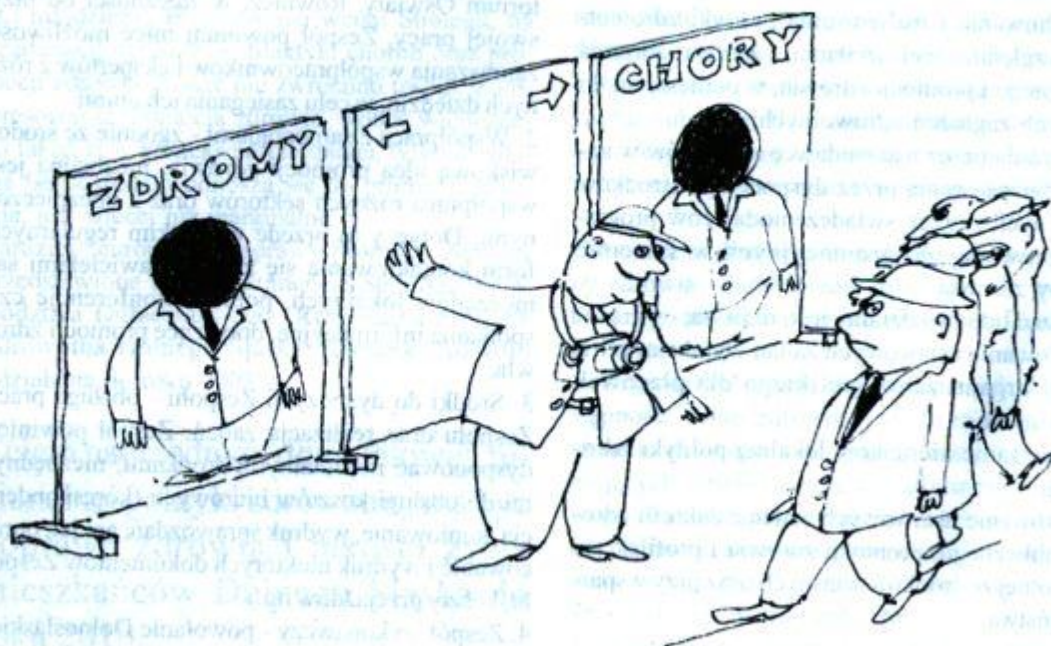
Założenia pracy Dolnośląskiego Centrum (Wydziału, Biura) Promocji Zdrowia

Uzasadnienie:

1. Promocja zdrowia nie może opierać się na amatorskich i społecznych zrywach, gdyż z czasem skazana jest na niepowodzenie. Dlatego też nie może być mowy o realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia, na tak rozległym obszarze jak Dol-

ny Śląsk, bez powołania profesjonalnego zespołu.
2. Wykonawczy, etatowy zespół realizujący założenia planu strategicznego poprzez szczegółowe zadania jest konieczny. Przy coraz większej liczbie programów i środków przekazywanych z różnych źródeł, niezbędna jest koordynacja i merytoryczna ocena szeregu przedsięwzięć na terenie całego Dolnego Śląska. Coraz częściej pojawia się zjawisko dublowania i konkurowania programów, nie zawsze z poszanowaniem środków publicznych, czy z pożytkiem dla adresata. W wypadku promocji zdrowia, jednym w największych niebezpieczeństwach jest tendencja do "rozcienieczania" celów i zadań.

3. W krajach, w których rozwija się promocja zdrowia, widać jej rangę w istnieniu i funkcjonowaniu struktur i etatów. Wychodzi się z założenia, że aby osiągać rezultaty, najpierw należy zainwestować. Inspiracją dla nas mogą być rozwiązania wielu krajów europejskich. Region wielkości Dolnego Śląska obsługiwany byłby przez kilkudziesięciu osobowy zespół promotorów zdrowia różnej specjalności. Dla przykładu, porównywalny w Szkocji populacyjnie do Dolnego Śląska obszar Glasgow, należący do Greater Glasgow Health Board, zatrudniał w roku 1994, w Departamencie Promocji Zdrowia (Health Promotion Department) ok. 90 osób. Jest to przykład, a także potwierdzenie określonego w krajach europejskich standardu. Oczywiście, nie stać nas jeszcze na taki rozmach, ale od czegoś należy zacząć.



Zadania:

Zespół wykonawczy w perspektywie najbliższych lat realizowałby następujące zadania:

1. przeprowadzenie rzetelnej diagnozy oraz określenie najważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych (na podstawie NPZ oraz na podstawie niniejszego opracowania, tj. "Strategii promocji zdrowia 2002-2010 dla województwa dolnośląskiego"),
2. weryfikacja potencjalnych możliwości regionu dla realizacji zadań promocji zdrowia (środki, pracownicy, struktury itp.),
3. planowanie, szacowanie ważności, ustalania priorytetów w zakresie promocji zdrowia, zarówno pod względem adresatów, strategii oddziaływania jak i obszarów problemów zdrowotnych,
4. mobilizowanie lokalnych społeczności do aktywnego włączania się w podejmowanie działań na rzecz rozwiązywania własnych problemów zdrowotnych,
5. budowanie bazy danych, dotyczących programów promocji zdrowia (adresaci, realizatorzy, koszty, miejsca, ewaluacja itp.),
6. tworzenie platformy współpracy i wymiany informacji dla promotorów zdrowia regionu,
7. wypracowywanie narzędzi do monitorowania i ewaluacji regionalnych programów promocji zdrowia,
8. uruchomienie systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego w zakresie promocji zdrowia,
9. nadzorowanie prac w przygotowywaniu materiałów edukacyjnych i szkoleniowych,
10. koordynowanie wszelkich działań na rzecz promocji zdrowia w obrębie województwa oraz współpracy krajowej i międzynarodowej.

Struktura:

W związku z koniecznością współpracy z wieloma sektorami, Centrum powinno być umiejscowione w Urzędzie Marszałkowskim, podlegając mu jako Biuro, bezpośrednio pod jednego z wice-marszałków; natomiast w strukturach Departamentu Polityki Zdrowotnej, jako jeden z Wydziałów. Obecny, między-instytucjonalny Dolnośląski Zespół d.s. Promocji Zdrowia pełniłby rolę doradczą.

Skład i wymogi merytoryczne zespołu:

Centrum, w pierwszym okresie 5-6 osób, z doświadczeniem i merytorycznymi kwalifikacjami w zakresie promocji zdrowia, zatrudnionych w drodze konkursu. Osoby zatrudnione musiałyby spełniać określone kryteria merytoryczne i osobowościowe. Do najważniejszych zaliczyć należy: kierunkowe wykształcenie wyższe lub podyplomowe (zdrowie publiczne lub promocja zdrowia), doświadczenie w realizacji zadań promocji zdrowia,

dobra znajomość co najmniej jednego języka zachodniego). Zespołem kierowałaby osoba z największym doświadczeniem w randze dyrektora, która powinna mieć decydujący głos w doborze zespołu. Po dwóch latach pracy powinno nastąpić rozszerzenie składu zespołu, wraz z rozszerzeniem zadań (patrz: plan działania)

Budżet:

W początkowej fazie niezbędny do prowadzenia swoich zadań w zakresie prac dotyczących bazy danych, diagnostycznych, szkoleniowych, czy edukacyjno-informacyjnych. W fazie dalszej, również środki z budżetu regionalnego do nadzorowania programów własnych oraz prowadzenia negocjacji w celu nawiązania współpracy z innymi państwami.

Przesłanki dla programów zdrowotnych

Z zebranych danych, odnoszących się do ośmiu grup informacji z województwa dolnośląskiego wynika 17 przesłanek, które m.in. wpływały na wybór celów długofalowych promocji zdrowia.

1. Starzenie się ludności województwa dolnośląskiego.
2. Ujemny przyrost naturalny.
3. Wysoka stopa bezrobocia.
4. Pozytywne zmiany w strukturze wydatków na rzecz zdrowia.
5. Większa dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej.
6. Mniejsza dostępność do usług zdrowotnych w środowisku wiejskim.
7. Ogólny wzrost świadomości ekologicznej społeczeństwa dolnośląskiego.
8. Zmniejszanie się liczby szkół podstawowych, bibliotek i ośrodków kultury.
9. Hałas jako najpoważniejszy problem w środowisku pracy.
10. Wzrost przestępczości w środowisku nieletnich.
11. Choroby układu krążenia jako najważniejsza przyczyna zgonów.
12. Choroby nowotworowe oraz urazy i wypadki to kolejne przyczyny zgonów.
13. Wzrost asortymentu środków odurzających na rynku.
14. Wzrost liczby aptek i usług rynku farmaceutycznego.
15. Częściowe uaktywnienie się lokalnych samorządów.
16. Systematyczny wzrost liczby programów zdrowotnych na Dolnym Śląsku.
17. Realne możliwości nawiązania współpracy z regionami europejskim.

Strategia 2002-2010

Zespół wykonawczy powinien być powołany w strukturach Urzędu Marszałkowskiego

Strategia promocji zdrowia 2002-2010 dla województwa dolnośląskiego

Ustalenia celów długofalowych 2002-2010 dla promocji zdrowia:

Biorąc pod uwagę cele europejskie, strategiczne cele NPZ, wcześniej opracowane cele regionalne oraz aktualne trendy zdrowia mieszkańców województwa dolnośląskiego, przedstawiamy

16 długofalowych celów dla promocji zdrowia na lata 2002-2010 dla województwa dolnośląskiego.

Cele podzielone są na trzy grupy.

Grupa pierwsza dotyczy współpracy międzysektorowej oraz tych problemów, które dotyczą różnych sektorów. Grupa druga koncentruje się na chronieniu i wzmacnianiu zasobów zdrowotnych, oraz zapobieganiu chorobom. Grupa trzecia odnosi się do jakości świadczeń w zakresie promocji zdrowia, oraz organizacyjnych i merytorycznych kryteriów oceny tych świadczeń.

Każdy z przedstawionych 16 celów dla województwa dolnośląskiego nawiązujące do celów krajowych (NPZ) i do celów europejskich (HEALTH).

I. Współpraca międzysektorowa w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych oraz wyrównanie szans dostępu do usług zdrowotnych dla wszystkich na terytorium Dolnego Śląska

Cel 1 - Porozumienie, współpraca i odpowiedzialność międzysektorowa za realizację programów zdrowotnych.

(NPZ 6, HEALTH 1, 14, 15, 21)

Cel 2 - Wyrównanie dostępności do serwisów i programów zdrowotnych.

(NPZ 12, HEALTH 2)

Cel 3 - Promocja zdrowego i bezpiecznego środowiska naturalnego, pracy, nauki, wypoczynku i zamieszkania.

