

UCHWAŁA NR LIV-306-2017

RADY GMINY NĘDZA

z dnia 25 lipca 2017 r.

w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pod nazwą „Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza” na lata 2017 – 2021.

Na podstawie art.18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 446 z późn. zm.) i art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późn. zm.); po uzyskaniu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada Gminy Nędza uchwala, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się program zdrowotny pod nazwą „Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza” na lata 2017 – 2021, w brzmieniu określonym w załączniku do uchwały.

§ 2

Traci moc Uchwała Nr XXXV/282/2013 Rady Gminy Nędza z dnia 29 kwietnia 2013 roku w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Nędza”.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Nędza.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PROGRAM ZDROWOTNY

WCZESNA WIELOSPECJALISTYCZNA I KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD DZIECKIEM ZAGROŻONYM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNYM Z TERENU GMINY NĘDZA

Okres realizacji programu:

2017 - 2021

SPIS TREŚCI

I.	OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	3
1.	PROBLEM ZDROWOTNY	3
2.	EPIDEMIOLOGIA.....	4
3.	POPULACJA PODLEGAJĄCA JEDNOSTCE SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO.....	15
4.	DOSTĘPNE, FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	15
II.	ŚWIADCZENIA REALIZOWANE W RAMACH PROGRAMU	17
1.	REHABILITACJA LECZNICZA	17
	KINEZYTERAPIA	17
2.	METODY NEUROFIZJOLOGICZNE	17
2.1.	METODA VOJTY	17
2.2.	METODA NDT-BOBATH.....	18
2.3.	INTEGRACJA SENSORYCZNA	20
3.	TERAPIA PSYCHOLOGICZNA	22
4.	TERAPIA LOGOPEDYCZNA	23
5.	TERAPIA PEDAGOGICZNA	24
7.	TERAPIA REWALIDACYJNA.....	26
7.2	SALA DOŚWIADCZANIA ŚWIATA (SNOEZELLEN)	27
7.3	LOGORYTMIKA	29
7.4	MUZYKOTERAPIA.....	30
7.5	DOGOTERAPIA.....	31
8.	UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA PROGRAMU.....	33
III.	CELE PROGRAMU	33
1.	CEL GŁÓWNY	33
2.	CELE SZCZEGÓŁOWE	34
3.	OCZEKIWANE EFEKTY	34
4.	MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ODPOWIADAJĄCE CELOM PROGRAMU	35
IV.	ADRESACI PROGRAMU (POPULACJA PROGRAMU)	35
V.	ORGANIZACJA PROGRAMU	36
1.	CZĘŚCI SKŁADOWE, ETAPY I DZIAŁANIA ORGANIZACYJNE	36
2.	KRYTERIA I SPOSÓB KWALIFIKACJI UCZESTNIKÓW	36
3.	ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU	37
4.	SPOSÓB POWIĄZANIA DZIAŁAŃ PROGRAMU ZE ŚWIADCZENIAMI ZDROWOTNYMI FINANSOWANYMI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	38
5.	SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMU I MOŻLIWOŚCI KONTYNUACJI OTRZYMYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ UCZESTNIKÓW PROGRAMU, JEŚLI ISTNIEJĄ WSKAZANIA	39
6.	KOMPETENCJE/WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU.....	39
7.	DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ	40
VI.	KOSZTY	40
VII.	MONITOROWANIE I EWALUACJA EFEKTÓW	41
VIII.	OKRES REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO:	41

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z praw podstawowych, wynikających z niezbywalnej godności człowieka. Odpowiedzialność za zdrowie spoczywa na jednostkach oraz na państwie¹. W Polsce państwo gwarantuje obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególną opieką państwa w tym zakresie otoczone są dzieci i młodzież do 18. roku życia. Przyjmuje się, że mają one prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia, a także udogodnień w zakresie leczenia oraz rehabilitacji². Ten szczególny stosunek jest wyrażony przez nadanie tej grupie prawa do bezpłatnego korzystania z opieki zdrowotnej.

Według konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) prawidłowy rozwój dzieci ma znaczenie podstawowe. Dla tego rozwoju istotna jest zdolność do harmonijnego życia w zmieniającym się środowisku. Roztoczenie szczególnej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do 18 roku życia jest jednym z najważniejszych warunków zapewnienia im zdrowia. Podyktowane jest to obiektywnie słabszą pozycją tych grup w społeczeństwie oraz wiedzą naukową, która wskazuje, że to właśnie w wieku rozwojowym kształtuje się organizm człowieka oraz jego zachowania zdrowotne. W związku z tym od zapewnienia dzieciom właściwej opieki zdrowotnej, a przede wszystkim pełnego zakresu i dostępności do profilaktyki jest uzależniony stan zdrowia całego społeczeństwa³. Dodatkowo dbałość o zdrowie dzieci nabiera szczególnego znaczenia w perspektywie prognozowanego spadku liczby urodzeń w kolejnych dekadach, a także wraz z rosnącą liczbą dzieci urodzonych z niską i bardzo niską wagą urodzeniową, rosnącą liczbą chorób przewlekłych oraz w dalszym ciągu stosunkowo wysoką częstością występowania wad wrodzonych.

Dobry stan zdrowia dzieci i młodzieży to fundament prawidłowego rozwoju społeczeństwa. To, w jakich warunkach dziecko się rozwija i wychowuje oraz jak przebiega jego edukacja ma znaczący wpływ na jego dorosłe życie, a co się z tym wiąże na jego styl życia i zdrowie.

Dlatego tak ważne jest dbanie o stan zdrowia dzieci i młodzieży, a w przypadku, gdy ten stan jest zaburzony niezwykle istotnym jest stworzenie warunków do leczenia, rehabilitacji i profilaktyki.

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r., Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477. 8 Studia BAS Nr 2(38) 2014

² Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., Dz.U. z 1991 r. nr 120, poz. 526.

³ [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/B5986B25AE085E4EC1257D07003ECEAB/\\$file/Studia_BAS_38.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/B5986B25AE085E4EC1257D07003ECEAB/$file/Studia_BAS_38.pdf)

2. Epidemiologia

Poniżej przedstawiono dane statystyczne obrazujące ogólną ocenę stanu zdrowia dzieci i młodzieży.

Tabela 1 Dzieci i młodzież według oceny stanu zdrowia i województw

Wyszczególnienie	Ogółem	Ocena stanu zdrowia			
		Bardzo dobra i dobra	Taka sobie, ani dobra, ani zła	Zła i bardzo zła	Brak danych
		w tysiącach			
Dzieci (0-14 lat)	5749,2	5301,8	369,1	78,2	—
Dolnośląskie	400,0	369,2	22,0	8,8	—
Kujawsko-pomorskie	319,7	296,3	18,7	4,7	—
Lubelskie	330,5	299,1	27,6	3,8	—
Lubuskie	153,4	142,2	9,7	1,4	—
Łódzkie	353,7	327,2	22,3	4,1	—
Małopolskie	524,6	485,8	33,6	5,2	—
Mazowieckie	787,4	718,3	63,4	5,8	—
Opolskie	137,4	126,3	8,7	2,4	—
Podkarpackie	337,6	312,3	19,4	6,0	—
Podlaskie	177,7	162,8	14,1	0,8	—
Pomorskie	366,5	342,3	20,3	3,9	—
Śląskie	643,5	597,7	29,9	15,9	—
Świętokrzyskie	184,6	166,5	14,1	4,0	—
Warmińsko-mazurskie	231,0	208,3	21,2	1,5	—
Wielkopolskie	548,4	516,6	27,5	4,4	—
Zachodniopomorskie	253,1	231,0	16,6	5,5	—

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.; Studia i analizy statystyczne; Kraków 2011

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Mając na uwadze ulegający wydłużeniu średni czas życia, problem ten staje się niezwykle istotny, gdyż dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Oczywiście problem niepełnosprawności nie dotyczy tylko osób starszych. Może on wystąpić także wśród osób bardzo młodych: niemowląt i małych dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problem społecznym.

Tabela 2 Dzieci i młodzież według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby		
		dzieci w tysiącach		
		z długotrwałymi problemami zdrowotnymi	bez długotrwałych problemów zdrowotnych	brak danych
OGÓŁEM	5749,2	896,1	4841,6	11,5
Chłopcy	2949,1	511,7	2428,5	8,9
0-4 lata	1000,0	127,7	866,7	5,6
5-9	914,4	199,1	713,4	1,9
10-14 lat	1034,7	184,9	848,3	1,4
Dziewczęta	2800,0	384,4	2413,1	2,5
0-4 lata	946,6	88,9	855,1	2,5
5-9	867,5	141,7	725,8	-
10-14 lat	986,0	153,7	832,3	-
Wiek				
0-4 lata	1946,6	216,7	1721,8	8,2
5-9	1781,8	340,7	1439,2	1,9
10-14 lat	2020,7	338,6	1680,6	1,4
Miejsczamieszkania				
Miasta	3208,7	559,9	2639,6	9,1
Chłopcy	1646,9	327,3	1312,9	6,6
0-4 lata	584,0	90,9	488,3	4,7
5-9	509,7	130,6	377,2	1,9
10-14 lat	553,2	105,9	447,4	-
Dziewczęta	1561,8	232,6	1326,7	2,5
0-4 lata	552,2	49,0	500,7	2,5
5-9	483,4	91,1	392,3	-
10-14 lat	526,3	92,6	433,7	-
Wieś	2540,5	336,1	2202,0	2,3
Chłopcy	1302,2	184,4	1115,5	2,3
0-4 lata	416,1	36,9	378,3	0,9
5-9	404,7	68,5	336,2	-
10-14 lat	481,5	79,0	401,0	1,4
Dziewczęta	1238,2	151,7	1086,5	-
0-4 lata	394,4	40,0	354,4	-
5-9	384,1	50,6	333,5	-
10-14 lat	459,7	61,1	398,6	-
Młodzież				
O G Ó Ł E M	8523,8	1669,9	6813,3	40,6
Mężczyźni	4325,3	787,3	3517,3	20,7
15-19 lat	1246,3	255,4	984,8	6,1
20-29 lat	3079,0	531,9	2532,5	14,6
Kobiety	4198,5	882,6	3296,0	19,9
15-19 lat	1199,9	246,2	949,4	4,3

20-29 lat	2998,6	636,4	2346,5	15,7
Wiek				
15-19 lat	2446,3	501,7	1934,2	10,4
20-29 lat	6077,5	1168,2	4879,0	30,3
Miejsce zamieszkania				
Miasta	5061,4	1118,4	3915,8	27,1
Mężczyźni	2556,0	514,4	2028,4	13,2
15-19 lat	693,2	177,3	512,4	3,5
20-29 lat	1862,9	337,1	1516,0	9,7
Kobiety	2505,4	604,0	1887,4	13,9
15-19 lat	666,5	162,6	501,4	2,5
20-29 lat	1838,8	441,4	1386,0	11,5
Wieś	3462,4	551,5	2897,4	13,5
Mężczyźni	1769,3	272,9	1488,9	7,5
15-19 lat	553,1	78,1	472,4	2,6
20-29 lat	1216,1	194,7	1016,5	4,9
Kobiety	1693,1	278,6	1408,5	6,0
15-19 lat	533,4	83,6	448,0	1,8
20-29 lat	1159,7	195,0	960,5	4,2

