Druk Nr 675
BRM6.0006.208.2020

URZĄD MIEJSKI W GDAŃSKU
BIURO RADY MIASTA GDAŃSKA
(1)
2020 -06- 17
SESJA

UCHWAŁA NR .....
RADY MIASTA GDAŃSKA

z dnia ..... 2020 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj.: Dz. U. z 2020, poz. 713) art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 92 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tj.: Dz. U. z 2020 r. poz. 920) w związku z art.1, art. 6, art. 7, art. 8, art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020, 2473, z 2020 r., poz. 695), art. 2 ust. 4 pkt 1 i ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 685) **uchwala się, co następuje:**

§ 1. W uchwale Nr XXIV/665/16 Rady Miasta Gdańska z 31 maja 2016 r. w sprawie przyjęcia Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku do uchwały Nr XXIV/665/16 Rady Miasta Gdańska z 31 maja 2016 r. w sprawie przyjęcia Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 zmianie ulega część 1. Informacje wprowadzające, część 2. Diagnoza i część 3. Cele, które otrzymują brzmienie jak w załączniku do uchwały.

§ 2. Uchwała podlega ogłoszeniu w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Miasta Gdańska

Agnieszka Owczarczak

UZASADNIENIE:

Miasto Gdańsk stara się sprostać nowym wyzwaniom związanym z ochroną zdrowia psychicznego mieszkańców, wychodząc nieustannie naprzeciw ich potrzebom, tworząc innowacyjne rozwiązania, systemowe narzędzia w obszarze zdrowia publicznego oraz nakreślać priorytety wzmacniające potencjał zdrowotny Gdańszczan. Zmiany wpisują się w wieloletnią strategię zarządzania programami społecznymi, służącą dalszej standaryzacji i unifikacji procesów w ramach miejskich programów branżowych. Aby odpowiedzieć na potrzeby zdrowia psychicznego w sposób systemowy, w powiązaniu ze zdrowiem publicznym, funkcję ciała opiniująco-doradczego o charakterze strategicznym przejmie Gdańska Rada Zdrowia Publicznego. W miejsce Zespołu Wdrożeniowego koordynującego realizację GPOZP powstanie zespół ds. monitoringu i ewaluacji GPOZP. Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego zastąpione zostanie powstałym Miejskim Systemem Interwencji Kryzysowej, koordynowanym przez MOPR, zrzeszający partnerów i realizatorów GPOZP. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący i aktualizujący. Wprowadzone zmiany pozwolą efektywniej zarządzać procesami związanymi z realizacją zadań w obszarze zdrowia psychicznego.

Podjęcie uchwały jest konieczne i uzasadnione.

Wnioskodawca:

PREZYDENT MIASTA GDAŃSKA
z up.
Danuta Janczarek
Sekretarz Miasta Gdańska

Opinia Radcy Prawnego:

KRP-III-0721/480/2020
nr
projekt pozytywna
uzgodniono P. Seba-Chmara
Radca Prawny
dnia 16.06.2020 r.

Sporządził:	Zaakceptował:	Zatwierdził:
Magda Rychlicka-Tomczyk (imię i nazwisko)	Maria Maślak (imię i nazwisko)	Piotr Kowalczuk (imię i nazwisko)
Podpis	Podpis	Podpis

Załącznik do uchwały Nr .....

Rady Miasta Gdańska

z dnia ..... 2020 r.

I. Informacje wprowadzające

Nazwa strategii/programu/projektu	Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
Charakter przedsięwzięcia	o strategia
	o program
	o grupa projektów
	o projekt
Typ przedsięwzięcia	o inwestycyjny
	o nieinwestycyjny
	o mieszany
Wstęp	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 wspólnocie 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 środowiskowej, tj. wg J. Wciórka, 2000, „podejściem do leczenia psychiatrycznego, w którym przykłada 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 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 itp.),
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; antyspołeczność 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 przebaczania 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., Warszawa, 2005).

Trudności psychiczne można opisać jako „(...) odczuwanie lub doświadczanie 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, str. 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 psychicznym 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).

Niepełnosprawność 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 (1964 r.): 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 przebytą 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.	
Priorytety	• Zaburzenia depresyjne • Samobójstwa • Zaburzenia spowodowane spożywaniem substancji psychoaktywnych • Zaburzenia psychiczne i dementywne związane ze starzeniem się • Przewlekłe i nawracające choroby psychotyczne i afektywne • Zaburzenia neurorozwojowe	
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 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. Funkcję rady programowej o znaczeniu strategicznym pełnić będzie Gdańska Rada Zdrowia Publicznego. Powołany zostanie zespół ds. monitoringu i ewaluacji GPOZP. Współpraca partnerów i realizatorów Programu będzie prowadzona dzięki działalności Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej. Realizacja poszczególnych zadań odbywać się będzie przy współpracy z Gdańską Radą Działalności Pożytku Publicznego oraz Gdańską Społeczną Radą ds. Osób Niepełnosprawnych z uwagi na duże zaangażowanie w realizację programu organizacji pozarządowych oraz innymi podmiotami działającymi w obszarze zdrowia psychicznego. Finansowanie programu odbywać się będzie w ramach budżetu Miasta Gdańska oraz środków pozabudżetowych, pozyskiwanych z innych źródeł.	
Podstawa prawna	1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	
	2. Ustawa z dnia 8 maja 1990 r. o samorządzie gminnym	
	3. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	
	4. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	
	5. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym	
	6. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie	

	7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
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 2015-2020**
	cele	Cel szczegółowy c) Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników opieki zdrowotnej
	nazwa dokumentu	**Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022**
	cele	Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Cel szczegółowy b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Cel szczegółowy c): aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi. Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy Cel szczegółowy e): udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.
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 Szczegółowy 3. 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 196/20/15 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 osób niepełnosprawnych. Cel operacyjny 4.1 Lepsze warunki i jakość życia osób niepełnosprawnych; Cel operacyjny 4.2 Efektywne lokalne systemy profilaktyki i pomocy osobom niepełnosprawnym.
Komplementarność z lokalnymi dokumentami strategicznymi	nazwa dokumentu	**Strategia Rozwoju Miasta "Gdańsk 2030 Plus" - załącznik do Uchwały nr LVII/1327/14 Rady Miasta Gdańska z dnia 25.09. 2014 r**
	cele	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 zawodowych mieszkańców 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.
		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 rynku mieszkaniowego i podniesienie efektywności wykorzystania dostępnych 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 Problemów Alkoholowych, Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym 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 życiu społecznym 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 nad osobami 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 upowszechniania dobrostanu 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	**1. Model Integracji Imigrantów, załącznik do Uchwały Nr XXVI/673/16 Rady Miasta Gdańska z dnia 30 czerwca 2016 r.** **2. Model na Rzecz Równego Traktowania, przyjęty Uchwałą Rady Miasta Nr LV/1566/2018 z dnia 28 czerwca 2018 roku oraz rekomendacje i zadania Modelu na rzecz Równego Traktowania przyjęte Zarządzeniem Nr 618/19 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 23 kwietnia 2019 r.**
Lider/koordynator	nazwa instytucji/jednostki/ organizacji	Urząd Miejski w Gdańsku – Wydział Rozwoju Społecznego
	e-mail	wrs@gdansk.gda.pl

	telefon	58/ 323 67 27
Partnerzy	partner	organizacje pozarządowe
	partner	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
	partner	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
	partner	Gdański Uniwersytet Medyczny
	partner	Uniwersytet Gdański
	partner	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
	partner	Wydział Projektów Inwestycyjnych
	partner	Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży
	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 psychogeriatryczne i geriatryczne
	realizator	zespoły leczenia środowiskowego
	realizator	poradnie psychologiczne i psychologiczno-pedagogiczne
	realizator	poradnie leczenia uzależnień
	realizator	podmioty lecznicze
	realizator	organizacje pozarządowe
	realizator	Wydział Gospodarki Komunalnej
	realizator	Wydział Projektów Inwestycyjnych
	realizator	Wydział Urbanistyki i Architektury
	realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
	realizator	Gdański Uniwersytet Medyczny
	realizator	Gdański Ośrodek Sportu
	realizator	Gdański Urząd Pracy
	realizator	Dyrekcja Rozbudowy Miasta Gdańska
	realizator	przedszkola, szkoły podstawowe, szkoły ponadpodstawowe dla młodzieży i dorosłych, centra kształcenia ustawicznego i praktycznego
	realizator	specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze
	realizator	pracodawcy i podmioty ekonomii społecznej

II. Diagnoza

Nr wniosku	Wniosek z diagnozy	Źródło danych
	Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych	
1	Zgodnie z ogólnopolskim badaniem EZOP, przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób. Ponadto 20–30% populacji w wieku 18–64 lata uskarża się na występowanie objawów, które nie są wystarczające do postawienia diagnozy, ale obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń.	„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność opieki", EZOP – Polska, badanie ogólnopolskie w latach 2010-2011
2	W woj. pomorskim rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych szacuje się na 24,8% (przy średniej krajowej 23,4%), co oznacza, że problem może dotyczyć 374 tys. mieszkańców Pomorza. Biorąc pod uwagę, że większym ryzykiem zaburzeń psychicznych obciążeni są mieszkańcy dużych miast,	

	dużą część osób potrzebujących wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego mogą stanowić mieszkańcy Trójmiasta, w tym Gdańska.	
3	W woj. pomorskim ogólna liczba pacjentów zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi między 2010 r. a 2013 r. wzrosła o 6% (z 91462 do 96978 osób). Liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (bez uzależnień) wzrosła o 11%. Największy wzrost nastąpił w liczbie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi oraz zaburzeniami nerwicowymi – o 25%, a także zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych – o 20%. Natomiast o 12% wzrosła liczba pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń rozwojowych. Z kolei o 30% spadła liczba pacjentów poradni cierpiących na zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, a na podobnym poziomie utrzymywała się liczba pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych.	Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny
4	Także liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zgłaszających się do gdańskich Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) stopniowo rośnie, w ciągu trzech lat o 13% (z 24324 w 2012 r. do 27446 w 2014 r.). Liczba pacjentów PZP wzrosła we wszystkich grupach wiekowych, ale wzrost jest szczególnie widoczny w grupie dzieci i młodzieży – między 2012 r. a 2014 r. liczba młodych pacjentów wzrosła o 600 osób (z 3560 do 4160 osób – 17%). Nadal jednak największą grupę pacjentów PZP (54%) stanowią osoby dorosłe – w 2014 r. było to 14882 na 27446 osób.	Dane Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla podmiotów leczniczych w mieście Gdańsku za lata 2010-2014
5	Najczęściej diagnozowane w gdańskich PZP zaburzenia psychiczne to zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (w 2014 r. – 28% pacjentów), epizody afektywne, w tym depresyjne (20% pacjentów), zaburzenia organiczne, w tym dementywne (13% pacjentów), depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (9% pacjentów), schizofrenia (8% pacjentów).	
6	Wśród pacjentów PZP w wieku do 18 lat o 30% wzrosła liczba diagnoz w zakresie zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (w 2012 r. – 551 osób, 2014 r. – 726 osób) oraz o 20% zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (w 2012 r. – 1584 osoby, 2014 r. – 1903 osoby). O ponad połowę częściej u dzieci i młodzieży diagnozowano także całościowe zaburzenia rozwojowe, w tym autyzm, Zespół Aspergera, zaburzenia dezintegracyjne (w 2012 r. – 532 osoby, 2014 r. – 824 osoby).	
7	Wśród osób dorosłych (w wieku 19-64 lata) najczęściej diagnozowane w PZP zaburzenia psychiczne to zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną. Między 2012 a 2014 rokiem liczba pacjentów z taką diagnozą wzrosła o jedną trzecią. Wśród dorosłych częściej diagnozuje się również depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (wzrost o 18%) oraz epizody afektywne, w tym depresyjne i maniakalne (wzrost o 16%), a także inne zaburzenia nastroju (wzrost o 20%). Ponadto niemal trzykrotnie wzrosła liczba pacjentów z zaburzeniami organicznymi, w tym dementywnymi (z 351 w 2012 r. do 1383 w 2014 r.). Nieznacznie wzrosła też liczba rozpoznań zaburzeń osobowości i zachowania (z 420 do 443 przypadków). Na podobnym poziomie utrzymuje się liczba pacjentów ze schizofrenią (ok. 2000 osób). Natomiast spadek o jedną trzecią nastąpił wśród pacjentów z zespołami behawioralnymi związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (z 460 do 326 osób).	
8	W grupie osób starszych (w wieku 65+) niemal trzykrotnie wzrosła liczba diagnozowanych w PZP zaburzeń organicznych – w tym zaburzeń otępiennych, urojeniowych lub poznawczych spowodowanych chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (z 742 przypadków w 2012 r. do 2191 przypadków w 2014 r.). O połowę więcej postawiono także diagnoz w zakresie zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (w 2012 r. – 471 osób, 2014 r. – 708 osób). W grupie pacjentów w wieku powyżej 65 lat częściej diagnozuje się również depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (w 2014 r. – 571 osób, wzrost o 16% od 2012 r.) oraz epizody afektywne (w 2014 r. – 833 osoby, wzrost o 10% od 2012 r.).	
9	Wzrost liczby pacjentów jest obserwowalny także w opiece stacjonarnej. W latach 2010-2015 liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziałach stacjonarnych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku wzrosła o 16% i w 2015 r. wynosiła 4466 osób. W ostatnich latach ponad połowę przyjmowanych pacjentów niezmiennie stanowią osoby w wieku 36-64 lata. Ponadto o 14% wzrosła liczba pacjentów w wieku 19-29 lat, o 11,3% w wieku powyżej 65 lat oraz o 5,5% w wieku 36-64 lata. Z kolei aż o 38% spadła liczba pacjentów niepełnoletnich objętych opieką stacjonarną, natomiast spadek ten jest przede wszystkim związany z ograniczoną liczbą miejsc spowodowaną remontem oddziału dla dzieci i młodzieży.	Dane Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku za lata 2010-2015
10	W latach 2010-2015 na podobnym poziomie utrzymywała się liczba pacjentów opieki stacjonarnej z zaburzeniami psychicznymi niezwiązanymi z uzależnieniami (ok. 2700 osób), natomiast o 20% wzrosła liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania	