(NPZ 8, 11, HEALTH 10, 13)

Cel 4 - Edukacja i promocja aktywnego i zdrowego stylu życia

(NPZ 6, HEALTH 11)

Cel 5 - Zintegrowana współpraca na rzecz redukcji skutków nadużywania alkoholu, palenia tytoniu i zażywania substancji psychoaktywnych

(NPZ 3, 4, 5, HEALTH 4, 12)

Cel 6 - Zintegrowana współpraca na rzecz promocji zdrowia wśród osób niepełnosprawnych

(NPZ 16, HEALTH 2, 5)

II. Utrzymanie i poprawa zdrowia oraz zapobieganie i zwalczanie chorób i urazów wśród mieszkańców Dolnego Śląska

Cel 7 - Utrzymanie i poprawa zdrowia dzieci, młodzieży i ich rodzin
(NPZ 2,6,9,13,18, HEALTH 3, 4)

Cel 8 - Utrzymanie i poprawa zdrowia ludzi dorosłych i w starszym wieku
(NPZ 1,2,6, HEALTH 5,11)

Cel 9 - Poprawa zdrowia psychicznego
(NPZ 7, HEALTH 6)

Cel 10 - Redukcja chorób zakaźnych
(NPZ 9,17, HEALTH 7)

Cel 11 - Redukcja chorób nie zakaźnych, szczególnie układu krążenia i nowotworowych
(NPZ 14,15, HEALTH 8)

Cel 12 - Redukcja urazów powstałych w wyniku przemocy i wypadków
(NPZ 8,10, HEALTH 9)

III. Jakość świadczeń w zakresie promocji zdrowia, organizacyjne i merytoryczne kryteria oceny

Cel 13 - Wdrażanie elementów zarządzania jakością opieki zdrowotnej w odniesieniu do profilaktyki chorób i promocji zdrowia
(NPZ -, HEALTH 16)

Cel 14 - Poszukiwanie źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych oraz racjonalizacja alokacji środków oraz pozyskiwanie partnerów i sojuszników
(NPZ -, HEALTH 17,20)

Cel 15 - Rozwijanie kompetencji kadry pracowniczej w promocji zdrowia
(NPZ 6, HEALTH 18)

Cel 16 - Budowanie bazy danych, podejmowanie badań na rzecz diagnozy stanu zdrowotnego mieszkańców Dolnego Śląska
(NPZ -, HEALTH 19)

Ramowy plan działania na lata 2002-2004

Propozycja ramowego planu działania, obejmująca fazę wdrożenia planu (styczeń 2002-grudzień 2004).

Z a d a n i e	Termin
Sprawozdanie Dolnośląskiego Zespołu d.s. Promocji Zdrowia DZPZ	styczeń 2002
Strategia promocji zdrowia 2002-2010 dla województwa dolnośląskiego (druk)	luty 2002
Program pracy 2002 dla DZPZ	marzec 2002
Konsultacje w sprawie Centrum (Biura, Wydziału)	do maja 2002
Uruchomienie Centrum (Biuro, Wydział)	do września 2002
Budżet 2003 dla rozpoczęcia realizacji strategii	do grudnia 2002
Rozpoczęcie realizacji celów długofalowych: 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 16	do grudnia 2003
a. program sieci szkół promujących zdrowie	
b. program sieci szpitali promujących zdrowie	
c. programy profilaktyczne ze środków własnych województwa i środków centralnych	
d. programy szkoleniowe dla liderów lokalnych społeczności i pracowników służby zdrowia, oświaty, samorządów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia	
e. szkolenie przed- i podyplomowe w zakresie promocji zdrowia we współpracy z uczelniami wrocławskimi	
f. redagowanie pisma dotyczącego promocji zdrowia na Dolnym Śląsku	
Budżet 2004 dla rozpoczęcia realizacji strategii	do września 2003
Rozpoczęcie realizacji celów długofalowych: 2, 3, 8, 9, 11, 12, 13 (i kontynuacja a-f)	do grudnia 2004
Kontynuacja:	
a. program sieci szkół promujących zdrowie	
b. program sieci szpitali promujących zdrowie	
c. programy profilaktyczne ze środków własnych województwa i środków centralnych	
d. programy szkoleniowe dla liderów lokalnych społeczności i pracowników służby zdrowia, oświaty, samorządów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia	
e. szkolenie przed- i podyplomowe w zakresie promocji zdrowia we współpracy z uczelniami wrocławskimi	
f. redagowanie pisma dotyczącego promocji zdrowia na Dolnym Śląsku	
Rozpoczęcie:	
g. program sieci miast promujących zdrowie	
h. program sieci zakładów pracy promujących zdrowie	
i. konferencje naukowe prezentujące działania w zakresie promocji zdrowia na Dolnym Śląsku	
j. program promocji zdrowia dla Dolnego Śląska w ramach współpracy z UE	

Pełny i szczegółowy plan działania powinien być przedstawiony przez zespół wykonawczy.

P o r o z u m i e n i e

DRKCh	Kasa Branżowa	Urząd Marszałkowski Zdrowie i Edukacja	WSSE	Urząd Wojewódzki
-------	------------------	---	------	---------------------

N. Fundusze Zdrowotne

**Dolnośląski Zespół
d.s. Promocji Zdrowia**

**Dolnośląskie Centrum
Promocji Zdrowia**

S t r a t e g i a 2 0 1 0

Współpraca krajowa i zagraniczna Ministerstwo Zdrowia Ministerstwo Edukacji KOWEZ Organizacje pozarządowe Euroregiony UE	Koncepcja Plan strategiczny Zespół Grupa specjalistów realizujących zadania wynikające ze strategii (zatrudniona w Dolnośląskim Centrum Promocji Zdrowia) Edukacja Studia, szkolenia, konferencje (specjalność, studia podyplomowe) Informacja Biuletyn (Promotor Zdrowia) Programy własne Dolnośląska Sieć Szkół Promujących Zdrowie Dolnośląska Sieć Placówek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie Dolnośląska Sieć Lokalnych Społeczności Promujących Zdrowie Programy wspierane Programy NPZ Programy ministerialne Programy międzywojewódzkie Programy Unii Europejskiej	Współpraca dolnośląska, międzysektorowa Kuratorium DODN Uniwersytet AWF AM Samorządy WZ UM
--	--	--

S a m o r z ą d y l o k a l n e

Schemat: Promocja Zdrowia na Dolnym Śląsku - propozycja działań zintegrowanych, 2002 -2010

? polityka zdrowotna

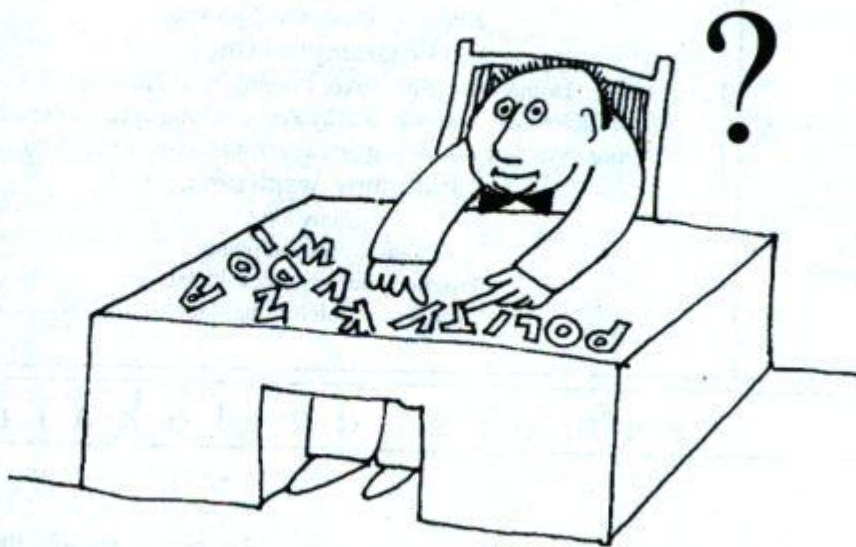
Co to jest *polityka* zdrowotna i czy istnieje?

L. Kulmatycki

W poszukiwaniu nowej tożsamości państwowej i ustrojowej, wciąż aktualne jest podejmowanie dyskusji na temat ewentualnego modelu służby zdrowia. Podkreślmy, że jest to zadanie nie tylko aktualne, ale konieczne. Nastąpiła bowiem bardzo kuriozalna sytuacja, w której znaczna część procesów życia społeczno-politycznego kieruje się kryteriami właściwymi dla wartości i reguł demokratycznych, podczas gdy w sektorze zdrowotnym ciągle dominuje myślenie epoki minionej.

Wydaje się, iż w pewnym sensie mniej jest wątpliwości w sferze politycznej, gdyż zasadniczy kierunek przemian jest w miarę prosty i klarowny (od nie demokracji do demokracji), natomiast w sferze społecznej nie jest to tak oczywiste. Kierunek przemian nie wydaje się jednoznaczny, ani możliwy do ustalenia na długi okres czasu. Założyć więc trzeba, że jest to proces, w którym będą się ścierać różne koncepcje. W takim procesie i ścieraniu różnych opcji i koncepcji, zawarta jest polityka społeczna i polityka zdrowotna.

Warto na wstępie wskazać zasadnicze różnice między dwoma głównymi nurtami: nie demokratycznym i demokratycznym. Okres sprzed 1989 r. charakteryzował się scentralizowanym systemem arbitralnie podejmowanych decyzji, wydawanych przez centralnie mianowane organy polityczne, bez możliwości wpływania na nie, czy też kontrolowania ich przez społeczeństwo. Tak więc w sferze zdrowia, potrzeb zdrowotnych i sposobach ich zaspokajania, decydowała wąska grupa osób, dysponująca władzą. W ten sposób owa wąska grupa, reprezentująca państwo, brała "odpowiedzialność" za zdrowie i samopoczucie obywateli. Generalnie, królowała niepisana reguła myślenia: "za moje zdrowie odpowiedzialne jest państwo". Po roku 1989 r., wraz z odradzaniem się demokratycznych struktur państwowości, następuje powolna decentralizacja w dziedzinie spraw dotyczących zdrowia. Istotną rolę zaczynają odgrywać lokalne samorządy. Ale hasło: "twoje zdrowie w twoich rękach", przejęte z krajów u o ustabilizowanych systemach opieki zdrowotnej, nieco inaczej brzmi u



nas. Zostaje bowiem przejęte z krajów o innej rzeczywistości ekonomiczno-kulturowej. Dlatego też, dla wielu ludzi bolesną lekcją jest poruszanie się w obecnym systemie, przypominającym głębokie i mętne wody, w którym komercjalizacja, reglamentacja, czy szara strefa usług zdrowotnych, staje się normą. I jeśli ma to oznaczać alternatywę wobec odgórnie sterowanej, "opiekuńczej roli państwa", to wielu pragnęłoby powrotu do przeszłości. Stąd, mi. in., obecne dylematy, a także... centralistyczne pomysły w reformowaniu służby zdrowia.

