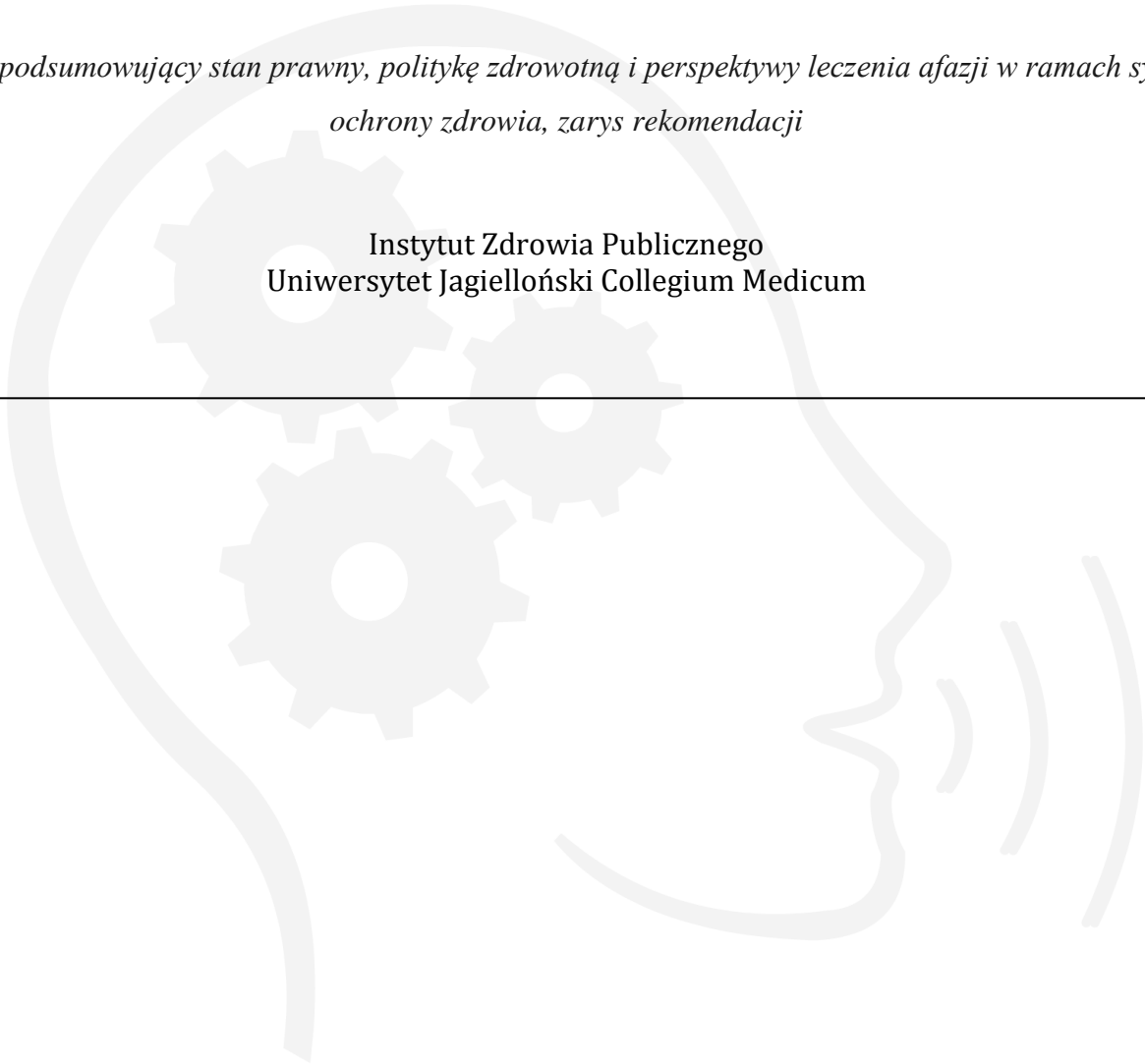




Analiza publicznego systemu zdrowia w obszarze rehabilitacji ludzi z afazją

Raport podsumowujący stan prawny, politykę zdrowotną i perspektywy leczenia afazji w ramach systemu ochrony zdrowia, zarys rekomendacji

Instytut Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum



Spis treści

WPROWADZENIE. Natura i zakres problemu, możliwe pola analiz. Stan aktualny: charakterystyka grupy chorych i ich otoczenia, medyczno – społeczne tło problemu, możliwe prognozy epidemiologiczno- demograficzne.

1. CZĘŚĆ I. Regulacje prawno-instytucjonalne: przepisy ogólne, poziom ustawowy (kontekst systemowej ochrony zdrowia, praw pacjenta, równego dostępu do świadczeń, orzecznictwa o niepełnosprawności) i wykonawczy (rozporządzenia koszykowe i świadczenia zdrowotne adresowane do osób dotkniętych afazją, świadczenia rehabilitacji medycznej i społecznej); rola logopedów na gruncie regulacji (biegli w systemie orzecznictwa)
2. CZĘŚĆ II. Polityka zdrowotna a problem afazji: polityka systemowa (programy ogólnokrajowe, decyzje koszykowe) i polityka lokalna, zdecentralizowana (odpowiedzialność samorządów i ich inicjatywy – programy, akcje, działania wspierające), współpraca z instytucjami wsparcia (POZ, pielęgniarki środowiskowe, pomoc społeczna)
3. CZĘŚĆ III. NGO i inne nieformalne inicjatywy dotyczące problemu afazji, chorych i ich rodzin: opis sytuacji, „inwentaryzacja” podmiotów i aktywności w przedmiotowym obszarze, ocena skuteczności działań, perspektywy rozwoju, pożądany model wsparcia, możliwe obszary współpracy z instytucjami systemowymi.
4. CZĘŚĆ IV. Problem afazji w perspektywie UE: analiza sytuacji w świetle dostępnych materiałów (regulacje UE, dokumenty polityczne i inne źródła – europejskie stowarzyszenia lekarzy i chorych), działania informacyjne na poziomie europejskim (dysseminacja wiedzy – portale i strony), rola UE – ocena możliwości wsparcia.
5. WNIOSKI: podsumowanie zebranych informacji, identyfikacja obszarów problemowych, ewentualnych luk i błędów w działaniach instytucjonalnych.
6. REKOMENDACJE: model efektywnego podejścia do problemu afazji – na podstawie ustaleń i ewentualnych, wskazanych dobrych praktyk – propozycja materiałów informacyjnych, „manual” dla pacjenta i jego rodziny – opis „ścieżki pacjenta”.

Załączniki A do raportu

1A. Lista stron internetowych, programów i innych inicjatyw krajowych i unijnych (jako materiał do wskazania dobrych praktyk)

Streszczenie: cel, metoda, zakres

Celem przeprowadzonych analiz oraz raportu był opis aktualnego stanu polityki wobec osób z afazją i ich rodzin w ramach krajowego systemu ochrony zdrowia, zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i lokalnym, a także w perspektywie wspólnotowej. Ponadto celem zrealizowanych badań była analiza sytuacji społecznej osób chorych na afazję i ich rodzin w kontekście niezbędnego wsparcia w całym procesie rehabilitacji z perspektywy systemu zdrowia publicznego, wsparcia rozumianego zarówno systemowo, jak i w ramach inicjatyw podejmowanych przez różne podmioty poza systemem oraz działań nieformalnych.

W pracach badawczych posłużono się metodami badawczymi charakterystycznymi dla nauk społecznych i zdrowia publicznego, cel analiz i charakter raportu wymagały działań badawczych skoncentrowanych przede wszystkim na materiale źródłowym: regulacjach i dokumentach politycznych, literaturze „szarej” oraz dostępnych materiałach informacyjnych wydawanych i publikowanych przez podmioty bezpośrednio zaangażowane w problem. Prace dotyczące analizy regulacji i innych dokumentów w celu opracowania raportu obejmowały wskazane poniżej czynności:

1. Identyfikacja przedmiotowych regulacji (przeгляд źródeł na różnych poziomach regulacji i zasięgu: ogólnokrajowe ustawowe, wykonawcze, lokalne, wewnętrzne, generalne/ ogólne i specyficzne) oraz innych dokumentów (programy, wytyczne, wskazówki, zalecenia)
2. Analiza prawna i systemowa: selekcja aktów i dokumentów istotnych dla problematyki, wskazanie przepisów znajdujących bezpośrednie zastosowanie oraz regulacji stosowanych adekwatnie, analiza treści przepisów, wykładnia systemowa i celowościowa, analiza dokumentów politycznych (poziom idei - wytyczne i implementacji – instrumenty wdrażające)
3. Ocena merytoryczna regulacji i innych źródeł: zbadanie zakresu, celowości i funkcjonalności przepisów, wykrycie ewentualnych problemów (błędy, luki, sprzeczności, niespójność), zbadanie i ocena merytoryczna dokumentów politycznych

4. Ocena regulacji prawnych/założeń polityki pod kątem praktyki stosowania/wdrożenia: zbadanie obszarów problematycznych pod względem stosowania przez lekarzy, innych profesjonalistów, orzeczników (analiza literatury, wyników badań)
5. Analiza stanu prawnego i polityki systemowej z punktu widzenia beneficjentów- osób z afazją i ich rodzin: poszukiwanie ewentualnych problemów i trudności, barier oraz braków regulacyjnych oraz rekomendacji do ewentualnych badań w formie wywiadów

Efekty przeprowadzonych prac zostały ukierunkowane na opis aktualnego stanu prawnego i sytuacji na gruncie polityki zdrowotnej, w konsekwencji – opis systemowego podejścia do problemu w perspektywie zdrowia publicznego. Poza samą analizą, rezultaty prac to m.in. listy regulacji, dokumentów i innych źródeł, instytucji i programów dotyczących podjętego tematu (załączniki do raportu).

