



PL-BY-UA
2014-2020

Projekt: "Pogranicze równych szans" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejski Instrument Sąsiedztwa (ENI)) w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020, Cel Tematyczny 3: Wspólne wyzwania w obszarze bezpieczeństwa i ochrony (BEZPIECZEŃSTWO), Priorytet 3.1 Wsparcie dla rozwoju ochrony zdrowia i usług społecznych.

Metodologia pracy ośrodków tworzonych w ramach projektu Pogranicze równych szans

Niniejszy dokument został przygotowany przy pomocy finansowej Unii Europejskiej, w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020.

Odpowiedzialność za zawartość tej publikacji leży wyłącznie po stronie

**Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym Krok za krokiem
w Zamościu**

i nie może być w żadnym przypadku traktowana jako odzwierciedlenie stanowiska Unii Europejskiej, IZ lub Wspólnego Sekretariatu Technicznego Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020

Zamość, Krzemieniec
Marzec, 2022 r.

Cześć I

Program zintegrowanej rehabilitacji, edukacji i opieki dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniem mózgu „3 w 1” w Ośrodku w Krzemieńcu (UA).

1. Wstęp

Program „3w1” obejmuje kompleksowe i zintegrowane działania rehabilitacyjno-edukacyjno-społeczne dla dzieci i młodzieży (w wieku od 0-18 roku życia) z uszkodzeniem mózgu oraz wsparcie ich rodzin.

Program jest realizowany w wielu krajach świata, a w Polsce - z sukcesem od ponad 30 lat w placówkach Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnych „Krok za krokiem” w Zamościu. Stowarzyszenie oparło swój Program na zasadach Systemu Nauczania Kierowanego i innych spójnych z nim podejściach neurofizjologicznych, korzystając przez wiele lat z doświadczeń belgijskich, angielskich i węgierskich oraz współpracując z naukowcami z wielu krajów, w tym z Kanady, USA.

2. Podstawy prawne

Program zgodny jest z przepisami prawa międzynarodowego i krajowego.

- a) Konwencja ONZ o prawach dziecka (1989),
- b) Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych(2006),
- c) ICF(2001) i ICF-CY (2007) - Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, wersja dla dorosłych i wersja dla dzieci młodzieży

a) Zgodnie z Art.23(1) Konwencji o prawach dziecka:

“Umysłowo lub fizycznie niepełnosprawne dziecko powinno korzystać z pełnego i satysfakcjonującego życia w warunkach, które zapewniają godność, promują niezależność i sprzyjają aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym.”

b) Preambuła Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych zwraca uwagę na:

-samodzielność,

-niezależność,

-wolność dokonywania wyborów,

- udział w procesie podejmowania decyzji.

Zgodnie z art. 26 (Rehabilitacja) Konwencji ONZ wszechstronna rehabilitacja powinna być :

- stosowana od możliwie najwcześniejszego etapu życia,
- oparta na wielodyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,
- dostępna możliwie blisko społeczności, w których osoby z niepełnosprawnością żyją, w tym na obszarach wiejskich,

c) „Funkcjonowanie” dziecka z niepełnosprawnością (zgodnie z ICF) obejmuje wszystkie funkcje ciała ludzkiego (ujmowane w relacji do jego struktur anatomicznych), jego aktywności i jego uczestniczenie w różnych sytuacjach życia społecznego. „Niepełnosprawność” jest rozumiana szeroko i oznacza wszystkie ograniczenia (lub inaczej upośledzenia) funkcji ciała (organizmu) i odpowiadających tym funkcjom struktur oraz ograniczenia aktywności jednostki i jej uczestniczenia w życiu społecznym(model biopsychospołeczny).

3. Cele

Cel główny Programu „3w1” to umożliwienie pełnego uczestnictwa osoby z niepełnośprawnościami w życiu społecznym oraz poprawa jakości życia rodziny. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez wdrażanie biopsychospołecznego modelu wsparcia osoby z niepełnosprawnością, poprzez jednoczesną poprawę funkcji ciała (działania medyczne), naukę czynności/aktywności życia codziennego (działania edukacyjne) i umożliwienie uczestnictwa w życiu społecznym (działania społeczne). Stąd nazwa Programu „3w1”.

Zmniejszanie skutków niepełnosprawności to nie tylko działania skierowane na daną osobę z niepełnosprawnością (medyczne, edukacyjne), ale nie mniej ważne działania wpływające na środowisko i w środowisku (likwidacja barier, tworzenie ułatwień).

Program powinien być realizowany przez placówkę łączącą działania rehabilitacyjne, edukacyjne i społeczne.

Cele szczegółowe w zakresie wsparcia osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny:

-zwiększenie samodzielności/niezależności i uczestnictwa w życiu społecznym dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością,

- udostępnienie dzieciom i młodzieży edukacji i rehabilitacji w grupach rówieśniczych,
- udostępnienie dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością wszechstronnej rehabilitacji dostosowanej do ich indywidualnych potrzeb, od jak najwcześniejszego etapu ich życia , w najbliższym geograficznie środowisku,
- wzrost jakości życia rodziny, która stanowi podstawowe środowisko oddziałujące na dziecko z niepełnosprawnością,

Cele szczegółowe w zakresie rozwoju instytucjonalnego Stowarzyszenia/Ośrodka:

- wyszkolenie i utrzymanie profesjonalnej kadry,
- wypracowanie trwałych i zdywersyfikowanych źródeł finansowania,
- włączenie reprezentacji osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin w procesy decyzyjne w organizacji,
- rozwój kolejnych form wsparcia i budowa systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin.**

Cele szczegółowe w zakresie oddziaływania na środowisko:

- przeciwdziałanie stereotypom i uprzedzeniom w zakresie sytuacji osób z niepełnosprawnościami,
- zwiększanie dostępności architektonicznej i dostępności do usług,
- budowanie koalicji/partnerstw na rzecz rozwijania polityk na rzecz osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.

4. Adresaci

Adresaci Programu pochodzą z obwodu tarnopolskiego, w tym z rejonów: krzemienieckiego, łanowskiego, szumskiego. Program jest bezpośrednio adresowany przede wszystkim dla dzieci i młodzieży (do 18 roku życia) z uszkodzeniem mózgu, w tym z mózgowym porażeniem dziecięcym. Adresatami pośrednimi Programu są również rodziny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością.

Wykaz najczęściej występujących jednostek chorobowych:

1. mózgowie porażenie dziecięce,
2. opóźniony rozwój psychomotoryczny,
3. całościowe zaburzenia rozwojowe,
4. przepuklina oponowa – rdzeniowa,

5. zespoły genetycznie uwarunkowane,
6. zespoły wad wrodzonych,
7. polineuropatia,
8. miopatia,
9. rdzeniowy zanik mięśni,
10. choroby układowe,
11. dysfunkcje będące następstwem urazów czaszkowo-mózgowych,
12. dysfunkcje będące następstwem wad wrodzonych narządu ruchu,
13. dysfunkcje będące następstwem wad wrodzonych centralnego układu nerwowego,
14. dysfunkcje w przebiegu innych schorzeń uszkodzających centralny układ nerwowy.

5. Międzynarodowe podstawy metodologiczne Programu „3w1”

1. **Family – Centred Services.** Usługi skierowane na rodzinę (ang. *Family centred services*) są uważane za kluczowe w procesie podnoszenia jakości życia rodziny oraz profilaktyki zespołu wypalenia u rodziców/opiekunów. Rodzina jest podstawowym środowiskiem oddziaływującym na dziecko. Istnieje dodatnia korelacja między samopoczuciem rodziców a dobrem i osiągnięciami dziecka. Konieczne jest zatem takie organizowanie opieki rehabilitacyjnej dla dziecka, które nie tylko nie przeciąża nadmiernie rodziny, ale uwzględnia (i poszerza) jej kompetencje i możliwości, stanowi odciążenie w sprawowaniu wieloletniej i ciągłej opieki nad dzieckiem aż do wprowadzenia go do odpowiedniego środowiska społecznego. Najwyższy wpływ na poziom satysfakcji z życia u rodziców dzieci z niepełnosprawnością ma organizacja rehabilitacji ich dzieci w trybie pobytu dziennego i w sposób zintegrowany z edukacją i wsparciem społecznym.

Ośrodek odciąży rodziców poprzez objęcie ich dzieci kilkugodzinną opieką. Udostępni wsparcie psychologiczne dla rodzin. W przyszłości rozwinie on pomoc w zakresie opieki wytchnieniowej (respitcare) i usług asystenckich.

2. Przyjęcie sposobu myślenia o niepełnosprawności jako zjawisku biopsychospołecznym oraz obowiązek przestrzegania przepisów Konwencji ONZ stawia przed polityką społeczną poważne wyzwania. Są nimi m.in.:

- 1) Wprowadzanie wymogu wielodyscyplinarnej diagnozy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością (z uwzględnieniem struktur i funkcji organizmu, aktywności i uczestnictwa, czynników środowiskowych i osobowych), konstruowania holistycznych programów rehabilitacji (uwzględniających indywidualne, zintegrowane ”plany na życie”), tworzenie warunków skoordynowanej współpracy wielodyscyplinarnych zespołów rehabilitacyjnych
- 2) Zintegrowanie działań rehabilitacyjno-edukacyjno-społecznych nastawionych na cel: zwiększenie uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym
- 3) Organizacja usług dostępnych dla rodzin dziecka z niepełnosprawnością w celu ich odciążenia i umocnienia
- 4) Organizacja usług rehabilitacyjnych w naturalnym dla dzieci środowisku lokalnym(np. rehabilitacja pedagogiczna dzieci w przedszkolu, szkole)
- 5) Rozwój wieloprofilowych usług wsparcia, w tym opieki wytchnieniowej i usług asystenckich w środowisku lokalnym
- 6) Rozwój kształcenia specjalistów wspierających osoby z niepełnosprawnością w procesie adaptacji psychospołecznej (psycholodzy rehabilitacji) i adaptacji środowiska do potrzeb osób z niepełnosprawnością (ergoterapeuci, specjaliści alternatywnej komunikacji, itp.)
- 7) Rozszerzenie kształcenia fizjoterapeutów i lekarzy rehabilitacji o zagadnienia społeczne, etyczne, nowe technologie, itp.
- 8) Rozpowszechnianie i przestrzeganie zasad udostępniania osobom z niepełnosprawnością środowiska fizycznego, społecznego, gospodarczego i kulturalnego, usług opieki zdrowotnej i edukacji oraz informacji i środków komunikacji - umożliwianie osobom z niepełnosprawnością pełnego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności na równi z innymi obywatelami (idea równego traktowania, uniwersalnego projektowania, włączanie w główny nurt życia społecznego itp.)

6. Podstawy neurofizjologiczne, neuropsychologiczne Programu „3w1”:

Program „3w1” jest przeznaczony przede wszystkim dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniem mózgu, w tym z mózgowym porażeniem dziecięcym (w oddziale pobytu dziennego).

„Pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) opisuje grupę trwałych zaburzeń rozwoju ruchu i postawy, **powodujących ograniczenie czynności**, które przypisuje się niepostępującym zakłóceniom, pojawiającym się w rozwoju mózgu płodu lub niemowlęcia.

Zaburzeniom motoryki w mózgowym porażeniu dziecięcym często towarzyszą zaburzenia sensoryczne, percepcji, poznania, porozumiewania się i zachowania, epilepsja oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe” (Rosenbaum,2006).Z tego wynikają ich złożone potrzeby edukacyjno-rehabilitacyjno-społeczne. Poprawa uszkodzonych funkcji mózgu bazuje na zjawisku jego plastyczności.