Trendy i procesy

Jednak najważniejszych trendów w zmianach opieki zdrowotnej nie można zatrzymać. Są one ściśle połączone z procesami społecznymi, które zachodzą w całym świecie. Wśród najważniejszych procesów, istotnie rzutujących na zmiany w opiece zdrowotnej, wymienić można trzy następujące:

1. Wzrasta rola jednostek i grup naciskowych, a co za tym idzie aktywnej i opiniotwórczej części elektoratu, wszak "demokracja opiera się zasadzie, zgodnie z którą żaden rząd nie jest prawomocny, jeśli jego władza i funkcjonowanie nie płyną z przyzwolenia rządzonych" (Hallowell. J.H. "Moralne podstawy demokracji", PWN, 1993, s.52).

2. Tworzą się grupy interesów, naturalne są więc podziały i odmienne punkty widzenia. Toteż dla twórczego funkcjonowania nowej koncepcji, niezbędne są mechanizmy dochodzenia do kompromisów. Uczestnikami polityki zdrowotnej staje się coraz większa grupa profesji, czy sektorów, która w dotychczasowym, tradycyjnym modelu, nie była kojarzona ze zdrowiem.

3. Wypracowywane są coraz precyzyjniejsze narzędzia i metody skutecznego bronięcia własnego punktu widzenia. Ujęte są one we wskaźnikach, standardach i kryteriach określonych usług zdrowotnych, które zwracają uwagę na jakość usług najbardziej znanych i uniwersalnych.

Model demokratycznego procesu politycznego dotyczy wszystkich sfer życia społecznego, a w szczególności sfery zdrowia. W naszej polskiej sytuacji, polityka zdrowotna winna brać pod uwagę szereg specyficznych uwarunkowań. Na przykład, jedna, tj. lekarska grupa systemu zdrowotnego jest wciąż wyraźnie dominująca, w związku z tym pozycje innych uczestników systemu zdrowia w tworzeniu polityki zdrowotnej są nierówne. Istnieje zatem niebezpieczeństwo mono-

polizacji wpływów, lub kreowania zorientowanej na interesy wyłącznie jednej grupy zawodowej strategii i polityki zdrowotnej itp. Oczywiście, konieczność znajdowania kompromisów wśród przeciwnych interesów różnych środowisk i grup, zajmujących się zdrowiem, jest trudnym i czasochłonnym procesem. Łatwiej na szczepku centralnym wprowadzić okólnik czy nakaz, który z dnia na dzień spowoduje określone działania, niż krok po kroku, demokratycznie dochodzić do - być może - tych samych działań lub rozwiązań, ale za przyzwoleniem i zgodą innych grup interesu. Oczywiście, decyzje jednoosobowe, czy decyzje podjęte z pozycji władzy, są na dłuższy czas działaniem iluzorycznym. Ów "skrót" w działaniu jest jedynie próbą ominięcia konfrontacji z profesjonalizmem i kompetencjami na płaszczyźnie negocjacji, w sferze konsultacji, a wreszcie "strategią" niedostrzegania wielości rozwiązań i wielości punktów widzenia.

Definicje

Generalnie, przełom w zainteresowaniu tzw "polityką zdrowotną" nastąpił w połowie lat 80-tych. Zbiegało się to ze swoistą rewolucją, tzn. tworzeniem i proklamacją Karty Ottawskiej w roku 1986. Mimo stosunkowo wysokiego konserwatyzmu środowisk naukowych w krajach demokracji zachodniej, w Europie Zachodniej nastąpił dynamiczny rozwój dziedziny, określanej jako polityka zdrowotna. Zaczęły powstawać katedry, czy departamenty polityki zdrowotnej przy uniwersytetach, wzrastała liczba publikacji na temat polityki zdrowotnej, pojawiły się czasopisma naukowe: "Journal of Health Politics, Policy and Law", "Health Politics", "Health Politics and Planning".

Oczywiście, nie nastąpiło to z dnia na dzień, był to proces obejmujący ostatnie dwadzieścia pięć lat. W sposób naturalny pojawiła się konieczność zdefiniowania samego pojęcia "polityki zdrowotnej". Nie było i nie jest to proste. Polityka zdrowotna nie ma jednej, obowiązującej definicji.

Ze względu na cel, można przedstawić kilka przykładowych definicji

Polityka zdrowotna jest częścią polityki społecznej, zarówno w sferze aksjologicznej, terminologii, czy metodologii. Jednak coraz częściej polityka zdrowotna wnosi bezpośredni wkład w rozwój polityki społecznej.

(na podstawie dokumentu WHO - Zdrowie dla Wszystkich).

?

polityka zdrowotna

polityka zdrowotna?

Polityka zdrowotna - to działalność, która ma na celu poprawę stanu zdrowia, zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, albo udzielanie świadczeń zdrowotnych. (wg W. Szuberta).

Polityka zdrowotna - to strategia (przyjmowana przez kraj, społeczność), służąca kontrolowaniu i optymalizowaniu przez nie wiedzy medycznej i dostępnych zasobów. (wg E. Pellegrino).

A oto przykład definicji polityki zdrowotnej ze względu na zasoby:

Polityka zdrowotna - to zbiór zasad przyjętych przez społeczeństwo, które to zasady określają w jaki sposób dokonywana jest alokacja zasobów przeznaczonych na ochronę zdrowia, albo też określają udział w kosztach i korzyściach zdrowotnych, które stają się udziałem poszczególnych grup.

(wg J. Lomasa - tu kryterium stanowi podział środków).

Można też wymienić przykładowe definicje ze względu na proces:

Polityka zdrowotna - to formalna deklaracja, przyznająca priorytet sprawom zdrowia i określająca cele zdrowotne, która tworzy określone zobowiązania dla różnych instytucji, także dla instytucji rządowych. (wg WHO).

Polityka zdrowotna - to proces, który opiera się na wyborze problemów priorytetowych dla danej społeczności, na wyborze celów, wyborze grup objętych działaniem i interwencji, która ma być podjęta. (wg W. Gilla).

Polityka zdrowotna - to proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń, odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponad-jednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym. (wg C. Włodarczyka).

Nawiązując do definicji Włodarczyka, władczy charakter rozstrzygnięć w odniesieniu do zdrowia podejmowany jest przez określone grupy uczestników sektora zdrowotnego. Kto zatem ma prawo i kompetencje, by takie decyzje podejmować? Do najważniejszych uczestników (a zarazem grup interesów) zaliczyć można: państwo, rząd, ministerstwa, urzędników lub administratorów sektora zdrowotnego (np. kasy chorych); personel me-

dyczny (i wewnętrzne, osobne grupy interesu, np. pielęgniarki, czy anestezjologów); organizacje i podmioty z otoczenia sektora zdrowotnego (np. farmaceuci, czy firmy farmaceutyczne); wreszcie sami klienci czy pacjenci, ich organizacje, stowarzyszenia i fundacje, mass media, naukowcy, itp. Można by mnożyć dalsze przykłady; uwzględnienie racji wszystkich zainteresowanych grup to naturalny, wynikający z demokratyzacji proces.

Z drugiej strony, należy rozważyć i przyjąć kryteria wyboru. Na przykład, istotnym zagadnieniem polityki zdrowotnej jest możliwość przewidywania potrzeb zdrowotnych grup, dla których opracowuje się politykę zdrowotną. W ujęciu polityki zdrowotnej, pojęcie potrzeby zdrowotnej używane jest zwykle dla określenia różnicy, zachodzącej między rzeczywistym stanem zdrowia, a tym stanem, który traktuje się jako właściwy (akceptowalny, idealny itp.). Dylemat tego wymiaru polityki polega na tym, że w odniesieniu do potrzeb wszelkiego typu, nie tylko o zdrowotnych, o "właściwych potrzebach" można mówić w różny sposób i różnymi językami. Wiadomo, że próba zdefiniowania potrzeby jest bardzo trudna. W psychologii czy socjologii jest mowa o potrzebach obiektywnych i subiektywnych, jawnych i ukrytych, idealistycznych i realistycznych. Tak więc, próba ustalenia koszyka usług, który byłby satysfakcjonujący dla wszystkich, jest niemożliwa. Pozostaje kompromis.

Polityka, strategia, plan działania

Jak wspomina C. Włodarczyk, w języku polskim nie istnieje rozróżnienie między dwoma terminami, wziętymi z języka angielskiego, tj. *politics*, *policy*. Jeden termin dotyczy polityki w znaczeniu "ideologii", drugi bardziej w znaczeniu "strategii". Dla praktyki promocji zdrowia ma to znaczenie zasadnicze. Owa dwoistość polityki dla zdrowia, jej istnienie w dwóch obszarach, tzn. pewnej jasno sformułowanej idei i strategii, widoczna jest od lat w demokratycznej praktyce krajów zachodnich. Zmiana ekipy rządzącej, czy opcji politycznej, wcale nie musi być zmianą strategii rozwoju danego obszaru. W naszych warunkach te czynniki, niestety, wciąż mają znaczenie.

Dlatego też ważniejszym terminem dla potrzeb promocji zdrowia wydaje się być strategia (*strategy*). Jest to rodzaj długofalowego planu, obejmującego organizację i koordynację wszystkich elementów i podmiotów realizujących określony plan działania (program), zazwyczaj opracowywany przez polityków.

Strategia jest stosunkowo konkretnym zapisem, jest bowiem wdrażana i urzeczywistniana przy uwzględnieniu ustalonych i określonych celów oraz priorytetów, dostępnych środków i zasobów, a zarazem ograniczeń i trudności, które szczegółowo powinny być ujęte w planie działania.

Każda dobra strategia musi zawierać określone dane (składowe), a do najważniejszych zaliczyć należy:

- wpisanie perspektywy czasowej (powyżej 5 lat);
- przedstawienie wstępnej diagnozy wyjściowej;
- zakreszenie obszaru zainteresowań opracowywanej strategii;
- określenie najważniejszych kierunków strategii i celów strategicznych;
- podział na fazy/ okresy, rodzaj harmonogramu osiągania celów;
- próba sprecyzowania zadań i ich wykonawców;
- określenie możliwości materialnych;
- określenie możliwości realizatorów;
- zdefiniowanie kluczowych problemów organizacyjno-koordynacyjnych;
- określenie metod pomiaru realizacji zadań i kryteriów końcowej diagnozy.

Konsekwencją strategii jest sformułowanie planu działania (*action plan*). Jest to rodzaj szczegółowego zapisu realizacji celów i zadań, wynikających ze strategii i odpowiadającego na podstawowe pytania: co; dlaczego; kto; kiedy; w jaki sposób; za jaką kwotę, itp.