Słowa kluczowe: afazja, niepełnosprawność, regulacje prawne, polityka zdrowotna, zdrowie publiczne, rehabilitacja

WPROWADZENIE

Natura i zakres problemu, możliwe pola analiz

W podjętym obszarze badawczym istotne jest wstępne określenie natury i zakresu problemu, co ma decydujące znaczenie dla ustalenia możliwych pól analiz. Kluczowym ustaleniem jest usytuowanie afazji w sferze problematyki niepełnosprawności, afazja jest jednym z rodzajów niepełnosprawności dotyczącej zarówno sfery intelektualnej, jak i fizjologicznej oraz motorycznej (kolejne etapy pogłębiającej się niepełnosprawności). W tym kontekście konsekwentnie będą tu znajdowały zastosowanie tak regulacje ogólne, dotyczące niepełnosprawności w ogóle (i rehabilitacji), jak i regulacje specyficzne – te dotyczące bezpośrednio afazji. Problem ten ma istotne znaczenie dla kwestii związanych z orzecznictwem ZUS i orzecznictwem dla celów poza-rentowych, pojawia się bowiem problem definiowania niepełnosprawności, kryteriów jej kwalifikacji, adekwatnych świadczeń.

Kolejny obszar analiz to zagadnienia szeroko rozumianej rehabilitacji osób z afazją, możliwych form i rodzajów świadczeń. W tym kontekście wchodzi w grę nie tylko rehabilitacja *stricte* medyczna, podejmowana przez profesjonalistów medycznych, ale także rehabilitacja społeczna, realizowana przez specjalistów w tej specyficznej dziedzinie rehabilitacji, a więc także angażująca środowiska logopedów, wymagająca ich szczególnych kwalifikacji. Pytanie istotne w tym miejscu dotyczy kwestii określenia w regulacjach tych kwalifikacji, a także warunków dla pomocy systemowej dla osób z afazją i ich rodzin. Pomoc ta uwarunkowana jest m.in. dobrze działającym systemem orzecznictwa, a tu rola logopedów jest kluczowa – właściwe rozpoznanie problemów chorego i możliwych metod rehabilitacji to podstawowy warunek prawidłowo podejmowanych decyzji orzeczniczych i adekwatności wynikających z tych decyzji form wsparcia.

Poza sformalizowanymi, wyraźnie ustawowo określonymi działaniami, wynikającymi z zobowiązań nałożonych przepisami prawa na podmioty systemowe (np. świadczenia na poziomie POZ, pielęgniarki środowiskowej, rehabilitantów, logopedów, psychologów)

niezwykle ważnym polem analiz jest działalność innych, poza-systemowych podmiotów. W grupie tej znajdują się przede wszystkim NGO i ich działalność wspierająca, ale także inicjatywy samych zainteresowanych – chorych i ich rodzin, takie jak formy samopomocy i wsparcia środowiskowego.

Na szczególną uwagę zasługuje także perspektywa wykraczająca poza poziom rozwiązań krajowych – w obszarze działań ukierunkowanych na problematykę niepełnosprawności i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, a przede wszystkim w sferze tzw. polityki inkluzyjnej, adresowanej nie tylko do chorych, ale też do ich rodzin, podejście europejskie jest niezwykle istotne. Unia Europejska od 2003 r., ogłoszonego Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych, prowadzi szereg działań skierowanych na poprawę sytuacji. Celem jest przede wszystkim zwalczanie wykluczenia społecznego i jednocześnie propagowanie możliwie jak najszerzej partycypacji społecznej dzięki, zbieraniu danych z krajów UE i promowaniu dobrych praktyk.

Stan aktualny: charakterystyka grupy chorych i ich otoczenia, medyczno – społeczne tło problemu, możliwe prognozy epidemiologiczno- demograficzne.

Afazja u osób dorosłych jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń funkcji poznawczych w udarze mózgu. W ostrej fazie udaru jej częstość szacuje się na 21–38%.¹ Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa,² afazja stanowi poważny problem społeczny. Jej występowanie istotnie pogarsza rokowanie poudarowe. U chorych z afazją często obserwuje się dezintegrację psychiczną i społeczną oraz pogorszenie jakości życia, co wpisuje ten problem w zakres istotnych obszarów dla polityki społecznej i zdrowotnej ukierunkowanej na wsparcie i społeczną integrację chorych i ich rodzin.

Afazja³ jako jednostka choroba została sklasyfikowana na gruncie regulacji międzynarodowych – w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób Problemów Zdrowotnych⁴ Zgodnie z zawartą tam definicją „Afazja to całkowita lub częściowa utrata umiejętności posługiwania się językiem spowodowana uszkodzeniem odpowiednich struktur

¹ Ryglewicz D., Milewska D., 2004

² Wade D.T., Pohjasvaara, 1998

³ Afazja (z greckiego a-fasis - niemota) to uszkodzenie struktur mózgowych i zaburzenie mechanizmów odpowiadających za mowę u człowieka, który wcześniej ją opanował.

http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/afazja-czyli-utrata-zdolnosc-mowy_36267.html (26.09.2015)

⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10

mózgowych.”⁵ W ICD-10 zostało sklasyfikowanych kilka rodzajów afazji⁶. W afazji zaburzeniom mowy różnego typu i o zróżnicowanym podłożu często towarzyszą zakłócenia innych zdolności: uwagi, pamięci, spostrzegania, orientacji przestrzennej. Przyczyny afazji w wieku dojrzałym to najczęściej udar mózgu (najczęściej występująca przyczyna), wypadek, lub inna choroba.

Funkcjonuje także szereg definicji opracowanych przez profesjonalistów. Termin „afazja” (z gr. *A-fazis* — niemota) od lat budzi liczne kontrowersje. Powstało wiele definicji i prób klasyfikacji,⁷ opracowanych przez specjalistów różnych dziedzin, zajmujących się wyższymi funkcjami psychicznymi, takich jak: psychologia, logopedia, nauki medyczne, filozofia, nauki społeczne, lingwistyka, cybernetyka i fizyka. Według polskiego neuropsychologa — prof. Mariusza Maruszewskiego⁸ afazja to całkowite lub częściowe zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który wcześniej w pełni je opanował, spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych⁹.

Najczęściej stosowany podział zaburzeń afatycznych, przyjęty przez Bostońskie Centrum Badań nad Afazją (Aphasia Research Center of Boston) [wg 2, 3], uwzględniającym relacje anatomiczne, wyróżnia się: afazję ruchową (Broca); lokalizacja uszkodzenia—tylna część trzeciego zakrętu czołowego; afazję czuciową (Wernickego); lokalizacja uszkodzenia — tylna część pierwszego zakrętu skroniowego; afazję przewodzenia; lokalizacja uszkodzenia — istota biała, szczególnie pęczek łukowaty, poniżej zakrętu nadbrzeżnego, co skutkuje rozdzieleniem nieuszkodzonej okolicy słuchowej Wernickego od obszaru Broca, również nienaruszonego; afazję nominacyjną (anomiczną, amnestyczną); lokalizacja uszkodzenia — zakręt kątowy; transkorową afazję motoryczną; lokalizacja uszkodzenia — okolica czołowa do przodu i powyżej ośrodka Broca; transkorową afazję sensoryczną; lokalizacja uszkodzenia — styk skroniowo-potyliczny, do tyłu względem okolicy Wernickego (graniczny obszar zaopatrywany częściowo przez tętnicę środkową, a częściowo — przez tylną); mieszaną afazję transkorową (tzw. Zespół izolowanego pola mowy); odizolowanie obszaru mowy od pozostałych części kory, najczęściej wskutek zespołu niedokrwiennego w dystalnych

⁵ *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, (2009), Volume I, World Health Organization.*

⁶ **Afazja (amnestyczna) (globalna) (nazw) (semantyczna) (syntaktyczna)** R47.0; czuciowa F80.2; mocznicowa N19; nabyta, z padaczką (zespół Landaua-Kleffnera) F80.3 ; postępująca izolowana G31.0; rozwojowa (typu odbiorczego) F80.2; typu ekspresyjnego F80.1; Wernickego F80.2; słuchowa (rozwojowa) F80.2; w kile trzeciorzędowej A52.1† G94.8*; Wernickego (rozwojowa) F80.2.

