

UCHWAŁA NR LXXX-495-2023
RADY GMINY NĘDZA

z dnia 29 maja 2023 r.

w sprawie przyjęcia „Programu Zdrowotnego Wczesna Wielospecjalistyczna i Kompleksowa Opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza, na lata 2022-2025”

Na podstawie art.18 ust.1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U.2023. 40 t.j.) i art.7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.2022.2561 t.j.) oraz po uzyskaniu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Rada Gminy Nędza
uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program Zdrowotny Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza, na lata 2022-2025” , stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Nędza.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego .

Przewodniczący Rady Gminy

Gerard Przybyła

Załącznik do uchwały Nr LXXX-495-2023
Rady Gminy Nędza
z dnia 29 maja 2023 r.

program zdrowotny

wczesno wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu gminy Nędza

Okres realizacji programu: 2022 - 2025

Nędza, 2022 r.

Opracowanie:

CREATIVE TOWER
Paweł Gałęcki
ul. Żwirki i Wigury 2
43-330 Wilamowice

Spis treści

1.	Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.1	Problem Zdrowotny.....	5
1.2	Epidemiologia	5
1.3	Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego.....	14
1.4	Dostępne finansowanie ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej	14
2.	Świadczenia realizowane w ramach programu	15
2.1	Rehabilitacja lecznicza.....	15
2.2	Metody neurofizjologiczne	16
2.4	Metoda NDT-BOBATH.....	17
2.5	Integracja sensoryczna	17
2.6	Terapia psychologiczna	19
2.7	Terapia logopedyczna.....	20
2.8	Terapia pedagogiczna	21
2.9	Terapia zajęciowa	21
2.9	Terapia rewalidacyjna	22
2.10	Sala doświadczania świata (SNOEZELEN).....	23
2.11	Logorytmika	24
2.12	Muzykoterapia.....	25
2.13	Dogoterapia	26
3.	Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	28
4.	Cele programu.....	30
4.1	Cel główny	30
4.2	Cele szczegółowe	30
4.3	Oczekiwane efekty.....	31
5.	Adresaci programu (populacja programu).....	33
6.	Organizacja programu	34
6.1	Części składowe, etapy i działania organizacyjne	34
6.2	Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.....	34
6.3	Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	35
6.4	Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	35
6.5	Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	36

6.6 Kompetencje, warunki niezbędne do realizacji programu.....	36
6.7 Dowody skuteczności planowanych działań	37
7. Koszty	37
8. Monitorowanie i ewaluacja efektów	38
9. Okres Realizacji programu	39
 Tabela 1 Częstość występowania niepełnosprawności według grup wieku i województw.....	7
 Wykres 1 Częstość występowania niepełnosprawności według kryterium unijnego według grup wieku (w odsetkach).	7
Wykres 2 Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci według grup wieku i płci (w odsetkach).	8

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1 Problem Zdrowotny

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z praw podstawowych, wynikających z niebywalej 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 standardu 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 WHO prawidłowy rozwój dziecka ma znaczenie podstawowe, istotna jest zdolność do harmonijnego życia w zmieniającym się środowisku. Najważniejszym warunkiem zapewnienia zdrowia osobom od 0 do 18 roku życia jest roztoczenie nad nimi szczególnej opieki zdrowotnej, co wynika z obiektywnie słabszej pozycji tych grup w społeczeństwie. Analizując dalej należy stwierdzić iż docelowo od kondycji psycho-fizycznej i zdrowotnej dzieci zależy poziom zdrowia całego społeczeństwa.

Dbłość o zdrowie dzieci nabiera również szczególnego znaczenia w perspektywie umacniającego się niżej demograficznego i spadku liczby urodzeń.

Bardzo ważnym jest dbanie o stan zdrowia dzieci i młodzieży, a w przypadku gdy ten stan jest zaburzony istotnym jest stworzenie odpowiednich warunków do leczenia, rehabilitacji, wsparcia psychologicznego, ale także odpowiednio realizowanej profilaktyki.

1.2 Epidemiologia

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

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, jednocześnie będąc szczególnie promowanym w zakresie wsparcia i likwidacji barier w działaniach WHO, Komisji Europejskiej, ale także w działalności krajowej, samorządowej, przy dużym zaangażowaniu organizacji pozarządowych.

Szacuje się, że ponad miliard osób lub około 15% światowej populacji żyje z pewną formą niepełnosprawności (dane na podstawie ogólnoswiatowych oszacowań populacyjnych z roku 2010). Jest to więcej niż wynika z poprzednich szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, które datuje się począwszy od lat 70. i które sugerowały, że jest to około 10%.

Według Światowego Badania Zdrowia (ang. World Health Survey) około 785 milionów (15,6%) osób w wieku 15 lat i więcej żyje z niepełnosprawnością, podczas gdy badanie Global Burden of Disease szacuje, że jest to około 975 milionów (19,4%) osób. Według Światowego Badania Zdrowia (ang.

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia.

² Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisany w Nowym Yorku 22 lipca 1946 r.

World Health Survey), spośród tych osób 110 milionów (2,2%) ma bardzo poważne trudności w funkcjonowaniu, podczas gdy Global Burden of Disease szacuje, że 190 milionów (3,8%) osób jest dotkniętych „ciężkim stopniem niepełnosprawności” – jest to odpowiednik niepełnosprawności spowodowany takimi schorzeniami jak porażenie czterokończynowe, ciężka depresja lub ślepota. Tylko Global Burden of Disease mierzy niepełnosprawności okresu dziecięcego (0–14 lat), których występowanie szacuje na 95 mln (5,1%) dzieci, z których z kolei 13 milionów (0,7%) jest dotkniętych „ciężkim stopniem niepełnosprawności”.

