

I. Informacje wprowadzające

Nazwa strategii/programu/projektu	Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
Charakter przedsięwzięcia	o strategia o <u>program</u> o grupa projektów o projekt
Typ przedsięwzięcia	o inwestycyjny o nieinwestycyjny o <u>mieszany</u>
	Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka. Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest próbą stworzenia systemowego narzędzia zarówno dla ochrony tego zdrowia, jak i radzenia sobie z zagrożeniami jakie niosą kryzysy i choroby psychiczne. U podstaw Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego leżą wartości takie jak : zachowanie godności człowieka i poszanowanie jego praw, postępowanie zgodne z zasadą solidarności w podejmowaniu zadań, jak również wspólna determinacja w poszukiwaniu skutecznych rozwiązań niwelujących zagrożenia i pozwalających sprostać wyzwaniom współczesnej rzeczywistości. Zachowanie tych wartości jest koniecznością w realizacji obowiązku dbania o zdrowie mieszkańców. Podmiotom zaangażowanym w przygotowanie Programu towarzyszyła gotowość do współpracy i wzajemnej wymiany doświadczeń, wiedzy i umiejętności .Tego samego potrzeba podmiotom uczestniczącym w realizacji Programu. Realizatorzy muszą nadto mieć przed sobą jasno sprecyzowany cel – tylko razem, na miarę sił i możliwości indywidualnych możemy być uczestnikami rozwoju. Nie ma pełnego rozwoju społecznego, jeśli ktokolwiek pozostaje poza rozwijającą się wspólnotą. W podejściu do osoby dotkniętej trudnością o charakterze psychicznym mamy do czynienia z wieloma koncepcjami opisującymi istotę tych trudności, mechanizmy ich powstawania oraz sposoby przezwyciężania i potrzebnego wsparcia. Koncepcje te zależą od przyjętej definicji zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne definiować możemy jako brak choroby, bądź też jako dobrostan umożliwiający pełną samorealizację. Niezależnie od przyjętej definicji, założeniem niniejszego programu jest tworzenie optymalnych warunków do rozwoju na miarę indywidualnych możliwości oraz wskazanie sposobów i działań służących diagnozie i zapewnieniu szans przezwyciężania trudności, które niosą kryzysy czy choroba. Program powstał w oparciu o identyfikację obecnych problemów, rozeznanie dotyczące zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz wolę pełniejszej realizacji wartości i celów stawianych na przyszłość. Niniejszy program stworzony został dla osób borykających się z trudnościami, ale jego zapisy w bezpośredni sposób realizowane będą przez podmioty w nim wymienione. Program budowany był we współpracy osób zaangażowanych w działania w obszarze zdrowia psychicznego w służbie zdrowia, pomocy społecznej, sektorze pozarządowym i samorządzie. W poczuciu misji i współodpowiedzialności przygotowany program oparty jest o wartości zapewniające skuteczność, efektywność i profesjonalizm podejmowanych działań na wszystkich etapach realizacji programu takie jak: • Akceptacja i otwartość, rozumiana jako traktowanie człowieka dotkniętego kryzysem dalej jako osoby z całą jej różnorodnością i prawem do zmienności; • Empatia i solidaryzowanie się ze środowiskiem osoby w kryzysie, rozumiane jako maksymalne angażowanie istniejących już sieci wsparcia w działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego; • Partnerstwo z osobą w kryzysie i jej otoczeniem społecznym na każdym etapie wsparcia, rozumiane jako poszanowanie praw , woli i kompetencji tej osoby i każdego z zaangażowanych we wsparcie podmiotów; • Kompleksowość, wielostronność i interdyscyplinarność oddziaływań, rozumiana jako uznanie kompetencji wszystkich podejmujących wsparcie i zasadność łączenia ich wysiłków w budowanie indywidualnych programów pomocy, dostosowanych do potrzeb osoby zagrożonej, w kryzysie lub chorej