Plastyczność jest to zdolność do modyfikacji budowy i czynności układu nerwowego **na skutek oddziaływania bodźców ze środowiska zewnętrznego**, która obserwowana jest najwyraźniej, chociaż nie wyłącznie, w okresie rozwoju układu nerwowego - zdolność do adaptacji, zmienności, samonaprawy czy zapamiętywania. Polega ona na tworzeniu się i zwielokrotnianiu (reorganizacji) połączeń synaptycznych między zakończeniem aksonu i ciałem albo dendrytami drugiej komórki nerwowej lub innymi komórkami organizmu (na przykład połączenia nerwowo-mięśniowe). Zmiany polegające na reorganizacji połączeń w odpowiedzi na uraz lub uszkodzenie leżą u podstaw kompensacji funkcji w układzie nerwowym. Bodźcami ze środowiska zewnętrznego może być właściwe oddziaływanie rehabilitacyjne, edukacyjne i społeczne.

Zjawisko plastyczności tłumaczy zarówno rozwój psychoruchowy dziecka jak i uzasadnia podejmowanie działań usprawniających, edukacyjnych i wychowawczych.

Wykorzystanie zjawiska plastyczności mózgu u dzieci z uszkodzeniem mózgu daje nadzieję na poprawę ich funkcjonowania, lecz w dużej mierze **zależy od jakości stosowanej stymulacji (bodźców)**.

W Ośrodku (w Oddziale Pobytu Dziennego) będą stosowane metody usprawniające wykorzystujące zjawisko plastyczności mózgu (Nauczanie Kierowane, pedagogika specjalna, rozwijanie umiejętności myślenia, inne).

Efektywność usprawniania **zależy od organizacji oddziaływań** i wzrasta, gdy dzieci:

-korzystają z zajęć codziennie przez kilka godzin (jest odpowiednio długi czas na modyfikację mózgu w procesie plastyczności)

-są aktywne w procesie uczenia się funkcji, wielokrotnie powtarzają ćwiczenia (uczenie się funkcji jest czynnością wymagającą aktywności uczącego się, powtarzanie stymuluje plastyczność)

-uczą się jednocześnie wielu uszkodzonych funkcji: motorycznej, samoobsługi, poznawczej, komunikacji zgodnie z diagnozą ich indywidualnych potrzeb (w mózgu jest integracja funkcjonalna)

-uczą się w małych grupach rówieśniczych (z podobnym tempem pracy, uczenia się), które je motywują, dają okazję do treningu społecznego i komunikacji, uczą się współzawodnictwa i współpracy, itp.

-uczą się w odpowiednim środowisku, stymulującym do rozwoju i bezpiecznym, zapewnionym przez odpowiednio wyszkolony personel i właściwe meble i sprzęt

-uczą się według zintegrowanego Programu, obejmującego zwłaszcza naukę czynności życia codziennego, który jest im przedstawiany w sposób motywujący do codziennej aktywności i który jest transferowany do domu rodzinnego we współpracy z rodzicami

7. Szczegółowy opis Programu Zintegrowanej Rehabilitacji na zasadach Systemu Nauczania Kierowanego realizowanego w Ośrodku – zakres, rodzaj i częstotliwość planowanych działań

Następstwem wczesnych uszkodzeń centralnego układu nerwowego jest zaburzenie rozwoju psychoruchowego w postaci mózgowego porażenia dziecięcego (MPD). Pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego opisuje grupę trwałych zaburzeń rozwoju ruchu i postawy, powodujących ograniczenie czynności, które przypisuje się niepostępującym zakłóceniom, pojawiającym się w rozwoju mózgu płodu lub niemowlęcia.

Zaburzeniom motoryki w mózgowym porażeniu dziecięcym często towarzyszą zaburzenia sensoryczne, percepcji, poznania, porozumiewania się i zachowania, epilepsja oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe. Jest to zespół różnorodnych objawów, w którym na pierwszy plan wysuwają się dysfunkcje narządu ruchu pod postacią różnego stopnia porażen

i niedowładów, zaburzeń napięcia mięśniowego, ograniczenia zdolności wykonywania ruchów, obecności nieprawidłowych wzorców ruchowych, występowania ruchów mimowolnych, zaburzeń koordynacji ruchów oraz równowagi. Dysfunkcjom motorycznym towarzyszą inne objawy, będące również konsekwencją wczesnego uszkodzenia mózgu takie jak:

1. padaczka,
2. zaburzenia wzroku,
3. zaburzenia słuchu,
4. zaburzenia mowy,
5. zaburzenia zachowania,
6. opóźnienie rozwoju umysłowego,

a także mikrodeficyty w postaci:

7. zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej,
8. zaburzenia schematu własnego ciała,
9. zaburzenia poczucia własnego ciała,
10. zaburzenia orientacji w przestrzeni,
11. zaburzenia koncentracji uwagi,
12. zaburzenia myślenia.

Stwierdzając możliwości występowania tak różnorodnych zaburzeń staje się jasne, że na pełny obraz sytuacji i problemów dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym powinna składać się bardzo szczegółowa ocena każdej ze sfer jego rozwoju i funkcjonowania, czyli kompleksowa diagnoza funkcjonalna. Rodzaj usprawniania, które proponowane jest dziecku z tak różnorodnymi zaburzeniami również powinien zakładać równoczesne oddziaływanie na wszystkie zaburzone sfery rozwoju. U dziecka z MPD uszkodzony jest mózg, którego podstawową cechą jest wyjątkowo daleko posunięta integracja funkcjonalna wszystkich jego części (anatomiczna, histologiczna, metaboliczna, biochemiczna i hormonalna). Żadna ze struktur mózgowych, a zwłaszcza korowych, nie funkcjonuje w sposób niezależny. Wszystkie są w różny sposób, na poszczególnych, wzajemnie przenikających się poziomach powiązane – zintegrowane. Fakt ten musi rzutować na nasze poczynania terapeutyczne, rehabilitacja wyłącznie narządu ruchu, bez uwzględnienia pozostałych obszarów rozwoju, nie tylko odbiega od potrzeb dziecka, ale co gorsza zmniejsza efektywność poczynań terapeutycznych przez brak wykorzystania elementów integracji między poszczególnymi obszarami funkcjonowania. Znajomość zjawisk plastyczności mózgu i jego zdolności do kompensacji

zobowiązuje nas do dostosowania poczynań terapeutycznych w stosunku do dojrzewającego, chłonnego bodźców dziecka i specyfiki uszkodzenia, z określeniem celów tego postępowania i perspektywą kilkunastu lat dojrzewania osobniczego.

Naprzeciw złożonym potrzebom dzieci niepełnosprawnych wychodzi System Nauczania Kierowanego, który zakłada jednoczesowe, równoległe, zintegrowane i zharmonizowane usprawnianie wszystkich zaburzonych funkcji, a w szczególności:

1. funkcji neuromotorycznej (ruch, przemieszczanie się),
2. funkcji samoobsługi (czynności życia codziennego),
3. funkcji komunikowania się (mowa lub komunikacja pozawerbalna),
4. funkcji intelektualnej (sfera poznawcza i realizacja programu nauczania),
5. sfery emocjonalno-społecznej.

Celem wieloprofilowego i zintegrowanego usprawniania w Systemie Nauczania Kierowanego jest:

1. wszechstronny rozwój dziecka, rehabilitacja i edukacja w zakresie uszkodzonych funkcji psychomotorycznych, wieloprofilowa opieka i zapewnienie dzieciom możliwości realizacji potrzeb poznawczych, emocjonalnych i społecznych,
2. wspomaganie i ukierunkowywanie rozwoju dziecka zgodnie z jego indywidualnymi potrzebami i możliwościami rozwojowymi,
3. osiągnięcie maksymalnego poziomu rozwoju i umiejętności w każdej zaburzonej sferze,
4. dążenie do bycia niezależnym i samodzielny,
5. przygotowanie dzieci do podjęcia nauki szkolnej.

Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że założenia usprawniania w Systemie Nauczania Kierowanego są oparte na współczesnej wiedzy neurofizjologicznej i wykorzystują zjawisko plastyczności mózgu. Zjawisko plastyczności centralnego układu nerwowego ma specjalne znaczenie u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, jest bowiem źródłem procesów kompensacji i przystosowywania się organizmu do nowej sytuacji morfologicznej mózgu. Pod wpływem właściwych jakościowo i ilościowo bodźców nieuszkodzone obszary mózgu mogą się rozwijać i w całości lub częściowo kompensować konsekwencje uszkodzenia. Strategia oddziaływania rehabilitacyjnego powinna więc polegać na konsekwentnym proponowaniu wzorców zbliżonych do bodźców naturalnych, aby ułatwić adaptację ruchową, czuciową, psychologiczną i społeczną. Musi ona uwzględniać podmiotowość dziecka i ujmować jego problemy całościowo i wszechstronnie. W tym kontekście zintegrowaną rehabilitację dzieci z wczesnym uszkodzeniem centralnego układu nerwowego należy

rozumieć jako naukę funkcji w zakresie ruchu, samoobsługi, mowy i adaptacji społecznej. Ewolucja kliniczna w przypadku dojrzewającego mózgu jest wieloletnia, wymaga więc długofalowego programu usprawniania.

Kluczowe elementy programu zintegrowanej rehabilitacji na zasadach Systemu Nauczania Kierowanego to:

- zespół terapeutyczny,
 - programy indywidualne i grupowe,
 - cele krótko- i długoterminowe,
 - serie zadań,
 - ramowy plan dnia,
 - współpraca z rodzicami.
-
- Zespół terapeutyczny w składzie: fizjoterapeuta/fizjoterapeuci, pedagog specjalny/pedagodzy specjali i pielęgniarka/pielęgniarki/pedagodzy (w ilości 2-5 osób) odpowiada bezpośrednio za:
 1. planowanie i organizację pracy w grupie dzieci,
 2. kompleksową diagnozę funkcjonalną dziecka,
 3. oceny bieżące i okresowe postępów dziecka,
 4. tworzenie programów indywidualnych i grupowych oraz ich realizację,
 5. opracowanie celów krótko- i długoterminowych dla każdego dziecka,
 6. weryfikację celów na podstawie okresowej oceny dzieci,
 7. bieżące planowanie serii zadań pod kątem ustalonych celów,
 8. prowadzenie dokumentacji pracy zespołu,
 9. współpracę z rodzicami.

Członkowie zespołu terapeutycznego w zakresie w/w działań współpracują ściśle z lekarzem rehabilitacji, logopedą i psychologiem.

- Programy indywidualne i grupowe zawierają szczegółowe wytyczne planowanego rozwoju dziecka, pracy grupy i zespołu terapeutycznego.

W zakresie programów grupowych są to przede wszystkim:

1. określenie i rozkład materiału nauczania/usprawniania na dany rok,
2. określenie i rozkład zadań i aktywności na dany rok,

3. ramowy plan dnia i tygodnia, z dokładnym wyznaczeniem czasu na poszczególne rodzaje aktywności,
4. plany i cele poszczególnych serii zadań,
5. plan spotkań z rodzicami,
6. plan wizyt domowych,
7. plan działań integracyjnych,
8. plan spotkań zespołu terapeutycznego.

Programy indywidualne dla każdego dziecka powstają na bazie kompleksowej diagnozy funkcjonalnej i zawierają:

1. cele krótko- i długoterminowe określone dla każdej sfery rozwoju dziecka,
 2. szczegółowe cele indywidualne opracowane dla każdej serii zadań,
 3. dokładne instrukcje wykonania poszczególnych czynności przez dziecko,
 4. dokładne instrukcje pomocy dziecku przy wykonywaniu poszczególnych czynności,
 5. plan zajęć indywidualnych, jeżeli rodzaj dysfunkcji i deficyty stwierdzone u danego dziecka tego wymagają,
 6. program usprawniania domowego (codziennego i wakacyjnego).
- Cele krótko- i długoterminowe – jest to formułowanie oczekiwań dotyczących postępów dziecka w każdej zaburzonej sferze rozwoju. Pierwszym krokiem w całym procesie wieloprofilowego usprawniania dziecka jest dokładna ocena - diagnoza funkcjonalna, obejmująca wszystkie aspekty jego rozwoju i funkcjonowania, tzn. motorykę, samoobsługę, sferę poznawczą i komunikację. Na podstawie tej kompleksowej diagnozy funkcjonalnej opracowywane są:
 1. cele długoterminowe - określają oczekiwania dotyczące każdej sfery aktywności dziecka i wskazują te umiejętności, które dziecko powinno nabyć po upływie roku,
 2. cele krótkoterminowe – wyznaczają kolejne etapy w drodze do osiągnięcia celu długoterminowego, są określane bardzo precyzyjnie i szczegółowo, są mierzalne, z podaniem określonego czasu realizacji zadania oraz koniecznych ułatwień i wspomagań.
 - Serie zadań- zwane też sesjami są podstawową jednostką organizacyjną w procesie wieloprofilowego usprawniania, służącą osiągnięciu wytyczonych celów krótko- i długoterminowych. Opracowanie serii zadań jest poprzedzone wnikliwą obserwacją i oceną w celu określenia głównych dysfunkcji dziecka i jego najmocniejszych stron. Przykładowe serie zadań:
 1. przygotowanie do jedzenia,

2. szkoła rąk,
3. przygotowanie do chodzenia,
4. na boksach – wolne siedzenie,
5. na boksach – przygotowanie do wstawania,
6. sesja na stołach – zmiana miejsca i pozycji,
7. chodzenie,
8. trening lokomocji wspomaganej,
9. ubieranie,
10. toaleta i trening czystości,
11. przygotowanie do pisania,
12. powitanie – budowanie tożsamości i kształtowanie somatognozji,
13. sesja usprawniająca narządy mowy itp.