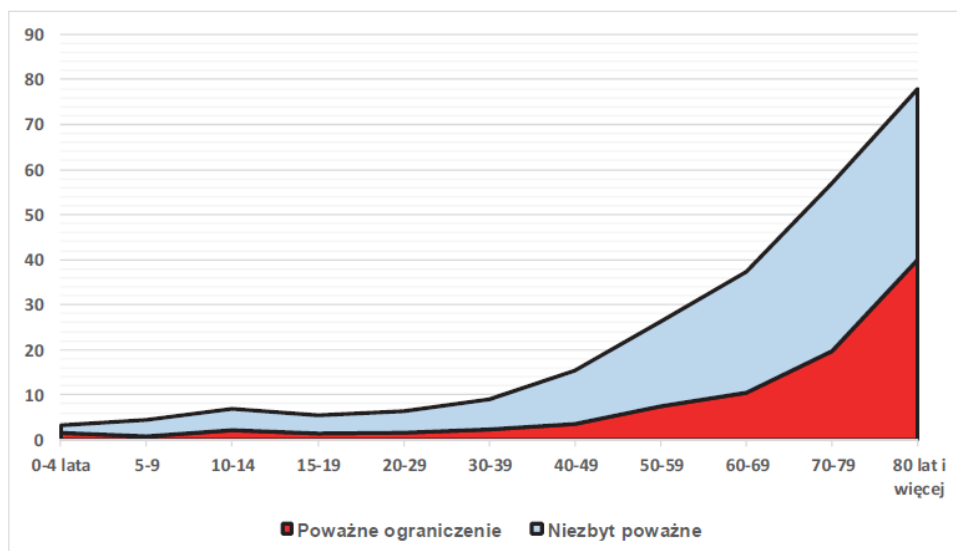
Liczba osób niepełnosprawnych stale się powiększa, ze względu na starzenie się populacji, zwiększone ryzyko wystąpienia niepełnosprawności u osób w podeszłym wieku oraz z powodu globalnego wzrostu częstotliwości zachorowań na choroby przewlekłe powodujące niepełnosprawność, takie jak cukrzyca, choroby układu krążenia czy choroby psychiczne. Szacuje się, że w państwach o niskim i średnim dochodzie narodowym choroby przewlekłe stanowią 66,5% wszystkich lat przeżytych z niepełnosprawnością. Wzorce niepełnosprawności w danym kraju pozostają pod wpływem tendencji zdrowotnych, trendów środowiskowych i innych czynników, takich jak wypadki drogowe, kłęski żywiołowe, konflikty, dieta i nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Warto wskazać, że w zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 4,9 mln osób do 7,7 mln osób. Według dotychczas stosowanej w badaniach stanu zdrowia metodologii populacja osób niepełnosprawnych wynosiła 4,9 mln. Przy określaniu jej liczby uwzględniano zarówno osoby posiadające prawne orzeczenie niepełnosprawności, jak i (lub/i) osoby o ograniczonej zdolności wykonywania czynności, ale tylko w stopniu poważnym. Liczba dzieci niepełnosprawnych ogółem na koniec 2014 r. według EHIS wynosiła ponad 211 tys. (55 tys. prawnie i biologicznie, blisko 127 tys. prawnie i 29 tys. tylko biologicznie). Liczba osób niepełnosprawnych biologicznie (wg definicji stosowanej w badaniu) w wieku 15 lat i więcej wynosiła 7 414 tys. Według EHIS prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 3,8 mln Polaków (w tym blisko 194 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności), tj. o około 0,3 mln osób więcej w porównaniu z szacunkami z badania BAEL w tym samym okresie. Trzeba jednak mieć na uwadze różnicę celów tych badań, a ponieważ w obu przypadkach odpowiedzi na pytanie o niepełnosprawność prawną były subiektywne, oparte na deklaracjach respondentów, wyniki nie są w pełni porównywalne³.

U 49% mieszkańców Polski wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. O ile wśród ludzi młodych (do 30 roku życia) długotrwałe problemy zdrowotne występowały niezbyt powszechnie (nie więcej niż 28%), o tyle wśród ludzi starszych (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) – relatywnie często. Niemal 70% pięćdziesięciolatek sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród sześćdziesięciolatek odsetek ten wyniósł 82% a w grupie osób najstarszych – niemal 96%. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych (odpowiednio 53% i 45%). Dolegliwości przewlekłe częściej dotyczyły mieszkańców miast niż wsi (w miastach – 52%, zaś na wsi – 44%). W grupie dzieci 0-14 lat, największy odsetek osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi zgłaszali rodzice dzieci w wieku 10-14 lat (13%), a najmniejszy wśród najmłodszych dzieci (niecałe 10%).

³ Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) 2014, <https://niepełnosprawni.gov.pl/p,78,dane-demograficzne>

Wykres 1 Częstość występowania niepełnosprawności według kryterium unijnego według grup wieku (w odsetkach).



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016 r.

Nieco częściej niepełnosprawność dotyka mieszkańców miast niż wsi. Jedynie wśród młodzieży i ludzi dojrzałych częstość występowania niepełnosprawności na wsi była wyższa niż w miastach. W pozostałych grupach wiekowych była nieznacznie niższa niż w miastach.

Tabela 1 Częstość występowania niepełnosprawności według grup wieku i województw.

wczesno wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu gminy NĘDZA NA LATA 2022-2025

Województwa	Osoby niepełnosprawne					
	ogółem	0-14 lat	15-29	30-49	50-69	70 lat i więcej
	w odsetkach danej grupy wieku					
Ogółem	12,9	3,7	3,7	6,7	20,6	42,0
Dolnośląskie	12,8	4,4	4,8	4,0	20,1	45,2
Kujawsko-pomorskie	13,3	3,6	3,8	5,7	23,0	44,3
Lubelskie	13,9	5,6	1,6	8,3	20,7	46,5
Lubuskie	17,2	5,5	5,4	8,8	30,2	51,3
Łódzkie	15,7	4,7	5,0	8,0	22,1	50,8
Małopolskie	12,0	1,4	1,6	4,9	21,1	47,8
Mazowieckie	10,1	2,8	2,9	6,8	14,4	32,1
Opolskie	10,7	4,7	4,6	4,6	13,1	39,8
Podkarpackie	12,0	3,2	3,2	7,1	20,8	36,9
Podlaskie	12,6	1,4	4,0	5,8	18,5	46,4
Pomorskie	14,3	3,8	5,7	7,3	24,5	45,6
Śląskie	13,1	4,2	3,6	8,0	19,1	39,2
Świętokrzyskie	13,7	3,7	1,9	7,4	21,5	42,9
Warmińsko-mazurskie	14,7	4,6	4,0	8,5	25,9	44,6
Wielkopolskie	11,9	2,0	3,0	7,0	22,0	36,9
Zachodniopomorskie	15,1	8,0	7,3	5,6	24,4	44,1

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016 r.

Osoby, które są niepełnosprawne tylko prawnie tworzą najliczniejszą grupę osób niepełnosprawnych. W 2014 roku stanowiły one 43% ogółu osób niepełnosprawnych w województwie śląskim. Grupa osób w skali kraju posiadających orzeczenia o niepełnosprawności i deklarujących ograniczenia w zwykłym życiu stanowiła w skali kraju blisko 28% populacji osób niepełnosprawnych. Stosunkowo liczna była grupa osób niepełnosprawnych wyłącznie biologicznie, takich które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, ale odczuwają poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych. W skali kraju udział tej grupy wynosi 23%.