⁷ Ryglewicz D., Milewska D., 2004

⁸ Maruszewski M., 1970

⁹ Maruszewski M.: *Mowa a mózg*. PZWL, Warszawa 1970.

częściach tętnicy środkowej; afazję całkowitą; lokalizacja uszkodzenia — całe tak zwane pole mowy, czyli obszar szeroko okalający bruzdę Sylwiusza. Zarówno w obserwacjach klinicznych, jak i w piśmiennictwie zespoły afatyczne występują również przy uszkodzeniach podkorowych; zaburzenia w tych przypadkach są na ogół przemijające, a obraz kliniczny zależy od lokalizacji procesu chorobowego; afazję podkorową, którą dzieli się na [4]: — przednią torebkowo-prążkowiową, gdy w wyniku uszkodzenia przedniej części torebki wewnętrznej nastąpi przerwanie dróg prowadzących z obszarów Broca i obszarów odpowiedzialnych za transkoryową afazję motoryczną; — tylną torebkowo-prążkowiową, gdy w wyniku uszkodzenia tylnej części torebki wewnętrznej nastąpi przerwanie dróg słuchowych łączących z obszarem Wernickego oraz dróg ruchowych łączących z korą motoryczną: — całkowitą torebkowo-prążkowiową, gdy nastąpi uszkodzenie przedniej i tylnej części torebki wewnętrznej; — wzgórzową, gdy uszkodzenie wystąpi w obrębie wzgórz¹⁰.

Chorych z afazją charakteryzuje przede wszystkim szereg problemów dotyczących komunikacji z otoczeniem, mogą występować zaburzenia emocjonalne, na przykład depresja, często jako skutek wypadku lub choroby, pogłębiająca się wraz z trudnościami komunikacyjnymi. Ponadto obserwuje się zubożenie, drażliwość, zmienność nastroju, agresywność jako skutki nieradzenia sobie z chorobą. Charakterystyczne są również inne zakłócenia funkcji i sprawności: niedowład kończyn (zwykle po jednej stronie ciała), może pojawić się niesamodzielność w czynnościach życiowych¹¹.

Z powodu problemów komunikacyjnych, konieczności sprawowania opieki i reprezentowania osób chorych przez ich bliskich, problem dotyka często także rodziny – najbliższe otoczenie w pewien sposób zostaje dotknięte skutkami choroby, problem porozumiewania się dotyczy bowiem obu stron. Pojawienie się problemu afazji zwykle bywa efektem ataku niedokrwienego lub udaru mózgu. Chory z powodu przejściowego lub trwałego uszkodzenia ośrodków mózgowia odpowiedzialnych za rozumienie i realizację języka pisanego i mówionego doświadcza szeregu zaburzeń. Całkowita afazja występuje u około 21–38% chorych po udarze, częściej po udarze niedokrwinnym i u osób starszych. Należy podkreślić,

¹⁰ Opis i szczegółowa analiza cech schorzenia nie jest celem niniejszego opracowania, klasyfikacją została wskazana jako istotna dla procedur dotyczących orzekania o niepełnosprawności - podział tu przytoczony, jak i dane ilustrujące stan aktualny, zaczerpnięto z: Ryglewicz D., Milewska D., Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu, *Udar Mózgu* 2004, tom 6, nr 2, 65–70, *Via Medica*, ISSN 1505–6740

¹¹ Poradnik Zdrowie: Afazja, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/afazja-czyli-utrata-zdolnosci-mowy_36267.html (12.09.2015)

że u chorych z afazją ryzyko zgonu i niepełnosprawności jest większe, a podejmowana rehabilitacja może wpłynąć na poprawę stanu, jednak powinna ona być intensywna i często czasochłonna. Aktualnie tylko 48% chorych z udarem mózgu poddawanych jest rehabilitacji mowy, w różnym jej natężeniu i ze zróżnicowanymi efektami.

Jak wskazują dane, rehabilitacja u chorych z zaburzeniami mowy po udarze mózgu (n = 2964) przedstawia się następująco: rehabilitacja podejmowana w ciągu pierwszych 48 godzin – 33 %; w ciągu pierwszego tygodnia choroby 10%; później niż w pierwszym tygodniu 1,5%; po upływie 4 tygodni 3,5%. Częstość zaburzeń mowy w zależności od typu udaru według klasyfikacji Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) (n = 2964) jest zróżnicowana w zależności od typu udaru: TACI 53%; PACI 44%; LACI 28; POCI 19¹².

Prognozy epidemiologiczno –demograficzne dotyczące przedmiotowego problemu wpisują się w ogólne trendy w sferze niepełnosprawności i struktury chorób we współczesnych społeczeństwach: na skutek postępu medycyny i nowoczesnych technologii, przedłużającego się przeciętnej długości życia i postępującej wraz z zaawansowanym wiekiem niepełnosprawności, z pewnością także problem afazji powiązanej z tymi przyczynami będzie się pogłębiał. Ponadto choroby cywilizacyjne, w szczególności układu krążenia (udar niedokrwienny mózgu, choroba wieńcowa, migotanie przedsionków i inne) oraz cukrzyca jako główne przyczyny afazji aktualnie, wraz z rosnącym problemem otyłości, będą z pewnością zasadniczo wpływały na zwiększanie się populacji cierpiących na zaburzenia określane pojęciem afazji. W obszarze badań pojawił się nowy termin – afazjologia¹³, a liczba publikacji naukowych na ten temat w ostatnim czasie rośnie, choć zdecydowanie przeważają opracowania obcojęzyczne¹⁴.

Afazja u osób dorosłych jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń funkcji poznawczych w udarze mózgu. W ostrej fazie udaru jej częstość szacuje się na 21–38%.¹⁵ Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa,¹⁶ afazja stanowi poważny problem społeczny. Jej występowanie istotnie pogarsza rokowanie poudarowe. U chorych z afazją często obserwuje się dezintegrację psychiczną i społeczną oraz pogorszenie jakości życia.

¹² Więcej danych por. cytowane opracowanie Ryglewicz D., Milewska D.

¹³ Pąchalska M.: Afazjologia. PWN, Warszawa-Kraków 1999.

¹⁴ Lista istotnych publikacji w załączniku: Publikacje.

¹⁵ Ryglewicz D., Milewska D., 2004

¹⁶ Wade D.T., Pohjasvaara., 1998

CZĘŚĆ I. Regulacje prawno– instytucjonalne: przepisy ogólne, poziom ustawowy (kontekst systemowej ochrony zdrowia, praw pacjenta, równego dostępu do świadczeń, orzecznictwa o niepełnosprawności) i wykonawczy (rozporządzenia koszykowe i świadczenia zdrowotne adresowane do osób dotkniętych afazją, świadczenia rehabilitacji medycznej i społecznej); rola logopedów na gruncie regulacji (biegli w systemie orzecznictwa)

Sytuacja pacjenta z zaburzeniami mowy w Polsce – przepisy ogólne, ustawowe i wykonawcze

1. Uprawnienia pacjentów

Podstawę uprawnień do świadczeń zdrowotnych stanowi artykuł 68 **konstytucji RP** (Dz. U. 1997 nr 78.poz. 483):

Art. 68.1 Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Warunki i zakres udzielania świadczeń wynikają zatem z ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (t.j. Dz. U. 2015.581), w której art. 15 ust. 2 pkt 8 wymienione zostały świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Z kolei do konkretnych list przysługujących ubezpieczonym świadczeń odnoszą się akty wykonawcze do ustawy, czyli wydane na podstawie jej artykułu 31d rozporządzenia ministra zdrowia. W załącznikach do rozporządzeń określone zostały wykazy przysługujących ubezpieczonym świadczeń z poszczególnych zakresów, świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak również warunki wymagane od świadczeniodawców.

Świadczenia związane z rehabilitacją osób dotkniętych zaburzeniami mowy znajdujemy w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r.). Generalnie, świadczenia gwarantowane dla osób z zaburzeniami słuchu i mowy są realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (§4 rozporządzenia). Zgodnie z rozporządzeniem, rehabilitacja neurologiczna może być również prowadzona w warunkach stacjonarnych.

Załącznik nr 1 do rozporządzenia określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w tym dla osób z zaburzeniami słuchu i mowy:

Skierowanie

Skierowanie na rehabilitację osób z dysfunkcją słuchu i mowy, realizowaną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, może być wydane przez lekarza oddziału lub poradni:

- 1) otolaryngologicznej;
- 2) otolaryngologicznej dziecięcej;
- 3) audiologii i foniatryi;
- 4) audiologicznej;
- 5) foniatrycznej;
- 6) neurologicznej;
- 7) rehabilitacyjnej.

