

U C H W A Ł A Nr 0007.XXV.85.2016
RADY GMINY KRZYŻANOWICE
z dnia 27 grudnia 2016 roku

w sprawie: przyjęcia programu polityki zdrowotnej o nazwie; „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej z terenu Gminy Krzyżanowice na lata 2017-2021”.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 446 z późn. zm) oraz art.7 ust.1 pkt 1 i art. 48a ust. 2 z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)

Rada Gminy Krzyżanowice
Uchwała co następuje

§ 1

Przyjmuje się program polityki zdrowotnej o nazwie; „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej z terenu Gminy Krzyżanowice na lata 2017-2021”, który stanowi 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 pod uwagę wytyczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz uwzględniając potrzeby zgłaszane przez mieszkańców, Rada Gminy Krzyżanowice podejmuje uchwałę o przyjęciu programu polityki zdrowotnej pn: „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej z terenu Gminy Krzyżanowice na lata 2017-2021”.

Projekt niniejszej uchwały stosownie do art.48a ust.2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) będzie zapewniał kontynuację programu zdrowotnego pn: „Kompleksowa Rehabilitacja i Terapia Dzieci Niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice na lata 2012-2016”, dlatego też nie podlega opiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„KOMPLEKSOWA REHABILITACJA I TERAPIA DZIECI I MŁODZIEŻY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z TERENU GMINY KRZYŻANOWICE”
W LATACH 2017 - 2021”**

okres realizacji programu

2017 – 2021

autorzy:

**URZĄD GMINY KRZYŻANOWICE
UL. GŁÓWNA 5
47-450 KRZYŻANOWICE**

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego	3
a. problem zdrowotny	3
b. epidemiologia	6
c. populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	9
d. obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym	9
e. uzasadnienie potrzeby wdrażania programu	11
2. Cele programu	11
a. cel główny	11
b. cel szczegółowy	11
c. oczekiwane efekty	11
d. mierniki efektywności odpowiadające celom programu	12
3. Adresaci programu	12
a. oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	12
b. sposób zapraszania do programu	12
4. Organizacja programu	13
a. części składowe, etapy i działania organizacyjne	13
b. planowane interwencje	13
c. kryteria i sposób kwalifikacji uczestników	17
d. zasady udzielania świadczeń w ramach programu	17
e. sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	17
f. sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych	18
g. bezpieczeństwo planowanych interwencji	18
h. kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	18
i. dowody skuteczności prowadzonych działań	18
5. Koszty	19
a. źródła finansowania, partnerstwo	19
b. wykorzystanie środków – optymalizacja	19
6. Monitorowanie i ewaluacja	20
a. ocena zgłaszalności do programu	20
b. ocena świadczeń w programie	20
c. ocena efektywności w programie	20
7. Okres realizacji programu	20
8. Załącznik nr 1 – metody oceny skuteczności rehabilitacji	21
9. Załącznik nr 2 – formularz ewaluacji	22

1. Opis problemu zdrowotnego

a. problem zdrowotny

Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Definicja stosowana przez WHO przyjmuje, że do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby, z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób niepełnosprawnych. Pierwsza to definicja wynikająca z przepisów prawa i dotycząca prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych. Natomiast druga, dużo szersza stosowana jest w statystyce GUS. Definicja statystyczna ujmuje bowiem nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna).

W ramach obowiązujących uregulowań prawnych obecnie obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa (regulowane odrębnymi ustawami), prowadzone przez różne instytucje, tj. dla celów rentowych – orzecznictwo rentowe prowadzone przez ZUS oraz dla celów pozarentowych – orzecznictwo prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Na mocy prawa, posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez ww. organy kwalifikuje daną osobę do grupy niepełnosprawnych prawnie i daje podstawę do ubiegania się i korzystania ze specjalnej pomocy, ułatwień czy przywilejów, jakie przysługują tej zbiorowości (np. renta z tytułu niezdolności do pracy, zasiłek pielęgnacyjny, turnusy rehabilitacyjne, zniżka na przejazdy).

Niepełnosprawność biologiczna natomiast informuje jedynie o subiektywnej deklaracji osoby, że ma ograniczoną zdolność wykonywania wyspecyfikowanych czynności. Specyfikacja czynności stanowiąca kryterium wyodrębnienia populacji osób niepełnosprawnych biologicznie uległa istotnym zmianom z powodu zastąpienia krajowego narzędzia badawczego przez rekomendowany standard europejski.

Niepełnosprawność biologiczna według kryterium unijnego

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2009 r. żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych, czyli osób, które z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono poważne i mniej poważne ograniczenia). Nie był natomiast brany pod uwagę aspekt posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności. Dane wskazują, że według definicji unijnej częściej niż co piąty Polak został zaliczony do grupy osób niepełnosprawnych. 2/3 wspomnianej populacji stanowią osoby, które mają niezbyt poważne ograniczenie w wykonywaniu czynności, a pozostała 1/3 ma ograniczenia poważne. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. Według kryteriów unijnych wśród pięćdziesięciolatków co trzecia osoba została zaliczona do grupy osób niepełnosprawnych, a wśród siedemdziesięciolatków prawie 2/3 zbiorowości. Biologiczny aspekt niepełnosprawności widać wyraźnie jeżeli uwzględni się również inne cechy, także i te świadczące o braku zdrowia. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni zaliczane są do populacji osób niepełnosprawnych – prawie co czwarta kobieta i tylko co piąty mężczyzna. Jedynie co szоста osoba oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, większość jako taki sobie lub bardzo zły czy zły, a u ponad 90% osób tak wyodrębnionych występują długotrwałe problemy zdrowotne.