	spowodowanymi używaniem alkoholu (do 1276 osób) oraz dwukrotnie liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych (ze 120 do 250 osób).	
11	Najliczniejszą grupę pacjentów (ok. 30%) opieki stacjonarnej stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem alkoholu. Niemal jedną czwartą pacjentów stanowią osoby z rozpoznaniem schizofrenii oraz innych zaburzeń psychotycznych i urojeniowych. Liczną grupą są także pacjenci z zaburzeniami organicznymi (12%) oraz zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi (9%). W tej ostatniej grupie liczba pacjentów wzrosła o ponad 1/3 w ostatnich 6 latach, szczególnie osób z rozpoznaniem reakcji na ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych. Półtora raza zwiększyła się także liczba pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (z 79 do 189 osób) oraz o niemal połowę pacjentów z epizodami depresyjnymi (z 151 do 220 osób). Wzrosła również liczba rozpoznań zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (wzrost o 46%), a także zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (o 34%).	
12	Liczba pacjentów opieki stacjonarnej w wieku 0-18 lat zmniejszyła się w ostatnich latach o niemal połowę (z 689 do 358). W grupie dzieci i młodzieży największą grupę stanowią pacjenci z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, w większości z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji. Liczba rozpoznań tej grupy zaburzeń wzrosła o ponad połowę w latach 2010-2015 (ze 114 do 180 osób). Kolejną zwiększającą się grupą młodych pacjentów są osoby z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi (wzrost z 65 w 2010 r. do 105 pacjentów w 2015 r.). Spadła natomiast liczba młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń afektywnych (z 68 w 2012 r. do 35 osób w 2015 r.).	
13	Wśród osób dorosłych (w wieku 19-64 lata) najczęstszą przyczyną hospitalizacji były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu (34% przypadków). Ponadto liczną grupę dorosłych pacjentów stanowią osoby z rozpoznaniem schizofrenii (26%). W ostatnich latach o jedną trzecią wzrosła także liczba osób dorosłych hospitalizowanych z powodu zaburzeń afektywnych, w szczególności epizodów depresyjnych oraz zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. O 30% zwiększyła się również liczba pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną. Obserwowalny jest też wzrost liczby rozpoznań zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych.	
14	W grupie osób starszych (w wieku 65+) największą liczbę hospitalizowanych pacjentów stanowią osoby z rozpoznaniem zaburzeń organicznych (w 2015 r. 271 na 520 pacjentów), jednak liczba takich przypadków utrzymuje się na podobnym poziomie. Natomiast o 44% więcej postawiono diagnoz w zakresie zaburzeń afektywnych, w tym największy wzrost odnotowano w liczbie przypadków zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Wzrosła także liczba osób starszych z rozpoznaniem schizofrenii (z 67 w 2012 r. do 87 osób w 2015 r.).	
	Uzależnienia	
15	W opiece stacjonarnej pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem alkoholu stanowią obecnie 30% wszystkich pacjentów, a ich liczba w latach 2010-2015 wzrosła o 20%. Coraz większą grupę stanowią pacjenci z podwójną diagnozą – w 2010 r. było to 40%, a w 2015 r. już 65% pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. Natomiast niezmiennie najliczniejszą grupę pacjentów z tego typu zaburzeniami stanowią osoby w wieku 36-64 lata (86%). Obserwowalny jest też wzrost liczby pacjentów z grupy wiekowej 65+ (z 67 osób w 2012 r. do 84 w 2015 r.).	Dane Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku za lata 2010-2015
16	Wzrosła także liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu objętych opieką ambulatoryjną – między 2012 r. a 2014 r. aż czterokrotnie (z 402 do 1626 osób). W 2014 r. połowę pacjentów stanowiły osoby leczone po raz pierwszy w życiu. W latach 2012-2014 niezmiennie trzy czwarte pacjentów stanowili mężczyźni (w 2014 r. - 1213 osób). Czterokrotny wzrost liczby pacjentów odnotowano w grupie osób w wieku 30-64 lata – z 340 w 2010 r. do 1433 w 2014 r. Osoby z tej grupy wiekowej stanowią 84% wszystkich pacjentów. Pięciokrotnie wzrosła też liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu w wieku 19-29 lat (z 32 w 2010 r. do 159 w 2014 r.). Wśród pacjentów najczęściej diagnozowano zespół uzależnienia od alkoholu (w 2014 r. 1511 przypadków).	Dane Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla podmiotów leczniczych w mieście Gdańsku za lata 2010-2014

17	Ponad dwukrotny wzrost odnotowano w liczbie pacjentów opieki stacjonarnej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych. W ostatnich 6 latach ich liczba wzrosła ze 120 do 250 osób. Niemal połowę pacjentów stanowią osoby w wieku 19-29 lat, a jedną trzecią osoby w wieku 30-64 lata. Liczba pacjentów w każdej z tych grup wiekowych w ostatnich latach wzrosła dwukrotnie. Prawie dwukrotnie wzrosła także liczba dzieci i młodzieży hospitalizowanych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (z 16 osób w 2010 r. do 38 w 2015 r.). Spadła natomiast liczba pacjentów z podwójną diagnozą – w 2010 r. było to 48%, a w 2015 r. 36% pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.	Dane Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku za lata 2010-2015
18	Najczęściej diagnozowanym rozpoznaniem w tej grupie pacjentów opieki stacjonarnej były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem wielu narkotyków i innych środków psychoaktywnych. Liczba takich diagnoz w ostatnich latach wzrosła ponad dwukrotnie (z 102 osób w 2010 r. do 234 w 2015 r.), a wzrost ten jest obserwowalny we wszystkich grupach wiekowych (poza seniorami). Poza tym odnotowano pojedyncze przypadki zaburzeń spowodowanych używaniem kanabinoli, substancji nasennych i uspakajających, innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny, opiatów.	
19	Zwiększa się również liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych objętych opieką ambulatoryjną. Między 2012 r. a 2013 r. wzrosła o jedną trzecią (z 609 osób do 829) i nieco spadła w roku 2014 (758 osób). W 2014 r. niemal połowę pacjentów stanowiły osoby leczone po raz pierwszy w życiu. Większość pacjentów stanowiły osoby z grup wiekowych 19-29 lat (45%) i 30-64 lata (42%). W latach 2012-2014 niezmiennie 80% pacjentów stanowili mężczyźni (w 2014 r. - 605 osób). Wśród pacjentów najczęściej diagnozowano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (w 2014 r. 386 przypadków – 50%). Ponadto u 20% pacjentów diagnozowano zaburzenia spowodowane używaniem kanabinoli, u 11% zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny oraz u 10% spowodowane używaniem opiatów.	Dane Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla podmiotów leczniczych w mieście Gdańsku za lata 2010-2014
20	Od roku 2011 spadła liczba uczniów szkół gimnazjalnych i średnich, którzy nigdy nie pili alkoholu. Obecnie jest to 25,4% uczniów gimnazjów i 8,6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w porównaniu do 42% gimnazjalistów i 10% uczniów szkół ponadgimnazjalnych deklarujących abstynencję cztery lata temu. Natomiast można zaobserwować obniżenie wieku częstszego sięgania po alkohol. Obecni gimnazjaliści zaczynają pić więcej alkoholu wieku 13-14 lat, a moment pierwszego upicia następuje u nich w wieku lat 15. Natomiast obecni uczniowie szkół średnich zaczynali więcej pić ok. 14-15 roku życia, a do pierwszego incydentu związanego z upiciem się dochodziło najczęściej ok. 15-16 roku życia.	Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną ESPAD 2015, badanie przeprowadzone na grupie 1500 uczniów ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w Gdańsku
21	Spadła także liczba uczniów, którzy używali marihuany - od poprzedniego pomiaru w 2011 roku – o połowę. Wówczas 16% gimnazjalistów i 38% uczniów starszych przyznało, że paliło marihuanę lub haszysz chociaż raz w życiu, obecnie jest to odpowiednio 8,6% i 15% uczniów. Zdecydowanie częściej palą również starsi uczniowie niż gimnazjaliści. Około 1,8% uczniów tych szkół i 1,2% gimnazjalistów, którzy zażywają marihuanę bądź haszysz robią to niemal codziennie. Następuje też nieznaczne przesunięcie w czasie sięgania po marihuanę – w przypadku gimnazjalistów pierwszy kontakt nastąpił ok. 14-15 roku życia, w przypadku szkół średnich – 15-16 roku życia.	
22	Relatywnie niewielka grupa uczniów miała styczność z narkotykami: liczba ta waha się od 1 do 4% uczniów. Najczęściej była to styczność jednorazowa, ale wśród młodzieży licealnej okazji do użycia amfetaminy lub metaamfetaminy było więcej, 3-5 razy w ostatnim roku i 6-9 w życiu. Narkotyki są dostępne (łatwe do zdobycia) dla 11-20% uczniów, najtrudniejszy do zdobycia jest crack, najłatwiej jest im zdobyć środki uspokajające (których zażywają najwięcej) oraz kokainę i amfetaminę.	
23	Obecni gimnazjaliści zaczynają eksperymentować z narkotykami wcześniej niż ich starsi koledzy, najczęściej w wieku 14-15 lat. Uczniowie gimnazjów częściej biorą leki przeciwbólowe (48,5%), uspokajające i nasenne (14,5%). Ponadto co dwunasty gimnazjalista deklarował, że łączy leki z alkoholem. Natomiast uczniowie szkół ponadgimnazjalnych najczęściej sięgają po środki halucynogenne i grzyby halucynogenne.	
24	Tylko nieliczni uczniowie deklarują, że zażywali dopalaczy – 3,3% gimnazjalistów i 6,5% starszych uczniów. Należy jednak tę grupę powiększyć o tych, którzy pytani o dopalacze nie byli pewni odpowiedzi (nie wiedzieli, czy to, co zażyli było dopalaczem). Tak ujęty problem wskazuje na inną skalę zjawiska, bowiem dotyczy ono 9,7% gimnazjalistów i 14,2% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.	
25	Co drugi gimnazjalista i co trzeci uczeń szkoły ponadgimnazjalnej deklaruje, że nigdy nie sięgał po papierosy, a kolejne (odpowiednio) 13,8% i 11,9% uczniów miało taką styczność tylko raz lub dwa razy. Mimo to 10,5% gimnazjalistów i 20,5% ponadgimnazjalistów pali codziennie, w tym po 1,3%	