Czas trwania rehabilitacji:

Czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, jednak w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warunki dotyczące wyposażenia świadczeniodawcy – w odniesieniu do gabinetu logopedycznego (wyposażenie gabinetu w lokalizacji):

- a) lustro logopedyczne,
- b) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku,
- c) testy praktyki i gnozyj oralnej oraz inne testy językowe,
- d) gry dydaktyczne,
- e) próby grafomotoryczne,
- f) zestaw multimedialny do ćwiczeń logopedycznych.

Wymagania dotyczące personelu w zakresie rehabilitacji słuchu i mowy:

- 1) logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub studia podyplomowe w zakresie surdologopedii lub
- 2) logopeda dyplomowany w przypadku pracy z dorosłymi (w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – logopeda dyplomowany z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu) – udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz
- 3) psycholog w przypadku pracy z dorosłymi, (w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – psycholog posiadający dwuletni staż z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu) – udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz
- 4) osoba, która ukończyła:

studia z zakresu pedagogiki specjalnej w specjalności surdopedagogika, lub pedagog posiadający ukończone studia podyplomowe z zakresu surdopedagogiki zwana dalej „surdopedagogiem” – w przypadku udzielania świadczenia dzieciom z uszkodzeniem narządu słuchu lub pedagog z pięcioletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzonym słuchem – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz
- 5) wymagany jest dostęp do lekarzy: specjalisty laryngologii lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, lub foniatrii, lub audiologii, lub audiologii i foniatrii (w przypadku udzielania świadczenia dzieciom z uszkodzeniem narządu słuchu do specjalisty laryngologii dziecięcej lub specjalisty otolaryngologii z trzyletnim stażem pracy z dziećmi, lub otorynolaryngologii z trzyletnim stażem pracy z dziećmi);
- 6) personel uprawniony do realizacji świadczeń – osoba prowadząca fizjoterapię.

Załącznik nr 3 do rozporządzenia zawiera wykaz procedur medycznych według klasyfikacji ICD-9 oraz wykaz jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 opisujących świadczenia gwarantowane w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych. Pozycja o numerze 93.72 to terapia afazji (i dysfazji)

W załączniku nr 4 do rozporządzenia znalazły się świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków. Są to:

Rehabilitacja neurologiczna – kategorie:

Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I (m.in., logopeda lub neurologopeda, równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek)

Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II – j.w.

Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria III – j.w.

Wymagany personel:

m.in. logopeda lub neurologopeda – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

Organizacja udzielania świadczeń:

1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min (120 w przypadku kategorii II) na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min (40 w przypadku kategorii II) w trybie przedpołudniowym w soboty;

2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub

3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.

Pozostałe warunki:

1) stanowisko intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji;

2) stanowisko z możliwością monitorowania EKG, tętna, pomiaru saturacji, ciśnienia tętniczego, dostępem do tlenoterapii, możliwością odsysania dróg oddechowych w lokalizacji.

Czas trwania rehabilitacji:

1) do 16 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących (9 tygodni w przypadku kategorii II).

2) do 12 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących (9 tygodni w przypadku kategorii II).

W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warunki przyjęcia na rehabilitację:

1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;

2) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby – uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku braku chorób współistniejących.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013, poz. 1480 z późn. zm.) – logopeda wśród personelu, załącznik 4.

Terapia afazji i dysfazji jest również uwzględniona w wykazie świadczeń gwarantowanych w ramach leczenia szpitalnego, wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1520 z późn. zm.). Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym (załącznik nr 4) – jest możliwe po spełnieniu szczegółowych warunków:

Wymagania formalne:

1) oddział udarowy albo

2) zapewnienie warunków pozostałych wymagań w strukturze oddziału neurologii;

3) w strukturze szpitala oddział neurologii co najmniej 12 łóżkowy.

Personel:

- 1) lekarze: równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie neurologii;
- 2) pielęgniarki – równoważnik co najmniej 1 etatu na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej 1 etatu na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej - nie mniej niż równoważnik 12 etatów;
- 3) osoba o specjalistycznym wykształceniu logopedycznym (konkretne wymagania zostały opisane w dalszej części) – równoważnik co najmniej 0,5 etatu;
- 4) psycholog - równoważnik co najmniej 0,5 etatu;
- 5) osoba prowadząca fizjoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 4 łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej.

Organizacja udzielania świadczeń

- 1) co najmniej 1 sala intensywnego nadzoru udaru mózgu: co najmniej 4 łóżka (stanowiska) intensywnej opieki medycznej - przeznaczone dla krótkiego (1-3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni po udarze;
- 2) sale dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej”: nie mniej niż 12 łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej);
- 3) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii;
- 4) stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji;
- 5) udokumentowane zapewnienie udziału w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym:
 - a) lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub
 - b) lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii,
 - c) lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej;

6) udokumentowane zapewnienie konsultacji:

a) lekarza specjalisty w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii,

b) lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej;

7) kontrola prowadzonych badań i interwencji terapeutycznych:

a) karta obserwacji chorego (łóżka intensywnej opieki medycznej - co 4 godziny, w salach bez monitorowania – 2 razy na dobę),

b) codzienna ocena stanu neurologicznego,

c) codzienna ocena stanu internistycznego,

d) karta działań pielęgniarskich,

e) obowiązek udokumentowania co najmniej 2 konsultacji internistycznych - przy przyjęciu i przy wypisie;

8) udokumentowane zapewnienie ciągłości leczenia w oddziale/ oddziale dziennym rehabilitacji neurologicznej, przy braku przeciwwskazań.

Ponadto, wymagane jest wyposażenie w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienie realizacji badań.

Odrębnym zagadnieniem prawnym jest dostęp do świadczeń dla osób w szczególnej sytuacji życiowej: art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 163, 693) przewiduje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób samotnych (lub takich, którym rodzina nie jest w stanie pomocy zapewnić), które pomocy tej wymagają z uwagi na m.in. stan zdrowia – specjalistyczne usługi dotyczą potrzeb szczególnych, wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i mogą być świadczone wyłącznie przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Przez specjalistyczne usługi opiekuńcze rozumie się więc kształtowanie umiejętności zaspokajania potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania; motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, interwencję i pomoc w życiu w rodzinie, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, wsparcie w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, pomoc w sprawach mieszkaniowych, wreszcie pomoc w zakresie rehabilitacji i pielęgnacji wspierającej proces leczenia (pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, wykupieniu leków, dotarciu do placówek służby zdrowia)¹⁷.

¹⁷ Sierpowska I. Pomoc społeczna. Komentarz. Lex 2014.

Zgodnie z wydanym na podstawie ustawy o pomocy społecznej rozporządzeniem ministra polityki społecznej z 22 września 2005 w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. 2005 nr 189, poz. 1598 z późn. zm.) usługi specjalistyczne mogą być świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu pozwalającego na świadczenie określonych usług specjalistycznych. W uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe, posiadają co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, o których mowa w rozporządzeniu, i mają zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje.

Szczegółowe warunki przyznawania oraz odpłatności za specjalistyczne usługi opiekuńcze ustala w drodze uchwały rada gminy, natomiast odpłatność za usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej, biorąc pod uwagę dochód na członka rodziny, ten również ośrodek ustala cenę godziny usług, biorąc pod uwagę koszty realizacji bądź zawartą z danym podmiotem. (Jeśli opłata za usługę jest niższa niż określona w art. 38 ust 4 ustawy o pomocy społecznej (20 zł) opłaty się nie pobiera).

Przyznanie usług opiekuńczych następuje w drodze decyzji administracyjnej – ośrodek pomocy społecznej określa jednocześnie zakres, okres i miejsce świadczenia.

Personel – logopeda, neurologopeda

Opis zawodu

Zawody logopedy i neurologopedy zostały ujęte w Klasyfikacji zawodów i specjalności (w wersji obowiązującej od roku 2015) pod pozycjami odpowiednio 229402 i 229403, (w wersji obowiązującej do roku 2014 nazwy zawodów brzmiały „logopeda” i „logopeda-neurologopeda”; przewidziana jest również pozycja 229490 „pozostali audiofonolodzy i logopedzi”, nie doczekała się ona jednak jeszcze opisu)¹⁸. Generalnie, wykonywanie zawodu

¹⁸ http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/zawod/229402?_jobclassificationportlet_WAR_nnkportlet_backUrl=http%3A%2F%2Fpsz.praca.gov.pl%2Frynek-pracy%2Fbazy-danych%2Fklasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci%2Fwyszukiwarka-opisow-zawodow%2F-%2Fklasyfikacja_zawodow%2Flitera%2FL (dostęp: wrzesień 2015). Klasyfikacja jest dokumentem urzędowym mającym zastosowanie m.in. w statystyce rynku pracy; pozwala również na porządkowanie i ujednolicanie nazewnictwa zawodów i specjalności.

logopedy polega na prowadzeniu badań i działań praktycznych w zakresie ogólnej diagnozy stanu rozwoju mowy i ogólnej terapii zaburzeń komunikacji człowieka na różnych etapach rozwoju i w różnych sferach aktywności: edukacyjnej, społecznej i zawodowej; korygowaniu wad wymowy i usprawnianiu języka, profilaktyce i likwidowaniu zaburzeń komunikacji uwarunkowanych środowiskowo lub organicznie (różnego rodzaju czynnikami patologicznymi), a także na prowadzeniu rehabilitacji mowy po wypadkach i urazach.