psychicznie. • Odpowiedzialność za działania podejmowane dla i w imieniu osoby dotkniętej kryzysem, w sytuacji zagrożenia jej życia lub zdrowia, wobec ograniczenia lub utraty przez tę osobę zdolności do podjęcia działania dla własnego dobra. Zespół przygotowujący program uznał w odniesieniu do jego adresatów za fundamentalne: • Przywracanie poszanowania i respektowania praw człowieka, • umożliwienie funkcjonowania z potrzebnym indywidualnym wsparciem w naturalnej wspólnotcie rodzinnej i społecznej, • zachowanie więzi i aktywności na miarę możliwości i potrzeb osoby, • ograniczenie korzystania z pomocy instytucjonalnej do niezbędnego minimum, • rozwój usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności • rozwój integracji i spójności społecznej. Podczas budowania Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego kierowaliśmy się założeniami psychiatrii środowiskowa tj. wg J. Wciórka, 2000, „podejściem do leczenia psychiatrycznego, w którym przykładą się szczególną wagę do ograniczania leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach szpitalnych, do deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej na rzecz tzw. opieki środowiskowej, która opiera się na lokalnych, mniejszych ośrodkach pomocy medycznej (np. zespołach leczenia środowiskowego) i pozwala na zapewnienie pacjentom opieki psychiatrycznej w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym, w którym na co dzień funkcjonują. Psychiatria środowiskowa akcentuje znaczenie podtrzymywania i wspierania zdolności pacjentów do pełnienia ról społecznych właściwych osobom zdrowym; w aspekcie psychoterapeutycznym psychiatria środowiskowa opiera się przede wszystkim na podejściu systemowym (Jacek Wciórka „Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło” w: „Postępy w Psychiatrii i Neurologii”. 9, s. 319-337, 2000). Zgodnie z powyższym założeniem przedstawiamy dwa modele (model azylowy i model środowiskowy) wskazujące na różnice w podejściu do leczenia i wsparcia osoby doświadczającej kryzysu psychicznego: Model azylowy „zakłada, że zasadnicze zadania w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego są rozwiązane przez umieszczanie szukających pomocy w dużych, scentralizowanych instytucjach psychiatrycznych, oferujących im schronienie, opiekę i nadzór.” („Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Prof. Maria Załuska, Warszawa 2015). Model środowiskowy „to dążenie do ograniczenia potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej, poprzez udostępnianie alternatywnych wielu form pomocy wobec pobytu w szpitalu i przybliżanie ich do miejsc zamieszkania chorych”. („Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Prof. Maria Załuska, Warszawa 2015). Deinstytucjonalizacja – „przeniesienie ciężaru pomocy z wielkiej, hierarchicznej instytucji (szpitala psychiatrycznego) do ośrodków pomocy i wspierania usytuowanych w obrębie lokalnej społeczności”. („Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Prof. Maria Załuska, Warszawa 2015). Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego powstał z myślą o osobach z różnych grup wiekowych, zmagających się z następującymi

Wstęp	problemami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi dalej zwanymi Katalogiem zaburzeń psychicznych. Program uwzględnia w swoich działaniach również osoby znajdujące się w otoczeniu osób cierpiących tj. rodziny, środowisko lokalne oraz członków wszelkich grup zawodowych świadczących szeroko rozumianą pomoc. Katalog zaburzeń adresatów Programu: 1. Zaburzenia neurorozwojowe (organiczne zaburzenia psychiczne) 2. Zaburzenia psychotyczne 3. Zaburzenia afektywne/ nastroju (tu: depresja, CHAD, nieokreślone). 4. Zaburzenia nerwicowe i psychosomatyka (zaburzenia lękowe, stres – tu m.in. PTSD, zaburzenia bólowe) 5. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (tu: zaburzenia jedzenia, zaburzenia snu, zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej (zab. substancji bez uzależnienia etc.) 6. Zaburzenia osobowości i zachowania (depresje osobowościowe – lekooporne; samobójstwa; zaburzenia kontroli impulsów - np. patologiczny hazard, kleptomania; uszkodzenia ciała; niezdolność do utrzymywania bliskich, stabilnych i satysfakcjonujących związków; antyspoleczność, itd.) 7. Zaburzenia psychiczne i zachowania wynikające z uzależnienia (behawioralne oraz związane z używaniem substancji psychoaktywnych) 8. Zaburzenia rozwoju psychicznego, psychologicznego pojawiające się w dzieciństwie. *Opracowano w oparciu o ICD 10, DSM-IV-, DSM-IV-TR, Podręcznik Diagnostyki Psychodynamicznej. Najważniejsze definicje terminów użytych lub wykorzystanych w Programie: Zdrowie rozumiane jest jako „brak choroby lub kalectwa z równoczesnym pełnym dobrostanem psychicznym, fizycznym i społecznym” (WHO 1948). Pojęcie to obejmuje także „zdolność człowieka do osiągania szczytu własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych, jak i pozytywnego reagowania na wyzwanie środowiska” („Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Prof. Maria Załuska, Warszawa 2015) Zdrowie psychiczne „jest czymś więcej niż tylko brakiem choroby psychicznej, wymaga ono: poczucia samowystarczalności, samooceny i poczucia własnej wartości, umiejętności zaufania innym, zdolności dawania i brania przyjaźni, miłości i przywiązania, zdolności tworzenia trwałych związków emocjonalnych, zdolności głębokiego przeżywania emocji, umiejętności przebaczenia innym i sobie samemu, zdolności do przemyśleń nad sobą i rozważań nad zmianami, umiejętności uczenia się przez doświadczenie, zdolności tolerowania niepewności i podejmowania ryzyka, zdolności do zadumy i fantazjowania” („Oksfordzki podręcznik psychiatrii” Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A., Wydawnictwo CZELEJ, Lublin, 2007) Kryzys - „występuje wówczas, gdy człowiek ocenia sytuację jako zagrażającą, a zarazem przekraczającą jego dotychczasowe sposoby radzenia sobie. Ta subiektywna ocena będzie modyfikować charakter objawów reakcji kryzysowej, jej przebieg i długość trwania.” (Badura-Madej W., „Psychiatria dzieci i młodzieży”, red. Namysłowska I.,PZWL, Warszawa,2005). Trudności psychiczne można opisać jako „(...) odczuwanie lub doświadczenie wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie” („Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne”, Beata Maria Nowak za R.K. James i B.E. Gilliland, Warszawa 2012, s. 36). Psychoza - choroba psychiczna - opisywana jest jako „stan głębokiego zakłócenia czynności poznawczych. Obejmuje on: upośledzenia sprawności myślenia i pamięci, pogorszenie kontaktu, zaburzenia reakcji uczuciowych, niedostosowane zachowania, patologię spostrzegania oraz błędne rozumienie rzeczywistości.” („Medycyna behawioralna” Jerry M. Wiener, wydanie pod redakcją Sławomira Sidorowicza, Urban &Partner Wrocław 1996) Schizofrenia - choroba schizofreniczna - współczesne definicje traktują ją jako „zaburzenia psychiczne o przewlekającym się czasie trwania, którego charakterystyczne objawy wskazują na występowanie mniej lub bardziej zaznaczonej dezintegracji czynności psychicznych, zaburzającej prawidłowy i harmonijny przebieg procesów psychicznych i często choć nie zawsze prowadzącej do wyraźnie niekorzystnych zmian w indywidualnym i społecznym funkcjonowaniu chorych. Przyczyny choroby nie są ostatecznie ustalone (...)” (“Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy” pod redakcją Jacka Wciórki. Biblioteka Psychiatrii Polskiej Kraków 1998.str 9-10). Osoby z zaburzeniami psychicznymi to osoby: a) chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne) b) upośledzone umysłowo c) wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (...)” (Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego - komentarz; Stanisław Dąbrowski, Janusz Pietrzykowski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997, str. 55) Uzależnienie od substancji psychoaktywnych „to psychiczny, a niekiedy fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją, charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jego wpływu na psychikę, a niekiedy aby uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji. (...) Pod pojęciem substancji należy rozumieć każdą substancję psychoaktywną, która może zmieniać jedną lub więcej czynności żywego organizmu.” (WHO 1969). Mówiąc inaczej „uzależnienie jest przymusem używania substancji, zbędnej z medycznego punktu widzenia, która prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego” (DSM). Niepelnosprawność intelektualna „jest stanem zahamowania rozwoju poznawczego, intelektualnego i psychicznego od okresu wczesnorozwojowego. Objawia się różnego stopnia obniżeniem pamięci, zdolności myślenia (przetwarzania informacji) i uczenia się (nabywania nowych informacji) z równoczesnym opóźnieniem rozwoju psychoruchowego, zmianami emocjonalnymi i zachowania, oraz trudnościami w zdobyciu wykształcenia i społecznym przystosowaniu („Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Prof. Maria Załuska, Warszawa 2015). Definicje obszarów zadań zawartych w programie, wg podziału Caplana (1964r.): Prewencja (wg. Caplana pierwotna prewencja) „obejmuje wszystkie starania zmierzające do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą one zdolne wywołać chorobę (...)” Są to zadania z zakresu edukacji, promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń, skierowane zarówno do całej populacji, jak i do grup ryzyka. Interwencja (wtórna prewencja) – „(...) stosuje się, gdy wykryte zostaną wczesne sygnały zaburzeń. Ma ona na celu powstrzymanie rozwoju zaburzeń i skrócenie czasu ich trwania (...)” Są to działania służące udzieleniu niezbędnego wsparcia w momencie kryzysu – rozumianego jako wydarzenie się sytuacji kryzysowej (np. epizodu psychotycznego, próby samobójczej) lub samodzielne zgłoszenie się klienta po wsparcie. Integracja (prewencja trzeciego stopnia) – „(...) ma na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby, ale także minimalizację wtórnych uszkodzeń związanych z przebyłą chorobą i ewentualnych dysfunkcji (...)” Są to zadania obejmujące działania długofalowe, służące powrocie chorego do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym, zawodowym, społecznym oraz zapobieganiu nawrotom choroby czy nawrotom sytuacji kryzysowych (leczenie, rehabilitacja, terapia, opieka, wsparcie). ~Koordynacja i zarządzanie – zadania obejmujące organizację współpracy międzypodmiotowej mającej na celu wdrażanie, monitoring i ewaluację działań realizowanych w ramach Programu.
Cel	Cel główny: Tworzenie lokalnego systemu zapewniającego optymalne warunki i szanse rozwoju psychicznego mieszkańców Gdańska oraz poprawę jakości życia osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin, opiekunów i otoczenia społecznego w Gdańsku. Cele szczegółowe: Prewencja – Podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających. Interwencja – Rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki. Integracja – Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości. Koordynacja i zarządzanie – Zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Opis grupy docelowej		Mieszkańcy Gdańska - osoby z różnych grup wiekowych, zmagające się z problemami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz osoby znajdujące się w otoczeniu osób cierpiących, tj. rodziny, środowisko lokalne oraz członkowie wszelkich grup zawodowych świadczących szeroko rozumianą pomoc.
