

**Uchwała Nr XII/79/11
Rady Powiatu w Strzyżowie
z dnia 31 sierpnia 2011 r.**

**w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu
Strzyżowskiego na lata 2011-2015**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 12 pkt 11, art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1592 z późn. zm.) art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 11, poz. 535 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. Nr 24, poz. 128)

Rada Powiatu w Strzyżowie uchwala, co następuje;

§1

Przyjmuje Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2011-2015 stanowiący załącznik do niniejszej Uchwały.

§2

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Strzyżowie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Marek Jurzysta

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2011 - 2015

SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----------|
| Wstęp..... | 4 |
| Rozdział I | |
| Postanowienia ogólne..... | 5 |
| 1. Wprowadzenie..... | 5 |
| 2. Uzasadnienie programu | 6 |
| 3. Podstawa prawna opracowania | 7 |
| Rozdział II | |
| Założenia programowe | 10 |
| 1. Zasady obowiązujące przy tworzeniu programu | 10 |
| 2. Zasoby infrastrukturalne | 10 |
| 2.1 Ochrona zdrowia | 10 |
| 2.2 Oświata | 12 |
| 2.3 Pomoc społeczna | 14 |
| 2.4 Organizacje pozarządowe | 17 |
| 3. Adresaci programu | 17 |
| Rozdział III | |
| Cele programu i formy działania | 19 |
| 1. Cel główny programu i kryteria wyboru działań | 19 |
| 2. Określenie celów programowych | 20 |
| 2.1 Cel szczegółowy Nr 1 | |
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym | 20 |
| 2.1.1 Zadanie Nr 1 | |
| Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu..... | 20 |
| 2.1.2 Zadanie Nr 2 | |
| Zapobieganie zaburzeniom psychicznym | 20 |
| 2.1.3 Zadanie Nr 3 | |
| Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi | 20 |
| 2.1.4 Zadanie Nr 4 | |
| Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu | 21 |
| 2.2 Cel szczegółowy Nr 2 | |
| Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym | 21 |
| 2.2.1 Zadanie Nr 1 | |
| Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej | 21 |

| | |
|--|----|
| 2.2.2 Zadanie Nr 2 | |
| Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego | 22 |
| 2.2.3 Zadanie Nr 3 | |
| Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi | 22 |
| 2.2.4 Zadanie Nr 4 | |
| Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy | 23 |
| 3. Metody i formy osiągnięcia celów | 23 |
| 4. Zakładane rezultaty | 24 |
| 5. Wskaźniki realizacji programu | 25 |
| Rozdział IV | |
| Realizacja programu | 25 |
| 1. Czas realizacji programu | 25 |
| 2. Miejsce realizacji programu | 26 |
| 3. Realizator programu i jego zadania | 26 |
| 4. Partnerzy programu | 26 |
| 5. Źródła finansowania programu | 26 |
| Rozdział V | |
| Monitoring i ewaluacja | 27 |
| 1. Monitoring | 27 |
| 2. Ewaluacja | 27 |
| Bibliografia | 28 |

Wstęp

Mimo wielu jeszcze uprzedzeń i zaniedbań zdrowie psychiczne zaczyna być traktowane jako nieodłączny składnik ogólnego stanu zdrowotnego ludności. Trzeba przy tym podkreślić, że funkcjonowanie wielu błędnych i stereotypowych przekonań na temat osób chorych psychicznie czy niepełnosprawnych intelektualnie otwiera drogę społecznemu napiętnowaniu, nierówności i wykluczeniu tych osób. Ponadto wciąż niewielka jest wiedza o zdrowiu psychicznym i zaburzeniach psychicznych, a choroby psychiczne uważane są powszechnie za wstydliwe, dlatego wiele osób z pomocy psychologów i psychiatrów korzysta dopiero w ostateczności, a pomoc ta jeszcze zbyt często udzielana jest w standardach o niedostatecznej jakości.

Zaznaczyć należy, że obecny poziom rozwoju cywilizacyjnego także w naszym kraju sprzyja wzrostowi poziomu zagrożeń dla zdrowia psychicznego poprzez m.in. takie zjawiska jak bezrobocie, ubóstwo, przemoc wobec dorosłych i dzieci, rozluźnienie więzi społecznych, które występują także na obszarze powiatu strzyżowskiego.