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.; Studia i analizy statystyczne; Kraków 2011

Tabela 3 Dzieci i młodzież według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych i województw

Wyszczególnienie	Ogółem	z długotrwałymi problemami zdrowotnymi	bez długotrwałych problemów zdrowotnych
w tysiącach			
Dzieci (0-14 lat)	5749,2	896,1	4841,6
Dolnośląskie	400,0	68,0	332,0
Kujawsko-pomorskie	319,7	57,8	261,9
Lubelskie	330,5	56,7	273,8
Lubuskie	153,4	23,9	129,5
Łódzkie	353,7	56,2	296,6
Małopolskie	524,6	62,3	460,1
Mazowieckie	787,4	140,9	643,5
Opolskie	137,4	18,0	119,4
Podkarpackie	337,6	47,7	290,0
Podlaskie	177,7	40,3	137,4
Pomorskie	366,5	44,3	322,2
Śląskie	643,5	98,2	543,0
Świętokrzyskie	184,6	32,6	151,8
Warmińsko-mazurskie	231,0	29,3	200,6
Wielkopolskie	548,4	78,9	468,6

Zachodniopomorskie	253,1	41,0	211,3
Młodzież (15-29)	8523,8	1669,9	6813,3
Dolnośląskie	625,9	157,8	465,0
Kujawsko-pomorskie	449,2	89,7	358,5
Lubelskie	492,9	121,5	367,9
Lubuskie	216,6	36,8	179,6
Łódzkie	519,9	117,0	402,1
Małopolskie	741,2	167,7	571,4
Mazowieckie	1103,7	190,0	913,7
Opolskie	212,3	43,3	168,5
Podkarpackie	513,8	77,3	434,6
Podlaskie	281,8	66,5	215,3
Pomorskie	514,4	98,2	411,3
Śląskie	1023,2	200,3	804,3
Świętokrzyskie	288,7	35,1	253,6
Warmińsko-mazurskie	348,5	56,1	291,8
Wielkopolskie	803,5	135,7	667,8
Zachodniopomorskie	388,2	76,7	307,8

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.; Studia i analizy statystyczne; Kraków 2011

Tabela 4Dzieci według poważnych kłopotów i trudności zdrowotnych

Wyszczególnienie	Ogółem	Dzieci z kłopotami i trudnościami	Rodzaj kłopotów i trudności				
			ze słuchem	ze wzrokiem	w mówieniu	w poruszaniu się	inne
			w tysiącach				
Ogółem	5749,2	735,4	69,1	362,1	191,7	50,8	61,7
Chłopcy	2949,1	400,5	46,2	169,7	126,2	25,2	33,2
0-4 lata	1000,0	77,1	9,1	17,2	40,0	2,6	8,3
5-9	914,4	147,4	24,9	40,5	57,5	9,0	15,4
10-14 lat	1034,7	176,0	12,2	112,0	28,7	13,6	9,5
Dziewczęta	2800,0	335,0	22,9	192,5	65,5	25,6	28,5
0-4 lata	946,6	46,6	3,8	16,5	11,0	8,5	6,9
5-9	867,5	122,7	13,0	48,9	38,9	8,6	13,3
10-14 lat	986,0	165,7	6,1	127,1	15,7	8,5	8,3
Wiek							
0-4 lata	1946,6	123,7	12,9	33,6	50,9	11,1	15,2
5-9	1781,8	270,0	37,9	89,4	96,4	17,6	28,6
10-14 lat	2020,7	341,7	18,4	239,1	44,3	22,1	17,9
Miejsce zamieszkania							
Miasta	3208,7	419,8	43,6	228,5	93,5	21,5	32,7
Chłopcy	1646,9	230,0	32,2	109,4	60,9	9,4	18,1
0-4 lata	584,0	41,7	4,5	10,9	23,3	-	3,0
5-9	509,7	88,9	21,9	26,6	27,0	4,6	8,8

10-14 lat	553,2	99,4	5,9	71,9	10,5	4,8	6,2
Dziewczęta	1561,8	189,9	11,3	119,1	32,7	12,1	14,6
0-4 lata	552,2	24,5	2,7	9,4	3,0	4,6	4,7
5-9	483,4	63,5	5,2	30,6	18,6	3,9	5,1
10-14 lat	526,3	101,9	3,4	79,1	11,0	3,6	4,8
Wieś	2540,5	315,6	25,5	133,6	98,2	29,2	29,0
Chłopcy	1302,2	170,5	14,0	60,3	65,3	15,8	15,1
0-4 lata	416,1	35,4	4,6	6,2	16,7	2,6	5,3
5-9	404,7	58,5	3,0	14,0	30,5	4,4	6,6
10-14 lat	481,5	76,6	6,4	40,1	18,1	8,8	3,3
Dziewczęta	1238,2	145,1	11,6	73,3	32,9	13,5	13,9
0-4 lata	394,4	22,1	1,1	7,1	7,9	3,8	2,1
5-9	384,1	59,2	7,7	18,3	20,3	4,8	8,1
10-14 lat	459,7	63,9	2,8	48,0	4,6	4,9	3,6

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.; Studia i analizy statystyczne; Kraków 2011

DEFINICJE POJĘĆ I WYKORZYSTYWANE KLASYFIKACJE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

„Niepełnosprawność” jest pojęciem wieloznacznym i wielopłaszczyznowym. Istnieje wiele definicji i klasyfikacji niepełnosprawności. Niepełnosprawność obok uszkodzenia (wymiar biologiczny, medyczny) i upośledzenia (wymiar społeczny) jest istotnym zagadnieniem w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku.

WHO podkreśla trzy aspekty stanowiące kluczowe wymiary tej problematyki: biologiczny, funkcjonalny i społeczny. Wyodrębnia się trzy podgrupy problemów:

- 1) uszkodzenie (impairment) - oznacza „wszelką stratę lub wadę psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury albo czynności”
- 2) niepełnosprawność (disability) to „wszelkie ograniczenie lub brak – wynikający z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka”⁴
- 3) upośledzenie (*handicap*). oznaczające „niekorzystną (gorszą) sytuację danej osoby, będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności, polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu wypełniania ról, które uważane są za normalne, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne”.

Upośledzenie, może dotyczyć różnych sfer życia. Należą do nich: orientacja w otoczeniu (zdobywanie i wymiana informacji oraz gromadzenie wiedzy), czynności życia codziennego

4 T. Majewski; T. Gałkowski za: Gindrich P., Kirenko J.(2007). Odkrywanie niepełnosprawności wzrokowej w nauczaniu włączającym. Lublin

(niezależność ich wykonywania), poruszanie się w przestrzeni, praca zawodowa (wykonywanie różnych prac i zawodów), integracja społeczna (aktywny udział w wielu formach życia społecznego), niezależność ekonomiczna (możliwość uzyskania środków na własne utrzymanie).⁵

Osoba niepełnosprawna to osoba, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa).

Zbiorowość osób niepełnosprawnych została podzielona na 2 podstawowe grupy:

- 1) osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony,
- 2) osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale miały (odczuwały) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

Tabela 5 Dzieci i młodzież według niepełnosprawności biologicznej UE

Wyszczególnienie	Ogółem	Niepełnosprawni biologicznie wg UE			
		razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie	nie mają ograniczeń
dzieci w tysiącach					
O G Ó Ł E M	5749,2	264,0	57,0	207,0	5479,6
Chłopcy	2949,1	159,0	30,8	128,2	2787,6
0-4 lata	1000,0	26,1	3,3	22,9	971,4
5-9	914,4	64,7	14,8	49,9	849,7
10-14 lat	1034,7	68,2	12,7	55,5	966,5
Dziewczęta	2800,0	105,0	26,2	78,8	2692,0
0-4 lata	946,6	30,5	8,4	22,1	915,3
5-9	867,5	33,3	9,0	24,3	834,2
10-14 lat	986,0	41,2	8,8	32,4	942,6
Wiek					
0-4 lata	1946,6	56,7	11,7	45,0	1886,7
5-9	1781,8	98,0	23,8	74,2	1683,8
10-14 lat	2020,7	109,4	21,6	87,8	1909,1
Miejsce zamieszkania					
Miasta	3208,7	155,1	32,0	123,1	3051,2
Chłopcy	1646,9	92,8	19,0	73,7	1552,5
0-4 lata	584,0	15,8	1,0	14,8	566,5
5-9	509,7	39,6	10,6	29,0	470,1

SP.Gindrich, J.Kirenko,(2007). Gindrich P., Kirenko J.(2007).Odkrywanie niepełnosprawności wzrokowej w nauczaniu włączającym.Lublin.

10-14 lat	553,2	37,4	7,4	30,0	515,9
Dziewczęta	1561,8	62,4	12,9	49,4	1498,8
0-4 lata	552,2	17,8	4,6	13,2	533,7
5-9	483,4	15,9	3,3	12,7	467,4
10-14 lat	526,3	28,6	5,1	23,6	497,7
Wieś	2540,5	108,9	25,1	83,9	2428,4
Chłopcy	1302,2	66,3	11,8	54,5	1235,1
0-4 lata	416,1	10,4	2,3	8,1	404,9
5-9	404,7	25,1	4,2	20,9	379,6
10-14 lat	481,5	30,8	5,4	25,4	450,7
Dziewczęta	1238,2	42,7	13,3	29,4	1193,3
0-4 lata	394,4	12,8	3,8	8,9	381,6
5-9	384,1	17,4	5,7	11,6	366,8
10-14 lat	459,7	12,5	3,7	8,8	444,9
Młodzież					
O G Ó Ł E M	8523,8	591,3	129,0	462,3	7903,4
Mężczyźni	4325,3	282,1	67,3	214,8	4022,3
15-19 lat	1246,3	93,7	18,7	74,9	1145,6
20-29 lat	3079,0	188,4	48,6	139,8	2876,7
Kobiety	4198,5	309,2	61,7	247,5	3881,2
15-19 lat	1199,9	102,6	20,9	81,7	1091,7
20-29 lat	2998,6	206,7	40,8	165,9	2789,5
20-29 lat	2998,6	206,7	40,8	165,9	2789,5

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.; Studia i analizy statystyczne; Kraków 2011

Tabela 6 Dzieci i młodzież według niepełnosprawności biologicznej UE i województw

Wyszczególnienie	Ogółem	Niepełnosprawni biologicznie wg UE			nie mają ograniczeń
		razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie	
dzieci w tysiącach					
Dzieci (0-14 lat)	5749,2	264,0	57,0	207,0	5479,6
Dolnośląskie	400,0	17,2	6,2	11,1	382,8
Kujawsko-pomorskie	319,7	17,0	3,7	13,2	302,7
Lubelskie	330,5	18,7	3,5	15,1	311,8
Lubuskie	153,4	9,1	3,8	5,3	144,1
Łódzkie	353,7	9,6	4,2	5,4	342,7
Małopolskie	524,6	18,8	0,4	18,4	503,4
Mazowieckie	787,4	47,3	14,1	33,1	740,2
Opolskie	137,4	6,9	1,5	5,4	130,4
Podkarpackie	337,6	18,0	3,4	14,6	319,6