Zasięg i zakres oddziaływania	obszar oddziaływania	Miasto Gdańsk
	zakres oddziaływania	Aktywność obywatelska
		Wsparcie społeczne
		Edukacja i wychowanie
		Zdrowie publiczne i sport
		Rynek pracy i przedsiębiorczość
Uzasadnienie konieczności realizacji strategii/programu/projektu		1. Podniesienie poziomu i jakości życia osób z problemami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi 2. Konieczność kompleksowego i systemowego podejścia do problemu ochrony zdrowia psychicznego, jak i radzenia sobie z zagrożeniami jakie niosą kryzysy i choroby psychiczne 3. Konieczność usystematyzowania działań realizowanych i planowanych do realizacji na rzecz osób dotkniętych trudnościami o charakterze psychicznym 4. Potrzeba identyfikacji obecnych problemów, rozeznania zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz opracowania optymalnych kierunków działania 5. Obowiązek realizacji zadań własnych Gminy 6. Gwarancja zabezpieczenia odpowiednich środków w budżecie
Całkowity koszt strategii/programu/projektu		Źródłem finansowania GPOZP będą środki zabezpieczane będą corocznie w budżecie Gminy Miasta Gdańska, w tym w innych komplementarnych programach strategicznych oraz środki uzyskane ze źródeł zewnętrznych.
Termin realizacji strategii/programu/projektu		2016-2023
Zarządzanie strategią/programem/projektem (zasoby kadrowe, zasoby rzeczowe, doświadczenie)		Program będzie realizowany przy współpracy samorządu lokalnego, organizacji pozarządowych, instytucji oraz innych podmiotów zaangażowanych w działania związane z ochroną zdrowia psychicznego w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości, ze środowisk naukowych i akademickich. Powołana zostanie Gdańska Rada ds. Zdrowia Psychicznego o znaczeniu strategicznym, Zespół Wdrożeniowy koordynujący realizację GPOZP oraz Gdańskie Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego. Realizacja poszczególnych zadań odbywać się będzie przy współpracy z Pomorską Koalicją na Rzecz Zdrowia Psychicznego oraz Gdańską Radą Działalności Pożytku Publicznego z uwagi na duże zaangażowanie w realizację programu organizacji pozarządowych. Finansowanie programu odbywać się będzie w ramach budżetu Miasta Gdańska oraz środków pozabudżetowych pozyskiwanych z innych źródeł.
Podstawa prawna		1. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. tj.z 2016r., poz. 546) 2. Ustawa o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. z 2016r., poz. 446) 3. Ustawa o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 163) 4. Ustawa o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 20015 r., poz. 2156) 5. Ustawa o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz 1916 ze zm.) 5. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 239 ze zm.) 6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015r. poz.581)
Komplementarność z krajowymi dokumentami strategicznymi	nazwa dokumentu	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
	cele	poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi, poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa, poprawa zdrowia prokreacyjnego, promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.
	nazwa dokumentu	Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015 - 2019
	cele	Cel szczegółowy c) Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników opieki zdrowotnej
Komplementarność z regionalnymi dokumentami strategicznymi	nazwa dokumentu	Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia - Zdrowie dla Pomorzan 2020 (Załącznik do Uchwały nr 930/274/13 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 8 sierpnia 2013r.)
	cele	Cel Szczegółowy 1. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności Priorytet 1.1. Promocja zdrowia
		Cel Szczegółowy3. Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych Priorytet 3.1. Specjalistyczna kadra medyczna, Priorytet 3.2. Kompleksowa opieka nad pacjentem
	nazwa dokumentu	Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (przyjęty uchwałą nr 196/2015 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 3 marca 2015 r.)
	cele	Oś Priorytetowa 3. Edukacja. Priorytet Inwestycyjny 10a. Inwestycje w edukację, umiejętności i uczenie się przez całe życie poprzez rozwój infrastruktury edukacyjnej i szkoleniowej. Cel szczegółowy: Oferta kształcenia zawodowego na poziomie ponadgimnazjalnym i wyższym dostosowana do potrzeb gospodarki.
		Oś priorytetowa 5. Zatrudnienie. Priorytet Inwestycyjny 8i. Dostęp do zatrudnienia dla osób poszukujących pracy i osób biernych zawodowo, w tym długotrwale bezrobotnych oraz oddalonych od rynku pracy, także poprzez lokalne inicjatywy na rzecz zatrudnienia oraz wspieranie mobilności pracowników. Cel szczegółowy: Zwiększone zatrudnienie osób pozostających bez pracy. Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się. Cel szczegółowy: Zwiększony udział mieszkańców w programach zdrowotnych dotyczących chorób stanowiących istotną barierę w utrzymaniu i wydłużaniu aktywności zawodowej. Priorytet Inwestycyjny 8v.Przystosowanie pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian. Cel szczegółowy: Poprawiona sytuacja osób zagrożonych zwolnieniem i zwolnionych na rynku pracy.
