

**UCHWAŁA NR 51/1155/25**  
**ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO**

z dnia 25 marca 2025 r.

**w sprawie przyjęcia „Programu Polityki Zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurorozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 w pieczy zastępczej w województwie lubuskim”**

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2, art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie województwa* (Dz.U. z 2024 r., poz. 566 z późn. zm.), w związku z art. 9 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się „Programu Polityki Zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurorozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 w pieczy zastępczej w województwie lubuskim”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Lubuskiego.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Marcin Jabłoński

Marszałek Województwa Lubuskiego

[podpisano certyfikowanym podpisem elektronicznym]



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**załącznik**

**do Uchwały Nr 51/1155/25**

**Zarządu Województwa Lubuskiego**

**z dnia 25 marca 2025 r.**

## ***Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej w województwie lubuskim.***

*Podstawa prawna:  
art. 48 ust. 1 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych  
ze środków publicznych.*

**Opracowanie:**  
**Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego,**  
**Departament Ochrony Zdrowia**

**Okres realizacji: 2025-2027**

**Urząd Marszałkowski  
Województwa Lubuskiego**

ul. Podgórna 7  
65-057 Zielona Góra  
tel. +48/68/45 65 200, fax +48/68/45 65 296  
[www.lubuskie.pl](http://www.lubuskie.pl)

# 1 SPIS TREŚCI

---

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
2. Dane epidemiologiczne .....	13
3. Opis obecnego postępowania .....	20
4. Uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	24
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	25
1. Cel główny .....	25
2. Cele szczegółowe.....	25
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	26
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Populacja docelowa.....	26
2. Kryteria kwalifikacja do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	29
3. Planowane interwencje .....	32
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej. ....	42
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	42
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	43
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	43
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	44
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	46
1. Monitorowanie .....	46
2. Ewaluacja.....	47
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	49
1. Szacunkowe koszty jednostkowe .....	49
2. Koszty całkowite .....	49
3. Źródła finansowania .....	50
Załączniki .....	52
Bibliografia .....	53

## I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

---

### 1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

W ostatnich latach zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży stanowi jedno z głównych zagadnień debaty publicznej oraz wyzwań opieki zdrowotnej. Podnoszone są kwestie dostępności oddziałów psychiatrii dziecięcej, braku specjalistycznej kadry lekarskiej oraz terapeutycznej czy problem braku środków finansowych.

Dobór ścieżki postępowania osoby dotkniętej problemem uzależniony jest od jej stanu klinicznego wymagającego kolejno diagnostyki i terapii w ośrodku psychologiczno-psychoterapeutycznym, poradni zdrowia psychicznego, oddziale dziennym psychiatrycznym, lub w ostateczności w oddziale stacjonarnym opieki wielospecjalistycznej.

Wzmocnienie działań związanych z opieką psychiatryczną jest niezwykle istotne także z uwagi na rosnące wskaźniki epidemiologiczne dotyczące liczby samobójstw i prób samobójczych w populacji rozwojowej, załamania linii życiowej młodych osób, nieosiągania przez młodych ludzi prognozowanego wykształcenia i kompetencji zawodowych, co ściśle związane jest z wystąpieniem zaburzeń. W ogólnym rozrachunku zaburzenia neurorozwojowe wpływające na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży stanowią główną przyczynę niepełnosprawności w tej grupie wiekowej, generując również koszty bezpośrednie związane z rehabilitacją i leczeniem, a także pośrednie wskutek spadku aktywizacji zawodowej, co stanowi jedną z istotnych przyczyn wykluczenia społecznego.

Według danych projektu *Kompleksowe Badanie Stanu Zdrowia Psychicznego Społeczeństwa i Jego Uwarunkowań* EZOP II<sup>1</sup> wskaźniki chorobowości psychiatrycznej w Polsce w populacji w przedziale 7-17 lat wynoszą kolejno:

- dla zaburzeń internalizacyjnych (tj. lękowych, obsesyjno-kompulsywnych, posttraumatycznych, czy adaptacyjnych): 309 tysięcy,
- dla zaburzeń afektywnych (tj. depresyjnych, bądź dwubiegunowych): około 70 tysięcy,
- dla zaburzeń eksternalizacyjnych (tj. zaburzenia zachowania, zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych): 172 tysiące.

Warto zauważyć, że przytoczone powyżej liczby dotyczą lat 2018 i 2019, czyli okresu przed pandemią SARS-CoV2, która stanowiła istotny czynnik modyfikujący zapadalność na zaburzenia psychiczne w populacji pediatrycznej. Dla samych prób samobójczych odnotowano bowiem 147-procentowy wzrost występowania (różnica pomiędzy rokiem 2020 i 2022). Liczba prób ze skutkiem śmiertelnym sięgnęła 150 osób w roku 2022. Pandemię można uznać za zmienną zakłócającą typowe wskaźniki epidemiologiczne, mamy jednak do czynienia również z innymi zmiennymi korelującymi z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń. Jedną z istotnych zmiennych jest status socjalny rodziny. Dane epidemiologiczne wskazują, że w rodzinach korzystających ze wsparcia instytucji pomocy społecznej, chorobowość psychiatryczna dzieci i młodzieży sięga 20,4 % (*versus* 13,4 % dla niekorzystających rodzin), współczynnik depresji sięga około 6% (*versus* 2,48% dla niekorzystających rodzin), a tendencje samobójcze w tych rodzinach raportowane są ponaddwukrotnie częściej (12,58% vs 5,16%).

---

<sup>1</sup>*Kompleksowe Badanie Stanu Zdrowia Psychicznego Społeczeństwa i Jego Uwarunkowań* EZOP II, red. naukowy: Jacek Moskaiewicz, Jacek Wciórka, Instytut Psychologii i Neurologii, Warszawa 2021.

Rozwój ośrodkowego układu nerwowego człowieka jest procesem dynamicznym, rozłożonym w czasie, podlegającym różnego rodzaju regulatorom na poziomie genetycznym i środowiskowym. Nieprawidłowy rozwój mózgu warunkowany jest na poziomie genetycznym przez obecność mutacji genetycznych, takich jak mutacje dynamiczne (zespół łamliwego chromosomu X), mutacje punktowe (fenyloketonuria, wady metabolizmu, zespół Retta), aberracje chromosomalne (zespół Downa). Ponadto bagaż genetyczny w postaci polimorfizmów pojedynczego nukleotydu może predysponować do konkretnych zaburzeń psychicznych w przyszłości. Poza czynnikami genetycznymi, decydujący wpływ na prawidłowość procesów neurogenezy i migracji neuronalnej mają czynniki środowiskowe oddziałujące na kobietę w ciąży, tj. stres w ciąży, konsumpcja alkoholu, palenie tytoniu, zażywanie substancji psychoaktywnych i leków. Sztandarowym przykładem zaburzenia neurozwojowego wywołanego czynnikami środowiskowymi jest alkoholowy zespół płodowy, objawiający się opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego wraz z deficytami w poszczególnych domenach funkcjonowania neuropsychologicznego (np. pamięć operacyjna, czytanie, pisanie, liczenie, funkcje prawopółkulowe mowy).

Aktualnie będąca w powszechnym użyciu klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 wyróżnia następujące zaburzenia neurozwojowe:

- **Niepełnosprawność intelektualna** (dawniej *upośledzenie umysłowe*) (**F70-79** wg ICD-10).

Zaburzenie definiowane jako globalne opóźnienie procesów rozwojowych, manifestujące się deficytami w zakresie funkcjonowania poznawczego (iloraz inteligencji), społecznego oraz zdolności adaptacyjnych. Niepełnosprawność intelektualna jest polietiologicznym stanem funkcjonowania, u podłoża którego leżą czynniki genetyczne (w tym mutacje jednogennowe, aberracje chromosomalne, zespoły mikrodelecji), środowiskowe (ekspozycja na czynniki toksyczne oraz używki, w tym alkohol, w przebiegu ciąży), jak również socjologiczne (zaniedbanie wychowawcze dziecka). Z uwagi na poziom deficytów w zakresie intelektu wyróżnia się następujące stopnie niepełnosprawności intelektualnej: lekki (50-70 IQ), umiarkowany (35-50 IQ), znaczny (20-35 IQ), głęboki (<20 IQ). W zależności od stopnia niepełnosprawności model funkcjonowania dziecka obejmuje: zaburzenia w zakresie skupiania uwagi, wnioskowania, podejmowania decyzji, hamowania impulsów, regulacji emocjonalnej, a także deficyty w zakresie czynności samoobsługowych, zaspokajania i komunikowania potrzeb fizjologicznych, funkcjonowania w społeczeństwie.

Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się również ograniczoną, w zależności od stopnia, zdolnością do tolerowania zmian w środowisku, otoczeniu pacjenta (umiejętność adaptacji). Aktualnie diagnostyka tego zaburzenia bazuje na badaniu psychologiczno-pedagogicznym z oceną ilorazu inteligencji metodami wystandaryzowanych skali psychometrycznych (Stanford-Binet, WISC-R-V). Wdrażana klasyfikacja medyczna ICD-11 wprowadza w miejsce *upośledzenia umysłowego* pojęcie zaburzeń rozwoju intelektualnego (6A00), jako kluczowe cechy definiując:

- (i) obecność ograniczonego funkcjonowania intelektualnego w różnych domenach poznawczych takich jak: rozumowanie, pamięć operacyjna, zdolności komunikacyjne, na poziomie co najmniej 2 odchyłeń standardowych poniżej średniej populacyjnej.
- (ii) Obecność znaczących deficytów w zachowaniach adaptacyjnych: umiejętności konceptualne, społeczne oraz praktyczne.
- (iii) Początek zaburzenia w wieku wczesnego rozwoju dziecka.

**Tab.1. Zakres rozpoznań ICD-10**

<b>F70.0</b>	<b>Upośledzenie umysłowe lekkie</b>
<b>F71.0</b>	Upośledzenie umysłowe umiarkowane
<b>F72.0</b>	Upośledzenie umysłowe znaczne
<b>F73.0</b>	Upośledzenie umysłowe głębokie
<b>F78</b>	Inne upośledzenie umysłowe
<b>F79</b>	Upośledzenie umysłowe nieokreślone
<b>Kwalifikacja diagnostyczna zmian w zachowaniu dziecka: F7x.0: brak zmian albo minimalny stopień zmian zachowania, F7x.1 znaczne zmiany w zachowaniu wymagające opieki lub leczenia, Fx.2 inne zmiany w zachowaniu, F7x.3 bez wymieniania zmian w zachowaniu</b>	

Źródło: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych I Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.

• **Zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80-89), w tym:**

- (i) specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (**F80**). Definiowane jako zaburzenie rozwoju sieci neuronowych zajmujących się procesowaniem mowy i języka, zlokalizowanych w strukturach ośrodkowego układu nerwowego.

Zaburzenie obejmuje kolejno deficyty w zakresie rozumienia, przetwarzania języka oraz ekspresji językowej, takie jak: dyslalia rozwojowa, czy afazja rozwojowa. Podłoże neurobiologiczne obejmuje zaburzenie rozwoju sieci językowej zlokalizowanej w półkuli dominującej (najczęściej lewa): zakręt skroniowy górny (Pole Wernickiego), pęczek łukowaty z wiązką brzuszna i grzbietową, zakręt czołowy dolny (Pole Broki). Ww. ośrodki stanowią układ cybernetyczny współpracujący w zakresie rozumienia i ekspresji lingwistycznej, wg modelu Wernickero-Broki-Lichtmanna-Geschwinda w modyfikacji Hickoka-Poeppela. Co ważne, zaburzenia dotyczyć mogą struktur półkuli niedominującej (najczęściej prawej, *deficyty prawopółkulowe*) związanych z procesowaniem aspektów społecznych języka, takich jak: rozumienie komunikatów nie-wprost, rozumienie ironii, wnioskowanie z kontekstu, modulowanie prozodii mowy w zależności od kontekstu społecznego. Deficyty prawopółkulowe stanowią kluczową domenę zaburzeń ze spektrum alkoholowego zespołu płodowego oraz prowadzą do powikłań w zakresie funkcjonowania społecznego, funkcjonowania w grupie rówieśniczej: brak zdolności rozumienia kontekstu prowadzi może bowiem do nadinterpretacji, opacznej interpretacji komunikatów, bądź niezrozumienia komunikatów o wysokim stopniu abstrakcji językowej (np.: „posprzątaj ten bałagan”, „zajmij się czymś”, „pościel łóżko”). Ocena funkcji prawopółkulowych języka jest możliwa za pomocą testów standaryzowanych psychometrycznych, tj. bateria testów językowych prawej półkuli (*right hemisphere battery of language*, RHBL). Wczesne zdiagnozowanie deficytu pozwala na wdrożenie odpowiedniej terapii neurologopedycznej oraz modyfikuje system rodzinny w kierunku właściwego formułowania komentarzy i poleceń wobec dotkniętego problemem dziecka, co minimalizuje ryzyko konfliktów w systemie rodzinnym.

**Tab.2. Zakres rozpoznań ICD-10**

<b>F80.0</b>	<b>Specyficzne zaburzenia artykulacji</b>
<b>F80.1</b>	Zaburzenie ekspresji mowy
<b>F80.2</b>	Zaburzenie rozumienia mowy
<b>F80.3</b>	Nabyta afazja z padaczką (zespół Landau-Kleffnera)
<b>F80.8</b>	Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka
<b>F80.9</b>	Zaburzenia rozwoju mowy i języka nieokreślone

Źródło: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych I Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.

(ii) specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych (**F81**). Kategoria diagnostyczna obejmuje kolejno: zaburzenie w zakresie czytania (*dysleksja*), liczenia (*dyskalkulia*), ekspresji pisemnej (*dysgrafia*). Etiologia zaburzeń, najszerzej poznana dla dysleksji, obejmuje czynniki genetyczne, takie jak polimorfizmy pojedynczego nukleotydu (SNP) w regionach zidentyfikowanych jako *geny dysleksji* (*DYX*).

Wyniki badań neuroobrazowych wskazują na zaburzenia w funkcjonowaniu ośrodków procesujących funkcje językowe (por. wyżej), koordynację ruchową (mózdzek, jądra podkorowe), orientację wzrokowo-przestrzenną (połączenie ciemieniowo-potyliczne). Przypuszcza się, że podłoże neurobiologiczne prowadzi do deficytów w zakresie świadomości fonologicznej, tempa procesowania bodźców językowych, jak również deficytu w obu domenach wyżej wymienionych (*teoria podwójnego deficytu*). Zaburzenia w zakresie umiejętności pisanie korespondują z deficytami motoryki małej, prowadzącymi do niewłaściwego uchwytu pisarskiego, braku przestrzennego planowania znaków, czy mogą również wynikać z deficytów mózdkowych (drżenie zamiarowe, np. w przebiegu alkoholowego zespołu płodowego). Zaburzenia specyficzne umiejętności szkolnych nie pozwalają na właściwą realizację procesu edukacji dziecka, obniżając kompetencję do uczestniczenia w zajęciach szkolnych, stygmatyzując dziecko czy narażając na niewłaściwe ocenianie. W celu dostosowania wymagań i pomocy szkolnych do konkretnych problemów ucznia niezbędna jest kompleksowa diagnostyka w tym zakresie.

Tab.3. Zakres rozpoznań ICD-10

<b>F81.0</b>	<b>Specyficzne zaburzenie czytania</b>
<b>F81.1</b>	Specyficzne zaburzenie analizy dźwiękowo-literowej
<b>F81.2</b>	Specyficzne zaburzenie umiejętności arytmetycznych
<b>F81.3</b>	Mieszane zaburzenie umiejętności szkolnych
<b>F81.8</b>	Inne zaburzenia rozwojowe umiejętności szkolnych
<b>F81.9</b>	Zaburzenie rozwojowe umiejętności szkolnych nieokreślone

Źródło: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych I Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.

(iii) specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych (**F82**). Określane zbiorczo w literaturze naukowej jako *zespół niezgrabnego dziecka* (*clumsy child syndrome*). Etiologia zaburzenia nie jest do końca poznana, przypuszcza się nieprawidłowości w zakresie rozwoju pętli korowo-podkorowych sterujących ruchami precyzyjnymi, koordynacją ruchową, czy regulacją napięcia mięśniowego. Deficyty prowadzą do zaburzeń manifestujących się trudnościami w utrzymaniu równowagi, wykonywaniu sekwencji ruchowych (*dyspraxia*), planowaniu ruchu, złożonych czynności ruchowych wymagający koordynacji.

(iv) mieszane zaburzenia rozwojowe (**F83**). Kategoria diagnostyczna zbiorcza, obejmująca pacjentów o obrazie klinicznym łączącym ww. rozpoznania.

(v) całościowe zaburzenia rozwojowe (**F84**: spektrum autyzmu, Zespół Aspergera). Definiowane jako spektrum zaburzeń w obrębie społecznego funkcjonowania pacjenta, manifestujące się, zgodnie z klasyfikacją ICD-10: obecnością deficytów w komunikacji społecznej (w tym języka), zachowań i zainteresowań stereotypowych, zaburzeń w zakresie rozumienia i społeczno-emocjonalnej wzajemności. Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu jest złożona i obejmuje: czynniki genetyczne i środowiskowe. Współczesne teorie tłumaczące psychopatologię spektrum oparte są o deficyt teorii umysłu (*Theory of Mind*, ToM), wg Barona-Cohana. W stopniu skrótowym teoria definiuje obecność w ośrodkowym układzie nerwowym sieci odpowiedzialnej za atrybucję stanu emocjonalnego drugiej osoby (*sieć neuronów*



*lustrzanych*), pozwalającą na dostosowanie własnego zachowania do kontekstu komunikacyjnego. Powyższe deficyty rzutują na zdolność do rozumienia i ekspresji potrzeb własnych, potrzeb innych osób, regulowania własnego zachowania względem kontekstu społecznego sytuacji, zaburzeń komunikacji werbalnej i niewerbalnej. W zależności od poziomu nasilenia cech spektrum możemy mieć do czynienia z całkowitym, bądź częściowym deficytem komunikacyjnym, w ciężkich przypadkach oznaczający brak rozwoju języka mówionego. Spektrum autyzmu, jako *całościowe* zaburzenie rozwoju mózgu wiąże się ze współchorobowością psychiatryczną w zakresie towarzyszącej niepełnosprawności intelektualnej, ryzyka chorób psychicznych, w tym psychoz (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa), zaburzeń lękowych (fobia społeczna, fobie specyficzne, uogólnione zaburzenie lękowe). Powyższe rozpoznania stanowią podstawę farmakoterapii osób w spektrum oraz obniżają ich jakość życia. Spektrum autyzmu towarzyszą również objawy związane ze stereotypowością, sztywnością, uporczywością zachowań, takie jak potrzeba rutyny, przywiązanie do stałości i harmonogramu dnia, sztywność w zakresie komunikacji i sposobu zaspokajania potrzeb fizjologicznych (np. wybiórczość pokarmowa, sposób odżywiania się), jak również deficyty w zakresie przetwarzania bodźców (*integracja sensoryczna*), obejmujące nadwrażliwość bądź podwrażliwość na bodźce dźwiękowe, dotykowe, zapachowe etc.

Diagnostyka spektrum autyzmu oparta jest o złoty standard diagnostyczny obejmujący badanie psychologiczne behawioralne: wg protokołu ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), standaryzowany wywiad kliniczny lekarski ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)<sup>2</sup>.

W diagnozie nieprzecenioną rolę odgrywają obserwacje poczynione przez opiekunów dziecka już na wczesnym etapie rozwojowym (cechy spektrum widoczne są już w pierwszym roku życia dziecka). Według założeń Programu, dzieci z pieczy zastępczej, w obliczu zmiany środowiska opiekuńczego mogą wskutek zaniedbań bądź nieuważności opiekunów być narażone na brak rozpoznania na wczesnym etapie życia. Prowadzi to do nieuchronnych powikłań znacznie pogarszających rokowanie, prowadzących do zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną oraz stopnia inwalidyzacji. Aktualnie wdrażana klasyfikacja medyczna ICD-11 przewiduje dymensjonalne (wymiarowe) kategorie diagnostyczne: obecność spektrum autyzmu z/bez deficytów intelektualnych oraz z/bez deficytów językowych. Pozwala to na sprecyzowanie rozpoznania w kontekście konkretnych problemów rozwojowych dziecka.