Podlaskie	177,7	9,7	0,3	9,3	168,1
Pomorskie	366,5	11,8	2,2	9,6	354,0
Śląskie	643,5	31,1	2,6	28,5	612,4
Świętokrzyski	184,6	9,9	1,7	8,2	173,8
Warmińsko-mazurskie	231,0	9,3	1,4	7,9	221,7
Wielkopolskie	548,4	13,4	4,6	8,8	535,1
Zachodniopomorskie	253,1	16,2	3,3	12,9	236,9
Młodzież(15-29 lat)	8523,8	591,3	129,0	462,3	7903,4
Dolnośląskie	625,9	51,1	10,7	40,4	573,9
Kujawsko-pomorskie	449,2	27,4	11,5	15,9	421,3
Lubelskie	492,9	30,2	8,7	21,5	460,4
Lubuskie	216,6	18,8	2,4	16,4	197,7
Łódzkie	519,9	37,1	6,5	30,7	481,7
Małopolskie	741,2	65,7	13,1	52,7	668,4
Mazowieckie	1103,7	65,0	13,8	51,2	1035,3
Opolskie	212,3	12,4	1,9	10,5	198,9
Podkarpackie	513,8	37,9	9,5	28,5	474,9
Podlaskie	281,8	24,4	6,5	17,9	257,5
Pomorskie	514,4	37,9	3,1	34,8	474,1
Śląskie	1023,2	67,0	14,1	53,0	946,8
Świętokrzyskie	288,7	12,4	1,4	11,1	276,2
Warmińsko-mazurskie	348,5	34,5	5,9	28,5	314,0
Wielkopolskie	803,5	34,4	10,2	24,2	769,1
Zachodniopomorskie	388,2	34,9	9,8	25,1	353,2

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.; Studia i analizy statystyczne; Kraków 2011

Uwzględniając subiektywną ocenę zdolności do wykonywania podstawowych czynności dla danego wieku, zbiorowość osób niepełnosprawnych prawnie podzielono na dwie grupy:

- 1) osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, tj. osoby, które posiadały orzeczenie i równocześnie miały (odczuwały) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych,

- 2) osoby niepełnosprawne tylko prawnie tj. osoby, które posiadały orzeczenie i nie miały (nie odczuwały) ograniczonej zdolności do wykonywania czynności podstawowych.

Czynności podstawowe dla danego wieku to:

- a) dla niemowląt – prawidłowa reakcja na bodźce zewnętrzne (płacz, uśmiech, właściwe gesty i odruchy),
- b) dla dzieci w wieku przedszkolnym – zdolność brania udziału w grach i zabawach w grupie rówieśników,
- c) dla dzieci w wieku szkolnym – uczęszczanie do szkoły oraz uczestnictwo we wszystkich rodzajach obowiązkowych zajęć,
- d) dla osób w wieku aktywności zawodowej – praca zawodowa, nauka lub prowadzenie gospodarstwa domowego,
- e) dla osób w wieku starszym – podstawowa samoobsługa przy czynnościach higienicznych, zakupach, przyrządzaniu posiłków itp.⁶

W 2009 r. odnotowano w porównaniu z 2004 r. zmniejszenie odsetka dzieci niepełnosprawnych w wieku poniżej 15 lat według kryterium NSP, które obejmuje dzieci z posiadanym orzeczeniem prawnym lub/i ograniczoną zdolnością wykonywania czynności, ale tylko w stopniu poważnym. Na niższym poziomie odnotowano udział niepełnosprawnych prawnie i biologicznie oraz tylko biologicznie, natomiast na wyższym - dzieci niepełnosprawnych tylko prawnie

Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku - Karta Praw Osób Niepełnosprawnych uznaje: „... osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych ...”

Sejm RP w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych stwierdza iż, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, osoby niepełnosprawne nie mogą podlegać dyskryminacji oraz mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia, czyli:

- 1) dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
- 2) dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny,
- 3) dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną,

6 GUS OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ORAZ ICH GOSPODARSTWA DOMOWE 2002 CZĘŚĆ I OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE Warszawa, październik 2003

- 4) nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej,
- 5) pomocy psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój, zdobycie lub podniesienie kwalifikacji ogólnych i zawodowych,
- 6) pracy na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga – prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych,
- 7) zabezpieczenia społecznego uwzględniającego konieczność ponoszenia zwiększonych kosztów wynikających z niepełnosprawności, jak również uwzględnienia tych kosztów w systemie podatkowym,
- 8) życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych, w tym: dostępu do urzędów, punktów wyborczych i obiektów użyteczności publicznej, swobodnego przemieszczania się i powszechnego korzystania ze środków transportu, dostępu do informacji, możliwości komunikacji międzyludzkiej,
- 9) posiadania samorządnej reprezentacji swego środowiska oraz do konsultowania z nim wszelkich projektów aktów prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych,
- 10) pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb.⁷

Prekursorem polskiej szkoły rehabilitacyjnej był Wiktor Dega, który stworzył założenia współczesnej rehabilitacji w Polsce. Zgodnie z nimi rehabilitacja powinna cechować się kilkoma najważniejszymi właściwościami:

- 1) powszechność – rehabilitacja jest integralną częścią leczenia i powinna być dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują niezależnie od schorzenia,
- 2) wczesność zapoczątkowania – oznacza, że proces rehabilitacji powinien rozpocząć się najszybciej jak to tylko możliwe, ponieważ to poprawia wyniki leczenia i skraca jego czas,
- 3) kompleksowość – oznacza, że rehabilitacja od początku do końca powinna uwzględniać wszystkie jej aspekty czyli płaszczyznę leczniczą, zawodową i społeczną,
- 4) ciągłość – rehabilitacja jest procesem ciągłym, który powinien trwać aż do momentu odzyskania przez chorych maksymalnej sprawności fizycznej i psychicznej.⁸

⁷<http://niepelnosprawni.powiat.tczew.pl/rehabilitacja-spoleczna-uprawnienia-osob-niepelnosprawnych/definycja-osoby-niepelnosprawnej.html>

Rehabilitacja powinna być rozpoczęta jak najwcześniej, powinna być prowadzona przez zespół specjalistów różnych dziedzin i z zastosowaniem wielu dostępnych metod, technik i rodzajów terapii oraz kontynuowana w sposób ciągły i regularny, aż do uzyskania zadowalających efektów. Od początku powinna uwzględniać wszystkie aspekty tj. leczniczy, społeczny i psychologiczny.

Zgodnie z zasadą kompleksowości powstało pojęcie zespołu terapeutycznego. Jest to grupa specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.⁹

W skład zespołu terapeutycznego wchodzi:

- 1) lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- 2) lekarze innych specjalności,
- 3) fizjoterapeuci,
- 4) terapeuta zajęciowy,
- 5) terapeuta mowy, logopeda, neurologopeda,
- 6) psycholog,
- 7) pedagog specjalny,
- 8) inni w zależności od potrzeb (technik ortopedyczny, pracownik socjalny, pielęgniarki).

Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych podobnie zakłada, że działania rehabilitacyjne powinny zmierzać do umożliwienia osobom niepełnosprawnym osiągnięcia i utrzymania jak największej samodzielności, zdolności fizycznej, intelektualnej, społecznej i zawodowej oraz pełnej integracji i uczestnictwa we wszystkich aspektach życia społecznego. W tym celu, Państwo powinno zorganizować, wzmocnić i rozszerzyć szeroko zakrojoną działalność w zakresie usług i programów rewalidacyjnych i rehabilitacyjnych, szczególnie w obszarach zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług społecznych, przy czym te programy i usługi:

- 1) będą realizowane na możliwie wczesnym etapie i będą oparte na wielodyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i mocnych stron,
- 2) będą wspierać uczestnictwo i integrację w społeczeństwie i wszelkich jego aspektach,

8 W. Dega, Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004, s. 8
9 www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/22/Rehabilitacja.html

- 3) będą dobrowolne oraz dostępne dla osób niepełnosprawnych, w możliwie bliskiej odległości od ich środowisk, również w okolicach wiejskich.¹⁰

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego

Gmina Nędza od wielu lat finansuje świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie gminy. Program powstał z myślą właśnie o tej grupie społecznej, wymagającej ciągłej i kompleksowej rehabilitacji. Wielkość populacji została ustalona na podstawie danych statystycznych określających liczbę świadczeń udzielonych pacjentom w przeciągu ostatnich czterech lat w ramach ponadstandardowych, finansowanych przez gminę świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i terapii.

Tabela 7 Dane statystyczne określające ilość udzielonych świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych z budżetu gminy Nędza w latach 2012-2015

	OGÓŁEM	GRUPOWE ZAJĘCIA KOREKCYJNE	WCZESNA INTERWENCJA
<u>ROK 2012</u>	46	46	-
<u>ROK 2013</u>	228	228	-
<u>ROK 2014</u>	204	163	41
<u>ROK 2015</u>	213	167	46
Razem	691	604	87

4. Dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej

Przedstawiony program zdrowotny powstał w głównej mierze w celu uzupełnienia świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia gwarantowane nie zaspakajają w pełni potrzeb rehabilitacyjnych i terapeutycznych młodych, niepełnosprawnych mieszkańców gminy.

Gmina Nędza już od 2012 r. umożliwia dzieciom niepełnosprawnym korzystanie z ponadstandardowych świadczeń rehabilitacyjnych. Dotychczas świadczenia te były

¹⁰Studia BAS Kancelarii Sejmu Nr 2(38) 2014 Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia red. J. Szymańczak

realizowane w ośrodku rehabilitacyjnym, do którego dzieci były kwalifikowane ze względu na problemy związane z niepełnosprawnością.

W celu kontynuowania prowadzonych działań współfinansujących proces rehabilitacji i terapii dzieci, a także edukację rodziców tych dzieci; gmina po raz kolejny planuje wdrożyć program zdrowotny.

W działania związane z realizacją programu włączeni są także rodzice dzieci niepełnosprawnych. Udział rodziców w procesie rehabilitacji i terapii jest bardzo istotnym czynnikiem, od którego w dużym stopniu zależy powodzenie prowadzonej terapii. Program ukierunkowany jest na zapobieganie problemowi istotnemu z perspektywy jednostki, rodziny, jak i społeczeństwa. Działania podejmowane w programie wynikają również z zadań jakie stawiają przepisy prawne jednostkom samorządów terytorialnych. Realizacja programu zdrowotnego przewidziana jest na okres 5 lat, tj. od 2017 do 2021 roku.