Do zadań logopedy należy:

- prowadzenie badań logopedycznych, obejmujących studia teoretyczne, badania empiryczne i porównawcze, formułowanie definicji, hipotez i praw;
- opracowywanie, adaptowanie oraz weryfikowanie narzędzi badawczych (do diagnozy i terapii stanu oraz zaburzeń komunikacji);
- przeprowadzanie badań logopedycznych z wykorzystaniem różnych narzędzi badawczych w celu ustalenia stanu rozwoju mowy i zaburzeń komunikacyjnych;
- ocenianie i interpretowanie wyników badań oraz formułowanie wskazań; prowadzenie doradztwa logopedycznego; ustalanie postępowania korekcyjno-terapeutycznego (np. na etapie diagnozy, prewencji i terapii logopedycznej);
- prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszania zaburzeń komunikacyjnych dzieci, młodzieży i dorosłych;
- prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w zakresie czytania i pisania (dysleksja, dysortografia, dysgrafia);
- prowadzenie pracy profilaktycznej i terapii logopedycznej osób z uszkodzonym słuchem (surdologopedia);
- prowadzenie terapii osób z **afazją**, alalią, dyzartrią, z porażeniem mózgowym, jąkających się, z zaburzeniami płynności mówienia, upośledzonych umysłowo, z zespołem Downa, autystycznych, z mutyzmem oraz chorych psychicznie (neurologopedia);
- utrzymywanie właściwych kontaktów z rodzinami dzieci i młodzieży objętych opieką logopedyczną, władzami oświatowymi lub pracodawcami i wspólne poszukiwanie rozwiązań problemów wynikających z zaburzeń komunikacji;
- przygotowywanie i wygłaszanie referatów, komunikatów i raportów naukowych i popularnonaukowych;
- publikowanie wyników badań i eksperymentów;

- wykonywanie wspólnie z innymi specjalistami zadań pokrewnych.

Wśród dodatkowych zadań zawodowych wymieniono:

- prowadzenie terapii w poradniach psychologoczo-pedagogicznych oraz placówkach szkolnych;
- prowadzenie terapii w oddziałach szpitalnych na oddziałach laryngologicznych i neurologicznych.

Z kolei neurologopeda „wykonuje specjalistyczne badania neurologopedyczne, analizuje ich wyniki oraz dokonuje diagnozy osób z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzenia centralnego układu nerwowego; prowadzi rehabilitację i terapię pacjentów z zaburzeniami głosu, z chorobami psychicznymi, po udarach i innych wypadkach; prowadzi ćwiczenia usprawniające mowę w poradniach foniatrycznych, klinikach i oddziałach poporodowych, sanatoriach, szkołach i przedszkolach specjalnych”.¹⁹

Do zadań neurologopedy należy:

- badanie i analizowanie czynników doprowadzających do alalii, jąkania się, zaburzeń płynności mówienia;
- badanie i analizowanie czynników wpływających na tempo i jakość opanowywania mowy osób z porażeniem mózgowym, jąkających się, z zaburzeniami płynności mówienia, upośledzonych umysłowo, z zespołem Downa, autystycznych i z mutyzmem, **afazją** oraz chorych psychicznie;
- diagnozowanie zaburzeń mowy, postaw i trudności językowych oraz zachowań komunikacyjnych dzieci, młodzieży i dorosłych z zaburzeniami neurologicznymi na podstawie wywiadu i badań neurologicznych;
- planowanie rehabilitacji mowy osób na podstawie postawionej diagnozy;
- prowadzenie terapii logopedycznej dzieci i młodzieży oraz dorosłych z zaburzeniami mowy polegającej na wykonywaniu ćwiczeń oddechowych, słuchowych oraz uczeniu i rozumieniu słów, zdań i wyrażeń;
- rozwijanie umiejętności czytania i pisania;

¹⁹ Klasyfikacja zawodów: http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/zawod/229403?_jobclassificationportlet_WAR_nnkportlet_backUrl=http%3A%2F%2Fpsz.praca.gov.pl%2Frynek-pracy%2Fbazy-danych%2Fklasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci%2Fwyszukiwarka-opisow-zawodow%2F-%2Fklasyfikacja_zawodow%2Flitera%2FN (dostęp: wrzesień 2015).

- prowadzenie zajęć usprawniających percepcję słuchową i wymowę;
- współpraca z neurologami, psychiatrami, psychologami w celu postawienia właściwej diagnozy oraz terapii logopedycznej;
- prowadzenie dokumentacji badań, diagnoz i profilaktyki w zakresie działalności logopedycznej;
- utrzymywanie właściwych kontaktów z rodzinami osób objętych opieką logopedyczną;
- udział w szkoleniach z zakresu neurologopedii.

Dodatkowymi zadaniami zawodowymi są:

- prowadzenie działalności naukowej, dydaktycznej i szkoleniowej dla neurologopedów i logopedów;
- publikowanie wyników badań oraz doświadczeń zawodowych.

Logopeda jako zawód regulowany i zawód medyczny

W rozporządzeniu prezesa rady ministrów z 30 lipca 2013 w sprawie określenia zawodów regulowanych, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji (t.j. Dz. U. 2015 poz. 659), wydanym na podstawie art. 31 ust. 2 ustawy z 18 marca 2008 o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich UE (Dz. U. 63 poz. 394 z późn. zm.) zawód logopedy został wymieniony na liście zawodów regulowanych – a więc takich, których wykonywanie jest uzależnione od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych i warunków określonych w odrębnych polskich przepisach, zwanych dalej "przepisami regulacyjnymi" – na liście znalazły się zawody, których niewłaściwe wykonywanie mogłoby narażać osoby, wobec których usługa jest świadczona, na poważne niebezpieczeństwo lub powstanie poważnej szkody dla zdrowia.

We wspomnianej powyżej Klasyfikacji zawodów i specjalności logopedzi i neurologopedii ujęci zostali w dziale zatytułowanym „Specjaliści do spraw zdrowia”, co sugeruje możliwość zaliczenia ich do tzw. zawodów medycznych. Niestety pojęcie zawodu medycznego nie zostało dotąd w Polsce jednoznacznie uregulowane, o czym świadczyć mogą występujące w praktyce przypadki wątpliwości związanych z zaliczeniem niektórych zawodów skądinąd odnoszących się do zdrowia usługobiorcy do grupy zawodów medycznych²⁰. Potrzeba

²⁰ Przypadki wątpliwe stawały się przedmiotem rozważań sądu administracyjnego.

ujednoczenia pojęcia „zawód medyczny” była m.in. przedmiotem kilku interpelacji poselskich, w których domagano się odpowiedzi na pytanie o możliwości regulacji zawodów medycznych²¹.

Faktycznie, w projekcie ustawy o niektórych zawodach medycznych (jednym z kilku dotychczasowych) ogłoszonym przez Sejm VI kadencji wśród 19 zawodów medycznych, do których ustawa miała się odnosić, wymieniono zawód logopedy²². Zgodnie z przyjętą w projekcie definicją, wykonywanie zawodu medycznego polega na „realizacji zadań służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu i poprawie zdrowia oraz innych zadań związanych z procesem leczenia”; nie ulegało więc wątpliwości, że zawód logopedy/neurologopedy do zawodów medycznych można było zaliczać. Wymagania kwalifikacyjne określone w załączniku do projektu wskazywały na minima w zakresie liczby godzin wymaganych od logopedów, ustawa jednak nie doczekała się uchwalenia.

Obecnie obowiązująca ustawa o działalności leczniczej wskazuje natomiast ogólnie, iż osoba wykonująca zawód medyczny to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.²³

Regulacje koszykowe: standardy, wymogi profesjonalne

Poniżej zostały zestawione wymagania w zakresie personelu oraz wymagania kwalifikacyjne odnoszące się do logopedy m.in. w przywoływanych uprzednio aktach prawnych odnoszących się do udzielania świadczeń osobom z zaburzeniami mowy.

Rozporządzenie z 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522 z późn. zm.)

²¹ Przykładowo: Interpelacja nr 14638 z r. 2010: <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/INTop/14638?OpenDocument>, Interpelacja nr 9385 z r. 2012.

²² Sejm RP VI kadencji, nr druku: 846, projekt ustawy. W innych projektach regulowano mniejszą bądź większą liczbę zawodów medycznych, np. 16, 18, 20 czy 23.

²³ art. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

„Logopeda” oznacza osobę, która:

- a. ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
- b. ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
- c. ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii,
- d. rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra.