Dlatego też promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zagrożeniom oraz upowszechnianie zdrowego, także w ujęciu psychologicznym stylu życia jest zadaniem niezmiernie ważnym dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa, w tym lokalnych władz publicznych. Autorzy niniejszego dokumentu wyrażają przekonanie, że wdrożenie na poziomie lokalnym programu, który będzie stwarzał możliwości nabywania wiedzy i umiejętności przydatnych w osiągnięciu dobrego samopoczucia psychicznego i w przewyciężaniu nieuniknionych kryzysów życiowych bez popadania w bezradność, rezygnację czy nieprzystosowanie, wpłynie nie tylko na poprawę zdrowia psychicznego poszczególnych jednostek, ale także ogólnego poziomu zdrowia ludności powiatu strzyżowskiego zgodnie z hasłem Światowej Organizacji Zdrowia, że „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”.

I. Postanowienia ogólne

1. Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia w swej klasycznej definicji określa zdrowie jako „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub zniechęcenia”. Definicja zatem nie poprzestaje na samym negującym stwierdzeniu, że zdrowie jest brakiem choroby, ale bardzo mocno akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest dobrostan całego organizmu. W kwestii zdrowia nie można jedynie koncentrować się na chorobach i próbach ich zwalczania, ale należy przede wszystkim skupić się na jego wzmacnianiu przez odpowiedni tryb życia, sposób myślenia i właściwego radzenia sobie z emocjami i problemami. Współczesna definicja zdrowia bardzo mocno podkreśla połączenie dbałości o kondycję fizyczną z kwestią troski o życie wewnętrzne i funkcjonowanie społeczne. Łącząc te trzy elementy, można mówić, że zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan fizycznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia. Tak więc obok stanu fizycznego i społecznego funkcjonowania istotnym elementem problematyki zdrowia publicznego, jest także zdrowie psychiczne.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) uznaje „że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”. Jednocześnie ustawa odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia psychicznego czyni organy administracji rządowej i samorządowej wszystkich szczebli. W działaniach tych mogą uczestniczyć instytucje wspomagające takie jak: stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Zgodnie z art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego określenie osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosi się do:

1. chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychiatryczne),
2. upośledzonych umysłowo,
3. wykazujących 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 zatem określa prawa tych osób oraz wskazuje zadania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, do których należą w szczególności:

1. promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
3. kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia i życzliwości a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji.

Natomiast Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który został przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2011 r., Nr 24, poz. 128) nakreśla strategię działań mających na celu ograniczenie zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Zobowiązanymi do realizacji Programu, poza różnymi resortami właściwymi ze względu na cele Programu są: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy wszystkich szczebli, w tym samorząd powiatowy.

Z definicją zdrowia ściśle wiąże się definicja niepełnosprawności. Według ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 14 poz. 92 z późn. zm.) „niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.” Jednakże Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 13 grudnia 2006 r. uznaje, że „niepełnosprawność jest koncepcją ewoluującą i że jest wynikiem interakcji pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barierami środowiskowymi i wynikającymi z postaw ludzkich, będącej przeszkodą dla pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami”. Konwencja definiuje także osoby niepełnosprawne jako „osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami”. Należy zatem podkreślić integralność obu definicji – zdrowia i niepełnosprawności, które w powiązaniu ze sobą, uznają w równej mierze aktywne uczestnictwo osób i całego społeczeństwa w zapobieganiu chorobom oraz aktywną, szeroko rozumianą rehabilitację przywracającą osoby, które w wyniku długotrwałej choroby stały się niepełnosprawne, do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami, co oznacza między innymi równy dostęp do ochrony zdrowia, edukacji i zatrudnienia.

2. Uzasadnienie programu

W świetle najnowszych statystyk Światowej Organizacji Zdrowia na świecie żyje ponad 550 mln osób niepełnosprawnych. W każdym kraju przynajmniej jedna osoba na dziesięć jest niepełnosprawna fizycznie, umysłowo lub psychicznie.¹ Jednocześnie wg Światowej Organizacji Zdrowia, ludzie niepełnosprawni intelektualnie stanowią około 1% ogólnej populacji, co oznacza, że na świecie żyje około 60 mln tych osób.

