

**Uchwała Nr 0007.XXI.60.2012  
Rady Gminy Krzyżanowice**

**z dnia 25 października 2012 roku**

**w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego o nazwie: „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci Niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice w latach 2012-2016”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 roku, Nr 142, poz. 1591 z późniejszymi zmianami) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami)

**Rada Gminy Krzyżanowice  
uchwala, co następuje:**

**§ 1**

Przyjmuje się program zdrowotny o nazwie: „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci Niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice w latach 2012-2016”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Krzyżanowice.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

## **Uzasadnienie**

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Rada Gminy Krzyżanowice przyjmując program zdrowotny podejmuje działania zmierzające do polepszenia stanu zdrowia oraz jakości życia swoich mieszkańców.

Biorąc po uwagę wytyczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015 oraz uwzględniając potrzeby zgłaszane przez mieszkańców, Rada Gminy Krzyżanowice podejmuje uchwałę o przyjęciu programu zdrowotnego pn.: „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci Niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice na lata 2012 – 2016”.

Projekt niniejszej uchwały stosownie do przepisu art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami) został przesłany w dniu 04.07.2012 roku do zaopiniowania Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Do dnia podjęcia uchwały Agencja nie wniosła zastrzeżeń do uchwalonego programu zdrowotnego pn.: „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci Niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice w latach 2012-2016”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

Załącznik  
do Uchwały Nr 0007.XXI.60.2012  
Rady Gminy Krzyżanowice  
z dnia 25 października 2012 roku

# PROGRAM ZDROWOTNY

## KOMPLEKSOWA REHABILITACJA I TERAPIA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENU GMINY KRZYŻANOWICE W LATACH 2012 – 2016

### Okres realizacji programu:

*lata 2012 – 2016*

### Autorzy:

Urząd Gminy Krzyżanowice

ul. Główna 5

47-450 Krzyżanowice

## SPIS TREŚCI

Opis problemu zdrowotnego.....	4
Problem zdrowotny i epidemiologia.....	4
Świadczenia realizowane w ramach programu.....	8
Kinezyterapia.....	8
Fizykoterapia.....	9
Masaż leczniczy.....	10
Metody neurofizjologiczne.....	11
Terapia psychologiczna.....	13
Terapia logopedyczna.....	14
Terapia rewalidacyjna.....	15
Metody ruchu rozwijającego wg Weroniki Sherborne.....	15
Metoda M.Ch. Knill.....	16
Poranny krąg.....	16
Sala Doświadczenia Świata (SNOEZELEN).....	17
Terapia zajęciowa.....	18
Muzykoterapia.....	19
Dogoterapia.....	19
Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.....	21
Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	21
Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	21
Cele programu.....	22
Adresaci programu (Populacja programu).....	23

Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	25
Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....	25
Warunki niezbędne do realizacji programu.....	26
Dowody skuteczności planowanych działań.....	26
Monitorowanie i ewaluacja efektów zdrowotnych.....	27

## Opis problemu zdrowotnego

### Problem zdrowotny i epidemiologia

Definicje osoby niepełnosprawnej pojawiają się w literaturze fachowej w różnych sformułowaniach. Definicje te przyjmują dwojakiego rodzaju kryteria, a mianowicie:

- biologiczne (medyczne) - czyli uszkodzenie narządów i ich czynności, powodujące naruszenie lub obniżenie ich sprawności funkcjonowania oraz całego organizmu z uwagi na to, że wszystkie czynności są wzajemnie uwarunkowane i skoordynowane,
- społeczne - wskazujące na konsekwencje tego uszkodzenia i obniżenia sprawności w różnych sferach życia oraz na relacje danej osoby ze środowiskiem, w którym żyje i działa.

Jak widać, zdefiniowanie pojęcia niepełnosprawności jest trudne, bowiem trudne do dokładnego określenia są granice między sprawnością a niepełnosprawnością.

Zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) „osoba niepełnosprawna to osoba, u której istotne uszkodzenia i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodują uniemożliwienie, utrudnienie lub ograniczenie sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, biorąc pod uwagę takie czynniki jak płeć, wiek oraz czynniki zewnętrzne.” Toteż etykietę „niepełnosprawny” możemy otrzymać w każdym momencie i na każdym etapie naszego życia.

Wyróżnia się trzy główne rodzaje dysfunkcji:

- fizyczne,
- umysłowo-psychiczne,
- pozostałe i bliżej nieokreślone.