	w każdej z grup pali więcej niż paczkę papierosów dziennie. Jednak w porównaniu z pomiarem przeprowadzonym w 2011 roku dla Miasta Gdańsk, spadł odsetek uczniów palących papierosy 30 dni przed badaniem – o 16,4% wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych i 7,7 % wśród gimnazjalistów.	
26	Popularnym substytutem dla tradycyjnego papierosa jest wśród badanych uczniów e-papieros, paliło go 51,2% uczniów gimnazjów i 67,5% szkół ponadgimnazjalnych. Być może wykreowana moda na palenie e-papierosów oraz powszechna opinia o mniejszej ich szkodliwości powoduje, że po e-papierosy uczniowie sięgają coraz wcześniej – obecni gimnazjaliści najczęściej zrobili to w wieku 14 i 15 lat, a ich starsi koledzy pierwszą styczność z e-papierosami mieli w wieku 15-17 lat. To przesunięcie dotyczy też częstości palenia.	
27	W ocenie ryzykowności używania alkoholu i substancji psychoaktywnych młodzież kieruje się tym, czy ilość i częstość sięgania po daną substancję wskazuje na uzależnienie, chociaż definicja tego zjawiska jest subiektywna i raczej nastawiona na przyzwolenie (jak w przypadku alkoholu, gdzie młodzież przyjmuje, że nawet codzienne picie 1 drinka nie wskazuje na uzależnienie).	
28	Powszechne wśród badanych uczniów jest codzienne korzystanie z Internetu. Tak samo często młodzież sięga po to medium w tygodniu, jak i w weekendy. Jedynie wśród gimnazjalistów poziom korzystania z Internetu jest nieco niższy w drugiej części tygodnia roboczego. Ponad połowa spędza w Internecie 2-3 godziny dziennie w tygodniu, w weekend są to już 4 godziny dziennie.	
29	Uczniowie najczęściej korzystają z portali społecznościowych, jako stałego elementu ich codziennej komunikacji, informacji i nawiązywania relacji. Komunikacja za pomocą mediów zajmuje bardzo dużo czasu w ciągu dnia – co trzeci z uczniów zadeklarował, że spędza zwykle nawet 6 godzin w ciągu dnia w ten sposób. Jest to zatem taka forma aktywności, która stale towarzyszy innym czynnościom. Badani mają świadomość, że „bycie w sieci" zajmuje im bardzo dużo czasu, jednak nie można stwierdzić, na ile zdają sobie sprawę z zagrożeń płynących z korzystania z portali społecznościowych.	
	Próby samobójcze	
30	Próby samobójcze rejestrowane są przez różne instytucje (policję, szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne), natomiast brakuje jednolitej metodologii zbierania tych danych, a także zintegrowanego systemu gromadzącego dane z poszczególnych podmiotów. Ponadto trudna do oszacowania liczba przypadków prób samobójczych umyka w prowadzonych statystykach, ponieważ część urazów czy wykroczeń nie zidentyfikowano jako prób samobójczych, mimo że mogły na to wskazywać okoliczności. Z uwagi na to, podane poniżej dane prezentują niekompletny obraz zjawiska samobójstw i nie jest możliwe wyciąganie na ich podstawie ogólnych wniosków dotyczących osób podejmujących próby samobójcze.	Wnioski ze spotkań Zespołu ds. Gdańskiego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020
31	Na przestrzeni lat 2010-2014 widać wyraźną tendencję wzrostową prób samobójczych w województwie pomorskim. W roku 2010 liczba prób samobójczych wynosiła 268, w tym 207 zakończonych zgonem, w latach 2011-2013 stopniowo rosła, by w roku 2014 osiągnąć liczbę 449 prób samobójczych, w tym 338 zakończonych zgonem (wzrost łącznej liczby prób o 67,5%, śmiertelnych o 63%). Odsetek mężczyzn podejmujących próby samobójcze na przestrzeni 5 lat wynosił pomiędzy 74,9% a 86,6%. Najczęściej próby samobójcze podejmowały osoby w wieku aktywności zawodowej (20-60 lat).	Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku dot. zamachów samobójczych w województwie pomorskim w latach 2010-2014
32	Według danych dotyczących prób samobójczych wśród mieszkańców Gdańska, między 2013 a 2014 r. nastąpił wzrost liczby prób samobójczych – z 68 do 89, a w 2015 r. ponowny spadek do 74. Od 2013 r. liczba prób zakończonych śmiercią jest niemal niezmienna - w 2013 r. było ich 59, w 2014 r. - 58, w 2015 r. - 59. Prób samobójczych trzy razy częściej dokonywali mężczyźni – w 2014 r. odnotowano 56 prób wśród mężczyzn i tylko 18 wśród kobiet. Podobna proporcja została odnotowana w poprzednich latach.	
33	Wśród mieszkańców Gdańska podejmujących próby samobójcze dominowały osoby dorosłe – w 2015 r. było to 64 dorosłych (w wieku od 25 lat), w porównaniu do 5 osób młodych (15-24 lata) i 1 dziecka (0-14 lat). Wydaje się jednak, że liczba przypadków prób samobójczych dzieci i młodzieży jest znacząco niedoszacowana, gdyż doświadczenie osób pracujących z dziećmi i młodzieżą pokazuje, iż liczba podejmowanych przez nie prób samobójczych w ostatnich latach zdecydowanie wzrosła. Skuteczność tych prób jest mniejsza niż w pozostałych grupach wiekowych, natomiast skala samego zjawiska rośnie.	Dane Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku dot. zamachów samobójczych wśród mieszkańców Gdańska w latach 2013-2015
34		Wnioski ze spotkań Zespołu ds. Gdańskiego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, odbywających się w okresie wrzesień-grudzień 2015

35	W niemal połowie przypadków (33 na 74) nie udało się ustalić powodu dokonania próby samobójczej, a w 30% przyczyna została zakwalifikowana jako „inna". Podobne trudności wystąpiły w identyfikacji sytuacji materialnej i poziomu wykształcenia osób dokonujących prób samobójczych. Wśród osób podejmujących próby samobójcze, których udało się ustalić przyczyny i sytuację ekonomiczno-społeczną, widoczne jest duże zróżnicowanie pod względem tych kryteriów, tak iż na podstawie tych informacji nie można wyciągać wniosków co do grup dominujących w statystyce prób samobójczych.	Dane Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku dot. zamachów samobójczych wśród mieszkańców Gdańska w latach 2013-2015
36	Jedną z metod wybieranych przez osoby podejmujące próby samobójcze są zatrucia. Liczba pacjentów hospitalizowanych w Pomorskim Centrum Toksykologii z powodu zamierzonych zatruć w ostatnich 3 latach utrzymywała się na podobnym poziomie (w 2013 r. – 250 osób, w 2014 r. - 221, w 2015 r. – 248). Nieco częściej pacjentami były kobiety (128-136 rocznie) niż mężczyźni (93-120 rocznie). Niemal 40% pacjentów stanowiły osoby w wieku 18-45 lat. Około 10% przypadków zamierzonych zatruć stanowiły zatrucia wśród dzieci i młodzieży.	Dane Pomorskiego Centrum Toksykologii dotyczące przypadków zamierzonych zatruć za lata 2013-2015
37	W latach 2013-2015 odnotowano najwięcej przypadków celowych zatruć lekami psychotropowymi, w tym lekami przeciwdepresyjnymi, neuroleptycznymi i lekami pobudzającymi układ nerwowy, związanymi z ryzykiem nadużywania. Ponadto liczba przypadków takich zatruć wzrosła w ciągu 3 lat z 66 do 86. Ponad jedną czwartą pacjentów stanowiły osoby z rozpoznaniem zatrucia lekami przeciwpadaczkowymi, uspokajająco-nasennymi i stosowanymi w chorobie Parkinsona. Około 15% pacjentów to osoby z zatruciami nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi, przeciwgorączkowymi i przeciwreumatycznymi, a 12% z zatruciami środkami narkotycznymi i psychodysleptycznymi (halucynogennymi).	
	Przemoc w rodzinie	
38	Jednym z czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych jest przemoc w rodzinie. Nasilenie tego zjawiska obserwowalne jest w danych MOPR. W latach 2012-2014 o ponad połowę wzrosła liczba wszczętych procedur „Niebieskiej Karty" (z 290 do 458), podobnie jak liczba działań interwencyjnych w ramach dyżurów interwencyjnych pracowników socjalnych (z 35 do 53). Udzielono także dwukrotnie więcej konsultacji merytorycznych z zakresu interwencji kryzysowej i przeciwdziałania przemocy (wzrost z 110 do 258). Liczba osób objętych wsparciem Centrum Interwencji Kryzysowej utrzymała się natomiast na podobnym poziomie (ok. 4 000 osób). Ponadto w 2014 r. 153 osoby objęto także programami edukacyjnymi dla sprawców przemocy.	Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku za lata 2010-2014
39	Skalę zjawiska przemocy w rodzinie obrazują wyniki badania przeprowadzonego na zlecenie MOPR w Gdańsku. Połowa z 1000 osób badanych przyznała, że w ciągu swojego życia przynajmniej raz mieli styczność z przemocą jako ofiara, bezpośredni świadek lub sprawca. 23% respondentów było świadkiem przemocy wobec innego członka rodziny w dzieciństwie. 21% spotkało się z takim zachowaniem ze strony innego członka rodziny wobec swojej osoby w dzieciństwie, a 11% badanych także w wieku dorosłym (częściej kobiety – 16%, niż mężczyźni – 5%). 7% badanych przyznało, że inni członkowie rodziny/gospodarstwa domowego stosowali przemoc psychiczną wobec dzieci, a 11% respondentów było świadkiem takiego zachowania także wobec innych dorosłych członków rodziny/gospodarstwa domowego.	„Przeprowadzenie diagnozy i analizy badawczej wśród mieszkańców Gdańska w zakresie występowania przemocy w rodzinie", Badanie Millward Brown na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku przeprowadzone w listopadzie i grudniu 2015 r. na grupie reprezentatywnej 1000 osób dorosłych mieszkańców Gdańska
40	W badaniu 5% osób przyznało się, że zdarzyło im się stosować przemoc psychiczną wobec własnego dziecka (częściej mężczyźni – 19%, niż kobiety – 9%). Ponadto 6% respondentów potwierdziło przypadki stosowania przez siebie przemocy psychicznej wobec innych dorosłych członków rodziny/gospodarstwa domowego. Kilkuprocentowa skala stosowania przemocy może wydawać się niewielka, ale każde tego typu zachowanie jest zagrożeniem dla zdrowia psychicznego osób doświadczających przemocy.	
	Obecny system wsparcia zdrowia psychicznego	
41	Na terenie Gdańska wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień świadczy ponad 250 organizacji i instytucji. Najwięcej, ponad 170 podmiotów działa w obszarze pomocy i integracji społecznej, w tym jednostki publiczne i niepubliczne oraz ok. 40 organizacji pozarządowych. W obszarze ochrony zdrowia usługi świadczy 58 podmiotów, w tym podmioty lecznicze, jednostki miejskie oraz organizacje pozarządowe. Natomiast w zakresie edukacji działa 30 podmiotów wspierających dzieci i młodzież z trudnościami psychicznymi, w tym 19 poradni psychologiczno-pedagogicznych, szkoły i przedszkola specjalne, ośrodki wychowawcze, Punkt Edukacyjno-Terapeutyczny.	Mapa podmiotów świadczących wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień na terenie Gdańska – dane Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku
42	Analizując mapę podmiotów świadczących wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień na terenie Gdańska można zaobserwować koncentrację podmiotów w dzielnicach centralnych miasta – Śródmieście, Wrzeszcz, Siedlce, a także w dzielnicach północnych – Zaspa, Nowy Port, Przymorze. O wiele mniej placówek znajduje się w dzielnicach na obrzeżach Miasta, takich jak Osowa, Matarnia, Jasień, Kokoszki, Ujeścisko-Łostowice. Podobnie jedynie pojedyncze podmioty mieszczą się w dzielnicach Młyniska, Letnica, Przeróbka, Olszynka,	