Tab.4. Zakres rozpoznań ICD-10

<b>F84.0</b> <b>Specyfikacja rozpoznania:</b> <b>10 nietypowość wieku wystąpienia</b> <b>11 nietypowość symptomatologii</b> <b>12 nietypowość wieku wystąpienia i symptomatologii</b>	<b>Autyzm dziecięcy</b>
<b>F84.1</b>	Autyzm atypowy
<b>F84.2</b>	Zespół Retta
<b>F84.3</b>	Inne dziecięce zaburzenie dezintegracyjne
<b>F84.4</b>	Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi

<sup>2</sup> Lord C., Corsello C.: Diagnostic instruments in autistic spectrum disorders. W: F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen (red.), Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. John Wiley & Sons, New Jersey 2005.



<b>F84.5</b>	Zespół Aspergera
<b>F84.8</b>	Inne całościowe zaburzenie rozwojowe
<b>F84.9</b>	Całościowe zaburzenie rozwojowe, nieokreślone

Źródło: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych I Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.

- **Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi (ADHD, F90).**

Definiowane jest jako zaburzenie neurorozwojowe struktur układu dopaminergicznego nagrody. Układ dopaminergiczny (mezolimbiczny) stanowi szlak neuronalny startujący w brzuszny polu nakrywki (*ventral tegmentum area*, VTA), kończący się w jądrze półleżącym przegrody (*nucleus accumbens*, NAcc), skąd projektuje do kory przedczołowej. Biologiczna rola układu nagrody odpowiada za gratyfikację w postaci uczucia subiektywnej przyjemności i motywacji przy podejmowaniu czynności ewolucyjnie korzystnych. Zaburzenie hiperkinetyczne, związane jest z dysfunkcją układu nagrody na podłożu genetycznym i środowiskowym. Wśród czynników genetycznych rozważa się geny sterujące metabolizmem neuroprzekaźników katecholaminergicznych, znane czynniki środowiskowe to np. narażenie na dym tytoniowy w ciąży.

Obraz kliniczny zaburzenia obejmuje: deficyt uwagi, hiperkinetyczność, impulsywność. Zaburzenia transmisji dopaminergicznej powodują do niedoboru dopaminergicznego w neuronach kory przedczołowej manifestującego się silną potrzebą poszukiwania bodźców stymulujących. Początkowo potrzeba ta obejmuje wyrażoną komponentę ruchową (hiperkinetyczność) w celu autostymulacji. W miarę rozwoju osobniczego (proces dojrzewania), komponenta hiperkinetyczności staje się mniej wyrażona, w zamian obserwuje się silne zaburzenia kontroli impulsów (impulsywność), niezależnie od stanu rozwojowego kluczowym objawem spektrum ADHD jest zmniejszona tolerancja upływu czasu (*time-passage dysphoria*), odbierana przez środowisko jako niecierpliwość (bycie „w gorącej wodzie kąpanym”). Komponenta impulsywności w funkcjonowaniu osób z ADHD prowadzi do zachowań agresywnych, ryzyka uzależnień (zwłaszcza od psychostymulantów), zaburzeń w kontroli popędowej, jak również ma skutki społeczne (nieplanowane ciąże, kredyty, decyzje rodzinne i zawodowe osób dotkniętych problemem). Diagnostyka spektrum ADHD obejmuje wywiad neurorozwojowy, w którym poszukuje się czynników ryzyka, markerów wczesnego zaburzenia kontroli impulsów, hiperkinetyczności, jak również sposobów regulacji emocjonalnej (trudność w odroczeniu gratyfikacji, potrzeba samonagradzania). Warto zauważyć, że impulsywność jest niezależnym czynnikiem prowadzącym do ryzyka autoagresji, w tym impulsywnych prób samobójczych oraz samookaleczeń nie samobójczych (NSSI, *non-suicidal self-injuries*). Leczenie zaburzenia oparte jest głównie o farmakoterapię psychostymulującą, psychoterapię i psychoedukację, również w zakresie powikłań: u młodszych dzieci w charakterze zaburzeń zachowania opozycyjno-buntowniczych, rozwoju osobowości w kierunku dys socjalnym, aktywności przestępczej oraz instrumentalnego nadużywania substancji psychoaktywnych, prowadzącego do uzależnienia.

**Tab.5. Zakres rozpoznań ICD-10**

<b>F90.0</b>	<b>Zaburzenie aktywności i uwagi</b>
<b>F90.1</b>	Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania
<b>F90.8</b>	Inne zaburzenie hiperkinetyczne
<b>F90.9</b>	Zaburzenie hiperkinetyczne nieokreślone

Źródło: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych I Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.

W świetle współczesnej wiedzy medycznej, wiele chorób psychicznych postrzeganych jest jako zaburzenie neurorozwojowe, warunkowane procesami biologicznymi na wczesnych etapach ciąży i dzieciństwa. Należą do nich m.in.: tiki (F95), w tym zespół Guille de la Tourette'a, schizofrenia o wczesnym początku, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne. Wszystkie z powyższych jednostek nozologicznych znajdują odzwierciedlenie również w pozycjach diagnostycznych klasyfikacji zaburzeń psychicznych w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie (DC:0-5R).

**Tab.6. Zakres rozpoznań DC:0-5R oraz ICD-10.**

DC0-5R: zaburzenie ze spektrum autyzmu
DC0-5R:wczesne atypowe zaburzenie ze spektrum autyzmu
DC0-5R:zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością
DC0-5R:globalne opóźnienie rozwojowe
DC0-5R:rozwojowe zaburzenie językowe
DC0-5R:zaburzenie nadaktywności wieku poniemowlęcego
DC0-5R:rozwojowe zaburzenie koordynacji ruchowej
DC0-5R:inne zaburzenia neurorozwojowe
<b>Zaburzenia inne ICD-10 uważane wspólnie za neurorozwojowe</b>
Tiki: F95 (.0 przemijające, .1 przewlekłe ruchowe, lub wokalne, .2 zespół Gille de la Tourette'a, .8 inne, .9 nieokreślone)

Źródło: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.

Pomimo programów profilaktycznych pozwalających na przesiewowe badanie niemowląt pod kątem mutacji jednogennych powodujących wady metabolizmu bądź choroby genetyczne, w znacznej większości przypadków dzieci z zaburzeniem neurorozwojowym etiologia pozostaje nieznana. Powoduje to zbyt późne stawianie rozpoznania zaburzenia, narażając pacjentów na negatywne konsekwencje dla ich rozwoju, wskutek braku celowanych oddziaływań rehabilitacyjnych. Dodatkową komponentą pogarszającą rokowanie w tej grupie dzieci jest jakość opieki rodzicielskiej, w tym rodzaj sprawowanej opieki, warunki socjalne/ekonomiczne rodziny, uzależnienie od alkoholu bądź substancji psychoaktywnych u rodziców, przemoc fizyczna i psychiczna oraz zaniedbanie potrzeb dziecka. Tego rodzaju nietypowe warunki opiekuńcze prowadzą do powikłań w postaci zaburzonej więzi pomiędzy dzieckiem a osobami sprawującymi opiekę. Prawidłowy styl przywiązania dziecka jest gwarantem zdrowia psychicznego. Odpowiada również za właściwy rozwój układu nerwowego w domenach funkcjonowania społecznego, intelektualnego, czy regulacji emocjonalnej. Deprywacja więzi prowadzi do nieodwracalnych powikłań w postaci chronicznego stresu dziecka, uszkadzającego oś odpowiedzi neurohormonalnej na bodźce stresowe (oś HPA), predysponując do zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz psychotycznych w przyszłym życiu. Kolejnym, równie ważnym, powikłaniem deprywacji więzi są zaburzenia funkcjonowania społecznego o typie reaktywnych utrudnień w nawiązywaniu relacji społecznych oraz reaktywnej dyzinhibicji w relacjach społecznych (F94 wg ICD-10). Powyższe zaburzenia powodują utrudnione nawiązywanie kontaktów w grupie rówieśniczej, w środowisku szkolnym oraz lokalnej społeczności. W przypadku dyzinhibicji w relacjach dziecko narażone jest na wiktymizację w zakresie przemocy seksualnej oraz fizycznej z uwagi na brak właściwego dziecku oporu przez obcymi osobami.

Nieprawidłowości w opiece nad dzieckiem prowadzą do pozabezpiecznego stylu przywiązania klasyfikowanego jako: styl lękowo-lękowy, lękowo-unikający, bądź ambiwalentny. Styl

przywiązania warunkuje wczesny rozwój regulacji emocjonalnej, w tym strategii radzenia sobie z frustracją, gratyfikacją, empatią bądź motywacją do rozwoju. Według dostępnej literatury, pozabezpieczny styl przywiązania prowadzi do rozwoju zaburzeń osobowości z klastra A oraz B, w tym osobowości chwiejnej emocjonalnie typu pogranicza (*wzorzec borderline*). Osobowość ta prezentuje silne tendencje do instrumentalnego regulowania afektu w postaci nawracających samookaleczeń oraz prób samobójczych oraz stanowi jedną z głównych przyczyn hospitalizacji psychiatrycznych w trybie nagłym (kryzys samobójczy).

Na występujące u dzieci w wieku 0-7 lat problemy zdrowotne/zaburzenie neurozwojowe mają również wpływ inne czynniki, dotyczące m.in. kwestii rodzinnych, takie jak np. uzależnienia rodziców od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Skutkuje to traumą dziecięcą oraz nieprawidłowym funkcjonowaniem mózgu spowodowanym FASD – Płodowym Zespołem Alkoholowym.

## FASD

FASD należy traktować jako problem zdrowia publicznego stanowiący wyzwanie dla polityki zdrowotnej i społecznej. Osoby po prenatalnej ekspozycji na alkohol prezentują szereg zakłóceń rozwojowych, które przede wszystkim mają konsekwencje w życiu dorosłym.<sup>3</sup>

Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD) określa kontinuum zaburzeń różniących się stopniem nasilenia zmian fizycznych (specyficznych cech dysmorfii twarzy oraz wzrostu) i funkcjonalnych (procesów poznawczych, objawów zaburzeń zachowania i emocjonalnych) spowodowanych spożywaniem alkoholu przez matkę w okresie ciąży.<sup>4</sup>

W skład FASD wchodzi: 1. Płodowy Zespół Alkoholowy (Fetal Alcohol Syndrome – FAS), który stanowi zaledwie ok. 10% diagnoz FASD; 2. Częściowy FAS (Partial Fetal Alcohol Syndrome – pFAS); 3. Zaburzenia neurozwojowe związane z alkoholem (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders – ARND); 4. Wady wrodzone związane z alkoholem (Alcohol Related Birth Defects – ARBD); 5. Prenatalna ekspozycja na alkohol (Prenatal Alcohol Exposure – PAE).<sup>5</sup>

Pierwotne zaburzenia u osób z FASD opisują dysfunkcje układu nerwowego (OUN) i zaburzenia strukturalne mózgu: małopłowie, zaburzenia migracji i organizacji komórkowej, gładkomózgowie, szerokokątność, drobnokątność, heterotypie istoty szarej, szczeliny mózgu, anomalie ciała modelowatego (hipoplazja, agenezja), anomalie mózdzku, anomalie hipokama. (*Specyfika rozwoju dzieci z FASD w instytucjonalnej pieczy zastępczej*). Do najczęstszych skutków rozwojowych uszkodzeń OUN (*Zaburzenia neurozwojowe w Alkoholowym Zespole Płodowym FAS*) należą:

- > opóźniony rozwój mowy,
- > problemy z używaniem języka w bardziej skomplikowanych kontekstach;
- > dosłowne rozumienie pojęć, brak zrozumienia żartów;
- > niezrozumienie intonacji językowej i emocjonalnej (smutek, radość, złość, pytanie, rozkaz);
- > nadpobudliwość, wybuchy gniewu;

---

<sup>3</sup> Piekacz A., *Specyfika rozwoju dzieci z FASD w instytucjonalnej pieczy zastępczej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie”, 2017, t.112, s. 321–331.

<sup>4</sup> Astley S.J., Clarren S.K.: Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: Introducing the 4-Digit Diagnostic Code. „Alcohol Alcohol”, No. 35(4), 2000, s. 400-410.

<sup>5</sup> Klecka M., Janas-Kozik M., Jelonek I., Siwiec A., Rybakowski J.K.: Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Waszyngtońskiego do oceny spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych. „Psychiatria Polska”, nr 46, 2016, s. 1-13.

- > zaburzenia snu;
- > zaburzenia dużej i małej motoryki;
- > zaburzenia sensoryczne w odbieraniu bodźców, w tym głodu, pragnienia, bólu, nieprawidłowe odczucia wzrokowe, dotykowe, słuchowe, smakowe, węchowe, problemy z utrzymaniem równowagi, koordynacji wzrokowo-ruchowej, brak rozumienia kierunków;
- > zaburzenia uwagi;
- > słaba kontrola impulsów;
- > problemy z pamięcią operacyjną, bezpośrednią, integracją zdobytych wiadomości.

Podsumowując, dziecko z FASD narażone jest na poważne problemy zdrowotne, wychowawcze i edukacyjne. Jeśli we wczesnym etapie rozwoju, tj. najlepiej do 5 roku życia, nie otrzyma właściwej diagnozy i adekwatnej pomocy, zaburzenia nasilą się i powstaną kolejne. W konsekwencji pojawią się uzależnienia, zaburzenia psychiczne, problemy ze znalezieniem pracy, samodzielnym mieszkaniem, a to z kolei prowadzić będzie bezpośrednio do wykluczenia społecznego.

### **Trauma dziecięca**

Istnieje związek pomiędzy doświadczeniami traumatycznymi w dzieciństwie a występowaniem chorób somatycznych, takich jak choroba niedokrwienna serca, nowotwory, przewlekłe choroby płuc, złamania kości, choroby wątroby oraz zachowań ryzykownych, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, palenie papierosów, ryzykowne zachowania seksualne, mała aktywność fizyczna i otyłość. W przypadku przemocy domowej doświadczonej w dzieciństwie, w wieku dorosłym zaobserwowano zwiększoną częstość występowania zaburzeń psychicznych, w tym zespołu stresu pourazowego (PTSD), zaburzeń depresyjnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych i samobójstw.<sup>6</sup> Z punktu widzenia psychiatrycznego u dziecka lub młodocianego doświadczającego długotrwałej i wielokrotnej traumy (przewlekły stres) dochodzi z czasem do powstania tzw. złożonego zespołu stresu pourazowego (disorders of extreme stress not otherwise specified – DESNOS).

Mając na uwadze powyższe należy zauważyć, że kluczową kwestią w profilaktyce zdrowia psychicznego jest wczesne wykrycie jednostek zagrożonych potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami w postaci chorób psychicznych w przyszłości. Jedną z grup wysokiego ryzyka są dzieci z zaburzeniami neurozwojowymi. Wykrycie zaburzeń neurozwojowych we wczesnym stadium wpływa na możliwość podjęcia właściwych oddziaływań terapeutyczno-leczniczych prowadzących do obniżenia stopnia powikłań. Zatem głównym zadaniem Programu polityki zdrowotnej jest prawidłowa diagnoza zaburzeń neurozwojowych, zwłaszcza w populacji osób o ograniczonym dostępie do specjalistycznych świadczeń medycznych, którą stanowią dzieci umieszczone w pieczy zastępczej. To grupa dzieci, która charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem występowania zaburzeń rozwojowych.

W przypadku zapewnienia tej populacji właściwych metod diagnostyki pojawia się możliwość precyzyjnego określenia deficytów rozwojowych dziecka, co daje szansę na wdrożenie celowanej terapii oraz stanowi ogromną wartość w postępowaniu adopcyjnym. Pozawala ponadto na zabezpieczenie ścieżki diagnostyki i leczenia dziecka przebywającego

---

<sup>6</sup> Zaorska, Justyna et al. "The prevalence and significance of childhood trauma in alcohol-dependent patients." *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, vol. 32, no. 2, 2019, pp. 131-152.  
doi:10.5114/ain.2019.87628.

w rodzinie niebiologicznej, w oparciu o współpracę międzyinstytucjonalną. Z uwagi na brak dostępnych opracowań w tym zakresie Program pozwala na wgląd w skalę problemu, który jest zauważalny nie tylko w województwie lubuskim.

## 2. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Zaburzenia neurozwojowe (NDD, *neurodevelopmental disorders*) stanowią zbiorczą grupę rozpoznań psychiatrycznych. Według danych epidemiologicznych częstość występowania poszczególnych jednostek chorobowych przedstawia się następująco:

- (i) Spektrum autyzmu (ASD): w populacji światowej około 11,3/1000 dzieci, z częstszym występowaniem u dzieci płci męskiej (5:1). W Polsce częstość szacowana na 0,35%. Rozpoznanie spektrum autyzmu predysponuje do powikłań w postaci chorób psychicznych w tym 10-krotnie wyższego ryzyka zaburzeń psychotycznych. Ponadto z wyższą częstością stwierdza się: zaburzenia depresyjne (do 70% dzieci), zaburzenie afektywne dwubiegunowe (7-22%), ryzyko myśli samobójczych (do 66%), zaburzenia lękowe (do 55%), zaburzenia snu (50-80%).
- (ii) Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi (ADHD): 4-7% populacji dziecięcej. Szacuje się, że u około 22-50% dzieci prezentuje współwystępowanie cech ADHD oraz ASD. Ponadto z ADHD współwystępują: zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD: 4-60% przypadków), zaburzenia lękowe (około 25%), zaburzenia nastroju (w tym depresja i choroba afektywna dwubiegunowa), nadużywanie substancji psychoaktywnych (20-50% osób). Z uwagi na osiową cechę ADHD w postaci impulsywności, rozpoznanie niesie ryzyko powikłań w funkcjonowaniu społecznym w tej grupie pacjentów prowadząc do częstszych aktów przemocy (*acting-out*, wybuchów afektywnych), powikłań w sferze finansowej (pochopne decyzje o kredytach), czy rodzinnej (pochopne decyzje o małżeństwie, czy dziecku). Impulsywność predysponuje również do ryzyka samobójstwa oraz aktów autoagresji. Z rozpoznaniem ADHD współwystępują często specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych (do 45% dzieci).
- (iii) Tiki: tiki przemijające dotyczą do 24% populacji dziecięcej, najbardziej rozwinięta postać (zespół Tourette'a) dotyczy około 1% dzieci.
- (iv) Rozwojowe zaburzenia koordynacji: dotyczą 5-6% dzieci w wieku 5-11 lat, z wyższą częstością u płci męskiej (2:1).
- (v) Niepełnosprawność intelektualna: 1-3% populacji, z wyższą częstością u płci męskiej (1.5:1). Według poziomu niepełnosprawności: lekka w 85%, umiarkowana 10%, znaczna 4%, głęboka 1%.

W *Mapach potrzeb zdrowotnych*<sup>7</sup> dla województwa lubuskiego brak jest danych epidemiologicznych dotyczących zaburzeń neurozwojowych oraz ich powikłań w zakresie neuropsychiatrycznym u dzieci w wieku 0-7 lat. Wskazano natomiast, że w 2022 roku 6 267 dzieci w wieku 0-12 lat zostało objęte opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień, w tym 1 362 korzystało z pomocy specjalistów w placówkach dla dorosłych. Z powyższego zestawienia wynika, iż dostępność do świadczeń w zakresie diagnostyki zaburzeń psychiatrycznych, w tym neurozwojowych wśród dzieci jest zdecydowanie niewystarczająca. Rodzice czy opiekunowie prawni zmuszeni są do szukania pomocy w podmiotach leczniczych

---

<sup>7</sup> <https://basiw.mz.gov.pl>



specjalizujących się w pomocy osobom dorosłym. Należy podkreślić, że realizacja niniejszego Programu wpłynie znacząco na uzupełnienie tej luki oraz objęcie kompleksowym wsparciem i diagnostyką dzieci w wieku 0-7 lat umieszczonych w pieczy zastępczej, wśród których znaczna większość dotknięta jest różnego rodzaju zaburzeniami neurozwojowymi i psychiatrycznymi.