Poza wyżej wymienionymi można jeszcze wyróżnić sprzężone schorzenia psychofizyczne określające znaczny stopień niepełnosprawności. Inny podział charakteryzujący osoby niepełnosprawne uwzględnia rodzaj ich niepełnosprawności.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia „osoby niepełnosprawne to osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej, powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych” (Źródło: M. Borkowska 1997).

W polskim prawie pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w 1982 r. w uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W następnych latach podejmowano wiele prób zdefiniowania tego pojęcia. W efekcie tych prób w 1996 r. powstała definicja opracowana przez grupę specjalistów powołanych przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych w następującym brzmieniu: „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny (lub) psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnienie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”.

Podobna definicja zawarta jest w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej w 1997 roku przez Sejm RP (Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r., Monitor Polski Nr 50, poz.475). Będąca w powszechnym użyciu jest definicja zawarta w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. Nr 123, poz.776 z późn. zm.), która brzmi: „Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej”. Definicja ta daje podstawy do określenia trzech stopni niepełnosprawności, a mianowicie: lekki, znaczny i umiarkowany. Każdy z tych stopni określa stan zdrowia z uwzględnieniem kryterium zawodowego.

Natomiast według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia z 2001 roku istotę niepełnosprawności stanowi odchylenie od normalnego poziomu funkcjonowania w trzech obszarach:

- biologicznym - zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie przebiegu czynności organizmu na skutek uszkodzenia jego narządów,
- indywidualnym - ograniczenie aktywności i działania w podstawowych sferach życia osobistego,
- społecznym - ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym swojego środowiska.

(Źródło: dr n. med. Bożena Kurkus - Rozowska (CIOP-PIB) „Osoby niepełnosprawne – zatrudnienie a jakość życia”)

Znaczną grupę wśród osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie stanowią dzieci i młodzież.

**Osoby niepełnosprawne prawnie** - takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, wydane przez organ do tego uprawniony.

**Osoby niepełnosprawne biologicznie** - takie, które odczuwały całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla danego wieku.

Powyższa tabela obrazuje jak liczną grupę stanowią dzieci i młodzież dotknięte niepełnosprawnością.

Szansą dla wszystkich osób obarczonych deficytami ograniczającymi lub uniemożliwiającymi w pełni samodzielne funkcjonowanie jest rehabilitacja.

Według definicji WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub

możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży najogólniej mówiąc do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Rozwój rehabilitacji, jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej, uznano ją wtedy za integralną 3 fazę procesu terapeutycznego (obok diagnozowania i leczenia). Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli prof. Wiktor Dega, prof. Adam Gruca, prof. Kazimiera Milanowska oraz prof. Marian Weiss.

Polski model rehabilitacji, zgodnie z założeniami prof. Wiktora Degi sprecyzował cztery podstawowe zasady rehabilitacji: powszechność, wczesność, kompleksowość i ciągłość.

Zasady te mówią o tym, że każdy ma prawo do rehabilitacji, bez względu na wiek, rozpoznanie czy rokowania. 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 raz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji

(Źródło: [www.medisystem.pl/index.php/site/site\\_show/22/Rehabilitacja.html](http://www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/22/Rehabilitacja.html)). W skład zespołu terapeutycznego wchodzi:

- - lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- - lekarze innych specjalności,
- - fizjoterapeuci,
- - terapeuta zajęciowy,
- - logopeda, neurologopeda,
- - pielęgniarka,
- - psycholog,
- - pedagog specjalny.

Proces rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych nie może ograniczać się tylko i wyłącznie do leczenia deficytu, ale musi opierać się na kompleksowych i wielodyscyplinarnych świadczeniach zdrowotnych prowadzonych z odpowiednią intensywnością i systematycznością.

Wyodrębnienie rehabilitacji leczniczej, psychicznej, zawodowej i społecznej nie oznacza, iż są one niezależne, stanowią bowiem kompleksowy i skoordynowany proces, który ma przygotować osoby niepełnosprawne do samodzielnego życia i pracy zgodnie z ich możliwościami.