		Oś Priorytetowa 6. Integracja Priorytet Inwestycyjny 9i Aktywna integracja, w szczególności w celu poprawy zatrudnialności. Cel szczegółowy Zwiększone zatrudnienie osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Priorytet Inwestycyjny 9v. Wspieranie gospodarki społecznej i przedsiębiorstw społecznych.Cel szczegółowy: Zwiększone zatrudnienie w podmiotach ekonomii społecznej.
		Oś Priorytetowa 7. Zdrowie Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych. Cel szczegółowy: Zwiększona dostępność usług zdrowotnych.
	nazwa dokumentu	Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego na lata 2014 - 2020
	cele	Cel strategiczny 1 Właściwie funkcjonująca rodzina Cel operacyjny 1.1 Ograniczenie wykluczenia społecznego osób i rodzin; Cel operacyjny 1.2 Efektywny system wspierania rodziny i dziecka; Cel operacyjny 1.3 Zmniejszona skala występowania zjawiska przemocy w rodzinie; Cel operacyjny 1.4 Skuteczna profilaktyka i zminimalizowane negatywne skutki uzależnień w rodzinie i poza nią.
Cel strategiczny 2 Integrująca rola polityki społecznej Cel operacyjny 2.1 Skuteczny i efektywny system pomocy i integracji społecznej; Cel operacyjny 2.2 Silny sektor ekonomii społecznej; Cel operacyjny 2.3 Organizacje pozarządowe jako partner w realizacji zadań publicznych;		
Cel strategiczny 3 Aktywni seniorzy Cel operacyjny 3.1 Wysoka aktywność społeczna i zawodowa seniorów; Cel operacyjny 3.2 Sprawnie funkcjonujący system wsparcia seniorów.		
Cel strategiczny 4 Włączanie społeczne osob niepełnosprawnych Cel operacyjny 4.1 Lepsze warunki i jakość życia osób niepełnosprawnych; Cel operacyjny 4.2 Efektywne lokalne systemy profilaktyki i pomocy osobom niepełnosprawnym		
	nazwa dokumentu	Strategia Rozwoju Miasta "Gdańsk 2030 Plus" - załącznik do Uchwały nr LVIII/1327/14 Rady Miasta Gdaska z dnia 25.09. 2014 r
		PO Edukacja, Cel operacyjny: I.1. Wyrównanie szans edukacyjnych; Cel operacyjny: I.2. Podniesienie jakości pracy placówek gdańskiego systemu edukacji, wychowania i opieki; Cel operacyjny: I.4. Rozwój kompetencji zawodowychmieszkańców dla sprostania wyzwaniom dynamicznie zmieniającego się świata.
		PO Zdrowie publiczne i sport, Cel operacyjny: II.1. Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie; Cel operacyjny: II.3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień; Cel operacyjny: II.4. Podniesienie jakości opieki medycznej.

Komplementarność z loklanymi dokumentami strategicznymi	cele	PO Integracja społeczna i aktywność obywatelska, Cel operacyjny: III.3. Zwiększenie roli wolontariatu jako aktywności społecznej; Cel operacyjny: III.4. Podniesienie jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy sektora pozarządowego z miastem; Cel operacyjny: III.6. Podniesienie jakości systemu opieki społecznej; Cel operacyjny: III.7. wzmocnienie koordynacji zarządzania polityką społeczną
		PO Kultura i czas wolny, Cel operacyjny: IV.1. Zwiększenie aktywności w kulturze i aktywności kulturalnej mieszkańców Gdańska.