Tabela 7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - dzieci i młodzież 0-12 lat.

Liczba pacjentów, według form leczenia i rozpoznań, rok 2022, lubuskie			
Forma leczenia	Grupa zaburzeń	Liczba pacjentów	% kobiet
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	2 112	50
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	1 508	63
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	981	48
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Całościowe zaburzenia rozwojowe	729	27
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia hiperkinetyczne	689	20
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia emocji młodzieży	653	57
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia nastroju	446	78
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	415	64
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Niepełnosprawność intelektualna	300	35
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	228	54
Poradnia leczenia/terapii uzależnień dla dzieci	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	166	48
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	162	61
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia emocji młodzieży	148	68
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	120	52
Poradnia leczenia/terapii uzależnień dla dzieci	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	109	39
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	93	86
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia nastroju	91	87



Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia odżywiania	62	92
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe	61	41
Poradnia leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	59	39
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia hiperkinetyczne	48	10
Poradnia leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	47	53
Poradnia leczenia/terapii uzależnień dla dzieci	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	47	40
Izba przyjęć	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	44	77
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	38	58
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe	38	63
Oddział/ośrodek leczenia uzależnień dla dorosłych	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	37	35
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia nastroju	36	58
Poradnia leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	34	24
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia emocji młodzieży	30	57
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Niepełnosprawność intelektualna	29	41
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Tiki	26	27
Izba przyjęć	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	26	77
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia hiperkinetyczne	22	36
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	19	53
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	18	50
Izba przyjęć	Zaburzenia nastroju	17	71
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Całościowe zaburzenia rozwojowe	14	29
Izba przyjęć	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	14	57
Oddział dzienny dla dzieci	Całościowe zaburzenia rozwojowe	13	23
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia odżywiania	13	69
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna	Całościowe zaburzenia rozwojowe	11	27

dla dorosłych			
Oddział psychiatrii sądowej dla młodzieży	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	11	9
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia odżywiania	10	100
Oddział/ośrodek detoksykacji dla dorosłych	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	10	10
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Niepełnosprawność intelektualna	8	13
Izba przyjęć	Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe	7	71
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Zaburzenia emocji młodzieży	7	71
Izba przyjęć	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	7	57
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dzieci	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	7	71
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Całościowe zaburzenia rozwojowe	5	20
Izba przyjęć	Niepełnosprawność intelektualna	5	20
Izba przyjęć	Zaburzenia hiperkinetyczne	5	20
Izba przyjęć	Całościowe zaburzenia rozwojowe	4	25
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Niepełnosprawność intelektualna	4	100
Poradnia seksuologiczna	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	4	75
Oddział dzienny dla dzieci	Zaburzenia hiperkinetyczne	4	0
Oddział dzienny dla dzieci	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	4	50
Oddział dzienny dla dzieci	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	3	0
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	3	0
Oddział psychiatrii sądowej dla młodzieży	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	3	0
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	3	33
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	Zaburzenia nastroju	2	50
Izba przyjęć	Zaburzenia odżywiania	2	50
Oddział psychiatrii sądowej dla	Całościowe zaburzenia rozwojowe	1	0

młodzieży			
Zakład/oddział opieki długoterminowej dla dzieci	Niepełnosprawność intelektualna	1	100
Oddział psychiatrii sądowej dla młodzieży	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	1	0
Oddział psychiatryczny dla dorosłych	Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	1	100
Oddział psychiatryczny dla dorosłych	Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe	1	0
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe	1	100
Oddział psychiatryczny dla dzieci	Tiki	1	0
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Tiki	1	0
Oddział dzienny dla dzieci	Zaburzenia emocji młodzieży	1	0
Oddział psychiatrii sądowej dla młodzieży	Zaburzenia hiperkinetyczne	1	0
Oddział psychiatrii sądowej dla młodzieży	Zaburzenia nastroju	1	0
Hostel psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	1	0
Oddział psychiatryczny dla dorosłych	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	1	100
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	1	0
Hostel psychiatryczny dla dzieci	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	1	0
Oddział dzienny dla dzieci	Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	1	0
Liczba dzieci objętych leczeniem		6267	
w tym liczba dzieci leczonych w placówkach dla dorosłych		1362	

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych: *Liczba pacjentów, według form leczenia i rozpoznań*, rok 2022, lubuskie.

Przyczyną zobrazowanej w powyższej tabeli sytuacji, tj. konieczności leczenia dzieci w placówkach dla dorosłych, może być również fakt, iż kontraktowanie usług dla poradni specjalistycznych nie uwzględnia kompleksowości świadczeń. Co więcej, w przypadku dzieci trafiających do pieczy zastępczej zaburzeń neurozwojowych jest zazwyczaj kilka. W dostępnym na rynku modelu leczenia diagnostyka wiąże się więc z wizytami w wielu placówkach w znacznych odstępach czasu. To z kolei odwleka w czasie pozyskanie kompleksowej diagnostyki, co uniemożliwia wczesne rozpoczęcie właściwego leczenia, które jest kluczowe dla osiągnięcia pożądanych efektów.

Biorąc pod uwagę dane dotyczące współczynników epidemiologicznych decydujących o potrzebie wprowadzania nowych metod terapeutycznych, dostępne są dane

z wieloośrodkowych badań międzynarodowych. Współczynnik DALY dla przykładu (*disability-adjusted life years*) pokazuje następujące dane: spektrum autyzmu: sumarycznie 4,3 mln DALY (wzrost o 38,7 % w przeciągu lat: 1990-2019) (204 kraje, Yang-An Li et al., 2022 Frontiers in Psychiatry).

Dane World Health Organisation z listopada 2023 roku wskazują, iż 1 na 100 dzieci cierpi na autyzm. W Planie działań dot. zdrowia psychicznego na lata 2013-2030 podkreśla się kluczową rolę zdrowia psychicznego dla zdrowia ogółem jednostki.<sup>8</sup>

Z kolei według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia dla Rzeczypospolitej Polskiej, szacowane współczynniki DALY dla zaburzeń neurozwojowych wynoszą kolejno:

- Spektrum autyzmu i zespół Aspergera (F84.x): 19,7 DALY.
- ADHD (F90.x): 3,6 DALY
- Niepełnosprawność intelektualna (F7x): 14,1 DALY
- Dla innych zaburzeń psychicznych zbiorczo: 50,6 DALY
- Padaczka (G40.x): 82,1 DALY

Współczynniki, w zależności od grupy wiekowej dla ww. w Raporcie WHO zaburzeń neurozwojowych, wynoszą kolejno:

- Spektrum autyzmu i zespół Aspergera (F84.x): 0-4 r.ż.: 1,3 DALY, 5-14 r.ż.: 2,6 DALY
- ADHD (F90.x): b/d (0.0 DALY). Prawdopodobny brak danych wynika z braku stosownej klasyfikacji DC 0:5R w wykazach udzielanych świadczeń (dla potrzeb sprawozdań używana jest klasyfikacja ICD-10, nieznajdująca zastosowania w przypadku diagnostyki ADHD we wczesnym dzieciństwie); 5-14 r.ż.: 1,2 DALY.
- Niepełnosprawność intelektualna (F7x): 0-4 r.ż.: 0,7 DALY, 5-14 r.ż.: 1,8 DALY
- Dla innych zaburzeń psychicznych zbiorczo: 0-4 r.ż.: b/d DALY: por. powyżej (ADHD), 5-14 r.ż.: 0,1 DALY
- Padaczka w grupie pediatrycznej: 0-4 r.ż.: 0,7 DALY, 5-14 r.ż.: 4,3 DALY

**Tabela 8.** Wartości współczynnika DALY dla zaburzeń neurozwojowych wg raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): WHO member states 2019 (dostęp internetowy).

	0-4 rok życia DALY	5-14 rok życia DALY
<b>Zaburzenie ze spektrum autyzmu (F84.x)</b>	1,3	2,6
<b>Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi (F90.x)</b>	-	1,2
<b>Niepełnosprawność intelektualna (F7x)</b>	0,7	1,8
<b>Padaczka (G40.x) w grupie pediatrycznej</b>	0,7	4,3

Źródło: WHO: Global Health Estimates, Leading Causes of DALYs: Global health estimates: Leading causes of DALYs (who.int)

<sup>8</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

**Tab.9 Chorobowość i zachorowalność na upośledzenie umysłowe (F70-F79) dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat objętych opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego w 2023 roku.**

Wyszczególnienie		LUBUSKIE	GORZOWSKI	KROŚNIEŃSKI	MIĘDZYRZECKI	NOWOSOLSKI	SŁUBICKI	STRZELECKO - DREZDENECKI	SULĘCIŃSKI	ŚWIEBODZIŃSKI	WSCHOWSKI	ZIELONOGÓRSKI	ŻAGAŃSKI	ŻARSKI	M. GORZÓW WLKP.	M. ZIELONA GÓRA	
osoby objęte opieką czynną (stan na 31.12.2023)	I. bezwzgl.	519	35	19	56	29	18	29	14	13	38	56	34	76	48	54	
	wsk. na 10 tys. zadeklarowanych*	26,65	41,14	17,24	54,11	17,88	17,68	29,71	20,41	12,80	50,99	41,22	27,43	45,06	15,91	17,29	
	odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	
z tego w wieku:	0-2 lat	I. bezwzgl.	8	3	-	-	2	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-
		odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia	1,54%	8,57%	-	-	6,90%	-	-	7,14%	-	2,63%	-	-	1,32%	-	-
	3-4 lat	I. bezwzgl.	31	1	-	4	2	2	-	2	-	3	1	2	6	3	5
		odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia	5,97%	2,86%	-	7,14%	6,90%	11,11%	-	14,29%	-	7,89%	1,79%	5,88%	7,89%	6,25%	9,26%
	5-9 lat	I. bezwzgl.	99	7	4	8	7	4	4	1	2	11	4	11	18	9	9
		odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia	19,08%	20,00%	21,05%	14,29%	24,14%	22,22%	13,79%	7,14%	15,38%	28,95%	7,14%	32,35%	23,68%	18,75%	16,67%
osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy	I. bezwzgl.	84	3	12	7	6	1	5	1	1	5	13	4	16	4	6	
	wsk. na 10 tys. zadeklarowanych*	4,31	3,53	10,89	6,76	3,70	0,98	5,12	1,46	0,98	6,71	9,57	3,23	9,49	1,33	1,92	

\* Wskaźnik liczony na liczbę dzieci młodzieży będących pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wg stanu na dzień 31.12.2023r. zgodnie ze złożonymi deklaracjami (Opracowanie WZ LUW na podstawie sprawozdania MZ-11 za rok 2023).

Według danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w województwie lubuskim w 2023 roku – 519 dzieci w wieku 0-18 lat zostało objętych opieką czynną przez lekarza pierwszego kontaktu. Należy przy tym zauważyć, iż na 519 dzieci tylko u 84 zdiagnozowano zaburzenia neurorozwojowe po raz pierwszy. U pozostałych dzieci schorzenia były już wcześniej diagnozowane, lecz w wyniku niekompletnej diagnostyki lub braku doboru właściwego leczenia zaburzenia nie ulegały poprawie, a często prowadziły do powikłań. Wartości te potwierdzają, iż brak właściwego i systemowego leczenia dzieci sprawia, że problem wraca. Z powyższych danych wynika, iż najistotniejsza jest prawidłowa i kompleksowa diagnoza postawiona na jak najwcześniejszym etapie rozwoju. Wówczas istnieje szansa na objęcie takiego dziecka właściwym leczeniem i poprawę jakości jego funkcjonowania, a także zmniejszenie dla niego zagrożenia wykluczeniem społecznym w przyszłości. Realizacja właściwej kompleksowej diagnostyki oraz określenie zindywidualizowanej ścieżki dalszego postępowania/leczenia stanowi główny cel niniejszego Programu polityki zdrowotnej.

### 3. OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA

Z uwagi na złożone trudności w funkcjonowaniu dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, niniejsze zaburzenia wymagają oddziaływań na trzech płaszczyznach: systemu opieki zdrowotnej, systemu oświaty oraz funkcjonowania rodzinnego i opiekuńczego. Jednocześnie zjawisko problemu zdrowia psychicznego oraz neurorozwojowego u dzieci jest coraz bardziej widoczne i wymaga podjęcia dodatkowych działań leczniczych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* wprowadzono nowy model leczenia psychiatrycznego w populacji rozwojowej.

Oparty jest on na trzech poziomach referencyjności:

- I poziom referencyjności – tworzenie ośrodków środowiskowych I stopnia – Zespołów i Ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, zatrudniających psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych.
- II poziom referencyjności w ramach którego w ośrodkach, gdzie jest zatrudniany lekarz specjalista psychiatra lub lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, pacjenci wymagający bardziej intensywnej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych w ramach oddziału dziennego lub poradni zdrowia psychicznego, w której będą udzielane również świadczenia w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych. Jeden taki ośrodek będzie obejmował wsparciem pacjentów z kilku położonych obok siebie powiatów oraz koordynował opiekę udzielaną na tym obszarze również przez I poziom referencyjny.
- III poziom referencyjności – zakłada funkcjonowanie ośrodków wyspecjalizowanej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc jest udzielana pacjentom wymagającym najbardziej specjalistycznej opieki, w szczególności osobom w stanie zagrożenia życia i zdrowia, które są przyjmowane w szczególności w trybie nagłym.

W ramach systemu ochrony zdrowia znaczną część zajmuje opieka nad dziećmi z rozpoznaniem spektrum autyzmu. Obejmuje ona: poradnie diagnostyczne, poradnie terapeutyczne oraz oddziały dzienne rehabilitacyjne, dedykowane dla pacjentów z ASD. Wiąże się to z celowaną wyceną świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu



Zdrowia. Brak jest kompleksowości we wczesnej diagnostyce oraz precyzyjnie wyznaczonych ścieżek leczenia.

Bilanse zdrowia dziecka realizowane w ramach systemu ochrony zdrowia: w wieku 2 lat, 10 lat (III klasy) i na późniejszych etapach edukacji, nie obejmują oceny rozwoju psychospołecznego. Brak jest również w trakcie badań bilansowych narzędzi do diagnozowania zaburzeń psychicznych, w tym neurozwojowych będących znaczną częścią chorób z katalogu ICD-10, w tym spektrum autyzmu.

W obecnym postępowaniu dzieci i młodzież do 18 roku życia z podejrzeniem zaburzeń (stwierdzonym w lub poza systemem ochrony zdrowia kierowane są do ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjności) w celu potwierdzenia wstępnej diagnozy przez psychologa. Następnie kierowani są do centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjności) w celu postawienia ostatecznej diagnozy przez lekarza psychiatrę oraz skierowania na terapię.<sup>9</sup>

W przypadku pozostałych zaburzeń neurozwojowych, system obejmuje dzieci publiczną opieką psychiatryczną bazującą na poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych i oddziałach stacjonarnych. Prowadzona jest również diagnostyka i leczenie chorób współwystępujących przez lekarzy innych specjalności, takich jak neurologia dziecięca, rehabilitacja medyczna. Z uwagi na pozostałe deficyty, dzieci z zaburzonym neurorozwojem objęte są opieką neurologopedyczną, psychologiczną oraz terapią zajęciową.

Niewątpliwie największym problemem jest jednak prawidłowa oraz wczesna diagnostyka zaburzeń dzieci przebywających w pieczy zastępczej. Wiąże się ona bowiem z koniecznością pogłębienia analizy przypadku w oparciu o wyniki badań neurologa oraz psychiatry dziecięcego, a także innych specjalistów w zależności od indywidualnej potrzeby pacjenta.

Obecne postępowanie w zakresie diagnostyki zaburzeń neurozwojowych dotyczących ściśle dzieci z pieczy zastępczej opiera się na założeniach zawartych w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. W ścieżce tej należy wyróżnić dwa etapy. Pierwszy odnosi się do etapu procedury związanej z umieszczaniem dziecka w pieczy zastępczej. Drugi, fakultatywny, gdyż nie odnoszący się do każdego dziecka w pieczy, związany jest z ponowną diagnostyką w związku z kwalifikacją dziecka do procedury adopcyjnej.

W przypadku etapu pierwszego art. 38 ww. ustawy precyzuje, że „powiatowe centrum pomocy rodzinie oraz organizator rodzinnej pieczy zastępczej gromadzą i przekazują odpowiednio rodzinie zastępczej, prowadzącemu rodzinny dom dziecka, dyrektorowi placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektorowi regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej, dyrektorowi interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego oraz zespołowi do spraw okresowej oceny sytuacji dziecka umieszczonego w instytucjonalnej pieczy zastępczej informacje oraz dokumentację dotyczące dziecka. Zalicza się do nich diagnozę psychofizyczną dziecka, w tym dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, udział w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych oraz konieczność objęcia dziecka pomocą profilaktyczno-wychowawczą lub resocjalizacyjną albo leczeniem i rehabilitacją. Doprecyzowanie zakresu diagnozy psychofizycznej znajduje się w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej. Wskazuje się, że za jej przygotowanie odpowiada psycholog lub pedagog, zaś w zakresie diagnostycznym powinna

---

<sup>9</sup> AOTMiT, Badanie przesiewowe za pomocą kwestionariusza M-Chat, do diagnozowania nieprawidłowości ze spektrum autyzmu, Nr: WS.420.2.2023, 30.03.2023 r.

uwzględniać analizę mocnych stron dziecka i jego potrzeb w zakresie opiekuńczym, rozwojowym, emocjonalnym oraz społecznym, przyczyny kryzysu w rodzinie oraz wpływu tego kryzysu na rozwój dziecka, relacji dziecka z jego najbliższym otoczeniem oraz osobami ważnymi dla dziecka oraz rozwoju dziecka. Jednocześnie, po ustaleniu powyższych diagnoza doprecyzowuje wskazania dotyczące: 1) dalszej pracy pedagogicznej z dzieckiem, 2) programu terapeutycznego, 3) pracy z rodziną dziecka, 4) pracy przygotowującej dziecko do umieszczenia w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka, 5) przygotowania dziecka do usamodzielnienia.

Diagnostykę na etapie drugim, związanym z kwalifikacją dziecka do procedury adopcyjnej, doprecyzowuje art. 156. ust 1. pkt. 1, zgodnie z którym „do zadań ośrodka adopcyjnego należy, w szczególności kwalifikacja dzieci zgłoszonych do przysposobienia oraz sporządzanie dla dziecka zakwalifikowanego do przysposobienia diagnozy psychologicznej i pedagogicznej oraz gromadzenie aktualnych informacji o stanie zdrowia dziecka”.

W obu przypadkach opinie sporządzane są najczęściej na podstawie narzędzi takich jak:

- 1) Obserwacja dziecka i wywiad z opiekunem,
- 2) Obserwacja psychologiczna,
- 3) Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki rozwojowej,
- 4) Krótka Skala Rozwoju Dziecka,
- 5) Krótka Skala Rozwoju Niemowlęcego Denver,
- 6) Skala rozwoju emocjonalnego dzieci w wieku 3-6 lat,
- 7) Profil Sensoryczny Dziecka PSD,
- 8) Informacja uzyskana od opiekunów,
- 9) Zebrana dokumentacja medyczna.