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

***Dane statystyczne określające ilość dzieci korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych z budżetu gminy Krzyżanowice***

ROK	OGÓŁEM	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	OŚRODEK DZIENNY
2009	3	1	2
2010	9	7	2
2011	9	7	2
<b>ŚREDNIA ROCZNA</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

Przedstawiony program zdrowotny powstał w głównej mierze w celu uzupełnienia świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia gwarantowane nie zaspakajają w pełni potrzeby rehabilitacyjnych i terapeutycznych młodych, niepełnosprawnych mieszkańców Gminy Krzyżanowice .

Gmina Krzyżanowice od 5 lat umożliwia dzieciom niepełnosprawnym korzystanie z ponadstandardowych świadczeń rehabilitacyjnych. Dotychczas świadczenia te były 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 Krzyżanowice planuje wdrożyć niniejszy 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 2012 roku do 2016 roku. Program obejmuje realizację wielospecjalistycznej, kompleksowej rehabilitacji dzieci niepełnosprawnej, w wieku od 0 do 18 lat, wymagającej intensywnego usprawniania oraz stymulacji rozwoju.

**Program realizowany jest poprzez:**

1. Diagnozowanie medyczne, 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. Organizowanie spotkań i zespołów terapeutycznych z udziałem rodziców dzieci niepełnosprawnych.
9. Objęcie opieką i wsparciem rodziców dzieci niepełnosprawnych w ramach organizowanych form pomocowych: grupa wsparcia, spotkania integracyjno – edukacyjne i terapeutyczne.
10. Uczestnictwo dzieci i rodziców w różnego rodzaju imprezach sportowo-rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych o charakterze integracyjnym.

Program skierowany jest w szczególności **do dzieci w wieku od 3 do 18 lat z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i głęboką sprzężoną niepełnosprawnością.**

**Świadczenia realizowane w ramach programu  
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:

- ćwiczenia czynne wykonywane przez pacjenta pod kierunkiem terapeuty lub przy jego pomocy),
- ćwiczenia bierne - wykonywane przez terapeutę,
- ćwiczenia czynnobierne,
- ćwiczenia izometryczne (polegają na czynnym napinaniu mięśni bez ruchu w stawie),
- ćwiczenia oddechowe (poprawiające sprawność układu oddechowego),
- ćwiczenia asymetryczne,
- ćwiczenia terapii manualnej.

### **Fizykoterapia**

Jest to zespół metod wykorzystujących różne formy energii do leczenia i zapobiegania różnego rodzaju schorzeniom. Celem fizykoterapii jest zwalczanie bólu, stanów zapalnych, usprawnianie czynności poszczególnych narządów i układów oraz poprawa ogólnej wydolności organizmu.

W ramach fizykoterapii wykonywane są zabiegi z zakresu:

#### **Elektrolecznictwo:**

- galwanizacja - zabieg polegający na poddaniu tkanek wpływowi przepływającego stałego prądu elektrycznego. Stosowany w leczeniu: nerwobóli, chorób zwyrodnieniowych stawów, porażeniu nerwów obwodowych, stanów pourazowych, ran pooperacyjnych,
- jonoforeza - to aplikowanie przez skórę wskazanego leku za pomocą prądu stałego. W zabiegu stosuje się najczęściej leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym, rozszerzającym naczynia krwionośne, rozmiękczającym tkankę bliznowatą,
- elektrostymulacja - zabieg wywołujący kontrolowany skurcz mięśnia. Znajduje szerokie zastosowanie w chorobach neurologicznych, gdy przewodzenie impulsów nerwowych do mięśni jest zaburzone. Stosowany w osłabieniu siły mięśniowej, częściowych uszkodzeniach nerwów obwodowych, porażeniach wiotkich i zanikach mięśniowych,
- diadynamik - prądy zmienne stosowane w celu zmniejszenia lub zwiększenia pobudliwości nerwów i mięśni o działaniu przeciwbólowym lub poprawiającym ukrwienie,
- tonoliza - jest to wykorzystanie prądu małej częstotliwości do normalizacji stanu napięcia mięśni antagonistycznych w stosunku do grupy mięśni porażonych spastycznie.

## **Światłolecznictwo:**

- sollux - nagrzewanie tkanki za pomocą lampy o silnym świetle podczerwonym. Podczas naświetlania dochodzi do głębokiego przegrzania tkanek - tym samym uaktywniają się procesy regeneracyjne w miejscach zmienionych chorobowo. Stosowanie różnej barwy filtrów skutecznie rozszerza zakres możliwości leczenia lampą.
- Lampa kwarcowa – przeznaczona jest do terapii z wykorzystaniem promieniowania ultrafioletowego. Pod wpływem tego promieniowania następuje: szybszy wzrost komórek naskórka, zwiększenie elastyczności skóry, zwiększenie liczby białych krwinek w miejscu naświetlania, zmniejszenie podatności na zakażenia.