Osobna kategoria to logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, świadczenia udzielane przez logopedę/specjalistę. Obie te kategorie zostały wymienione wśród grup zawodowych udzielających świadczeń w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego dzieciom z zaburzeniami wieku rozwojowego. W odniesieniu do dorosłych, rozporządzenie przewiduje (w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego) rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, prowadzoną m.in. przez logopedę posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub studia podyplomowe w zakresie surdologopedii lub logopedę dyplomowanego w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom - logopedę dyplomowanego z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1520 z późn. zm.)

Logopeda to osoba, która:

- a) uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub
- b) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
- c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub

- d) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
- e) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
- f) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii.

Pozostałe wymagania dotyczące oddziału udarowego.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013, poz. 1480 z późn. zm.), załącznik nr 4:

Logopeda (wchodzący w skład grupy „pozostały personel”) oznacza osobę, która:

- a. rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
- b. rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub
- c. rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
- d. rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii.

Udział logopedy w świadczeniach jest przewidziany w ramach świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych: zakłady opiekuńcze dla dorosłych, zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. W kategorii świadczeń udzielanych

w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej lub przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową udział logopedy nie jest przewidziany.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 lipca 2011 w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 nr 151 poz. 896)²⁴, wydane na podstawie art. 50. ust.5 ustawy o działalności leczniczej umieszcza logopedów w grupie pracowników działalności podstawowej, określając wymagania względem kandydatów następująco:

Wymagania dla stanowiska logopeda to uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy lub:

- ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujących w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii
- ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii
- rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii

Wymagania dla stanowiska młodszy asystent logopedii obejmują dodatkowo 3 lata pracy w zawodzie logopedy, asystent logopedii – 5 lat, starszy asystent logopedii – 7 lat.

W literaturze można spotkać pogląd²⁵, iż jakkolwiek wymagania dotyczące logopedy zostały określone w aktach prawnych regulujących udzielanie świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz w ramach działalności leczniczej podmiotów nie będących przedsiębiorcami, wydaje się jednak, iż wymagania te winny być uznawane za obowiązujące również dla innych sytuacji – usług odpłatnych.

²⁴ Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, pojecie „podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami” obejmuje spoz-y oraz jednostki budżetowe.

²⁵ Tak np. Maciej Gibiński, Centrum Doradcze Prawa Medycznego: <http://www.cdpm.pl/media/1054/wykonywanie-zawodu-logopedy-w-polsce.pdf> (dostęp: sierpień 2015).

Specjalizacja w dziedzinie neurologopedii

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. nr 173 poz. 1419 z późn. zm.) tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii może uzyskać osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu logopedy. Dodatkowe wymaganie kwalifikacyjne to wykonywanie przez co najmniej roku w ciągu poprzedzających trzech lat czynności zawodowych zgodnych z programem specjalizacji (możliwy jest również tryb wyjątkowy, za zgodą dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego). Zgodnie z programem specjalizacji przygotowanym przez CMKP celem kształcenia specjalizacyjnego jest teoretyczne i praktyczne przygotowanie logopedy do diagnozy i terapii osób, u których występują zaburzenia mowy i języka powstałe w wyniku uszkodzeń i dysfunkcji układu nerwowego²⁶. Wśród uzyskiwanych kompetencji zawodowych wymieniono:

- diagnozowanie neurologopedyczne osób z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego, u których występują zaburzenia w rozwoju i/lub przebiegu komunikacji językowej;
- analizowanie badań specjalistycznych: neurologicznych, psychologicznych, audiologicznych i innych, umożliwiających wyjaśnienie patomechanizmu zaburzeń w rozwoju i/lub przebiegu komunikacji językowej u osób z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego;
- programowanie terapii neurologopedycznej osób z dysfunkcjami i/lub uszkodzeniami układu nerwowego, u których występują zaburzenia rozwoju i/lub przebiegu czynności językowych, z uwzględnieniem wyników diagnozy neurologopedycznej oraz wyników badań specjalistycznych, przez określanie celów, procedury i strategii terapii;
- dostosowywanie metod, form i środków do realizacji ustalonych w wyniku programowania terapii zaburzonych czynności językowych u osób z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego;
- prowadzenie terapii neurologopedycznej osób z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego, u których występują zaburzenia w rozwoju i/lub przebiegu komunikacji językowej;

²⁶ Program specjalizacji w neurologopedii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2010 <http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2013/07/Neurologopedia-2010.pdf> (dostęp: sierpień 2015).

- kontrolowanie wyników terapii neurologopedycznej osób z zaburzeniami mowy powstałymi w wyniku uszkodzeń i/lub dysfunkcji układu nerwowego wraz z modyfikowaniem celów, metod i form terapii;
- współpracę z członkami wielospecjalistycznego zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego i orzeczniczego;
- prowadzenie prac badawczych i opracowywanie publikacji naukowych.

Ponadto, specjalista w dziedzinie neurologopedii jest uprawniony do:

- przygotowywania specjalistycznych opinii,
- formułowania pisemnych i ustnych zaleceń na temat postępowania w innych placówkach zdrowia,
- wskazywania badań specjalistycznych niezbędnych do postawienia diagnozy,
- współpracy z innymi specjalistami,
- konsultowania i instruowania rodziny pacjenta i osób mu najbliższych o zalecanych metodach i formach terapii oraz rokowaniach,
- uczestniczenia w komisjach i zespołach orzekających o potrzebie świadczeń specjalnych i socjalnych.

CZĘŚĆ II. Polityka zdrowotna a problem afazji: polityka systemowa (programy ogólnokrajowe, decyzje koszykowe) i polityka lokalna, zdecentralizowana (odpowiedzialność samorządów i ich inicjatywy – programy, akcje, działania wspierające), współpraca z instytucjami wsparcia (POZ, pielęgniarki środowiskowe, pomoc społeczna)

Polityka systemowa - programy polityki zdrowotnej

Programy polityki zdrowotnej w Polsce nie nawiązują wprost do problemu afazji, raczej można wskazać na strategiczne cele w polityce poudarowej i alzheimerowskiej w tym kontekście uwidocznic sprawę afazji w ujęciu medycznym, fizycznym, psychicznym czy społecznym. Jednymi z najważniejszych w sensie strategicznym programów dotyczących polityki poudarowej w Polsce są poza Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, Program Alzheimerowski oraz POLKARD, których celami jest poprawa metod rehabilitacji chorych przez unowocześnienie

oddziałów rehabilitacji neurologicznej oraz organizację systemu rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych. Opracowanie i realizacja zintegrowanego systemu rehabilitacji tych pacjentów ma istotne znaczenie społeczne i ekonomiczne

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007 – 2015

Jednym z najważniejszych celów strategicznych programu jest zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu. Mimo niewątpliwego sukcesu w dziedzinie ograniczenia umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwowanego od 1991 roku, choroby te pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa, także w związku z często występującą u pacjentów poudarowych afazją.

Konsekwencją tego są także wydatki ze środków publicznych i środków własnych obywateli na leczenie CHUK. Zgodnie z założeniami NPZ oraz programu POLKARD, zakłada się:

1. Zmniejszenie umieralności u osób poniżej 65 roku życia,
2. Zmniejszenie liczby wczesnych zgonów z powodu udarów mózgu,
3. Uzyskanie, u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru, samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego (Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015)

Innymi ważnymi celami Narodowego Programu Zdrowia związanymi pośrednio z tematyka afazji są: cel 4, dotyczący zapobiegania zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno- promocyjne, w ramach których zauważa się konieczność podjęcia skoordynowanej polityki w walce z chorobami otępienia mózgu, głównie z chorobą Alzheimera oraz cele operacyjne 9 i 10, które dotyczą tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego trybu życia dla osób starszych (9) i niepełnosprawnych (10).

Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD

W Polsce realizowano kilka wersji Narodowego Programu Wyrównywanie Dostępności i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD.

W ramach działalności Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003-2005 przeprowadzono badania dotyczące dostępności i potrzeb w zakresie wczesnej rehabilitacji poudarowej na oddziałach neurologicznych i rehabilitacyjnych w Polsce. Wynika z nich, że w latach 2003-2005 tylko 14% oddziałów neurologicznych oraz 10% oddziałów rehabilitacyjnych zapewniało wczesną kompleksową rehabilitację poudarową.