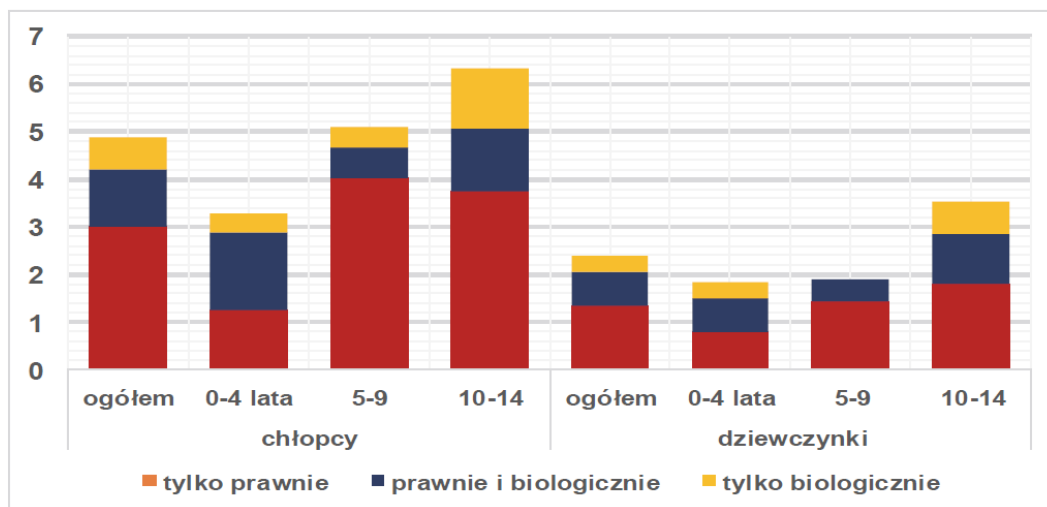
Liczba dzieci niepełnosprawnych ogółem w 2014 roku wynosiła ponad 211 tysięcy. W tej grupie było 55 tysięcy dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie. Blisko 127 tysięcy tylko z prawnym orzeczeniem oraz 29 tysięcy dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie.

Największą grupę dzieci niepełnosprawnych stanowiły dzieci w wieku 10 -14 lat, 5% ogółu. Dzieci w wieku 5-9 lat było blisko 4%, zaś wśród najmłodszych mniej niż 3%. W dwóch najstarszych grupach wiekowych było też relatywnie najwięcej dzieci niepełnosprawnych tylko prawnie po blisko 3%.

Natomiast najmniejszą liczbę dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie odnotowano wśród dzieci w wieku 5-9 lat.

Powyższy rozkład danych dla poszczególnych grup wieku jest dość podobny w miastach jak na wsi, zarówno dla chłopców, jak i dziewczynek, za wyjątkiem chłopców w wieku 5-9 lat, którzy stanowili największą grupę wśród dzieci tej płci niepełnosprawnych tylko prawnie (4%).

Wykres 2 Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci według grup wieku i płci (w odsetkach).



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016 r.

Liczba niepełnosprawnych chłopców była niemal dwukrotnie wyższa niż dziewczynek – 144 tys. w stosunku do 67 tys. dziewcząt. Największą grupę stanowiły osoby niepełnosprawne tylko prawnie – wśród dziewczynek blisko 38 tys., wśród chłopców ponad 89 tys. Najbardziej ważące zbiorowości zarówno niepełnosprawnych chłopców, jak i dziewczynek dotyczyły najstarszej grupy wieku (10-14 lat). Znacznie więcej niepełnosprawnych dzieci żyło w miastach niż na wsi, odpowiednio 140 tys. i 72 tys⁴.

Dzieci z niepełnosprawnościami od początku pandemii COVID-19 napotykają na swoje problemy, które nie występują w przypadku dzieci bez niepełnosprawności. Problem ten można pogrupować w trzy główne kategorie związane:

- z dodatkowymi utrudnieniami w dostępie do edukacji,
- z utrudnionym dostępem do rehabilitacji i usług wspierających codzienne funkcjonowanie,
- ze zdrowiem psychicznym i możliwością radzenia sobie z kryzysami w tym obszarze w sytuacji pandemii i większym narażeniem na doświadczenie różnych form przemocy (Aishworiya, Kang, 2020; Dickinson, Yates, 2020; Schiariti, 2020; UNICEF, 2020b).

Dodatkowo warto wspomnieć o utrudnieniach w dostępie do informacji, w tym rządowych komunikatów, dotyczących sytuacji w kraju i kolejnych wprowadzanych ograniczeń. W dalszej części artykułu omówiono specyfikę każdego ze wymienionych obszarów problemowych, wskazując na ich intersekcyjny charakter⁵.

W roku szkolnym 2018/2019 w szkołach kształciło się 169,3 tys. dzieci i nastolatków ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (bez szkół dla dorosłych), które stanowiły 3,7% ogólnej liczby uczniów (Główny Urząd Statystyczny, 2018). Przejście na tryb edukacji zdalnej wiązało się dla tej grupy

⁴ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016 r.

⁵ M. Kocejko, Sytuacja dzieci z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19 – analiza Intersekcyjna, Katedra Polityki Publicznej Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl

z dodatkowymi wyzwaniami, które często ginęły pośród innych problemów i którym nie poświęcano wystarczającej uwagi. Problemy uczniów z niepełnosprawnością w czasie wymuszonej pandemią edukacji zdalnej były różne i zależne zarówno od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, jak i innych czynników, takich jak miejsce zamieszkania oraz sytuacja ekonomiczna i rodzinna. Ogólnie można je jednak sprowadzić do opisanych wcześniej trzech głównych kategorii. Edukacja zdalna stawiała przed dziećmi z niepełnosprawnościami wiele barier. Platformy, na których odbywały się zdalne lekcje, nie zawsze są dostępne dla osób z niepełnosprawnością wzroku czy słuchu. Przykładowo, w badaniach związanych z zapewnieniem dostępności systemu edukacji zdalnej, które były prowadzone w Polsce w czasie pierwszego lockdownu wśród rodziców dzieci słabosłyszących, wykazano, że w połowie przypadków nie wprowadzono usprawnień umożliwiających niwelowanie barier związanych ze zdalną edukacją. Wśród pojawiających się rozwiązań przeznaczonych dla tej grupy wymieniano m.in. ustalenie zasad komunikacji na lekcji zdalnej, wcześniejsze wysyłanie zadań lub wydłużenie czasu na ich wykonanie. Problemy z niedostępnością nie dotyczyły tylko dzieci z uszkodzeniem słuchu, ale także dzieci niewidomych czy słabowidzących, w przypadku których obsługa wykorzystywanych przez szkoły platform nie zawsze była możliwa bez asysty. Zdalne nauczanie powoduje nie tylko wyzwania natury technicznej. Istotne są także problemy związane ze zmianą ustalonych schematów działania i załamaniem rutyny, które są istotne np. dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, u których mogą one powodować rozdrażnienie lub nasilać lęk. W przypadku dzieci z niepełnosprawnościami ruchowymi brak aktywności fizycznej związany z edukacją zdalną mógł natomiast prowadzić do pogorszenia stanu fizycznego. Jak wskazują badacze, problemem jest nie tylko niedostosowanie samych narzędzi, ale także niewystarczające przygotowanie nauczycieli do prowadzenia edukacji zdalnej w formach dostępnych dla dzieci z niepełnosprawnościami. Warto podkreślić, że taka sytuacja dodatkowo obciążała rodziców dzieci ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi, którzy niejednokrotnie musieli aktywnie uczestniczyć w zdalnych zajęciach. Problemy z edukacją zdalną były niezależne od tego, czy mówimy o placówce ogólnodostępnej czy o szkole specjalnej. Z opublikowanego przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) raportu dotyczącego kształcenia specjalnego wynika, że najczęstsze utrudnienia związane z edukacją zdalną w szkołach specjalnych to – poza problemami wspólnymi dla wszystkich szkół (brak sprzętu zarówno u nauczycieli, jak i uczniów, nieprzygotowanie nauczycieli do pracy w przestrzeni wirtualnej, problemy z dostępem do Internetu i inne problemy natury technicznej) – brak dostępnych materiałów online i trudności z dostosowaniem sposobu zdalnego nauczania do potrzeb uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Problem stanowiły także ograniczony kontakt z rodzicami i brak współpracy związanej z procesem kształcenia w warunkach pandemii (NIK, 2020). I wreszcie, chociaż nie zbierano takich danych (przynajmniej w Polsce) uwzględniających niepełnosprawność, należy przypuszczać że część dzieci z niepełnosprawnością w ogóle wypadła z systemu edukacji z racji na dodatkowe bariery i brak odpowiedniego wsparcia w ich przełamywaniu. Chociaż można argumentować, że niektóre dzieci bez niepełnosprawności także miały utrudniony dostęp do zdalnej edukacji, a sama niepełnosprawność nie wpływała szczególnie na zmniejszenie szans edukacyjnych w czasie pandemii, to w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami problemy te cechują się jednak dodatkową złożonością wynikającą ze specyfiki niepełnosprawności i związanych z nią potrzeb. Pandemia spowodowała problemy związane ze zdrowiem psychicznym u dzieci i dorosłych niezależnie od stopnia ich sprawności (Moloney i in., 2020). To jednak właśnie dzieci z niepełnosprawnościami, zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami ze spektrum autyzmu, są grupą, która może bardziej doświadczać psychicznych konsekwencji pandemii. Mowa tutaj o zarówno długotrwałym obniżeniu nastroju i stanach depresyjnych, jak i zaburzeniach lękowych, fobiach, zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym czy nawet stanach psychotycznych. Ma to związek z wieloma czynnikami, wśród których warto wymienić trudności w zrozumieniu zmieniającej się przez pandemię sytuacji, zmiany codziennej rutyny spowodowane zamknięciem szkół oraz niedostępność zajęć rewalidacyjnych i innego wsparcia

specjalistycznego. Znaczenie ma także stres doświadczany przez rodziców spowodowany zarówno poczuciem zagrożenia zdrowia swojego i bliskich, jak i sytuacją społeczno-ekonomiczną związaną z lockdownami (zagrożenie utratą pracy, zmniejszenie dochodów itd. Na stan psychiczny wpływa też stres związany z edukacją zdalną spowodowany niedziałającym lub słabo działającym sprzętem komputerowym i niewystarczającym dostępem do Internetu. Jak wskazują badania przeprowadzone przez Glac (2020), u uczniów ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi występuje wiele obciążeń psychicznych, z którymi samodzielnie trudno jest im sobie poradzić. Największym problemem staje się poczucie osamotnienia wynikające z braku możliwości spotkania się w placówce z kolegami i nauczycielami, a także zmiana otoczenia (Glac, 2020). Chociaż w Polsce podobne badania nie były prowadzone, to należy przypuszczać, że ich wyniki mogłyby być podobne. Badacze podkreślają także, że równie ważnym problemem jest kwestia powrotu do szkoły po tak długiej edukacji zdalnej ze względu na zarówno konieczność wypracowania nowych schematów i rutyny działania, jak i przyzwyczajenie się do funkcjonowania w grupie rówieśniczej po okresie izolacji. Problemem jest także utrudniony dostęp do wsparcia psychologicznego czy psychiatrycznego. Chociaż dostęp do takiego wsparcia jest w Polsce niezwykle trudny dla wszystkich dzieci niezależnie od pandemii (NIK, 2020; Rzecznik Praw Obywatelskich [RPO], 2019), to należy przypuszczać że w przypadku dzieci z różnymi niepełnosprawnościami występują dodatkowe bariery związane z dostępem do tych usług. Ponadto pandemia zwiększyła zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne i psychiatryczne. Mówiąc o problemach dzieci z niepełnosprawnościami w czasie pandemii, nie sposób nie wspomnieć o większym narażeniu na doświadczenie wszelkich form przemocy. Jak wskazują organizacje międzynarodowe, pandemia zwiększyła częstość występowania lub nasilenie przemocy domowej, zwłaszcza w stosunku do kobiet i dzieci (ONZ, 2020a; WHO 2020b). W przypadku dzieci z niepełnosprawnościami, tradycyjnie bardziej narażonych na doświadczenie różnych form przemocy, to ryzyko jest wyraźnie wyższe niż w przypadku dzieci bez niepełnosprawności (Lund, 2020). Edukacja zdalna utrudniła też dostęp do wsparcia specjalistycznego, które tradycyjnie zorganizowane i świadczone jest w szkole. Mowa tutaj o wsparciu nauczycieli-specjalistów i realizacji wsparcia wynikającego z Indywidualnych Programów Edukacyjno-Terapeutycznych czy Wielospecjalistycznej Ocenie Poziomu Funkcjonowania Ucznia. Inną kwestią, o której warto w tym kontekście wspomnieć, jest ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. W przypadku dzieci z niektórymi niepełnosprawnościami potrzeby z nią związane są większe niż u dzieci rozwijających się bez niepełnosprawności. Wynika to z zarówno samej niepełnosprawności (konieczność stałego kontaktu z lekarzem lub opieki pielęgniarzkiej), jak i ewentualnych chorób towarzyszących (astmy, alergii i in.; Schieve i in., 2012). W czasie pandemii ograniczenia związane z dostępnością niezbędnej opieki zdrowotnej były szczególnie duże, co w konsekwencji mogło doprowadzić do pogorszenia obecnego lub przyszłego stanu zdrowia (Aishworiya, Kang, 2020). Ponadto dużym wyzwaniem jest brak możliwości spotkania z lekarzem i dominacja wprowadzonej z powodów bezpieczeństwa telemedycyny. W czasie teleporad diagnoza – zwłaszcza w przypadku wymagającego szczególnie indywidualnego podejścia dziecka z niepełnosprawnością – jest szczególnie trudna. Prowadzenie wczesnej diagnostyki i interwencji również wymaga spotkań na żywo, a ich niedostępność może zmniejszać szanse rozwojowe dziecka (Aishworiya, Kang, 2020)⁶.