## **Okłady ciepłe**

Są to zabiegi lecznicze, polegające na stosowaniu ciepłych okładów miejscowych, powodujących głębokie przenikanie ciepła do tkanek podnosząc ich ukrwienie, temperaturę, zmniejszając obrzęk i napięcie mięśni.

## **Magnetoterapia**

W magnetoterapii wykorzystuje się zmienne pola magnetyczne impulsywne, działające przeciwbólowo, przeciwzapalnie, przeciwobrzękowo oraz przekrwienie

## **Laseroterapia**

Laseroterapia stanowi metodę bodźcowego oddziaływania energii promieniowania laserowego na chore tkanki, polega na aplikowaniu na chore miejsca światła laserowego o odpowiedniej mocy i długości fali.

## **Masaż leczniczy**

Jest to zabieg, który w zależności od formy i intensywności może być leczniczy, relaksacyjny lub pobudzający.

Masaż leczniczy oparty jest na technikach masażu klasycznego. Głównym celem jest leczenie pewnych zaburzeń organizmu poprzez zabiegi manualne. Każdy masaż może być poprzedzony zabiegami fizykalnymi np. naświetleniami lampą Sollux, okładami ciepłymi. Działanie centralne masażu polega na pobudzaniu układu nerwowego, który za pomocą odruchów i czynności koordynacyjnych kory mózgowej jest w stanie wpłynąć na wszystkie narządy i układy naszego organizmu. Najczęściej stosuje się masaż całego ciała, masaż częściowy, masaż Shantala.

## Metody neurofizjologiczne

### Metoda Wojty

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 Wojtę, jako odruchowe pełzanie, odruchowe przetaczanie i postępowanie w tzw. sztucznych pozycjach.

Wykorzystano w tej metodzie filo – 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 Wojty 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 wyzwalań. 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 Wojty przechodzi kliniczną ocenę rozwoju i jest to:

- 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.
- ocena spontanicznej motoryki. Każdy poziom rozwoju posiada charakterystyczne zachowania dziecka w zakresie orientacji, chwytności, lokomocji.
- diagnostyka rozwojowa – na podstawie tego tekstu 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.

## **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.

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.

Ćwiczenia 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. Działania w zakresie terapii kierowane są szczególnie do dzieci z: - niepełnosprawnością intelektualną, zespołem Downa, autyzmem, - ADHD, zaburzeniami koncentracji uwagi ADD, dysleksją i dysgrafią, innymi specyficznymi trudnościami

w uczeniu się, nadwrażliwością w różnych obszarach zmysłowych.

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 na 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 w oparciu 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.

## **Terapia psychologiczna**

Terapia psychologiczna wskazana jest u dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Proces terapeutyczny realizowany jest na podstawie diagnozy psychologicznej, która umożliwia zbadanie aktualnego poziomu rozwoju dziecka. Pierwszym etapem diagnozy jest przeprowadzenie wywiadu 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:

- Skala Rozwoju Psychofizycznego Dziecka Brunet - Lezine,
- Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci Wersja Zmodyfikowana (WISCR),
- Skala Dojrzałości Umysłowej COLUMBIA,
- Test Percepcji Wzrokowej Frostig,
- Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu DUM,
- Test Matryc Revena,
- Dziecięca Skala Rozwojowa,
- Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera.

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

W trakcie psychoterapii zastosowanie znajdują takie metody jak:

- trening relaksacyjny,
- wygaszanie niekonstruktywnych zachowań,
- ćwiczenia grafomotoryczne,
- ćwiczenia z zakresu percepcji wzrokowej.

Główną formą psychoterapii znajdującą zastosowanie w pracy z dziećmi to psychoterapia poprzez zabawę. W swoich działaniach psycholog systematycznie współpracuje z zespołem terapeutycznym oraz rodzicami.