Konstruowanie serii zadań wymaga przede wszystkim dokonania analizy zajęć pod kątem ich przydatności funkcjonalnej i określenia transferu aktywności danej serii zadań tzn. zdecydowania gdzie, w jaki sposób i kiedy aktywności te mogą być wykorzystane przez dziecko. W ten sposób uczymy dziecko rozwiązywania problemów, na które napotyka w życiu codziennym, przez co staje się bardziej samodzielne i niezależne.

Przykładowe cele serii zadań ruchowych na stołach i boksach:

1. zdobycie umiejętności kontroli pozycji,
2. zdobycie umiejętności zmiany pozycji i miejsca,
3. kształtowanie funkcjonalnego chwytu w celu możliwości fiksacji w każdej pozycji,
4. kształtowanie i kontrolowanie prawidłowych wzorców postawy w różnych pozycjach,
5. kształtowanie prawidłowych wzorców ruchowych,
6. kształtowanie poczucia równowagi w różnych pozycjach,
7. rozwijanie aktywności w różnych pozycjach,
8. kształtowanie poczucia schematu własnego ciała,
9. kształtowanie orientacji przestrzennej,
10. rozwijanie koordynacji słuchowo-wzrokowo-ruchowej,
11. nauka prawidłowego oddychania.

Przykładowe cele serii zadań – powitanie:

1. kształtowanie własnej tożsamości i znajomości tożsamości członków grupy,
2. rozwijanie umiejętności rozumienia stosunków przestrzennych,
3. kształtowanie znajomości schematu ciała,
4. utrwalanie umiejętności rozpoznawania dni tygodnia i określania pogody,

5. kształtowanie umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
 6. kształtowanie koordynacji wzrokowo-ruchowej,
 7. doskonalenie umiejętności utrzymania prawidłowej pozycji siedzącej i stojącej,
 8. kształtowanie umiejętności zmiany pozycji z siadu do stania i odwrotnie,
 9. kształtowanie umiejętności utrzymania równowagi w siedzeniu i staniu,
 10. doskonalenie umiejętności wykonywania ruchów głową w w/w pozycjach,
 11. kształtowanie umiejętności utrzymania głowy w linii pośrodkowej,
 12. doskonalenie umiejętności chwytu,
 13. doskonalenie umiejętności wykonywania czynności jedną ręką przy ufixowanej drugiej i rozdzielności ruchów,
 14. kształtowanie przestrzegania porządku na zajęciach,
 15. kształtowanie przestrzegania zasad dobrego wychowania i używania form grzecznościowych
- Przykłady ramowych planów pobytu dziennego
 1. Ramowy plan pobytu dziennego dla dzieci do 10 roku życia – w nawiasie wskazano dominujące sfery usprawniania:
 - przyjazd dzieci, przejście do sali, rozbieranie, toaleta (usprawnianie funkcji samoobsługi i przemieszczania się)
 - zajęcia indywidualne (usprawnianie funkcji ruchowych, terapia logopedyczna i psychologiczna)
 - przygotowanie do jedzenia (usprawnianie funkcji ruchowych i samoobsługi)
 - posiłek (usprawnianie funkcji samoobsługi)
 - toaleta (usprawnianie funkcji samoobsługi)
 - seria zadań: powitanie (usprawnianie funkcji ruchowych, poznawczych i komunikacji)
 - seria zadań: na stołach, na boksach (usprawnienie funkcji ruchowych i poznawczych)
 - seria zadań: szkoła rąk (usprawnienie funkcji manualnej, samoobsługi)
 - seria zadań: zajęcia pedagogiczne (usprawnianie funkcji poznawczych, intelektualnych i ruchowych oraz w zakresie komunikacji)
 - toaleta (usprawnianie funkcji samoobsługi)
 - przygotowanie do jedzenia (usprawnianie funkcji ruchowych, samoobsługi)
 - posiłek (usprawnianie funkcji samoobsługi)
 - zajęcia indywidualne (usprawnianie funkcji ruchowych)

-indywidualne i grupowe zajęcia terapeutyczne, rozwijające funkcje poznawcze, gry i zabawy sportowe, przygotowanie do wyjazdu i wyjazd dzieci (usprawnianie funkcji samoobsługi, poznawczych i lokomocji)

2. Ramowy plan pobytu dziennego dla dzieci powyżej 10 roku życia

-przyjazd dzieci, przejście do sali, rozbieranie, toaleta

-ćwiczenia indywidualne lub grupowe

-posiłek, toaleta(ćwiczenia funkcji samoobsługi)

-zajęcia indywidualne (psycholog, logopeda) lub zajęcia muzyczne lub zajęcia sportowe lub zabawy kierowane, zajęcia pedagogiczne

-edukacja specjalna

-trening lokomocji samodzielnej lub wspomaganej

-edukacja specjalna

-zajęcia rozwijające kreatywne myślenie

- posiłek, toaleta (ćwiczenia funkcji samoobsługi)

-edukacja specjalna

-ćwiczenia indywidualne

-indywidualne i grupowe zajęcia terapeutyczne rozwijające funkcje poznawcze, gry i zabawy sportowe, treningi w wybranych dyscyplinach sportowych np.: Boccia,

RaceRunning, Invasport..., porządkowanie sali, toaleta, ubieranie, przygotowanie do

wyjazdu i wyjazd do domu (ćwiczenia funkcji samoobsługi, poznawczych i lokomocji)

Podczas sesji ruchowych na stołach i boksach oraz podczas ćwiczeń indywidualnych i grupowych realizowanych jest codziennie szereg zabiegów kinezyterapeutycznych takich jak:

1. ćw. bierne i redresyjne,
2. ćw. wspomagane,
3. ćw. czynne w odciążeniu, wolne i z oporem,
4. ćw. specjalne,
5. ćw. wg metod neurofizjologicznych,
6. ćw. reedukacji nerwowo – mięśniowej,
7. pionizacja czynna i wspomagana,
8. trening lokomocji samodzielnej i wspomaganej,
9. ćw. grupowe.

Dodatkowo na zlecenie lekarza wykonywane są również indywidualne zabiegi z zakresu fizykoterapii i hydroterapii, w miarę bieżących wskazań i potrzeb pacjentów.

Przez cały okres pobytu w Oddziale Terapii Diennej oraz podczas codziennego transportu dzieci przebywają pod opieką terapeutów i otrzymują wszystkie niezbędne ze względu na ich stan zdrowia i stopień niepełnosprawności świadczenia zdrowotne z zakresu opieki i pielęgnacji osób niepełnosprawnych.

- Grupa terapeutyczna jest bardzo ważnym elementem oddziaływania w procesie wieloprofilowego usprawniania. Stwarza warunki do rozwoju społecznego i emocjonalnego, daje okazję nawiązania kontaktu z rówieśnikami, mobilizuje do działania i współzawodnictwa. Dynamika grupy stanowi dużą pomoc w procesie uczenia się poprzez naśladownictwo, rozwija motywację, stwarza większe możliwości bycia samodzielnym.
- Współpraca z rodzicami obejmuje:
 1. stałą wymianę informacji o postępach dziecka w zeszytach korespondencji, która umożliwi utrwalanie zdobytych umiejętności i ciągłość pracy z dzieckiem w domu,
 2. wizyty pilotażowe członków zespołu terapeutycznego w domach rodzinnych,
 3. bezpośredni udział rodziców w zajęciach tzw. dni otwarte,
 4. organizowanie zebrań z rodzicami,
 5. edukację i instruktaż rodziców w zakresie specyfiki niepełnosprawności ich dzieci i stosowanych metod usprawniania,
 6. wspieranie rodziców terapią psychologiczną.

Specyfika pracy w Oddziale Terapii Diennej zakłada, że dominuje w nim terapia w niewielkich grupach terapeutycznych, średnio 4-6 osobowych. Część terapii jest w formie indywidualnej i stanowi około 1/3 czasu terapii. Należy podkreślić że udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego jest zintegrowane z procesem nauczania i wychowania.

8. Szczegółowy opis metod rehabilitacji stosowanych Ośrodka

Wiodącą metodą jest opisany w rozdziale 7, system Nauczania Kierowanego oparty na metodzie Pető.

1. Metoda Petö - służy usprawnianiu dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Jej cechą charakterystyczną jest połączenie w jedną całość usprawniania psychopedagogicznego, leczniczego oraz społecznego. Metoda Petö polega, więc na zintegrowanym oddziaływaniu edukacyjnym na dziecko niepełnosprawne w zakresie polepszania jego:

- funkcji neuromotorycznej (przemieszczania się itp.),
- aktywności życia codziennego (samoobsługa),
- komunikacji i uspołecznienia (mowa, systemy komunikacji pozawerbalnej),
- intelektu (nauka szkolna),

Usprawnianie polega na systematycznym pobudzaniu psychoruchowego rozwoju dziecka w zakresie:

- kontroli postawy i ruchów lokomocyjnych,
- koordynacji wzrokowo-ruchowo-czuciowo-słuchowej,
- orientacji w czasie i przestrzeni oraz odczuwania własnego ciała,
- życia emocjonalnego, rozwoju osobowości i kontaktów społecznych,
- rozwoju mowy, porozumiewania się gestem,
- rysowania, pisanie, czytania oraz rozwijania pojęć o otaczającym świecie.

Charakterystyczne dla metody jest stosowanie ułatwień między innymi:

- przyjazne i dostosowane środowisko terapeutyczne,
- interdyscyplinarny zespół terapeutyczny,
- obecność prowadzących,
- praca w grupie terapeutycznej,
- mowa, a szczególnie metoda rytmiczności poleceń,
- dobrze opracowany program ogólny, indywidualny i poszczególne serie zajęć,
- specjalne meble i sprzęt.

Ponadto są stosowane:

2. Metoda NDT-Bobath - stosowana jest z powodzeniem w terapii: wcześniaków, niemowląt i dzieci starszych z zespołami neurologicznymi, ortopedycznymi, genetycznymi oraz prezentującymi opóźnienia w rozwoju. Usprawnianie według Metody NDT-Bobath ma pomóc dziecku we wszechstronnym rozwoju tak, aby mogło uzyskać niezależność

w życiu i wykorzystać swe możliwości na tyle, na ile pozwala istniejące uszkodzenie Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN).

W związku z powyższym główne zasady usprawniania według koncepcji NDT-Bobath obejmują:

- wpływanie na napięcie mięśni poprzez obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego,
- hamowanie nieprawidłowych odruchów oraz wyzwianie ruchów w formie najbardziej jak to jest tylko możliwe zbliżonej do prawidłowych, co zostaje osiągnięte poprzez wspomaganie i prowadzenie ruchu z punktów kluczowych, czyli punktów kontroli ruchu, którymi są: głowa, obręcz barkowa, obręcz miedniczna i inne części ciała, oraz
- wykorzystywanie i utrwalanie zdobytych umiejętności ruchowych w codziennych czynnościach.