	Św. Wojciech-Lipce. Takie rozmieszczenie podmiotów ogranicza dostępność do wsparcia mieszkańców obrzeżnych dzielnic Miasta.	
43	Mimo istnienia tak wielu wyspecjalizowanych jednostek o charakterze publicznym i niepublicznym świadczących wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom i otoczeniu społecznemu, brakuje współpracy pomiędzy podmiotami. Wciąż utrzymuje się sektorowy podział usług, niewystarczający jest przepływ informacji o dostępnej ofercie wsparcia oraz o pacjentach korzystających z usług w instytucjach/organizacjach z różnych sektorów. Rozwijania wymaga także wymiana dobrych praktyk między podmiotami i poszczególnymi specjalistami.	Wnioski ze spotkań Zespołu ds. Gdańskiego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, odbywających się w okresie wrzesień-grudzień 2015
	Ochrona zdrowia	
44	Kwota środków przeznaczonych przez NFZ na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień systematycznie wzrasta – w 2010 r. wynosiła ponad 38 mln zł, a w 2014 r. już ponad 45 mln zł, z czego ponad 36 mln zł przeznaczono na świadczenia psychiatryczne. Nadal najwyższe kwoty są przeznaczane na świadczenia psychiatryczne w warunkach stacjonarnych (wzrost od 2010 r. o 3 miliony zł do ponad 24 mln zł w 2014 r.). Co ciekawe, świadczenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej wyniosły ponad 66% całkowitych kosztów, a dotyczyły jednie niecałych 10% wszystkich pacjentów. Finansowanie świadczeń w warunkach ambulatoryjnych utrzymuje się na znacznie niższym, ale stabilnym poziomie ok. 7-8 mln zł, choć obejmuje aż 83% wszystkich pacjentów. Natomiast środki przeznaczone na świadczenia psychiatryczne w warunkach oddziału dziennego w ostatnich latach wzrosły o jedną trzecią, do poziomu 4 mln zł (dotyczyły 2,5% łącznej liczby pacjentów). Najniższa wysokość finansowania dotyczy niezmiennie opieki środowiskowej. Mimo pięciokrotnego wzrostu środków na tę formę opieki do kwoty 573 461,65 zł, nadal stanowi to znikomy procent wydatków na całą opiekę psychiatryczną – obejmuje jedynie 4,7% wszystkich pacjentów.	Dane Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2010-2014 dla Miasta Gdańska
45	Środki finansowe przeznaczone przez NFZ na świadczenia z zakresu leczenia uzależnień wzrosły w latach 2010-2014 o 17%, do kwoty 8 630 973,79 zł. Finansowanie świadczeń leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych utrzymuje się na poziomie około 4 milionów zł (4 601 122,24 zł w 2014 r.), niewiele niższa kwota została przeznaczona na świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (3 416 777,24 zł w 2014 r.). Natomiast świadczenia leczenia uzależnień w warunkach oddziału dziennego były finansowane na podobnym poziomie około 600 000 zł (613 074,20 zł w 2014 r.).	
46	Liczba podmiotów leczniczych posiadających umowy z NFZ na świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień spadła od 2010 r. z 29 do 21 podmiotów w 2015 r., co stanowi jedynie jedną trzecią z ok. 60 podmiotów leczniczych, które wg Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą świadczą usługi w tym zakresie na terenie Gdańska.	Informator o umowach zawartych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ, https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/search.aspx
47		Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, https://rpwdl.csioz.gov.pl/
48	Wśród umów z NFZ na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2015 r. większość stanowiły umowy na świadczenia dla osób dorosłych, w tym świadczenia ambulatoryjne (12 podmiotów), dzienne (5 podmiotów) i stacjonarne (1 podmiot). Leczenie środowiskowe realizowały tylko 3 podmioty. W zakresie świadczeń dla dzieci i młodzieży kontrakty z NFZ w 2015 r. miały jedynie 4 poradnie dla dzieci i młodzieży, a także 1 oddział dzienny i 1 stacjonarny. Co więcej, tylko 1 podmiot realizował świadczenia dla osób z autyzmem lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju. Taki zakres świadczeń nie wyczerpuje rosnącego zapotrzebowania na wsparcie dla młodych pacjentów, których liczba rośnie. Świadczenia z zakresu leczenia nerwic realizowały 3 placówki, choć liczba rozpoznawanych zaburzeń tego typu w ostatnich latach znacząco wzrosła. Podobnie jak liczba zaburzeń psychicznych (w szczególności dementywnych) wśród osób starszych, natomiast jedynie 1 podmiot miał zakontraktowane świadczenia psychiatryczne geriatryczne. Z kolei świadczenia leczenia uzależnień prowadziło 16 podmiotów leczniczych, w tym 7 poradni leczenia uzależnień, 2 oddziały stacjonarne i 2 dzienne. Ponadto usługi dla osób współuzależnionych realizowały 3 placówki. Natomiast tylko 1 podmiot leczniczy realizował świadczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą.	Informator o umowach zawartych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ, https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/search.aspx
49	Liczba pacjentów objętych świadczeniami z zakresu opieki psychiatrycznej w Gdańsku w latach 2010-2014 niewiele wzrosła, z 24 410 w 2010 r. do 25 146 w 2014 r. Największą grupę niezmiennie stanowili pacjenci opieki ambulatoryjnej (ok. 21 000 osób, 83,4%). Zdecydowanie mniej pacjentów objęto opieką stacjonarną, których liczba utrzymuje się na podobnym poziomie 2200-2300 osób i stanowi 9,4% wszystkich pacjentów. Natomiast największy, bo trzykrotny wzrost odnotowano w liczbie pacjentów opieki środowiskowej (do 1 201 w 2014 r.), którzy stanowią 4,8% ogólnej liczby	Dane Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2010-2014 dla Miasta Gdańska

	pacjentów. O jedną trzecią wzrosła liczba pacjentów leczonych w warunkach oddziału dziennego (z 461 osób w 2010 r. do 616 osób w 2014 r.), co dało 2,4% ogólnej liczby pacjentów.	
50	W latach 2010-2014 o 11% spadła liczba pacjentów objętych świadczeniami z zakresu leczenia uzależnień (z 4629 osób w 2010 r. do 4132 w 2014 r.). W tej grupie również dominowali pacjenci opieki ambulatoryjnej, których liczba w ciągu 5 lat spadła o 17%, z 3443 osób w 2010 r. do 2851 osób w 2014 r. Mniej pacjentów objęto także opieką dzienną (167 w 2014 r. w porównaniu do 196 w 2010 r., spadek o 17%) oraz stacjonarną (498 osób w 2014 r. w porównaniu do 529 w 2010 r., spadek o 6%).	
	Opieka stacjonarna	
51	Świadczący opiekę stacjonarną dla osób z zaburzeniami psychicznymi Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Gdańsku w 2015 r. dysponował 385 łóżkami (od 2010 r. liczba łóżek wzrosła o 50). W ramach opieki stacjonarnej funkcjonuje 6 oddziałów ogólnopsychiatrycznych z 275 miejscami, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży z 35 miejscami, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych z 25 miejscami, oddział terapii uzależnienia od alkoholu z 30 miejscami oraz oddział psychiatrii sądowej w zabezpieczeniu podstawowym z 20 miejscami. Ponadto w dwóch szpitalach ogólnych funkcjonują oddziały psychiatryczne z łączną liczbą 105 łóżek.	Dane Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2010-2014 dla Miasta Gdańska
52		Dane Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku za lata 2010-2015
53	W latach 2010-2015 liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziałach stacjonarnych WSP wzrosła o 16% i w 2015 r. wynosiła 4466 osób. Ponad połowę przyjmowanych pacjentów niezmiennie stanowiły osoby w wieku 36-64 lata. W ostatnich latach o 14% wzrosła liczba pacjentów w wieku 19-29 lat, o 11,3% w wieku powyżej 65 lat oraz o 5,5% w wieku 36-64 lata. Natomiast aż o 38% spadła liczba pacjentów niepełnoletnich objętych opieką stacjonarną.	
	Opieka dzienna	
54	W 2015 r. oddział dzienny psychiatryczny dla dorosłych WSP dysponował 30 miejscami, co jest wzrostem o 6 miejsc w ostatnich latach. Liczba przyjęć w ramach oddziału dziennego wzrosła z 166 do 237 w latach 2012-2013, by w roku 2015 znów nieco spaść do 208 (wzrost od 2012 r. o 25%).	Dane Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku za lata 2010-2015
55	64% pacjentów oddziału dziennego WSP stanowiły osoby w wieku 30-64 lata, a 31% osoby w wieku 19-29 lat. Największa grupa pacjentów to osoby z rozpoznaniem schizofrenii (63%). Około 12% pacjentów to osoby z zaburzeniami afektywnymi, w tym dwubiegunowymi, epizodami depresyjnymi i zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi. Wśród pacjentów oddziału dziennego znalazły się także osoby z zaburzeniami lękowymi, adaptacyjnymi, specyficznymi zaburzeniami osobowości, zaburzeniami psychotycznymi.	
	Opieka ambulatoryjna	
56	Dane statystyczne pokazują, iż spada liczba poradni zdrowia psychicznego w Gdańsku – w 2012 r. było ich 29, w 2014 r. już tylko 22. Rośnie natomiast zapotrzebowanie na usługi PZP, co pokazuje wzrost liczby udzielonych porad (w latach 2012-2014 o ponad 60 000 porad) oraz liczby godzin pracy specjalistów tam zatrudnionych (w latach 2012-2014 o ponad 300 godzin rocznie).	Dane Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla podmiotów leczniczych w mieście Gdańsku za lata 2010-2014
57	Wśród usług świadczonych przez PZP w latach 2012-2014 dwuipółkrotnie wzrosła liczba pacjentów objętych psychoterapią grupową i rodzinną (z 675 do 2363 osób), a o 40% liczba pacjentów objętych psychoterapią indywidualną (z 4016 do 5580 osób). Wzrosła również liczba interwencji pracownika socjalnego (z 174 do 267). Natomiast o ponad połowę spadła liczba wizyt w środowisku chorego (z 709 do 306). Zmniejszyła się również liczba skierowań do innych placówek psychiatrycznych i odwykowych.	
	Opieka środowiskowa	
58	W latach 2012-2014 wzrosła liczba personelu zespołów leczenia środowiskowego. Liczba psychiatrów wzrosła z 8 do 16, a psychologów z 8 do 18. Natomiast w ramach zespołów w 2014 r. pracowało tylko 6 pielęgniarek i 3 pracowników socjalnych. Ponadto w 2014 r. do zespołów dołączyło 6 certyfikowanych psychoterapeutów.	Dane Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla podmiotów leczniczych w mieście Gdańsku za lata 2010-2014
59	Liczba wizyt psychiatrów w środowisku chorego w latach 2012-2014 spadła o 468 (8%), pielęgniarek o 298 (34%). Niemal trzy razy więcej wizyt odbyli za to psychologowie (w 2010 r. –	

	426, w 2014 r. – 1239). Dodatkowo w 2014 r. w 219 wizytach zespołów uczestniczyli także inni terapeuci, co w poprzednich latach nie miało miejsca.	
60	Liczba pacjentów leczonych w ramach opieki środowiskowej utrzymuje się na podobnym poziomie (w 2012 r. – 865 osób, w 2014 r. – 843 osoby). Większość pacjentów stanowią kobiety (63%). Najliczniejsze grupy wiekowe pacjentów to osoby w wieku 30-64 lata (43%) oraz w wieku 65+ (34%). Co ciekawe, w 2014 r. opieką środowiskową nie objęto ani jednego pacjenta z grupy wiekowej 0-18 lat, choć w 2013 r. młodych pacjentów było 10, a w 2012 r. – 7. Wśród pacjentów zdecydowanie dominują osoby, które podejmowały wcześniej leczenie w zakresie psychiatrii lub leczenia uzależnień.	
61	Opieką środowiskową najczęściej obejmowani są pacjenci ze schizofrenią, zaburzeniami schizotypowymi i urojeniowymi (44%), większość z nich to osoby w wieku 30-64 lata. Dużą grupę (36%) stanowią także osoby z rozpoznaniem zaburzeń organicznych – w tym zaburzeń otępiennych, urojeniowych lub poznawczych spowodowanych chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu. W tej grupie dominują osoby w wieku 65+. Wsparcie środowiskowe kierowane jest w bardzo niewielkim stopniu do osób z zaburzeniami afektywnymi (jedynie 52 na 843 pacjentów). Ponadto tego rodzaju wsparcie otrzymują pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi oraz innymi zaburzeniami psychicznymi.	
	Pomoc i integracja społeczna	
62	W Gdańsku działa kilkadziesiąt podmiotów pomocy społecznej świadczących wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną. 10 Środowiskowych Domów Samopomocy dla osób niepełnosprawnych dysponuje ponad 200 miejscami, w tym 52 specyficznie dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Dla osób niepełnosprawnych (w tym osób z zaburzeniami psychicznymi) dostępnych jest także 170 miejsc w dwóch domach pomocy społecznej. Działa również 5 mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto w Gdańsku funkcjonuje 6 klubów samopomocy z 82 miejscami oraz 6 warsztatów terapii zajęciowej z miejscami dla 227 osób. Dodatkowo na rzecz osób niepełnosprawnych i z zaburzeniami psychicznymi świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze. W 2014 r. 193 osobom przyznano świadczenia na łączną kwotę 1 301 000 zł.	Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku za lata 2010-2014
63	Budżet Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku przeznaczony na budowanie i utrzymanie systemu wsparcia na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną, chorobą Alzheimera, autyzmem, systematycznie rośnie. W 2013 r. środki finansowe przeznaczone na ten cel wyniosły 15 341 793 zł, natomiast planowany budżet na rok 2016 r. wynosi już 17 026 777 zł. Wzrosły kwoty przeznaczone na wszystkie formy wsparcia – zarówno placówki, jak i usługi specjalistyczne.	Dane Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku za lata 2013-2016
64	Wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi zapewnia m.in. „Osiedle Sitowie", oferujące całodobowe miejsca pobytu, uczestnictwo w treningach społecznych i zawodowych oraz przygotowanie uczestników do pracy w spółdzielni socjalnej. Proces usamodzielniania osób z zaburzeniami psychicznymi jest prowadzony także m.in. w Gdańskiej Spółdzielni Socjalnej i Centrum Integracji Społecznej, które realizują kompleksowy program reintegracji społecznej i zawodowej nakierowany na przywracanie samodzielności życiowej osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym. Ponadto w ostatnich latach zrealizowano wiele innych projektów mających na celu wzrost udziału w życiu społecznym i zawodowym osób z zaburzeniami psychicznymi.	Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku za lata 2010-2014
65	W ramach systemu pomocy społecznej wsparcie dla osób w kryzysie udzielane jest przez Centrum Interwencji Kryzysowej Polskiego Czerwonego Krzyża. W latach 2010-2013 funkcjonował tam Zespół Psychologicznego Wspierania Rodziny (Poradnia Rodzinna CIK), który oferował wsparcie w postaci: poradnictwa indywidualnego, poradnictwa w zakresie zdrowia psychoseksualnego, konsultacji i terapii par i małżeństw, poradnictwa dot. dzieci i młodzieży w rodzinie, psychoedukacji rodzinnej. W ciągu 4 lat ze wsparcia Poradni Rodzinnej CIK skorzystało w sumie ok. 1 500 osób. Ponadto, w ramach CIK zrealizowano kilkanaście mniejszych projektów, w których oferowana była pomoc w formie poradnictwa, terapii, mediacji i programów korekcyjno-edukacyjnych.	Dane Centrum Interwencji Kryzysowej
66	Przy ulicy Chopina 42 funkcjonują ośrodki oferujące kompleksowe wsparcie dla osób z trudnościami, kryzysami i zaburzeniami psychicznymi. Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób dorosłych prowadzony przez Stowarzyszenie „Pomocna dłoń" jest dedykowany mieszkańcom Gdańska, którzy ukończyli 21 rok życia i długotrwale chorują psychicznie. Ośrodek funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej, ukierunkowany jest na rehabilitację psychospołeczną, wzmacnianie aktywności własnej i samodzielności uczestników. ŚDS „Młodzieżowy Szopen" prowadzony przez Fundację FOSA jest dziennym ośrodkiem wsparcia dla dzieci i młodzieży w wieku 13-21 lat i ich rodzin, zamieszkujących na terenie Gdańska. Placówka zapewnia uczestnikom całodzienną opiekę i realizację programu terapeutycznego umożliwiającego powrót do środowiska rodzinnego, rówieśniczego oraz szkolnego. Przy ŚDS „Młodzieżowy Szopen" funkcjonuje również Punkt Wsparcia Środowiskowego „Przy Szopenie", który stanowi pilotażową formę gdańskiego	Informacje Fundacji FOSA - http://www.fundacjafosa.pl/
67		Informacje Stowarzyszenia „Przyjazna Dłoń" - http://przyjaznadlon.pl/