## **Terapia logopedyczna**

W ramach terapii logopedycznej dzieci z zaburzonym rozwojem poddawane są indywidualizowanej 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:

- LOGO Gry,
- Mówiące obrazki,
- Szereg ciszący,
- Szereg szumiący,
- Szereg syczący,
- Głoska „r”,
- Różnicowanie szeregów oraz
- Echokorektor,
- Wibrator językowy,
- Kwestionariusz niepełności mówienia i logofobii,
- Test słownika dziecka,
- Test „Sprawdź jak mówię?” – karta badania logopedycznego,
- Przesiewowy test logopedyczny,
- Kwestionariusz Cooperów,



- Test sprawności językowej,
- Program terapeutyczno – stymulacyjny,
- Afa – skala – jak badać mowę dziecka afatycznego. Zajęcia obejmują:
- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia percepcji słuchowej,
- ćwiczenia artykulacyjne,
- ćwiczenia relaksacyjne,
- zabawy dźwiękonaśladowcze,
- zabawy rozwijające zmysły,
- zabawy rozwijające koordynację - wzrokowo – ruchową,
- zabawy słuchowo - ruchowe oraz słuchowo – wzrokowe.

## **Terapia rewalidacyjna**

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

### **Metoda ruchu rozwijającego wg Weroniki Sherborne**

Głównym założeniem tej metody jest posługiwanie się ruchem, jako narzędziem we wspomaganie rozwoju psychoruchowego dziecka oraz w terapii zaburzeń rozwoju. Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch:

- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- świadomości przestrzeni i działania w niej,
- 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 i 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;
  - wyczuwanie własnego ciała;

- nazywanie części ciała;

2. Ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu.

- indywidualne;

- w parach;

- w grupie;

3. Ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą:

- ćwiczenia "z" w parach;

- ćwiczenia "przeciwko" w parach;

- ćwiczenia "razem" w parach;

- 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.

### **Metoda M. Ch. Knill**

Metoda M. Ch. Knill to gotowa propozycja postępowania terapeutycznego z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Praca metodą pomaga dziecku doświadczyć jego ciała, jako jedności i wspomaga rozwój wyobrażenia ciała wtedy, gdy dziecko nie jest zdolne do używania tego ciała aktywnie. Do każdego Programu jest odpowiednio skomponowana, która wyznacza sekwencje ruchu i czas jego trwania.

(Źródło: „Dotyk i komunikacja”, Ch. Knill, CMPPP, Warszawa 1997r. autorstwa oraz „Programy aktywności – świadomości ciała kontakt i komunikacja”, M. i Ch. Knill, CMPPP, Warszawa 1997r.)

### **Poranny Krąg**

Poranny Krąg, czyli stymulacja polisensoryczna według pór roku. Podstawą tworzenia zajęć Porannego Kręgu jest świat przyrody będący źródłem podstawowych symboli takich jak: żywioły, smaki, zapachy, barwy, wrażenia dotykowe oraz termiczne. Głównym celem zajęć jest spotkanie terapeuty i dziecka oraz dzieci ze sobą nawzajem. Istotą spotkania jest komunikacja i budowanie relacji między ludźmi. Bardzo ważną sprawą jest stworzenie

odpowiedniej oprawy tego spotkania. W przypadku dzieci głęboko upośledzonych umysłowo konieczna jest rytualizacja wykonywanych czynności. Zapewniamy dziecku przewidywalność zdarzeń, która daje mu poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwia nawiązanie z nim kontaktu.

### **Sala Doświadczania Świata**

Sala Doświadczania 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. Celem 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, przyciemnione światło oraz sprzęt terapeutyczny taki jak:

- prysznic światłowodowy,
- kolumna wodna,
- kula lustrzana,
- węże świetlne,
- projektory.

Terapia 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 jest tworzenie takiej przestrzeni, w której jednostka, objęta terapią w miarę możliwości percepcyjnych, pozna podstawy, odpowiednio ukierunkowujące do pełnienia czynności życia codziennego. Dobrowolną, niczym niesterowaną aktywność dziecka niepełnosprawnego w Sali Doświadczania Świata odzwierciedla jego autonomiczność.

Terapia powoduje, że:

dziecko ożywia się, wykazuje zainteresowanie otaczającą rzeczywistością - modyfikuje zachowania,

- przy zaangażowaniu zmysłu dotyku i wzroku jednostka nabywa nowe, życiowe doświadczenia,
- dziecko wyraża zainteresowanie, obojętność czy awersję. W odpowiedni dla siebie sposób przekazuje informację o przeżywanych doznaniach,

- dziecko skupia uwagę na wybranym elemencie wyposażenia, rozwija, zatem koncentrację,
- dziecko samo dobiera aktywność w Sali Doświadczania Świata, rozwija w ten sposób poczucie autonomii,
- rozwija się poczucie bezpieczeństwa i zaufania,
- rozwijają się potrzeby poznawania świata i określonych elementów rzeczywistości,
- 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. 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.