Usprawnianie według koncepcji NDT-Bobath jest szczególnie przydatne w leczeniu niemowląt i dzieci, ponieważ może być łatwo włączone w ich biologiczny rytm dnia. Prawidłowo wykonywane zabiegi pielęgnacyjne, karmienie, noszenie dziecka, czy zabawa z nim są odpowiednimi momentami do utrwalania ruchów ćwiczonych przez fizjoterapeutę.

3. Metoda PNF - jest koncepcją posiadającą własną filozofię i zasady pracy z pacjentem. Podstawowym celem terapii jest praca nad funkcją, której chory potrzebuje. Siła mięśni, zakres ruchu - to, co jest ważne w postępowaniu terapeutycznym, jest tylko środkiem do uzyskania celu jakim jest funkcja. Koncepcja ta zaleca postrzeganie pacjenta w sposób całościowy, wykorzystując do terapii silne i zdrowe regiony ciała. Umożliwia to pełne wykorzystanie rezerw tkwiących w organizmie, motywuje do dalszego działania, a co najważniejsze zapewnia bezbolesną pracę, bez traumatyzujących psychicznie i fizycznie doznań. Pacjent jest partnerem fizjoterapeuty, określającym zakres i granice działania oraz cele terapii. Terapeuta ma w tym wypadku rolę doradczą. Dzięki takiemu podejściu pacjent nawet z dużą dysfunkcją zachowuje dobrą motywację i jest pozytywnie nastawiony do współpracy z terapeutą. Metoda PNF jest wykorzystywana z pacjentami ortopedycznymi, neurologicznymi oraz daje bardzo dobre rezultaty w pracy z dziećmi i młodzieżą ze skoliozami i wadami postawy.

4. Metoda McKenziego - diagnozowanie i leczenie zespołów bólowych kręgosłupa i kończyn. Jest to metoda fizjoterapeutyczna stworzona przez fizjoterapeutę Robina McKenziego, przeznaczona do badania (wykorzystując szczegółowy protokół wywiadu oraz

badanie kliniczne), leczenia i profilaktyki bólów kręgosłupa. W ostatnich latach zastosowanie metody zostało rozszerzone o stawy obwodowe. Twórca metody, podzielił zaburzenia kręgosłupa na trzy główne grupy, uwzględniając przyczynę i stopień zmian zwyrodnieniowych w obszarze kręgosłupa i głównych stawów, tzw. zespoły: posturalny, dysfunkcyjny oraz strukturalny. Opracował również program postępowania leczniczego, w którym oprócz technik wykonywanych przez terapeutę ważny jest sam ruch pacjenta, ćwiczenia i autoterapia wykonywana w domu. W ćwiczeniach dominują pozycje niskie, głównie leżące. Ruchy czynne powtarzane są wielokrotnie w różnych płaszczyznach, ale w ściśle określonym kierunku, niepowodującym bólu. Dużą wagę przykładają się do zaleceń, które chronią kręgosłup przed kolejnymi urazami i przeciążeniami oraz na profilaktykę.

5. Kinesiotaping - (plastrowanie dynamiczne) – metoda terapeutyczna polegająca na oklejaniu wybranych fragmentów ciała plastrami o specjalnej strukturze. Jest jedną z metod tapingu. Wykorzystuje się w niej specjalnie wytworzony plaster – Kinesio Tex Gold, wynaleziony przez dr KenzoKase. Jest to plaster nie ograniczający ruchów, rozciągający się tylko na długość, o ciężarze i grubości zbliżonych do parametrów skóry, niezawierający leków ani latexu, odporny na działanie wody, umożliwiający przepływ powietrza dzięki falowemu utkaniu.

6. Sensory Integration (SI) - integracja sensoryczna, to sposób w jaki człowiek wykorzystuje sygnały odbierane z narządów zmysłu (wzroku, słuchu, dotyku, równowagi) do celowego działania. Dziecko mające deficyty w zakresie odbierania lub przetwarzania bodźców sensorycznych może przejawiać problemy między innymi z samoobsługą, problemy grafomotoryczne (z pisaniem), z orientacją w przestrzeni, z koordynacją wzrokowo-ruchową, obustronną koordynacją, trudności w uczeniu się, w kontaktach z rówieśnikami, w rozwoju mowy, problemy z koncentracją uwagi. Terapia integracji sensorycznej polega na wykonywaniu przez dziecko określonych aktywności dostarczających stymulacji zmysłów. Terapia integracji sensorycznej określana jest mianem „naukowej zabawy”. Podczas sesji dziecko np. huśta się w hamaku, toczy w beczce, jeździ na deskorolce czy balansuje na kołysce. Przez zabawę przyjemną i interesującą dla dziecka dokonuje się integracja bodźców zmysłowych oraz doświadczeń płynących do ośrodkowego układu nerwowego, co pozwala na lepszą organizację działań. Terapia SI nie jest uczeniem konkretnych umiejętności (np. jazda na rowerze, pisanie, czytanie), ale usprawnianiem pracy systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które są bazą do rozwoju tych umiejętności. W toku pracy tą metodą terapeuta stymuluje zmysły dziecka oraz usprawnia takie zakresy, jak np.: motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa. Zadaniem terapeuty jest, przy

zastosowaniu odpowiednich technik, eliminowanie, wyhamowywanie lub ograniczenie niepożądanych bodźców obecnych przy nadwrażliwościach sensorycznych lub dostarczanie silnych bodźców, co jest konieczne przy podwrażliwościach systemów sensorycznych.

7. Medyczny Trening Terapeutyczny (MTT) - indywidualna praca z pacjentem z dolegliwościami ortopedycznymi, neurologicznymi, krążeniowo-oddechowymi, metabolicznymi, reumatologicznymi etc. Medyczny Trening Terapeutyczny stanowi końcowy etap usprawniania ruchowego. Celami MTT są: zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawa ruchomości stawów, poprawa wytrzymałości, siły i koordynacji, poprawa jakości czynności dnia codziennego oraz umiejętności sportowych, nauka kompensacji utraconych funkcji, profilaktyka urazów, zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej, poprawa wytrzymałości chrząstki stawowej, więzadeł, ścięgien i mięśni, propagowanie aktywnego i zdrowego stylu życia.

8. Ergoterapia - dziedzina która opiera się głównie na wiedzy medycznej, psychologicznej, socjalnej i rzemieślniczej. Stosuje się ją przy zaburzeniach ruchowych, czuciowych, przewodzenia nerwowego i psychicznych dzięki czemu ma zastosowanie właściwie we wszystkich dziedzinach medycyny. Ergoterapia podobnie jak fizjoterapia należy do zawodów medycznych. Ergoterapeuci podobnie jak fizjoterapeuci, przywracają sprawność ruchową, jak również pomagają pokonać trudności z wykonywaniem codziennych czynności takich jak ubieranie i rozbieranie się, przygotowywanie i spożywanie posiłków, higiena osobista i wiele innych, które osobom zdrowym nie sprawiają żadnych trudności. W bardzo wielu z tych czynności, w różnym otoczeniu, czy na zewnątrz, czy też w domu istnieje możliwość ze skorzystania z dużego asortymentu pomocy i urządzeń, które ułatwić mogą pokonywanie tych trudności. Ergoterapia jest ważnym środkiem leczniczym prowadzącym do rekonwalescencji chorych i niepełnosprawnych, jest formą terapii, która dzięki różnorodności metod i materiałów terapeutycznych pozwala chorym nauczyć się jak największej samodzielności, niezależności i aktywności. Uwzględniając potrzeby indywidualne osób dotkniętych i biorąc pod uwagę obraz choroby czy też niepełnosprawności, dobiera się odpowiednie środki leczenia ergoterapeutycznego.

9. Terapia manualna – forma terapii zaburzeń narządu ruchu. Należy do dziedziny fizjoterapii i jest poparta badaniami naukowymi. Terapia manualna polega na badaniu i leczeniu stawów obwodowych i kręgosłupa. Pierwszą częścią badania jest zazwyczaj

dokładny wywiad. Następnie dokonuje się badania jakości ruchu, jego zakresów, biomechaniki oraz innych czynników (np. bolesności). Podczas terapii za pomocą specjalnych technik mobilizacji lub manipulacji i pracy na tkankach miękkich przywraca się zaburzoną biomechanikę stawów (odblokowanie stawów), co prowadzi do zmniejszenia bólu, zwiększenia zakresu ruchomości, ustąpienia stanów zapalnych.

10. Metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne.

Metoda ta opiera się o system ćwiczeń, które wspomagają prawidłowy rozwój dzieci i korygują zaburzenia rozwojowe oraz emocjonalne. Główna idea metody wyraża się bowiem w stwierdzeniu, że posługiwanie się ruchem jest narzędziem wspomagania i terapii zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka. Udział w ćwiczeniach ma na celu stworzyć dziecku okazję do poznawania własnego ciała, usprawnienia motoryki, poczucia swojej siły, sprawności

i w związku z tym możliwości ruchowych. Podczas ćwiczeń ruchowych dziecko może poznać przestrzeń, w której się znajduje (przestaje ona być dla niego niebezpieczna). Dziecko czuje się bezpiecznie, staje się aktywne, bardziej twórcze. Poprzez ruch dziecko:

- poznaje własne ciało,
- poznaje przestrzeń wokół siebie,
- zdobywa pewność siebie,
- zdobywa poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu,
- nawiązuje kontakt,
- uczy się współpracy z partnerem (rówieśnikiem lub osobą z którą jest w parze) i grupą,
- zyskuje zaufanie do partnera i grupy.

11. Metoda Dobrego Startu prof. M. Bogdanowicz (MDS).

Głównym założeniem MDS jest wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dziecka poprzez odpowiednio zorganizowaną zabawę i aktywne wielozmysłowe uczenie symboli graficznych: łatwych wzorów, wzorów literopodobnych, liter i znaków matematycznych. Realizacja tego założenia odbywa się poprzez rozwijanie funkcji, które biorą udział w uczeniu się czytania i pisania (poznawczych: wzrokowo-przestrzennych, słuchowo-językowych i ruchowych) oraz ich współdziałania (integracji percepcyjno-motorycznej). Inne cele to kształtowanie lateralizacji, świadomości schematu ciała (jego części oraz lewej i prawej strony) i przestrzeni. MDS reprezentuje zatem polisensoryczne, aktywne podejście do pracy z dziećmi. Występują w niej trzy elementy:

- element motoryczny to ćwiczenia ruchowe, ruchowo-słuchowe, a także ruchowo-słuchowo-wzrokowe czyli ruchy zharmonizowane z rytmem piosenki, wykonywane podczas reprodukcji znaków graficznych;
- element słuchowy to piosenki, wierszyki, zdania, wyrazy;
- element wzrokowy to znaki graficzne (łatwe wzory, wzory literopodobne, litery i znaki matematyczne).

12. Terapia psychomotoryczna wg Procus i Block.

Terapia psychomotoryczna jest systemem usprawniania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Prekursorkami tej terapii są belgijki Marcelle Procus i Michelle Block. Zakładały one, że przez uświadomienie, przewidywanie i osiągnięcie ruchu docelowego, dziecko dochodzi stopniowo do kontrolowania procesów psychologicznych, panowania nad sobą, co prowadzi do polepszenia procesów poznawczych: rozumienia, mowy, pamięci. Stopniowo poprawia się integracja systemu nerwowego jako całości. Terapia ta mieści się w nurcie terapii integracyjnych, w których na bazie ćwiczeń ruchowych stymuluje rozwój wielu funkcji OUN, zwłaszcza w zakresie wzajemnego ich sprzężenia i integrowania. Celem i efektem terapii jest konstrukcja i aktywizacja sieci neuronalnych, które odpowiadają za mózgowy procesy integracyjne. W wyniku tego dziecko osiąga możliwość optymalnego funkcjonowania w swoim środowisku, stosownie do wieku predyspozycji psychofizycznych. W wymiarze klinicznym celem terapii jest likwidowanie różnego rodzaju patologii i zaburzeń ruchu, koordynacji wzrokowo – ruchowej, zachowania, emocji, pamięci, uwagi, czytania, pisania.