	zintegrowanego systemu pomocy środowiskowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. Punkt świadczy wsparcie psychologiczne, prawne, socjalne, a także doradztwo zawodowe osobom z trudnościami, kryzysami i zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom. Ponadto przy Chopina 42 działa także Klub Samopomocy „Chopin Club", który oferuje nieodpłatne zajęcia popołudniowe dla młodzieży i dorosłych z zaburzeniami psychicznymi z terenu miasta Gdańska.	
68	W 2015 r. ŚDS „Młodzieżowy Szopen" dysponował 32 miejscami, a jego podopiecznymi były łącznie 64 osoby. Z kolei w zajęciach Klubu Samopomocy „Chopin Club" uczestniczyło 15 osób z niepełnosprawnością intelektualną. Punkt Wsparcia Środowiskowego udzielił konsultacji 358 osobom, w tym 1275 konsultacji psychologicznych, 302 konsultacji socjalnych, 168 konsultacji edukacyjno-zawodowych. Odbyło się również 385 spotkań w ramach współpracy instytucjonalnej.	Sprawozdanie z działań podejmowanych przez Fundację FOSA w 2015 roku
69	Jednostką miejską świadczącą wsparcie dla rodzin – mieszkańców Gminy Gdańsk jest Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży. Oferta GOPP jest skierowana do dzieci, młodzieży (uczącej się, przed ukończeniem 24 r.ż.), dorosłych będących rodzicami i całych rodzin, jeśli dotyka ich problem alkoholowy lub zagrożenie zaistnienia tego problemu, a także młodzieży pijącej ryzykownie oraz dzieci wykorzystywanych seksualnie. W Ośrodku prowadzona jest profesjonalna diagnoza psychologiczna dzieci i młodzieży, konsultacje dla rodziców, opiekunów prawnych, pełnoletniej młodzieży, działania interwencyjne (szczególnie w sytuacji przemocy wobec rodziny, w tym przemocy seksualnej wobec dziecka), psychoterapia indywidualna i rodzinna, długoterminowa grupa terapeutyczna dla młodzieży, szkoła dla rodziców, a także poradnictwo i pomoc socjalna oraz konsultacje dla osób pijących alkohol w sposób powodujący osobiste straty. GOPP prowadzi również kampanie społeczne promujące rodzicielstwo ("DOM" Dziecko-Ojciec-Matka, "Być ojcem").	Informacje Gdańskiego Ośrodka Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży - http://www.raclawicka.gda.pl/
70	Na działalność GOPP w 2015 r. przeznaczono łącznie 1 210 831 zł, w tym 1 161 626 zł ze środków Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku oraz 49 205 zł z innych źródeł. Od roku 2012 budżet GOPP wzrósł o ponad 120 000 zł.	Sprawozdania z działalności Gdańskiego Ośrodka Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku za lata 2012-2015
71	W 2015 r. Ośrodek objął pomocą 1481 osób, w tym 406 dzieci i młodzieży (wzrost o 130 osób od 2013 r.) oraz 1075 rodziców. 943 osoby zgłosiły się do GOPP po raz pierwszy. W 2015 r. łącznie udzielono 2598 indywidualnych konsultacji 703 osobom, a także ok. 1100 konsultacji telefonicznych, w wyniku których pacjenci zostali przyjęci do Ośrodka lub skierowani do innych placówek pomocowych. Ponadto psychologowie udzielili 196 porad psychologicznych 111 rodzicom. Indywidualną terapią psychologiczną objęto 197 osób (łącznie 4330 sesji terapeutycznych). Przeprowadzono także 7 sesji grupy terapeutycznej dla młodzieży, w których uczestniczyło 15 osób. 83 osobom udzielono 285 konsultacji pracownika socjalnego, dotyczących udzielenia pomocy w sytuacjach kryzysowych, przysługującej pomocy socjalnej, prawnej i instytucjonalnej oraz o rodzajach świadczeń. Ponadto pracownik socjalny przeprowadził 7 konsultacji, które miały na celu zdiagnozowanie uzależnienia od alkoholu i motywowanie do terapii w specjalistycznej placówce lecznictwa odwykowego. Dodatkowo Zespół GOPP udzielił łącznie 131 konsultacji pracownikom innych instytucji – szkół, przedszkoli i placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, pracownikom socjalnym, kuratorom sądowym, pracownikom służby zdrowia. Pracownicy GOPP uczestniczyli także w 75 spotkaniach zespołów interdyscyplinarnych i grupach roboczych w ramach Niebieskiej Karty.	
72	Instytucją, która prowadzi szerokie działania związane z profilaktyką uzależnień jest Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień. GCPU zajmuje się zarówno koordynowaniem, jak i realizacją programów i projektów profilaktycznych, organizowaniem i prowadzeniem szkoleń dla przedstawicieli różnych grup zawodowych i społecznych zajmujących się przeciwdziałaniem uzależnieniom i realizujących programy profilaktyczne lub socjoterapeutyczne, prowadzeniem działalności informacyjno-edukacyjnej w zakresie profilaktyki uzależnień, w tym kampanii społecznych, a także prowadzeniem całodobowego telefonu interwencyjnego i punktu konsultacyjno-informacyjnego ogólnopolskiej sieci „Pomarańczowa Linia" i „Niebieska Linia".	Sprawozdania Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień za lata 2012-2015
73	Działania GCPU są głównie finansowane ze środków Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku. Łączny budżet GCPU w latach 2012-2013 wynosił ok. 1 800 000 zł, w 2014 r. wzrósł do 2 022 234 zł, a w 2015 r. ponownie spadł do poziomu 1 900 045 zł.	

74	W 2015 r. w zakresie profilaktyki GCPU zrealizowało 7 kampanii profilaktycznych, 4 rekomendowane programy: „Fred goes Net", „Szkoła dla rodziców", „Unplugget", „Przyjaciele Zippiego", 3 projekty: Dynamic Identity, IDentytifEYE, E-LAB Dynamiczna Tożsamość, a także 24 szkolenia i spotkania szkoleniowe, ok. 120 konsultacji merytorycznych dla realizatorów programów profilaktycznych, 53 spotkania superwizyjne. W tych działaniach bezpośrednio wzięło udział ponad 4 000 osób, a kilkanaście tysięcy było odbiorcami kampanii medialnych. Ponadto w konferencjach i wykładach organizowanych przez GCPU udział wzięło łącznie około 710 uczestników. Przeprowadzono również 264 konsultacje w ramach Niebieskiej i Pomarańczowej Linii, ponadto 219 osób objęto konsultacjami indywidualnymi, 41 osób konsultacjami w ramach rekrutacji do programu „Szkoła dla Rodziców". W obszarze prewencji prowadzono kampanie społeczne „Kieruj bez procentów" i „Młodość bez procentów", których odbiorcami byli wszyscy mieszkańcy Gdańska, a w bezpośrednich działaniach uczestniczyło ok. 5 000 osób. W ramach interwencji zdrowotnej 93 osoby objęto działaniami w zakresu motywowania do podjęcia leczenia odwykowego oraz wydania opinii biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Ponadto GCPU zrealizowało 48 szkoleń z zakresu podnoszenia kompetencji zawodowych realizatorów GPPiRPA oraz przedstawicieli różnych grup zawodowych działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w których uczestniczyło ok. 2 100 osób. Pod patronatem GCPU odbyły się także 4 spotkania Forum Profilaktyki Uzależnień Razem dla Gdańska służące wymianie doświadczeń, wzmocnieniu koalicji interdyscyplinarnych, synergii działań na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa i profilaktyki uzależnień. Na zlecenie GCPU przeprowadzono również 2 badania służące diagnozie problemów alkoholowych – wśród 1500 młodzieży gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (badanie „ESPAD") oraz wśród 2500 dorosłych mieszkańców Gdańska („Wzorce konsumpcji alkoholu").	Sprawozdanie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień za rok 2015
75	W Gdańsku od 2008 r. funkcjonuje Pogotowie Socjalne dla Osób Nietrzeźwych, którego prowadzenie w ramach realizacji zadania zleconego zostało powierzone Towarzystwu Wspierania Osób Potrzebujących „Przystań". Pogotowie dysponuje 30 miejscami. Do zadań Pogotowia należy przede wszystkim: udzielanie osobom nietrzeźwym świadczeń higieniczno-sanitarnych, udzielanie pomocy medycznej, motywowanie do podjęcia kontaktu z placówkami leczenia uzależnień lub podjęcia leczenia odwykowego i kierowanie osób wyrażających na to zgodę do właściwych merytorycznie placówek ochrony zdrowia. W Pogotowiu swoje zadania wykonuje również pracownik socjalny, który udziela rodzinom kompleksowych informacji o ryzykownym piciu i wskazuje możliwości szukania pomocy. Ponadto Pogotowie prowadzi działania w zakresie profilaktyki przeciwalkoholowej, takie jak dokonywanie wstępnej diagnozy uzależnienia metodą przesiewową, czy współpraca z instytucjami i organizacjami prowadzącymi działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W związku z planowanym dalszym rozwojem funkcji Pogotowia Socjalnego o działania terapeutyczne i opiekuńcze, budowana jest nowa siedziba przy ul. Srebrniki 9. Umożliwi ona utrzymanie dotychczasowej funkcji Pogotowia oraz intensyfikację działań w zakresie informowania i motywowania klientów do podjęcia terapii.	Dane Urzędu Miejskiego w Gdańsku
76	Pogotowie Socjalne dla Osób Nietrzeźwych jest finansowane ze środków Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku. W 2014 r. na działalność Pogotowia przeznaczono 445 000 zł (oraz 300 00 zł na budowę placówki w nowej lokalizacji), a w 2015 r. 400 000 zł.	
77	W 2015 r. odnotowano 9 433 przyjęcia do Pogotowia, co jest spadkiem w stosunku do roku 2014 (10 047 przyjęć), zmniejszył się także odsetek osób powracających do placówki (2014 – 58%; 2015 – 53,5%). Liczba klientów wyniosła 6 942 osób. Udzielono 734 konsultacji indywidualnych dla klientów placówki. W 2015 r. zdiagnozowano problem z nadużywaniem alkoholu u 2119 klientów, a więc u niemal 800 osób mniej niż w 2014 r., gdy liczba takich diagnoz wyniosła 2910.	Sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku w roku 2014
	Edukacja	
78	W Gdańsku funkcjonuje 19 poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym 6 publicznych i 13 niepublicznych. Poradnie świadczą pomoc uczniom z problemami w obszarze zdrowia psychicznego, ich rodzicom i nauczycielom w postaci m.in. konsultacji i terapii indywidualnych, konsultacji rodzinnych i terapii rodzin, zajęć psychoedukacyjnych, warsztatów, treningu umiejętności wychowawczych, konsultacji, wykładów i warsztatów na terenie szkół.	Rejestr Szkół i Placówek Oświatowych, Podmioty zarejestrowane w RSPO wg stanu na 09/10/2015
79	Od września 2015 r. w Gdańsku funkcjonuje Punkt Edukacyjno-Terapeutyczny, prowadzonego wspólnie przez Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 9 i Fundację Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA. Punkt udziela wsparcia edukacyjno-terapeutycznego grupie młodzieży ponadgimnazjalnej z zaburzeniami i chorobami psychicznymi będącej pacjentami Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego. Kompleksowe wsparcie ma pozwolić młodzieży na realizację procesu nauczania	Dane Fundacji Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA

	w pełnym zakresie i umożliwić podopiecznym zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do uzyskania promocji bądź ukończenia szkoły.	
	Programy Miasta Gdańska	
	Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2015	
80	Na realizację działań poprzedniego Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku 2013 przeznaczono 216 550 zł, a w roku 2014 ponad dwa razy więcej – 475 872 zł. Natomiast w 2015 r. na działania w ramach Programu przeznaczono jedynie 110 00 zł. Fundusze na realizację działań pochodziły z budżetu Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.	Sprawozdania z realizacji Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2015
81	W latach 2013-2015 organizacje pozarządowe i podmioty lecznicze w ramach GPOZP realizowały programy w dwóch obszarach. Pierwszym były programy z zakresu zapobiegania depresji, samobójstwom i zaburzeniom lękowym uwzględniające specyficzne potrzeby grup ryzyka oraz z zakresu zapobiegania depresji u opiekunów pacjentów z przewlekłymi chorobami psychicznymi i somatycznymi, zagrożonych uzależnieniem. W 2013 i 2014 r. NGO zrealizowały po 3 programy, w których uczestniczyło odpowiednio 235 i 381 osób. Natomiast podmioty lecznicze zrealizowały w latach 2013-2014 po 2 programy, którymi objęto odpowiednio 199 i 145 osób. Łącznie na wszystkie programy z zakresu zapobiegania depresji, samobójstwom i zaburzeniom lękowym przeznaczono środki finansowe w wysokości 241 503 zł.	
82	Drugi obszar, który obejmowały projekty w ramach GPOZP na lata 2012-2015, była realizacja programów poszerzających zróżnicowanie i unowocześnienie oparcia społecznego w zakresie psychiatrii środowiskowej oraz zapewnienia kompleksowej opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym uzależnionym i zagrożonych uzależnieniem. W 3 programach NGO w 2013 r. uczestniczyło 307 osób, a w 2014 r. w 4 programach 471 osób. Z kolei podmioty lecznicze zrealizowały w 2013 r. 2 programy dla 172 odbiorców, w 2014 r. 4 programy dla 689 odbiorców, a w roku 2015 ponownie 2 programy dla 392 osób. Łącznie na wszystkie programy z zakresu opieki środowiskowej przeznaczono środki finansowe w wysokości 580 890 zł.	
	Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	
83	Na realizację Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku w roku 2013 przeznaczono środki w wysokości 8 903 000 zł, a w roku 2014 kwota ta wzrosła do 9 509 000 zł.	Sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku w roku 2014
84	W ramach GPPiRA w roku 2014 w obszarze profilaktyki zrealizowano projekty, w których łącznie wzięło udział 48 998 osób, w tym ponad 76% dzieci i młodzieży (37 334 osób). Projekty obejmowały m.in. działania profilaktyczne skierowane do dzieci i młodzieży, podniesienie kompetencji wychowawczych rodziców, opiekunów, nauczycieli, pedagogów, rozwój edukacji publicznej oraz interwencji profilaktycznej. Budżet projektów wyniósł łącznie ponad 3,8 mln zł.	
85	W zakresie prewencji w działaniach GPPiRA uczestniczyły około 62 403 osoby, w tym ponad 2% dzieci i młodzieży (1 560). Projekty obejmowały tematykę bezpieczeństwa drogowego, naruszenia prawa w szczególności przez osoby niepełnoletnie, ograniczania liczby osób powracających do placówek dla osób nietrzeźwych, działań ograniczających zjawisko przemocy pod wpływem alkoholu i inne powiązane z problemami alkoholowymi. Budżet projektów wyniósł łącznie ponad 1,3 mln zł.	
86	W obszarze interwencji zdrowotnej w ramach GPPiRA prowadzono działania z zakresu leczenia oraz pomocy rodzinie, których bezpośrednimi odbiorcami było ok. 6 172 osób, w tym 26% dzieci i młodzieży (1 589). Budżet projektów wyniósł niemal 3,2 mln zł. Sfinansowano programy zdrowotne skierowane do osób uzależnionych od alkoholu, osób współuzależnionych/DDA/ofiar przemocy, funkcjonowanie Dziennego Oddziału i Poradni Leczenia Uzależnień, Poradni Leczenia Współuzależnienia i Poradni dla DDA, a także wsparcie dla kobiet ciężarnych i młodych matek oraz różne formy wsparcia dla rodzin, w których występują problemy alkoholowe i zagrożonych uzależnieniem.	
87	W ramach GPPiRA w Gdańsku w roku 2014 w obszarze integracji społecznej i zawodowej zrealizowano program Koalicja Trzeźwości 2014, wzmacniano zatrudnienie socjalne poprzez dofinansowanie działalności Centrum Integracji Społecznej, wpierano działalność klubów abstynenta i środowisk abstynenckich. W działaniach łącznie wzięło udział około 928 osób, w tym około 7% dzieci i młodzieży (60 osób). Budżet projektów wyniósł łącznie 250 000 zł.	

	Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii	
88	Na realizację Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku w roku 2013 przeznaczono środki w wysokości 897 000 zł, a w roku 2014 kwota ta wzrosła do 1 091 000 zł.	Sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku w roku 2014
89	W ramach GPPN w roku 2014 zrealizowano 24 projekty profilaktyczne, w których uczestniczyło łącznie ponad 14 000 osób (w tym: 1428 dzieci i młodzieży, 9 240 studentów, 1060 dorosłych, 2022 rodziców, 44 nauczycieli, wychowawców, pedagogów, profilaktyków, 500 uczestników koncertów i festynów). Budżet projektów wyniósł łącznie prawie 375 000 zł. W zakresie rozwijania oferty dla osób współuzależnionych zrealizowano 1 program, który objął 419 odbiorców (z budżetem 41 250 zł). W obszarze rozwoju oferty lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz podniesienia poziomu wiedzy wśród personelu zrealizowano 6 programów, w których uczestniczyło 889 osób, w tym: 617 osób uzależnionych i 274 osób personelu medycznego, służb mundurowych, kuratorów sądowych i pracowników socjalnych. Budżet projektów wyniósł ponad 120 000 zł. Zrealizowano również 1 program z zakresu redukcji szkód dla 838 osób (z budżetem 80 000 zł). Natomiast w obszarze rozwoju programów postterapeutycznych zrealizowano 3 programy, w których wzięły udział 54 osoby. Budżet programów wyniósł 168 000 zł.	
	Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych	
90	Badania dotyczące sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych wykazały, że 6,4% z nich stanowią osoby z upośledzeniem umysłowym, 3,4% z upośledzeniem psychicznym, 4% osoby z epilepsją a 2,2,% osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (nomenklatura z ICD 10). Tylko 5% osób niepełnosprawnych korzysta z usług publicznej służby zdrowia, w tym najliczniejszą grupę stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi i upośledzeniem umysłowym. Wśród osób niepełnosprawnych 7% ma poczucie, że jest gorzej traktowana – są to głównie osoby z zaburzeniami psychicznymi.	Raport z badań „Sytuacja Życiowa osób niepełnosprawnych mieszkańców Gdańska" grudzień 2013
91	W latach 2010-2013 realizowany był Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, a obecnie realizowana jest jego kontynuacja na lata 2015-2020. Główne cele Programu to: wspieranie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym oraz ich aktywności obywatelskiej, zwiększenie aktywności zawodowej i wzrost szans na zatrudnienie osób niepełnosprawnych, tworzenie skutecznego systemu wielostopniowej edukacji i zwiększenie dostępności i udziału w kulturze osób niepełnosprawnych, współdziałanie na rzecz poprawy, promocji, ochrony i przywracania zdrowia i wzrostu aktywności fizycznej osób niepełnosprawnych oraz kreowanie otwartych, zintegrowanych, bezpiecznych i dostępnych dla osób niepełnosprawnych przestrzeni miejskich oraz poprawa warunków codziennej mobilności.	Powiatowy Program Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Gdańsku na lata 2010-2013 Powiatowy Program Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Gdańsku na lata 2015-2020
92	W ramach Programu w latach 2010-2013 2250 osób niepełnosprawnych skorzystało z miejsc w domach pomocy społecznej. Podopiecznymi środowiskowych domów samopomocy było łącznie 1060 osób. Z mieszkań chronionych skorzystały 84 osoby. Ponadto w ramach projektu MOPR „Systematycznie do celu" objęto asystenturą łącznie 339 osób niepełnosprawnych (w tym 165 osób z zaburzeniami psychicznymi). Dodatkowo 908 osób było podopiecznymi warsztatów terapii zajęciowej, a 264 brało udział w zajęciach klubów samopomocy. W obszarze aktywizacji zawodowej w ramach refundacji kosztów wyposażenia stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych utworzono łącznie 51 stanowisk pracy, utworzono także 5 stanowisk w ramach prac interwencyjnych. 175 osób skierowano na staże, po których zatrudnienie znalazło średnio 40,83% uczestników. Ponadto 405 osób niepełnosprawnych wzięło udział w szkoleniach zawodowych, po których zatrudnienie znalazło średnio 46,53% uczestników. Organizowano cykliczne targi pracy oraz kilkadziesiąt giełd pracy dla osób niepełnosprawnych. W obszarze edukacji ok. 3000 uczniów szkół i przedszkoli objęto programem wczesnego wspomagania, powołano oddziały integracyjne w 57 szkołach. Przeszkolono kilkuset nauczycieli ze szkół z klasami integracyjnymi oraz nauczycieli Centrum Kształcenia Ustawicznego do pracy z osobami niepełnosprawnymi. Ponadto prowadzono wiele działań służących aktywizacji społecznej i integracji osób niepełnosprawnych (wydarzenia kulturalne, turystyczne i sportowe, w tym festyny, festiwale, konkursy, wystawy, projekty i lekcje muzealne, zajęcia biblioterapeutyczne, zajęcia arteterapeutyczne). Zrealizowano również kilkadziesiąt projektów z zakresu likwidacji barier w dostępie do instytucji, usług i dóbr (likwidacja barier architektonicznych, barier w komunikowaniu się).	Sprawozdania z realizacji Powiatowego Programu Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Gdańsku na lata 2010-2013
	Inne programy miejskie	