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

### **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 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. W Ośrodku terapia zajęciowa prowadzona jest:

- grupowo,

- indywidualnie.

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

### **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:

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

Muzykoterapia jest wskazana w terapii dzieci z trudnościami w nauce czytania i pisania (dyslektyków), w 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.

### **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 terapeuta zareagował agresją, nawet, jeśli zostanie uderzony przez pacjenta lub pociągnięty np. za ogon.

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:

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

Dogoterapia ułatwia:

- rozwijanie mowy, wzbogacanie słownika,
- przełamywanie lęku,
- rozwijanie funkcji poznawczych,
- stymulowanie zmysłów, ćwiczenie koncentracji i koordynacji ruchów, orientacji przestrzennej,

- rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego
- stymulowanie pracy mięśni poprzez wykonywanie ćwiczeń ruchowych
- budowanie poczucie własnej wartości, pewności siebie, bezpieczeństwa
- podnoszenie aktywności, rozwijanie samodzielności i odpowiedzialności
- łagodzenie stresu,
- rozwijanie spontanicznej aktywności
- motywowanie i mobilizowanie do podejmowania działań
- 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.

### ***Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu***

Dzieci zamieszkałe i zameldowane na terenie Gminy Krzyżanowice w przedziale wiekowym od 0 do 18 lat z deficytami rozwojowymi.

### **Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych 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 30.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Z 2009 r. Nr 140, poz. 1145 z póź. zm.) oraz niewystarczającą ilością świadczeń zakontraktowanych przez NFZ. Określone limity w znacznym stopniu ograniczają dostępność i prowadzenie skutecznej rehabilitacji u dzieci z deficytami rozwojowymi.

### **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 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 Kompleksowej rehabilitacji i terapii dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice.

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.

## **Cele programu**

### **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.

### **Cele szczegółowe**

- jak najwcześniejsze rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych u najmłodszych dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem,
- stworzenie warunków do przywrócenia i poprawy stanu zdrowia,
- kształtowanie i utrwalanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowanie prawidłowych wzorców postawy i ruchu dzieci i młodzieży w granicach ich możliwości,
- edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka,
- udzielanie rodzicom porad i instruktażu i w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka,
- inspirowanie rodziców dzieci niepełnosprawnych do współpracy z zespołem terapeutycznym poprzez udział w posiedzeniach teamów terapeutycznych,
- objęcie opieką i wsparciem rodziców dzieci niepełnosprawnych w ramach organizowanych form pomocowych: grupa wsparcia, spotkania integracyjno – edukacyjne i terapeutyczne.



## **Oczekiwane efekty**

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

## **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:

- ogólna ocena stanu zdrowia pacjenta - badanie lekarskie,
  - ocena rozwoju psychoruchowego,
  - ocena rozwoju neurofizjologicznego,
  - ocena spontanicznej motoryki,
  - ocena deformacji, cech dyzmorfii i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych,
- ocena percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem,
- określenie zakresu ruchu w stawach,
  - ocena aktywności ruchowej pacjenta,
  - ocena czucia powierzchownego i głębokiego,
  - ocena odruchów ścięgnisto – okostnowych,
  - pomiar długości kończyn i obwodów,
  - ocena chodu i lokomocji,
  - ocena samoobsługi i samodzielności,
  - ocena deformacji i zniekształceń, ocena sprawności posługiwania się przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi - badanie psychologiczne i testem, ocena poziomu rozwoju mowy i badanie testem logopedycznym.

## **Adresaci programu (Populacja programu)**

Adresatami docelowymi programu są dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu w liczbie ok. 20 dzieci, w głównej mierze korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Informacja o realizacji Programu Zdrowotnego zostanie zamieszczona na stronie internetowej Urzędu Gminy Krzyżanowice, w lokalnych mediach (prasa). Zostaną również wystosowane pisma informujące o Programie do Poradni POZ na terenie powiatu Racibórz i Wodzisław Śląski.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert. Świadczenia zdrowotne będą realizowane na terenie powiatu Racibórz i Wodzisław Śląski.