13. Metody stymulacji polisensorycznej, m.in. poranny krąg i stymulacja wielozmysłowa w sali stymulacji wielozmysłowej.

Stymulacja polisensoryczna to nauka wielozmysłowego doświadczania świata, która ma na celu wywołanie zaplanowanych wrażeń i uczuć. Zajęcia polegają na tym, że terapeuta z użyciem odpowiedniego wyposażenia (pomocy dydaktycznych) dostarcza dziecku różnego rodzaju bodźców zmysłowych: dotykowych, smakowych, węchowych, słuchowych i wzrokowych.

14. Choreoterapia (muzykoterapia, rytmika, taniec).

Ogólne cele muzykoterapii dzieci to:

- wspomaganie indywidualnego rozwoju dziecka,
- wzbogacenie wewnętrznego świata dziecka,

- mobilizacja do aktywności (poznawczej, ruchowej, emocjonalnej, intelektualnej),
- zwiększanie wiary we własne możliwości, poprawa samooceny,
- stymulacja i rozwijanie zmysłów,
- nauka komunikacji interpersonalnej,
- umożliwienie swobodnego wypowiedzianie się, ekspresji,
- nauka wyrażania siebie,
- odblokowanie i ujawnienie emocji i napięć,
- pobudzenie do ekspresji (uczuć, wokalne, ruchowe, werbalne, itd.),
- zaspokajanie naturalnej potrzeby dziecka, jaką jest zabawa,
- dostarcza pozytywnych przeżyć oraz informacji o świecie,
- rozwijanie zainteresowań muzycznych oraz posiadanego potencjału twórczego,
- osiągnięcie uspokojenia i rozluźnienia psychofizycznego.

Cele realizowane podczas muzykoterapii uzależnione są od potrzeb dzieci, które biorą udział w zajęciach. Mogą być realizowane podczas zajęć indywidualnych lub grupowych, w których wykorzystuje się m.in. następujące formy:

- ćwiczenia i zabawy ruchowe - aktywizują ruchowo i emocjonalnie; zaspokajają potrzeby ruchu i zabawy, wpływają na harmonijny rozwój dziecka, ćwiczą umiejętności orientacji, organizacji, estetyki ruchów a także umiejętność świadomego podporządkowania ruchów muzyce,
- grę na instrumentach – daje możliwość ekspresyjnego wypowiedzenia się, rozwijają wrażliwość muzyczną,
- śpiew piosenek – pobudza wyobraźnię i zainteresowania, ćwiczy koncentrację uwagi, wzbogaca zasób słów i pojęć, aktywizuje procesy myślowe i poznawcze, integruje grupę,
- ćwiczenia słuchowe - uwrażliwiają na muzykę, uruchamiają fantazję, rozwijają koncentrację uwagi, pamięć muzyczną i pozamuzyczną, rozwijają słuch, wyrabiają umiejętność świadomego odbierania i selekcjonowania dźwięków.

15. Programy aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja opracowane przez Mariannę Knill i Christophera Knilla. Programy mogą być skutecznie stosowane w pracy z dziećmi, młodzieżą o różnych poziomach rozwoju intelektualnego i z różnymi rodzajami niesprawności fizycznej. Proponowane programy stanowią ramy, dzięki którym rozwija się kontakt społeczny, ruch i zabawa. Programy mogą być stosowane przez każdą osobę, która ma regularny kontakt z dzieckiem. Można je wykonywać codziennie i jeśli to możliwe o tej

samej porze dnia. Podstawą jest to, że dziecku jest dane inne niż do tej pory zaplanowane i systematyczne, doświadczenie ruchów takich jak: naciskanie i kulanie przedmiotów, obracanie ich, pocieranie ich, przekładanie różnych rzeczy z ręki do ręki itp. Dziecko musi być świadome wykorzystywania swoich rąk, nóg, ust, ramion, stóp i całego swojego ciała podczas używania ich w tak prostych czynnościach jak jedzenie i ubieranie oraz podczas zabawy i w komunikacji z innymi. Do programów dołączone są kasety ze specjalnie skomponowaną muzyką, która powinna towarzyszyć wszystkim aktywnościom.

Dziecku pomaga to, że terapeuta używa głosu, śpiewa lub mówi wyraźnie i melodyjnie, akompaniuje każdej aktywności. Każdy ruch dziecka jest wspierany przez specjalny akompaniament muzyczny, będący sygnałem konkretnej aktywności. Dzięki słuchaniu specjalnego tonu na początku i na końcu każdego programu dziecko stopniowo uczy się rozpoznawać sytuację a to przygotowuje do łączenia jej z określoną aktywnością.

16. Zajęcia rozwijające myślenie – ThinkingSkills wg R. Feuersteina - metoda odpowiada na złożone potrzeby zarówno poznawcze, jak i emocjonalne oraz społeczne dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym. Metoda ta pozwala dotrzeć do każdego dziecka, bez względu na poziom rozwoju, rodzaj zaburzeń czy ograniczeń. Dziecko jest w tej metodzie podmiotem wszystkich działań, a celem głównym oddziaływań jest dążenie do rozwoju dziecka jako zintegrowanej całości. Dziecko jest stroną aktywną – to ono odkrywa, poznaje, kojarzy i rozumuje. Samodzielnie dochodzi do rozwiązania problemu, co daje mu możliwość poczucia smaku prawdziwego sukcesu i zwiększa wiarę we własne możliwości. Wszystko to dzieje się dzięki uczeniu przez mediację. Mediator dostosowuje różne parametry każdego stawianego przed dzieckiem zadania do jego indywidualnych możliwości i właściwości. Robi to jednak w taki sposób, by zmaksymalizować aktywność dziecka. Dzięki temu dziecko uczy się poprzez doświadczenie, odkrywa relacje i reguły rządzące światem. Dziecko dostaje możliwość odkrywania rzeczywistości według uporządkowanej i uniwersalnej struktury, którą zapamiętuje nie jako ciąg chaotycznych elementów, lecz jako logiczną całość. W wyniku tego zmienia się nie tylko jego funkcjonowanie poznawcze, ale cała osobowość – staje się ono pewne siebie, samostrowne. Zmiany w jednostce wpływają z kolei pozytywnie także na życie tych, z którymi tworzy on relacje – rodziny, najbliższego otoczenia. Zmiany które można zaobserwować u dzieci, które objęte są zajęciami z tego zakresu to przede wszystkim chęć do podejmowania nowych wyzwań, czerpanie radości z nabywania nowych doświadczeń. Kształtowanie wewnętrznej motywacji do podejmowania zadań powoduje jednocześnie wzrost umiejętności koncentracji uwagi na zadaniu i lepsze

zapamiętywanie treści.

17. Metoda Alternatywnej Komunikacji (Augmentative and Alternative Communication - AAC) - oznacza wszelkie działania, których celem jest pomoc w porozumiewaniu się osobom niemówiącym lub posługującym się mową w ograniczonym stopniu. Zamiast wypowiedzianych słów i zdań mogą one używać znaków graficznych (piktogramów, obrazków, symboli), znaków manualnych (gestów) lub znaków przestrzenno-dotykowych (np. przedmiotów). Dzięki temu mogą dokonywać wyborów, podejmować decyzje, pytać, opowiadać, wyrażać myśli i uczucia – pokonywać bariery w porozumiewaniu się i stawać się niezależnymi. Najczęściej używanymi w Ośrodku metodami AAC są: piktogramy PCS, Makaton, Bliss, gesty Coghomo, komunikatory opracowane w technologii informacyjnej.

Dla każdej niemówiącej osoby zespół specjalistów buduje indywidualny system komunikacji, aby mogła ona używać zamiast mowy jakiegoś systemu znaków (gestów, piktogramów, symboli, pisma). Oznacza to wiele działań takich jak: dobór znaków, budowanie osobistych pomocy do komunikacji, nauka wybierania i wskazywania, instruowanie partnerów rozmowy, wyposażenie osoby niemówiącej w odpowiednie urządzenia elektroniczne czy komputer, które użyczą jej głosu (tzw. technologia wspomagająca), a także (w przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo) zaaranżowanie odpowiedniego siedziska, w którym użytkownik AAC będzie zdolny korzystać z dostarczonych pomocy.

18. Metody logopedyczne i formy oddziaływań.

W metodach werbalnych (lingwistyczne, filologiczne, psychologiczne, pedagogiczne) i pozawerbalnych (rysunkowe, taneczno – muzyczne, wzrokowo – słuchowo – dotykowe) stosuje się różnorodne formy oddziaływań:

- rozwijanie rozumienia mowy np. rozumienie prostych pytań,
- ćwiczenia usprawniające aparat artykulacyjny (praksja oralna),
- ćwiczenia oddechowe i oddechowo fonacyjne,
- ćwiczenia modyfikujące oddychanie,
- ćwiczenia słuchowe np. rozróżnianie głosek różniących się cechą dystynktywną, ćwiczenia słuchu fonematycznego,
- ćwiczenia różnicowania i poprawnej realizacji poszczególnych głosek,
- zabawy bogacące zasób leksykalny :bierny i czynny,

- ćwiczenia mowy czynnej np.: określanie czynności,
- ćwiczenia rozumienia i rozwijania struktur gramatycznych i leksykalnych,
- rozwijanie konwersacji,
- kształtowanie kompetencji komunikacyjnej,
- rytmiczacja mowy,
- alternatywna komunikacja np.: Makaton, AAC,
- zastosowanie ustno – twarzowej terapii regulującej nieprawidłowe napięcie,
- wspomaganie funkcji oralnych dziecka,
- terapia zaburzeń znacznych i głębokich funkcji oralnych związanych z pobieraniem pokarmów i nadawaniem mowy,
- reedukacja połykania,
- trening słuchowy,
- logorytmika np.; zabawy muzyczno ruchowe,
- rysowane jako wyrażenie myśli i spostrzeżeń przez dziecko,
- wykorzystywanie treści percepcji analizatorów biorących udział w akcie mowy (wzrok, słuch, dotyk).

19. Trening umiejętności społecznych samoobsługi, samodzielności i współpracy z rodzicami.

Celem treningu jest nabywanie, podtrzymywanie i rozwijanie możliwego do osiągnięcia poziomu funkcjonowania osobistego i społecznego dzieci i młodzieży.

Trening obejmuje:

- nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie możliwego do osiągnięcia poziomu funkcjonowania osobistego (samoobsługi i umiejętności życia codziennego – tym w gospodarstwie domowym),
- trening komunikacji,
- trening komunikatywności, w tym zgłaszania potrzeb,
- trening mobilności,
- naukę sprawczości,
- naukę podejmowania decyzji, odpowiedzialności, prawidłowej samooceny, odporności emocjonalnej,

- nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie możliwego do osiągnięcia poziomu funkcjonowania społecznego (pełnienia różnorodnych ról społecznych: domownika, klienta, ucznia w grupie, pracownika, obywatela, itp.),
- wspieranie edukacji szkolnej i osiągnięcie wskaźników koniecznych dla kolejnych etapów edukacyjnych,
- nabywanie umiejętności przydatnych do ewentualnego podjęcia pracy i możliwie niezależnego życia,
- odciążenie rodziny i poprawa jakości jej życia.

Trening w zakresie:

- mobilności,
- myślenia,
- komunikowania się,
- zdobywania i gromadzenia informacji oraz wsparcia procesu edukacji,
- pobudzania aktywności społecznej,
- wyrabiania umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, w tym przygotowania do pracy zawodowej,
- terapię i pomoc rodzinie na wszystkich etapach wsparcia,
- instruktaż dla rodziców, udział w zajęciach (kontynuacja pracy w domu),
- informacje dla rodziców,
- poradnictwo prawne, pomocowe, techniczno-architektoniczne, antydyskryminacyjne itp. zwiększające szanse na aktywny udział rodziny w życiu społecznym i poprawę jej jakości życia.