93	W latach 2010-2013 realizowany był Gdański Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, a obecnie realizowana jest jego kontynuacja na lata 2014-2016. Program ma na celu zwiększenie dostępności bezpłatnej pomocy i innych form oddziaływań adresowanych do osób uwikłanych w przemoc, zapewniając im pomoc psychologiczną, prawną, socjalną i medyczną. W ramach Programu powołano Zespół Interdyscyplinarny złożony z przedstawicieli samorządu, instytucji pomocy społecznej, wymiaru sprawiedliwości, organizacji pozarządowych i innych podmiotów. W ramach działań Zespołu opracowany został lokalny proces obiegu i rozpatrywania Niebieskich Kart, uruchomione zostały całodobowe dyżury pracowników socjalnych w MOPR, a także utworzony został „Punkt Chwilowego Pobytu Interwencyjnego", dający czasowe schronienie osobom dotkniętym sytuacją kryzysową. W obszarach działań takich jak profilaktyka, interwencja, wsparcie ofiar, korekcja i edukacja sprawców realizowane były programy ochrony ofiar przemocy, programy i działania terapeutyczne kierowane do ofiar, psychoterapia dzieci, edukacja rodziców w rodzinach zagrożonych przemocą, działania pomocowe kierowane do ofiar przemocy, poradnictwo specjalistyczne, a także zapewnienie profesjonalnego wsparcia dla osób zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy.	
94	Także inne programy realizowane przez Miasto Gdańsk przyczyniają się do promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania rozwojowi zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców. Prowadzono programy z zakresu obsługi psychologicznej i prawnej ofiarom dyskryminacji i naruszania praw człowieka, a w roku 2016 realizowane jest wsparcie imigrantów w zakresie informacji i pomocy prawnej, mieszkaniowej, zawodowej, nauki języka i w sytuacjach kryzysowych, w tym grup o szczególnych potrzebach. Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń odbywa się także poprzez programy zdrowotne, m.in.: przygotowujący ciężarną i ojca dziecka do aktywnego porodu, program wspierania i propagowania karmienia piersią, program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży, Centrum Geriatryczne „Zdrowy Nestor", dofinansowanie działania Poradni Geriatrycznej. Z kolei aktywność mieszkańców w różnym wieku jest promowana przez programy z zakresu promocji i organizacji wolontariatu, organizacji wypoczynku letniego dla dzieci i młodzieży, Gdański Fundusz Młodzieżowy i Gdański Fundusz Senioralny, projekty z zakresu wspierania sportu o charakterze rekreacyjnym i integracyjnym w dzielnicach. Miasto wspiera również prowadzenie Domów Sąsiedzkich jako centrów społecznościowych integrujących i stymulujących aktywność społeczną w dzielnicach. Ponadto w listopadzie 2014 r. Gmina Miasta Gdańska i 11 organizacji pozarządowych podpisało porozumienie dotyczące budowy gdańskiego modułu „Metropolitalnego Systemu Aktywizacji Społeczno-Zawodowej", który będzie realizowany w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych na terenie Gdańska.	Dane Urzędu Miejskiego w Gdańsku

III. Cele główne i szczegółowe programu

cel główny	cele szczegółowe	zadania	beneficjenci	nazwa wskaźnika	koordynator	realizator
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.	**1.Prewencja – podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających.**	**Zadania z zakresu edukacji, promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń, skierowane zarówno do całej populacji, jak i do grup ryzyka.**		wskaźniki rezultatu do celu szczegółowego nr 1		
		1.1 Promocja zdrowia i aktywnego trybu życia	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz wszyscy mieszkańcy Gdańska.	1. Liczba beneficjentów programów i projektów oraz zrealizowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz społecznych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczeniu zjawisk mu zagrażających. 2. Liczba wdrożonych programów i projektów oraz zrealizowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych i społecznych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczeniu zjawisk mu zagrażających. 3. Odsetek mieszkańców Gdańska prezentujących postawy zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. 4. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		1.1.1 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących promocji zdrowia i aktywnego trybu życia, kierowanych do różnych grup odbiorców			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		1.1.2 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych dotyczących roli aktywności fizycznej w budowaniu potencjału zdrowotnego mieszkańców			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		1.1.3 Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze promocji zdrowia i aktywnego trybu życia wśród dzieci, młodzieży i ich rodzin oraz opiekunów			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		1.2 Promocja zdrowia psychicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.2.1 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych na rzecz podnoszenia wiedzy i świadomości o prawidłowym rozwoju psychicznym, kształtowaniu osobowości, charakteru, budowaniu dojrzałości psychicznej			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.2.2 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych dotyczących psychospołecznych aspektów zdrowia			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	

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.	**1.Prewencja – podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających.**	1.2.3 Opracowanie i realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych dotyczących zaburzeń psychicznych, zaburzeń osobowości, depresji, prób samobójczych i innych trudności psychicznych		programów i projektów oraz kampanii informacyjno-edukacyjnych i społecznych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczeniu zjawisk mu zagrażających. 5. Odsetek mieszkańców oceniających pozytywnie swój dobrostan psychiczny. 6. Odsetek mieszkańców podejmujących odpowiednią dla zachowania zdrowia aktywność fizyczną.	Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.2.4 Inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałającym dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.2.5 Opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie umiejętności i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.2.6 Realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i w środowisku lokalnym			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		1.2.7 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących seksualności i jej znaczenia w życiu człowieka			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.3 Promocja zdrowego środowiska życia i pracy			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.3.1 Inicjowanie działań w zakresie wsparcia dorosłych w pełnieniu ról społecznych (rodzinnych, opiekuńczych, zawodowych)			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.3.2 Inicjowanie i realizacja działań z zakresu wdrażania programów promocji zdrowia psychicznego w środowisku pracy m. in. przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu i przeciwdziałania mobbingowi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.4 Edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.4.1 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych dotyczących zapobiegania zaburzeniom neurorozwojowym			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.4.2 Inicjowanie i wspieranie działań w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania zaburzeniom afektywnym, w szczególności depresji (m. in. depresje okołoporodowe, zaburzenia afektywne u dzieci)			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.4.3 Inicjowanie i wspieranie działań w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania zaburzeniom więzi oraz kształtowania prawidłowej więzi w rodzinie			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	

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.	**1.Prewencja – podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających.**	1.4.4 Inicjowanie i realizacja działań w zakresie wsparcia rodziców i opiekunów w opiece na dzieckiem, w tym z wadami rozwoju			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.5 Prewencja zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.5.1 Inicjowanie i wspieranie działań z zakresu profilaktyki zaburzeń adaptacyjno–rozwojowych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.6 Promocja aktywnego starzenia	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska, seniorzy oraz seniorzy w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku.		Wydział Rozwoju Społecznego / Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	Jednostki organizacyjne miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz seniorów w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		1.6.1 Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących procesu starzenia się organizmu i metod utrzymywania sprawności psychofizycznej w wieku podeszłym				
		1.6.2 Wspieranie działań z zakresu przygotowania rodzin do wspierania aktywności seniorów				
		1.6.3 Wspieranie działań z zakresu przeciwdziałania zaburzeniom dementywnym				
		1.7 Przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych, w tym uzależnieniu od alkoholu, narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz wszyscy mieszkańcy Gdańska.		Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		1.7.1 Inicjowanie i realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zapobiegania uzależnieniom oraz zdrowotnych konsekwencji uzależnienia od substancji psychoaktywnych			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		1.8 Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny, w tym papierosów i e-papierosów oraz narażeniu na tzw. bierne palenie			Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych	
		1.8.1 Inicjowanie, wsparcie i realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zdrowotnych konsekwencji palenia tytoniu i e-papierosów oraz biernego narażania osób na dym tytoniowy			Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych	
		1.8.2 Wsparcie programów profilaktycznych oraz badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób odtytoniowych			Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych	

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.	**1.Prewencja – podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających.**	**1.9 Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym, w tym zaburzeń jedzenia, uzależnień od pornografii, seksu, hazardu, internetu i gier komputerowych**			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.9.1 Inicjowanie, wsparcie i realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych dotyczących zapobiegania uzależnieniom oraz zdrowotnych konsekwencji uzależnień behawioralnych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		1.10 Przeciwdziałanie nawrotom kryzysów i zaburzeń psychicznych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
	2. Interwencja – Rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.	**Zadania obejmujące 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**		wskaźniki rezultatu do celu szczegółowego nr 2		
		2.1 Prowadzenie pogłębionej holistycznej/systemowej diagnozy funkcjonalnej	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku.	1. Liczba beneficjentów wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz działań służących zapewnieniu bezpieczeństwa i opieki. 2. Odsetek beneficjentów zadowolonych ze skuteczności interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz działań służących zapewnieniu bezpieczeństwa i opieki. 3. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności do wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz działań służących zapewnieniu bezpieczeństwa i opieki.	Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		2.1.1 Diagnostyka dzieci w wieku 0-3			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.1.2 Diagnostyka dzieci przedszkolnych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.1.3 Diagnoza funkcjonalna dzieci i młodzieży			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.1.4 Diagnoza zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych osób dorosłych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.1.5 Badania diagnostyczne seniorów			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2 Prowadzenie kompleksowych działań interwencyjnych dla osób potrzebujących, ich rodzin i opiekunów oraz otoczenia			WRS / MOPR / GOPZiPU	
		2.2.1 Dotkniętych kryzysem psychicznym	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie		Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach
		2.2.2 Zagrożonych samobójstwem lub po próbie samobójczej			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.3 z zaburzeniami afektywnymi, w tym z depresją			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.4 z zaburzeniami neurorozwojowym			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	

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.	**2. Interwencja – Rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.**	2.2.5 z zaburzeniami osobowości i zachowania	i otoczenie społeczne w Gdańsku.		Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		2.2.6 z zaburzeniami psychotycznymi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.7 z zaburzeniami dementywnymi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.8 z zaburzeniami nerwicowymi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.9 Uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.10 Ofiar przemocy oraz sprawców przemocy			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.2.11 Innych, zgodnie z katalogiem zaburzeń psychicznych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.3 Organizacja wsparcia zewnętrznego dla dzieci i młodzieży w sytuacji wystąpienia kryzysu	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska, dzieci i młodzież w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku.		Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.3.1 Objętych systemem edukacji			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.3.2 w placówkach opiekuńczo-wychowawczych			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		2.4 Upowszechnianie środowiskowych form interwencji	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku.		MOPR / GOPZiPU	
		2.4.1 Inicjowanie i realizacja programów streetworkerskich			MOPR / GOPZiPU	
		2.4.2 Realizacja pilotażowych programów psychiatrii środowiskowej			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		2.4.3 Innych			WRS / GOPZiPU	
		2.5 Wspieranie programów mieszkalnictwa wspomaganego w formie mieszkań i hostelu interwencyjnego			WRS / MOPR	
		2.5.1 Inicjowanie oferty dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, po zakończonej terapii uzależnień, rodzin osób przewlekle chorych, ofiar przemocy i innych w zależności od potrzeb i na czas przygotowania do powrotu do środowiska			WRS / MOPR	

		2.5.2 Wsparcie programów całodobowych o charakterze interwencyjnym mającym na celu szybki powrót do środowiska			WRS / MOPR	
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.	**3. Integracja – Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości.**	**Zadania obejmujące działania długofalowe, służące powrocie chorego do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym, zawodowym, społecznym oraz zapobieganiu nawrotom choroby/sytuacji kryzysowych (leczenie, rehabilitacja, terapia, opieka, wsparcie)**		wskaźniki do celu szczegółowego nr 3		
		3.1 Inicjowanie i wspieranie specjalistycznych usług z zakresu pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, trudnościami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin i opiekunów w tym: opieki psychiatrycznej, psychogeriatrycznej, rehabilitacji długoterminowej itp.	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz wszyscy mieszkańcy Gdańska.	1. Liczba beneficjentów wdrożonych programów, projektów i podjętych działań, utrzymujących aktywność społeczną, wzmocnionych w odzyskaniu samodzielności i aktywności społecznej lub powracających do pełnienia ról społecznych. 2. Odsetek beneficjentów zadowolonych z wdrożonych programów, projektów i podjętych działań, utrzymujących aktywność społeczną, wzmocnionych, na miarę możliwości, w odzyskaniu samodzielności i aktywności społecznej lub powracających do pełnienia ról społecznych. 3. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności do długofalowych działań służących utrzymaniu aktywności społecznej, wzmocnieniu w odzyskaniu samodzielności i aktywności społecznej lub powrocie do pełnienia społecznych.	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		3.1.1 Tworzenie i realizacja indywidualnych planów postterapeutycznych, np. wychodzenia z kryzysu, wychodzenia z przemocy, wychodzenia z bezdomności, integracji czy aktywizacji			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.1.2 Opracowanie i realizacja programów integracyjnych z zakresu zapobiegania nawrotom choroby			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2 Realizacja działań w kierunku tworzenia warunków do realizacji oferty wsparcia dziennego dla adresatów Programu, w tym:			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.2.1 Oddziałów dziennych (w tym ambulatoryjnej pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin)				
		3.2.2 Placówek ambulatoryjnych				
		3.2.3 Środowiskowych domów samopomocy, rozszerzenie oferty skierowanej do młodzieży			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.4 Specjalistycznych placówek dla dzieci w wieku szkoły podstawowej, z ofertą edukacyjną			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.5 Specjalistycznych placówek dla osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną (osób zależnych)	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz wszyscy mieszkańcy Gdańska.		Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		3.2.6 Specjalistycznych placówek dla osób dorosłych z autyzmem (osób zależnych)			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.7 Punktu Wsparcia Środowiskowego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.8 Warsztatów terapii zajęciowej			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.9 Dziennych domów pomocy			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	