Na podstawie powyższego można zauważyć, że w procesie diagnostycznym obligatoryjnie z obszaru wiedzy fachowej i specjalistycznej udział biorą wyłącznie psycholog i pedagog. Biorąc to pod uwagę nie ulega wątpliwości, iż dotychczasowe działania w opiece nad dziećmi z zaburzeniami neurozwojowymi cechują się niskim skoordynowaniem pomiędzy instytucjami takimi jak PCPR, OPS, Ośrodek Adopcyjny czy Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna zajmującymi się dzieckiem. Zwraca się uwagę na brak jasno wyznaczonych ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opartych na współczesnych standardach medycznych. Obecny proces diagnostyczny nie uwzględnia dla dzieci z pieczy zastępczej kompleksowej diagnozy przeprowadzonej przez specjalistów takich jak psychiatra dziecięcy, neurolog i neuropsycholog dziecięcy, fizjoterapeuta, dietetyk czy innych specjalistów zajmujących się wyżej wymienionymi jednostkami chorobowymi. Brak prawidłowej diagnozy powoduje, że zaburzenia ulegają pogłębieniu, dysfunkcje zaś nawarstwiają się, co jest jednoznaczne z tym, iż dzieci pozostają w pieczy zastępczej, a ich szanse na adopcję znacząco maleją. Brak stabilnego środowiska rodzinnego wpływa negatywnie na rozwój emocjonalno-społeczny dziecka, które w wyniku braku możliwości doświadczania dobrych sytuacji społecznych i emocjonalnych, braku przywiązania do stałego opiekuna w dorosłym życiu, nie potrafi nawiązać dobrych relacji z innymi ludźmi np. wejść w zdrowy i bezpieczny związek. W sytuacji, gdy sam zostaje rodzicem nie potrafi prawidłowo zajmować się swoim dzieckiem. Brak właściwej diagnozy i leczenia we wczesnym wieku rozwojowym skutkować może wykluczeniem społecznym, jak również wykluczeniem zawodowym w przyszłości. Nielezione zaburzenia neurozwojowe wpływające negatywnie na umiejętności interpersonalne będą utrudniały utrzymanie się na rynku pracy. Należy zwrócić uwagę, iż deficyty emocji pozytywnych (brak miłości) u małego dziecka prowadzą w dorosłości do zawiązywania częstych i przygodnych związków, w tym również seksualnych, co może prowadzić do pojawienia się niechcianej ciąży. Działania podjęte w niniejszym

Programie zakładają kompleksową diagnostykę wad neurozwojowych, co w przyszłości przeciwdziałać będzie ewentualnemu wykluczeniu społecznemu, dodatkowo pośrednio zmniejszy również ryzyko niewłaściwego prowadzenia ciąży przez te osoby oraz narażenia płodu na poważne deficyty rozwojowe.

Obecnie zauważalny jest kryzys rodzicielstwa zastępczego jak i adopcyjnego, brakuje miejsc w pieczy zastępczej, nie zgłaszają się ani nowe rodziny zastępcze, ani adopcyjne. W związku z tym bardzo ważne jest wdrożenie działań przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu już od najwcześniejszych lat życia dziecka. Tylko takie działania mają szanse na odblokowanie systemu pieczy zastępczej, odciążenie państwa od utrzymywania podopiecznych pomocy społecznej oraz odciążenie systemu ochrony zdrowia.

### **Obecne działania podejmowane wobec zaburzeń neurozwojowych na terenie kraju.**

Procedury diagnostyczne według standardów medycyny opartej na dowodach (*Evidence-Based Medicine*, EBM) na podstawie wytycznych NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*, Wielka Brytania, 2024, dostęp internetowy) <sup>10</sup> wyglądają następująco:

Spektrum Autyzmu (ASD, F84.x ICD10):

- 1) Zakłada się interdyscyplinarny proces diagnostyczny w oparciu o specjalistów zdrowia psychicznego, pedagogów oraz pracowników socjalnych, dostępny w niewielkim oddaleniu od miejsca zamieszkania.
- 2) Zakłada się utworzenie komórek diagnostycznych o charakterze centrów referencyjnych służących wczesnej diagnostyce interdyscyplinarnej (*autism team*).
- 3) Wczesna diagnostyka (w ciągu 3 miesięcy) od skierowania pacjenta do centrum referencyjnego.
- 4) Instytucja koordynatora procesu diagnostycznego (integrującego działalność innych specjalistów).
- 5) Wywiad szczegółowy dotyczący neurorozwoju dziecka oraz czynników ryzyka w przebiegu ciąży i porodu, czynników genetycznych.
- 6) Diagnoza kryterialna w oparciu o kryteria ICD-10/DSM 5, z możliwym użyciem wystandaryzowanych metod pozyskiwania informacji podmiotowych oraz badania behawioralnego (w warunkach polskich jako złoty standard diagnostyczny uważa się badania: ADOS-2 oraz ustrukturyzowany wywiad ADI-R).
- 7) Dokładne badanie fizykalne i neurologiczne.
- 8) Diagnostyka różnicowa: inne zaburzenia rozwojowe, przemoc wobec dziecka.

Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi (ADHD, F90.x ICD10)

- 1) Wytyczne brytyjskie wprowadzają instytucję koordynatora specjalnego problemu rozwojowego dziecka spośród pracowników psychologiczno-pedagogicznych.
- 2) W przypadku znacznego nasilenia objawów, uniemożliwiającego właściwy rozwój dziecka zaleca się kierowanie pacjenta do drugiego stopnia referencyjnego (specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży).
- 3) Diagnoza kryterialna w oparciu o kryteria ICD-10/DSM 5, z możliwym użyciem wystandaryzowanych metod pozyskiwania informacji podmiotowych oraz badania behawioralnego.
- 4) Dokładne badanie fizykalne i neurologiczne.
- 5) Diagnostyka różnicowa: inne zaburzenia rozwojowe, przemoc wobec dziecka.

Nieppełnosprawność intelektualna (ID, F7x ICD10)

---

<sup>10</sup> NICE Guidelines: Recommendations | Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis | Guidance | NICE, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>

- 1) Wywiad szczegółowy dotyczący neurorozwoju dziecka oraz czynników ryzyka w przebiegu ciąży i porodu, czynników genetycznych.
- 2) Diagnoza kryterialna w oparciu o kryteria ICD-10/DSM 5, z możliwym użyciem wystandaryzowanych metod pozyskiwania informacji podmiotowych oraz badania behawioralnego (w warunkach polskich jako złoty standard diagnostyczny uważa się badania: Stanford-Binet, WISC V).
- 3) Dokładne badanie fizykalne i neurologiczne.
- 4) Diagnostyka różnicowa: inne zaburzenia rozwojowe, zaniedbywanie i przemoc wobec dziecka.

Wystandaryzowane metody diagnostyczne w ujęciu kompleksowości diagnostycznej zostaną również wykorzystane podczas konsultacji specjalistycznych na etapie interwencji realizowanych w ramach Programu.

#### 4. UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Głównym celem Programu polityki zdrowotnej jest wczesna i kompleksowa diagnoza zaburzeń neurorozwojowych w populacji dzieci przebywających w pieczy zastępczej. Jest to charakterystyczna grupa dzieci w wieku 0-7 lat, w której z uwagi na swoją sytuację istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwoju przy jednocześnie ograniczonym dostępie do świadczeń medycznych. W momencie zapewnienia tej populacji właściwych metod diagnostycznych poprzez realizację niniejszego Programu pojawia się możliwość precyzyjnego określenia deficytów rozwojowych dziecka. To z kolei daje szansę na wdrożenie odpowiedniego leczenia, a także pozytywnie wpływa na wyrównanie szans zdrowotnych, edukacyjnych i psychospołecznych dzieci, które z uwagi na swoją sytuację prawną/rodzinną są narażone na wykluczenie społeczne. Ponadto realizacja Programu pozwala na określenie ścieżki diagnostyki i ewentualnego dalszego leczenia dziecka przebywającego w rodzinie niebiologicznej w oparciu o współpracę specjalistyczną, w tym również opartą na trzech poziomach referencyjności (np. psycholog/psychoterapeuta/pedagog, psychiatra, neurolog). Należy mieć na uwadze, że dzieci, a w przyszłości dorośli z zaburzeniami neurorozwojowymi wymagają większych nakładów finansowych przeznaczonych na leczenie, dlatego wdrożenie Programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na wczesne wykrycie deficytów neurorozwojowych oraz dobrane skutecznych metod leczenia jest istotnym narzędziem w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu tej grupy w życiu dorosłym.

Program wpisuje się w rekomendacje Konferencji podsumowującej badanie EZOP II<sup>11</sup> mówiące o tym, iż *konieczne są modelowe programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki dla społeczności lokalnych (...), zwłaszcza dla środowisk i osób o niższym kapitale społecznym, (...) osób o niestabilnych relacjach rodzinnych i społecznych, a więc zagrożonych wykluczeniem społecznym. Jak czytamy dalej w niniejszych rekomendacjach: Zdecydowana większość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne nie otrzymuje lub nie korzysta z adekwatnej pomocy. Dotyczy to nie tylko dorosłych, ale w jeszcze większym stopniu dzieci i młodzieży.*

Program jest jednocześnie odpowiedzią na aktualną sytuację w zakresie utrudnionego dostępu do diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej dla dzieci – w szczególności dzieci znajdujących się w systemie pieczy zastępczej. Zapewnienie tej grupie właściwych metod diagnostycznych wpłynie na precyzyjne określenie ewentualnych deficytów rozwojowych

---

<sup>11</sup> [https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII\\_Rekomendacje.pdf](https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rekomendacje.pdf)

dziecka, co stwarza szanse na wdrożenie terapii celowanej/indywidualnej. W postępowaniu adopcyjnym dziecko posiadające pełną diagnozę pod względem zaburzeń neurozwojowych zwiększa swoje szanse na adopcję. Ma to związek z faktem, iż kandydaci na rodziców adopcyjnych często z uwagi na brak pełnej sytuacji zdrowotnej dziecka odpowiadają od dalszej procedury. Sytuacja, w której dziecko będzie posiadało pełną diagnozę oraz otrzyma dalsze zalecenia ewentualnej terapii (indywidualną kartę dalszego postępowania po zakończeniu udziału w Programie), stanowi niepodważalną wartość dla procedury adopcyjnej. Wpłynie na dobór odpowiedniej i świadomej rodziny, która będzie pracować z dzieckiem wymagającym wsparcia, a jednocześnie stworzy możliwość współpracy dziecka ze specjalistami.

## II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

---

### 1. CEL GŁÓWNY

Uzyskanie poprawy lub utrzymanie na tym samym poziomie stanu funkcjonowania u co najmniej 40% dzieci z zaburzeniami nieprorozwojowymi uczestniczących w programie w latach 2025-2027.

### 2. CELE SZCZEGÓŁOWE

1. Zwiększenie dostępności do wczesnej i kompleksowej diagnostyki wad neurozwojowych dzieci w wieku 0-7 lat z pieczy zastępczej z woj. lubuskiego poprzez wdrożenie interwencji kompleksowej diagnostyki u co najmniej 60% dzieci z pieczy zastępczej z woj. lubuskiego w wieku 0-7 lat.
2. Zwiększenie o co najmniej 40% liczby zdiagnozowanych dzieci w wieku od 0-7 lat, przebywających w pieczy zastępczej na terenie województwa lubuskiego objętych Programem, dla których opracowano zindywidualizowane ścieżki dalszego postępowania/leczenia w ramach NFZ.
3. Uzyskanie poprawy stanu zdrowia dzieci w wieku od 0-7 lat przebywających w pieczy zastępczej na terenie województwa lubuskiego poprzez postawienie diagnozy wśród co najmniej 40% uczestników Programu.
4. Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) w zakresie rozpoznania potrzeb dziecka wynikających z diagnozy wśród co najmniej 40% opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w Programie.

Wartość celów: głównego i szczegółowego oszacowano na podstawie skuteczności diagnostyki chorób neurozwojowych jako czynnika zapobiegającego znacznemu rozwojowi tych chorób, biorąc dodatkowo pod uwagę relatywnie krótki czas interwencji oraz specyfikę grupy docelowej.

Sprecyzowanie ww. celów szczegółowych poprzez podanie konkretnych docelowych założeń ilościowych wymaga arbitralnego przyjęcia określonych wartości, dla których szanse osiągnięcia trudno na wstępie realistycznie oszacować.

Biorąc jednak pod uwagę efektywność wydawania środków przeznaczanych na realizację Programu właściwe jest przyjęcie sprecyzowanych wartości dla osiągnięcia ww. celów.



### 3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

W Programie określono następujące mierniki efektywności:

1. Odsetek dzieci w wieku od 0-7 lat, przebywających w pieczy zastępczej na terenie województwa lubuskiego objętych Programem, u których wdrożono interwencje kompleksowej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych, wynik wyrażony w %.
2. Odsetek zdiagnozowanych dzieci w wieku od 0-7 lat, przebywających w pieczy zastępczej i objętych wsparciem w Programie, dla których w ramach Programu opracowano zindywidualizowane ścieżki dalszego postępowania/leczenia w ramach NFZ, wynik wyrażony w %.
3. Iloraz liczby dzieci w wieku od 0-7 lat, przebywających w pieczy zastępczej na terenie województwa lubuskiego objętych Programem, u których nastąpiła poprawa poprzez postawienie diagnozy i liczby dzieci uczestniczących w programie (wartość docelowa min. 40%).
4. Odsetek opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w Programie, u których w postępie odnotowano wzrost poziomu wiedzy (min 60% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test, wynik wyrażony w %.

## III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

---

### 1. POPULACJA DOCELOWA

Grupę docelową Programu stanowią dzieci w wieku 0-7 lat, a więc wieku wczesnorozwojowym objęte pieczą zastępczą. Przyjęto ten przedział wiekowy, gdyż wczesna diagnostyka chorób ICD 10 jest kluczowa dla opracowania efektywnej ścieżki dalszego postępowania/leczenia. Jest to szczególnie istotne z perspektywy potencjalnych opiekunów, dla których posiadanie szczegółowej diagnozy dysfunkcji dziecka oraz schematu dalszego postępowania i wytyczenie dotyczące kierunku leczenia jest kluczowe. Często może stanowić główny czynnik w procesie decyzyjnym dotyczącym adopcji. Co więcej, system diagnostyczny ukierunkowany jest na badanie najmłodszych dzieci, gdyż (...) *diagnozowanie bardzo wcześnie pojawiających się zaburzeń psychicznych lub podprogowych symptomów, które mogą wskazywać na ryzyko wystąpienia zaburzeń neurozwojowych daje możliwość lepszego monitorowania krytycznych momentów rozwoju.*<sup>12</sup>

Wczesna diagnoza ma na celu zapobieganie utrwalaniu i pogłębianiu trudności dziecka, niwelowanie stwierdzonych deficytów oraz wypracowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie z dysfunkcjami. Diagnostyka autyzmu (autism spectrum disorders ASDs) wciąż pozostaje wyzwaniem. Oczywiście (...) *obecne są behawioralne sygnały ostrzegawcze mogące wskazywać na ryzyko autyzmu nawet u dzieci poniżej pierwszego roku życia*<sup>13</sup>, jednak szczegółowa neurologiczna diagnostyka takiego dziecka w wieku maksymalnie 7 lat daje jednoznaczną odpowiedź dotyczącą zaburzeń, co stanowi punkt wyjścia do właściwego leczenia. Ponadto posiadanie wczesnej szczegółowej diagnostyki, w przypadku niniejszego

---

<sup>12</sup> Szurpita Marek, Radziwiłłowicz Wioletta: Zaburzenia neurozwojowe - diagnostyka, obraz kliniczny i jego dynamika. Współczesne pytania i kierunki poszukiwań badawczych, Psychologia Rozwojowa, vol. 27, no. 2, 2022, pp. 9-25, DOI:10.4467/20843879pr.22.008.17465, s. 10

<sup>13</sup> Ewa Pisula, Narzędzia przesiewowe pomocne w rozpoznawaniu ryzyka autyzmu u dzieci w wieku do trzech lat - Konteksty Pedagogiczne, 2013 ([www.cceol.com](http://www.cceol.com))



PPZ – diagnostyki neurorozwojowej, stanowi bogaty „pakiet startowy” dziecka z pieczy zastępczej oraz jego opiekunów. Na bazie tego pakietu diagnostycznego dziecka pracować będą kolejni specjaliści wzbogacając go o komentarze do badań, ale przede wszystkim skupiając się już głównie na leczeniu, gdyż dane diagnostyki wczesnorozwojowej, będące efektem realizacji niniejszego Programu polityki zdrowotnej, będą stanowiły punkt wyjściowy do dalszego postępowania z danym pacjentem.

Zwrócenie szczególnej uwagi na rozwój usług profilaktycznych kierowanych do dzieci wynika również z *Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Lubuskiego* na lata 2023-2026 opracowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Zielonej Górze. Diagnostyka chorób neurozwojowych u dzieci z pieczy zastępczej w wieku 0-7 lat wpisuje się w kierunek interwencji 1.1 – *Zapewnienie dostępu do wielospecjalistycznej, kompleksowej diagnozy dziecka w rodzinie biologicznej lub pieczy zastępczej*. Stanowi to bardzo istotne wsparcie z perspektywy społecznej, gdyż dzieci przebywające w pieczy zastępczej są szczególnie narażone na wykluczenie społeczne. Podkreśla się coraz bardziej znaczące zagrożenia, jakie niesie za sobą wykluczenie społeczne najmłodszych członków społeczeństwa. *Obecnie wiedza na temat transmisji biedy i wykluczenia społecznego jest bardziej powszechna. Wyniki analiz i badań wskazują na negatywne konsekwencje marginalizacji społecznej w dzieciństwie przejawiające się w poznawczym, fizycznym i emocjonalnym ograniczeniu potencjału rozwojowego, znacząco wpływającym na dorosłe życie.*<sup>14</sup>

Według danych dla województwa lubuskiego w 2022 r. w pieczy zastępczej umieszczono 2518 dzieci. W rodzinnej pieczy zastępczej znalazło się 2009 dzieci, co stanowiło 79,8% ogółu dzieci w pieczy. Liczba dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej to 509, czyli 20,2% ogółu. Dodatkowo liczba dzieci w rodzinnej zawodowej pieczy zastępczej to 353 osoby. W Lubuskiem odczuwane są negatywne konsekwencje niedostatecznej liczby kandydatów do podjęcia funkcji zawodowej rodziny zastępczej. Drugim aspektem jest zbyt długi czas regulacji sytuacji prawnej dziecka. Przedłużający się pobyt dziecka w pieczy zastępczej, a co za tym idzie, kwalifikowanie do przysposobienia starszych dzieci, utrudnia znalezienie rodziny adopcyjnej lub znacząco zmniejsza możliwość powodzenia adopcji.<sup>15</sup> Istotny dla celowości realizacji Programu jest więc fakt, iż dzieci nieposiadające prawidłowej diagnozy mają dużo mniejszą szansę na adopcję, ponieważ brak informacji diagnostycznej dotyczącej zaburzeń neurozwojowych wywołuje strach i zniechęca potencjalnych rodziców adopcyjnych.

Program obejmuje działania profilaktyczne w zakresie diagnostyki dzieci do siódmego roku życia, umieszczone zarówno w instytucjonalnej, jak i rodzinnej pieczy zastępczej. Zgodnie z danymi zawartymi w Wojewódzkim Programie Wsparcia Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2023-2028 na przestrzeni lat 2018 – 2021 liczba dzieci oscyluje na zbliżonym poziomie, wykazując nieznaczne odchylenia od granicy 2500 dzieci.

Z tabeli poniżej wynika, iż liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej w wieku 0-6 lat rośnie z roku na rok. W roku 2021 wynosiła ona 428 dzieci. Jako iż niniejszy PPZ zakłada objęcie diagnostyką dzieci w przedziale 0-7 lat, należy mieć na uwadze dzieci w wieku 7 lat, które zostały ujęte w wierszu „Grupa wiekowa 7-13”, a nie wskazano dla tego rocznika danej liczbowej. Biorąc powyższe pod uwagę zakłada się, iż wsparciem w Programie mogłoby zostać objętych około 450 dzieci rocznie.

---

<sup>14</sup> Magdalena Błaszczuk, *EKSPERTYZA Sytuacja oraz wykluczenie dzieci i młodzieży w Polsce na tle oferowanego wsparcia dla dzieci i rodzin*, Wspólnota robocza związków organizacji socjalnych, 2022.

<sup>15</sup> *Diagnoza stanu i kierunków rozwoju usług społecznych w województwie lubuskim – raport końcowy z badania*, ROPS, Zielona Góra, listopad 2022.

Do tej liczby należy dodać dzieci w wieku 0-7 lat, które zostaną objęte pieczą zastępczą w kolejnych latach trwania Programu, tj. w 2026 oraz 2027 roku. Dane źródłowe pokazują, iż w 2021 roku pieczą zastępczą było objętych 2009 dzieci (*Diagnoza stanu i kierunków rozwoju usług społecznych w województwie Lubuskim*), zaś w 2022 roku - 2518 dzieci. Z tego rachunku wynika, iż w roku 2022 o 509 zwiększyła się liczba dzieci objętych pieczą zastępczą.