Program realizowany jest poprzez:

1. Diagnozowanie pedagogiczne, psychologiczne i logopedyczne.
2. Realizację świadczeń zdrowotnych zmierzających do rozwijania umiejętności wykonywania czynności życia codziennego, nauki samoobsługi, przygotowania do życia w środowisku społecznym, rozwijania umiejętności komunikowania się.
3. Rehabilitację leczniczą.
4. Prowadzenie terapii psychologicznej dzieci i rodziców.
5. Prowadzenie terapii logopedycznej.
6. Edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka.
7. Udzielanie rodzicom porad i instruktażu i w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka.
8. Objęcie opieką i wsparciem rodziców dzieci niepełnosprawnych w ramach organizowanych form pomocowych: grupa wsparcia, spotkania integracyjno – edukacyjne i terapeutyczne.

Program skierowany jest do dzieci :

- 1) w wieku od 0 do 7 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokiemu ryzyka,
- 2) w wieku od 6 do 18 lat z dysfunkcją narządu ruchu np. wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami niskostopniowymi,
- 3) w wieku od 3 do 25 lat z deficytami rozwojowymi i całościowymi zaburzeniami CUN.

II. ŚWIADCZENIA REALIZOWANE W RAMACH PROGRAMU

1. Rehabilitacja lecznicza

KINEZYTERAPIA

Polega na leczeniu ruchem. Stosowana jest u dzieci z różnymi schorzeniami i dysfunkcjami narządu ruchu. Jej celem jest uzyskanie maksymalnej poprawy utraconych funkcji, przywrócenie prawidłowej mechaniki ruchu, zabezpieczenie przed wykształceniem nieprawidłowych wzorców ruchowych oraz przeciwdziałanie wtórnym zmianom w układzie kostno -mięśniowym w postaci ograniczeń ruchowych.

W ramach kinezyterapii wykonywane są m.in.:

- 1) ćwiczenia czynne (wykonywane przez pacjenta pod kierunkiem terapeuty lub przy jego pomocy),
- 2) ćwiczenia bierne (wykonywane przez terapeutę),
- 3) ćwiczenia czynno-bierne,
- 4) ćwiczenia izometryczne (polegają na czynnym napinaniu mięśni bez ruchu w stawie),
- 5) ćwiczenia oddechowe (poprawiające sprawność układu oddechowego),
- 6) ćwiczenia asymetryczne,
- 7) ćwiczenia ogólnousprawniające,
- 8) nauka czynności lokomocyjnych.

Kinezyterapia stosowana będzie w grupowych zajęciach korekcyjnych realizowanych dla dzieci z wadami postawy, płaskostopiem i skoliozą niskostopniową.

2. Metody neurofizjologiczne

2.1. METODA VOJTY

Ćwiczenia te stanowią jedną z metod stosowanych w usprawnianiu dzieci zwłaszcza z opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego, z mózgowym porażeniem dziecięcym pochodzenia obwodowego i innymi schorzeniami (np.: kręcz szyi, stopa płasko – koślawą).

Ćwiczenia polegają na uzyskaniu ściśle określonych odpowiedzi ruchowych, uzyskiwanych, jako reakcja na drażnienie tzw. „stref wyzwalań”.

Całość metody oparta jest na technikach określonych przez autora metody prof. Vaclava Vojtę, jako odruchowe pełzanie, odruchowe przetaczanie i postępowanie w tzw. sztucznych pozycjach.

Wykorzystano w tej metodzie filozofię – i ontogenetyczne stare formy lokomocji, kierując się przy tym założeniem, że każda forma lokomocji, zawiera też inne, istotne dla rozwoju składowe, w tym także odruchów postawy i równowagi.

Metoda Vojty pozwala z jednej strony na stymulację rozwoju psychomotorycznego, z drugiej natomiast sprzyja wypracowaniu prawidłowych wzorców ruchowych, a nawet likwidacji patologicznych synergizmów.

Jej zaletą jest kierowana aktywność ruchowa u niespełniających poleceń niemowląt. Całość metody bazuje na torowaniu. Podczas wykonywania tych ćwiczeń obowiązuje odpowiednia pozycja wyjściowa. W każdej pozycji wyróżnia się główne i pomocnicze strefy wyzwiania. Drażniąc te strefy (jedną lub kilka) oraz stosując odpowiedni opór uzyskuje się żadaną odpowiedź ruchową o charakterze wzorca pełzania.

Ze względu na łatwość wygasania wykorzystanego odruchu, ćwiczenia powtarza się zaledwie kilka razy, lecz ćwiczy się 4-5 razy dziennie - to też bardzo ważne jest to, by rodzice dziecka pod kontrolą terapeuty nauczyli się tej metody, aby móc pracować z dzieckiem w domu.

Podstawowym elementem rehabilitacji jest ocena wieku rozwojowego dziecka (diagnostyka). Dziecko przed przystąpieniem do terapii metodą Vojty przechodzi kliniczną ocenę rozwoju i jest to:

- 1) ocena reaktywności posturalnej – umożliwia ona ocenę poziomu rozwoju dziecka w danej chwili. Reaktywność posturalną ocenia się na podstawie reakcji nagłej zmiany położenia ciała w przestrzeni,
- 2) ocena spontanicznej motoryki. Każdy poziom rozwoju posiada charakterystyczne zachowania dziecka w zakresie orientacji, chwytności, lokomocji,
- 3) diagnostyka rozwojowa – na podstawie tego testu dokonuje się w odstępach miesięcznych oceny tzw. wieku raczkowania, wieku siedzenia, wieku mowy.

Wskazaniami do stosowania metody są: zaburzenia centralnej koordynacji nerwowej, przepuklina oponowo-rdzeniowa, przepuklina mózgowo-rdzeniowa, porażenia nerwów obwodowych i splotów nerwowych, artrogrypoza wielopostaciowa wrodzona, MPD., kręcz mięśniopochodny wrodzony i kręcz kostny, neurogenne dysplazje stawów biodrowych, choroba Pertesa, zaniki rdzeniowe mięśni (dystrofie mięśniowe), okołoporodowe porażenie nerwu twarzowego, asymetrie napięcia mięśniowego.

Przeciwwskazania to: brak tolerancji dziecka do pewnych pozycji ułożeniowych, stany zapalne (np. ropień), padaczka, stany nowotworowe, temperatura powyżej 38°C.

2.2. METODA NDT-BOBATH

Usprawnianie według metody NDT - Bobath ma pomóc dziecku we wszechstronnym rozwoju tak, aby mogło uzyskać niezależność w życiu i wykorzystać swe możliwości na tyle, na ile pozwala istniejące uszkodzenie OUN.

Zaburzenia w napięciu mięśni i niewłaściwe jego rozłożenie powodują powstawanie odmiennych wzorców ruchowych, typowych dla poszczególnych zaburzeń. Nieprawidłowe objawy dotyczą zwykle kontroli głowy i tułowia. Następnie rozwijają się nieprawidłowe ruchy w dalszych częściach ciała. Dominują wzorce zgięciowe i wyprostne, a rozwój ruchów rotacyjnych jest znacznie upośledzony.

Główne zasady usprawniania wg koncepcji NDT - Bobath obejmują:

- 1) wpływanie na napięcie mięśni poprzez obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego, co jest możliwe dzięki zastosowaniu odpowiednich technik postępowania już od pierwszych miesięcy życia,
- 2) hamowanie nieprawidłowych odruchów,
- 3) wyzwalanie ruchów w formie najbardziej jak to możliwe zbliżonej do prawidłowych, co zostaje osiągnięte poprzez wspomaganie i prowadzenie ruchów z punktów kluczowych, czyli punktów kontroli ruchu, którymi są głowa, obręcz barkowa, obręcz miednicza i inne części ciała,
- 4) wykorzystywanie i utrwalanie zdobytych umiejętności ruchowych.

Terapeuta ćwiczy całe ciało dziecka, dzięki temu dostarcza odpowiednich doznań czuciowych i ruchowych, a dziecko jest dynamicznie aktywizowane. Pomoc przy wykonywaniu ruchu jest taka, by zapewniała maksymalny i aktywny udział dziecka, a jednocześnie nie wywoływała nieprawidłowych odpowiedzi wynikających ze zbyt dużego wysiłku, czy stresu.

Każdy ruch jest odpowiednio przygotowany i połączony z przemieszczaniem ciężaru ciała i środka ciężkości. Rodzaj, tempo i rytm ćwiczeń dobiera się indywidualnie.

Celem terapii jest przygotowanie dziecka do uczestniczenia w normalnym życiu rodzinnym i społecznym. Usprawnianie wg metody NDT - Bobath jest szczególnie przydatne w leczeniu niemowląt i dzieci. Prawidłowo wykonywane zabiegi pielęgnacyjne, karmienie, noszenie dziecka są odpowiednimi momentami do utrwalania ruchów ćwiczonych przez fizjoterapeutę.

Metoda NDT - Bobath nie zawiera gotowych zestawów ćwiczeń. Cała strategia postępowania usprawniającego oparta jest na wnikliwej analizie problemu klinicznego, precyzyjnej ocenie zarówno rozwoju psychomotorycznego jak i potencjału rehabilitacyjnego. Narzędziem służącym do szczegółowego planowania jest obserwacja i wnikliwa analiza „jakości” wzorców posturalnych i motorycznych dziecka oraz odpowiadającego im rozkładu napięcia posturalnego w przebiegu rozwoju psychomotorycznego.

Metoda NDT - Bobath jest zbiorem technik terapeutycznych. W terapii obowiązuje pewna linia postępowania, a nie konkretny schemat. Odpowiednie techniki dobierane są adekwatnie do aktualnego poziomu rozwoju potrzeb usprawnianego dziecka, wynikających z jego aktualnego stanu neurologicznego. W tym świetle nie można z góry ustalić konkretnego długoterminowego planu postępowania z dzieckiem. Drogowskazem są aktualne zachowania i reakcje dziecka i one w danej chwili wymuszają dobór odpowiednich technik i sposobów postępowania.¹¹

Metody te będą stosowane w indywidualnych sesjach terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji realizowanych dla dzieci z:

- a) grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego,
- b) wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie),
- c) chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
- d) zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
- e) zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej),
- f) zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa),
- g) trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN),
- h) nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
- i) wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów,

2.3. INTEGRACJA SENSORYCZNA

Integracja sensoryczna to organizacja wejściowych danych zmysłowych dokonywana przez mózg w celu produkowania odpowiedzi adaptacyjnych na wymagania otoczenia. W procesie tym mózg informacje otrzymane ze wszystkich zmysłów rozpoznaje, segreguje, interpretuje, łączy ze sobą i wcześniejszymi doświadczeniami, odpowiadając na wymagania płynące ze środowiska.