Oceniając poziom niepełnosprawności biologicznej w Polsce w końcu 2009 r. wyłącznie do populacji osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) można stwierdzić, że mimo że wyniósł

prawie 25%, to i tak kształtuje się na nieco niższym poziomie niż średnia unijna (prawie 26%). W wielu krajach Europy środkowej i wschodniej udział osób niepełnosprawnych biologicznie jest dużo wyższy niż w Polsce, np. w Estonii i na Węgrzech blisko 29%, na Łotwie – 31%, a na Słowacji blisko 33%.

Niepełnosprawność prawna

Jak wcześniej wspomniano system orzekania o niepełnosprawności osób w Polsce jest zawiły i mało czytelny. Obowiązujące przepisy prawne, w zależności od tego, kiedy się ukazały, używają różnego nazewnictwa w stosunku do tych samych osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów. Ponadto wydane orzeczenia o niepełnosprawności nie są względem siebie równorzędne. Czasem elementy zawarte w posiadanym orzeczeniu nie są wystarczające dla uzyskania ulg i świadczeń, o które osoba niepełnosprawna chce wystąpić i musi ona poddać się badaniom wymaganym przez inny organ orzekający. Ten dualizm orzecznictwa powoduje brak podstaw do rzetelnej i wiarygodnej informacji o tym, ile osób w Polsce faktycznie posiada orzeczenie o niepełnosprawności prawnej.

Statystyka publiczna próbuje zaspokoić te potrzeby informacyjne. Skala i struktura niepełnosprawności są przedmiotem badań GUS od 1978 r. Problem niepełnosprawności był podejmowany zarówno w ramach kolejnych powszechnych spisów ludności, jak też innych badań o charakterze ankietowym. Ostatnie pełne badanie liczby i struktury osób niepełnosprawnych (w tym także prawnie) przeprowadzono w ramach Narodowego Spisu Powszechnego w 2012r. W okresach międzyspisowych pewne aspekty niepełnosprawności obserwowane były w badaniach zdrowia (HIS 1996, 2004), warunków życia ludności (EUSILC) oraz badaniach aktywności ekonomicznej ludności (BAEL).

Analizując wyłącznie subpopulację osób niepełnosprawnych prawnie można stwierdzić, że zaostrzenie przepisów dotyczących przyznawania rent inwalidzkich i podobnych świadczeń odniosło widoczny skutek. Według szacunków pod koniec 2009 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 4,2 mln Polaków, w tym blisko 184 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, tj. o około 600 tys. osób więcej w porównaniu z szacunkami z badania BAEL. 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 porównywalne. Dotyczy to szczególnie skali zjawiska, w mniejszym stopniu struktur rozważanej zbiorowości.

Porównanie danych z dwóch kolejnych badań ankietowych o tej samej tematyce (badania dotyczące zdrowia) wskazuje, że w przeciągu ostatnich 5 lat populacja osób niepełnosprawnych prawnie zmniejszyła się o ponad 660 tys. W końcu 2009 r. orzeczenie o niepełnosprawności posiadał co 9 Polak, niezależnie od płci.

Niepełnosprawność prawna i biologiczna według kryteriów GUS

Przy ścisłym zastosowaniu definicji osoby niepełnosprawnej przyjętej w statystyce ta zbiorowość w Polsce jest znacznie większa, albowiem, jak wcześniej wspomniano, definicja ta obejmuje zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej – poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce wg kryterium GUS może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób. W przypadku dolnej granicy szacunku ujęto wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak również osoby, które miały poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności, a w przypadku górnej także osoby, które deklarowały jakiegokolwiek ograniczenia, nawet gdy były niezbyt poważne. Pierwsza szacowana wielkość (5,3 mln osób) prawie dokładnie odpowiada kryteriom, jakie dotąd

stosowano przy ustalaniu populacji osób niepełnosprawnych w Polsce (w badaniach ankietowych czy NSP), zaś druga (9 mln) uwzględnia również pełne kryteria niepełnosprawności biologicznej obowiązujące dla statystyki europejskiej. Tym niemniej, aby dokonać analizy zmian, jakie nastąpiły w czasie ostatnich 5 lat wśród zbiorowości osób niepełnosprawnych musimy przyjąć tylko jedno wybrane kryterium. Jak wcześniej wspomniano, sposób badania niepełnosprawności biologicznej w EHIS nie tylko został zmieniony, ale i też znacznie rozszerzony. Oprócz zmiany treści pytania rozszerzono kafeterię odpowiedzi. Z tego też względu nie można w pełni zastosować kryterium unijnego, ponieważ osoby, które w badaniu EHIS odpowiedziały, że mają ograniczoną zdolność wykonywania czynności, ale niezbyt poważnie, przy zastosowaniu kafeterii polskiej (np. w NSP czy badaniu HIS 2004 r.) odpowiedziałyby, że nie mają ograniczeń.

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.

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.

Postępowanie lecznicze u dzieci wymaga udziału wielu specjalistów oraz zaangażowania w ten proces rodziców dziecka. W postępowaniu tym powszechnie uznawane jest pierwszoplanowe znaczenie usprawniania ruchowego dzieci.

Dla potrzeb rehabilitacji dzieci wypracowano lub przystosowano cały szereg rozmaitych metod postępowania. Wśród autorów tych metod spotyka się takie nazwiska jak: Beamon i Obholzer, Bobath, Brunnström, Collis, Deaver, Doman, Fay, Farff i Grossman, Hipps, Kabat, Levitt, Lindemann, Neumann–Neurode i Dane, Perlstein, Petö, Phelps, Pohl, Rood, Schwartz, Steiner i König, Vojta, Sherborne i inne. Znaczna liczba przytoczonych metod świadczy z pewnością o dużej ich niedoskonałości. Większość z nich łączy zbliżone założenia neurofizjologiczne, a różni sposób realizacji założonych celów. We wszystkich metodach chodzi z pewnością o pobudzenie rozwoju neuroruchowego i poprawę funkcjonalną. Rozmaicie są natomiast rozłożone naciski na stymulację poszczególnych sfer rozwoju psychomotorycznego. Zawsze chodzi jednak o aktywne leczenie, przy pomocy którego usprawnia się funkcje ruchowe, które u zdrowego rozwijają się spontanicznie, a u dzieci dotkniętych dysfunkcjami narządu ruchu wymagają pomocy terapeuty.