Definicje pojęć i wykorzystane klasyfikacje osoby niepełnosprawnej.

⁶ M. Kocejko, Sytuacja dzieci z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19 – analiza Intersekcyjna, Katedra Polityki Publicznej Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl

„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 problemowe:

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 normalnego człowieka⁷
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, 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 (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)⁸.

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:

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

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).

⁷ T, Majewski, T. Gałkowski za: P. Grindrich, J. Kirenko, Odkrywanie niepełnosprawności wzrokowej w nauczaniu włączającym, Lublin 2007

⁸ Tamże

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 itp⁹.

Uchwała Sejmu RP 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.
- 4) nauki w szkołach wspólnie ze swoimi 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 funkcjonowania, 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.

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

⁹ GUS Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, Część I: Osoby niepełnosprawne, Warszawa, październik 2003.

- 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.

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 kontynuowania 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 rehabilitacji¹⁰.

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 inspirację w społeczeństwie i wszelkich jego aspektach,
- 3) będą dobrowolne oraz dostępne dla osób niepełnosprawnych, w możliwie bliskiej odległości od ich środowisk, również w okolicach wiejskich.

¹⁰ W. Dega, Ortopedia i Rehabilitacja, Wyd. Lekarskie PZWL, 2004, s.8.

1.3 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: Dane statystyczne określające ilość udzielonych świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych z budżetu gminy Nędza w latach 2012-2015.

Rok	Świadczenia ogółem	Grupowe zajęcia korekcyjne	Wczesna Interwencja
2012	46	46	-
2013	228	228	-
2014	204	163	41
2015	213	167	46

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Gminy Nędza.

1.4 Dostępne finansowanie ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej

Niniejszy program zdrowotny został opracowany celem uzupełnienia świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia gwarantowane nie zaspokajają w pełni potrzeb rehabilitacyjnych i terapeutycznych młodych, niepełnosprawnych mieszkańców gminy Nędza.

Od 2012 roku w Gminie Nędza dostępne są dla dzieci niepełnosprawnych ponadstandardowe świadczenia rehabilitacyjne. Dotychczas świadczenia realizowane były w ośrodku rehabilitacyjnym, gdzie kwalifikowano dzieci ze względu na problem związany z niepełnosprawnością. Gmina Nędza planuje kontynuować te działania wdrażając na kolejne lata niniejszy program zdrowotny.

W działania programu włączeni są rodzice dzieci niepełnosprawnych, uczestniczący w procesie rehabilitacji i 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 5 lat od 2022 roku do 2026 roku.

Program realizowany jest przez:

6. diagnozowanie pedagogiczne, psychologiczne i logopedyczne.
7. realizację świadczeń zdrowotnych zmierzających do rozwijania umiejętności wykonywania czynności życia codziennego, nauki samoobsługi, przygotowania do życia w środowisku społecznym, rozwijania umiejętności komunikowania się.
8. rehabilitację leczniczą,

9. prowadzenie terapii psychologicznej dzieci i rodziców
10. prowadzenie terapii logopedycznej,
11. edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka,
12. udzielanie rodzicom porad i instruktażu i w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka
13. 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 wysokim 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

2. Świadczenia realizowane w ramach programu

2.1 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 niesprawiedliwych wzorców ruchowych oraz przeciwdziałanie wtórnym zmianom w układzie kostno-mięśniowym w posagi ograniczeń ruchowych.

W ramach kinezyterapii wykonywane są m.in.:

1. ćwiczenie czynne,
2. ćwiczenia bierne,
3. ćwiczenia czynno-bierne,
4. ćwiczenia izometryczne,
5. ćwiczenia oddechowe,
6. ćwiczenia asymetryczne,
7. ćwiczenia ogólnie usprawniające,
8. nauka czynności lokomocyjnych.

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

2.2 Metody neurofizjologiczne

Metoda Vojty

Jedna z metod stosowanych w ćwiczeniach usprawniania głównie u dzieci z opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego z mózgowym porażeniem dziecięcym pochodzenia obwodowego i innymi schorzeniami.

Ćwiczenia polegają na uzyskaniu określonych odpowiedzi ruchowych, jako reakcji na drażnienie tzw. „stref wyzwalania”. Część metody oparto na badaniach prof. Vaclava Vojty. Metoda pozwala na stymulację rozwoju psychomotorycznego i jednocześnie sprzyja wypracowaniu prawidłowych wzorców ruchowych, a nawet likwidacji patologicznych synergizmów.

Jej zaletą to kierowana aktywność ruchowa u niespełniających poleceń niemowląt. Całość metody bazuje na torowaniu. Ćwiczenia wymagają odpowiedniej pozycji wyjściowej, w każdej pozycji wyróżnia się główne i pomocnicze strefy wyzwalania. Drażniąc strefy uzyskuje się odpowiedź ruchową o charakterze wzorca pełzania. Metoda pozwalająca ćwiczyć 4-5 razy dziennie, rekomendowana do wdrażania także przez rodziców dziecka, w trybie codziennym, regularnym.