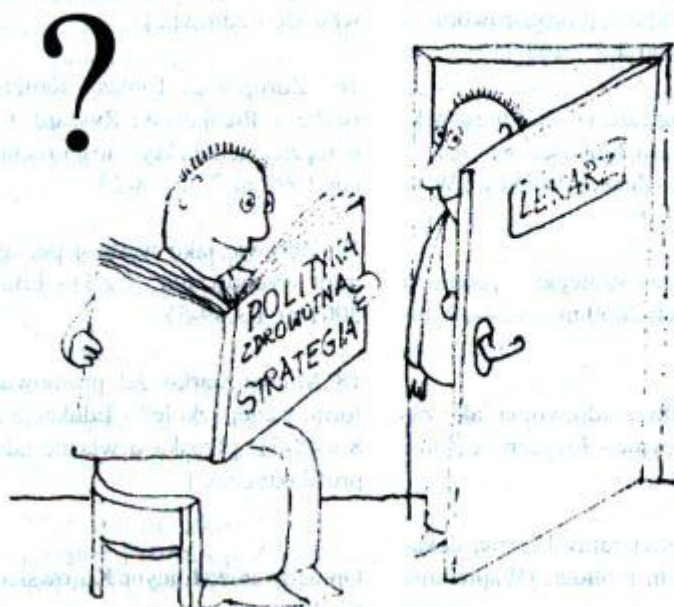
Plan działania obejmuje zazwyczaj krótszy niż strategia czas (do 5 lat), i opracowywany jest przez specjalistów z danej dziedziny.

Reasumując, należy wyraźnie podkreślić, że promocja zdrowia staje się sztuką interwencji i inspiracji dla istniejących systemów społecznych i rozwijającą się, profesjonalną strategią zachęcania ich do rozwoju. Rola polityki zdrowotnej może w inicjacji takiej interwencji być bardzo istotna. Rozpowszechnienie idei i zwiększanie świadomości nie wystarcza, aby dokonać zmian w obrębie społeczności. Zmiana jest możliwa jedynie wtedy, kiedy idee i świadomość znajdują swój wyraz w tworzeniu nowych organizacji, infrastruktur i ról zawodowych. Promocja zdrowia musi stać się częścią organizacji, a to wymaga inwestowania w rozwój ról zawodowych i określonych infrastruktur. Do tego niezbędna jest mądra polityka zdrowotna. Ale, czy ona istnieje...?

Oprac L. K.

Piśmiennictwo:

1. Ralph Grossman, Klaus Scala, (1993), Promocja zdrowia a rozwój organizacji, Wiedź, s. 10,27
2. Włodarczyk Cezary, (1996) Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, „Vesalius”, Łódź.
3. Dahl R. A. (1981), Dilemmas of Pluralistic Democracy, Autonomy vs. Control, Yale University, 1981, s.6.)



?

polityka zdrowotna



polityka zdrowotna

Dolnośląska Biblioteka Wydział Informacyjno-Bibliograficzny. Wrocław Rynek 49
(Wybór materiałów dostępnych w zbiorach)

POLITYKA ZDROWOTNA

Zestawienie bibliograficzne w wyborze.

Dziela zwarte:

1. Człowiek, środowisko, zdrowie / pr. zb. pod red. Jana Kopczyńskiego i Andrzeja Sicińskiego. - Wrocław: „Ossolineum”, 1990, Sygn.DBP 161555
2. Syrek Ewa, Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej / Ewa Syrek. - Katowice: UŚ, 2000 Sygn. DBP P 175 209, 175 210
3. Włodarczyk Cezary, Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym / Cezary Włodarczyk. - Łódź: „Vesalius”, 1996
4. Zdrowie i choroba : promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych / pod red. Marka Latoska. - Gdańsk: AM ; Gdańskie Tow. Nauk., 1999, Sygn.DBP P 174 225, 174 226

Artykuły z czasopism:

1. Dziubiński Zbigniew: Kościół katolicki wobec wychowania fizycznego i zdrowotnego.- Wychowanie, Fizyczne i Zdrowotne 2000 nr 1 s.18-22, bibliogr.
3. Gawel Anna: Społeczna świadomość wartości zdrowia - wyzwanie dla edukacji prozdrowotnej.- Pedagogia, Christiana 2000 T.2 s.107-117
4. Kubica Józef F.: Ekologiczne i społeczne aspekty problemów zdrowotnych ludności w Polsce - stan obecny i perspektywy.- Zeszyty Naukowe WSE Warszawa 1998 nr 4 s.6-20
5. Kulmatycki Lesław: Trzy strategie w promocji zdrowia.- Człowiek i Ruch 2000 nr 1 s.24-29, bibliogr.
6. Pawłucki Andrzej: Kultura zdrowotna jako zadanie i wyzwanie edukacyjne.- Fizyczne i Zdrowotne 1999 nr 3, s.91-94
7. Sokołowska Maria: Otwieramy kolejną dekadę.- Lider 2001 nr 9 s.5-6, bibliogr. [Wspieranie edukacji zdrowotnej.]

8. Syrek Ewa: Upodmiotowienie społeczne nauczyciela w działaniach na rzecz promocji zdrowia.- Chowanna, 2000 T.2 s.75-80, bibliogr.

9. Włodarczyk Cezary: Polityka, wolna wola, zdrowie: miejsce dla promocji zdrowia.- Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1995 nr 7 s.7-21

10. Włodarczyk Cezary: Zdrowie a wykluczenia społeczne : z problemów europejskiej polityki zdrowotnej.- Problemy Polityki Społecznej 1999 nr s.59-87

11. Worach-Kardas Halina: Stan zdrowia ludności i jego uwarunkowania.- Zeszyty Naukowe WSHE Łódź, 2000 nr 6 s.7-14

12. Woynarowska Barbara: Bilans pierwszej dekady rozwoju szkół promujących zdrowie w Polsce.- Lider 2001 nr 9 s.3-4

13. Woynarowska Barbara: Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole.- Lider 1999 nr 1 s.14-19, bibliogr. [Cele, zadania, modele i stan edukacji zdrowotnej w Polsce.]

14. Zarzycka Ewa: Co Polakom leży na sercu i na wątrobie.- Gazeta Polska 2000 nr 43 s.12-13 [Stan zdrowia społeczeństwa.]

15. Zawadzka Bożena: Zachowania zdrowotne młodzieży wyzwaniem dla zreformowanej Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 1999 nr 5 s.181-186, bibliogr. [Wyniki badań stosunku młodzieży do własnego zdrowia.]

16. Zdrojewski Tomasz, Krupa-Wojciechowska Barbara, Pieńkowski Ryszard: Czy Polacy doceniają znaczenie aktywności ruchowej ? - Ekopartner 1999 nr 7/8 s.28-29

17. Zdrowie jako wartość pedagogiczna i przedmiot wychowania. (Cz.1).- Edukacja Dorosłych 2001 nr 1 s.49-55

18. Michał Ziarko: Jak promować zdrowie w zreformowanej szkole? - Edukacja i Dialog 2000 nr 8 s.48-51. [Troska o własne zdrowie. Programy profilaktyczne.]

Opracowanie: Lucyna Kurowska-Trudzik, Jadwiga Perwenis

Zdrowa sobota w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu.

Od 1 marca 2001 do 20 grudnia 2001 realizowano program pt. "Zdrowa sobota w Zespole Szkół nr 11" (z cyklu weekendowe zagospodarowanie czasu wolnego dzieci i młodzieży, zatwierdzony przez Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu). W ramach cyklicznych, sportowych spotkań dla uczniów, propagowano zdrowy styl życia, zasadę fair-play oraz integrowano społeczność uczniowską, wśród której znajdowały się dzieci niepełno-sprawne. Jednak przede wszystkim dawano dzieciom trochę radości, ciepła i kształtowano wiarę w siebie. W celu zgromadzenia maksymalnej liczby uczestników (rodziców, uczniów, nauczycieli), w ramach spotkań zorganizowano zawody dla klas I-IV. Warunkiem uczestnictwa było zgłoszenie rodziców, uczniów i nauczycieli z danej klasy. Główną nagrodą "Ligi Klas" był puchar przechodni, ufundowany przez sponsorów. Zawody składały się z szeregu konkurencji, m. in. polegających na wejściu na materac największej liczby zawodników drużyny i ustanie na nim przez 30 sekund (rozwiązań było wiele, zdjęcie przedstawia jedno z nich), wykonaniu 30 kulek z gazet, slalomie "węzów" między tyczkami, bitwie zespołów na papierowe kule, przejściu po gazetach na "drugi brzeg rzeki". Dodatkowe punkty przyznawano za pomysłowość i oryginalność wykonania. W trakcie zawodów doping wzrastał z konkurencji na konkurencję. Rodzice, dzieci i nauczyciele tworzyli zgrane zespoły, których celem była zabawa, a następnie rywalizacja. Wszyscy bardzo dobrze się bawili, zapominając o upływającym czasie. Po zakończonej rywalizacji, każdy z uczestników otrzymał nagrodę: książkę, koszulkę lub słodycze. Wszyscy opuszczali salę gimnastyczną w wesołych, rodzinnych nastrojach i z pewnością szybko nie zapomną o zdrowym stylu życia. Przygotowanie zawodów wymagało dużej ilości samozaparcia ze strony organizatorów, ale widok radosnych twarzy wynagrodził im poniesiony trud.

Mgr Agnieszka JaszczaK
Koordynator Promocji Zdrowia
w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu na
ulicy Grochowej 36/38

Promocja zdrowia wśród młodzieży upośledzonej umysłowo

Wprowadzona reforma systemu oświaty zakłada, że szkoła w większym stopniu niż do tej pory uczyć będzie dzieci i młodzież odpowiedzialności za własne życie i rozwój. Edukacja prozdrowotna, wprowadzona do szkół w ramach ścieżek międzyprzedmiotowych, ma na celu kształtowanie zdrowego stylu życia i inspirowanie harmonijnego rozwoju. Jednakże realizacja wychowania prozdrowotnego poprzez ścieżki międzyprzedmiotowe, w przypadku dzieci upośledzonych umysłowo jest niewystarczająca.

Programy przedmiotów, w ramach których realizowane jest wychowanie zdrowotne, są bardzo obszerne i nauczycielom brakuje czasu na realizowanie kompleksowo i systematycznie problematyki wychowania zdrowotnego. Ponadto, uczniowie upośledzeni umysłowo potrzebują więcej czasu na przyswojenie treści programowych. Treści te realizowane muszą być systematycznie, z uwzględnieniem możliwości psychofizycznych uczniów.