Biorąc pod uwagę, że wszystkie 18 roczników to 100%, to 7 roczników stanowi 39%.

$509 \text{ dzieci} \cdot 39\% = 199$  – tyle szacunkowo przybędzie w roku 2026 oraz 2027 w pieczy zastępczej dzieci w wieku 0-7 lat.

Daje to rachunek: 450 dzieci w wieku 0-7 lat przebywających w pieczy zastępczej +  $(199 \cdot 2 \text{ lata}) = 848$  osób.

Niniejsze wyliczenia pokazują, iż w skali trwania całego Programu, tj. na przestrzeni lat 2025-2027 byłoby możliwe objęcie wsparciem w Programie około 848 dzieci przebywających w pieczy zastępczej, które spełniają kryteria włączenia do niniejszego Programu i dla których istnieją przesłanki do diagnozowania zaburzeń rozwojowych.

**Tabela 10. Liczba dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej wg wieku w woj. lubuskim w latach 2016-2021**

Grupa wiekowa	2016	2017	2018	2019	2020	2021
poniżej 1 roku	37	33	25	48	46	29
od 1 roku do 3 lat	138	139	132	165	166	161
4-6 lat	229	175	204	211	209	238
<b>Razem</b>	<b>229</b>	<b>347</b>	<b>361</b>	<b>424</b>	<b>421</b>	<b>428</b>
7-13 lat	770	776	684	717	684	701
<b>Razem</b>	<b>1 174</b>	<b>1 123</b>	<b>1 045</b>	<b>1 141</b>	<b>1 105</b>	<b>1 129</b>

Źródło: CAS – Sprawozdanie rzeczowo-finansowe z wykonywania przez powiat z zakresu wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, Tabela G, stan na koniec drugiego półrocza.

**Tabela 11. Liczba dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej wg wieku w woj. lubuskim w latach 2016-2021**

Grupa wiekowa	2016	2017	2018	2019	2020	2021
poniżej 1 roku	1	2	0	1	0	0
od 1 roku do 3 lat	3	0	0	3	3	6
4-6 lat	14	4	5	15	8	13
<b>Razem</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
7-13 lat	182	164	165	188	175	183
<b>Razem</b>	<b>200</b>	<b>170</b>	<b>170</b>	<b>207</b>	<b>186</b>	<b>202</b>

Źródło: CAS – Sprawozdanie rzeczowo-finansowe z wykonywania przez powiat z zakresu wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, Tabela G, stan na koniec drugiego półrocza.

Kluczowymi czynnikami wpływającymi na ustalenie interwencji założonych podczas realizacji Programu były niewątpliwie powody umieszczenia dzieci w pieczy zastępczej. Rodziny, z których wywodzą się dzieci przebywające w pieczy zastępczej, są obciążone wskazanymi poniżej problemami. Jednocześnie większość z tych problemów przyczynia się do istnienia wymienionych wyżej zaburzeń neurozwojowych.

**Tabela 12. Liczba dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej wg powodów w woj. lubuskim w latach 2016-2021**

Powody umieszczenia	2016	2017	2018	2019	2020	2021
---------------------	------	------	------	------	------	------

**Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych w populacji dzieci  
w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej.  
Okres realizacji: 2025-2027**

Sieroctwo	90	89	75	75	68	79
Pólsieroctwo	184	179	181	205	175	209
Uzależnienia rodziców	814	777	770	809	758	803
Przemoc w rodzinie	48	35	53	79	58	80
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych	627	660	665	625	707	597
Niepełnosprawność jednego z rodziców	63	55	51	42	31	22
Długotrwała lub ciężka choroba jednego z rodziców	64	50	44	49	55	50
Pobyt za granicą jednego z rodziców	62	45	31	34	33	32
Przebywanie w nieodpowiednich warunkach mieszkaniowych	0	0	4	7	0	0
Małoletnie matki	9	8	3	1	1	1
Inne przyczyny	204	148	123	132	135	146
Ubóstwo	0	0	0	2	4	6
<b>Razem</b>	<b>2 165</b>	<b>2 046</b>	<b>2 000</b>	<b>2 060</b>	<b>2 025</b>	<b>2 025</b>

Źródło: CAS – Sprawozdanie rzeczowo-finansowe z wykonywania przez powiat z zakresu wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, Tabela G za: Wojewódzki Program Wsparcia Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2023-2028, s. 34.

Najczęstsze przyczyny skutkujące umieszczeniem dzieci w systemie pieczy zastępczej, to uzależnienia rodziców, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, pólsieroctwo i przemoc w rodzinie. W pierwszym z wymienionych przypadków warto uwzględnić fakt, że w województwie lubuskim tylko w 2019 roku było łącznie 8 730 pacjentów uzależnionych od alkoholu lub innych substancji szkodliwych, którzy podjęli leczenie. Wskaźnik ten koreluje z czynnikiem uzależnień, ukierunkowując na znaczenie działań diagnostycznych. Konsekwencje uzależnień rodziców współwystępują z traumą dziecięcą, związaną zarówno z wydarzeniami wewnątrz rodziny, jak i będących skutkiem funkcjonowania poza nią. W obu przypadkach negatywne skutki koncentrują się na prawidłowości funkcji mózgu.

## 2. KRYTERIA KWALIFIKACJA DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ ORAZ

### KRYTERIA WYŁĄCZENIA Z PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Głównym celem niniejszego Programu polityki zdrowotnej jest zaplanowanie kompleksowego wsparcia dzieci w wieku wczesnorozwojowym z pieczy zastępczej z zaburzeniami neurozwojowymi. Dla organizacji właściwego wsparcia kluczowa jest rola rzetelnej i kompleksowej diagnostyki. Dopiero określenie przyczyn i charakteru występujących zaburzeń pozwala usankcjonować trudności dziecka i nadać im właściwą rangę. Diagnoza pozwala ocenić, jaki jest faktyczny stan dziecka i jakiego rodzaju pomoc jest mu potrzebna. Przedział wiekowy dzieci objętych wsparciem, tj. 0-7 lat wynika z faktu, że im wcześniej diagnoza zostanie przeprowadzona oraz im bardziej będzie wnikliwa, tym większa szansa na wychwycenie istotnych deficytów i trafne dopasowanie form podejmowanych działań

do indywidualnych potrzeb dziecka oraz tym lepsze rokowanie na przyszłość. Wielu specjalistów wskazuje, że diagnoza powinna być przeprowadzona do 6. r.ż. dziecka, a jako ostateczną granicę przyjmuje się wiek 10-12 lat, czyli czas do rozpoczęcia okresu dojrzewania. Dodatkowo, najbardziej potrzebującymi tej diagnozy dziećmi wydają się być podopieczni pieczy zastępczej, ponieważ jej posiadanie jest kluczowe w procesie adopcyjnym jako znaczne ułatwienie dla przyszłych rodziców w kontekście znajomości koniecznego procesu leczenia i przybliża dzieci z pieczy do ewentualnej adopcji. Dodatkowo, takie czynniki jak przewlekły stres, nikotyna i spożywanie alkoholu w okresie prenatalnym/perinatalnym/postnatalnym, na które to narażone były dzieci będące grupą docelową wsparcia w niniejszym Programie, przyczyniają się do wystąpienia zespołu Tourette'a oraz innych chorób neurozwojowych (co potwierdzają badania naukowe). Dlatego też dla tych właśnie dzieci wczesna i kompleksowa diagnoza jest kluczowa dla poprawy późniejszego funkcjonowania.<sup>16</sup>

Wobec powyższego kryteriami klasyfikacji dziecka do udziału w niniejszym Programie polityki zdrowotnej będą przede wszystkim:

- zamieszkanie na terenie województwa lubuskiego
- umieszczenie w pieczy zastępczej
- wiek 0-7 lat
- kryterium formalne: wyrażenie zgody na uczestnictwo w interwencjach założonych dla niniejszego Programu przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka. (Pod pojęciem opiekuna rozumie się: rodzica zastępczego, rodzica adopcyjnego, opiekuna z pieczy instytucjonalnej.)
- brak posiadania wcześniejszej kompleksowej diagnozy wad neurozwojowych

Miejsce zamieszkania dziecka oraz fakt przebywania w pieczy zastępczej weryfikowane będą na podstawie danych adresowych wpisanych do formularza uczestnika. Wiek dziecka weryfikowany będzie na podstawie przedłożonych dokumentów, w szczególności na podstawie numeru PESEL. Brak posiadania wcześniejszej kompleksowej diagnozy wad neurozwojowych zostanie zweryfikowany przez koordynatora etapu II i III na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

Kryteria wyłączenia:

- zamieszkanie poza województwem lubuskim
- brak umieszczenia w pieczy zastępczej
- wiek powyżej 7 lat
- posiadanie wcześniejszej kompleksowej diagnozy wad neurozwojowych

Założeniem Programu jest dotarcie do dzieci z populacji docelowej i w efekcie uzyskanie wysokiej frekwencji. W tym celu przeprowadzona zostanie akcja informacyjna skierowana do rodziców/opiekunów prawnych dzieci z grupy docelowej zachęcająca do aktywnego udziału w Programie. Mając na uwadze grupę docelową Programu opcjonalnym rozwiązaniem, na które powinno się zwrócić szczególną uwagę, jest zaangażowanie podmiotów związanych z pieczą zastępczą, takich jak np.: jednostki samorządu terytorialnego

---

<sup>16</sup> Szurpita Marek, Radziwiłłowicz Wioletta: Zaburzenia neurozwojowe - diagnostyka, obraz kliniczny i jego dynamika. Współczesne pytania i kierunki poszukiwań badawczych, Psychologia Rozwojowa, vol. 27, no. 2, 2022, pp. 9-25, DOI:10.4467/20843879pr.22.008.17465, s.20

wykonujące zadania wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, których pracownicy byłiby ogniwem łączącym grupę docelową z realizatorem Programu.

Za promocję Programu i przekazywanie informacji o problemach zdrowotnych objętych interwencją odpowiedzialni są jego realizatorzy. Konieczne jest jasne przedstawienie zasad dostępu do Programu (sposób kierowania, warunki uczestnictwa, zasady rejestracji), warunków korzystania z oferowanych w Programie świadczeń, ich zakresu, dokładnych danych adresowych realizatorów Programu.

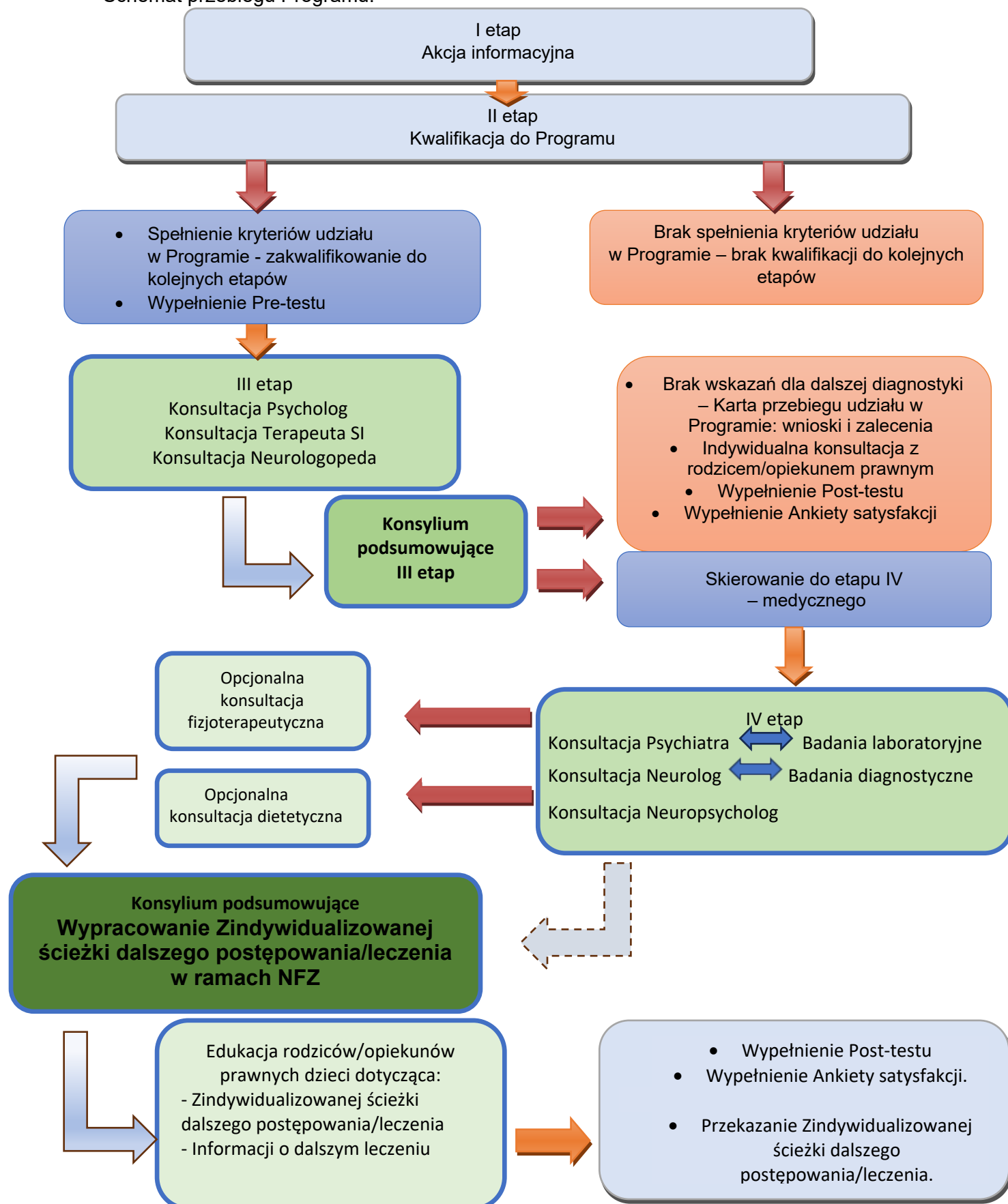
Informacje dotyczące Programu oraz możliwości uczestnictwa w nim powinny znajdować się w siedzibie realizatora, na stronie internetowej realizatora oraz wszystkich miejscach, gdzie Program jest realizowany (w tym zwłaszcza w podmiotach leczniczych), także w obrębie jednostek samorządu terytorialnego.

Właściwa część Programu będzie dotyczyła dwóch grup interwencji, tj.: kompleksowej diagnostyki dziecka oraz spotkań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych dziecka. Programem zostanie objęte minimum 848 dzieci przebywających w pieczy zastępczej.

Do przeprowadzenia dokładnej i kompleksowej diagnozy problemów neurozwojowych dzieci z pieczy zastępczej objętych wsparciem w Programie oraz do opracowania dalszych zaleceń dotyczących ich leczenia niezbędny jest interdyscyplinarny zespół specjalistów. W skład niniejszego zespołu wejdą: psycholog, terapeuta SI, neurologopeda, neurolog, neuropsycholog, psychiatra dziecięcy, ale też opcjonalnie fizjoterapeuta czy dietetyk. Tylko kompleksowo przeprowadzony proces diagnostyczny daje pełen obraz deficytów dziecka i zadań stojących przed osobami, które chcą mu pomóc. Program będzie się składał z opisanych poniżej etapów.

### 3. PLANOWANE INTERWENCJE

Schemat przebiegu Programu:





## **I etap**

Przeprowadzona zostanie akcja informacyjna. Przewiduje się szerokie rozpropagowanie informacji o Programie oraz o problemach zdrowotnych objętych interwencją poprzez media oraz bezpośredni dostęp do instytucji i grup społecznych zainteresowanych realizacją Programu za pomocą takich narzędzi jak np.:

- przeprowadzenie akcji informacyjnej w mediach lokalnych,
- umieszczenie informacji w placówkach realizujących Program, placówkach związanych z pieczą zastępczą (w tym PCPR),
- inne formy mające wpływ na zgłaszalność do Programu (np. plakaty, ulotki informacyjne).

## **II etap**

Każda osoba z grupy docelowej, aby być przyjęta do Programu, musi spełniać kryteria włączenia. Dla każdego uczestnika Programu sporządzona zostanie **Karta udziału dziecka w Programie/kwestionariusz rekrutacyjny (Załącznik nr 1)**, w której oprócz danych osobowych zapisane zostaną również szczegółowe i możliwe do pozyskania dane medyczne dotyczące:

- przebiegu ciąży oraz porodu (o ile będą dostępne);
- biologicznej rodziny dziecka: informacje o rodzicach i rodzeństwie dziecka w kontekście ich chorób, zaburzeń oraz wykluczenia społecznego, kontaktu z dzieckiem itp.;
- posiadanej przez rodzica/opiekuna prawnego dotychczasowej dokumentacji medycznej dziecka;
- udokumentowanego przebiegu leczenia;
- posiadanych aktualnych wyników badań.

**Załącznik nr 1 – Karta udziału dziecka w Programie/kwestionariusz rekrutacyjny** zawierający dane medyczne dziecka jest wypełniany przez koordynatora II i III etapu weryfikującego – na podstawie przedłożonej dostępnej dokumentacji osobowo-medycznej – kryteria włączenia i decydującego o przystąpieniu danego dziecka do Programu: objęcie pieczą zastępczą, wiek 0-7 lat, zamieszkanie na terenie woj. lubuskiego, brak wcześniejszej kompleksowej diagnozy zaburzeń neurozwojowych oraz wyrażenie zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na uczestnictwo w interwencjach kwalifikuje je do udziału w programie. W związku z powyższym dla każdego zakwalifikowanego uczestnika rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest wypełnić **Załącznik nr 8 - Deklaracja uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej w ramach Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027**. Na tym etapie rodzic/opiekun prawny wypełnia również **Załącznik nr 5 – Test poziomu wiedzy przed spotkaniami edukacyjnymi: Pre-test**.

## **III etap – psychologiczno-pedagogiczny**

### **1. Konsultacja psychologiczna**

Podczas pierwszej konsultacji psychologicznej, która ma charakter diagnostyczny, zostanie przeprowadzone rozpoznanie pacjenta w kierunku określenia czynnika ryzyka wystąpienia zaburzeń neurozwojowych, zgodnie z klasyfikacją ICD 10 według następujących grup rozpoznania - F70-79, F80-89, F90-93, F94, F95, F98.

Możliwe metody diagnostyczne:

- CARS (ang. Childhood Autism Rating Scale),
- ASQ (ang. Autism Screening Questionnaire)
- Krótka Skala Rozwoju Dziecka
- Krótka Skala Rozwoju Niemowlęcia
- Skala Inteligencji Stanford-Binet 5
- WISC®-IV Skala inteligencji Wechslera
- Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa (MFDR) (dla starszych i młodszych dzieci)
- Zaburzenia okresu niemowlęcego i wczesnego dzieciństwa
- Profil sensoryczny dziecka
- Skala rozwoju emocjonalnego dla dziecka w wieku 3-6 lat
- NEO PI R
- Kwestionariusz kompetencji społecznych
- Test rozumienia emocji
- Dwuwymiarowy inwentarz inteligencji emocjonalnej
- Kwestionariusz poczucia stresu
- Kwestionariusz do pomiaru depresji
- Test niedokończonych zdań rottera
- Scenotest
- ADI-R Wywiad do Diagnozy Autyzmu
- IVE Kwestionariusz Impulsywności
- TO-Z Test Osobowości i Zainteresowań\*
- SIE-T Skala Inteligencji Emocjonalnej

## 2. Konsultacja – terapeuta SI

Wytyczne NICE (National Institute for Health and Care Excellence) zalecają konsultacje specjalistyczne i wczesne rozpoczęcie terapii integracji sensorycznej w przypadku dzieci mających trudności z przetwarzaniem bodźców sensorycznych.<sup>17</sup> W trakcie tej konsultacji terapeuta SI dokona szczegółowej diagnozy zaburzeń sensorycznych w zakresie kluczowych aspektów integracji sensorycznej, takich jak sensoryczne procesowanie informacji, percepcja sensoryczna, integracja bodźców, układ nerwowy, interwencja terapeutyczna, umiejętności społeczne oraz nauka i rozwój.