		PO Przedsiębiorczość, Cel operacyjny: V.2. Skuteczne i kompleksowe wsparcie gdańskich przedsiębiorstw i organizacji.
		PO Infrastruktura, Cel operacyjny: VII.3. Zwiększenie dostępności mieszkań we wszystkich segmentach rynkumieszkaniowego i podniesienie efektywności wykorzystaniadostępnych lokali użytkowych.
		PO Przestrzeń publiczna, Cel operacyjny: IX.3. Szersze uspołecznienie planowania i działań w przestrzeni publicznej.
		Przyjmowane uchwałą Rady Miasta Gdańska roczne i wieloletnie programy: Program Współpracy Miasta Gdańska z organizacjami pozarządowymi, Gdański Program Przeciwdziałania Narkomanii, Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Poblemów Alkoholowych, Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybrany Chorobom Społecznym w Gdańsku, Miejski program promocji zatrudnienia oraz aktywizacji lokalnego rynku pracy, Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Gdańsku na lata 2015-2020
Powiązanie z innymi dokumentami m.in. rekomendacjami, wytycznymi	nazwa dokumentu	Europejska Deklaracja Ochrony Zdrowia Psychicznego i Plan Działania [WHO, 2005] (Deklaracja Helsińska)
	cele	– promowanie dobrostanu psychicznego całej populacji, poprzez środki i działania, których celem jest uświadomienie znaczenia zdrowia psychicznego oraz wprowadzanie zmian sprzyjających zdrowiu psychicznemu – przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji, zapewnienie ochrony praw i godności człowieka oraz wdrażania koniecznych przepisów prawnych,umożliwiających osobom narażonym na zagrożenia zdrowia psychicznego lub cierpiącym z powodu problemów zdrowia psychicznego i spowodowanej nimi niepełnosprawności, do uczestniczenia w życiuspołecznym w pełni i na równych prawach, – zapewnienie szczególnego wsparcia i pomocy dla osób narażonych na zwiększone ryzyko ze względu na okres ich życia, w szczególności w zakresie opieki rodzicielskiej i kształcenia dzieci i młodzieży oraz opieki nadosobami starszymi, – opracowanie i wprowadzenie w życie środków, których celem jest zapobieganie przyczynom samobójstw oraz powstawania problemów zdrowia psychicznego i chorób im towarzyszących, – rozwijanie wiedzy i umiejętności lekarzy i pracowników placówek podstawowej opieki zdrowotnej, działających we współpracy z wyspecjalizowaną opieką medyczną i pozamedyczną, – zaoferowanie osobom z poważnymi problemami zdrowia psychicznego skutecznej i wielostronnej opieki i leczenia w zróżnicowanych ośrodkach i placówkach, w sposób, który zapewni poszanowanie ich osobistych preferencji oraz ochroni ich przed lekceważeniem i poniżającym traktowaniem, – opracowanie programów edukacji oraz szkolenia w celu stworzenia kompetentnego, wieloprofesjonalnego zespołu specjalistów, – inicjowanie badań naukowych, wspieranie ewaluacji oraz ich upowszechnianiadobrostanu psychicznego całej populacji, poprzez środki i działania, których celem jest uświadomienie znaczenia zdrowia psychicznego oraz wprowadzanie zmian sprzyjających zdrowiu psychicznemu poszczególnych osób, społeczności lokalnych, społeczeństwa obywatelskiego.
	nazwa dokumentu	Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego [WHO, 2013b]
	cele	– każdy ma równe szanse by realizować dobrostan psychiczny podczas całego życia, zwłaszcza ci, którzy są najbardziej wrażliwi i narażeni na czynniki ryzyka, – osoby z problemami zdrowia psychicznego są obywatelami, których prawa człowieka są w pełni respektowane, chronione i promowane, – świadczenia opieki zdrowotnej są dostępne i osiągalne finansowo, dostępne w środowisku zgodnie z potrzebami, – osoby mają prawo do pełnego poszanowania oraz bezpiecznego i efektywnego leczenia.