Integracja sensoryczna rozpoczyna się już w okresie płodowym i trwa do około 7 roku życia. Nierozwinięcie określonych umiejętności w kolejnych stadiach rozwoju powoduje powstawanie trudności w funkcjonowaniu i zachowaniu dziecka. Najważniejszymi systemami sensorycznymi są system przedsionkowy, proprioceptywny i dotykowy. Zaczynają one pracować bardzo wcześnie, jeszcze w okresie prenatalnym. Ich prawidłowe funkcjonowanie

¹¹http://www.ndt-bobath.pl/page_id=65- opracowanie tekstu – dr n. med. Maria Borkowska NDT-Bobath Senior Instruktor

wpływa na pracę pozostałych zmysłów, przyczynia się do rozwoju napięcia mięśniowego, koordynacji ruchowej, reakcji równoważnych, ruchów oczu, świadomości ciała

Głównym zadaniem terapii SI jest dostarczenie pacjentowi kontrolowanej ilości bodźców sensorycznych, w szczególności przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych w taki sposób, że dziecko spontanicznie będzie formułowało reakcje adaptacyjne poprawiające integrację tych bodźców.

Ćwiczenie są dostosowywane do poziomu rozwojowego dziecka, jednak nie mogą być zbyt łatwe ani zbyt trudne.

Zajęcia terapeutyczne prowadzone z dzieckiem mają na celu kompensowanie określonych deficytów i zaburzeń w integracji zmysłowej dziecka. Zajęcia SI w większości mają charakter aktywności ruchowej, która nakierowana jest na stymulację zmysłów. Cele te realizowane są z wykorzystywaniem różnorodnych przyrządów i pomocy terapeutycznych takich jak: huśtawki i równoważnie, platformy, uprząże, deskorolki i wiele innych.

Postępy w terapii są monitorowane przez bieżącą obserwację zmian zachowania dziecka oraz odpowiednie testy. Czas terapii uzależniony jest od stopnia nasilenia deficytów i rodzaju zaburzeń oraz indywidualnej podatności dziecka na terapię.

Metoda ta będzie stosowana w indywidualnych sesjach terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji realizowanych dla dzieci z:

- 1) niepełnosprawnością intelektualną,
- 2) autyzmem,
- 3) ADHD,
- 4) zaburzeniami koncentracji uwagi ADD,
- 5) dysleksją i dysgrafią,
- 6) innymi specyficznymi trudnościami w uczeniu się,
- 7) nadwrażliwością w różnych obszarach zmysłowych,
- 8) zespołem Downa.

Założenia Teorii Integracji Sensorycznej.

Teoria integracji sensorycznej opiera się na kilku założeniach odwołujących się do neurologii i teorii zachowania:

- 1) plastyczność neuronalna, czyli zdolność mózgu do zmian i modyfikacji. Dokonuje się przez całe życie, ale znacznie większa jest u młodszych dzieci. Plastyczność mózgu ma zasadnicze znaczenie dla terapii integracji sensorycznej, gdyż zakłada możliwość zmian w obrębie systemu nerwowego pod wpływem kontrolowanego dopływu bodźców sensorycznych. Plastyczność neuronalna zależy od zaangażowania dziecka w

zadania, różnorodności środowiska, w którym przebiega rozwój i terapii oraz od tzw. krytycznych okresów rozwojowych.

- 2) sekwencyjny rozwój procesów integracji sensorycznej. Złożone kompleksowe zachowania rozwijają się w oparciu o bardziej podstawowe, wcześniej wykształcone.
- 3) integralność systemu nerwowego. Wyższe struktury mózgu ewaluują z niższych. Mózg funkcjonuje jako całość i istnieje wzajemna zależność między ośrodkami podkorowymi i korowymi.
- 4) reakcje adaptacyjne, czyli właściwe reakcje na wymogi środowiska. Reakcje adaptacyjne wpływają na rozwój integracji sensorycznej, a procesy integracji sensorycznej przyczyniają się do pojawienia się coraz bardziej złożonych reakcji adaptacyjnych na zasadzie sprzężenia zwrotnego.
- 5) każde dziecko ma w sobie wewnętrzny pęd do rozwoju(inner driver), do dostarczania sobie bodźców, których potrzebuje.

Terapia SI ma zastosowanie we wszystkich stanach, w których występować mogą (lub występują) zaburzenia integracji sensomotorycznej.

Odgrywa ona w fizjoterapii znaczącą rolę, m.in. ze względu na wzajemny wpływ sfery sensorycznej a funkcje ruchowe. Prawidłowa integracja sensoryczna wpływa na prawidłową jakość ruchu, tworzenie prawidłowego schematu własnego ciała i świata zewnętrznego, orientację przestrzenną.

Złożona problematyka integracji sensomotorycznej, a zwłaszcza jej rola w edukacji ruchowej i ruchowym funkcjonowaniu dziecka wskazują nie tylko na konieczność oddziaływania na poszczególne sfery, ale również nakazują staranny dobór środków woparciu o pełne rozeznanie odnośnie rodzaju i stopniu nasilenia ewentualnych nieprawidłowości.

W pracy nad właściwą integracją sensoryczną ważna jest nie tylko ogólna ilość pobudzeń, ale również zachowanie odpowiedniej proporcji nasilenia pobudzeń poszczególnych układów zmysłów.¹²

3. Terapia psychologiczna

Terapia psychologiczna wskazana jest u dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Proces terapeutyczny realizowany jest na podstawie diagnozy psychologicznej, której głównym zadaniem jest poznanie indywidualne dziecka. Diagnoza umożliwia ocenę aktualnego poziomu rozwoju dziecka, określenie jego potrzeb emocjonalnych oraz identyfikację obszarów zaburzeń. Pierwszym etapem diagnozy jest przeprowadzenie wywiadu

¹² http://www.pstis.pl/pl/html/index.php?v2=block&str=podstrona_terapia

z rodzicem, bądź rodzicem i dzieckiem (w zależności od wieku dziecka). Dzięki temu psycholog ma możliwość poznania historii choroby, dotychczasowego przebiegu terapii, stosowanych metod terapeutycznych, ogólnego stanu funkcjonowania dziecka oraz sytuacji rodzinnej i społecznej. Kolejnym krokiem diagnostycznym jest zbadanie poziomu rozwoju intelektualnego dziecka przy pomocy specjalistycznych narzędzi, takich jak:

- 1) Skala Rozwoju Psychoruchowego Dziecka Brunet – Lezine,
- 2) Skala Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci IDS,
- 3) Skala Dojrzałości Umysłowej COLUMBIA,
- 4) Test Percepcji Wzrokowej Frostig,
- 5) Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu DUM,
- 6) Test Matryc Revena,
- 7) Dziecięca Skala Rozwojowa,
- 8) Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera.

Po dokonaniu diagnozy psychologicznej zostaje opracowany indywidualny program terapeutyczny dostosowany do potrzeb dziecka.

W trakcie terapii psychologicznej zastosowanie znajdują takie metody jak:

- 1) trening relaksacyjny,
- 2) wygaszanie niekonstruktywnych zachowań,
- 3) ćwiczenia grafomotoryczne,
- 4) ćwiczenia z zakresu percepcji wzrokowej.

Główną formą terapii psychologicznej znajdującej zastosowanie w pracy z dzieckiem jest terapia poprzez zabawę, która jest jednym z najważniejszych elementów życia dziecka.

W swoich działaniach psycholog systematycznie współpracuje z zespołem terapeutycznym oraz rodzicami dziecka.

4. Terapia logopedyczna

W ramach terapii logopedycznej dzieci z zaburzonym rozwojem poddawane są zindywidualizowanej opiece logopedy. Celem działań terapeutycznych jest usprawnianie narządów mowy, rozumienie mowy biernej, rozwijanie mowy czynnej oraz umiejętne posługiwanie się systemami komunikacji niewerbalnej.

Do diagnozy i terapii wykorzystywane są logopedyczne narzędzia badawcze i multimedialne oprogramowania logopedyczne takie jak:

- 1) logo gry,
- 2) mówiące obrazki,
- 3) logopedia 2:

- a) szereg ciszący,
 - b) szereg szumiący,
 - c) szereg syczący,
 - d) głoska „r”,
 - e) różnicowanie szeregów
- 4) sfonem,
 - 5) echokorektor,
 - 6) wibrator językowy,
 - 7) kwestionariusz niepełności mówienia i logofobii,
 - 8) test słownika dziecka,
 - 9) przesiewowy test logopedyczny,
 - 10) kwestionariusz Cooperów,
 - 11) test sprawności językowej,
 - 12) program terapeutyczno – stymulacyjny,
 - 13) afa – skala – jak badać mowę dziecka afatycznego,
 - 14) profil sprawności grafomotorycznych,
 - 15) test praktyki oralnej dla języka polskiego,
 - 16) diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia o 0-12 miesięcy,
 - 17) logopedyczny test dla dzieci i młodzieży
 - 18) „od obrazka do słowa”

Zajęcia obejmują:

- 1) ćwiczenia oddechowe,
- 2) bierny masaż logopedyczny,
- 3) ćwiczenia percepcji słuchowej,
- 4) ćwiczenia artykulacyjne,
- 5) ćwiczenia relaksacyjne,
- 6) zabawy dźwiękonaśladowcze,
- 7) zabawy rozwijające zmysły,
- 8) zabawy rozwijające koordynację - wzrokowo – ruchową,
- 9) zabawy słuchowo - ruchowe oraz słuchowo – wzrokowe.

5. Terapia pedagogiczna

Terapia stanowi swoistą interwencję wychowawczą, zmierzającą do spowodowania określonych, pozytywnych zmian w zakresie sfery poznawczej i emocjonalno – motywacyjnej oraz w strukturze wiedzy i umiejętności dziecka. Jest to oddziaływanie za pomocą środków

psycho - pedagogicznych na przyczyny i przejawy trudności w uczeniu się, mające na celu eliminowanie niepowodzeń szkolnych oraz ich ujemnych konsekwencji (poziom samooceny, niechęć do dalszej nauki, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia kontaktów interpersonalnych, nerwice, trudna i patologiczna sytuacja domowa- zbyt duży nacisk na naukę), likwidowanie przyczyn, wyrównywanie wiadomości szkolnych, kompensacja.

Cele terapii pedagogicznej:

- 1) stymulowanie rozwoju dziecka - jest to cel nadrzędny,
- 2) stymulowanie i usprawnianie rozwoju funkcji psycho - motorycznych,
- 3) wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach,
- 4) eliminowanie niepowodzeń szkolnych poprzez różne techniki,
- 5) eliminowanie niepowodzeń emocjonalno - społecznych i ich konsekwencji.

Bardzo ważnym i istotnym efektem zajęć terapii pedagogicznej jest to, że są one efektywne i powodują zmiany (np. zmiana nastawienia do nauki, pracy, opanowanie niechęci do szkoły). Dobór metod pracy podyktowany jest trudnościami jakie ma dziecko.

6. Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa to pewne określenie czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zalecone przez lekarza, a prowadzone przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie dziecku sprawności fizycznej i psychicznej. Jest to, więc leczenie za pomocą pracy i zajęcia.

Terapia zajęciowa - leczenie pracą, ergoterapia - wykorzystuje różne formy pracy i rekreacji jako jedne ze środków leczniczych mających na celu przyspieszenie powrotu utraconych funkcji i sprawności, a w przypadkach zmian nieodwracalnych wyrobienie funkcji zastępczych.