20. Diagnoza, zakresy, formy i metody terapii psychologicznej.

A. Metody diagnozy psychologicznej:

1. Dziecięca Skala Rozwojowa (DSR).
2. Skala rozwoju psychomotorycznego dziecka w wieku 0-3 lat Brunet-Lezine.
3. Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia.
4. Bateria Testów APIS-P (R).
5. Diagnoza Możliwości Intelktualnych (DMI).
6. Test Matryc Ravena w Wersji Standard.
7. Test Matryc Ravena w Wersji Kolorowej.

8. Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera.
9. Skale Inteligencji i Rozwoju (IDS).
10. Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci (WISC-R(PL)).
11. Test Komunikacji Zadaniowej Rodzic-Dziecko (TKZ R-D).
12. Test Rozumienia Emocji (TRE).
13. Wielowymiarowy Kwestionariusz Preferencji (WKP).
14. Test Zainteresowań (TZ).
15. Test do Badania Uwagi (D2).
16. Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig.
17. Test Apercepcji Tematycznej Wersja z postaciami Ludzi (CAT-H) L.Ballack,S.S.Ballak.
18. Test Szondiego Eksperymentalna Diagnostyka Potrzeb (SZONDI).
19. Test Piramid Barwnych (TPB).
20. Test Płynności Figuralnej Ruffa (RFFT).
21. Inwentarze Guzburga PPAC, PAC-1, PAC-2.

B. Zakresy terapii psychologicznej:

a) Wspomaganie rozwoju poznawczego w tym m.in.:

- wspomaganie rozwoju procesów uwagi,
- percepcji wzrokowej, analizy i syntezy wzrokowej, pamięci wzrokowej,
- percepcji słuchowej oraz analizy i syntezy słuchowej, pamięci słuchowej,
- koordynacji wzrokowo- słuchowo- ruchowej,
- sprawności manualnej,
- mowy czynnej (np. zakres posiadanego słownika, płynność słowna, umiejętność konstruowania wypowiedzi słownych),
- mowy biernej (np. zakres rozumienia poleceń słownych, wzbogacanie słownika biernego),
- umiejętności orientacji w przestrzeni,
- procesów myślenia przyczynowo-skutkowego, myślenia poprzez analogię, wnioskowania oraz myślenia logicznego.

b) Wspomaganie rozwoju społecznego dziecka.

c) Wspomaganie rozwoju emocjonalno-motywacyjnego dziecka.

d) Wsparcie w sytuacji kryzysowej.

e) Zajęcia psychoedukacyjne dla dzieci.

f) Porady psychologiczne, spotkania i warsztaty dla rodziców dotyczące zagadnień związanych z wychowaniem dziecka z niepełnosprawnością.

C. Formy terapii psychologicznej:

- indywidualna,
- grupowa.

D. Metody terapii psychologicznej:

- Metody terapii behawioralnej:

a) Program Carole Sutton „Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci” - Jest to 8 tygodniowy program szkoleniowy dla rodziców nt. „Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci”.

Oparty na podstawach teoretycznych dotyczących warunkowania instrumentalnego. Wymaga on pracy nie tylko od dziecka, ale też głównie od rodziców. Rodzina pracuje w tym programie nad jednym wybranym, konkretnym i jasno określonym zachowaniem. Polega na wypełnianiu przez 8 tygodni kart wybranego zachowania i realizowaniu zaleceń zawartych w kolejnych 8 częściach programu. Dotyczą one:

- obserwacji trudnego zachowania,
- co poprzedza i co następuje po trudnym zachowaniu,
- co robić, gdy pojawi się trudne zachowanie,
- nagrody i kary,
- kłopoty ze snem,
- co wywołuje trudne zachowania,
- szersze zastosowanie metody,
- jak utrwalić pozytywne zmiany w zachowaniu dziecka.

b) Metody uczenia się bazujące na założeniach uczenia się instrumentalnego, w tym metoda pozytywnych wzmocnień.

- Metody terapii poznawczo-behawioralnej:

a) Program terapeutyczny „Zaradny kot”. Terapia poznawczo – behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci. Kendall Philip C., Hedtke Kristina A.

Program poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń lękowych (zwłaszcza lęku uogólnionego, fobii społecznej i lęku separacyjnego) u dzieci w wieku 8–13 lat. Autorzy krok po kroku omawiają składających się nań 16 sesji terapeutycznych: ich cele, kolejne etapy, stosowane strategie, a także praktyczne wskazówki dla terapeuty.

b) Program terapeutyczny „Lęk”. Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży. Kendall Philip C., Hedtke Kristina A.

Program poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń lękowych u nastolatków w wieku 14–17 lat. Autorzy krok po kroku omawiają składających się nań 16 sesji terapeutycznych: ich cele, kolejne etapy i stosowane strategie. Poszczególne sesje poświęcone są takim zagadnieniom, jak: rozpoznawanie objawów lęku, myślenie osoby odczuwającej lęk i jego skutki, plan radzenia sobie czy wykorzystanie nabytych umiejętności w sytuacjach budzących lęk.

- Metoda stymulacji polisensorycznej

Stymulacja polisensoryczna, to nauka wielozmysłowego doświadczania świata, która ma na celu wywołanie zaplanowanych wrażeń i uczuć. Zajęcia polegają na tym, że terapeuta dostarcza dziecku różnego rodzaju bodźce zmysłowe: dotykowe, smakowe, węchowe, słuchowe i wzrokowe.

- Metoda Affolter

F. Affolter mówi o prowadzeniu ciała dziecka podczas czynności z zakresu dużej motoryki tzn. chodzenia, schylania się, kucania, ale przede wszystkim skupia się ona na przekazywaniu informacji czuciowych przez ręce. Zadaniem terapeuty jest w takiej sytuacji nałożenie swoich rąk na ręce dziecka, w taki sposób, aby kciuk terapeuty pokrywał się z kciukiem dziecka a palec wskazujący z palcem wskazującym itd. Terapeuta staje za dzieckiem i inicjuje kolejne czynności. Dzięki działaniom terapeuty, dziecko może poczuć właściwości przedmiotu, jego opór, zmiany położenia ręki w stosunku do podłoża, różnice w działaniu jednej i drugiej ręki. Zarówno ręce jak i mózg dziecka odbierają bodźce, których bez pomocy terapeuty nie byłyby w stanie doświadczyć. Nie należy mówić do dziecka podczas prowadzenia jego rąk, ponieważ wykonywane czynności wymagają od dziecka dużego skupienia, które mowa terapeuty może zakłócać. Czas odpowiedni na rozmowę z dzieckiem o wykonywanych czynnościach jest przed ich rozpoczęciem i po ich zakończeniu.

- Bajkoterapia

Bajkoterapia to metoda, którą wykorzystuje się do pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Realizuje się ją poprzez czytanie dzieciom, bądź ich samodzielną lekturę właściwej dla danego problemu opowieści terapeutycznej. Wśród bajek terapeutycznych można wyszczególnić takie grupy jak bajki psychoterapeutyczne, psychoedukacyjne oraz relaksacyjne. Każda z nich dedykowana jest dzieciom z innymi problemami. Bajkoterapia pomaga w przezwyciężeniu lęków związanych z różnymi

sytuacjami. Wykorzystuje się odpowiednio dobrany tekst. Dzięki temu w psychice dziecka pojawia się pozytywne myślenie, dzieci zaczynają rozumieć swoje uczucia, ich przejawy, a także przyczyny. Bajki terapeutyczne pokazują jak trzeba sobie radzić i przedstawiają pewne wzorce postępowania. Sprawiają, że dzieci zaczynają rozumieć świat, w którym żyją, przestają czuć się samotnie.

- Elementy arteterapii

Arteterapia lub też artterapia jest pojmowana jako leczenie przez sztukę. Podstawą jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem, stworzenie bezpiecznej i akceptującej atmosfery. Podstawowe techniki stosowane na zajęciach: malowanie farbami (rękami, pędzlem, gąbką), rysunek, praca z masą plastyczną. Poprzez działania plastyczne dzieci ciągle rozwijają się, uwalnia się ich indywidualna ekspresja oraz emocje i odczucia związane z ich obecnym stanem psychicznym oraz fizycznym. Sztuka pozwala zająć im czas i nie dopuścić do zamartwiania się, a wręcz przeciwnie, pozwala pokazać im, że są w stanie wiele zdziałać. Mogą tworzyć rzeczy, dzięki którym dowartościowują się, rosną ich ambicję. Arteterapia uwrażliwia dzieci, sprawia że są one otwarte na otaczający ich świat. Terapeutyczne oddziaływanie sztuki to także uczenie dzieci wytrwałości, konsekwencji w dążeniu do celu. Dzieci mają możliwość wyrażania tych myśli i przeżyć, które są trudne do przekazania w słowach, ujawnienia tych, które są tłumione oraz odreagowania emocji, napięć, a także odnajdowania zadowolenia w sztuce. Zajęcia plastyczne dają radość, możliwość działania i tworzenia. Rozwijają wyobraźnię, myślenie, pamięć, uwagę. Zarazem uczą samodzielności, zaradności, dokładności, ładu oraz organizacji pracy.

- Programy rozwoju poszczególnych funkcji poznawczych:

a) Program rozwoju percepcji wzrokowej. Poziom podstawowy. Poziom średni. Poziom wysoki. M.Frostig, D.Horne.

Zdolność percepcji wzrokowej obejmuje w programie: koordynację wzrokowo-ruchową, spostrzeganie figury i tła, stałość spostrzegania, spostrzeganie położenia przedmiotów w przestrzeni, spostrzeganie stosunków przestrzennych.

Podręcznik zawiera szczegółowe omówienie wszystkich komponentów. Program obejmuje szereg zabaw wspierających rozwój percepcji wzrokowej oraz umieszczonych w zeszytach pracy dla dziecka zestaw ćwiczeń.

b) Ćwiczenia graficzne rozwijające sprawność ruchową ręki i koordynację wzrokowo-ruchową, H.Tymichovej.

- Rozmowa terapeutyczna

Rozmowa z dzieckiem ukierunkowana na rozwiązanie konkretnego problemu, zazwyczaj stanowi element wprowadzający i podsumowujący zajęcia.

- Elementy Modelu Wczesnej Interwencji Insite

Założeniem Programu jest wspieranie rodziny małego dziecka z niepełnosprawnością sensoryczną i dodatkowymi uszkodzeniami od urodzenia do wieku przedszkolnego.

9. Personel: diagnoza i terapia

Dla zaplanowania dla dzieci planu interwencji konieczna jest wielodyscyplinarna diagnoza. Wymaga ona skoordynowanej współpracy wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów (a więc oprócz lekarza - optymalnie lekarza rehabilitacji, także psychologa – optymalnie psychologa rehabilitacji, pedagoga, ergoterapeuty, logopedy/neurologopedy, itd.). Dzieci mogą wymagać konsultacji innych specjalistów, jak neurologa, psychiatry, ortopedy, okulisty ,itp. W przypadku osób z zaburzeniami w porozumiewaniu się w zespole tym nie może zabraknąć terapeuty z kompetencjami w zakresie wspomagających i alternatywnych technik komunikacji (ang. AAC). Największe kompetencje z zakresu wiedzy o adaptacji środowiska dla potrzeb osób z niepełnosprawnością mają ergoterapeuci (ang. OccupationalTherapists). Podobnie szeroki wielodyscyplinarny zespół winien realizować wszechstronne zalecenia wynikające z tak postawionej diagnozy.

- Zespół terapeutyczny w składzie: fizjoterapeuta/fizjoterapeuci, pedagog specjalny/pedagogzy specjalni i pielęgniarka/pielęgniarki/pedagogzy (w ilości 3-5 osób) odpowiada bezpośrednio za:
 - planowanie i organizację pracy w grupie dzieci,
 - kompleksową diagnozę funkcjonalną dziecka,
 - oceny bieżące i okresowe postępów dziecka,
 - tworzenie programów indywidualnych i grupowych oraz ich realizację,
 - opracowanie celów krótko- i długoterminowych dla każdego dziecka,
 - weryfikację celów na podstawie okresowej oceny dzieci,
 - bieżące planowanie serii zadań pod kątem ustalonych celów,
 - prowadzenie dokumentacji pracy zespołu,
 - współpracę z rodzicami.