Podstawowym elementem rehabilitacji jest kliniczna ocena rozwoju:

- ocena reaktywności posturalnej,
- ocena spontaniczności motoryki
- diagnostyka rozwojowa

Wskazania do stosowania metody:

- zaburzenia centralnej koordynacji nerwowej,
- przepuklina oponowo-rdzeniowa,
- przepuklina mózgow-rdzeniowa,
- porażenia nerwów obwodowych i splotów nerwowych,
- antrogyroza wielopostaciowa wrodzona,
- MPD,
- kręcz mięśniopochodny wrodzony i kręcz kostny,
- neurogenne dysplazje stawów biodrowych,
- choroba Pertesa,
- zniżki rdzeniowe mięśni (dystrofie mięśniowe),
- okołoporodowe porażenie nerwu twarzowego,
- asymetrie napięcia mięśniowego.

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

2.4 Metoda NDT-BOBATH

Ma pomagać dziecku we wszechstronnym rozwoju aby mogło uzyskać niezależność w życiu i wykorzystać możliwości na tyle na ile pozwala istniejące uszkodzenie OUN. Nieprawidłowe objawy

dotyczą zwykle głowy i tułowia, następnie rozwijają się w dalszych częściach ciała. Rozwój ruchów rotacyjnych jest znacznie upośledzony.

Główne zasady usprawnienia NDT-Bobath to:

- wpływanie na napięcie mięśni poprzez obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego, co jest możliwe dzięki zastosowaniu odpowiednich technik postępowania już od pierwszych miesięcy życia,
- hamowanie nieprawidłowych odruchów,
- wyzwalanie ruchów w formie jak najbardziej zbliżonej do prawidłowej
- wykorzystanie i utrwalenie zdobytych umiejętności ruchowych.

Terapia ćwiczy całe ciało dziecka, dochodzi do dynamicznej aktywizacji. Rodzaj tempa i rytm ćwiczeń dobiera się indywidualnie. Cel terapii to przygotowanie dziecka do uczestnictwa w normalnym życiu. Usprawnienie jest szczególnie przydatne podczas leczenia niemowląt i dzieci. Metoda nie zawiera groźnych zestawów ćwiczeń. Dokumentowanie obejmuje obserwację i wnikliwą analizę jakości, analizę problemu klinicznego.

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

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

2.5 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, propioceptywny i dotykowy. Zaczynają one pracować bardzo wcześnie, jeszcze w okresie prenatalnym. Ich prawidłowe funkcjonowanie 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, propioceptywnych i dotykowych w taki sposób, że dziecko spontanicznie będzie formułowało reakcję adaptacyjną poprawiającą integrację tych bodźców. Ćwiczenia są dostosowane 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 wykorzystaniem 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 jest stosowana w indywidualnych sesjach terapeutycznych w ramach wczesnej interwencji realizowanej 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 Terapii Integracji Sensorycznej

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

1. Plastyczność neuronalna, czyli zdolności 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 terapia 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 (Inter driver), do dostarczania sobie bodźców, których potrzebuje.

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

Odgrywa ona w fizjoterapii znaczącą rolę, m.in. ze względu na wzajemny wpływ sfery sensorycznej i funkcji ruchowych. 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 wskazuje nie tylko na konieczność oddziaływania na poszczególne sfery, ale również nakazuje staranny dobór środków w oparciu o pełne rozeznanie odnośnie rodzaju i stopnia nasilenia się 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. Integracja sensoryczna trwa od okresu płodowego do około 7 roku życia.

2.6 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 z rodzicem lub 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 Matryc Revena,
5. dziecięca Skala Rozwojowa,
6. 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.

2.7 Terapia logopedyczna

W ramach terapii logopedycznej dzieci zaburzonym rozwojem poddawane są zindywidualizowanej opiece logopedy. Celem działań terapeutycznych jest usprawnienie 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 logo fobii,
8. Test słownika dziecka,
9. Przesiewowy test logopedyczny,
10. Kwestionariusz Cooperów,
11. Test sprawności językowej,
12. Program terapeutyczno-stymulujący,
13. Afa-skala – jak badać mowę dziecka afatycznego,
14. Profil sprawności grafomotorycznych,
15. Test prakcji oralnej dla języka polskiego,
16. Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia 0-12 miesiąca,
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.

2.8 Terapia pedagogiczna

Terapia stanowi 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 – 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. miana nastawienia do nauki, pracy, opanowanie niechęci do szkoły). Dobór metod pracy podyktowany jest trudnościami jakie ma dziecko.

2.9 Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa to pewne określone 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 – leczeni pracą, ergoterapia – wykorzystuje różne formy pracy i rekreacji jako jedno 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, może być prowadzona indywidualnie lub grupowo.

Terapeuta proponuje dzieciom: zajęcia manualne, zabawy terapię, 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 ciążyowo-rodowego,
- b) wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie),
- c) chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
- d) zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenie 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.

2.9 Terapia rewalidacyjna

Opiera się na stosowaniu następujących metod terapeutycznych:

Metoda ruchu rozwijającego według Weroniki Sherborne

Głównym założeniem tej metody jest posługiwanie się ruchem, jako narzędziem we 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 nawiązywaniu 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, głównych i niewidomych.

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

1. ćwiczenie 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 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.

2.10 Sala doświadczania świata (SNOEZELLEN)

Sala Doświadczeń Świata – Snoezelen jest propozycją spędzenia 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, doświadczania ich i poznawania w indywidualnym tempie. Sprzyja temu atmosfera odprężenia, spokoju i bezpieczeństwa, którą tworzą łagodna muzyka oraz wysokiej klasy sprzęt terapeutyczny:

- 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 metody jest tworzenie takiej przestrzeni, w której jednostka objęta terapią w miarę możliwości percepcyjnych pozna podstawy, odpowiednio ukierunkowujące do pełnienia czynności życia codziennego. Dobrowolna, niczym nieskrępowana aktywność dziecka niepełnosprawnego w Sali Doświadczeń 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 informacje o przeżywanych doznaniach,
4. dziecko skupia uwagę na wybranym elemencie wyposażenia, rozwija zatem koncentrację,
5. dziecko samo dobiera aktywność w Sali Doświadczeń 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 agresję¹¹.

2.11 Logorytmika

¹¹ A. Zawiślak, Snoezelen (sala doświadczania świata). Geneza i rozwój, Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Z. Surowaniec podaje, że logo rytmika 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 (PRZYPIS)¹². 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 instrumentarium¹³.

Głównym celem ćwiczeń muzyczno-ruchowych jest rozwijanie umiejętności sprawnego wykonywania ruchu, a co a tym idzie, wyrabianie szybkiej orientacji w czasie i przestrzeni, koncentracji uwagi, stymulowanie do sprawnego 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 mównych (mikroruchy), gdyż ułatwiają ich ćwiczenie.