Kształcenie zdrowego stylu życia jest zadaniem trudnym, szczególnie u młodzieży upośledzonej umysłowo. Zdarza się, że młodzież pochodzi z rodzin patologicznych, w związku z czym nie ma prawidłowych wzorców do naśladowania w zakresie zdrowego stylu życia. Dlatego też dla uczniów trzecich klas gimnazjum wprowadzono dodatkowo program wychowania prozdrowotnego. Zajęcia prowadzone były systematycznie przez I semestr roku szkolnego 2001/02,

w wymiarze 1 godziny tygodniowo. Wybór trzecich klas był celowy. Po pierwsze - uczniowie posiadają już pewną dojrzałość i minimum wiedzy dotyczącej zdrowia, po drugie - niejednokrotnie młodzież na etapie gimnazjum kończy edukację. W związku z tym można było przyjąć, że młodzież klas trzecich potrzebuje tego programu w większym stopniu, niż młodzież z młodszych klas. Programem objęto trzy klasy.

Zadaniem programu było zapoznanie uczniów z działaniami, jakie mogą podejmować w celu ochrony własnego zdrowia, oraz zapoznanie z czynnikami ryzyka, które niekorzystnie wpływają na zdrowie i rozwój.

nauczycielom
brakuje czasu
na realizowa-
nie komplek-
sowo i syste-
matycznie
problematyki
wychowania
zdrowotnego

P R E
Z E N
T A C
J () E

Nie od dziś
znana jest rola
społeczności
lokalnych w
kształtowaniu
poczucia
tożsamości
społecznej
i więzi

Treści programu dotyczyły między innymi: czynników, które mają wpływ na zdrowie, wartości w życiu człowieka, psychologicznych uwarunkowań zdrowia, profilaktyki i jej znaczenia dla zdrowia, zagadnień dotyczących uzależnień i AIDS. Zadania programu realizowano głównie poprzez metody aktywne, między innymi: pracę w grupach, burzę mózgów, odgrywanie ról, ukierunkowaną dyskusję, techniki twórczego myślenia (rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji), elementy dramy, zdań niedokończonych. Bardzo przydatne na zajęciach okazały się również filmy, udostępnione przez Miejską i Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną. Wiele pomysłów scenariuszy lekcji zaczerpnięto z kwartalnika Promotor Zdrowia wydawanego przez DRKCh. Uczniowie na początku zajęć otrzymali teczeki, w których gromadzili materiały otrzymywane przy realizacji poszczególnych tematów. Podczas zajęć młodzież miała możliwość wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętności, projektując i wykonując plakaty. Plakaty te rozwieszano na korytarzu szkolnym; propagowały zdrowy styl życia, ostrzegały przed skutkami uzależnień i AIDS całą społeczność szkolną.

EWALUACJA PROGRAMU

Na zakończenie zajęć wśród uczniów przeprowadzono anonimową ankietę oraz konkurs, których celem było dostarczenie prowadzącemu materiału do oceny programu w toku jego realizacji i stworzenia możliwości wprowadzenia zmian. Z analizy ankiet wynika, że uczniom podobał się pomysł wprowadzenia dodatkowych zajęć. Dobór tematów i sposób prowadzenia zajęć uczniowie ocenili jako ciekawy, deklarowali wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności w swoim życiu. Z przeprowadzonego konkursu wynika, że młodzież w stopniu dobrym przyswoiła sobie treści programowe (bardzo niewielkie różnice w ogólnej punktacji poszczególnych klas). Udało się zrealizować wszystkie treści, które przewidywał program. Dodatkowo w programie powinny się znaleźć tematy dotyczące wczesnego rozpoczynania życia seksualnego przez nastolatków (do tej pory problem ten poruszony został tylko przy omawianiu AIDS), konsekwencje nieplanowanej ciąży, niedojrzałości emocjonalnej młodych rodziców, odpowiedzialności za los narodzonego dziecka. Temat ten wśród młodzieży upośledzonej umysłowo powinien być zrealizowany kompleksowo. Uczniowie podczas zajęć pracowali aktywnie, wykazali dużą dojrzałość i odpowiedzialność, co było

dużym zaskoczeniem dla prowadzącego. Młodzież była rozczarowana, że w drugim semestrze nie będzie już tych zajęć - a to dowód na to, że warto było ten program realizować.

Jadwiga Wachowicz
SOSZW we Wrocławiu

Wrocławskie Forum Jakości Życia - Moje Osiedle

Urząd Miejski Wrocław
Wydział Zdrowia



Nie od dziś znana jest rola społeczności lokalnych w kształtowaniu poczucia tożsamości społecznej i więzi zwłaszcza, jeśli chodzi o mieszkańców dużych zbiorowisk, aglomeracji miejskich. W takich miastach bardzo trudno o jednolite poczucie wspólnoty gminnej. Częściej występuje związek mieszkańców z osiedlem, ale i on jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych obszarach miasta. Często trzeba to poczucie wspólnoty mozołnie odbudowywać, również poprzez realizację prozdrowotnych programów. W każdym bowiem osiedlu mieszkają ludzie, którzy patrzą szerzej, poza czubek własnego nosa i potrafią poczuć się gospodarzami swojego osiedla. Wrocław może pochwalić się niejednym programem opartym na aktywności mieszkańców osiedli. Do społeczności lokalnych i aktywnych działaczy osiedlowych odwołuje się program, który od 1998 roku realizowany jest przy Wydziale Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia: Forum Jakości Życia - Moje Osiedle. Program ten pierwotnie był bliżej związany z promocją zdrowia, ale w miarę upływu czasu stawał się coraz bardziej ponad-wydziałowym programem aktywizacji społeczności lokalnych wokół idei jakości życia. Program został zaprezentowany na IX Konferencji Zdrowych Miast Polski w Białymoku w 2000 r. i wówczas okazało się, że jest

P R E
Z E N
T A C
J () E

to jeden z nielicznych programów prozdrowotnych, którego adresatem nie jest anonimowa zbiorowość, czy określona grupa ryzyka, ale konkretne grupy społeczne, które reprezentują dane osiedle i tworzą w nim sieć współpracy.

Taka perspektywa przyjęta przez nasz Wydział Zdrowia wynika z faktu, że w dziedzinach związanych ze zmianą postaw, np.: zdrowy styl życia, bezpieczeństwo, edukacja profilaktyczna, integracja społeczna, nie sposób wszystkiego osiągnąć za pieniądze. Nie wystarczy komuś zapłacić za wykonanie zadania czy usługi. Zmiany postaw to proces długotrwały i oparty właśnie na sieci wzajemnych oddziaływań, wpływów, trendów i opinii publicznej, lokalnych grup nacisku, liderów i układów. Z drugiej strony wymaga w znacznym stopniu zaangażowania inicjatywy oddolnej, społecznej aktywności obywatelskiej. Obecnie w realizacji programu uczestniczy siedem wrocławskich osiedli.

Celem programu jest więc z jednej strony pobudzanie aktywności osiedla, a z drugiej - wykorzystywanie już istniejących działań i sieci powiązań, aby te działania były bardziej efektywne. Z każdego osiedla może do Wydziału Zdrowia zgłosić się jedna osoba jako tzw. osiedlowy koordynator programu. Jego podstawową funkcją jest budowanie środowiska współpracy w swoim osiedlu. Nikt nie działa w próżni. Nikt też nie zaczyna w punkcie zero. Koordynator musi być osobą, która ma dobre kontakty z wieloma osobami i instytucjami. Osobą, która niekoniecznie forsuje własne pomysły, ale stara się zbierać i scalać inicjatywy i działania innych, szukać możliwości współdziałania i poparcia dla oddolnych pomysłów. Koordynator nie musi być związany osobiście z jakąś osiedlową instytucją, ale z pewnością musi mieć oparcie w swoim środowisku. Jest to bardzo trudna i odpowiedzialna funkcja. Dlatego obecnie dążymy do tego, aby koordynatorzy tworzyli w swoich osiedlach zespoły osób realizujących program, czyli: osiedlowe Forum Jakości Życia. W niektórych osiedlach (Muchobór Mały, Nadodrże, Szczepin, Sołtysowice) już takie Forum powstało.

W ciągu ostatniego roku do koordynatorów dołączyła również grupa osiedlowych animatorów zabaw i rekreacji - osób, które pracują z dziećmi i młodzieżą na wrocławskich podwórkach, placach zabaw i boiskach. W określone dni tygodnia o stałych godzinach przychodzą na stałe miejsce w osiedlu, gdzie zbierają się dzieci i proponują im bardziej zorganizowane, aktywne formy zajęć sportowych, plastycznych czy rekreacyjnych. Bardzo dobrze koordynatorom współpracuje się ze szkołami, które uczestniczą w Sieci Szkół Promują-

cych Zdrowie. W niektórych osiedlach, gdzie władze (Rady lub Zarządy Osiedli) dobrze wypełniają swe obowiązki wobec mieszkańców, koordynator mocno wspiera samorząd pomocniczy. W ten sposób tworzy się załączek sieci współpracy.

Współpraca ta zaowocowała w sposób bardzo widoczny podczas ubiegłorocznych Prezentacji "Moje Osiedle", które odbyły się w dniu 17 listopada w kinie "OSKAR" przy placu Muzealnym. Do udziału w imprezie i zaprezentowania się publiczności zostały zaproszone osiedlowe zespoły, zwłaszcza te, które wyrosły z oddolnej inicjatywy, reprezentanci grup młodzieżowych, szkolnych czy parafialnych. Występom muzycznym, wokalnemu lub tanecznym na scenie towarzyszyły przygotowane przez osiedla uczestniczące w programie - stoiska, na których można było zapoznać się z materiałami i uzyskać informacje o realizacji różnych lokalnych inicjatyw. Występy zespołów przeplatała sonda radiowa przeprowadzana wśród dzieci z osiedli biorących udział w prezentacjach. Dzieci mówiły, z czym kojarzy się im osiedle, co im się osiedlu podoba, a co nie podoba. W ciągu pięciu godzin od 10.00 do 15.00 przez salę kinową przeszło ok. 900 osób. Wiele z nich po raz pierwszy miało okazję zapoznać się z programem Forum Jakości Życia.

Instytucjonalnym i organizacyjnym wzmocnieniem dla pracy realizatorów programu ma być założone przez nas na początku grudnia Stowarzyszenie Moje Osiedle. Jego cele są bardzo bliskie celom programu, ale sposoby wykraczają poza płaszczyznę działań tylko społecznych w kierunku tworzenia stałych form pracy edukacyjnej, rekreacyjnej, inwestycyjnej itp., połączonych z regularnym finansowaniem. Stowarzyszenie zapewni wszystkim dotychczasowym realizatorom programu i osiedlowym społecznikom - osobowość prawną, niezbędną do budowania partnerskiej współpracy z lokalnymi władzami i biznesem.