W Polsce ostatnie dane dotyczące liczby niepełnosprawnych pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. Według jego wyników w 2002 r. liczba osób niepełnosprawnych wynosiła ogółem 5,5 mln osób, co stanowiło 14,3% ogółu ludności. Jednakże populacja osób niepełnosprawnych z roku na rok wzrasta. Przyjmuje się, że niepełnosprawni w ogólnej strukturze społecznej stanowią 16%, w tym niepełnosprawni intelektualnie to około 380 tys. osób, co stanowi około 1% ogółu ludności kraju i około 6% wszystkich osób niepełnosprawnych.² Natomiast dzieci stanowią 2% ogółu osób niepełnosprawnych, a wśród niepełnosprawnych dzieci około 12% to dzieci niepełnosprawne intelektualnie.³

W powiecie strzyżowskim szczegółowy opis osób z zaburzeniami psychicznymi jest bardzo trudny, ponieważ w oparciu o istniejące zasoby danych w praktyce niemożliwe jest określenie nawet tak podstawowego parametru, jakim jest liczebność tej populacji. W charakterystyce problemu pomocne będą informacje o ilości osób niepełnosprawnych pochodzące z danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku oraz późniejsze informacje statystyczne z opracowań PFRON, które uzupełniają własne dane pochodzące z rejestrów i sprawozdań będących w posiadaniu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie. Analiza tych danych pozwala na

¹ Kijak R. Stygmatyzacja społeczna czy akceptacja. Wyniki badań. „Niepełnosprawność i rehabilitacja”. 2007, Nr 1, s.3.

² Trafieł E. Niepełnosprawność i osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej. „Niepełnosprawność i rehabilitacja” 2008, Nr 4.

³ Kampania na Rzecz Niepełnosprawnych Intelektualnie W-wa, 2008.

stwierdzenie, że osoby niepełnosprawne stanowią liczny i ciągle rosnący odsetek populacji mieszkańców powiatu strzyżowskiego. Według Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 roku w powiecie strzyżowskim było 10861 osób niepełnosprawnych, co stanowiło 17,5% ogółu ludności, z czego prawnie orzeczoną niepełnosprawnością legitymowało się 7743 osoby, to jest 12,51% ogółu ludności i 71,29% wszystkich osób niepełnosprawnych.⁴ W 2007 r. było już 8087 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, co stanowiło 13,1% ogółu ludności powiatu.⁵ Wśród osób orzekanych znaczny odsetek stanowią osoby niepełnosprawne intelektualnie. W 2010 r. wśród osób dorosłych orzeczonych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie z powodu zaburzeń psychicznych orzeczenie uzyskało 16,3% osób, w tym z powodu chorób psychicznych 14,45% i upośledzenia umysłowego 1,85%. Przy czym wśród osób dorosłych orzeczonych z powodu upośledzenia umysłowego największą grupę stanowiły osoby w wieku 16 – 25 lat (95,23%), a wśród orzeczonych z powodu chorób psychicznych w wieku 41 -60 lat (51,21%) oraz 26 – 40 lat (36,58%).

Odrębnym zagadnieniem jest niepełnosprawność dzieci i młodzieży. Według PFRON w 2007 r. w powiecie strzyżowskim 2,53% ogółu niepełnosprawnych stanowiły osoby powyżej 15 roku życia, niemniej jednak w tymże roku wśród 1556 orzeczonych osób, 383 orzeczenia otrzymały osoby przed 16 rokiem życia, co stanowiło 23,6% wydanych w tym roku orzeczeń.⁶ Z powodu zaburzeń psychicznych orzeczenie otrzymało aż 14,92% wszystkich orzeczonych dzieci, przy czym z powodu upośledzenia umysłowego 11,64% i chorób psychicznych 3,28%. Najwięcej orzeczonych z powodu upośledzenia umysłowego zanotowano w wieku 8-16 lat (79,48%) i ta sama grupa wiekowa stanowiła najwięcej orzeczonych z powodu chorób psychicznych (63,63%). Jest to znacznie wyższy wskaźnik w stosunku do roku 2007, kiedy zaburzenia psychiczne wskazywało 13% orzeczonych w tym roku dzieci.