W ćwiczeniach czysto logorytmicznych na plan pierwszy wysuwane są głównie problemy percepcyjne i techniczne. Umuzycznienie ustępuje miejsca właściwościom korekcyjnym ćwiczeń, tak więc głównym zadaniem logo rytmiki jest usprawnienie 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.

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 społecznych¹⁴.

2.12 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 usprawniania, muzyka wywiera leczniczy wpływ na dzieci.

¹² J. Surowaniec, Podręczny Słownik Logopedyczny, Wyd. Naukowe WSP, Kraków 1992.

¹³ E. Sachajska, Uczymy poprawnej wymowy, WSiP, Warszawa, 1987.

¹⁴ www.logopedia.net.pl/artykuly/68/zalozenia-programowe-logorytmiki.html

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 do sił witalnych.

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

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 wielo sensorycznym 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.

2.13 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 wspomagającymi rehabilitację ruchową i umysłową dzieci i dorosłych dotkniętych np.: autyzmem, MPD, niepełnosprawnością intelektualną, niedowładami kończyn. Poprzez terapię kontaktową, czyli zabawę, głaskanie, przytulanie psa, prowadząc 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 retrievery,
2. labrador retrievery,

3. syberia husky,
4. malamuty,
5. samojedy,
6. owczarki szkockie collie,
7. owczarki niemieckie.

Głównym celem programu dogoterapii jest przełamanie lęku dziecka przed psem, nawiązanie i pogłębianie 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 zaproponowanych 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 pogłębienia więzi psychicznej i rozwoju dzieci niepełnosprawnych, upośledzonych umysłowo i mających inne zaburzenia psychiczne.
2. ćwiczenia fizyczne z udziałem zwierząt przeznaczone dla niepełnosprawnych ruchowo,
3. czynność, 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 poczucia 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 rozpoznawaniem potrzeb osoby niepełnosprawnej. Przebieg poszczególnych ćwiczeń organizowany jest w taki sposób aby 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 ustalonej etiologii,
- i) wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów,
- j) zaburzeniami integracji sensorycznej.

3. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Osobom z niepełnosprawnościami przysługują świadczenia w takim samym zakresie, jak wszystkim ubezpieczonym. Wyjątek stanowią: znieczulenie ogólne przy wykonywaniu dentystycznych świadczeń gwarantowanych oraz stosowanie kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych do wypełnień, które przysługują, jeśli wynika to ze wskazań medycznych, dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do 16 roku życia oraz osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Ponadto, na podstawie ustawy z dnia 9 maja 2018 o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2018, poz. 932), począwszy od 1 lipca 2018 osoby te mają prawo do:

- wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w odpowiednich przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania;
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;
- refundowanych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w ilości dostosowanej do potrzeb zdrowotnych;
- dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia, które na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przysługują, to:

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie pacjenta, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki,

uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego oraz dodatku lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka;

- świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane. Kwalifikacji danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, biorąc pod uwagę kryteria określone w ustawie.

Świadczenia opieki zdrowotnej przysługujące na mocy ustawy udzielane są w zakładach opieki zdrowotnej (przychodniach, gabinetach, szpitalach itp.), które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powinny one być oznaczone logo NFZ.

Ubezpieczony ma prawo do wyboru i zmiany (2 razy w roku bezpłatnie) lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego, a także do wyboru lekarza dentysty oraz świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 poz. 484, z późn. zm.) świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest świadczona na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Mamy prawo wybrać specjalistę spośród wszystkich, którzy mają podpisaną umowę z NFZ.

Skierowanie nie jest wymagane do: ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry.

Skierowanie nie jest również wymagane od osób: chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych, kombatanów i osób represjonowanych oraz cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, od osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego, od uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, od osób do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, a także (od 1 lipca 2018) od osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, świadczeniobiorca ma prawo – na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera – do leczenia szpitalnego w wybranym przez siebie szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca ma też prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania¹⁵.

¹⁵ <https://abc.lzinr.lublin.pl/opieka-zdrowotna>

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 niepełnosprawnymi 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 sprawiedliwości dziecka. Skuteczność prowadzonej rehabilitacji zapewnia jej kompleksowość, ciągłość i systematyczność.

4. Cele programu

4.1 Cel główny

Celem głównym programu jest:

ZAPEWNIENIE ADRESATOM PROGRAMU MOŻLIWOŚCI KONTYNUOWANIA PROCESU REHABILITACJI PO WYKORZYSTANIU GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I KORZYSTANIA Z PONADSTANDARDOWYCH FORM WIELOPROFILOWEGO LECZENIA REHABILITACJI I USPRAWNIEŃ – DLA OSÓB Z TERENU GMINY NĘDZA

4.2 Cele szczegółowe

Cel szczegółowy 1	Korekta i likwidacja nieprawidłowości rozwojowych u dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Nędza wraz z włączeniem w proces rehabilitacji ich rodziców i opiekunów. Działanie: Udział w indywidualnych sesjach terapeutycznych w ramach wczesnej
--------------------------	--

	interwencji jeden raz w tygodniu przez 30 minut w okresie 6 miesięcy, przez dzieci w wieku od 0 do 7 lat zagrożone nieprawidłowym rozwojem.
Cel szczegółowy 2	Korekta i likwidacja nieprawidłowości wad postawy, płaskostopia i skoliozy niskostopniowej – korekta istniejących zaburzeń statyki ciała u dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Nędza. Działanie Udział dzieci w wieku od 6 do 18 lat w grupowych zajęciach korekcyjnych prowadzonych przy muzyce, w formie zabaw i gier ruchowych jeden raz w tygodniu przez 45 minut w okresie 3 miesięcy.
Cel szczegółowy 3	Niwelowanie deficytów rozwojowych oraz przygotowanie do radzenia sobie w życiu codziennym dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Nędza wraz z włączeniem w proces terapeutyczny ich rodziców i opiekunów. Działanie: Udział w grupowych zajęciach terapeutycznych jeden 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 logo rytmikę, muzykoterapię, zajęcia Ruchu Rozwijającego wg. W. Sherbone, dogoterapii.
Cel szczegółowy 4	Wsparcie rodziców dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Nędza w zakresie terapii i wczesnej interwencji, przekazanie kompetencji do pracy terapeutycznej z dziećmi w warunkach domowych. Działanie: 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.