W imieniu realizatorów programu Forum Jakości Życia, zapraszam czytelników PROMOTORA ZDROWIA do współpracy, do wymiany poglądów i doświadczeń. Chętnie podzielimy się swoją wiedzą, chętnie skorzystamy z cudzych rad i propozycji. W sposób szczególny zapraszam kandydatów na osiedlowych animatorów zabaw i rekreacji. Szczegóły o warunkach konkursu znajdują się na stronach Wydziału Zdrowia: republika.pl/wydzial-zdrowia

Małgorzata Suwaj - miejski koordynator programu

Kontakt: 0502/600290 lub Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia 071/340 79 60

Celem programu jest więc z jednej strony pobudzanie aktywności osiedla, a z drugiej - wykorzystywanie już istniejących działań i sieci powiązań

P R E
Z E N
T A C
J  E

WIELKA IMPREZA W małych KARCZYCACH

Recenzja z imprezy
"Więcej wiemy-zdrowiej żyjemy"

W ramach Programu Promocji Zdrowia przystąpiliśmy w połowie maja 2001 r. do realizacji miesięcznego modułu pod nazwą "Więcej wiemy-zdrowiej żyjemy".

Założyliśmy następujące cele:

- zwiększenie wiedzy uczniów na temat zdrowego stylu życia;
- pełniejsza integracja zespołów klasowych i całej społeczności uczniowskiej w szkole.

Każda klasa przyjęła do opracowania jeden z elementów zdrowego trybu życia. I tak klasa I zajmowała się spędzaniem wolnego czasu, klasa II-środowiskiem przyrodniczym, klasa III-odżywianiem, klasa IVa-śmiechem i humorem, klasa IVb-higieną, klasa V-sportem, a klasa VI-troską o serce.

Praca w klasach polegała na pogadankach, dyskusjach, ustalaniu zasad zdrowego trybu życia, układaniu piosenek oraz haseł dotyczących danego tematu. Materiały robocze umieszczano na tablicach w klasach; ozdobione zostały także drzwi poszczególnych klas - zyskały one swoiste wizytówki informujące o temacie, którym klasa się zajmowała.

Praca wewnątrzklasowa odbywała się na lekcjach wychowawczych, na przerwach, a także po zajęciach lekcyjnych.

Impreza ogólnieszkolna odbyła się 22 czerwca; podczas niej uczniowie zaprezentowali kilkumi-

nutowy program ułożony przez każdą z klas, a także wykonane na tę okoliczność emblematy i transparenty. Ideą imprezy podsumowującej było zapoznanie całej społeczności szkolnej z wiedzą i umiejętnościami, jakie uczniowie nabyli podczas miesięcznej pracy w klasach.

Przygotowane przez klasy prezentacje były doskonałą ewaluacją założonych celów, widać było dużą integrację uczniów w poszczególnych klasach. Wszyscy uczniowie zabierali głos, a wspólny

śpiew, odgrywanie scenek, recytacje i skandowanie haseł wywołały radosny nastrój, dodały imprezie spontaniczności i sprawiły, że miała ona charakter happeningu.

Zaproszonym gościem była pani Jolanta Małanowska, doradca ds. promocji zdrowia przy DODN we Wrocławiu.

Impreza zakończyła

się wspólnym ekologicznym śniadaniem, na które złożyły się bogate w witaminy, zdrowe kanapki oraz jogurty i owoce.

Relacja z wielkiej imprezy w małych Karczycach

"Dużo radości w małej szkole"

Karczyce leżą jedynie 25 km od wrocławskiego rynku, a jednocześnie tak daleko od głównych tras, że nawet PKS -owski autobus przejeżdża tędy za ledwie kilka razy na dobę. Cisza i spokój...

Mieszkańców tu tyłu, co w dwóch klatkach schodowych wrocławskiego wieżowca.



Karczyce
leżą jedynie
25 km od
wrocławskie-
go rynku

P R E
Z E N
T A C
J E

Szkółę widać z daleka, gdyż usytuowana jest na lekkim wzniesieniu i mieści się w okazałym, pięknym architektonicznie, zabytkowym pałacyku.... Wokół zieleni, a na pierwszym planie potężny kasztan, którego gałęzie sięgają niemal do balustrady tarasu.

Dwa dni przed rozdaniem świadectw uczniowie na ogół czekają już tylko na wakacje; absencja zwykle jest duża, gdyż wychowawcy nie rozliczają za to swoich podopiecznych zbyt surowo.

Ale tu, w Karczycach 20 czerwca szkolnym autobusem przyjechali wszyscy... i wszyscy rozemocjonowani, gdyż każdy tego dnia miał do odegrania swoją rolę. Tak, tak, w imprezie "Więcej wiemy - zdrowiej żyjemy" wystąpiło ponad 120 uczniów naszej szkoły!

Na ten dzień zaplanowano huczne podsumowanie pracy w zespołach klasowych. Otóż przez ostatni miesiąc każda klasa poddawała "obróbce" jeden z tzw. "filarów" zdrowego stylu życia. I tak I klasa zajmowała się spędzaniem wolnego czasu, II klasa - środowiskiem przyrodniczym, III klasa - odżywianiem, jedna z klas IV-ych - śmiechem i humorem, kolejna IV - higieną, klasa V - sportem, a klasa VI - troską o serce. Uczniowie zbierali informacje, dyskutowali, układali hasła, wierszyki i piosenki, zapelniali ściennie tablice klasowe; każda z klas stała się małą "pracownią prozdrowotną", o czym informowały swoiste wizytówki, zdobiące drzwi - kolorowe, wesołe, zabawne. Jedną z ciekawszych było ogromne serce, "złożone" z 15 -tu różnych serduszek szóstoklasistów, a w każde z nich wpisane było hasło właściciela, np. "jestem zdrowe - bo sportowe!", czy: "nie palę i nie chcę palić!". Z kolei trzecioklasiści ozdobili swoje drzwi ogromnym koszem, w którym każdy z nich umieścił wykonany przez siebie ulubiony owoc lub warzywo, zaś na drzwiach klasy II -giej uśmiecha się słoneczko, wśród trawy chowają się żuczki, jeżyki i biedronki, fruwały motylki, a na chmurce - zabawny wierszyk o bratanii się z przyrodą. Czy wszystko po to, kto ładniej, kto lepiej, kto zajmie pierwsze miejsce? Ależ skąd! Idea przyświecająca całemu przedsięwzięciu to integracja, twórcze uzupełnianie się, dopełnianie, współdziałanie, oparte na zasadzie:

k a ż d y jest ważny.

Dlatego w finałowej imprezie zatytułowanej "Więcej wiemy - zdrowiej żyjemy!" każdy z uczniów był słyszalny, gdyż zabierał głos solo, bądź w grupie. Zaczęli najmłodsi, chórem: "Nasza klasa, świetna klasa, choć najmłodsza z wszystkich klas, ale wie jak pożytecznie wykorzystać wolny czas!"

Każdy z pierwszoklasistów nieraz wypowiadał się

hasłowo, spontanicznie, na temat swoich ulubionych zajęć w różnych porach roku, odpowiadając rezolutnie na pytania, dotyczące np. bezpieczeństwa jazdy rowerem lub kwestionujące sens gier komputerowych. W pewnym momencie rozochoceni I-klasiści zaczęli opowiadać o zbieraniu w lesie szyszek, żołądzi i kasztanów, wówczas wychowawczynie II klasy zaniepokoiła się:

"Hola, hola, a czy wy wiecie, jak należy zachowywać się w lesie?", odpowiedź była chóralna:

"W lesie chyba wszystko wolno!?" I tu drugoklasiści przekazali młodszym (i starszym też) wiele mądrych prawd, choćby takie:

"Nie niszczyć muchomorów i innych trujących grzybów, niech zdobią las, bo do jedzenia i tak się nie nadają!", "Nie płoszę i nie krzywdzę zwierząt, bo one też chcą żyć, a niektóre są nawet pod ochroną", "Używajmy papierowych opakowań, bo plastikowe nie rozłożą się nawet za sto lat!".

Padło jeszcze wiele proekologicznych hasel (niektóre w postaci wartkiego dialogu), zaprezentowano kilka wierszyków w takim samym duchu, nic więc dziwnego, że wykonawcy obwieścili chórem:

"Ciesz się łąką, ciesz się las, słoneczko wesoło mruga, gdy na wycieczkę idzie cała klasa druga!"

A na pytanie: "dlaczegoż to?", zgodnie odpowiedzieli: "bo my wiemy jak obchodzić się z przyrodą!". Malowniczo wyglądały te poprzebierane za kwiatki maluchy, gdy śpiewały przejmująco mądrą piosenkę:

"...Sadźmy kwiaty, piękne drzewa
bez nich przecież żyć się nie da.

Lasy to są płuca ziemi,
kto zrozumie, ten doceni,
że bez lasów straszna bieda,
że bez lasów - żyć się nie da!"

Temat lasu podchwyciła klasa III, której przedstawiciele przypomnieli aromatyczne leśne owoce i ich cenne właściwości, a także objaśnili wszystkim treść zaprezentowanej ogromnej, kolorowej piramidy zdrowia. Ciekawa, żywa i humorystyczna była scenka z cytryną, w której zdezonizowano ten kwaśny owoc z "obcych krajów", uchodzący za wyjątkowo zasobny w witaminę C. Trzecioklasiści zademonstrowali równie bogate w tę witaminę, smakowite truskawki, trzy razy bogatszą w nią zieloną pietruszkę oraz opowiedzieli o 10 razy zasobniejszych w witaminę C owocach, czyli czarnych porzeczkach, jeszcze niedojrzałych. Podsumowali tę prezentację chórem:

"Więc gdy pietruszkę zieloną zjemy -
nie krzywnimy się, tylko śmiejemy!"

Temat śmiechu przechwyciła klasa IVa, która

Idea przyświecająca całemu przedsięwzięciu to integracja, twórcze uzupełnianie się, dopełnianie, współdziałanie, oparte na zasadzie: **k a ż d y jest ważny.**

P R E
Z E N
T A C
J () E

Szóstoklasi-
ści podali
swoje recep-
ty na radze-
nie sobie ze
stressem, np.
relaksacyjna
muzyka,
odpowiednie
oddychanie,
życzliwa
postawa
wobec oto-
czenia, bądź
posiadanie
jakiegoś
hobby.

P R E
Z E N
T A C
J () E

przedstawiła ułożoną wspólnie z wychowawczynią piosenkę :

*"Śmiech to zdrowie, śmiech to zdrowie
każdy czwartak wam to powie.."*

Zabawnie wymalowani i przebrani (w większości za kłownów), wytłumaczyli zaniepokojonemu, starszemu koledze z VI klasy - który przedstawił swoje zmartwienie z przed dwóch dni, kiedy to usłyszał gromki śmiech, gdy przewrócił się na wf-ie, biegnąc za piłką - że nie każdy śmiech jest "na miejscu". Ci "fachowcy" z "pracowni śmiechu" wyjaśnili, kiedy nie należy się śmiać, a kiedy jest to wskazane i zdrowe; usłyszeliśmy też w ich wykonaniu kilka dobrych, zabawnych żartów, które rozbawiły wszystkich zebranych. Klasa ta zakończyła swój występ piosenką:

"Hi, hi, hi, ha, ha, ha

śmieje się cała czwarta A !"