Program polityki zdrowotnej „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej mieszkającej z terenu gminy Krzyżanowice w latach 2017-2021” jest kierowany do dzieci z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego, z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, 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 (w tym z zespołem Downa), z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (w tym 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. Dzieci i młodzież niepełnosprawna wyróżnia się potrzebą udzielania specjalnej kompleksowej pomocy zarówno w sferze psychicznej jak i fizycznej. Dotyczy to także osób niepełnosprawnych intelektualnie i ruchowo do ukończenia 25 r.ż.

Program stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zasadność prowadzenia i finansowania przez samorząd terytorialny programu ukierunkowanego na kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych, w tym również dzieci i młodzież, wynika z niewystarczających środków na pokrycie faktycznego zapotrzebowania w tym zakresie, określonych kontraktami z podpisanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia z placówkami działającymi w zakresie rehabilitacji na terenie gminy Krzyżanowice.

W ramach programu zaplanowano prowadzenie indywidualnych i grupowych form terapii i stymulacji rozwoju dziecka w systemie opieki dziennej (m.in. terapii rewalidacyjnej, terapii funkcjonalnej, codziennych zabiegów i czynności pielęgnacyjno- opiekuńczych, zabaw i gier zespołowych), wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego, szkoleń terapeutycznych dla rodziców podczas których udzielane będą wskazówki dotyczące metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania.

b. epidemiologia

Program zdrowotny „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej mieszkającej z terenu gminy Krzyżanowice w latach 2017-2021” oparto na priorytetach zdrowotnych ustalonych w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 137, poz. 1126) ze zwróceniem szczególnej uwagi na wczesną diagnozę, terapię i rehabilitację, których celem będzie:

- ◆ zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia,
- ◆ ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną, rehabilitacją osób poszkodowanych,
- ◆ rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności.

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła na koniec marca 2011 r. Około 4,7 mln (dokładnie 4 697,0 tys.). Tym samym liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stanowiła 12,2% ludności kraju wobec 14,3% w 2002 r. (blisko 5,5 mln osób niepełnosprawnych w 2002 roku). Udział mężczyzn wśród osób niepełnosprawnych wynosił 46,1% wobec 53,9% dla kobiet.

Prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności posiadało w 2011 roku przeszło 3,1 mln osób (dokładnie 3 133,5 tys.). Liczebność zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie (jednocześnie) wynosiła 2 652,0 tys., tylko prawnie – 479,5 tys., tylko biologicznie – 1 565,6 tys., biologicznie – 4 217,6 tys.

W porównaniu z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku ogólna liczba osób niepełnosprawnych obniżyła się o 759,7 tys., tj. o 13,9%, zaś liczba osób

niepełnosprawnych prawnie zmniejszyła się o 1 316,6 tys., tj. o 29,6%. Natomiast liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie zwiększyła się o 559,0 tys., tj. o 55,5%.

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 (NSP 2011) został przeprowadzony inną metodą niż poprzedni – z 2002 roku. W NSP 2011 zostały wykorzystane administracyjne bazy danych. Ponadto dane dotyczące niepełnosprawności zostały zebrane w ramach spisu reprezentacyjnego, co oznacza że nie wszystkim Polakom zostały zadane pytania o niepełnosprawność. Dane ze spisu reprezentacyjnego zostały uogólnione na całą populację.

Spadek liczby osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej oraz zmianę struktury osób niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności potwierdzają wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności.

Według wyników kwartalnego reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), prowadzonego przez GUS od 1992 roku, liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej od 2002 roku systematycznie spadała i w 2009 roku wynosiła 3,5 mln (dokładnie 3 506 tys.). Według danych BAEL przeliczonych w oparciu o nowe bilanse ludności po NSP 2011, liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w 2014 roku kształtowała się na poziomie 3,3 mln osób (dokładnie 3 272 tys.). Oznacza to, że 10,6% ludności w wieku 15 lat i więcej posiadało prawne orzeczenie niepełnosprawności. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym wynosiła średniorocznie 1 901 tys., co stanowiło 8,4% ludności w tym wieku.

Zmianę struktury osób niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności można zaobserwować porównując dane dotyczące udziału osób o określonych stopniach niepełnosprawności w populacji osób niepełnosprawnych prawnie ogółem w latach 2002 - 2014. I tak według BAEL udział osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności w 2002 roku wynosił 21,1%, z umiarkowanym – 35,1%, z lekkim – 42,7%. Natomiast w 2014 roku odsetki te wynosiły odpowiednio: 28,4%, 42,3% i 29,3%. Wśród osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym struktura ta przedstawiała się następująco: 22,0% - znaczny stopień niepełnosprawności, 45,0% - umiarkowany, 33,0% - lekki.

Według Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia pod koniec 2009 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 4,2 mln Polaków, w tym blisko 184 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, tj. o około 600 tys. 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 porównywalne.

W rezultacie pod koniec 2009 r. struktura osób niepełnosprawnych prawnie według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia przedstawiała się następująco: częściej niż co trzeci niepełnosprawny prawnie posiadał orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a kolejne po około 30% osób posiadało orzeczenie o znacznym i lekkim stopniu niepełnosprawności. Dzieci do lat 16 natomiast stanowiły 4,4% ogółu populacji osób niepełnosprawnych prawnie.

Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowią schorzenia układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne. Relatywnie niższy udział procentowy osób z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, z chorobą psychiczną i upośledzeniem umysłowym w zbiorowości osób niepełnosprawnych dotyczy jednak tysięcy osób o obniżonej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, a zatem i wymagających szczególnego podejścia w edukacji, na rynku pracy i w życiu codziennym.

Wyniki spisu ludności 2011 roku wykazały wstępnie, że liczba osób, które zadeklarowały ograniczenie zdolności do wykonywania zwykłych czynności podstawowych dla swojego

wieku i/lub posiadały ważne orzeczenie kwalifikujące je do zaliczenia do zbiorowości osób niepełnosprawnych wynosiła 4 697,5 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju, wobec 14,3% w 2002 r.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż w związku z dobrowolnym charakterem pytań dotyczących niepełnosprawności blisko 1,5 mln respondentów odmówiło udzielenia odpowiedzi. Można przypuszczać, że w tej zbiorowości znajdują się osoby niepełnosprawne, które mogą posiadać udokumentowane orzeczenie, jednak nie chciały udzielić odpowiedzi na pytania formularza w części dotyczącej niepełnosprawności. Również braki danych mogą rzutować na uzyskaną w spisie strukturę osób niepełnosprawnych. Bardzo liczną grupą ludności, o której nie zebrano bardziej szczegółowych danych (również w innych obszarach tematycznych) są przede wszystkim osoby przebywające za granicą 12 miesięcy lub dłużej.

Wyniki spisu 2011 dotyczące osób niepełnosprawnych należy traktować jako wstępne. Nadal będą prowadzone pogłębione analizy, których celem będzie zmniejszenie liczby brakujących odpowiedzi (ok. 1940,2 tys.), natomiast nie ulegnie już zmianie liczba odmów odpowiedzi przez respondentów.

W świetle powyższych wyjaśnień należy przyjąć, że ogólne liczby osób niepełnosprawnych mężczyzn i kobiet, w miastach i na wsi, uzyskane wstępnie z wyników spisu 2011 – są niedoszacowane. W konsekwencji zaniżone są także odsetki osób niepełnosprawnych w relacji do ogólnej liczby ludności. Pomimo niedoszacowania ogólnej liczby osób niepełnosprawnych wydaje się zasadne przeprowadzenie analizy zmian w strukturze według rodzaju oraz stopnia niepełnosprawności wśród kobiet i mężczyzn.

Według wyników spisu w 2011 roku wśród ogółu osób niepełnosprawnych 2530,4 tys. stanowiły kobiety, których w porównaniu do spisu 2002 odnotowano spadek o 12,4%.

W miastach zmniejszyła się liczba kobiet niepełnosprawnych o 68 tys., natomiast na wsi aż o 290 tys.

Niepełnosprawni mężczyźni w 2011 roku stanowili nieco mniej liczną grupę – 2167,1 tys. osób. Ich liczebność zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 15,6%. Podobnie jak wśród kobiet mniejszy spadek niepełnosprawnych mężczyzn widoczny jest w miastach o 8,5%, natomiast na wsi o ponad 25%. Wydaje się, że niepełnosprawność częściej dotyka mieszkańców miast niż wsi.

Istotne zmiany zauważa się analizując poszczególne kategorie osób niepełnosprawnych. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w 2011 r. wyniosła 3 131,9 tys. i zmniejszyła się w stosunku do 2002 r. o blisko 30%. Większy spadek liczby osób niepełnosprawnych prawnie odnotowuje się wśród osób mieszkających na wsi (o ponad 40%), w miastach o ponad 20%. Zmiany w przepisach prawnych i zaostrzenie przepisów dotyczących przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy i podobnych świadczeń spowodowały znaczne zmniejszenie się zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie. Przy czym należy zauważyć, że największy –

ponad trzykrotny – spadek widoczny jest w grupie osób niepełnosprawnych wyłącznie prawnie tzn. takich które określiły, że posiadają odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony, ale nie odczuwają żadnych ograniczeń do wykonywania zwykłych (podstawowych) czynności życiowych związanych z wiekiem. W 2011 roku stanowiły one 1,2% ogółu ludności, natomiast w 2002 ich odsetek wynosi 4,3%.

c. populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Liczba mieszkańców według danych na koniec listopada 2016 roku wynosi 11 191 osób, w tym kobiety – 5 776, mężczyźni – 5 415.

Miejscowość	Liczba mężczyzn	Liczba kobiet	Ogółem
Bieńkowice	585	600	1 185
Bolesław	235	254	489
Chałupki	799	865	1 664
Krzyżanowice	924	1 063	1 987
Nowa Wioska	166	174	340
Owsiszczce	369	393	762
Roszków	239	226	465
Rudyszwałd	373	373	746
Tworków	1 298	1 392	2 690
Zabełków	427	436	863

Szacunkowe dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w gminie Krzyżanowice:

Liczba osób niepełnosprawnych do 16 r.ż.	Liczba osób niepełnosprawnych od 16 - 75 r.ż.	Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 75 r.ż.	Licz osób niepełnosprawnych ogółem
45	215	20	280

d. obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Rada Gminy Krzyżanowice w dniu 25 października 2012 r. podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego o nazwie „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Krzyżanowice w latach 2012-2016”. W trybie postępowania konkursowego wyłoniono realizatora programu, który od 18 lutego 2013 r. rozpoczął jego realizację.

W trakcie realizacji programu w latach 2013-2015 zrealizowano na rzecz dzieci łącznie 1 321 osobodni. Liczbę osobodni wykorzystanych w kolejnych latach przedstawia się następująco:

Liczba osobodni w ODP	Lata		
	2013	2014	2015
	429	434	458

Liczba i rodzaj zabiegów wykonanych u dzieci objętych realizacją programu zdrowotnego w latach 2013-2015.