Członkowie zespołu terapeutycznego w zakresie w/w działań współpracują ściśle z lekarzem rehabilitacji, logopedą i psychologiem.

- Programy indywidualne i grupowe zawierają szczegółowe wytyczne planowanego rozwoju dziecka, pracy grupy i zespołu terapeutycznego.

W zakresie programów grupowych są to przede wszystkim:

- określenie i rozkład materiału nauczania/usprawniania na dany rok,
- określenie i rozkład zadań i aktywności na dany rok,
- ramowy plan dnia i tygodnia, z dokładnym wyznaczeniem czasu na poszczególne rodzaje aktywności,
- plany i cele poszczególnych serii zadań,
- plan spotkań z rodzicami,
- plan wizyt domowych,
- plan działań integracyjnych,
- plan spotkań zespołu terapeutycznego.

Programy indywidualne dla każdego dziecka powstają na bazie kompleksowej diagnozy funkcjonalnej i zawierają:

- cele krótko- i długoterminowe określone dla każdej sfery rozwoju dziecka,
- szczegółowe cele indywidualne opracowane dla każdej serii zadań,
- dokładne instrukcje wykonania poszczególnych czynności przez dziecko,
- dokładne instrukcje pomocy dziecku przy wykonywaniu poszczególnych czynności,
- plan zajęć indywidualnych, jeżeli rodzaj dysfunkcji i deficyty stwierdzone u danego dziecka tego wymagają,
- program usprawniania domowego (codziennego i wakacyjnego).

10.Struktura Ośrodka:

1. Oddział Terapii Diennej
2. Oddział Ambulatoryjny
3. Poradnia Specjalistyczna

Ad.1 Oddział Terapii Diennej

Dzieci w grupach 4-8 osobowych przebywają w salach /klasach ze stałym zespołem terapeutów w ilości zależnej od potrzeb dzieci i ich poziomu samodzielności, z zapewnieniem im bezpieczeństwa. Grupy dobierane są pod kątem wieku, poziomu rozwoju intelektualnego i

tempa pracy. Dzieci są w wieku przedszkolnym (od 3 roku życia) i szkolnym. Zespół pracowników/terapeutów jest wieloprofilowy.

Sale wyposażone są w odpowiednie meble i sprzęt, sprzyjający rozwojowi, usprawnianiu, edukacji.

W Oddziale jest realizowany codzienny zintegrowany program nauki przemieszczania się /funkcji motorycznej, samoobsługi, poznawczej, komunikacji z nastawieniem na aktywność dzieci (oparty na zasadach Systemu Nauczania Kierowanego).

W trakcie pobytu dzieci otrzymują posiłek/posiłki, który uczą się samodzielnie spożywać.

Jest zapewniony codzienny transport.

Ad. 2 Oddział Ambulatoryjny

Dzieci, które nie wymagają tak intensywnego usprawniania jak w Oddziale Terapii Diennej i/lub mają inne problemy niż uszkodzenie mózgu (ortopedyczne, intelektualne,) korzystają z okresowych indywidualnych zajęć według wskazań zawartych w diagnozie. Mogą korzystać z fizjoterapii, zajęć psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, w zakresie komunikacji alternatywnej i wspomagającej (zajęcia w sali gimnastycznej, hydroterapii, gabinetach fizykoterapii i specjalistycznych). Stosowane są wyłącznie metody o potwierdzonej skuteczności u dzieci i młodzieży w określonych schorzeniach.

Ponadto z indywidualnej ambulatoryjnej formy usprawniania korzystają dzieci najmłodsze w wieku do 3 roku życia, chociaż rekomendowane ze względów psychologicznych w tym przypadku jest usprawnianie w środowisku domowym.

Ad.3. Poradnia Specjalistyczna

Zespół specjalistów przyjmuje dziecko i wykonuje wieloprofilową diagnozę zgodnie z ICF : funkcji ciała, aktywności i uczestniczenia oraz analizuje środowisko, w tym potrzeby rodziny, potrzeby w zakresie sprzętu, konieczność likwidacji barier, itp.

Rodzice otrzymują instruktaż opieki neurorozwojowej. Dziecko otrzymuje zalecenia i kierowane jest do Oddziału Terapii Diennej lub Ambulatoryjnego, do 3 roku życia preferowana opieka neurorozwojowa lub rehabilitacja w domu rodzinnym.

Przy Poradni może funkcjonować wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego lub dydaktycznego.

Planowana ilość adresatów w Oddziale Terapii Diennej to około 30 osób oraz w Oddziale Ambulatoryjnym około 50 osób (w pierwszej fazie budowy Ośrodka).

11. Środowiskowe oddziaływanie Ośrodka

Poza swoimi kluczowymi zadaniami w zakresie edukacji i rehabilitacji, Ośrodek musi stwarzać okazję do aktywności społecznej swoich Wychowanków a jednocześnie stanowić swoiste centrum edukacyjne dla społeczności lokalnej. Najważniejsze zadania w tym zakresie to:

1. Kształtowanie w społeczności lokalnej wizerunku osoby z niepełnosprawnością jako pełnoprawnego członka społeczności lokalnej. Ośrodek musi zatem prowadzić kampanie społeczne, ukazujące wizerunek osoby z niepełnosprawnością jako człowieka i obywatela nie zaś klienta pomocy społecznej. Do skutecznej realizacji tego zadania rekomenduje się wykorzystanie Międzynarodowych Świąt ważnych dla środowiska osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin np. Międzynarodowy Dzień Mózgowego Porażenia Dziecięcego, Międzynarodowy Dzień Wcześniaka, Międzynarodowy Dzień Osób z Niepełnosprawnościami, Europejski Dzień Walki z Dyskryminacją Osób Niepełnosprawnych.
2. Rozwijanie wolontariatu. Zadanie to zawiera w sobie zarówno rozwijanie wolontariatu specjalistycznego, opartego o studentów kierunków medycznych (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, logopedzi) i społecznych (psychologia, pedagogika) Długofalowe rozwijanie wolontariatu specjalistycznego może pomóc w realizacji celu związanego z posiadaniem profesjonalnej kadry. Równie ważne jest również rozwijanie wolontariatu akcyjnego, który umożliwia w sytuacji niedostosowanego środowiska szkolnego i izolacji dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych, wzajemną współpracę, postawę solidarności społecznej i współodpowiedzialności. Wolontariat akcyjny powinien opierać się przede wszystkim na współpracy ośrodka ze środowiskami szkolnymi i kościelnymi. Udział wychowanków w uroczystościach organizowanych przez inne szkoły, udział w świątach kościelnych i państwowych.

3. Rozwijanie aktywności kulturalnej i sportowej Wychowanków. Aktywność kulturalna, sportowa i hobbystyczna jest jedną z głównych motywacji dziecka i młodzieży do podjęcia wysiłku związanego z rehabilitacją. Dlatego istotne jest aby takie aktywności były w Ośrodku realizowane, stanowiąc jednocześnie dodatkowy stymulator do aktywności rehabilitacyjnej i edukacyjnej. Aktywni w zakresie kultury, sportu czy innych form spędzania czasu Wychowankowie, stanowiąc będą jednocześnie najlepszy sposób na łamanie stereotypów i uprzedzeń wśród lokalnej społeczności.

12.Kryteria oceny postępów/zakończenia rehabilitacji w Ośrodku

Stosowanie systematycznej oceny postępów rehabilitacji jest elementem niezbędnym prowadzenia skutecznego usprawniania dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Stosowane w Oddziale Terapii Diennej oceny i standaryzowane testy mierzalne dotyczą wszystkich zaburzonych sfer rozwoju i funkcjonowania dziecka, są to:

- Ocena lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej
- Kompleksowa ocena opisowa oceniająca:
 - sposób komunikacji
 - poziom rozwoju poznawczego
 - poziom rozumienia języka
 - poziom koncentracji
 - poziom rozwoju motorycznego
 - poziom rozwoju emocjonalnego
 - poziom rozwoju socjalnego
 - interakcje społeczne
 - umiejętności w zakresie dużej motoryki
 - umiejętności w zakresie małej motoryki
 - napięcie mięśniowe
 - lokomocję
 - umiejętności zmiany pozycji
 - samoobsługę
 - jedzenie i picie
 - narządy zmysłów

- w jaki sposób się bawi
- poziom somatognozji
- Ocena psychologiczna
- Ocena pedagogiczna
- Ocena logopedyczna
- Ocena fizjoterapeutyczna
- PEDI - Pediatryczna Ocena Wykazu Niepełnosprawności
- GMFM - ocena funkcji dużej motoryki
- MACS - system klasyfikacji zdolności manualnych
- GMFCS - system prognozujący poziom funkcjonowania
- CFCS –system klasyfikacji funkcji komunikacji
- Pomiar zakresów ruchów w stawach
- Ocena siły mięśniowej zespołów dynamicznych
- Ocena napięcia mięśniowego
- Ocena zakresu użycia alternatywnych i wspomagających sposobów komunikacji
- Ocena realizacji celów krótkoterminowych
- Ocena realizacji celów długoterminowych
- Ocena VIDEO

Wyniki w/w ocen, skal i testów oraz ocena poziomu niezależnego funkcjonowania są podstawą do rozważenia pobytu dziecka w Ośrodku lub skierowanie go do innych, mniej specjalistycznych placówek dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Ze względu na to, że dzieci i młodzież z mózgowym porażeniem dziecięcym posiadają bardzo zróżnicowane obrazy kliniczne dysfunkcji oraz warunki psycho-społeczne, ścisłe określenie kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji nie jest możliwe.

Należy podkreślić, że pacjenci Ośrodka stanowią wysoce selektywną grupę osób niepełnosprawnych, ponieważ u dzieci z wczesnym uszkodzeniem mózgu dysfunkcje są złożone i trwałe, a rehabilitacja konieczna jest codziennie i przez wiele lat.

Względy medyczne wskazują na konieczność zintensyfikowania działań rehabilitacyjnych u dzieci i młodzieży z zaburzeniami wieku rozwojowego, zwłaszcza niepełnosprawnej w wyniku wczesnego uszkodzenia mózgu. Ich rehabilitacja powinna być wczesna, ciągła, kompleksowa i dostępna. Poprawa uszkodzonych funkcji u dziecka następuje poprzez wielokrotne powtarzanie wielu procedur (ułatwienie synaptyczne) codziennie w odpowiednio

długim czasie, bazując na zjawisku plastyczności mózgu. W wieku rozwojowym możliwości kompensacji mózgu w zakresie utraconych funkcji są największe, w związku z tym faktem (potwierdzonym naukowo) ilość i częstotliwość oddziaływań (procedur) o odpowiedniej jakości powinna być też adekwatnie największa. Zatem codzienne, z odpowiednio długim czasem oddziaływania, świadczenia rehabilitacyjne o szerokim spektrum, usprawniające szereg upośledzonych u dziecka funkcji muszą być zaplanowane na wiele lat, aby uzyskać u dziecka poprawę lub choćby zatrzymać proces pogarszania funkcji, a przez to poprawiać jakość jego życia i życia opiekującej się nim rodziny.

Nie ma uzasadnienia medycznego dla ograniczania intensywności i czasu tej rehabilitacji.

Czas trwania rehabilitacji u dzieci z poważnymi dysfunkcjami na tle uszkodzenia centralnego układu nerwowego przedłuża się nierzadko na okres dorosłości, aby nie powodować pogorszenia uzyskanych poziomów funkcjonowania.