Możliwe metody diagnostyczne zastosowane podczas konsultacji:

- testy i skale, które pomagają zmierzyć i ocenić funkcjonowanie integracji sensorycznej dziecka: Południowo-Kalifornijski Test Integracji Sensorycznej, Kwestionariusz Rozwoju Sensorycznego Dziecka
- badania neuropsychologiczne lub neurologiczne
- ocena zachowania i umiejętności dziecka, w tym np. zdolności motoryczne, percepcję wzrokową i słuchową, koordynację ruchów, napięcie mięśniowe, równowagę i orientację przestrzenną
- Obserwacja Swobodnej i Ukierunkowanej Zabawy – na podstawie obserwacji swobodnej zabawy doświadczony terapeuta wyciągnie szereg diagnostycznych wniosków dotyczących funkcjonowania dziecka.

---

<sup>17</sup> Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management. Clinical guideline [CG170]. NICE, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170> [dostęp: 20.11.2016].

### 3. Konsultacja – neurologopedyczna

W trakcie tej konsultacji zbadana zostanie sprawność aparatu artykulacyjnego oraz przebieg funkcji fizjologicznych w jego obrębie. Diagnoza neurologopedyczna dziecka obejmuje: sprawdzenie budowy aparatu mowy, ocenę odruchów orofacialnych, ocenę oddychania, połykania, przyjmowania pokarmów, określenie stopnia rozwoju mowy dziecka adekwatnie do jego wieku, ocenę percepcji słuchowej i wzrokowej. Przeanalizowane zostaną trudności w przyjmowaniu, rozdrabnianiu oraz transportowaniu pokarmów do żołądka (dysfagią) czy te związane ze ssaniem piersi lub butelki.

#### Konsylium podsumowujące III etap realizacji interwencji.

Zakończeniem tego etapu będzie spotkanie Konsylium (w skład którego wejdzie trzech ww. specjalistów) kwalifikujące dziecko do IV etapu – medycznego lub decydujące o braku konieczności kierowania dziecka do dalszej diagnozy. Nad efektem pracy konsylium czuwa koordynator odpowiedzialny za realizację II i III etapu Programu, który wypełnia **Załącznik nr 2 – Kartę przebiegu udziału dziecka w Programie** uwzględniającą opis konsultacji specjalistycznych, a także wyniki przeprowadzonych badań.

W przypadku decyzji Konsylium o zakończeniu udziału dziecka w Programie po III etapie, odbędą się indywidualne konsultacje z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka. Podczas niniejszych konsultacji zostaną mu przekazane wnioski z dotychczas przeprowadzonych konsultacji, a także informacje dotyczące indywidualnych potrzeb danego dziecka wynikających ze zdiagnozowanych zaburzeń oraz ewentualnej dalszej pracy terapeutycznej z dzieckiem. Informacje te zostaną zawarte w Załączniku nr 2. Po odbyciu niniejszych konsultacji rodzic/opiekun prawny wypełnia **Załącznik nr 6 – Test poziomu wiedzy po spotkaniach edukacyjnych: Post-test**.

Dzieci wymagające dalszej diagnostyki skierowane zostaną wraz z kompletną dokumentacją udziału w Programie do etapu IV.

### **IV etap – medyczny**

#### 1. Konsultacja psychiatryczna (wstępna)

Konsultacja lekarza psychiatry dzieci i młodzieży ma na celu diagnozę zaburzenia psychicznego/neurozwojowego w oparciu o obowiązujące klasyfikacje medyczne tj., ICD-10, bądź dla dzieci młodszych DC0:5R.

Obejmuje następująco:

- Wywiad ciążowy i okołoporodowy: ma na celu poszukiwanie czynników ryzyka zaburzeń neurozwojowych w przebiegu ciąży i porodu, jak również ocenę funkcjonowania systemu rodzinnego w okresie tworzenia się więzi w diadzie rodzicielskiej (0-3 r.ż.).
- Wywiad dotyczący przebiegu rozwoju psychomotorycznego dziecka: ma na celu wczesne wykrycie zaburzeń w zakresie rozwoju funkcji motorycznych (motoryka mała i motoryka duża), funkcji społecznych (komunikacja werbalna, język, komunikacja pozawerbalna, zabawa społeczna, uwspólnianie pola uwagi, komunikowanie potrzeb, reakcje afektywne, okazywanie uczuć), funkcji poznawczych (uwaga, pamięć, myślenie). Ponadto, konsultacja ta pozwoli na odniesienie osiągniętych przez dziecko kamieni milowych w rozwoju psychomotorycznym do przyjętych standardów w populacji.
- Wywiad dotyczący objawów psychopatologicznych w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka, takich jak zaburzenia spostrzegania, myślenia, uwagi, nastroju, afektu, napędu psychoruchowego, jakości i ilości snu, apetytu.

- Badanie stanu psychicznego: standardowe badanie stanu psychicznego obejmuje badanie orientacji auto- i allopsychicznej, nastroju i napędu psychoruchowego, afektu, procesów myślowych, spostrzegania, uwagi i pamięci oraz ocenę zagrożenia zachowaniami autoagresywnymi.

Inne możliwe metody diagnostyczne zastosowane podczas konsultacji:

- Wywiad szczegółowy dotyczący neurorozwoju dziecka, przebieg ciąży i porodu
- Badania behawioralne
- Badania fizykalne i neurologiczne
- Diagnostyka różnicowa: inne zaburzenia rozwojowe

### **Badania laboratoryjne**

Ponadto, lekarz psychiatra może zlecić badania laboratoryjne: podstawowe badania z krwi obwodowej, tj.: morfologia krwi, elektrolity, TSH, parametry stanu zapalnego (OB, nCRP), Przesiewowe badania aparatami mało inwazyjnymi dot. najczęstszych wad metabolicznych (cyklu moczniowego: Ammonia Checker). Wykonanie tych badań jest o tyle istotne, iż pozwala na wykluczenie innych chorób powodujących nieprawidłowy rozwój dziecka, takich jak między innymi anemia, niedoczynność tarczycy, niewłaściwy metabolizm czy ogólny stan zapalny. Wyeliminowanie podejrzenia niniejszych chorób stanowi dla lekarzy specjalistów sygnał do skierowania uwagi na wady neurozwojowe.

### **Konsultacja psychiatryczna podsumowująca wyniki badań.**

Ma ona na celu analizę zbiorczą wyników badań laboratoryjnych oraz uzyskanych danych klinicznych dziecka.

## **2. Konsultacja neurologiczna**

Badanie neurologiczne obejmuje ocenę czynności nerwów obwodowych oraz ośrodkowych nerwów czaszkowych w zakresie: czucia powierzchniowego i głębokiego, siły i napięcia mięśniowego, odruchów ścięgnistych i objawów patologicznych, ponadto obejmuje badanie objawów świadczących o uszkodzeniu mózdzku i układu pozapiramidowego mózgu. Istotną częścią badania neurologicznego niemowlaka jest badanie fizykalne, w którym oceniany jest obwód, kształt i symetria czaszki, a także stan ciemączka i szwów czaszkowych. Lekarz sprawdza również prawidłowość bezwarunkowych odruchów dziecka. Do zbadania tzw. odruchów głębokich niezbędne jest delikatne uderzanie młoteczką. W trakcie badania neurologicznego niemowląt sprawdzane są również odruchy specyficzne dla tej grupy wiekowej, np. odruch Moro, odruch chwytny, odruch Babińskiego.

U starszych dzieci neurolog bada głowę dziecka, jego postawę, kończyny oraz sposób chodzenia. Dodatkowo sprawdza on czucie dziecka oraz jego odruchy, prosząc je w tym celu o wykonanie prostych ćwiczeń i określonych ruchów.

Możliwe metody diagnostyczne zastosowane podczas konsultacji:

- Badania behawioralne
- Badania fizykalne i neurologiczne
- Diagnostyka różnicowa: inne zaburzenia rozwojowe

W ramach konsultacji mogą zostać zlecone opcjonalnie dodatkowe badania pomocnicze w zakresie **diagnostyki OUN (Załącznik nr 3)**, takie jak:

- **EEG** - (elektroencefalografia) jest jednym z badań wykonywanych w diagnostyce epilepsji i polega na badaniu czynności bioelektrycznej czynności mózgu. Badanie EEG może ujawnić charakterystyczne wzorce dla ADHD, autyzmu czy zespołu

Aspergera — zmienioną aktywność w określonych obszarach mózgu, wykrywa również wyładowania padaczkowe.

- **USG przezciemiączkowe** - można je wykonywać do momentu zrośnięcia się ciemiączka przedniego. Zasklepia się ono między dziewiątym a osiemnastym miesiącem życia dziecka. Pozwala ono na ocenę ośrodkowego układu nerwowego, który składa się z rdzenia kręgowego i mózgu. Istnieje szereg przesłanek dla niniejszego badania. Należy je wykonać u wszystkich wcześniaków, czyli dzieci urodzonych przed trzydziestym siódmym tygodniem ciąży, a także u noworodków z małą masą urodzeniową. Badanie ultrasonograficzne mózgu dziecka zaleca się również w przypadku epizodu niedotlenienia w czasie ciąży, podczas porodu lub w okresie noworodkowym. Za jego pomocą określa się, czy w czasie niedotlenienia doszło do uszkodzenia struktur tego narządu. Ponadto do badania kwalifikują też infekcje i zakażenia, które przebył mały pacjent w łonie matki. Mogą one skończyć się groźnymi dla życia i zdrowia powikłaniami, np. zapaleniem opon mózgowych.

Badanie wykonuje się zarówno ze względu na istniejące wskazania medyczne, jak i z przyczyn profilaktycznych. Może też służyć monitorowaniu wykrytych zmian.

Dziecko z wynikami badań opcjonalnych wraca do neurologa na drugą Konsultację neurologiczną, podczas której niniejsze wyniki są poddawane szczegółowej analizie.

### 3. Konsultacja neuropsychologiczna

Ma ona na celu uzyskanie standaryzowanych wyników. Jest to badanie funkcji poznawczych i językowych dziecka, jak również funkcji czuciowych, w odniesieniu do konkretnych obszarów ośrodkowego układu nerwowego. Pozwala na obiektywne określenie wielkości i jakości deficytu w funkcjonowaniu mózgu dziecka, jak również wstępne zasugerowanie rozpoznania. Konsultacja obejmuje nieinwazyjne metody badania, takie jak:

- Badanie ADOS-2, złoty standard
- Badania behawioralne
- Badania fizykalne i neurologiczne
- Diagnostyka różnicowa: inne zaburzenia rozwojowe
- skala Brazeltona
- metoda Prechtl'a
- ocena rozwoju dziecka według kamieni milowych
- Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa

Wybór narzędzi diagnostycznych dla każdego etapu konsultacji specjalistycznych został dokonany w oparciu o doniesienia naukowe i rekomendacje ekspertów.

IV etap - medyczny nadzorowany jest przez **Opiekuna Medycznego Programu** – tj. lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji.

W zakresie kompetencji Opiekuna Medycznego Programu mieszczą się:

- współpraca z innymi specjalistami w zakresie sformułowania kompleksowej diagnozy neurorozwojowej dziecka,
- analiza zebranych wyników badań na potrzeby wydania opinii wielospecjalistycznej o stanie rozwoju dziecka,
- zaplanowanie dalszej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w przypadku podejrzenia choroby neurologicznej, psychiatrycznej, genetycznej bądź innej, która wymaga leczenia specjalistycznego w ramach sektora publicznego usług zdrowotnych,



- edukacja rodziców/opiekunów prawnych, promocja zdrowia, psychoedukacja, wydanie zaleceń dot. modyfikacji stylu życia bądź modyfikacji oddziaływań wychowawczych i edukacyjnych,
- współpraca z innymi jednostkami systemu opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia koordynowanej opieki nad dzieckiem,
- ostateczna akceptacja diagnozy wielospecjalistycznej neurorozwoju dziecka.

Opiekun Medyczny Programu odpowiada za całą dokumentację medyczną uczestników Programu, jak również współpracuje ze specjalistami z etapu III i IV w zakresie opracowania zindywidualizowanej ścieżki postępowania.

Do zadań Opiekuna Medycznego Programu należy również kierowanie dziecka na opcjonalne konsultacje z dietetykiem lub fizjoterapeutą zgodnie z poniżej wymienionymi wskazaniami kwalifikacyjnymi.

#### **Wskazania kwalifikacyjne do konsultacji opcjonalnej dietetycznej:**

- Zaburzenia odżywiania przejawiające się klinicznymi objawami zawartymi w klasyfikacjach ICD-10, DSC-V, DC 0:5 R.
- Zaburzenia w zakresie wzrastania mogące wynikać, wg oceny klinicznej z niedożywienia dziecka, hiperalimentacji dziecka, bądź deficytów witaminowych, wymagających szczegółowej oceny specjalistycznej.
- Konieczność modyfikacji nawyków żywieniowych, wynikająca ze stanu zdrowia dziecka, bądź prezentowanych zaburzeń.

#### **Wskazania kwalifikacyjne do konsultacji opcjonalnej fizjoterapeutycznej:**

- Zaburzenia ruchowe przejawiające się klinicznymi objawami zawartymi w klasyfikacjach ICD-10, DSC-V, DC 0:5 R.
- Zaburzenia ruchowe wymagające rehabilitacji, mogące wystąpić w przebiegu chorób współistniejących, takich jak dziecięce porażenie mózgowe.
- Konieczność przeprowadzenia oceny rozwoju psychomotorycznego metodami oceny fizjoterapeutycznej (ocena prakcji, odruchów).
- Konieczność przeprowadzenia konsultacji w zakresie wymagań rehabilitacyjnych dziecka w związku z rozpoznaniem zaburzeniem podstawowym (np. rehabilitacja ruchowa dziecka z zaburzeniami mózdkowymi w przebiegu FAS).
- Potrzeba edukacji fizjoterapeutycznej w zakresie planu rehabilitacyjnego dziecka.
- Ustalenie technik pracy fizjoterapeutycznej u dziecka po doświadczeniach traumatycznych: praca z ciałem, *somatic experiencing*, techniki relaksacyjne, masaże sensoryczne.
- Konieczność kwalifikacji do protokołu rehabilitacji neurorozwojowej metodą Bobath itp.

#### **Konsultacje opcjonalne:**

##### **4. Konsultacja z dietetykiem**

Konsultacja dietetyczna ma na celu ocenę wpływu spożywanych pokarmów na zaburzenia neurorozwojowe dziecka. Prowadzony jest szereg badań nad zależnością między jakością funkcjonowania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi takimi jak autyzm czy ADHD a produktami spożywczymi, jakie spożywają. Należy zwrócić uwagę na fakt, że (...) *u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz w zespole nadpobudliwości psychoruchowej może występować silnie zwiększona przepuszczalność bariery jelita cienkiego (zwana potocznie zespołem jelita przesiąkliwego). Tą drogą egzorfiny z pokarmu przenikają do układu krwionośnego, skąd są transportowane do ośrodkowego układu nerwowego (oś mózgowo-*



jelitowa). W konsekwencji spożywany pokarm negatywnie wpływa na zachowanie dziecka, zaburzając dodatkowo rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Ponieważ nadal nie ustalono jakie substancje (oprócz glutenu i kazeiny) są przekształcane do substancji opioidopodobnych, w opisywanych jednostkach chorobowych koniecznością jest wykonanie badań na utajone alergie pokarmowe (IgG). Umożliwi to identyfikację wszystkich pokarmów przenikających barierę jelitową, które mogą potencjalnie pogarszać zachowanie dziecka<sup>18</sup>. Na podstawie analizy badań stwierdzono, iż dieta bezglutenowa/bezkazeinowa znalazła się wśród najlepszych pod względem ogólnej poprawy funkcjonowania dziecka z zaburzeniami. Stwierdzono też, iż dietę należy dobierać indywidualnie do dziecka, gdyż właśnie wtedy uzyska się najlepsze rezultaty.<sup>19</sup>

Wyniki niniejszych badań sugerują, że diety terapeutyczne mogą być bezpieczną i skuteczną interwencją łagodzącą niektóre objawy związane z ASD, przy niewielkiej liczbie skutków ubocznych. Zaleca się stosowanie u dzieci z zaburzeniami neurozwojowymi (zwłaszcza ASD) diet terapeutycznych, które są niedrogimi metodami leczenia uwzględniającymi zdrową żywność, a wykluczającymi żywność problematyczną. Należy przy tym zaznaczyć, iż mimo faktu, że duża część badań nie daje jednoznacznej odpowiedzi, czy ta zależność jest kluczowa, już sama decyzja o podjęciu wielu badań nad tym tematem świadczy o zasadności rozważań dotyczących wpływu diety na jakość funkcjonowania dziecka z zaburzeniami. Tym samym zasadne jest ujęcie konsultacji dietetycznej w procesie diagnostyki zaburzeń neurozwojowych u dzieci z przyjętej grupy docelowej celem wydania rekomendacji żywieniowych mogących w sposób znaczący wpłynąć na jakość ich funkcjonowania.

### 5. Konsultacja z fizjoterapeutą

Głównym zadaniem diagnostyki pod kątem fizjoterapii dzieci jest przeprowadzenie oceny funkcjonalnej dziecka. Fizjoterapeuta przeanalizuje układ nerwowo-mięśniowy i mięśniowo-szkieletowy dziecka, oceni czynniki ułatwiające i ograniczające różne umiejętności, jak chodzenie, skakanie, bieganie, wchodzenie po schodach i kopanie piłki. Konsultacja ta pozwoli na wypracowanie indywidualnych zaleceń dotyczących procesu fizjoterapii. Dalsza fizjoterapia dziecka z zaburzeniami neurozwojowymi zakładać będzie pracę nad zaburzeniami związanymi z występowaniem chorób i problemów zdrowotnych w ramach ICD-10, m.in. korygowanie asymetrii ciała, normalizację napięcia mięśniowego, integrację odruchów i integrację sensoryczną, poprawę kontroli ruchowej oraz rozwijanie właściwych wzorców motorycznych. Zalecenia płynące z niniejszej konsultacji skupią się na wskazaniu specjalistycznych technik indywidualnie dopasowanych do deficytów dziecka tak, aby wspierać rozwój psychoruchowy i umożliwić mu osiągnięcie większej niezależności oraz funkcjonalności w codziennym życiu.

Na podstawie ustaleń Konsylium specjalistów IV etapu Opiekun Medyczny Programu odpowiedzialny jest za wypełnianie **Załącznika nr 2 – Karty przebiegu udziału dziecka w Programie**, uwzględniając przy tym opis i wnioski ze wszystkich konsultacji specjalistycznych, wyniki z przeprowadzonych badań oraz opinię Konsylium etapu IV.

---

<sup>18</sup> <https://www.vitaimmun.pl/jednostki-chorobowe/asd-adhd-zaburzenia-neurozwojowe>

<sup>19</sup> *Ratings of the Effectiveness of 13 Therapeutic Diets for Autism Spectrum Disorder: Results of a National Survey*, Julie S Matthews, James B Adams, 29.09.2023, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888059>

## **V etap – konsylium podsumowujące**

Ostatnim etapem interwencji w ramach Programu będzie opracowanie zindywidualizowanej ścieżki dalszego postępowania/leczenia, która będzie stanowiła zalecenia dla rodziców/opiekunów prawnych. Dziecko po zakończeniu udziału w Programie otrzyma kompleksową diagnozę oraz zalecenia dotyczące indywidualnych potrzeb dotyczących danego dziecka oraz jego dalszego leczenia. Podstawę dla tej diagnozy stanowić będzie uzupełniony **Załącznik nr 2 – Karta przebiegu udziału dziecka w Programie** uwzględniający opis wszystkich konsultacji specjalistycznych wraz z załączonymi wynikami badań laboratoryjnych czy diagnostycznych, a także wnioski Konsylium podsumowującego III etap.

Ostateczna diagnoza oraz Zindywidualizowana ścieżka dalszego postępowania/leczenia dla dzieci objętych wsparciem również w ramach IV etapu opracowana zostanie przez Konsylium podsumowujące składające się ze specjalistów tego etapu **Załącznik nr 4 – Zindywidualizowana ścieżka dalszego postępowania/leczenia.**

Właściwa diagnoza jest pierwszym krokiem do zorganizowania skutecznego i rzetelnego wsparcia. Określenie przyczyn i charakteru występowania zaburzeń pozwala usankcjonować trudności dziecka i nadać im właściwą rangę. Diagnoza pozwoli ocenić, jaki jest faktyczny stan dziecka i jakiego rodzaju pomoc jest mu potrzebna. Im wcześniej diagnoza zostanie przeprowadzona (najlepiej wkrótce po urodzeniu lub w pierwszych latach życia) i im bardziej będzie wnikliwa, tym większa szansa na wychwycenie istotnych deficytów i trafne dopasowanie form podejmowanych działań leczniczych do indywidualnych potrzeb dziecka.

