

Państwowy Zakład Higieny  
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego  
National Institute of Hygiene in Warsaw  
Department of Health Promotion and Postgraduate Education

EWA URBAN, DOROTA CIANCIARA

***Determinants of intersectoral partnerships in food safety promotion  
programme***

---

**Uwarunkowania współpracy międzysektorowej przy realizacji programu promocji  
zdrowia i bezpieczeństwa żywności**

Celem pracy była analiza wybranych mechanizmów budowania partnerstwa w przebiegu programu „Lubię zimno”, a zwłaszcza czynników determinujących dobrą współpracę przy jego kilkuletniej realizacji. Program ten służył poprawie termicznych i higienicznych warunków transportu i przechowywania świeżych produktów mlecznych na drodze od produkcji do spożycia. Adresowany był do konsumentów i osób zawodowo związanych z transportem, handlem oraz żywieniem zbiorowym. Animatorem programu było Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, którego przedstawiciele nawiązywali współpracę z różnymi podmiotami w celu stworzenia i realizacji regionalnych/ lokalnych mutacji programu. Program realizowano w latach 2000-2003 i każdego roku był monitorowany oraz oceniany na poziomie regionalnym/ lokalnym i krajowym. W roku 2001 program objął swoim zasięgiem 24 oddziały terenowe PTOZ, około 600 tysięcy konsumentów oraz 100 tys. osób zawodowo związanych z żywnością i żywieniem. W roku następnym – 30 oddziałów PTOZ, około 700 tys. konsumentów i 80 tys. profesjonalistów.

**MATERIAŁ I METODA**

Badanie przeprowadzono przy użyciu ankiety adresowanej do regionalnych/ lokalnych koordynatorów programu. Ankieta składała się z pytań zamkniętych i otwartych, które dotyczyły poszczególnych lat realizacji programu „Lubię zimno”, doświadczeń kilkuletnich oraz doświadczeń z przebiegu innych programów. Badanie przeprowadzono w grudniu 2003 roku. Rozesłano 31 ankiet i uzyskano 16 zwrotów. Uzyskane ankiety pochodziły w zdecydowanej większości od koordynatorów, którzy mieli dobre i efektywne programy. Wśród analizowanych programów znalazły się takie, które trwały cztery lub trzy lata (po 6 programów) oraz 4 programy, które trwały dwa lata.

**WYNIKI**

**S t r a t e g i e d z i a ł a n i a.** Stwierdzono, że powszechnie stosowaną strategią programu „Lubię zimno” było zwiększanie świadomości i nauka umiejętności prawidłowego postępowania z produktami mlecznymi wśród konsumentów. Drugą pod względem częstości stosowania strategią były przedsięwzięcia ukierunkowane na determinanty zachowań wśród osób profesjonalnie związanych z żywnością i żywieniem (np. szkolenia z minimum sanitarnego, instruktaż na stanowisku pracy, poradnictwo w SSE). W dwóch trzecich programów podejmowano kroki dotyczące lokalnej polityki obrotu produktami mlecznymi (np. nadzór nad placówkami żywnościowo-żywnościowymi, środki represji, zarządzenia władz odnośnie handlu obwoźnego). W jednej trzeciej programów zastosowano strategię

zmian w środowisku fizycznym i społecznym (np. wprowadzenie do handlu toreb izotermicznych, zakup sprzętu chłodniczego) oraz rozwoju zasobów technologicznych programu (np. własne materiały informacyjne i edukacyjne).

**L o k a l n a k o o r d y n a c j a.** Zasady zarządzania programem analizowano poprzez ocenę struktury ciała koordynującego przebieg programu – liczby osób nadzorujących przebieg programu, stopnia centralizacji struktur oraz zastosowania podejścia zespalającego (włączenia interesariuszy). Ustalono, że najczęściej spotykane struktury miały charakter zespołowy i częściowo zdecentralizowany (zespół nadrzędny i dalsze do koordynacji prac na mniejszym terenie). Były też w pewnym stopniu poddane wpływowi osób reprezentujących podmioty zaangażowane w realizację programu. Stwierdzono, że skład osobowy struktur zarządzania był stabilny. Wśród mechanizmów wymiany informacji między osobami odpowiedzialnymi za koordynację przeważały metody komunikacji dwustronnej.