13. Metody oceny skuteczności rehabilitacji w Oddziale Terapii Diennej - ewaluacja

Na podstawie analizy wyników w/w ocen i testów mierzalnych prowadzona jest systematyczna weryfikacja skuteczności prowadzonej rehabilitacji. Globalnej oceny postępów usprawniania dokonuje personel Ośrodka (lekarz, fizjoterapeuta, pedagog, psycholog, logopeda) 2 razy w roku w oparciu o oceny opisowe, obserwację, testy mierzalne i analizę poziomu realizacji celów krótko i długoterminowych. Dodatkowo wyniki testów i ocen dają pojęcie o progresji rozwoju dziecka i skuteczności prowadzonej rehabilitacji, są podstawą do opracowywania nowych wytycznych i celów usprawniania. Natomiast stwierdzenie braku realizacji założonych celów lub pogorszenie wyników testów mierzalnych jest sygnałem do ponownej analizy i weryfikacji programu usprawniania. Poza oceną globalną, która jest dokonywana co 6 m-cy, na bieżąco prowadzone są obserwacje dotyczące poziomu funkcjonowania w każdej sferze rozwoju dziecka i na ich podstawie modyfikowane są dzienne i tygodniowe oraz indywidualne i grupowe programy zintegrowanej rehabilitacji.

Wszystkie stosowane w Ośrodku metody i używane oceny/testy są spójne z aktualną wiedzą i podejściem opartym na Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF i ICF C-Y).

Cześć II

Program funkcjonowania Rodzinnego Domu w Zamościu przy ul. Kresowej 24

„Rodzinny Dom” – dom wspomaganego zamieszkania (Zamość, ul. Kresowa 24)

Rodzinny Dom służy organizacji mieszkalnictwa wspomaganego dla osób ze sprzężonymi niepełnosprawnościami i jest formą wsparcia społecznego tych osób.

Rodzinny Dom jest odpowiedzią na potrzeby w zakresie mieszkalnictwa dorosłych osób ze sprzężonymi niepełnosprawnościami. Nie jest on domem 24-godzinnego, izolującego pobytu. Jest miejscem otwartym na środowisko zewnętrzne, w którym osoby dobrowolnie mieszkają i które osoby z niepełnosprawnością codziennie opuszczają, udając się do swoich aktywności społecznych czy zawodowych. Jest przeznaczony dla osób wymagających wysokiego poziomu wsparcia.

Przy organizacji Rodzinnego Domu wzięto pod uwagę przede wszystkim założenia Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, a więc przede wszystkim to, że osoby niepełnosprawne powinny mieć możliwość wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać.

Wzięto również pod uwagę ich złożone potrzeby w zakresie usług wspierających świadczonych w placówce zapewniającej zakwaterowanie.

Jednakże realizacja całkowicie niezależnego zamieszkania w postaci korzystania z oddzielnych lokali mieszkalnych w środowisku lokalnym (jak to ma miejsce w przypadku części osób bardziej samodzielnych) w sytuacji osób ze sprzężonymi niepełnosprawnościami (i dodatkowymi schorzeniami jak np. epilepsja) wymaga (przy organizacji ich miejsca zamieszkania i usług je wspierających), niezbędnej modyfikacji, również ze względów zapewnienia im bezpieczeństwa, przy zachowaniu ich prawa do niezależnego życia i włączenia społecznego. Określenie niezbędnego poziomu udzielanego wsparcia dla uzyskania możliwie największej niezależności i partycypacji w życiu społecznym osób ze sprzężonymi niepełnosprawnościami jest w wysokim stopniu zindywidualizowane. Należy pamiętać, że mieszkańcami tego Domu są przede wszystkim osoby z czterokończynowym porażeniem – bez sprawności kończyn, poruszające się na wózkach inwalidzkich i elektrycznych, niemówiące i komunikujące się przy pomocy metod i technologii AAC ,

często z dodatkowymi obciążeniami chorobowymi (epilepsja). Wymagają one przeważnie stałej pomocy asystenckiej we wszystkich czynnościach życia codziennego i specjalistycznych usług opiekuńczych oraz nierzadko uzyskania szybkiej pomocy medycznej (epilepsja). Ich sprawczość często ogranicza się do podejmowania decyzji a nie do wykonywania czynności. Mieszkańcami Domu mogą być również rodziny z osobą z niepełnosprawnością lub będące w związkach formalnych w sytuacji, gdy obie osoby legitymują się orzeczeniami o niepełnosprawności.

Ponadto przeważnie są to osoby o niskim statusie ekonomicznym (renta socjalna i zasiłek pielęgnacyjny), pochodzące ze środowisk o wysokim poziomie ubóstwa. Dom Rodzinny musi zapewnić im dostępne ekonomicznie zamieszkanie w dostosowanych technicznie warunkach, z szerokim wachlarzem zindywidualizowanych usług i wysoki poziom wsparcia przy poszanowaniu ich prawa do niezależności.

Ten wysoki poziom wsparcia generuje stosunkowo wysokie koszty, które są niemożliwe do udźwignięcia przez te osoby i ich rodziny bez solidarnej pomocy finansowej ze źródeł publicznych i niepublicznych.

Dom oferuje 28 miejsc w 20 pokojach/mieszkaniach jedno- i dwuosobowych z łazienkami oraz dostęp do ogólnej kuchni, pralni, sali wielofunkcyjnej –sportowo-rekreacyjnej, sprzętu fizjoterapeutycznego, kaplicy, etc. (Dwuosobowe pokoje są preferowane dla mieszkańców wymagających obecności osoby drugiej w celu wezwania pomocy medycznej np. w przypadku ataku epilepsji, jeśli oczywiście dobrowolnie zaakceptują fakt mieszkania we dwójkę).

Stowarzyszenie zapewnia podstawowe wyposażenie pomieszczeń Domu i dopuszcza możliwość indywidualnego wyposażania pokoi/mieszkań przez mieszkańców.

Stowarzyszenie zapewnia odpowiednią do potrzeb kadrę wspierającą i zarządzającą, w ramach prowadzonych projektów oraz wspomaga mieszkańców w zakresie uzyskania dodatkowych usług.

Kadra Domu wspomaga mieszkańców we wszystkich czynnościach życia codziennego, w dzień i w nocy a także wspiera ich w opuszczaniu Domu w celu podjęcia aktywności społecznych czy zawodowych.

W dwudziestoosobowej społeczności mieszkaniowej Rodzinnego Domu funkcjonują dwie kilkunastoosobowe społeczności mieszkaniowe (każda na jednym piętrze, po 10 mieszkań).

Na każdym piętrze są po 3 zespoły mieszkaniowe z aneksem kuchennym po średnio 4-5 osób w każdym zespole. Do ich dyspozycji jest łącznie 20 pokoi z łazienkami. (Mieszkaniec może zdecydować o zamieszkaniu z inną osobą dzieląc z nią pokój dwuosobowy np. z rodzicem/opiekunem/rodzeństwem lub partnerem (związek formalny), o ile te osoby legitymują się orzeczeniem o niepełnosprawności).

Podział Rodzinnego Domu na dwie społeczności i odpowiednio 6 zespołów mieszkaniowych jest zgodny z ideą decentralizacji i koncepcją funkcjonowania małych wspomaganych społeczności mieszkaniowych.

Wsparcie odbywa się poprzez grupowe usługi wspierające: 1 zespół mieszkaniowy (4-5 osób z niepełnosprawnością) wspiera co najmniej jedna osoba personelu bezpośrednio wspierającego (terapeuta lub asystent lub opiekun bezpośrednio wspierający) w trybie całodobowej pracy zmianowej 12/12. (6 zespołów mieszkaniowych na jednej zmianie wspiera łącznie 6 osób personelu, w tym zawsze 1 osoba o profilu medycznym). Te usługi w weekendy oraz w innych wymagających zwiększenia wsparcia przypadkach są uzupełniane o wsparcie asystentów indywidualnych i/lub wolontariuszy.

Personel wspiera mieszkańców zespołu mieszkaniowego w mieszkaniu wspieranym, a także wspiera mieszkańców tego wymagających w innych miejscach ich aktywności (np. SDS, WTZ, miejsce pracy). Dla potrzeb mieszkańców czasowo nieopuszczających mieszkania wspieranego (np. z powodu choroby, niedyspozycji, itp.) jest zatrudniony personel bezpośrednio wspierający w wymiarze 2 etatów (po 8 godzin).

Organizację pracy personelu wspiera koordynator wsparcia bezpośredniego. Koordynuje on również współpracę z asystentami osobistymi i innymi osobami stosownie do potrzeb mieszkańca (lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, ksiądz, itp.) oraz organizuje niezbędne usługi konieczne we wspomaganym mieszkalnictwie. Nadzór merytoryczno-administracyjny sprawuje Kierownik Kompleksu Wspomaganego Mieszkalnictwa.

Wszyscy odbiorcy projektu, stając przed tak radykalną zmianą, jaką jest opuszczenie domu rodzinnego i samodzielne zamieszkanie poza nim, wymagają nabycia lub rozwinięcia odpowiednich kompetencji społecznych.

Nigdy bowiem nie byli członkiem społeczności mieszkaniowej, która funkcjonuje w oparciu o pewne zasady, nakłada pewne obowiązki i wymaga określonych odpowiedzialnych zachowań. Nigdy wcześniej nie doświadczyli ciężaru i odpowiedzialności podejmowanych decyzji w naprawdę istotnych sprawach jak planowanie wydatków związanych z korzystaniem z własnego lokum, zapewnieniem sobie posiłków, dostępu do usług publicznych. Nierzadko nie posiadają w ogóle wiedzy na ten temat ani kontaktów z odpowiednimi instytucjami. Brakuje im wyposażenia w tę wiedzę, aby dysponowali adekwatnym dla ich potrzeb kręgiem wsparcia.

Muszą się samorganizować, aby ich społeczność mogła swobodnie funkcjonować, oczywiście korzystając z udzielonego im wsparcia, przy zachowaniu ich niezależności, godności i sprawczej decyzyjności.

Wnioskodawca w trakcie realizacji projektu i w ramach innych projektów (w tym dofinansowanych z PFRON) prowadzi szkolenia przewidzianego do zatrudnienia w Rodzinnym Domu personelu na bazie swoich istniejących placówek w formie zatrudnienia, stażów, uczestnictwa w szkoleniach online. Potencjalni mieszkańcy Rodzinnego Domu również uczestniczą w treningach w swoich placówkach.

Szkolenia obejmują podtrzymywanie i umacnianie kompetencji w zakresie samoobsługi i umiejętności życia codziennego, a przede wszystkim samodzielnego zamieszkania – w tym funkcjonowania w gospodarstwie domowym, komunikacji, komunikatywności, w tym zgłaszania potrzeb, mobilności, sprawczości, podejmowania decyzji, odpowiedzialności, prawidłowej samooceny, odporności emocjonalnej, itp., podtrzymywanie i umacnianie kompetencji społecznych: domownika, klienta, pracownika, obywatela, itp., nabywanie umiejętności przydatnych do ewentualnego podjęcia pracy i możliwie niezależnego życia.

Ostateczna koncepcja otwartego na środowisko modelu wspomaganego mieszkalnictwa w zamojskim Rodzinnym Domu została wypracowana podczas spotkania z polskimi ekspertami zewnętrznymi, reprezentującymi organizacje pozarządowe o największym doświadczeniu w zakresie organizacji wspomaganego mieszkalnictwa osób z niepełnosprawnościami (7 grudnia 2021, online, godz.13,00-15,00) oraz podczas wizyty studyjnej przedstawicieli Wnioskodawcy w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło Terenowe w Gdańsku w dniach 17-19.10.2021 r.

Eksperci zewnętrzni:

Joanna Cwojdzńska – Prezes Koła Terenowego w Gdańsku Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną

Mariusz Mituś - przewodniczący jarosławskiego koła Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną, Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób Niepełnosprawnością Intelktualną

Edward Bolak – Fundacja Wspólnota Nadziei, Farma Życia w Więckowicach koło Krakowa

Jednocześnie Maria Król Przewodnicząca Zarządu Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym Krok za krokiem w Zamościu współpracowała z PFRON i Pełnomocnikiem Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych jako doradca społeczny w opracowaniu zasad funkcjonowania wspomaganých społeczności mieszkaniowych, których tworzenie będzie wspierane przez Program PFRON.

Koncepcja jest zgodna ze Strategią na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030, uchwaloną przez Radę Ministrów w lutym 2021 roku (Priorytet 1:Niezależne życie) oraz Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowaną przez Polskę w 2012 roku.