## **VI etap – edukacja zdrowotna opiekunów dziecka**

Działaniami edukacyjnymi będzie objęta szersza grupa odbiorców (w stosunku do grupy docelowej Programu). Będą one adresowane do opiekunów prawnych dzieci w wieku 0-7 lat objętych pieczą zastępczą.

Pod pojęciem opiekuna rozumie się:

- rodzica zastępczego
- rodzica adopcyjnego
- opiekuna z pieczy instytucjonalnej.

Spotkania edukacyjne i informacyjne przeprowadzone zostaną w formie indywidualnych konsultacji z koordynatorem II i III etapu dla opiekunów dzieci kończących udział w Programie na etapie III lub Opiekunem Medycznym Programu dla opiekunów dzieci kończących udział w Programie na etapie IV. Przedstawione zostaną dostępne oraz zgodne z wypracowaną ścieżką leczenia metody terapii oraz omówione ich założenia teoretyczne, a także skuteczności oraz dostępność. Niniejszymi konsultacjami objęci zostaną wszyscy rodzice/opiekunowie prawni dzieci uczestniczących w Programie. Po odbyciu spotkań edukacyjnych rodzice/opiekunowie prawni wypełnią Post-test (Załącznik nr 6).

Nie są dostępne dane na temat liczebności tej grupy. Zgodnie z danymi ze Spisu Powszechnego 2011 wśród wychowanków rodzin zastępczych, dominowały dzieci będące w wieku od 7 do 13 lat oraz od 14 do 18 lat. Znacznie mniej liczne były grupy dzieci z młodszych kategorii wiekowych: do 3 lat oraz od 4 do 6 lat. Taka struktura wiekowa, obserwowana w skali kraju, występowała także na poziomie województw. Co więcej, zgodnie z analizą Głównego Urzędu Statystycznego z 2018 roku *rolę rodziny zastępczej w 45% przypadków pełniły osoby samotne, co stanowi blisko połowę wszystkich rodzin zastępczych. Do grupy osób niepozostających w związkach małżeńskich zalicza się: osoby w związkach*

*niezalegalizowanych, wdowy lub wdowców, rozwódki lub rozwodników oraz osoby samotne. Osoby sprawujące funkcję rodziny zastępczej samotnie niekoniecznie musiały to robić w momencie deklaracji chęci zostania rodziną zastępczą. Rozwód lub śmierć współmałżonka mogła nastąpić w trakcie sprawowania pieczy nad dzieckiem lub dziećmi.<sup>20</sup>*

Biorąc powyższe pod uwagę można oszacować liczbę opiekunów prawnych dzieci w wieku 0–7 lat na przestrzeni 3 lat trwania Programu na minimum 848 osób. Z uwagi na indywidualność omawianych na spotkaniach edukacyjnych ścieżek dalszego postępowania, w oszacowaniu nie brano pod uwagę sytuacji, gdy jeden opiekun prawny posiada więcej niż jedno dziecko, gdyż i tak dla każdego dziecka konieczne jest odrębne spotkanie dotyczące jego zindywidualizowanej ścieżki dalszego leczenia.

Uczestnicy działań edukacyjnych w ramach Programu pozyskają wiedzę dotyczącą umiejętności rozpoznawania podstawowych symptomów zaburzeń neurozwojowych oraz potrzeb danego zdiagnozowanego dziecka wynikających z otrzymanej diagnozy.

Edukacja dedykowana rodzicom/opiekunom prawnym będzie organizowana w terminach dostosowanych do ich potrzeb. Realizator zapewni odpowiednie warunki lokalowe uwzględniające zasady poszanowania praw pacjenta.

Narzędzie do monitorowania realizacji tego zadania stanowić będzie lista obecności uczestników spotkań edukacyjnych. Wszelka dokumentacja uczestników Programu zostanie zgromadzona w siedzibie Realizatora Programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.<sup>21</sup>

Ewaluacja tej części nastąpi na podstawie analizy odpowiedzi udzielonych w Testach poziomu wiedzy: Pre-teście wypełnionym przy przystąpieniu do Programu (**Załącznik nr 5**) oraz Post-teście wypełnionym po zakończeniu spotkań edukacyjnych (**Załącznik nr 6**).

Pre-test wypełniać będą rodzice/opiekunowie prawni dziecka indywidualnie przed częścią edukacyjną. Po odbyciu spotkań edukacyjnych wzrost poziomu wiedzy przy użyciu Zał. Nr 6: Post-testu oceniany będzie przez koordynatora II i III etapu dla opiekunów dzieci kończących udział w Programie na etapie III lub Opiekuna Medycznego Programu dla opiekunów dzieci kończących udział w Programie na etapie IV. Weryfikacja wiedzy opiekunów przez osobę merytoryczną pozwoli na poprawną ocenę poziomu osiągnięcia celu szczegółowego nr 4.

**Załącznik nr 7 – Ankieta satysfakcji z przebiegu Programu** stanowi narzędzie ewaluacji jakości świadczonych w ramach realizacji Programu interwencji.

Cały przebieg Programu odbywać się będzie przy ścisłej współpracy koordynatora etapu II i III oraz Opiekuna Medycznego Programu. Współpraca ta dotyczyć będzie przede wszystkim kwestii medycznych dotyczących dzieci z pieczy zastępczej objętych wsparciem oraz monitorowania i ewaluacji przeprowadzonej po zakończeniu realizacji Programu.

Podsumowując, kompleksowość interwencji specjalistycznych ujętych w Programie uzupełniona o szeroko rozbudowaną część edukacji zdrowotnej znajdują się poza grupą świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Planowane interwencje można więc traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

---

<sup>20</sup> Apanasewicz Jagoda, *Pełnienie funkcji rodziny zastępczej przez osobę samotną w kontekście wyzwań rodziny niepełnej*, *Alcumena*, Pismo Interdyscyplinarne, Nr 4(8)/2021, Uniwersytet Warszawski, s. 9.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, (Dz.U.2019.1781, z późn. zmianami).

#### 4. SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.

Program będzie realizowany przez podmiot leczniczy wybrany w drodze postępowania konkursowego zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych, art. 48b ust.2 z dnia 27 sierpnia 2004 r. Wybór realizatora Programu dokonany zostanie w drodze konkursu ofert.

Podmiot realizujący Program zobowiązany jest do zapewnienia zasobów kadrowych oraz infrastruktury niezbędnej do efektywnej, terminowej oraz zgodnej ze standardami medycznymi realizacji założeń Programu. Świadczeń będzie udzielał personel z odpowiednimi kwalifikacjami. Realizacja Programu powinna być prowadzona przez specjalistów. Personel medyczny, w tym: psycholog, terapeuta SI, psychiatrę, neurologopedę, neurolog, neuropsycholog muszą posiadać stosowne kwalifikacje oraz uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym aktualne prawo wykonywania zawodu.

Podstawowym obowiązkiem realizatorów Programu jest zapewnienie bezpieczeństwa planowanych interwencji pod względem działania zgodnie z EBM (evidence based medicine), zawartą w standardach i rekomendacjach opracowanych przez polskie i zagraniczne towarzystwa naukowe, a także postępowanie zgodnie z etyką lekarską.

Świadczenia udzielane w ramach realizacji Programu powinny być realizowane w pomieszczeniach spełniających wszelkie wymagania określone w obowiązującym prawie w zakresie warunków oraz zaplecza technicznego celem zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Należy zapewnić odpowiedni komfort uczestnikom Programu oraz zadbać o efektywność działań diagnostycznych.

Budynki, w którym mieszczą się gabinety lekarskie powinien być dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Pomieszczenia powinny odpowiadać wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustaw o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Gabinet lekarski musi być wyposażony w specjalną aparaturę, sprzęt i meble medyczne oraz wszelkie inne niezbędne akcesoria. W gabinetach lekarskich powinny się znajdować profesjonalne kozetki lekarskie, meble medyczne, szafy kartotekowe itp. – rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. odnośnie szczegółowych wymagań, które powinny spełniać wszelkie pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność lekarską (na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

Stosowane przy udzieleniu świadczeń medycznych produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparatura i sprzęt medyczny powinny być odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadać stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Kompleksowe, całościowe, bez skierowania, bez względu na ubezpieczenie w powszechnym systemie działania objęte Programem uzupełnione o szeroko rozbudowaną część edukacji zdrowotnej stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

#### 5. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ.

Otrzymanie Zindywidualizowanej ścieżki dalszego postępowania/leczenia stanowi zakończenie udziału dziecka w procesie diagnostycznym, a tym samym w Programie.

Konsylium wypełnia stosowne dokumenty podsumowujące poszczególne etapy diagnostyki, w których zawarta jest końcowa diagnoza w zakresie zaburzeń neurozwojowych dziecka.

W przypadku dzieci, które nie zostały skierowane do etapu IV interwencji, zakończenie udziału nastąpi po otrzymaniu opinii oraz zaleceń konsylium specjalistów z etapu III.

Rodzicom/opiekunom prawnym podczas spotkań edukacyjnych zostaną przekazane szczegółowe informacje dotyczące ścieżki leczenia wypracowanej dla dziecka z danym zaburzeniem lub zaburzeniami rozwojowymi. Dalsze leczenie będzie wynikało ze szczegółowej i kompleksowej diagnozy przeprowadzonej w ramach realizacji niniejszego Programu i będzie kontynuowane w ramach świadczeń gwarantowanych Narodowego Funduszu Zdrowia. Zalecenia co do dalszych kroków leczenia specjalistycznego będą przekazane wraz ze wskazaniem dostępnych podmiotów wykonujących daną działalność leczniczą, w których dziecko może uzyskać świadczenie w ramach NFZ.

## IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

---

### 1. ETAPY PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH ETAPÓW

W ramach Programu zaplanowano następujące etapy:

- 1) akcja informacyjna
- 2) kwalifikacja uczestników do Programu – na tym etapie weryfikowane będzie spełnienie kryteriów włączenia, tj. wiek 0-7 lat, zamieszkanie w województwie lubuskim, przebywanie w pieczy zastępczej
- 3) przeprowadzenie interwencji wskazanych w Programie
- 4) opracowanie przez konsylium indywidualnej ścieżki dalszego postępowania po zakończeniu udziału w Programie
- 5) spotkania edukacyjne dla opiekunów
- 6) rozliczenie finansowe Programu
- 7) monitorowanie realizacji Programu oraz ewaluacja Programu po jego zakończeniu.

**Opiekun Medyczny Programu** (tj. lekarz psychiatra dzieci i młodzieży ze specjalizacją lub w jej trakcie) jest odpowiedzialny za dokumentację medyczną oraz jej przepływ pomiędzy poszczególnymi etapami diagnostycznymi oraz ustalanie terminów kolejnych konsultacji. W zakresie jego kompetencji znajduje się również współpraca ze specjalistami z etapu III i IV dotycząca opracowania indywidualizowanej ścieżki postępowania.

Program zostanie wdrożony w ramach projektów wybranych do realizacji przez Instytucję Zarządzającą. Projekty beneficjentów będą realizowane zgodnie z warunkami określonymi w regulaminie konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą Programem Regionalnym Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, zgodnie z harmonogramem naborów wniosków o dofinansowanie przyjętym uchwałą przez Zarząd Województwa Lubuskiego.

Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W ramach każdego projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił funkcję lidera bądź partnera. Podmiot leczniczy może realizować projekt opcjonalnie w partnerstwie z placówką



wykonującą zadania związane z procedurą adopcyjną na poziomie województwa. W ramach każdego projektu zrealizowane zostaną wszystkie etapy zakładane w Programie.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji Programu powinna być prowadzona i przechowywana w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

Program zostanie przeprowadzony z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa ustalonych dla odpowiednich procedur medycznych. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań.<sup>22</sup>

Realizatorzy są zobowiązani do zapewnienia bezpieczeństwa planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej. Interwencje będą zgodne z aktualną wiedzą naukową, sprawdzone klinicznie. Prowadzone w Programie działania muszą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia edukacyjne, które mogą być udzielane poza pomieszczeniami podmiotu leczniczego. Na realizatorze ciąży zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom Programu przez cały czas realizacji interwencji, bez względu na ich charakter i miejsce realizacji.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia tych świadczeń będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.<sup>23</sup>

## 2. WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH

Niniejszy Program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonymi w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych.

---

<sup>22</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, (Dz. U. z 2023 r. poz. 991).

<sup>23</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402 z późn. zmianami).



1. O włączeniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do wsparcia. Do Programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej.
2. Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób zgodnie z dostępnością środków zaplanowanych w budżecie.
3. Realizator w trakcie realizacji Programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
4. Realizator musi wykonywać interwencje w ramach Programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
5. Wszystkie interwencje w ramach Programu muszą być udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
6. Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych.
7. Realizator musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne stosowane w ramach Programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami.
8. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.
9. Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji Programu nie będące dokumentacją medyczną: m.in.: listy obecności, ankiety satysfakcji.

#### Wymagania dotyczące personelu:

- 1) W zakresie konsultacji SI: terapeuta SI posiadający wykształcenie w dziedzinie medycyny, terapii zajęciowej, psychologii, pedagogiki specjalnej, logopedii lub innych pokrewnych dziedzinach, ukończone specjalistyczne szkolenia i kursy w zakresie terapii SI, które są oferowane przez Polskie Stowarzyszenie Integracji Sensorycznej (PSIS) lub innych specjalistycznych szkół terapeutycznych – certyfikat w zakresie terapii SI.
- 2) W zakresie konsultacji psychologicznych: psycholog – studia magisterskie na kierunku psychologia, profil kształcenia ogóln akademicki, specjalizacja: psychologia kliniczna.
- 3) W zakresie konsultacji neurologopedycznej: neurologopeda posiadający wykształcenie magisterskie w kierunku logopedia, uzupełnione podyplomowymi studiami z zakresu neurologopedii.
- 4) W zakresie konsultacji psychiatrycznej: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (z tytułem lub w trakcie specjalizacji).
- 5) W zakresie konsultacji neurologicznej: lekarz specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej (z tytułem lub w trakcie specjalizacji).
- 6) W zakresie konsultacji neuropsychologicznej: psycholog lub neuropsycholog posiadający dyplom studiów magisterskich oraz posiadający minimum dwuletnie doświadczenie w pracy z dziećmi.

- 7) W zakresie konsultacji dietetycznej: dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku dietetyka.
- 8) W zakresie konsultacji fizjoterapeutycznej: dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku fizjoterapii.
- 9) Funkcję koordynatora etapu II i III pełni magister psychologii.

Interwencji w ramach Programu musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w Programie.

Realizator jest także zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

## V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

---

### 1. MONITOROWANIE

Założenia monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Monitorowanie przebiegu PPZ powinno być prowadzone na bieżąco poprzez ciągły nadzór nad prawidłowością działań (zgodnością z przyjętymi założeniami) przez cały okres trwania Programu. Monitorowanie Programu kończy się wraz z końcem realizacji Programu polityki zdrowotnej.

Raporty okresowe powinny być sporządzane nie rzadziej niż co pół roku, najczęściej raz na kwartał, zgodnie z zapisami *Umowy o dofinansowanie*. Raport końcowy powinien być przekazany przez realizatora do Instytucji Zarządzającej w terminie 30 dni od zakończenia Programu.

Monitorowanie składa się z oceny zgłaszalności do Programu polityki zdrowotnej oraz z oceny jakości świadczeń.

#### 1) Ocena obejmie następujące wskaźniki zgłaszalności do Programu:

- liczba dzieci, które wzięły udział w Programie
- liczba uczestników, którzy rozpoczęli udział w Programie, lecz go nie ukończyli wraz z podaniem przyczyny tej sytuacji

Ocena zgłaszalności do Programu dzieci zagrożonych zaburzeniami neurozwojowymi będzie kluczowym elementem jego bieżącego monitoringu. Informacje dotyczące liczby wykonanych świadczeń, tj. przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki poszczególnych pacjentów zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z zakładanej grupy docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych.

## 2) Ocena obejmuje jakość świadczeń udzielanych w Programie:

- analizę wyników ankiety satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego (**Załącznik nr 7**)
- analizę pisemnych uwag/opinii dotyczących realizacji Programu przekazanych przez opiekuna dziecka objętego wsparciem
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu

Jakość świadczeń oceniona zostanie na podstawie zebranych **Ankiety satysfakcji z przebiegu Programu (Załącznik nr 7)** wypełnianych przez rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych kompleksową diagnostyką w Programie oraz na podstawie analizy uwag/opinii dotyczących realizacji świadczeń w ramach Programu. **Opiekun Medyczny Programu** winien na bieżąco analizować ocenę jakości świadczeń wdrażając w miarę potrzeby odpowiednie korekty w realizacji Programu.

Obowiązkowa ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji Programu. Realizator Programu będzie także zobowiązany do złożenia raportu końcowego po zakończeniu wszystkich działań prowadzonych w ramach realizacji Programu.

## 2. EWALUACJA

Ewaluacja polega na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem określonych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom Programu polityki zdrowotnej. Będzie ona prowadzona na podstawie analizy mierników efektywności realizacji Programu oraz liczby wykonanych świadczeń prowadzących do uzyskania kompleksowej diagnostyki dziecka w ramach realizacji Programu, a także przydatności przekazanej na spotkaniach edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych wiedzy.

Ewaluacja niniejszego Programu będzie odbywać się z uwzględnieniem wymogów: Założenia monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej* oraz zaleceń AOTMiT.

Ewaluacja przeprowadzona zostanie po zakończeniu realizacji PPZ w oparciu o dane przekazane przez realizatora.

Ocena efektywności działań Programu odnosi się do elementów natury organizacyjnej: zwiększenie dostępności do świadczeń – konsultacji diagnostycznych, ale przede wszystkim do liczby wypracowanych przez konsylium lekarskie indywidualnych ścieżek dalszego postępowania/leczenia, będących końcowym efektem podejmowanych w ramach realizacji Programu interwencji.

Ocena efektywności działań Programu w odniesieniu do skuteczności procesu kompleksowej diagnostyki dzieci będzie oceniana na podstawie zestawień liczbowych.

Dane liczbowe dotyczące uczestników poszczególnych etapów Programu będą użytecznym pośrednim elementem oceny jego efektywności.

Wzrost poziomu wiedzy dotyczącej dalszych etapów leczenia dziecka oraz umiejętność poruszania się po dostępnych instytucjach leczniczych, nabyte przez rodziców/opiekunów prawnych podczas spotkań edukacyjnych zaplanowanych w Programie, będą podsumowane analizą Testów wiedzy: Pre-testu oraz Post-testu. Niniejsze testy poziomu wiedzy stanowią narzędzie do oceny realizacji celu szczegółowego nr 4.

W ramach ewaluacji w terminie 30 dni od zakończenia Programu zostanie przez realizatora przedłożony **raport końcowy**. Sprawozdanie to musi obejmować cały okres trwania Programu. Analiza sprawozdania końcowego pozwoli uzyskać dane na temat zapotrzebowania na świadczenia w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych dla dzieci z województwa lubuskiego w wieku 0-7 lat. Raport końcowy po zakończeniu realizacji Programu zostanie sporządzony według wzoru określonego w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*. Niniejszy raport zostanie przekazany do AOTMiT w terminie trzech miesięcy od zakończenia realizacji Programu.

Na podstawie między innymi raportu końcowego z realizacji Programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Lubuskiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji Programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

Utrzymanie trwałości dostępności kompleksowej diagnostyki dla dzieci z pieczy zastępczej dla dzieci z województwa lubuskiego zaplanowano poprzez nadanie Programowi charakteru wieloletniego. Program planowany jest na lata 2025–2027, jednakże możliwe będzie wprowadzenie jego kontynuacji w kolejnych interwałach czasowych. Będzie to limitowane dostępnymi środkami finansowymi oraz pozytywną oceną efektywności Programu.