Terapia zajęciowa jest jedną z form leczenia usprawniającego. Terapię zajęciową można prowadzić indywidualnie lub grupowo.

W ramach zajęć z zakresu terapii zajęciowej terapeuta proponuje dzieciom zajęcia manualne, zabawoterapię, terapię ruchem i różne formy arteterapii.

Terapie: psychologiczna, logopedyczna, pedagogiczna oraz terapia zajęciowa będą stosowane w indywidualnych sesjach terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji realizowanych dla dzieci z:

- a) grupy wysokiego ryzyka ciążowo-porodowego,
- b) wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie),

- c) chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
- d) zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
- e) zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej),
- f) zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa),
- g) trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN),
- h) nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
- i) wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów,
- j) zaburzeniami integracji sensorycznej.

7. Terapia rewalidacyjna

Terapia rewalidacyjna opiera się na stosowaniu metod terapeutycznych, takich jak:

7.1 METODA RUCHU ROZWIJAJĄCEGO WG WERONIKI SHERBORNE

Głównym założeniem tej metody jest posługiwanie się ruchem, jako narzędziem wspomaganiu rozwoju psychoruchowego dziecka oraz w terapii zaburzeń rozwoju.

Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch:

- 1) świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- 2) świadomości przestrzeni i działania w niej,
- 3) dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu.

Udział w ćwiczeniach metodą W. Sherborne ma na celu stworzyć dziecku okazję do poznania własnego ciała, usprawnienia motoryki, poczucia swojej siły, sprawności i w związku z tym możliwości ruchowych. Metoda Ruchu Rozwijającego jest wykorzystywana w terapii: dzieci autystycznych, upośledzonych umysłowo, z mózgowym porażeniem dziecięcym, dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania, dzieci z patologicznych niekorzystnych środowisk wychowawczych, głuchych i niewidomych.

W. Sherborne w swoim programie ćwiczeń ruchowych wyróżnia następujące grupy ćwiczeń, wspomagające rozwój dziecka:

- 1) ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała:
 - a) wyczuwanie własnego ciała,
 - b) nazywanie części ciała,
- 2) ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu:
 - a) indywidualne,
 - b) w parach,

- c) w grupie,
- 3) ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą:
 - a) ćwiczenia "z" w parach,
 - b) ćwiczenia "przeciwko" w parach,
 - c) ćwiczenia "razem" w parach,
 - d) ćwiczenia "razem" w grupie,
- 4) ćwiczenia twórcze:

pozwalają nawiązać i pogłębić stosunki międzyludzkie, poznać sytuacje, których ćwiczący nie doświadczyłby ze względu na swoje fizyczne i psychiczne ułomności. Na szczególną uwagę zasługują ćwiczenia twórcze w formie tańca. Ćwiczenia "twórcze" i tańce, to działania, które dają możliwość uwolnienia się od wewnętrznych napięć i niepokojów.

7.2 SALA DOŚWIADCZANIA ŚWIATA (SNOEZELEN)

Sala Doświadczenia Świata - Snoezelen jest propozycją spędzania czasu wolnego zarówno dla osób upośledzonych jak i zdrowych. Osoby zdrowe odbierają Salę, jako miejsce relaksu i odpoczynku w miłej atmosferze, natomiast dla osób z zaburzeniami rozwoju to miejsce terapii, gdzie łagodna stymulacja wszystkich zmysłów pobudza ich rozwój i przyspiesza rehabilitację zaburzeń. Sala daje możliwość odbierania bodźców płynących z otoczenia w sposób łagodny, przyjemny, bezpieczny i uporządkowany. Osoba korzystająca ze Snoezelen jest oddzielona od wszechogarniającego chaosu dnia codziennego.

Celem Snoezelen jest umożliwienie osobom odbierania bodźców w sposób dowolnie selektywny, doświadczenia ich i poznawania w indywidualnym tempie. Sprzyja temu atmosfera odprężenia, spokoju i bezpieczeństwa, którą tworzą łagodna muzyka, przyciemnione światło oraz wysokiej klasy sprzęt terapeutyczny taki jak:

- a) kabina lustrzana i prysznic światłowodowy,
- b) kolumna wodna,
- c) tablice do stymulacji wzroku, dotyku, koordynacji wzrokowo - ruchowej,
- d) kula lustrzana,
- e) węże świetlne,
- f) tablice świetlno - dźwiękowe,
- g) projektory,
- h) łóżko wodne,
- i) emitery zapachów.

Terapia Snoezelen pozwala na aktywizowanie osób niepełnosprawnych do działania we wszystkich sferach życia. To z kolei, pozwala na twórczy rozwój osób uczestniczących

w zajęciach prowadzonych przez wykwalifikowanych terapeutów. Istotą Snoezelen jest tworzenie takiej przestrzeni, w której jednostka, objęta terapią w miarę możliwości percepcyjnych, pozna podstawy, odpowiednio ukierunkowujące do pełnienia czynności życia codziennego. Dobrowolna, niczym niesterowana aktywność dziecka niepełnosprawnego w Sali Doświadczania Świata odzwierciedla jego autonomiczność.

Terapia Snoezelen powoduje, że:

- 1) dziecko ożywia się, wykazuje zainteresowanie otaczającą rzeczywistością - modyfikuje zachowania,
- 2) przy zaangażowaniu zmysłu dotyku i wzroku jednostka nabywa nowe, życiowe doświadczenia,
- 3) dziecko wyraża zainteresowanie, obojętność czy awersję. W odpowiedni dla siebie sposób przekazuje informację o przeżywanych doznaniach,
- 4) dziecko skupia uwagę na wybranym elemencie wyposażenia, rozwija, zatem koncentrację,
- 5) dziecko samo dobiera aktywność w Sali Doświadczania Świata, rozwija w ten sposób poczucie autonomii,
- 6) rozwija się poczucie bezpieczeństwa i zaufania,
- 7) rozwijają się potrzeby poznawania świata i określonych elementów rzeczywistości,
- 8) emocjonalnie pogłębiają się relacje opiekun - podopieczny.

Terapia Snoezelen jest obrazem indywidualności dziecka, któremu terapeuta umożliwia dobrowolny udział w prowadzonych zajęciach. Terapeuta może stymulować zachowania uczestników za pomocą odpowiedniej barwy głosu, śpiewem czy komunikacją niewerbalną, lecz nie powinien łamać podstawowej zasady tej terapii - narzucać uczestnikom własnej koncepcji zajęć.

W sali obowiązuje zasada, że to dziecko wybiera rodzaj stymulacji, terapeuta jest tylko osobą, która delikatnie aktywuje dziecko proponując mu różne rodzaje stymulacji i idzie za dzieckiem w jego aktywnościach, obserwując jego rozwój. Snoezelen stymuluje rozwój potrzeby poznawczej, pobudza do własnej aktywności, stymuluje koncentrację uwagi, rozwój mowy, rozwój ruchowy, rozwój emocjonalno - społeczny, działa wyciszająco na nadpobudliwość psychoruchową i niweluje agresję.¹³

¹³ „Snoezelen (sala doświadczania świata). Geneza i rozwój”, Aleksandra Zawiślak, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2009r. oraz „Snoezelen nieco inny świat” Agnieszka Smrokowska, Wydawnictwo Gielas

7.3 LOGORYTMIKA

J. Surowaniec podaje, że logorytmika jest to jedna z metod stosowana w postępowaniu logopedycznym, oparta na rytmie muzycznym i tekstach słownych zestrajanych przez muzykę i łączonych z ruchami całego ciała.¹⁴ Logorytmika jest swoistą formą połączenia rytmiki i terapii logopedycznej. Wykorzystuje bowiem możliwość oddziaływania na sferę słuchową, słuchowo-ruchową i ruchową. Na bazie ćwiczeń muzyczno-ruchowych stosuje się ćwiczenia słowno-ruchowe, których wiodącym składnikiem jest rytm.

Naturalny i swobodny ruch, będący obok muzyki podstawowym motywem ćwiczeń, umożliwia realizację zajęć rytmicznych ze wszystkimi dziećmi, niezależnie od poziomu ich intelektualnego, ruchowego i muzycznego rozwoju.

Logorytmika w dużej mierze opiera się na założeniach rytmiki Emila Jaques-Dalcroze'a (1865-1950), który uważał, że dążność do zharmonizowania mózgu i ciała przede wszystkim w ruchu ma ogromną wartość terapeutyczną. Głównym założeniem metody rytmiki jest więc ścisły związek ruchu z muzyką.

Kontynuatorem tej idei pedagogiczno-wychowawczej był Carl Orff (1895-1982), który za podstawę swej koncepcji obrał syntezę słowa, muzyki i ruchu. Zajęcia ruchowe zaproponowane przez niego są ściśle związane z rytmizowanym mówieniem, śpiewem oraz grą na odpowiednio skompletowanym instrumentarium.¹⁵

Głównym celem ćwiczeń muzyczno-ruchowych jest rozwijanie umiejętności sprawnego wykonywania ruchu, a co za tym idzie, wyrabianie szybkiej orientacji w czasie i przestrzeni, koncentracji uwagi, stymulowanie do sprawniejszego myślenia, a także kształcenie takich cech charakteru, jak zdyscyplinowanie, porządek, aktywność, poczucie odpowiedzialności, umiejętność współdziałania w grupie. Przede wszystkim jednak zabawy muzyczno-ruchowe kształcąc ruchy całego ciała (makroruchy), wpływają pośrednio na usprawnianie narządów mownych (mikroruchy), gdyż ułatwiają ich ćwiczenie.

W ćwiczeniach czysto logorytmicznych na plan pierwszy wysuwane są głównie problemy percepcyjne i techniczne. Umuzykalnienie ustępuje miejsca właściwościom korekcyjnym ćwiczeń, tak więc głównym zadaniem logorytmiki jest usprawnianie słuchowe i ruchowe dzieci z zaburzeniami mowy. Zajęcia muzyczno - ruchowe mają za zadanie przede wszystkim uwrażliwienie dzieci na zjawiska wspólne dla muzyki i mowy, tj. rytm, melodię, tempo, dynamikę i barwę dźwięku.

¹⁴J. Surowaniec, Podręczny słownik logopedyczny, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1993

¹⁵E. Sachajska, Uczymy poprawnej wymowy, WSiP, Warszawa 1987A. Walencik-Topiło, Rytm muzyczny i logorytmika w terapii logopedycznej dotyczącej dyslalii. W: Logopedia jako nauka interdyscyplinarna - teoretyczna i stosowana, (red.) I. Nowakowska-Kempny, Katowice 1998

Logorytmika w formie cyklicznych zajęć terapeutycznych wykorzystuje elementy rytmiki Dalcrozowskiej do celów rewalidacyjnych, specyficznych ze względu na rodzaj deficytu i wynikające z niego zaburzenia rozwoju ogólnego i rozwoju mowy dziecka.