## **Organizacja programu**

### **Części składowe, etapy i działania organizacyjne**

- Uzyskanie opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych,
- Podjęcie Uchwały Rady Gminy Krzyżanowice w sprawie przyjęcia Programu Zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice”
- Ogłoszenie konkursu na realizację Programu,
- Wyłonienie wykonawcy Programu,
- Realizacja Programu (kwalifikacja dzieci do udziału w programie z uwzględnieniem rodzaju zaplanowanych świadczeń, realizacja świadczeń zdrowotnych),
- Weryfikacja i ocena realizacji Programu dokumentowana na kartach stanowiących załącznik nr 1.

### **Kryteria i sposób kwalifikacji**

- Mieszkańcy Gminy Krzyżanowice,
- Dzieci w wieku od 0 do 18 lat obciążone deficytami rozwojowymi, przede wszystkim korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych,
- Posiadanie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na rehabilitację. Kwalifikacji do uczestnictwa w programie dokonuje lekarz rehabilitacji medycznej.

Do uczestnictwa w programie mogą być zakwalifikowane dzieci i młodzież:

- z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego;
- z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponoworodzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie);
- z chorobami metabolicznymi układu nerwowego;
- z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego;
- z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej);
- z zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa);

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

## **Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu**

Program realizowany jest w formie Ośrodka Dziennego, Ośrodek Dzienny – zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Odbiorcy świadczeń – dzieci i młodzież w wieku 3-18 lat;
- Częstotliwość- codziennie dla każdego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne, które nie są standardowymi, gwarantowanymi świadczeniami ze środków publicznych;

## **Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Działania programu są ściśle powiązane ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych ze względu na limitowaną liczbę świadczeń standardowych, gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Ciągłość, systematyczności 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.

## **Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania**

### **Kryteria oceny zakończenia rehabilitacji:**

- 1) Znaczna poprawa stanu zdrowia potwierdzona badaniem lekarskim i wpisem do historii choroby.
- 2) Ukończenie przez pacjenta 18 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 udziału w Programie odnotowane jest w dokumentacji medycznej dziecka. Każdy uczestnik programu, jeśli istnieją wskazania, ma możliwość kontynuacji rehabilitacji w ramach świadczeń standardowych, gwarantowanych.

### **Warunki niezbędne do realizacji programu**

- Posiadanie statusu Podmiotu leczniczego w myśl ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654);
- Prowadzenie działalności na podstawie wpisu do rejestru Podmiotów Działalności Leczniczej prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego;
- Posiadanie statutowych uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej dla dzieci;

Lokalizacja podmiotu leczniczego na terenie powiatu Racibórz i Wodzisław Śląski.

- 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;

Podmiot leczniczy realizujący Program musi spełniać warunki dotyczące gabinetów, ich wyposażenia i kwalifikacji personelu realizującego świadczenia zdrowotne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Z 2009 r. Nr 140, poz. 1145 z póź. zm.).

### **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 jakości życia dzieci i młodzieży.

### **Monitorowanie i ewaluacja efektów zdrowotnych**

Monitorowanie i ewaluacja efektów zdrowotnych prowadzona będzie na podstawie danych uzyskanych z zastosowanych w programie wskaźników ewaluacji.

.....  
Nazwisko i imię

.....  
PESEL

.....  
Data urodzenia

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL przedstawiciela ustawowego

.....  
tel. kontaktowy

.....  
Data przyjęcia do placówki

#### METODY OCENY SKUTECZNOŚCI REHABILITACJI W OŚRODKU DZIENNYM

(stosowane metody zaznaczyć X)

		Ogólna ocena stanu zdrowia pacjenta
		Ocena rozwoju psychoruchowego
		Ocena rozwoju neurofizjologicznego
		Ocena spontanicznej motoryki
		Ocena deformacji, cech dyzmorfii i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kg i kkd
		Ocena percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem
		Określenie zakresu ruchu w stawach
		Ocena aktywności ruchowej pacjenta
		Ocena czucia powierzchownego i głębokiego
		Ocena odruchów ścięgnisto-okostnowych
		Pomiar długości kończyn i obwodów
		Ocena chodu i lokomocji
		Ocena samoobsługi i samodzielności
		Ocena deformacji i zniekształceń
		Ocena sprawności posługiwania się przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi
		Badanie psychologiczne testem

Ocena lekarza

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data i podpis.....

Ocena psychologiczna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data i podpis.....

Ocena logopedyczna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data i podpis.....

Ocena pedagogiczna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data i podpis.....