Zawtórowała grupa uczniów stojących obok :

"Hi, hi, hi, he, he, he"

śmieje się z wami IV Be !"

A byli to "specjaliści" od higieny, którzy poinformowali, iż:

*"Żeby się można przez długie lata śmiać
należy bardzo troskliwie o swoje zęby dbać !"*

Przekazali w formie hasel wiele zasad higieny, istotnych dla zdrowia oraz zaprezentowali zabawną piosenkę krasnoludków, dotyczącą mydlenia, pucowania i szorowania, co w zestawieniu z ich przebraniem za leśne ludki, było niezwykle efektowne. Z kolei fachowcy z "pracowni sportu" (czyli klasa V) wyjaśnili, iż statystyczny Polak przeznacza na uprawianie sportu aż 44 razy mniej czasu, niż na oglądanie telewizji, czyli raptem... dwie minuty na dobę! Sportowe stroje i także akcesoria - piłki, wrotki, deskorolki - były ich atrybutami. Sportowy duch "piątaków" ujawnił się w piosence przerobionej na sportową, dzięki talentom klasowym oraz w przedstawionych przez nich rymowanych hasłach, np.: *"Zamiast przed lustrem oglądać piegi - wolę z koleżankami uprawiać biegi !"*, *"Zamiast leżeć, leniuchować - chodź wraz ze mną skoki trenować !"*, albo: *"Cześć kolego, masz wolną chwilę ? To spróbuj tak jak ja poodbijać piłkę!"* (demonstracja). Spodobało się to uczniom najstarszej klasy - szóstej, toteż reakcja była chóralna i jednogłosna : *"Dziękujemy za zachętę do uprawiania sportu !"* I tu każdy z działaczy na rzecz zdrowego serca miał coś istotnego do powiedzenia, zatem przypomnieli oni wszem i wobec, o wszelkich korzyściach dla serca płynących z aktywnego wypoczynku, zdrowego odżywiania, unikania nikotyny (i ponad 4 tysięcy innych trucizn zawartych w papierosach) oraz

z umiejętności nie przejmowania się wszystkim. Szóstoklasiści podali swoje recepty na radzenie sobie ze stresem, np. relaksacyjna muzyka, odpowiednie oddychanie, życzliwa postawa wobec otoczenia, bądź posiadanie jakiegoś hobby. Ostatnim punktem programu było odczytanie listu - "Apelu serca do właściciela", z którego wszyscy dowiedzieli się, jak "mrówczą" pracę ten organ wykonuje, przepompowując w ciągu jednej minuty ok. 5 litrów krwi, co przez 70 lat przyjaźni z właścicielem składa się na objętość równą 22 tysiącom cystern !

W trakcie występów każda klasa trzymała transparent ze swoim hasłem oraz emblematy dotyczące danej tematyki, co niezwykle scalało zespoły klasowe. Wspólny śpiew, radosny nastrój i swobodne "przejmowanie" kolejnych części programu przez poszczególne klasy, sprawiły, że nie była to zwyczajna akademicka impreza, lecz spontaniczna, żywa impreza, o charakterze happeningu. Zaproszony gość - Pani mgr Jolanta Malanowska (doradca metod. ds. promowania zdrowia przy DODN) - w kilku zdaniach przedstawiła swoją pozytywną opinię o obejrzanym przedstawieniu, akcentując czytelną ideę całej imprezy.

Na uczestników czekała jeszcze "przyjemność dla podniebienia", czyli wspólne spożywanie kanapek zareklamowanych przez ich autorki - uczennice V klasy. Kanapki były niezwykle efektowne: trójkąciki z razowego chleba, posmarowane pastą z zielonej pietruszki i majonezu, a na wierzchu pomidory, rzodkiewka lub ogórek; całość posypana świeżym koperkiem i zieloną cebulką. Każda kanapka miała ekologiczny talerzyk, czyli liść sałaty. Uroku dodawały młode rzodkiewki i marchewki z natką, oraz czereśnie - zwiastuny lata, które miało nadejść już nazajutrz. Przyjemność dla podniebienia i dla oczu ! Wśród talerzy z kanapkami, na pięknie przystrojonym stole znalazły się także jogurty, a pod stołem - olbrzymie pojemniki z bananami. To dzięki hojnemu sponsorowi - firmie "TEREDO" - mogli organizatorzy zapewnić wszystkim uczestnikom imprezy te przysmaki, które wielu uczniów jada niezwykle rzadko, albo wcale.

I tak zakończył się pouczający program, zaprezentowany w tak niekonwencjonalnej formie.

Jadwiga Całka
Pedagog szkolny

Stowarzyszenie

"Dolny Śląsk w Unii Europejskiej"

(na podstawie stron www
Urzędu Marszałkowskiego)

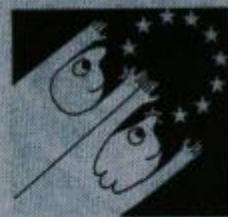
Pomysł uruchomienia biura w Brukseli narodził się we wrześniu 1999 r. Przez cały rok 2000 podejmowane były działania promocyjno-organizacyjne, które doprowadziły do zwołania zebrania założycielskiego Stowarzyszenia w grudniu 2000 r. Po złożeniu dokumentacji koniecznej do zarejestrowania Stowarzyszenia "Dolny Śląsk w Unii Europejskiej" w Krajowym Rejestrze Sądowym, zostało ono wpisane do rejestru w dniu 11 maja 2001 r. pod numerem KRS: 0000010489.

Pierwsze Walne Zebranie Członków odbyło się 29 maja 2001 r., w Zamku Książ w Wałbrzychu, podczas którego uchwałą nr 1/01 wybrany został trzyosobowy Zarząd Stowarzyszenia, w składzie: Emilian Stańczyszyn - Prezes Zarządu, Stanisław Kuźniar (Wiceprezes), Krzysztof Nawotka (Wiceprezes ds. Finansowych).

Członków założycieli było 17. Na I Walnym Zebraniu Członków przyjęto pięciu kolejnych. Skreślono Stowarzyszenie Powiatów Dolnego

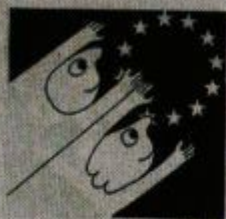
Śląska, z uwagi na jego rozwiązanie. Na Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu w dniu 23 listopada 2001 r., przyjęto dalsze trzy samorządy. Obecnie członkami Stowarzyszenia są 24 samorządy dolnośląskie: sejmik województwa dolnośląskiego, gminy: Wrocław, Wałbrzych, Jelenia Góra, Legnica, Świdnica, Chojnów, Milicz, Długołęka, Polkowice, Lubin, Bielska, Kostomłoty, Walim, Jawor, Radwanice, Wołów, Chocianów, Gaworzyce, Pęcław, Przemków, Kunice, Dzierżoniów i powiat dzierżoniowski.

We wrześniu 2001 roku Stowarzyszenie "Dolny Śląsk w Unii Europejskiej" podpisało umowę z samorządami brytyjskiego regionu West Midlands. Umowa dotyczy m.in. współpracy przy prowadzeniu Biura Stowarzyszenia w Brukseli. Po pierwszym etapie organizacyjno-porządkowym, Biuro rozpoczęło już merytoryczną działalność. Nawiązana została współpraca Biura z Misją Rzeczypospolitej Polskiej przy Unii Europejskiej i Ambasadą RP w Belgii. Oprócz stałej komunikacji, przedstawiciel Biura uczestniczy w comiesięcznych spotkaniach polskich biur regionalnych, w siedzibie Misji RP.



kuEurope

**Pomysł
uruchomie-
nia biura
w Brukseli
narodził się
we wrze-
śniu 1999 r.**



ku Europie

**gminy mogą
pisać projekty
oraz wykaz
potencjalnych
praktyk, staży
i stypendiów
w instytucjach
UE przewid-
zianych dla
urzędników
samorządo-
wych. Przy-
gotowywane
są programy
szkoleniowe,
m.in. dla tzw.
"oficerów
kontaktu".**

Biuro Stowarzyszenia "Dolny Śląsk w Unii Europejskiej" nawiązało szczególnie mocne kontakty z biurami regionalnymi w Brukseli, które reprezentują brytyjski region West Midlands, Saksonię (biuro landu i biuro powiatów oraz miast Saksonii), Dolną Saksonię i Alzację. Są to regiony, które w polityce zagranicznej Dolnego Śląska potraktowane zostały priorytetowo. Dyrektor Biura nawiązał już kontakty w dyrektoriatach Komisji Europejskiej, które zajmują się regionami i sprawą rozszerzenia UE, odbył kilka spotkań w Komitecie Regionów oraz utrzymuje stały kontakt z parlamentarzystami niemieckimi i brytyjskimi, w celu stałego dopływu informacji na temat obrad Parlamentu Europejskiego.

Cezary Koczerga, dyrektor Biura*, uczestniczył już w kilkunastu seminariach, konferencjach i prezentacjach. Sam miał trzykrotnie przyjemność przeprowadzenia prezentacji na temat Dolnego Śląska. Ostatnio dla grupy 40 studentów i naukowców z Uniwersytetu w Birmingham.

"Prezentacja wywołała duże zainteresowanie. Studenci i naukowcy pytali później nie tylko o programy badawcze i możliwości współpracy z uczelniami, ale o klimat, walory turystyczne i infrastrukturę Dolnego Śląska" - mówi dyrektor Koczerga.

Wszyscy członkowie Stowarzyszenia otrzymali już pełen spis programów Unii Europejskiej, do których gminy mogą pisać projekty oraz wykaz potencjalnych praktyk, staży i stypendiów w instytucjach UE, przewidzianych dla urzędników samorządowych. Przygotowywane są programy szkoleniowe, m.in. dla tzw. "oficerów kontaktu".

Na kwiecień zaplanowana została pierwsza oficjalna prezentacja Biura Dolnego Śląska w Misji RP przy Unii Europejskiej. Impreza trwałaby dwa dni, a drugi w całości byłby poświęcony prezentacjom osiągnięć, możliwości i potencjału Dolnego Śląska.

Bliżej Europy

"O 82 procent wzrosły w ubiegłym roku zaległości w wykorzystaniu pomocy przyznanej Polsce przez Unię Europejską. Mamy najgor-

szy wskaźnik wśród krajów kandydujących" - mówi Emilian Stańczyszyn, marszałek województwa dolnośląskiego. "Tymczasem od 2004 roku będziemy mieli dostęp do kolejnych, ogromnych środków unijnych. Priorytetem w działaniach zarządu województwa, staje się wobec tego przygotowanie do funkcjonowania w strukturach Unii i wykorzystania unijnych środków finansowych" - dodaje marszałek.