W programie zwraca się uwagę, na fakt, że udar mózgu stanowi główną przyczynę niepełnosprawności w populacji osób dorosłych.²⁷ Wśród pacjentów, którzy przeżyli udar w 6 miesięcy od jego wystąpienia: 48% ma niedowład połowiczny, 22% nie jest w stanie samodzielnie chodzić, 24-53% potrzebuje pomocy w czynnościach dnia codziennego, 12-18% ma afazję.²⁸

Aby osiągnąć poprawę jakości życia osób po udarze zaleca się poprawę diagnostyki i leczenia chorych z udarem oraz właściwej, wczesnej kompleksowej rehabilitacji tych chorych, wymagającej stworzenia interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego, w składzie którego wchodzi: lekarz neurolog, specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, logopeda, neuropsycholog, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny i pielęgniarki (ze znajomością tematyki rehabilitacji). Zespół musi mieć możliwość współpracy z konsultantami z innych dziedzin (np. ortopedą, psychiatrą, urologiem, kardiologiem, internistą).²⁹

Zapewnienie skutecznej rehabilitacji poudarowej wymaga rozwoju całego systemu obejmującego intensywną opiekę, rehabilitację na oddziałach neurologii zacyzaną jak najwcześniej po udarze, kompleksową rehabilitację na oddziałach rehabilitacji, a także usprawniania w warunkach ambulatoryjnych oraz zabezpieczenie opieki domowej.³⁰ Pomimo

²⁷ World Health Organization. 2000. The world health report. Geneva,WHO

²⁸ Foulkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. 1988. The Stroke Data Bank: design, methods, and baseline characteristics. Stroke; 19: 547- 54. 3.Sacco R.L., Benjamin E.J., Broderick J.P. et al. 1997. Risk Factors Panel - American Heart Association Prevention Conference IV Stroke; 28: 1507-17

²⁹ MOŻLIWOŚCI REHABILITACJI POU DAROWEJ W POLSCE Anna Członkowska, Iwona Sarzyńska-Długosz <http://www.zeszyty.awf.katowice.pl/pdf/vol%2020/03%20czlonkowska%20et%20al.pdf>

³⁰ Helgason C.M., Wolf P.A. 1997. American Heart Association Prevention Conference IV: Prevention and Rehabilitation of Stroke. Executive Summary. Circulation; 96: 701-7.

systematycznie poprawiających się możliwości opieki nad pacjentami z udarem mózgu w wielu z utworzonych pododdziałów udarowych niezbędne jest prawidłowe wyposażenie tychże w celu prowadzenia intensywnej opieki.

W programie zwraca się uwagę na istniejące braki w kadrze zespołu rehabilitacyjnego (zwłaszcza w zakresie zatrudnianych wysoce wykwalifikowanych fizjoterapeutów, logopedów i neuropsychologów). Podobny problem dotyczący personelu widoczny jest na oddziałach rehabilitacyjnych. Dlatego też, konieczne jest uzupełnienie brakującej kadry medycznej w celu poprawy jakości i wydłużenia czasu prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych.

W dalszej kolejności w Polsce niezbędny będzie rozwój sieci oddziałów rehabilitacji oferujących rehabilitację poudarową w późniejszym okresie od udaru, jak również tworzenie oddziałów rehabilitacji dziennej i przychodni rehabilitacyjnych.

Obecna edycja programu Polkard ma celu zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanej niedoborami sprzętowymi. Podniesienie standardów w tym zakresie może w dłuższej perspektywie przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznej niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Głównym celem programu jest zatem wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównanie dysproporcji w zakresie posiadanej bazy sprzętowej, w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych między innymi w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej. Cel programu będzie realizowany poprzez dostarczenie nowego i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego, będącego w dyspozycji jednostek zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo- naczyniowego. Ważnym elementem programu jest również podejmowanie aktywności w celu zwiększenia świadomości i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo- naczyniowego, zwłaszcza zależnych od stylu życia.

Dodatkowo z pieniędzy programu zostanie również sfinansowane prowadzenie wybranych rejestrów medycznych, stanowiący uporządkowany zbiór danych i informacji o zachorowaniach, stanie zdrowia, chorobach, metodach leczenia, diagnozowania, monitorowania postępów.

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu

Od około 20 lat, dzięki powołaniu Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, a następnie podjęciu działań prowadzonych w ramach programu POLKARD, udało się w Polsce w istotny sposób poprawić system opieki nad chorymi z udarem i po udarze dotkniętych afazją. Powstała sieć Oddziałów i Pododdziałów Udarowych, w większości otrzymująca wsparcie z funduszy centralnych. Jednak nadal jest wiele do zrobienia w tym zakresie. Wystarczy przyrównać obecną sytuację Polski do celów wyznaczonych na rok 2015 w „Deklaracji Helsingborskiej 2006” Europejskich Strategii Udarowych (Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies) (Manifest udarowy, 2014)³¹

W 2004 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął wytyczne ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu dotyczące organizacji oddziałów udarowych.

Przygotowując aktualizację polskiego algorytmu autorzy uwzględnili w nim, z jednej strony, odrębności panujące w naszym kraju (jak np. organizacja systemu ochrony zdrowia, tradycje, dostęp do leków i procedur medycznych), a z drugiej własne doświadczenia. Kluczowym elementem wytycznych było wypracowanie definicji i modelu oddziału/pododdziału udarowego, który został uznany za wyodrębnioną strukturalnie jednostką szpitalną przeznaczoną do kompleksowego leczenia chorych w ostrej fazie udaru mózgu. Może on stanowić część innego oddziału, najlepiej neurologicznego.

Sale intensywnego nadzoru udaru mózgu składają się z 4-6 łóżek wyposażonych w aparaturę monitorującą podstawowe funkcje życiowe, przeznaczonych dla krótkiego (1-3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni udaru. Sale dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej” posiadają 2-16 łóżek przeznaczonych dla kontynuowania leczenia (pobyt trwający średnio 10-21 dni).

Aby stworzyć oddział/ pododdział udarowy należy spełnić następujące warunki:

- populacja objęta opieką – co najmniej 200 000 osób,
- chorzy przyjmowani w ciągu całej doby,

³¹ Więcej na temat europejskich standardów opieki nad pacjentami poudarowymi i z afazją znajduje się w części IV pracy zatytułowanej Problem afazji w perspektywie UE: analiza sytuacji w świetle dostępnych materiałów (regulacje UE, dokumenty polityczne i inne źródła – europejskie stowarzyszenie lekarzy i chorych), działania informacyjne na poziomie europejskim (dysseminacja wiedzy – portale i strony), rola UE – ocena możliwości wsparcia.

- tomografia komputerowa dostępna na terenie szpitala bez ograniczeń przez całą dobę,
- całodobowe laboratorium diagnostyczne na terenie szpitala,
- możliwość wykonania elektrokardiogramu (EKG) bez ograniczeń przez całą dobę,
- minimum 4 kardiomonitoringi,
- badania ultrasonograficzne metodą Dopplera tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych
- możliwe do wykonania w ciągu pierwszej doby hospitalizacji,
- echokardiografia przezklatkowa dostępna na terenie szpitala. (Manifest udarowy 2014)

Każdy pacjent z udarem mózgu powinien być hospitalizowany na oddziale udarowym, zapewniającym kompleksową opiekę i rehabilitację. Pacjenci z umiarkowanym i lekkim udarem (stan funkcjonalny wg Wskaźnika Barthel powyżej 9 pkt., przy wartości maksymalnej 20 pkt.) powinni być objęci programem wczesnego wypisu (Early Supported Discharge – ESD) ze wsparciem środowiskowym jako uzupełnienie konwencjonalnej rehabilitacji szpitalnej, jako czynnik redukcji ryzyka zgonu lub ciężkiej niepełnosprawności (Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu).

Interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny (lekarze neurologicy i specjaliści rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuci, neuropsycholodzy, logopedzi, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki i pracownicy socjalni) powinien na bieżąco wymieniać informacje i opinie o pacjentach i w okresie podostrym na oddziale rehabilitacji co najmniej raz w tygodniu spotykać się na formalnym posiedzeniu, by omówić problemy, wyznaczyć cele, monitorować postępy, planować wypisy. Informacje dotyczące udaru, afazji i rehabilitacji powinny być rutynowo dostępne dla pacjentów, a ich zakres dostosowany do indywidualnych potrzeb.

Rehabilitacja czynna powinna być rozpoczęta tak szybko, jak to możliwe, natychmiast po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego pacjenta, gdyż nie ma dowodów na szkodliwość bardzo wczesnej mobilizacji (poniżej 24 godzin). Optymalny czas usprawniania chorego to pierwsze 3–6 miesięcy od momentu zachorowania, dlatego powinno się dążyć do maksymalnego wykorzystania tego czasu.

Przystępując do rehabilitacji poza oddziałem udarowym należy określić, czy stan ogólny pacjenta jest dostatecznie stabilny, tzn. ocenić wydolność układu krążenia i oddechowego oraz wątroby i nerek, czy nadciśnienie tętnicze jest właściwie leczone, czy pacjent ma wyrównaną glikemię, czy nie ma aktywnego procesu zapalnego oraz czy pacjent toleruje

pozycję siedzącą. Ponadto należy oszacować, czy chory jest w stanie – przynajmniej częściowo – uczyć się i brać czynny udział w procesie rehabilitacji. Jeżeli nie może sprostać powyższemu, zaleca się wypisanie pacjenta do domu lub rozważenie umieszczenia go w ośrodku opiekuńczym do czasu spodziewanej poprawy.