L.p.	Rodzaj świadczeń	Liczba udzielonych świadczeń w latach 2013-2015
1.	Opieka pielęgniarki	873
2.	Porada lekarska	55
3.	Ćwiczenia równoważne	534
4.	Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące	6
5.	Ćwiczenia sprawności manualnej	65
6.	Ćwiczenia samoobsługi	1 051
7.	Terapeutyczne gry i zabawy ruchowe	230
8.	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne	477
9.	Ćwiczenia koordynacji ruchowej	346
10.	Pionizacja czynna	304
11.	Masaż klasyczny, częściowy	61
12.	Ćwiczenia bierne - manualne	203
13.	Przygotowanie do chodzenia	15
14.	Termożele	22
15.	Dogoterapia	100
16.	Terapia defektów wymowy	325
17.	Leczenie/ćwiczenia wymowy	362
18.	Terapia rekreacyjna	285
19.	Edukacja specjalna dla osób niepełnosprawnych	923
20.	Terapia zajęciowa	932
21.	Terapia muzyczna	962
22.	Psychoterapia indywidualna	157
23.	Terapia grupowa	260

e. uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Potrzeby mieszkańców gminy Krzyżanowice w zakresie korzystania ze świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej od wielu lat przekraczają możliwości ich zaspokojenia. Na terenie gminy Krzyżanowice umowy w zakresie rehabilitacji leczniczej realizują dwa podmioty działalności leczniczej takie jak: Stacja opieki Caritas w Tworkowie, Gabinet Rehabilitacyjny w Ośrodku Zdrowia w Krzyżanowicach. Kontrakty podpisywane przez NFZ z placówkami prowadzącymi rehabilitację leczniczą na terenie gminy nie zaspakajają potrzeb w tym zakresie i nie pozwalają uniknąć długiego okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Z tego powodu gmina Krzyżanowice finansuje dodatkowe świadczenia rehabilitacyjne udzielane w ramach programu zdrowotnego „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Krzyżanowice w latach 2012-2016”. Program uwzględnia większy wymiar udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dodatkowe świadczenia niefinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w szczególności : opiekę, transport dzieci, dogoterapię, opiekę pielęgniarską, zajęcia rekreacyjno – sportowe.

2. Cele programu

a. cel główny

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców gminy Krzyżanowice, głównie poprzez polepszenie jakości życia, przywracanie sprawności oraz ograniczanie negatywnych skutków choroby i niepełnosprawności. Umożliwienie dzieciom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z ustawowych praw obywatelskich. Program ten ma również pomóc dzieciom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z wszelkiego rodzaju usług świadczonych na terenie gminy Krzyżanowice.

b. cele szczegółowe

W zakresie kompleksowej terapii, opieki, pielęgnacji dzieci i młodzieży realizacja:

- ◆ badań i porad lekarskich w zakresie schorzeń narządu ruchu,
- ◆ rehabilitacji leczniczej,
- ◆ pielęgnacji i opieki,
- ◆ diagnostyki: psychologicznej, logopedycznej, terapeutycznej,
- ◆ specjalistycznych form terapii: medycznej, psychologicznej, logopedycznej, terapeutycznej,
- ◆ świadczeń pozostających w bezpośrednim związku ze świadczeniami zdrowotnymi tj.: prowadzenie szkoleń i instruktażu dla rodziców (opiekunów) dzieci i młodzieży w zakresie stosowania indywidualnego programu rehabilitacyjnego w oparciu o aktualną ocenę psychoruchową, terapię psychologiczną rodziców (opiekunów) dzieci i młodzieży korzystającej ze świadczeń zdrowotnych,

c. oczekiwane efekty

Oczekiwany efektem szeroko pojętej rehabilitacji będzie:

- ◆ niwelowanie skutków choroby,
- ◆ uzyskanie poprawy rozwoju psychomotorycznego,
- ◆ ograniczenie skutków choroby, niepełnosprawności,
- ◆ poprawa samopoczucia,
- ◆ poprawa stanu zdrowia,

- ◆ przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym,
- ◆ poprawa jakości życia dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin.

Realizacja celów wymienionych powyżej będzie się odbywała przy zastosowaniu fizykoterapii i kinezyterapii, oddziaływań terapeutycznych oraz leczeniu farmakologicznym.

d. mierniki efektywności odpowiadające celom programu

W zakresie rehabilitacji dzieci, w celu dokonania oceny efektów realizacji programu zaleca się dodatkowo zastosowanie metod oceny:

- ◆ ogólnego stanu zdrowia dziecka - badanie lekarskie,
- ◆ psychologicznej,
- ◆ logopedycznej,
- ◆ psychologicznej,
- ◆ liczby procedur wykonanych u dzieci objętych rehabilitacją, terapią i opieką,
- ◆ liczby osobodni.

3. Adresaci programu

a. oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Szacuje się na tej podstawie, że w rocznie w programie weźmie udział około 20 dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do czasu ich ukończenia. Do udziału w programie będzie uprawniona każda osoba zamieszkała i zameldowana na terenie gminy Krzyżanowice do ukończenia 25 r.ż., która uzyska skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza POZ.

b. tryb zapraszania do programu

Udział w programie nastąpi po uzyskaniu skierowania lekarskiego. Skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Uczestnik programu, który uzyskał skierowanie powinien je zarejestrować u realizatora programu nie później niż 30 dni od jego wystawienia.

Skierowanie na rehabilitację w ramach pobytu dziennego dzieci i młodzieży powinno zawierać w szczególności:

- ◆ pieczęć nagłówkową podmiotu leczniczego,
- ◆ imię, nazwisko, adres zamieszkania uczestnika programu/pacjenta,
- ◆ rozpoznanie w języku polskim,
- ◆ kod schorzenia wg ICD-10
- ◆ zalecenia lekarskie,
- ◆ pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.