Z uwagi na wysoki odsetek występowania zaburzeń psychicznych oraz integralność problemów zdrowotnych i społecznych osób z zaburzeniami psychicznymi, zarówno dorosłych jak i dzieci, istnieje potrzeba opracowania powiatowego programu ochrony zdrowia psychicznego, który pozostawałby w spójności z obowiązującymi aktami prawnymi ustawodawstwa krajowego i międzynarodowego a także znajdowałby oparcie w obowiązujących już uregulowaniach prawnych samorządu powiatowego w Strzyżowie.

3. Podstawa prawna opracowania

Nadrzędnym i podstawowym aktem prawnym - także do działań w zakresie ochrony zdrowia i polityki społecznej - jest ustawa zasadnicza – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., która gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia, edukacji, pracy i zabezpieczenia społecznego oraz wprowadza zakaz dyskryminacji kogokolwiek z jakiegokolwiek przyczyny, a także odnosi się w sposób szczególny do powinności władz publicznych wobec niepełnosprawnych obywateli, nakładając na władze ten obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym szczególnej opieki zdrowotnej, udzielania pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobienia do pracy i komunikacji społecznej.

⁴ Powiatowa Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2008 – 2015, Strzyżów 2008, s.24

⁵ Program integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2009 – 2014, Strzyżów 2009, s.8

⁶ Powiatowa Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2008 – 2015, Strzyżów 2008, s.73

Obowiązki samorządu powiatowego w zakresie ochrony zdrowia, w tym zdrowia psychicznego wyznaczają następujące akty prawne:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, na mocy której powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym między innymi w zakresie: edukacji publicznej, promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej i wspierania osób niepełnosprawnych oraz przeciwdziałania bezrobociu i aktywizacji lokalnego rynku pracy;
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą do zadań własnych samorządu powiatowego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy:
 - tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
 - analiza i ocena potrzeb oraz czynników powodujących ich zmiany,
 - promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
 - opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu,
 - inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na terenie powiatu,
 - pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia,
 - podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych;
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego regulująca prawa osób z zaburzeniami psychicznymi i działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych regulująca status prawny osób niepełnosprawnych, ich prawa i uprawnienia, wskazująca jednocześnie zespół działań zmierzających do osiągnięcia przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej;
5. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, która nakłada na organy administracji rządowej i samorządowej obowiązek podejmowania działań zmierzających do ograniczenia spożywania napojów alkoholowych;
6. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii definiująca szereg zjawisk związanych z uzależnieniem od narkotyków, wskazująca na potrzebę rehabilitacji i readaptacji osób dotkniętych narkomanią;
7. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, która mówi, że oświata Rzeczypospolitej Polskiej stanowi dobro wspólne całego społeczeństwa a szkoła powinna zapewnić każdemu uczniowi warunki niezbędne do tego rozwoju, przygotować do wypełniania obowiązków rodzinnych i obywatelskich w oparciu o zasady solidarności, demokracji, tolerancji, sprawiedliwości i wolności;
8. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, która określa zadania w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej;
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej określająca warunki prawne i organizację systemu pomocy społecznej, zadania i rodzaje świadczeń oraz zasady i tryb ich udzielania.

Dokumenty powyższe są wyznacznikiem budowy krajowych i wojewódzkich działań strategicznych w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, do których należą przede wszystkim:

1. Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013 przyjęta przez Radę Ministrów w dn. 21 czerwca 2005 r., która wskazuje na dążenie do uzyskania dobrego zdrowia żyjącego dłużej społeczeństwa poprzez właściwe ustalenie proporcji między promocją zdrowia, profilaktyką i edukacją zdrowotną oraz leczeniem stanów chorobowych i w miarę potrzeby – rehabilitacją;
2. Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013 przygotowana przez Ministerstwo Polityki Społecznej, która za jeden z priorytetów uznaje kompleksową rehabilitację i aktywizację osób niepełnosprawnych;
3. Strategia Rozwoju Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2020, która w 9 celu strategicznym odnosi się do ochrony zdrowia a w 10 do zabezpieczenia społecznego;
4. Wojewódzki Program na Rzecz Wyrównania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu na lata 2008-2020, którego celem jest tworzenie warunków do podnoszenia aktywności zawodowej oraz wzrostu integracji społecznej.