**C h a r a k t e r p a r t n e r s t w a.** Podczas realizacji programów regionalnych/ lokalnych nawiązano współpracę z przedstawicielami 14 grup współpracowników obejmujących podmioty publiczne, prywatne i tzw. trzeci sektor. Ustalono, że do wymienianej spontanicznie trójki najlepszych partnerów, to jest takich którzy w największym stopniu przyczynili się do skutecznej realizacji działań, zaliczono przede wszystkim Oddziały Oświaty Zdrowotnej SSE i szkolnictwo (po 13 programów), a także pracowników działów higieny żywności i żywienia oraz innych pracowników SSE (11 programów). Wśród najlepszych, wymieniano także inne grupy, takie jak zakłady opieki zdrowotnej, sklepy i hurtownie, środki masowego przekazu, administrację samorządową czy organizacje pozarządowe.

Najczęściej spotykaną formą współpracy w obrębie wszystkich najlepiej ocenionych współpracowników była konsultacja. Ten rodzaj udziału polegał na wyrażaniu opinii o założeniach, celach, metodach i przebiegu programu, co jednakże nie musiało mieć zasadniczego wpływu na ostateczny kształt programu. Wśród partnerów wymienianych na pierwszym miejscu dominowała zasada przyznania im inicjatywy w procesie budowania i realizacji programu oraz wspólne z animatorem podejmowanie decyzji. Przedmiotem współpracy była tu zawsze realizacja działań, monitoring i ewaluacja oraz w większości programów także diagnoza i planowanie. Wśród partnerów wymienianych na miejscu drugim przeważała konsultacja. Partnerzy wymieniani na miejscu trzecim mieli przyznany stosunkowo mały stopień autonomii i zazwyczaj współpracowali w programie na zasadzie wypełniania powierzonych im ról i zadań. Partnerzy drugiego i trzeciego planu współdziałali zawsze w realizacji przedsięwzięć, rzadziej w innych etapach pracy. Stwierdzono także, że współpraca z trójką najlepszych partnerów miała najczęściej charakter długofalowy.

**D e t e r m i n a n t y d o b r e j w s p ó ł p r a c y.** Do analizy czynników, które wpłynęły na dobrą współpracę podczas realizacji programu „Lubię zimno”, wyróżniono łącznie 20 czynników. Badane czynniki mieściły się w czterech grupach – dotyczyły animatora programu, instytucji/ organizacji partnerskiej, konstrukcji programu oraz mechanizmów zarządzania pracą. W odniesieniu do trzech najlepszych partnerów, koordynatorzy programu nadawali tym czynnikom odpowiednią rangę przy użyciu pięciostopniowej skali Likerta (od „zupełnie nie ważny” do „bardzo ważny”). Znaczenie danego czynnika i grupy czynników obliczono jako średnią arytmetyczną odpowiedzi „bardzo ważny”. Ustalono, że największe znaczenie przypisano grupom czynników związanych z podmiotami realizującymi program - animatorem (średnia 65,3%) i instytucją partnerską (58,4%). Nieco mniejsze znaczenie przypisano grupom czynników dotyczących programu i mechanizmów zarządzania (odpowiednio – 54,9% i 44,8%). Wśród poszczególnych czynników, które sprzyjały dobrej współpracy na plan pierwszy wysunęły się kompetencje animatora programu, dobra ocena programu oraz dobre wcześniejsze doświadczenia ze współpracy (rycina 1).

**D e t e r m i n a n t y z ł e j w s p ó ł p r a c y.** Do analizy czynników, które wpływają negatywnie na przebieg współpracy w programach edukacyjnych i promocji zdrowia wyróżniono 9 czynników, charakteryzujących programy z punktu widzenia tzw. szkoły zasobów. Zadaniem koordynatorów było wybranie maksymalnie pięciu najistotniejszych czynników. Wśród tych, które stanowiły największą przeszkodę znalazły się przede wszystkim niedostateczne zasoby materialne i finansowe. Dużo mniejsze znaczenie przypisano niedostatecznym zasobom organizacyjnym, ludzkim, technologicznym oraz reputacji instytucji czy organizacji wiodących (tabela 1).