Skierowanie może być wystawione przez lekarza następujących poradni:

- ◆ rehabilitacyjnej
- ◆ neonatologicznej
- ◆ ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- ◆ neurologicznej

- ◆ reumatologicznej
- ◆ chirurgii dziecięcej
- ◆ podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Organizacja programu

a. części składowe, etapy i działania organizacyjne

- ◆ zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem,
- ◆ ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji,
- ◆ zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (fizjoterapeutycznego), terapeutycznego,
- ◆ wypełnienie ankiety ewaluacyjnej po zakończeniu programu (wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do programu),
- ◆ wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych, prowadzenie terapii według zaleceń i wskazań lekarskich,
- ◆ końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonana przez personel i dołączona do dokumentacji pacjenta.

b. planowane interwencje:

Kinezyterapia:

- ◆ ćwiczenia czynne stawów kończyn i kręgosłupa,
- ◆ ćwiczenia w obciążeniu stawów kończyn i kręgosłupa,
- ◆ ćwiczenia czynno – bierne i bierne,
- ◆ ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnousprawniające, izometryczne,
- ◆ nauka czynności lokomocyjnych,
- ◆ masaż,
- ◆ pionizacja.

Fizjoterapia:

- Elektroterapia:
 - ◆ Jonoforeza – zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo. Zastosowanie: w leczeniu zwyrodnieniowych i zapalnych schorzeń narządów ruchu, w uszkodzeniach nerwów, w miejscowych zaburzeniach ukrwienia tkanek,
 - ◆ Galwanizacja, Diadynamik, IDD – zabieg stymulujący mięśnie, łagodzący ból. Pomaga w chorobach nerwów obwodowych, a także przy dolegliwościach reumatycznych, zmniejsza napięcie mięśniowe. Zastosowanie: leczenie zespołów bólowych kręgosłupa, nerwobólach, chorobie zwyrodnieniowej stawów, stanach pourazowych, zanikach mięśni z nieczynności, porażeniu obwodowego nerwu twarzowego, pólpaśca, odmrożeń, obrzęków.
 - ◆ Interdyn, Interdynamic – prądy interferencyjne średniej częstotliwości, w wyniku zastosowania następuje poprawa ukrwienia, działa przeciwbólowo, wpływa na autonomiczny układ nerwowy. Zastosowanie: choroby zwyrodnieniowe stawów, stany pourazowe, choroby

- reumatologiczne, neuralgie i zapalenia nerwów, choroba Sudecka.
- ◆ TENS (przezskórna elektrostymulacja nerwów) – metoda leczenia przewlekłych dolegliwości bólowych.
- ◆ Elektrostymulacja – zabieg z wykorzystaniem prądu o małej częstotliwości w celu pobudzenia mięśni. Zastosowanie: niedowłady, zaniki i osłabienie mięśni, stany po podrażnieniu mięśni lub po zdjęciu opatrunku, choroby układu nerwowo – mięśniowego, choroby układu krążenia.
- ◆ Prądy Träbera – prąd jednokierunkowy o średniej częstotliwości o działaniu przeciwbólowym, zmniejszającym napięcie mięśni oraz przekrwionym. Zastosowanie: nerwobóle, mięśniobóle, zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa, stany pourazowe, zaburzenia krążenia obwodowego.
- Magnetoterapia:
 - ◆ Magnetronic – terapia pulsującym polem magnetycznym niskiej częstotliwości. Zastosowanie: stany pourazowe, choroby reumatyczne, stany pooperacyjne, problemy geriatryczne, choroby centralnego i obwodowego systemu nerwowego.
- Laseroterapia:
 - ◆ Laser biostymulujący – zastosowanie: w leczeniu bólu kręgosłupa, po urazach narządów ruchu, po operacjach, w stanach wymagających gojenia ubytków tkankowych, w leczeniu zespołu Sudecka, w chorobie zwyrodnieniowej stawów, w gościecu tkanek miękkich.
- Światłolecznictwo:
 - ◆ Sollux – leczenie światłem, promieniowaniem widzialnym i podczerwonym. Zastosowanie: łagodzenie bólu, łagodzenie stanów zapalnych, przyspieszenie gojenia ran.
- Ultrasonoterapia:
 - ◆ Ultradźwięki, ultrafonoforeza – zabiegi wykorzystując fale ultradźwiękowe mające na celu poprawienie ukrwienia, zmniejszenie napięcia mięśniowego, przyspieszenie gojenia tkanek po przebytych urazach, uśmierzanie bólu. Fonoforeza polega na wprowadzeniu przez skórę za pomocą ultradźwięków leków w postaci żelu.
- Termoterapia:
 - ◆ Krioterapia miejscowa – leczenie zimnem polegające na przyłożeniu przy pomocy specjalnego aplikatora bardzo niskiej temperatury, która dostarczana jest do miejsca zmienionego chorobowo.
- Inne.

Oddziaływanie rehabilitacyjno – terapeutyczne u dzieci i młodzieży (zgodne z zaleceniami lekarskimi), m.in.:

- ◆ porady i badania lekarskie,
- ◆ kinezyterapia - leczenie 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 terapeute),
 - ◆ ćwiczenia czynno – bierne,
 - ◆ ćwiczenia izometryczne (polegają na czynnym napinaniu miesni bez ruchu w stawie),
 - ◆ ćwiczenia oddechowe (poprawiajace sprawnosć układu oddechowego),
 - ◆ ćwiczenia asymetryczne,
 - ◆ ćwiczenia terapii manualnej
- ◆ fizykoterapia - to zespół metod wykorzystujacych różne formy energii do leczenia i zapobiegania różnego rodzaju schorzeniom. Celem fizykoterapii jest zwalczanie bólu, stanów zapalnych, usprawnianie czynnosci poszczególnych narządów i układów oraz poprawa ogólnej wydolnosci organizmu.