Przetworzenie danych zebranych w trakcie udzielania świadczeń musi odbywać się z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych i wrażliwych. Niniejsze dane zbiera, przechowuje i przetwarza na tym etapie osoba koordynująca projekt z ramienia realizatora.

## VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Budżet został oszacowany zgodnie z cenami rynkowymi na podstawie szacowania rynku. Oszacowano koszty w przeliczeniu na jednego uczestnika Programu. Koszty zostały podzielone zgodnie z etapami interwencji.

Koszty dojazdów na konsultacje specjalistyczne założono na kwotę 300,00 zł, która stanowi zryczałtowaną, przewidzianą dla każdego dziecka stawkę transportową.

### 1. SZACUNKOWE KOSZTY JEDNOSTKOWE

Lp.	Specjalista	Stawka za konsultację	Liczba konsultacji*	Łączny koszt minimalny
1.	Psycholog	300,00 zł	2	600,00 zł
	Neurologopeda	250,00 zł	1	250,00 zł
	Terapeuta SI	300,00 zł	2	600,00 zł
2.	Psychiatra dziecięcy	400,00 zł	2	800,00 zł
3.	Neurolog	300,00 zł	2	600,00 zł
4.	Opcjonalne badanie USG przezciężarkowe/ EEG	200,00 zł	1	200,00 zł
5.	Neuropsycholog	300,00 zł	2	600,00 zł
6.	Dietetyk	200,00 zł	1	200,00 zł
7.	Fizjoterapeuta	200,00 zł	1	200,00 zł
8.	Badania laboratoryjne: morfologia krwi, elektrolity, TSH, parametry stanu zapalnego (OB.,CRP), cykl moczniowy.	100,00 zł	1	100,00 zł
9.	Edukacja rodziców/opiekunów prawnych	280,00 zł	1	280,00 zł
8.	Koszty transportu	300,00 zł	1	300,00 zł
			* uwzględniono czas przewidziany na sporządzenie opinii/diagnozy/plan pracy/rekomendacje	4 730,00 zł

### 2. KOSZTY CAŁKOWITE

Koszty całkowite przewidziane na realizację Programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają. Powyższe wyliczenia są symulacją, a ostateczna wielkość kosztów będzie zależała od projektów, które otrzymają dofinansowanie. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027.

Koszt całkowity realizacji badania będzie zależny od wyceny przedstawionej przez beneficjentów realizujących Program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności populacji uczestniczącej. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji Programu czy ewentualne zwiększenie alokacji będą przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w Programie.

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Wytycznych dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*.

Ostatecznie koszty zostaną określone zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027*.

Minimalna planowana liczba uczestników: 848 osób – grupa docelowa PPZ	
	koszt jednostkowy:
Diagnostyka	4 730,00
Koszt	4 730,00 zł x 848 osób
suma	4 011 040,00 zł
suma + około 10% kosztów pośrednich*, tj. administracyjnych (na podstawie konkursów ogłaszanych przez IZ FEWL 2021-2027)	4 412 144,00 zł

\* **Koszty** pośrednie (*m.in. administracyjne*) – zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027* stanowić będą 10% kosztów bezpośrednich (merytorycznych), tj. 401 104,00 zł.

### 3. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Program współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027.

Program realizowany w ramach Działania FELB.06.13 Usługi społeczne i zdrowotne, typ wsparcia XIII – *Programy profilaktyczne chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w oparciu o dane z map potrzeb zdrowotnych*.

Wkład własny realizatora stanowi 5% wartości kosztów kwalifikowalnych.

Podział źródeł finansowania:

- Europejskie Fundusz Społeczny (85%) – 1 mln Euro: 3 750 322,40 zł
  - Budżet Państwa (10%) – 441 214,40 zł
  - Wkład własny (5%) – 220 607,20 zł
- Suma: 4 412 144,00 zł



Uczestnicy Programu rozpoczynający udział w Programie będą poinformowani o źródłach finansowania Programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Koszty administracyjne – dotyczące m.in. kosztów wynagrodzeń osób nieujętych w kosztach merytorycznych, koszty wynajmu pomieszczeń, materiały biurowe, koszty działań promocyjnych, itp. – stanowią tzw. **koszty pośrednie** (10% kosztów bezpośrednich – wskazanych w dokumentacji konkursowej). Szczegółowy katalog kosztów pośrednich określa właściwa Instytucja Zarządzająca na podstawie *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027*.

## Załączniki

---

- Załącznik nr 1** – Karta udziału dziecka w Programie/kwestionariusz rekrutacyjny
- Załącznik nr 2** – Karta przebiegu udziału dziecka w Programie
- Załącznik nr 3** – Skierowanie na EEG/USG przezciężkie/Badania laboratoryjne
- Załącznik nr 4** – Indywidualizowana ścieżka dalszego postępowania/leczenia
- Załącznik nr 5** – Test poziomu wiedzy przed spotkaniami edukacyjnymi: Pre-test
- Załącznik nr 6** – Test poziomu wiedzy po spotkaniach edukacyjnych: Post-test
- Załącznik nr 7** – Ankieta satysfakcji z przebiegu Programu
- Załącznik nr 8** – Deklaracja uczestnictwa i zgoda na udostępnianie danych osobowych

### Słownik

1. Opiekun:

- rodzic zastępczy
- rodzic adopcyjny
- opiekun z pieczy instytucjonalnej

## BIBLIOGRAFIA

1. AOTMiT, *Badanie przesiewowe za pomocą kwestionariusza M-Chat, do diagnozowania nieprawidłowości ze spektrum autyzmu*, Nr: WS.420.2.2023, 30.03.2023 r.
2. Apanasewicz Jagoda, *Pełnienie funkcji rodziny zastępczej przez osobę samotną w kontekście wyzwań rodziny niepełnej*, Alcumena, Pismo Interdyscyplinarne, Nr 4(8)/2021, Uniwersytet Warszawski
3. Astley S.J., Clarren S.K.: Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: Introducing the 4-Digit Diagnostic Code. „Alcohol Alcohol”, No. 35(4), 2000.
4. Błaszczuk Magdalena, *EKSPERTYZA Sytuacja oraz wykluczenie dzieci i młodzieży w Polsce na tle oferowanego wsparcia dla dzieci i rodzin*, Wspólnota robocza związków organizacji socjalnych, 2022.
5. *Diagnoza stanu i kierunków rozwoju usług społecznych w województwie lubuskim – raport końcowy z badania*, ROPS, Zielona Góra, listopad 2022.
6. Gorzkowska Izabela, and Jerzy Samochowiec. *Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie iw Polsce przed ICD-10 i DSM IV-TR.*, *Psychiatria* 9.3 (2012): 91-99.
7. Janas-Kozik M., Wolańczyk T., *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, PZWL, Warszawa 2021.
8. Julie S Matthews , James B Adams, *Ratings of the Effectiveness of 13 Therapeutic Diets for Autism Spectrum Disorder: Results of a National Survey*, 29.09.2023.
9. *Klasyfikacja Diagnostyczna Zaburzeń Psychicznych i Rozwojowych w Okresie Niemowlęstwa i Wczesnego Dzieciństwa*: DC:0-5. Oficyna Wydawnicza Fundament. Warszawa. 2022.
10. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków Warszawa. 2022.
11. Klecka M., Janas-Kozik M., Jelonek I., Siwiec A., Rybakowski J.K.: Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Waszyngtońskiego do oceny spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych, „Psychiatria Polska”, nr 46, 2016.
12. *Kompleksowe Badanie Stanu Zdrowia Psychicznego Społeczeństwa i Jego Uwarunkowań* EZOP II, red. naukowy: Jacek Moskaiewicz, Jacek Wciórka, Instytut Psychologii i Neurologii, Warszawa 2021.
13. Lord C., Corsello C.: *Diagnostic instruments in autistic spectrum disorders*. W: F.R. Volkmar, R. Paul , A. Klin, D. Cohen (red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. John Wiley & Sons, New Jersey 2005.
14. *Mapy potrzeb zdrowotnych, Liczba pacjentów, według form leczenia i rozpoznań*, lubuskie, rok 2022, mz.gov.pl.
15. Piekacz A., *Specyfika rozwoju dzieci z FASAD w instytucjonalnej pieczy zastępczej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie”, 2017, t.112.
16. Pisula Ewa, *Narzędzia przesiewowe pomocne w rozpoznawaniu ryzyka autyzmu u dzieci w wieku do trzech lat* - Konteksty Pedagogiczne, 2013.
17. Publikacja pt.: *Wiem, rozumiem, wspieram. Zaburzenia neurorozwojowe u dzieci i młodzieży*, opracowana i wydana przez Śląski Ośrodek Adopcyjny w Katowicach w ramach projektu pn. „W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych”.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, (Dz. U. z 2023 r. poz. 991).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402 z późn. zm).
20. Szurpita Marek, Radziwiłłowicz Wioletta: *Zaburzenia neurorozwojowe - diagnostyka, obraz kliniczny i jego dynamika. Współczesne pytania i kierunki poszukiwań badawczych*, Psychologia Rozwojowa, vol. 27, no. 2, 2022, pp. 9-25 (DOI:10.4467/20843879pr.22.008.17465)
21. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,( Dz.U.2019.1781 z późn. zm.).
22. Zaorska, Justyna et al. *The prevalence and significance of childhood trauma in alcohol-dependent patients. Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, vol. 32, no. 2, 2019, pp. 131-152. doi:10.5114/ain.2019.87628.
23. *Usługi społeczne. Moc dla mieszkańców. Raport z diagnozy organizacji systemu usług społecznych na terenie gmin województwa lubuskiego dla celów tworzenia centrów usług społecznych*, Fundacja partycypacja, Zielona Góra 2022.

Strony internetowe:

1. <https://basiw.mz.gov.pl>
2. <https://bdl.stat.gov.pl>
3. [https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII\\_Rekomendacje.pdf](https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rekomendacje.pdf)
4. [https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII\\_Rekomendacje.pdf](https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rekomendacje.pdf)
5. <https://isap.sejm.gov.pl>
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888059>
7. <https://synapsis.org.pl>
8. <https://www.ceeol.com>
9. <https://www.mp.pl>
10. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>
11. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>
12. <https://www.vitaimmun.pl/jednostki-chorobowe/asd-adhd-zaburzenia-neurorozwojowe>
13. <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
14. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

## Załącznik nr 1

.....  
Miejscowość, data

### **KARTA UDZIAŁU DZIECKA W PROGRAMIE/ KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY**

*Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych  
w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej w województwie lubuskim.*

#### **Dane osobowe:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

1. Przebiegu ciąży oraz porodu

.....

2. Dane dotyczące biologicznej rodziny dziecka: dostępne informacje o rodzicach i rodzeństwie  
dziecka w kontekście ich chorób, zaburzeń oraz wykluczenia społecznego

.....

3. Informacje na temat utrzymywania przez rodzinę biologiczną kontaktów z dzieckiem

.....

4. Dane dotyczące sytuacji prawnej oraz aktualnego miejsca pobytu dziecka, w tym dane  
wynikające z orzeczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego oraz dane wynikające z postanowienia  
potwierdzającego uregulowanie sytuacji prawnej dziecka

.....

5. Udokumentowany przebieg dotychczasowego leczenia – dokumentacja medyczna dziecka  
z uwzględnieniem, czy dziecko posiada kompleksową diagnozę zaburzeń neurozwojowych.

.....

6. Wykaz posiadanych przez opiekuna wyników badań

.....

7. Inne ważne informacje

.....

.....  
Podpis i pieczęć



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

## Załącznik nr 2

.....  
Miejscowość, data

### KARTA PRZEBIEGU UDZIAŁU DZIECKA W PROGRAMIE<sup>24</sup>

w ramach realizacji

*Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych  
w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej.*

Nazwisko i Imię:	
PESEL:	
Adres zamieszkania/pobytu:	
Nr tel.:	
Dane opiekunów:	

#### Opis przebiegu realizacji Programu:

I konsultacja:
II konsultacja:
III konsultacja:
<u>Opinia konsylium:</u>
IV konsultacja:
V konsultacja:
VI konsultacja:
<u>Opinia konsylium:</u>
Wyniki badań oraz konsultacji opcjonalnych:
Zakończenie: wnioski i zalecenia

#### Informacja/zalecenia:

(przy właściwej odpowiedzi zaznaczyć X)

1. Podczas konsultacji nie stwierdzono zmian neurozwojowych ☐
2. Podczas konsultacji stwierdzono zmiany neurozwojowe – dziecko wymaga leczenia ☐

<sup>24</sup> Zaleca się wydanie niniejszej Karty opiekunowi prawnemu jako podsumowanie diagnostyki etapu III, tj. etapu psychologiczno-pedagogicznego.





Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

### Załącznik nr 3

.....  
Miejscowość, data

### Skierowanie na (\*zaznaczyć właściwe):

1. EEG\* ☐
2. USG przezciężarkowe\* ☐
3. Badania laboratoryjne\* ☐

w ramach

***Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń  
neurozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej  
w województwie lubuskim***

Nazwisko i imię:	
Pesel:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
Nr tel.:	

### ***Na badanie prosimy zgłosić się:***

data:	
godz.:	
miejsce:	

Podmiot kierujący:

pieczętka podmiotu realizującego Program

Lekarz kierujący:

(pieczętka i podpis lekarza)



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

## Załącznik nr 4

.....  
Miejscowość, data

### ZINDYWIDUALIZOWANA ŚCIEŻKA DALSZEGO POSTĘPOWANIA/LECZENIA

*Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych  
w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej w województwie lubuskim.*

#### Dane osobowe:

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Adres zamieszkania/pobytu: .....

#### Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu

- **Konsultacje lekarskie:**

.....  
.....

- **Badania:**

.....  
.....

#### Zindywidualizowana ścieżka dalszego postępowania/leczenia

wypracowana przez konsylium IV etapu po zakończeniu udziału dziecka w konsultacjach  
w ramach realizacji Programu:

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

.....  
Podpis i pieczęć lekarza/  
Podpisy konsylium lekarskiego



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warto zachodu

Załącznik 5

## TEST POZIOMU WIEDZY PRZED SPOTKANAMI EDUKACYJNYMI (PRE-TEST)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Proszę przeczytać uważnie pytania i udzielić odpowiedzi.

1. Czy na podstawie obserwacji Pani/Pana dziecka ma Pani/Pan podejrzenia dotyczące występowania u dziecka potencjalnych zaburzeń neurozwojowych?  
☐ Tak  
☐ Nie
2. Czy jest Pani/Pan zorientowana/y, jakim rodzajem potencjalnych zaburzeń neurozwojowych dotknięte jest Pani/Pana dziecko?  
☐ Tak  
☐ Nie
3. Czy posiada Pani/Pan wiedzę na temat charakterystyki potencjalnych zaburzeń neurozwojowych Pani/Pana dziecka?  
☐ Tak  
☐ Nie
4. Czy wie Pani/Pan, jaka jest różnica między częściowym a całościowym zaburzeniem neurozwojowym dziecka?  
☐ Tak  
☐ Nie
5. Czy zna Pani/Pan potrzeby Pani/Pana dziecka wynikające z jego potencjalnych zaburzeń neurozwojowych?  
☐ Tak  
☐ Nie
6. Czy wie Pani/Pan, jak zaspokoić indywidualne potrzeby Pani/Pana dziecka wynikające z jego potencjalnych zaburzeń neurozwojowych?  
☐ Tak  
☐ Nie

7. Czy wie Pani/Pan, z jakich rodzajów terapii może skorzystać Pani/Pana dziecko?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

8. Czy zna Pani/Pan zalecenia dotyczące zmiany stylu życia oraz oddziaływań wychowawczych wynikających z potencjalnych zaburzeń neurorozwojowych swojego dziecka?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

9. Czy zna Pani/Pan instytucje systemu ochrony zdrowia właściwe dla leczenia potencjalnych zaburzeń neurorozwojowych Pani/Pana dziecka?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

10. Czy zna Pani/Pan plan leczenia/terapii właściwe dla potencjalnych zaburzeń neurorozwojowych Pani/Pana dziecka?

- ☐ Tak
- ☐ Nie



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

Załącznik 6

## TEST POZIOMU WIEDZY PO SPOTKANIACH EDUKACYJNYCH (POST-TEST)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Proszę przeczytać uważnie pytania i udzielić odpowiedzi.

1. Czy na podstawie obserwacji dziecka rodzic/opiekun prawny ma podejrzenia dotyczące występowania u dziecka zaburzeń neurozwojowych?  
☐ Tak  
☐ Nie
2. Czy rodzic/opiekun prawny jest zorientowany, jakim rodzajem zaburzeń neurozwojowych dotknięte jest jego dziecko?  
☐ Tak  
☐ Nie
3. Czy rodzic/opiekun prawny posiada wiedzę na temat charakterystyki zaburzeń neurozwojowych jego dziecka?  
☐ Tak  
☐ Nie
4. Czy rodzic/opiekun prawny wie, jaka jest różnica między częściowym a całościowym zaburzeniem neurozwojowym dziecka?  
☐ Tak  
☐ Nie
5. Czy rodzic/opiekun prawny zna potrzeby dziecka wynikające z jego zaburzeń neurozwojowych?  
☐ Tak  
☐ Nie
6. Czy rodzic/opiekun prawny wie, jak zaspokoić indywidualne potrzeby jego dziecka wynikające z jego zaburzeń neurozwojowych?  
☐ Tak  
☐ Nie

**7. Czy rodzic/opiekun prawny wie, z jakich rodzajów terapii może skorzystać jego dziecko?**

☐ Tak

☐ Nie

**8. Czy rodzic/opiekun prawny zna zalecenia dotyczące zmiany stylu życia oraz oddziaływań wychowawczych wynikających z zaburzeń neurozwojowych jego dziecka?**

☐ Tak

☐ Nie

**9. Czy rodzic/opiekun prawny zna instytucje systemu ochrony zdrowia właściwe dla leczenia zaburzeń neurozwojowych jego dziecka?**

☐ Tak

☐ Nie

**10. Czy rodzic/opiekun prawny zna plan leczenia/terapii właściwe dla zaburzeń neurozwojowych jego dziecka?**

☐ Tak

☐ Nie





Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

Załącznik nr 7

.....  
Miejscowość, data

## ANKIETA SATYSFAKCJI Z PRZEBIEGU PROGRAMU

w ramach realizacji

*Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych  
w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej w województwie lubuskim.*

<b>I. Ocena doboru interwencji oferowanych w Programie</b>				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>II. Ocena sposób przekazywania wyników konsultacji lekarskich</b>				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>III. Ocena działań edukacyjnych przeprowadzonych po opracowaniu ścieżki dalszego postępowania/leczenia</b>				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić) :				
• Wartość merytoryczną przekazywanych informacji				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• Komunikatywność - wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji dotyczących diagnostyki zaburzeń neurozwojowych dziecka				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• Przydatność pozyskanych informacji o procesie dalszego postępowania/leczenia dziecka zgodnie z wynikami zindywidualizowanej diagnozy				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>IV. Dodatkowe uwagi/opinie:</b>				

*Bardzo dziękujemy Państwu za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.*



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

## Załącznik nr 8

.....  
Miejscowość, data

### **Deklaracja uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej w ramach Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027**

Wyrażam zgodę na udział w Programie.

Imię i nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Płeć: .....

Wiek: .....

Tel. Kontaktowy: .....

- ☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w *Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej* do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz.2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych we wniosku o włączenie do Programu.
- ☐ Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w *Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki zaburzeń neurozwojowych w populacji dzieci w wieku 0-7 lat w pieczy zastępczej*.
- ☐ Oświadczam, że jestem osobą z terenu województwa lubuskiego, kwalifikującą się do objęcia Programem polityki zdrowotnej.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Programu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 (FEWL 2021-2027), Działania FELB.06.13 Usługi społeczne i zdrowotne, typ wsparcia XIII – *Programy profilaktyczne chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w oparciu o dane z map potrzeb zdrowotnych*.
- ☐ Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Programu.
- ☐ Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

.....  
Data i miejsce

.....  
Czytelny podpis osoby wnioskującej