Ćwiczenia logorytmiczne są ważnym elementem w kierowaniu ruchową, estetyczną i społeczną aktywnością dzieci, co oznacza, że wraz z rozwojem ruchowym postępuje u nich rozwój sfery poznawczej i emocjonalnej, a także wykształcają się różne formy kontaktów społecznych.¹⁶

7.4 MUZYKOTERAPIA

Muzykoterapia jest metodą terapeutyczną. Jest to metoda postępowania wielostronnie wykorzystująca wieloraki wpływ muzyki na dzieci niepełnosprawne. Poprzez różne elementy i rodzaje, zróżnicowane formy odbierania i uprawiania, muzyka wywiera leczniczy wpływ na dzieci.

Muzykoterapię wykorzystuje się w celu:

- 1) ujawnienia i rozładowania zablokowanych emocji i napięć,
- 2) osiągnięcia integracji w grupie, poprawy komunikacji,
- 3) nauki odpoczynku i relaksacji,
- 4) usprawnienia funkcji percepcyjno - motorycznych,
- 5) uwrażliwienia na muzykę i przyrodę,
- 6) wzmocnienia i ułatwienia rehabilitacji, procesu leczenia,
- 7) poprawienia kondycji psychofizycznej, wzrostu pozytywnego nastawienia do życia i sił witalnych.

Muzykoterapia jest wskazana w terapii dzieci z trudnościami w nauce czytania i pisanie (dyslektyków), dzieci nadpobudliwych, lękowych, z niską koordynacją ruchową, niepełnosprawnych ruchowo, zahamowanych, wycofanych, z mózgowym porażeniem dziecięcym. W pracy z osobami upośledzonymi umysłowo, z zaburzeniami sprzężonymi, z dziećmi z zaburzeniami w zachowaniu wykorzystuje się różne formy i metody muzykoterapii np. muzykoterapię C. Orffa, która jest terapią wielosensoryczną.

Środki muzyczne, takie jak: fonetyczno-rytmiczna mowa, swobodny i uporządkowany rytm, ruch, melodia mowy i śpiewu oraz ręczne instrumenty są tak wykorzystywane, aby odpowiadały wszystkim zmysłom. Dzięki tym wielosensorycznym impulsom możliwe jest także stwierdzenie, gdzie ważny organ zmysłowy "wypada" lub jest uszkodzony. W spontaniczno - kreatywnej współpracy dziecko może i powinno swobodnie formułować swój sposób wyrażania się i wykorzystywać to w relacjach społecznych.

16 www.logopedia.net.pl/artykuly/68/zalozenia-programowe-logorytmiki.html

7.5 DOGOTERAPIA

Jest to metoda wykorzystująca odpowiednio przygotowane psy do rehabilitacji osób niepełnosprawnych, daje również świetne efekty w terapii osób samotnych i starszych.

Jest to system ćwiczeń i zabaw z psami wspomagający rehabilitację ruchową i umysłową dzieci i dorosłych dotkniętych np.: autyzmem, MPD, niepełnosprawnością intelektualną, niedowładami kończyn. Poprzez terapię kontaktową, czyli zabawę, głaskanie, przytulanie psa, prowadzenie go na smyczy dzieci stają się bardziej rozluźnione, mniej skupiają się na swoich deficytach, a szybciej i dokładniej próbują wykonać ćwiczenia.

Dogoterapia oznacza takie działanie w leczeniu i rehabilitacji, które przy pomocy psów terapeutów ma na celu przywracanie zdrowia i dobrego samopoczucia. Psy wywierają pozytywny wpływ na ludzi.

W dogoterapii wykorzystuje się psy o odpowiednich cechach charakteru. Pies musi być łagodny, zrównoważony, odporny na stres, szybko aklimatyzować się w nowym otoczeniu. Nigdy, w żadnej sytuacji nie może być dopuszczalne, aby pies terapeuty zareagował agresją, nawet, jeśli zostanie uderzony przez pacjenta lub pociągnięty np. za ogon.

W Polsce do dogoterapii wykorzystuje się następujące rasy:

- 1) gulden retrieviery,
- 2) labrador retrieviery,
- 3) syberian husky,
- 4) malamuty,
- 5) samojedy,
- 6) owczarki szkockie collie,
- 7) owczarki niemieckie.

Głównym celem programu dogoterapii jest przełamanie lęku dziecka przed psem, nawiązanie i pogłębienie jego kontaktu ze zwierzętami i na tej podstawie kształtowanie pozytywnych emocji dziecka. Ten kontakt ze zwierzęciem stanowi fundament do dalszego usprawniania dziecka poprzez zajęcia z udziałem czworonogów.

Realizowane jest wielopłaszczyznowe oddziaływanie zwierząt na zmysły dzieci: wzrok, słuch, dotyk, węch. Pies całkowicie poddaje się aktywności osoby niepełnosprawnej. Pozwala odczuć zadowolenie i satysfakcję z podejmowanych działań. Pozwala też przeżywać poczucie sukcesu po wykonaniu zadania. Przede wszystkim jednak pies mobilizuje do działania, wzbudza w pacjencie motywację do wykonywania zaproponowanego przez terapeutę ćwiczenia. Chęć nawiązania bliskiego kontaktu ze zwierzęciem powoduje, że osoba niepełnosprawna stara się wykonywać ćwiczenia bez pomocy terapeuty. Dzięki temu osiąga

samodzielność. Istotnym aspektem jest fakt, iż pies ma temperaturę wyższą od ludzi (o około 1 stopień), co sprzyja rozluźnieniu mięśni i relaksowi.

Istnieją trzy podstawowe grupy ćwiczeń z udziałem psa:

- 1) ćwiczenia do pogłębiania więzi psychicznej i rozwoju dzieci niepełnosprawnych, upośledzonych umysłowo i mających inne zaburzenia psychiczne,
- 2) ćwiczenia fizyczne z udziałem zwierząt przeznaczone dla niepełnosprawnych ruchowo,
- 3) czynności, które mają na celu socjalizację i uwrażliwienie.

Dogoterapia ułatwia:

- 1) rozwijanie mowy, wzbogacanie słownika,
- 2) przełamywanie lęku,
- 3) rozwijanie funkcji poznawczych,
- 4) stymulowanie zmysłów, ćwiczenie koncentracji i koordynacji ruchów, orientacji przestrzennej,
- 5) rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego,
- 6) stymulowanie pracy mięśni poprzez wykonywanie ćwiczeń ruchowych,
- 7) budowanie poczucie własnej wartości, pewności siebie, bezpieczeństwa,
- 8) podnoszenie aktywności, rozwijanie samodzielności i odpowiedzialności,
- 9) łagodzenie stresu,
- 10) rozwijanie spontanicznej aktywności,
- 11) motywowanie i mobilizowanie do podejmowania działań,
- 12) budowanie więzi emocjonalnych u osób z trudnościami w nawiązywaniu kontaktu.

Przebieg zajęć terapeutycznych:

Zajęcia terapeutyczne z udziałem psów mogą odbywać się w grupie lub indywidualnie. W zajęciach uczestniczą psy, będące pod opieką terapeutów. Rozpoczęcie ćwiczeń poprzedzone jest diagnozą i rozpoznaniem potrzeb osoby niepełnosprawnej. Przebieg poszczególnych ćwiczeń organizowany jest w taki sposób, by udział osoby niepełnosprawnej był w nich najpełniejszy i wiązał się z osiągnięciem jak największych efektów terapeutycznych.

Metody terapii rewalidacyjnej będą stosowane w grupowych zajęciach terapeutycznych dla dzieci z:

- a) grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego,
- b) wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie),

- c) chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
- d) zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
- e) zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej),
- f) zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa),
- g) trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN),
- h) nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
- i) wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów,
- j) zaburzeniami integracji sensorycznej.

8. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Limitowanie świadczeń gwarantowanych w znacznym stopniu utrudnia powrót do zdrowia i poprawę jakości sprawności psychofizycznej dzieci i młodzieży z deficytami rozwojowymi. W ramach limitu dzieci w wieku 0-7 lat i 3-25 lat ze świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i terapii mogą korzystać tylko przez 120 dni w roku. Natomiast dzieci w wieku 7-18 lat z wadami postawy, płaskostopiem i skoliozą niskostopniową nie mają zapewnionych koniecznych grupowych zajęć korekcyjnych.

W związku z powyższym znacznie zmniejsza się dostępność i tym samym zwiększa się czas oczekiwania na realizację świadczeń rehabilitacyjnych. W celu zabezpieczenia istniejących potrzeb w zakresie rehabilitacji wśród dzieci i młodzieży korzystającej ze świadczeń zdrowotnych planowane jest wdrożenie Programu Wczesnej wielospecjalistycznej i kompleksowej opieki nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu gminy Nędza.

Program będzie stanowił uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wczesna, intensywna rehabilitacja i terapia stanowią gwarancję do osiągnięcia możliwie maksymalnego poziomu rozwoju i sprawności dziecka. Skuteczność prowadzonej rehabilitacji zapewnia jej kompleksowość, ciągłość i systematyczność.

III. CELE PROGRAMU

1. Cel główny

Celem głównym programu zdrowotnego jest zapewnienie adresatom programu możliwości kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu gwarantowanych świadczeń

zdrowotnych i korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania.

2. Cele szczegółowe

- 1) udział w indywidualnych sesjach terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji 1 raz w tygodniu przez 30 minut w okresie 6 miesięcy, przez dzieci w wieku od 0 do 7 lat zagrożone nieprawidłowym rozwojem, aby zlikwidować bądź skorygować występujące nieprawidłowości rozwojowe, włączając w proces rehabilitacji rodziców,
- 2) udział dzieci w wieku od 6 do 18 lat w grupowych zajęciach korekcyjnych prowadzonych przy muzyce, w formie zabaw i gier ruchowych 1 raz w tygodniu przez 45 minut w okresie 3 miesiące, u których rozpoznano wadę postawy, płaskostopie lub skoliozę niskostopniową, aby skorygować istniejące zaburzenia statyki ciała,
- 3) udział w grupowych zajęciach terapeutycznych 1 raz w tygodniu przez 1 godzinę w okresie 6 miesięcy, przez dzieci w wieku od 3 do 25 lat z deficytami rozwojowymi, aby przygotować je do radzenia sobie w codziennym życiu wykorzystując logorytmikę, muzykoterapię, zajęcia Ruchu Rozwijającego wg. W. Sherborne, dogoterapię włączając do zajęć rodziców,
- 4) udzielanie rodzicom porad i instruktażu w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka podczas cotygodniowych sesji terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji w okresie 6 miesięcy, aby zapewnić ciągłość procesu rehabilitacyjnego, wykorzystując plansze, foldery, ulotki, filmy o tematyce dotyczącej opieki nad dzieckiem.