W ramach fizykoterapii wykonywane sa zabiegi z zakresu: laseroterapii oraz elektrolecznictwa i światłolecznictwa tj.:

- ◆ galwanizacja
 - ◆ jonoforeza
 - ◆ elektrostymulacja
 - ◆ diadynamika
 - ◆ tonoliza
 - ◆ sollux
 - ◆ lampa kwarcowa
- ◆ metody neurofizjologiczne - m.in. metoda Vojty, NDT-Bobath, Peto, Domana. Metody opierają się na znajomości przebiegów procesów neurofizjologicznych, usprawnianiu psychopedagogicznym. Cechą wspólną istotną w pracy w/w metodami jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji, rowadzenie jej systematycznie i odpowiednio długo.
- ◆ terapia psychologiczna - 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 zalenosci 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 przypomocy testów psychologicznych. Po dokonaniu diagnozy opracowany zostaje indywidualny program terapeutyczny dostosowany do potrzeb dziecka.
- Główna forma psychoterapii znajdujaca zastosowanie w pracy z dziecmi to psychoterapia poprzez zabawe. wskazana jest u dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.W swoich działaniach psycholog systematycznie współpracuje z zespołem terapeutycznym oraz rodzicami.
- ◆ terapia logopedyczna - w ramach terapii logopedycznej dzieci z zaburzonym rozwojem poddawane sa zindywidualizowanej opiece logopedy. Celem działań terapeutycznych jest usprawnianie narządów mowy, rozumienie mowy biernej, rozwijanie mowy czynnej oraz umiejętne posługiwanie sie systemami komunikacji niewerbalnej oraz przygotowanie do samodzielnego gryzienia, rzucia i połykania

pokarmów.

- ◆ terapia zajęciowa - to pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zalecane przez lekarza, a prowadzone przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie dziecku sprawności fizycznej i psychicznej. Jest to, więc leczenie za pomocą pracy i zajęcia. Terapia zajęciowa - leczenie pracą, ergoterapia - wykorzystuje różne formy pracy i rekreacji jako jedne ze środków leczniczych mających na celu przyspieszenie powrotu utraconych funkcji i sprawności, a w przypadkach zmian nieodwracalnych wyrobienie funkcji zastępczych. Terapia zajęciowa jest jedną z form leczenia usprawniającego. Terapia zajęciowa prowadzona jest grupowo i indywidualnie.

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

- ◆ terapia rewalidacyjna - oznacza dążenie do zapewnienia dziecku maksymalnej sprawności. Właściwie prowadzona rewalidacja pomoże podnieść stopień funkcjonowania intelektualnego i społecznego. Zadaniem rewalidacji będzie przywrócenie osobie upośledzonej możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, kulturalnym., przygotowanie do pracy dającej podstawę do zarobienia i utrzymania się w dorosłym życiu.

Rewalidacja indywidualna jest podstawową formą specjalistycznej pomocy dziecku upośledzonemu, które mają trudności w przyswajaniu wiedzy oraz w nawiązywaniu kontaktów społecznych, z powodu różnych zaburzeń i wad. Są to zajęcia wspierające proces nauczania, których zadaniem jest wyrównywanie braków w zakresie intelektualnym, psychoruchowym, spowodowanych zaburzeniami somatycznymi, psychicznymi, bądź nie sprzyjającymi warunkami rodzinnymi i środowiskowymi.

- ◆ muzykoterapia - jest to metoda wykorzystująca wieloraki wpływ muzyki na dzieci niepełnosprawne. Muzykoterapię wykorzystuje się w m.in. w celu rozładowania emocji i napięć, integracji w grupie, poprawy komunikacji, nauki odpoczynku i relaksacji, usprawnienia funkcji percepcyjno – motorycznych.
- ◆ integracja sensoryczna - głównym zadaniem terapii jest dostarczenie pacjentowi kontrolowanej ilości bodźców sensorycznych, w szczególności przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych. 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: hustawki i równowanie, platformy, uprząże, deskorolki i wiele innych.
- ◆ dogoterapia - jest to metoda wykorzystująca odpowiednio przygotowane psy do rehabilitacji osób niepełnosprawnych. To system ćwiczeń i zabaw z psami wspomagający rehabilitację ruchową i umysłową dzieci 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, szybciej i dokładniej próbują wykonać ćwiczenia. Dogoterapia oznacza takie działania w leczeniu i rehabilitacji, które przy pomocy psów terapeutów ma na celu przywracanie zdrowia i dobrego samopoczucia. Głównym celem programu

dogoterapii jest przełamanie leku dziecka przed psem, nawiązanie i pogłębienie jego kontaktu ze zwierzętami i na tej podstawie kształtowanie pozytywnych emocji dziecka. Realizowane jest wielopłaszczyznowe oddziaływanie zwierząt na zmysły dzieci: wzrok, słuch, dotyk, węch. Zajęcia terapeutyczne z udziałem psów mogą odbywać się w grupie lub indywidualnie.

- ◆ rekreacja, zajęcia sportowe,
- ◆ prowadzenie szkoleń i instruktażu dla rodziców dzieci i młodzieży w zakresie stosowania indywidualnego programu rehabilitacyjnego w oparciu o aktualną ocenę psychoruchową,
- ◆ terapię pedagogiczną rodziców dzieci i młodzieży korzystającej ze świadczeń zdrowotnych,
- ◆ konsultacje, szkolenia i instruktaż w zakresie stosowanych metod rehabilitacyjnych i terapeutycznych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
- ◆ opieka pielęgniarki i opiekunki,
- ◆ inne.

c. kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie może być zakwalifikowany pacjent, który jest mieszkańcem gminy Krzyżanowice i zgłosił się z odpowiednim skierowaniem, na którym zakres świadczeń ustalony przez lekarza jest zbieżny z założeniami programu. Decyzję o udziale w programie pacjenta podejmuje osoba wyznaczona przez realizatora programu.