**Tabela 1. Determinanty zlej współpracy przy realizacji programów edukacyjnych i promocji zdrowia**

L.p.	Czynnik	% odpowiedzi	Średnia dla grupy czynników
1.	Niedostateczne zasoby materialne	-	93,8
1.1.	Brak sal, transportu, materiałów informacyjnych	93,8	-
2.	Niedostateczne zasoby finansowe	-	81,3
2.1.	Brak funduszy na realizację działalności programowej	81,3	-
3.	Niedostateczne zasoby organizacyjne	-	40,7
3.1.	Brak czasu, jaki można by poświęcić programom	68,8	-
3.2.	Zawodna koordynacja działań programowych	12,5	-
4.	Niedostateczne zasoby ludzkie	-	16,7
4.1.	Zbyt mała liczba osób w instytucjach/ organizacjach partnerskich	37,5	-
4.2.	Niedostateczne kompetencje partnerów do uczestnictwa w programach	0,0	-
4.3.	Niewłaściwe relacje międzyludzkie	12,5	-
5.	Niedostateczne zasoby technologiczne	-	12,5
5.1.	Skomplikowana konstrukcja programów	12,5	-
6.	Reputacja	-	6,3
6.1.	Niedostateczna wiarygodność społeczna instytucji/ organizacji animujących program	6,3	-

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

Problematyka współpracy międzysektorowej i uczestnictwa społeczności w realizacji programów promocji zdrowia stała się przedmiotem wielu badań na świecie (1-4) i nielicznych w Polsce (5). W praktyce promocji zdrowia trudno jest ustalić jeden uniwersalny schemat postępowania, który można by powielać w interwencjach tworzonych w różnych uwarunkowaniach społecznych i w odpowiedzi na różne potrzeby zdrowotne. Uzyskane wyniki dotyczą programu ukierunkowanego na ochronę żywności przez zanieczyszczeniem mikrobiologicznym i mogą być pomocne w budowaniu krajowych programów o zbliżonym charakterze.

### WNIOSKI

1. Problematyka bezpieczeństwa żywności stwarza płaszczyznę do budowania szerokich koalicji społecznych.
2. Dobra współpraca w największym stopniu zależy od istnienia kompetentnego przywództwa, dobrej oceny programu, dobrych wcześniejszych doświadczeń we współpracy oraz przejrzystych mechanizmów wymiany informacji i podejmowania decyzji w trakcie pracy. Ogólnie – największe znaczenie mają czynniki związane z podmiotami realizującymi program.

### PIŚMIENNICTWO

1. Baron-Epel O. Drach-Zahavy A. Peleg H. Health promotion partnerships in Israel: motives, enhancing and inhibiting factors, and modes of structure. *Health Promotion International* 2003;18:15-23.
2. Dixon J. Sindall C. Banwell C. Exploring the inersectoral partnerships guiding Australia's dietary advice. *Health Promotion International* 2004;19:5-13.
3. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International* 1998;13:99-120.
4. Kennedy LA. Community involvement at what cost? – local appraisal of a pan-European nutrition promotion programme in low-income neighbourhoods. *Health Promotion International* 2001;16:35-45.
5. Słońska Z. Model rozwoju infrastruktury dla promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia na poziomie gminy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2002; 22:51-75.

## STRESZCZENIE

W pracy analizowano znaczenie czynników determinujących partnerstwo podczas realizacji programu promocji zdrowia „Lubię zimno”. Podstawą opracowania były wyrażone w ankiecie opinie 16 regionalnych/ lokalnych koordynatorów programu. Stwierdzono, że kluczowe znaczenie w budowaniu partnerstwa miały kompetencje przywódcy, dobra ocena programu, dobre wcześniejsze doświadczenia ze współpracy oraz przejrzyste mechanizmy wymiany informacji i podejmowania decyzji. W pracy wskazano bariery w podejmowaniu współpracy. Opisano też typowe dla tego programu rodzaje współpracy.

## SUMMARY

The responses of 16 inquired regional/ local co-ordinators were analysed to assess the determinants of partnerships in „Keep me cool” food safety promotion programme. The four most important factors were identified: leader’s expertise, positive opinion of the programme, previous positive experience with partnerships and explicit procedures for collaboration. Some important barriers to partnerships were indicated. Modes of partnerships were described.

Rycina 1. Determinanty dobrej współpracy w realizacji programu promocji zdrowia „Lubię zimno” (2000-2003)