Urzędnicy państwowi i samorządowi ciągle zmagają się ze skomplikowanymi procedurami przyznawania pomocy, zatwierdzania projektów i kontroli wydawania pieniędzy. Specjaliści w UE wyliczyli, że do obsługi każdych dwóch milionów euro pomocy, potrzebna jest jedna osoba. Komisja Europejska chce przyznać Polsce w 2004 roku ponad 4 mld euro funduszy strukturalnych dla wsi, uboższych regionów i na wielkie inwestycje. Do obsługi tej sumy potrzebnych będzie ponad 2000 urzędników.

Szkolenia urzędników na Dolnym Śląsku prowadzone są we współpracy z hiszpańskimi ekspertami z Departamentu Funduszy Strukturalnych i Polityki Regionalnej Okręgu Madryckiego, w ramach Projektu Twinningowego. Pierwszy cykl szkoleń rozpoczął się 6 lutego. W sumie do lutego 2003 roku, edukacją z zakresu funduszy strukturalnych objętych będzie 210 pracowników Urzędu Marszałkowskiego, Wojewódzkiego oraz gmin i powiatów Dolnego Śląska.

Stowarzyszenie "Dolny Śląsk w Unii Europejskiej" (założone przez samorząd wojewódzki i 24 gminy i powiaty z Dolnego Śląska), szkoli tzw. oficerów kontaktu - urzędników wyspecjalizowanych do współpracy z Unią Europejską. "Musimy inwestować w administrację i prowadzić przemyślaną koncepcję utrzymywania kadr na wysokim poziomie merytorycznym. Szczególnie ważne są doświadczenia w administrowaniu środkami pomocowymi Unii Europejskiej" - tłumaczy marszałek Stańczyszyn.

Kolejnym krokiem w przygotowaniach do sprawnego funkcjonowania w ramach europej-

skiej wspólnoty, jest utworzenie biura informacyjnego Dolnego Śląska w Brukseli. Do zakresu obowiązków Biura będzie należało: poszukiwanie partnerów na terenie UE do projektów dla podmiotów dolnośląskich, oraz poszukiwanie partnerów na Dolnym Śląsku dla podmiotów UE, monitorowanie zmian w programach UE, w unijnej polityce, legislacji, a także finansowaniu; pośredniczenie w utrzymywaniu kontaktu pomiędzy władzami regionu i instytucjami UE, prowadzenie działalności promocyjnej na rzecz regionu. "Utworzenie biura informacyjnego województwa dolnośląskiego w Brukseli, to ważny element polityki zagranicznej sejmiku. Jestem przekonany, że to region dolnośląski będzie liderem wprowadzającym Polskę do Unii Europejskiej" - podkreśla przewodniczący sejmiku, Jarosław Kurzawa.

Dotychczasowe doświadczenia Dolnego Śląska, dotyczące wykorzystania środków unijnych, są bardzo pozytywne. W ramach programu PHARE CBC (współpraca transgraniczna, wsparcie dla projektów w czterech przygranicznych gminach), 10 mln euro przyznanych na rok 2000, zostało rozdysponowane w przewidzianym terminie. Fundusze unijne wesprą modernizację oczyszczalni ścieków dla Zgorzelca, budowę drugiego etapu zakładu utylizacji odpadów w Trzebieiniu, modernizację drogi nr 4 na odcinku Krzywa-Zgorzelec i inwestycje z zakresu gospodarki ściekami w mieście i gminie Mirsk.

Dolny Śląsk wygrał konkurs !

Województwo dolnośląskie wygrało konkurs zatytułowany "Nominacje do Unii Europejskiej 2001". W ten sposób doceniono działania samorządu wojewódzkiego na polu współpracy zagranicznej i promocji w krajach Unii Europejskiej, w latach 1999-2001. W konkursie, zorganizowanym przez fundację *EuroLex Grupy Wydawniczej Infor*, przy współpracy z Urzędem Komitetu Integracji Europejskiej, Ministerstwem Spraw Zagranicznych i Państwową Agencją Rozwoju Regionalnego, udział wzięło 13 województw. Nagrody zosta-

ły wręczone 8 stycznia 2002 roku, w siedzibie *Grupy Wydawniczej Infor i Fundacji EuroLex* w Warszawie. Dolny Śląsk otrzymał medal, prenumeratę czasopism i bon na szkolenia. Działalność władz regionalnych jest realizacją "Priorytetów współpracy zagranicznej", uchwalonych 30 lipca 1999 przez Sejmik, dokumentu określającego kierunki i cele działania Samorządu Wojewódzkiego Dolnego Śląska w tej dziedzinie.

W latach 1999-2001 szczególnie intensywnie rozwijała się współpraca z Saksonią, Alzacją, Czechami, Szwecją oraz Zgromadzeniem Regionów Europy. Polegała ona, między innymi, na wymianie doświadczeń, uzgodnień w polityce regionalnej, udziale w programach Unii Europejskiej, np. *Phare CBC/Interreg*, organizacji imprez kulturalnych, np. Polsko-Czeskich Dni Kultury Chrześcijańskiej. Na poziomie powiatów i gmin, także kontakty z krajami Unii Europejskiej nie należą do rzadkości, zwłaszcza tzw. związki bliźniacze np. dwóch miast.



* Dyrektor Biura, Cezary Koczerga, ukończył Akademię Ekonomiczną we Wrocławiu. W październiku 2000 roku rozpoczął studia doktoranckie na Uniwersytecie Wrocławskim, w Ośrodku Badań nad Dokumentacją Unii Europejskiej. Był kierownikiem Działu Współpracy z Zagranicą Urzędu Miejskiego we Wrocławiu. Opracował moduł "Marketing i komunikacja w gminie" dla Uniwersytetu Jagiellońskiego, w projekcie "Małopolska w Unii Europejskiej". Prowadził szeroką działalność społeczną. M.in. współorganizował Fundację "Kolegium Europy Wschodniej" we Wrocławiu i Stowarzyszenie "Europa 2000+". Zna bardzo dobrze angielski i francuski.

(oprac. redakcji, na podstawie stron www)



kuEuropeie

region
dolnośląski
będzie lide-
rem wpro-
wadzającym
Polskę
do Unii
Europejskiej

1. Polityka zdrowotna do niczego nie jest potrzebna, to tylko teorie.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

9. Bardziej niż polityka zdrowotna potrzebny jest rzetelny plan działania na rzecz zmian w służbie zdrowia.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

2. Po co nam jakaś polityka, kiedy ludzie chorzy leżą na korytarzach.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

10. To kojarzy się bardziej z polityką niż ze zdrowiem.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

3. To jest raczej sprawa dla polityków, a nie dla zwykłych pacjentów.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

11. Polityka zdrowotna to po prostu polityka społeczna.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

4. Jest niezbędna dla funkcjonowania ochrony zdrowia, to tak jakby budować drogi bez drogowych znaków i znaków.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

12. Polityka zdrowotna jest abstrakcją dla ludzi, ktoś o wszystkim na górze decyduje i koniec.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

5. Nie ma o czym mówić, gdyż nic takiego nie istnieje.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

13. Polityka zdrowotna powinna pozostawać w rękach fachowców, a nie polityków.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

6. Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna, to jedno i to samo.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

14. Szczególnie dla promocji zdrowia niezbędna jest mądra polityka zdrowotna.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

7. Polityka zdrowotna zależna jest od lokalnych społeczności, bo to one ją tworzą.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

15. Polityka zdrowotna wówczas spełnia swoje zadanie, kiedy wychodzi poza nauki medyczne.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

8. Nie ma mechanizmów ustalania długofalowych priorytetów i strategii w ochronie zdrowia.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

16. Owszem, są zapisy i strategie, jak np. NPZ, ale bez pokrycia w praktycznych działaniach.

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

Gra w karty

PROMOTOR

polityka
zdrowotna

W każdym z numerów dwumiesięcznika drukujemy zestawy kart do tematów rozmów, które warto poruszać w czasie sesji edukacji zdrowotnych. Można je organizować przede wszystkim w środowisku szkolnym, dla grup pacjentów lekarza rodzinnego czy w przychodniach. Swego czasu w jednym z pierwszych numerów opisywaliśmy tę metodę pracy w związku z podsumowaniem warsztatów prowadzonych przez ekspertów z Danii w roku 1996. Sprawdziła się w wielu szkołach i dlatego promujemy ją na naszych łamach. Jest to tylko propozycja, możecie tę grę zmieniać i uzupełniać. Zamieszczone obok karty sugerujemy kopiować na nieco grubszym kolorowym papierze (każdy temat - inny kolor), aby z czasem posiadać własny zbiór kart.

Cel „Gry w karty”

Celem jest nawiązanie dialogu pomiędzy rodzicami a uczniami (12-18 lat), pomiędzy liderami zdrowia a pacjentami czy adresatami sesji edukacyjnej - gra stanowi pretekst do rozmów na wybrane tematy. Przeprowadzać ją można na specjalnie do tego celu zorganizowanych spotkaniach.

Założenia ogólne gry

W grze bierze udział ok. 30 osób.

Czas trwania: ok. 45 min lub do wyczerpania kart.

Założenia szczegółowe gry

1. Osoby biorące udział w grze należy podzielić na 8-osobowe grupy, wg następujących zasad:
 - w szkole w każdej grupie znajdować się powinno tyle samo dzieci, co dorosłych, np. 4 i 4; w jednej grupie dzieci nie mogą siedzieć razem ze swoimi rodzicami, tzn. należy tak podzielić uczestników, by osoby z tej samej rodziny były przydzielone do innych grup;
 - w grupach osób dorosłych powinno być nie więcej niż 10 osób, wśród nich jedna osoba w roli lidera i prowadzącego.
 2. Każda grupa otrzymuje zestaw do gry w karty.
 3. Karty należy położyć na środku, ułożone jedna na drugiej.
 4. Jedna osoba bierze kartę do gry i odczytuje na głos zapisane na niej stwierdzenie; jej zadaniem jest wyrazić swój osobisty stosunek do danej sprawy czy opinii. Następnie podaje kartę osobie siedzącej po prawej stronie, która również wyraża swoją opinię, po czym przekazuje kartę kolejnej osobie.
 5. Jeżeli opinie się zgadzają, kartę odkłada się, jeżeli nie, to rozmowa toczy się do momentu ustalenia i zaakceptowania stanowisk.
 6. Następnie inna niż poprzednio osoba rozpoczyna kolejną wypowiedź dotyczącą kolejnej karty.
 7. Po przeczytaniu ostatniej karty lub upływie czasu, gra się kończy.
- Pamiętaj, że „Gra w karty” opiera się na dwóch ważnych zasadach:
1. Każdy ma prawo głosu i jego opinia jest tak samo ważna jak innych.
 2. Prowadzący dba o to, aby nikt nie przejmował prowadzenia i nie narzucał swojego zdania innym uczestnikom.

Życzymy mądrej gry!

Redakcja