4.3 Oczekiwane efekty

W wyniku realizacji programu przewiduje się osiągnięcie następujących efektów:

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.

4.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

W celu dokonania oceny efektów realizacji Programu rekomenduje się zastosowanie metod oceny poziomu rozwoju dziecka na początku i na 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 powierzchniowego i głębokiego,
10. ocena odruchów ścięgnisto-kościennych,
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 test,
17. ocena poziomu rozwoju mowy i badanie testem logopedycznym.

Dodatkowo zaproponowano system mierników do wykorzystania w zakresie postępu, zmian ilościowych i jakościowych w zakresie stanu zdrowia uczestników programu oraz korzyści terapeutycznych uzyskanych przez ich rodziców i opiekunów.

Propozycje mierników programu:

- 1) Liczba uczestników zajęć – adresaci programu – miernik wyrażony w liczbie osób.
- 2) Liczba rodziców – opiekunów dzieci niepełnosprawnych uczestniczących w spotkaniach / otrzymujących porady – miernik wyrażony w liczbie osób.
- 3) Liczba zorganizowanych zajęć terapeutycznych – miernik wyrażony w ilości sztuk zorganizowanych zajęć.
- 4) Średnia liczba uczestników na 1 spotkanie terapeutyczne – miernik wyrażony w średniej liczbie osób na 1 spotkanie terapeutyczne obliczany raz na pół roku.
- 5) Postępy związane z korektą deficytów objętych programem u poszczególnych uczestników – ocena jakościowa – karta pracy pacjenta - opracowywana co 6 miesięcy oceniająca stan, deficyty i jednostki

chorobowe (terapeutyczne), które zostały zatrzymane, skorygowane lub wyeliminowane. Ocena wykonywana przez terapeutów bezpośrednio realizujących program

6) Ocena jakościowo przydatności działań w programie wykonywana przez rodziców i opiekunów dzieci biorących udział w zajęciach terapeutycznych. Ocena powinna obejmować: przydatność / specjalizację zajęć w stosunku do potrzeb dzieci objętych programem. Ocena powinna mieć charakter ankiety przygotowanej przez zespół terapeutyczny prowadzący zajęcia.

W oparciu o w/w wskaźniki raport z realizacji programu będzie sporządzany corocznie, do 30 marca roku następnego.

5. 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 są dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu 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.

Liczebność uczestników programu oparto na dotychczasowych danych i szacowaniu wynikającemu z liczby uczestników programu w latach poprzednich.

Ofertę przewidziano dla 6 osób (w oparciu o dane historyczne), a także zaplanowano 2 dodatkowe miejsca w programie (w przypadku wystąpienia zapotrzebowania). Ogółem program będzie dedykowany do 8 osób.

Okolo 80% uczestników programu stanowić będą dzieci w wieku do 10 roku życia, 20% uczestników programu stanowić będą osoby powyżej 10 roku życia.

W przypadku wypadków losowych i związanych z nimi rezygnacjami z udziału w programie, programem zostaną objęte kolejne osoby lub środki zostaną przeznaczone na dotychczasowych uczestników programu (w przypadku braku nowych zgłoszeń). Dotychczas nie było rezygnacji z udziału w programie.

6. Organizacja programu

6.1 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 2019, 2020 i 2021 stanowi załącznik nr. 1, 2,3

6.2 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

1. Mieszkańcy Gminy Nędza,
2. Osoby w wieku 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 ryzyka ciężowo-porodowego,

- b. z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponoworzeniowe, 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,
- m. z wadami postawy, płaskostopiem, skoliozą niskostopniową.

Dla programu zostanie przeprowadzona akcja edukacyjno-informacyjna, tak by wszyscy zainteresowani mieli dostęp do oferty i możliwość dokonania zgłoszenia. Informacje na temat programu będą dostępne w Urzędzie Gminy Nędza oraz jednostkach podległych, a także na stronach internetowych. Dodatkowo ogłoszenia o programie pojawią się w Kościołach Katolickich zlokalizowanych na terenie gminy, przy okazji udzielania informacji o ogłoszeniach parafialnych, co z pewnością zwiększy liczbę osób, które uzyskają informacje o programie.

6.3 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Program realizowany jest w formie:

- 1. indywidualnych sesji terapeutycznych,
- 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 eg 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 w wieku 3-25 lat,
- b) częstotliwość – 1 raz w tygodniu dla jednego dziecka,
- c) zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne: zajęcia logopedyczne, muzykoterapię, zajęcia Ruchu Rozwijającego wg. W. Sherborne, dogoterapię
- d) czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 6 miesięcy.

6.4 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 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522) raz 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, systematyczność i kompleksowość 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.

6.5 Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez

uczestników programu

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,

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.

6.6 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 2015 r. 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 Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz 1522).

6.7 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.

7. Koszty

Koszty jednostkowe:

1. Indywidualne sesje terapeutyczne:

Koszt sesji trwającej 30 minut dla 1 dziecka:

- a) Rehabilitacja metodą Vojty – 80,00 zł,
- b) Rehabilitacja metodą Bobat'h – 80,00 zł,
- c) Terapia SI – 80,00 zł
- d) Terapia psychologiczna, logopedyczna, pedagogiczna, terapia zajęciowa – po 80,00 zł

2. Grupowe Zajęcia Korekcyjne:

Koszt jednorazowych ćwiczeń dla 1 dziecka trwających 45 minut wynosi 80,00 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 80 zł i obejmuje jedną z wymienionych rodzajów terapii:

- a) metodę Ruchu Rozwijającego wg. Weroniki Sherborne,
- b) salę doświadczenia świata (Snoezelen),
- c) logorytmikę,
- d) muzykoterapię.
- e) dogoterapii,
- f) terapię zajęciową.

Na realizację programu zdrowotnego „Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu gminy Nędza w 2022 r. zostały zaplanowane środki finansowe w wysokości 40 000,00 zł. W latach kolejnych program będzie realizowany w ramach środków zaplanowanych w budżecie gminy.

8. 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 1,2,3 do programu),
- 3) dokumentacji medycznej.
- 4) 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 (zdefiniowana przez zespół terapeutyczny prowadzący program). Do oceny jakościowej wykorzystane zostaną także mierniki zaproponowane w programie.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostaje sporządzona przez realizatora programu na podstawie dokonanej oceny skuteczności rehabilitacyjnej indywidualnie dla każdego dziecka (załącznik nr 1,2,3 do programu), a także na podstawie mierników zaproponowanych w programie.

9. Okres Realizacji programu

01.01.2022 – 31.12.2025