3. Oczekiwane efekty

- 1) prawidłowy rozwój psychomotoryczny dzieci,
- 2) prawidłowy rozwój emocjonalny dzieci,
- 3) znacząca poprawa stanu zdrowia dzieci,
- 4) przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 5) stworzenie podstaw integralnego rozwoju dzieci i młodzieży na miarę ich możliwości,
- 6) współpraca rodziców z terapeutami w realizowaniu kompleksowej terapii dzieci niepełnosprawnych,
- 7) poprawa jakości życia dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

W celu dokonania oceny efektów realizacji Programu zaleca się zastosowanie metod oceny poziomu rozwoju dziecka na początku i końcu realizacji procesu rehabilitacyjnego. Miernikiem efektywności jest porównanie wyników dokonanej oceny.

Metody wykorzystywane do oceny poziomu rozwoju dziecka to:

- 1) ogólna ocena stanu zdrowia pacjenta - badanie lekarskie,
- 2) ocena rozwoju psychoruchowego,
- 3) ocena rozwoju neurofizjologicznego,
- 4) ocena spontanicznej motoryki,
- 5) ocena deformacji, cech dyzmorfii i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych,
- 6) ocena percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem,
- 7) określenie zakresu ruchu w stawach,
- 8) ocena aktywności ruchowej pacjenta,
- 9) ocena czucia powierzchownego i głębokiego,
- 10) ocena odruchów ścięgnisto – okostnowych,
- 11) pomiar długości kończyn i obwodów,
- 12) ocena chodu i lokomocji,
- 13) ocena samoobsługi i samodzielności,
- 14) ocena deformacji i zniekształceń,
- 15) ocena sprawności posługiwania się przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi,
- 16) badanie psychologiczne i testem,
- 17) ocena poziomu rozwoju mowy i badanie testem logopedycznym.

IV. ADRESACI PROGRAMU (POPULACJA PROGRAMU)

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to dzieci zamieszkałe i zameldowane na terenie gminy Nędza, w przedziale wiekowym od 0 do 25 lat z deficytami rozwojowymi.

Adresatami docelowymi programu na lata 2017-2021 są dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu, **w liczbie ok. 7** w głównej mierze korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Informacja o realizacji Programu Zdrowotnego zostanie zamieszczona na stronie internetowej Urzędu Gminy. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert.

V. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) uzyskanie opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych,
- 2) podjęcie Uchwały Rady Gminy w sprawie przyjęcia Programu Zdrowotnego pn. Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza,
- 3) ogłoszenie konkursu na realizację Programu,
- 4) wyłonienie wykonawcy Programu,
- 5) realizacja Programu (kwalifikacja dzieci do udziału w programie z uwzględnieniem rodzaju zaplanowanych świadczeń, realizacja świadczeń zdrowotnych),
- 6) weryfikacja i ocena realizacji Programu dokumentowana w "Kartach uczestnictwa w rehabilitacji realizowanej w ramach programu zdrowotnego w roku 20.....", stanowiących Załączniki: nr 1, nr 2, nr 3.

2. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- 1) mieszkańcy gminy Nędza,
- 2) osoby w wieku od 0 do 25 lat obciążone deficytami rozwojowymi, przede wszystkim korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych,
- 3) posiadanie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji,
- 4) kwalifikacji do uczestnictwa w Programie dokonuje mgr fizjoterapii lub psycholog
- 5) do uczestnictwa w programie mogą być zakwalifikowane dzieci i młodzież:
 - a) z grupy wysokiego ryzyka ciążowo-porodowego,
 - b) z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie),
 - c) z chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
 - d) z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
 - e) z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej),

- f) z zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa),
- g) z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN),
- h) z zaburzeniami integracji sensorycznej;
- i) z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
- j) z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów,
- k) z zaburzeniami słuchu i mowy,
- l) z zaburzeniami wzroku,
- ł) z wadami postawy, płaskostopiem, skoliozą niskostopniową.

3. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Program realizowany jest w formie:

- 1) indywidualnych sesji terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji,
- 2) grupowych zajęć korekcyjnych,
- 3) grupowych zajęć terapeutycznych.

Indywidualne sesje terapeutyczne w ramach wczesnej interwencji - zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- a) odbiorcy świadczeń - dzieci w wieku 0-7 lat;
- b) częstotliwość – 1 raz w tygodniu dla jednego dziecka;
- c) zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne: terapię logopedyczną, psychologiczną, pedagogiczną, terapię zajęciową, rehabilitację wg NDT-Bobath, rehabilitację wg Vojty, terapię SI;
- d) czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 6 miesięcy.

Grupowe Zajęcia Korekcyjne - zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- a) odbiorcy świadczeń – dzieci i młodzież w wieku 6-18 lat;
- b) częstotliwość- 1 raz w tygodniu dla każdego dziecka;
- c) zakres rehabilitacji obejmuje ćwiczenia rehabilitacyjne z zakresu kinezyterapii, takie jak:
 - ćwiczenia czynne,
 - ćwiczenia bierne,
 - ćwiczenia czynno-bierne,

- ćwiczenia izometryczne,
- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia asymetryczne,
- ćwiczenia ogólnousprawniające,
- nauka czynności lokomocyjnych.

d) czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 3 miesiące.

Grupowe Zajęcia Terapeutyczne - zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- a) odbiorcy świadczeń - dzieci i młodzież w wieku 3-25 lat;
- b) częstotliwość - 1 raz w tygodniu dla każdego dziecka;
- c) zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne: zajęcia logorytmiki, muzykoterapię, zajęcia Ruchu Rozwijającego wg W. Sherborne, dogoterapię;
- d) czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 6 miesięcy.

4. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Obecnie dzieci i młodzież mogą korzystać z rehabilitacji i terapii w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, których dostępność ograniczona jest limitami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013r. poz. 1522) oraz niewystarczającą ilością świadczeń zakontraktowanych przez NFZ. Określone limity w znacznym stopniu ograniczają dostępność i prowadzenie skutecznej rehabilitacji u dzieci z deficytami rozwojowymi.

Działania programu są ściśle powiązane ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych ze względu na limitowaną liczbę świadczeń standardowych, gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Stanowią swego rodzaju kontynuację realizacji świadczeń gwarantowanych. Ciągłość, systematyczności i kompleksowości stanowi niezbędny warunek uzyskania oczekiwanych efektów rehabilitacji i terapii. Osiągnięcie tego jest możliwe dzięki realizacji zadań ujętych w programie.

Sposób powiązania polega na rozszerzeniu i wzbogaceniu oferty terapeutycznej ponad limity ilościowe i rodzajowe.

5. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeśli istnieją wskazania

Kryteria oceny zakończenia rehabilitacji:

- 1) znaczna poprawa stanu zdrowia potwierdzona badaniem lekarskim i wpisem do historii choroby,
- 2) ukończenie przez pacjenta 18 lub 25 roku życia,
- 3) opinia lekarza i/lub psychologa i/lub pedagoga i/lub logopedy wskazująca na konieczność zmiany leczenia lub jego zakończenia,
- 4) pogorszenie stanu zdrowia wymagające zmiany sposobu leczenia,
- 5) zakończenie trwania Programu Zdrowotnego.

Zakończenie udziału w Programie odnotowane jest w dokumentacji medycznej dziecka.

Każdy uczestnik programu, jeśli istnieją wskazania, ma możliwość kontynuacji rehabilitacji w ramach świadczeń standardowych, gwarantowanych.

6. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

- 1) posiadanie statusu Podmiotu leczniczego w myśl ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r., poz. 618 ze zm.),
- 2) prowadzenie działalności na podstawie wpisu do rejestru Podmiotów Działalności Leczniczej prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego,
- 3) posiadanie statutowych uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej dla dzieci,
- 4) budynek podmiotu leczniczego pozbawiony barier architektonicznych tzn.: wyposażony w podjazdy i dojścia dla dzieci niepełnosprawnych ruchowo, windę, poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych oraz posiadający pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb dzieci niepełnosprawnych ruchowo,
- 5) podmiot leczniczy realizujący Program musi spełniać warunki dotyczące gabinetów, ich wyposażenia i kwalifikacji personelu realizującego świadczenia zdrowotne określone w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522).

7. Dowody skuteczności planowanych działań

Ze względu na ścisłe powiązanie treści programu ze świadczeniami standardowymi, gwarantowanymi z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia bezsprzecznie można stwierdzić, iż świadczenia ujęte w programie są skuteczne i efektywne w przywracaniu zdrowia i poprawie jakości życia dzieci i młodzieży.

VI. KOSZTY

Koszty jednostkowe:

1) Indywidualne sesje terapeutyczne :

koszt sesji trwającej 30 minut dla 1 dziecka:

- a) rehabilitacja metodą Vojty – 70,00 zł
- b) rehabilitacja metodą Bobat'h – 70,00 zł
- c) terapia SI – 70,00 zł
- d) terapia psychologiczna, logopedyczna, pedagogiczna, terapia zajęciowa – po 60,00 zł

2) Grupowe Zajęcia Korekcyjne:

koszt jednorazowych ćwiczeń dla 1 dziecka trwających 45 minut wynosi 50,00 zł i obejmuje następujące ćwiczenia:

- a) ćwiczenia czynne,
- b) ćwiczenia bierne,
- c) ćwiczenia czynno-bierne,
- d) ćwiczenia izometryczne,
- e) ćwiczenia oddechowe,
- f) ćwiczenia asymetryczne,
- g) ćwiczenia ogólnousprawniające.

3) Grupowe Zajęcia Terapeutyczne:

koszt jednorazowych ćwiczeń dla 1 dziecka trwających 1 godzinę wynosi 50,00 zł i obejmuje jedną z wymienionych rodzajów terapii:

- a) Metodę Ruchu Rozwijającego wg. Weroniki Sherborne,
- b) salę doświadczania świata (Snoezelen)
- c) logorytmikę,
- d) muzykoterapię,
- e) dogoterapię,
- f) terapię zajęciową.

Na realizację program zdrowotny "Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu gminy Nędza" w 2017 roku zostały zaplanowane środki finansowe w wysokości 15.000,00zł. W latach kolejnych program będzie realizowany w ramach środków zaplanowanych w budżecie gminy.

VII. MONITOROWANIE I EWALUACJA EFEKTÓW

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu oceniana będzie na podstawie liczby dzieci zgłoszonych do udziału w programie na podstawie prowadzonej:

- 1) ewidencji odbiorców programu,
- 2) indywidualnej karty uczestnictwa w rehabilitacji w ramach programu zdrowotnego (załącznik nr 1, 2, 3 do programu),
- 3) dokumentacji medycznej.

Podmiot leczniczy realizujący program jest zobowiązany do informowania Wójta Gminy o liczbie dzieci objętych programem w rocznym sprawozdaniu dotyczącym realizacji programu.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości świadczeń w programie: ankieta oceniająca stopień zadowolenia rodziców dziecka biorącego udział w programie zdrowotnym (załącznik nr 4 do programu).

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostaje sporządzona przez realizatora programu na podstawie dokonanej oceny skuteczności rehabilitacji indywidualnie dla każdego dziecka (załącznik nr 1, 2, 3 do programu).

VIII. OKRES REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO:

01.07.2017 r. do 31.12.2021 r.