Grupy schorzeń kwalifikujących do udziału dzieci i młodzieży w systemie pobytu dziennego, w szczególności:

- ◆ zaburzenia koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
- ◆ zespoły mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej),
- ◆ zespoły aberracji chromosomów (w tym z zespołem Downa),
- ◆ trwałe dysfunkcje aparatu ruchu (w tym dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo - mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN),
- ◆ zaburzenia integracji sensorycznej,
- ◆ nieprawidłowy rozwój psychomotoryczny o ustalonej lub bez ustalonej etiologii,
- ◆ wrodzone wady rozwojowe wielu układów.

d. zasady udzielania świadczeń w ramach programu:

- ◆ pacjenci powinni mieć możliwość korzystania ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych, według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora programu,
- ◆ o długości trwania terapii prowadzonej dla dzieci i młodzieży decyduje lekarz kwalifikujący zatrudniony przez realizatora programu.
- ◆ zabiegi fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem magistra fizjoterapii.

e. sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasadność prowadzenia i finansowania przez samorząd terytorialny programów ukierunkowanych na kompleksową terapię

i rehabilitację osób niepełnosprawnych, w tym również dzieci i młodzieży, wynika z niewystarczających środków na pokrycie faktycznego zapotrzebowania w tym zakresie, określonych kontraktem z NFZ.

f. sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Uczestnictwo w programie może zostać zakończone w przypadkach:

- ◆ uzyskania znacznej poprawy stanu zdrowia dziecka objętego programem w zakresie rehabilitacji dziennej, potwierdzona badaniem lekarskim i wpisem do historii choroby,
- ◆ ukończenie 25 roku życia - w zakresie rehabilitacji dziennej u dzieci i młodzieży,
- ◆ wydania opinii lekarza i/lub psychologa i/lub pedagoga i/lub logopedy wskazującej na konieczność zmiany leczenia lub jego zakończenia,
- ◆ pogorszenia stanu zdrowia wymagającego zmiany sposobu leczenia,
- ◆ rezygnacji pacjenta lub jego opiekuna prawnego.

O zakończeniu udziału dziecka w rehabilitacji w systemie rehabilitacji dziennej decyduje lekarz podmiotu realizującego program, po rozważeniu wskazań i ewentualnych przeciwwskazań do dalszego udziału pacjenta w programie. Zakończenie udziału w programie odnotowane jest w dokumentacji medycznej.

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

g. bezpieczeństwo planowanych interwencji

Wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. Nr 140, poz. 1145). Świadczenia gwarantowane udzielane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno – terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

h. kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

- ◆ posiadanie statusu Podmiotu leczniczego w myśl ustawy z dnia 15.04.2011r. 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 zgodnych z zakresem świadczeń określonych w programie,
- ◆ posiadanie statutowych uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej dla dzieci i dorosłych,
- ◆ lokalizacja podmiotu leczniczego na terenie powiatu raciborskiego,
- ◆ budynek podmiotu leczniczego pozbawiony barier architektonicznych tzn.: wyposażony w podjazdy i dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo tj. winda, poręcze i uchwyty,
- ◆ w węzłach sanitarnych oraz posiadający pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób 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 30.08.2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009r. Nr 140, poz. 1145 z późn. zm.).

i. dowody skuteczności planowanych działań

Zabiegi proponowane w programie są metodami sprawdzonymi i stosowanymi od wielu lat. Istnieje wiele opracowań przeprowadzonych badań dotyczących skuteczności zabiegów fizjoterapeutycznych, gdzie wykazuje się znaczną poprawę zdrowia i jakości życia pacjentów.

5. Koszty

Na realizację Programu zdrowotnego „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej mieszkającej z terenu gminy Krzyżanowice w latach 2017-2021” w roku 2017 zostaną przeznaczone środki w wysokości 32 906 zł na realizację 502 osobodni w ośrodku rehabilitacji dla dzieci.

W związku z powyższym wyliczeniem kosztów na rok kalendarzowy, zakładając coroczny wzrost kosztów realizacji programu o min. 1% określa się całkowity koszt programu na 167 853 zł, tj. :

Planowany koszt realizacji programu w latach 2017-2021 :				
2017	2018	2019	2020	2021
32 906	33 235	33 567	33 903	34 242

a. źródła finansowania, partnerstwo

Podział kosztów z uwzględnieniem źródła finansowania w poszczególnych latach realizacji programu.

Rok	Koszt programu	Źródło finansowania	%
2017	32 906	Gmina	100
2018	33 235	Gmina	100
2019	33 567	Gmina	100
2020	33 903	Gmina	100
2021	34 242	Gmina	100

b. wykorzystanie środków - optymalizacja

Koszty realizacji programu wyliczono na podstawie danych z lat poprzednich, opierając się na realizacji programu „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Krzyżanowice w latach 2012-2016”.

Koszty na realizację programu są zaplanowane w optymalnej wysokości, gwarantującej szeroki dostęp do programu dla wszystkich potencjalnych pacjentów.

W poprzednich latach koszty realizacji powyższych zadań wynosiły :

2013	2014	2015	2016
27 385,00	27 659,00	27 935,00	28 214,00

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu ocenia się na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. Realizator programu jest zobowiązany do informowania Wójta Gminy Krzyżanowice o liczbie pacjentów objętych programem na dzień 31 grudnia w terminie do 31 stycznia następnego roku.

b. ocena jakości/skuteczności świadczeń w programie

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

c. ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie dokonana po zakończeniu programu tj. według danych na dzień 31 grudnia 2021 r., w terminie do 31 stycznia 2022 r. Ocenę sporządza realizator programu na podstawie raportów ewaluacyjnych oraz ankiet zebranych od pacjentów, a także lokalnych danych epidemiologicznych.

7. Okres realizacji programu

Realizację programu przewiduje się na lata 2017 – 2021.

.....
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 dyzmoorfii 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.....