	nazwa dokumentu	Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013 - 2020 [WHO, 2013a]
	nazwa dokumentu	Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu [Unia Europejska, 2008]
	cele	– zapobieganie samobójstwom i depresji, – promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu wśród dzieci i młodzieży, – promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu w miejscu pracy, – zdrowie psychiczne i dobrostan ludzi starszych, – promowanie społecznej inkluzji i walka ze stygmatyzacją.
	nazwa dokumentu	Traktat o Funkcjonowaniu UE [Unia Europejska, 2010] (art. 168)
	cele	Unia Europejska, uzupełniając polityki krajowe, będzie podejmować działania zmierzające do poprawy zdrowia publicznego, zapobiegać zaburzeniom i chorobom somatycznym i psychicznym, usuwać źródła ryzyka dla zdrowia somatycznego i psychicznego
	nazwa dokumentu	Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U.1991.526)
	nazwa dokumentu	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona 13 grudnia 2006 roku w Nowym Jorku, ratyfikowana przez Polskę dnia 6 września 2012 r. (Dz.U. z 2012r. Poz. 1169)
	cele	Popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności.
Powiązanie z innymi projektami	nazwa dokumentu	Zarządzenie Nr 606/15 PMG z dnia z 4 maja 2015 r. w sprawie powołania Zespołu ds. modelu integracji imigrantów w Gdańsku, zmienione zarządzeniem Nr 1939/15 PMG z dnia 29 grudnia 2015 r. dot. przedłużenia prac do końca marca 2016 r.
Lider/koordynator	nazwa instytucji/jednostki/organizacji	Urząd Miejski w Gdańsku
	koordynator	Zastępca Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego
	e-mail	wrs@gdansk.gda.pl
	telefon	58/ 323 67 27
	osoba do kontaktu	Piotr Olech / Katarzyna Lewińska
	e-mail	piotr.olech@gdansk.gda.pl / katarzyna.lewinska@gdansk.gda.pl
	telefon	58/ 323 67 27 / 58/ 323 67 79
	adres biura strategii/programu/projektu	Urząd Miejski w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk / Wydział Rozwoju Społecznego
Partnerzy	partner	organizacje pozarządowe
	partner	Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku
	partner	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
	partner	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
	partner	Gdański Uniwersytet Medyczny
	partner	Uniwersytet Gdański
	partner	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
	partner	Wydział Programów Rozwojowych
	partner	Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży
	partner	Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień
	partner	Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych
Realizatorzy	realizator	Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych
	realizator	Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
	realizator	Poradnie Leczenia Nerwic
	realizator	Poradnie Psychgeriatryczne i Geriatryczne
	realizator	Oddziały Leczenia Środowiskowego
	realizator	Poradnie Psychologiczne i Psychologiczno-Pedagogiczne
	realizator	Poradnie dla Osób z Autyzmem Dziecięcym lub Innymi Całościowymi Zaburzeniami Rozwoju
	realizator	Poradnie Leczenia Uzależnień
	realizator	Podmioty medyczne
	realizator	Pomorskie Centrum Pomocy Bliźniemu MONAR-MARKOT
	realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
	realizator	Gdański Uniwersytet Medyczny
	realizator	NZOZ Pomorskie Centrum Toksykologii
	realizator	NZOZ Ośrodek Terapii i Profilaktyki Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
	realizator	Centrum Zdrowia Diagnostyka i Terapia
	realizator	Organizacje pozarządowe

realizator	Ośrodki wsparcia przy ul. Chopina
realizator	Wydział Gospodarki Komunalnej, Wydział Urbanistyki i Architektury, Wydział Programów Rozwojowych
realizator	Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji
realizator	Przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne dla młodzieży i dorosłych, centra kształcenia ustawicznego i praktycznego, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze
realizator	Pracodawcy i podmioty ekonomii społecznej
realizator	Powiatowy Urząd Pracy
realizator	Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień
realizator	Dyrekcja Rozbudowy Miasta Gdańska