		3.2.10 Mieszkalnictwa wspomaganego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
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.	**3. Integracja – Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości.**	3.2.11 Klubów samopomocy			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.12 Klubów seniora			Pełnomocnik Prezydenta ds. Seniorów	
		3.2.13 Domów sąsiedzkich			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.2.14 Placówek terapii uzależnień			GOPZiPU	
		3.2.15 Placówek dla osób bezdomnych			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.2.16 Innych placówek odpowiadających na specyficzne potrzeby adresatów Programu			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.3 Przygotowanie lub poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego dla adresatów Programu, w tym:			WRS / MOPR	
		3.3.1 Specjalistycznych usług opiekuńczych			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.3.2 Psychiatrii środowiskowej			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.3.3 Zespołów leczenia środowiskowego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.3.4 Zespołów interwencyjnych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.3.5 Terapii środowiskowej			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.3.6 Pracy socjalnej			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.3.7 Asystentury, w tym asystentury osoby niepełnosprawnej, osoby starszej, pacjenta, rodziny, osoby bezdomnej			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.3.8 Grup samopomocowych i grup wsparcia			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.3.9 Teleopieki i innych technologii mogących być zastosowanych w środowisku			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	

		3.3.10 Działań wolontariackich			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
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.	**3. Integracja – Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości.**	3.3.11 Innych form wsparcia odpowiadających na specyficzne potrzeby adresatów Programu			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.4 Dostosowanie do potrzeb adresatów programu całodobowego wsparcia instytucjonalnego, w tym:			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.4.1 Rodzinnych domów pomocy społecznej			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.4.2 Hosteli, w tym: dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ofiar przemocy, osób zależnych			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.4.3 Domów pomocy społecznej odpowiadających na specyficzne potrzeby			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.4.4 Placówek dla osób bezdomnych			Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.4.5 Szpitali psychiatrycznych lub oddziałów psychiatrycznych w szpitalach			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.4.6 Stacjonarnych placówek terapii uzależnień			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		3.4.7 Innych placówek odpowiadających na specyficzne potrzeby			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		3.5 Realizacja działań służących aktywizacji zawodowej i zatrudnieniu adresatów programu, w tym:			Powiatowy Urząd Pracy (PUP)/ Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)	
		3.5.1 Wspieranie działań mających na celu pozyskanie pracodawców, którzy będą zatrudniać osoby z zaburzeniami psychicznymi			Gdański Urząd Pracy (GUP)	
		3.5.2 Współpraca przy inicjowaniu i realizacji programów mających na celu wsparcie zatrudnienia wspomaganego, rozwój przedsiębiorczości społecznej jako miejsca pracy adresatów programu	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami		Gdański Urząd Pracy (GUP)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące
		3.5.3 Inicjowanie działań w kierunku rekomendacji zatrudniania w zakładach pracy trenerów pracy dla osób wchodzących lub powracających na rynek pracy			Gdański Urząd Pracy (GUP)	

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.	**3. Integracja – Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości.**	3.5.4 Wspieranie programów mających na celu zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla adresatów Programu	psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz wszyscy mieszkańcy Gdańska.		Gdański Urząd Pracy (GUP)	zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		3.5.5 Opracowanie i wdrożenie koncecji zatrudnienia adresatów Programów w jednostkach Miasta oraz współpracujących z nim podmiotach			GUP / MOPR	
		3.5.6 Wspieranie programów aktywizacji zawodowej adresatów Programu, m.in. kursy, szkolenia, staże, zatrudnienie socjalne, praktyki			Gdański Urząd Pracy (GUP)	
		3.6 Realizacja działań mających na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży dotkniętych kryzysem psychicznym, specjalistycznych oddziaływań sprzyjających integracji w środowisku szkolnym			WRS / GOPZiPU	
		3.6.1 Rozwijanie specjalistycznego wspomagania rozwoju w istniejących placówkach specjalistycznych (PPP, PZP, OWS, GOPP, Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu)			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	PPP, PZP, OWS, GOPP, Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu
		3.6.2 Przygotowanie i realizacja oferty zajęć integracyjnych uczących włączania w grupy rówieśników po kryzysach i leczeniu			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		3.6.3 Realizacja programów i zajęć socjoterapeutycznych w szkołach i świetlicach			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		3.6.4 Wspieranie działalności klubów młodzieżowych jako miejsc alternatywnych form spędzania czasu przez dzieci i młodzież			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
		3.6.5 Wzbogacenie oferty świetlic szkolnych przy współpracy z organizacjami pozarządowymi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	organizacje pozarządowe
		3.6.6 Wspieranie oferty zajęć dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty

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.	**3. Integracja – Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości.**	**3.7 Podjęcie działań mających na celu integrowanie pomocy społecznej, psychologicznej i opieki medycznej, w tym upowszechnienie wolontariatu w obszarze opieki medycznej**			WRS/MOPR/GOPZiPU	wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		3.7.1 Wspieranie działań dotyczących tworzenia systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej i telemedycyny z wykorzystaniem wolontariatu			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.7.2 Wspieranie organizacji pozarządowych budujących zintegrowaną, wielospecjalistyczną pomoc dla środowiska, na rzecz którego działają			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.7.3 Wspieranie działań zmierzających w kierunku zatrudnienia pracowników socjalnych w placówkach ochrony zdrowia			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.8 Wsparcie i realizacja programów skierowanych do rodzin i opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich otoczenia			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.8.1 Realizacja działań służących zapobieganiu izolacji i stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin oraz opiekunów			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.8.2 Podejmowanie działań w celu zapewnienia opiekunów prawnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających pomocy w realizacji prac i obowiązków osobistych lub ubezwłasnowolnienia			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.8.3 Inicjowanie, wsparcie i realizacja programów pomocy psychologicznej dla rodzin i opiekunów żyjących z osobą chorą przewlekle			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		3.8.4 Współpraca przy realizacji programów wsparcia dla ofiar przemocy, ich rodzin i opiekunów oraz sprawców przemocy			Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień (GOPZiPU)	
	4. Koordynacja i zarządzanie – Zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.	**Zadania obejmujące organizację współpracy międzypodmiotowej mającej na celu wdrażanie, monitoring i ewaluację działań realizowanych w ramach Programu**		wskaźniki do celu szczegółowego nr 4		
		4.1 Powołanie zespołu ds. monitoringu i ewaluacji, do którego zadań należy w szczególności:	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz	1. Liczba beneficjentów bezpośrednich i pośrednich Programu, którzy korzystali z usług Punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego. 2. Stworzenie i aktualizowanie informacji o	Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.1.1 Opracowanie metod i narzędzi monitorowania sytuacji osób w kryzysie psychicznym i ich rodzin, procesu włączania ich w życie społeczne.			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.1.2 Wdrożenie i ewaluacja GPOZP			WRS / GOPZiPU	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty
		4.1.3 Opracowanie modeli obowiązujących w ramach systemu wsparcia zdrowia psychicznego			WRS / GOPZiPU	

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.	**4. Koordynacja i zarządzanie – Zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.**	4.1.4 Inicjowanie tworzenia standardów działań wspierających psychiatrię środowiskową, we współpracy z reprezentacją środowisk osób doświadczających kryzysu psychicznego	podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi.	działaniach w zakresie zdrowia psychicznego. 3. Liczba podmiotów współpracujących w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej. 4. Liczba interwencji podejmowanych w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej.	WRS / GOPZiPU	wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		4.1.5 Opracowanie projektów procedur postępowania, przyjmowanych w ramach budowanego systemu wsparcia zdrowia psychicznego			WRS / GOPZiPU	
		4.1.6 Monitorowanie dostępności do instytucji i usług w Mieście w ramach programu, w konsultacji z reprezentantami środowisk osób dotkniętych kryzysem psychicznym			WRS / GOPZiPU	
		4.1.7 Stałe monitorowanie stopnia realizacji programu, przygotowywanie rocznych sprawozdań z realizacji przedkładanych Radzie Miasta Gdańska			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.1.8 Współpraca z Pomorską Koalicją na Rzecz Zdrowia Psychicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.1.9 Współpraca z Gdańska Radą Działalności Pożytku Publicznego i innymi ciałami o charakterze konsultacyjno-doradczym			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.2 Współpraca z Gdańską Radą Zdrowia Publicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.3 Współpraca w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej			WRS/MOPR	
		4.3.1 Współpraca z instytucjami, organizacjami pozarządowymi, osobami fizycznymi i prawnymi w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej			WRS/MOPR	
		4.3.2 Podniesienie skuteczności działań wspierających, w obszarze szeroko rozumianej pomocy psychologicznej i socjalno-bytowej dla osób, które znalazły się w szczególnej, trudnej sytuacji życiowej			WRS/MOPR	
		4.3.3 Współpraca i dostarczanie specjalistycznej pomocy w sytuacjach kryzysowych			WRS/MOPR	
		4.4 Wspieranie działań edukacyjnych, podnoszenia wiedzy i kompetencji oraz wsparcie (superwizja, szkolenia, programy edukacyjne) kadry podmiotów zaangażowanych w działania związane z ochroną zdrowia psychicznego (z obszaru ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości, decydentów, środowisk naukowych, akademickich i innych)			WRS / GOPZiPU	
		4.4.1 Inicjowanie i wspieranie utworzenia bazy rekomendowanych programów edukacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.4.2 Wsparcie realizacji programów podnoszących kwalifikacje zawodowe specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi (m.in. przygotowanie do pracy terapeutycznej)			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	

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.	**4. Koordynacja i zarządzanie – Zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.**	4.4.3 Opracowanie i prowadzenie szkoleń wdrożeniowych dla osób realizujących GPOZP (szkolenia, doradztwo, superwizja, interwizja)			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.4.4 Organizacja konferencji, seminariów, szkoleń, spotkań przedstawicieli podmiotów działających w obszarze zdrowia psychicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.5 Utworzenie Punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		4.5.1 Opracowanie, prowadzenie i aktualizowanie bazy internetowej w zakresie dostępnej oferty wsparcia				
		4.5.2 Opracowanie i aktualizowanie informatora o dostępnej ofercie wsparcia				
		4.5.3 Prowadzenie infolinii dotyczącej dostępnej oferty wsparcia				
		4.5.4 Prowadzenie konsultacji kierującej do właściwej formy pomocy				
		Zadania obejmujące badanie zasobów, inicjowanie badań, zapewnienie ciągłości finansowania, budowanie sieci współpracy na potrzeby Programu oraz jego promocję i upowszechnianie				
		5. Stworzenie i aktualizowanie mapy zasobów, usług i oddziaływań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego	**Bezpośredni:** mieszkańcy Gdańska w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi. **Pośredni:** ich rodziny, opiekunowie i otoczenie społeczne w Gdańsku oraz podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi.		Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		6. Prowadzenie badań i analiz na poziomie samorządu w zakresie bieżących potrzeb i dostępnej oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		7. Wsparcie działań naukowo-badawczych dotyczących problemu zaburzeń psychicznych i rozwojowych, uzależnień i innych obszarów zdrowia psychicznego			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		8. Podjęcie działań w kierunku utworzenia i koordynowania działań Środowiskowych Centrum Zdrowia Psychicznego dla osób ze wszystkich grup docelowych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		9. Wzmocnienie potencjału podmiotów (w tym organizacji pozarządowych) działających w obszarze zdrowia psychicznego poprzez wsparcie kompetencji kadrowych, wsparcie finansowe i organizacyjne			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		10. Wzmocnienie partycypacji i upodmiotowienia osób z zaburzeniami psychicznymi			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		11. Wspieranie inicjatyw samopomocowych osób dotkniętych kryzysem psychicznym i ich rodzin			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
Tworzenie lokalnego systemu	**4. Koordynacja i zarządzanie – Zbudowanie**	12. Zlecanie realizacji oraz zapewnienie ciągłości finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w ramach konkursów dla podmiotów leczniczych i konkursów dla organizacji pozarządowych			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	

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.	**systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.**	13. Inicjowanie, wsparcie i realizacja projektów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w ramach programów RPO, EFS, MRPiPS itd.			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	Jednostki organizacyjne Miasta oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
		14. Stworzenie systemu wolontariatu na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin i opiekunów			Regionalne Centrum Wolontariatu	
		15. Budowanie sieci współpracy między podmiotami z różnych sektorów w zakresie prewencji zaburzeń i realizacji działań w zakresie interwencji i integracji (podmiotów z obszarów: ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości, decydentów, środowisk naukowych i innych)			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		16. Rozwój i wspieranie procesu deinstytucjonalizacji i rozwoju środowiskowych form wsparcia			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		17. Inicjowanie działań w kierunku utworzenia zespołów interdyscyplinarnych o charakterze interwencyjnym			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	
		18. Promocja i upowszechnianie Programu			Wydział Rozwoju Społecznego (WRS)	