Powiatowymi dokumentami strategicznymi są:

1. Strategia Rozwoju Powiatu Strzyżowskiego na lata 2002-2011 wersja uzupełniona w 2009 i 2011 r., której rozdział 2.4 poświęcony jest ochronie zdrowia i pomocy społecznej a cel strategiczny Nr 4 opisuje przedsięwzięcia dotyczące rozwoju usług zdrowotnych i opieki społecznej na terenie powiatu;
2. Powiatowa Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2008-2015, której celem jest poprawa życia mieszkańców powiatu strzyżowskiego oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób i grup ludności;
3. Program integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych dla Powiatu Strzyżowskiego na lata 2009-2014, który nakreśla zadania samorządu powiatowego w zakresie kreowania polityki społecznej wobec osób i grup ludności zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Dokumenty te są szczególnie ważne w kontekście szerokiego włączania się władz publicznych wszystkich szczebli w struktury działań międzynarodowych, w tym dotyczących zdrowia i opieki społecznej i jednocześnie stwarzają oparcie do opracowania nowych dokumentów strategicznych i programowych.

II. Założenia programowe

1. Zasady obowiązujące przy tworzeniu programu

Zaplanowanie i podjęcie działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest zadaniem niezwykle trudnym ze względu na złożoność problemu i zakres występowania zaburzeń psychicznych. Niemniej jednak podstawowymi zasadami wspierającymi tworzenie niniejszego programu są:

1. Zasada pomocniczości – sprowadzająca się do możliwie największego ograniczenia interwencjonalizmu państwowego na rzecz zwiększenia roli wspólnot lokalnych i rodzinnych. Realizacja tej zasady oznacza pomocniczą rolę państwa, uzupełniającą w stosunku do inicjatyw lokalnych czy regionalnych, czyli w stosunku do inicjatyw i działań podejmowanych przez jednostkę, rodzinę, społeczności lokalne (samoorganizacje społeczności, nieformalne grupy wsparcia), instytucje działające na szczeblu lokalnym (organizacje pozarządowe, szkoły, zakłady pracy) oraz jednostki samorządowe gminne i powiatowe.
2. Zasada sprawiedliwości społecznej – której głównym założeniem jest wyrównywanie szans i ekwiwalentność. Zasada sprawiedliwości społecznej daje gwarancję bezpieczeństwa społecznego w dostępie do praw i świadczeń społecznych dla wszystkich obywateli, w tym osób niepełnosprawnych i dotkniętych „niezdrowiem”.⁷
3. Zasada solidaryzmu społecznego – głosi zgodność i wspólnotę interesów wszystkich jednostek i grup społecznych w obrębie danej społeczności, a także obowiązek partycypowania w obciążeniach na rzecz społeczeństwa.
4. Zasada równości – oznaczająca równouprawnienie, brak podziału społeczeństwa na uprzywilejowanych i wyzyskiwanych. Przejawia się ona w równości wobec prawa a jej naruszenie oznacza dyskryminację, różnicowanie i wykluczenie bądź ograniczenie praw niektórych osób lub grup społecznych, w zakresie korzystania z powszechnie zapewnionych wolności i praw człowieka. Zaznaczyć należy, że na dyskryminację i wykluczenie społeczne najczęściej narażone są osoby przewlekle chore i niepełnosprawne.

Obecnie coraz częściej podkreśla się znaczenie zasady integracji społecznej, która pozwala na pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych w życiu społecznym i we wszystkich jego obszarach.

Dla efektywnej realizacji programu ważne jest przestrzeganie zasady zrównoważonego rozwoju, która zapewnia osiąganie zbliżonych postępów w realizacji poszczególnych celów dla zapewnienia spójności podejmowanych działań.

Zaznaczyć należy, że przygotowanie programu wymaga zdiagnozowania potencjału infrastruktury zdrowotnej i szeroko rozumianej infrastruktury społecznej powiatu strzyżowskiego, dokonania analizy i oceny możliwości finansowych realizacji programu oraz określenia zasad kontroli jego realizacji.

2. Zasoby infrastrukturalne

2.1 Ochrona zdrowia

W powiecie strzyżowskim podstawowa opieka zdrowotna świadczona jest przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej oraz przez różnorodne niepubliczne podmioty opieki zdrowotnej udzielające świadczeń w zakresie medycyny rodzinnej, stomatologii oraz opieki specjalistycznej.

⁷ Rawls J. „Teoria sprawiedliwości”, przekł. M. Panafiuk, J. Pasek, A. Romaniuk, PWN, Warszawa 1994