Należy dążyć do stworzenia wielospecjalistycznych zespołów rehabilitacji środowiskowej wyspecjalizowanych w opiece udarowej. Takie zespoły – działające lokalnie – powinny przejmować opiekę nad pacjentami wypisywanymi z oddziałów udarowych ze zdiagnozowaną afazją. Fizjoterapeuci nie powinni ograniczać swojej interwencji do jednej koncepcji, czy metody, ale dobierać środki terapeutyczne najbardziej przydatne dla danego pacjenta. Stały – 24 godzinny – pobyt pacjenta na oddziale neurologicznym czy rehabilitacyjnym sprawia, że szczególną rolę w stymulacji ruchowej pełni personel pielęgniarski.

Chorzy nieprzytomni oraz z nasilonym niedowładem, zidentyfikowana afazją uniemożliwiająca komunikację lub porażeniem muszą mieć zapewnioną fizjoterapię obejmującą: zmiany pozycji w łóżku (min. co 2–3 godziny, z poprawnym ułożeniem wszystkich części ciała); bierne obracanie na boki, brzuch, bierne sadzanie i stawanie; ruchy bierne we wszystkich stawach; układanie kończyn w neutralnych pozycjach stawów oraz takich, które zapobiegają zastojowi żylnemu i limfatycznemu. Wszyscy pacjenci, którzy nie są samodzielni w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego powinni być objęci terapią zajęciową w szpitalu, a w środowisku zalecany jest trening indywidualny. Brakuje szerszych badań co do wyboru optymalnej metody pracy w ramach terapii zajęciowej.

U wszystkich pacjentów z udarem a szczególnie zdiagnozowaną afazją, przed podaniem płynów lub pokarmów drogą doustną, należy wykonać przesiewowy test zdolności połykania. W przypadku stwierdzenia objawów wskazujących na ryzyko aspiracji lub dysfagii, nie powinno się podawać pacjentowi pokarmów ani płynów doustnie do czasu pełnej diagnostyki przeprowadzonej przez logopedę lub lekarza. Zaleca się też przesiewowe badanie w kierunku depresji u wszystkich pacjentów rehabilitowanych z powodu udaru mózgu i afazji.

Na uwagę zasługuje fakt, że algorytmy polskie i europejskie powstały niezależnie od siebie, ale ich twórcy w podobny sposób definiują siłę zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych, stąd obserwuje się zgodność w głównych punktach zasad postępowania. Nowsze, polskie wytyczne poruszają jednak więcej istotnych z punktu widzenia rehabilitacji kwestii (wskazują

np. na zasadnicze elementy procesu usprawniania, czy monitorowanie jego postępów), jak również są bardziej konkretne. Brak szczegółów w zaleceniach europejskich może wynikać z różnic w postępowaniu w UM w poszczególnych krajach i systemach opieki zdrowotnej (Manifest udarowy 2014). Liczne grono autorów algorytmu ESO stanowią neurologi.

Bardziej pragmatyczne podejście widoczne jest w polskich wytycznych, w których opracowaniu brali udział także specjaliści z dziedziny rehabilitacji medycznej, fizjoterapii, czy neuropsychologii, które wydaje się być w pełni uzasadnione ze względu na interdyscyplinarny charakter problemu. Dokonano zmian w porównaniu do obu poprzednich wersji wytycznych, przy czym wg zaleceń ESO nowości dotyczą przede wszystkim opieki w ostrej fazie udaru mózgu i farmakoterapii w prewencji wtórnej, natomiast uaktualnienia Grupy Ekspertów SCN PTN obejmują organizację opieki udarowej i rehabilitację.

Ogółem oba dokumenty postępowania rehabilitacyjnego, po udarze mózgu, są przedsięwzięciami kompleksowymi, zintegrowanymi, odnoszącymi się do szeroko rozumianych potrzeb (nie tylko podstawowych i zdrowotnych, lecz także funkcjonowania, socjalnych, niezależności, informacji i satysfakcji życiowej) pacjentów dotkniętych tym samym zainteresowaniem podejmowanym w nich tematem. Można tam znaleźć nie tylko analizę dotyczącą szeroko pojętego leczenia – w tym rehabilitacji – pacjentów dotkniętych UM, ale także przegląd aktualnego stanu wiedzy.

Mimo iż dotąd nie ma rzetelnych badań określających efekty postępowania przywracającego sprawność chorych cierpiących z powodu udaru mózgu oraz brakuje zgodności co do tego, która z zastosowanych metod fizjoterapeutycznych jest najskuteczniejsza, to jednak omawiane dokumenty ułatwiają zaplanowanie i osiągnięcie celu głównego, jakim jest uzyskanie możliwie najlepszej sprawności psychofizycznej i samodzielności w czynnościach samoobsługi. Według Deklaracji Helsingborskiej z 2006 r. priorytetem rehabilitacji, jaki powinien zostać osiągnięty do 2015 r. jest uzyskanie w 3 miesiące po udarze niezależności w podstawowych czynnościach życia codziennego przez ponad 70% chorych (Deklaracja Helsingborska 2006)

Informacje zawarte w ww. polskich dokumentach mogą okazać się przydatne w codziennej praktyce tak lekarza i fizjoterapeuty, jak i pozostałych członków zespołu rehabilitacyjnego, zarówno na poziomie specjalistycznej, jak i podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety nie jest to standard wszędzie istniejący i możliwy do zrealizowania w każdym miejscu, głównie

z powodów kadrowych i sprzętowych. Nie zawsze istnieje możliwość rozpoczęcia natychmiastowej rehabilitacji, tuż po ustabilizowaniu stanu ogólnego pacjenta. O skuteczności rehabilitacji w przypadku identyfikacji afazji decyduje głównie czas jej rozpoczęcia po wystąpieniu udaru.

Nie ma też realnych możliwości ustawicznego kształcenia personelu, jak również nieprzerwanej edukacji pacjentów, rodzin i opiekunów. Cały zespół pracujący przy pacjencie przy rozpoznanej afazji poudarowej powinien dysponować właściwą wiedzą dotyczącą udaru, afazji oraz odpowiednimi umiejętnościami wspieranymi szkoleniem. Wszystkie oddziały udarowe powinny być certyfikowane przez krajowe lub międzynarodowe instytucje, aby zagwarantować stosowanie zaleceń opartych na EBM. Każdy udar powinien być leczony jako nagły przypadek, z natychmiastowym dostępem do tomografii komputerowej mózgu oraz w odpowiednich przypadkach – do leczenia trombolitycznego w oddziale udarowym.

Polski Plan Alzheimerowski

Polski Plan Alzheimerowski³² został opracowany w 2011 roku przez Marię Barcikowską-Kotowicz, Grzegorza Opalę, Tadeusza Parnowskiego i Andrzeja Szczudlika z Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskie, oraz przez Edytę Długosz, Alicję Sadowską, Andrzeja Rosę i Zygmunta Wierzyńskiego, przedstawicieli ogólnopolskiego porozumienia organizacji alzheimerowskich. Przedstawia on najważniejsze z punktu widzenia autorów zadania jakie powinny zostać podjęte dla poprawy sytuacji chorych na chorobę Alzheimera, dla zapewnienia warunków należytej im, godnej egzystencji.

Choroba Alzheimera i inne prowadzące do otępienia choroby zwyrodnieniowe i naczyniowe mózgu, ze względu na rosnącą w szybkim tempie liczbę osób chorujących, stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej we wszystkich krajach europejskich. Jest to wynik wyraźnego wzrostu średniej długości życia, jaki nastąpił w ostatnich latach. Zmiany zwyrodnieniowe mózgu spowodowane stopniowym odkładaniem się w nim różnych patologicznych białek, prowadzą do utraty pamięci, zdolności uczenia się, myślenia i oceny sytuacji, a także do wielu innych zaburzeń funkcji poznawczych, co powoduje, że chory nie może prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie i musi pozostawać pod opieką innych

³² Sytuacja Osób Chorych na chorobę Alzheimera- Raport RPO, A. Szczudlik (red) Warszawa 2014
<https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20w%20Polsce%20Raport%20RPO.pdf>

osób. Mimo intensywnych badań nad patogenezą tych chorób wiedza w tym zakresie jest jedynie fragmentaryczna, stosowane leczenie jest tylko objawowe, a jego skuteczność daleka od pożądanej.

Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie przedstawiło w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w roku 2011 projekt Narodowego Programu Badań Chorób Mózgu Prowadzących do Otępienia, w ramach którego znalazło się m.in.:

- zaplanowanie i przeprowadzenie populacyjnego badania epidemiologicznego dotyczącego występowania zaburzeń funkcji poznawczych, otępienia i choroby Alzheimera w Polsce, pozwalającego na uzyskanie wiarygodnych danych do planowania strategicznych działań w zakresie leczenia i opieki chorych na chorobę Alzheimera w Polsce;
- stworzenie krajowego banku materiału biologicznego (genetycznego, próbek płynów ustrojowych i mózgow uzyskanych pośmiertnie od osób z otępieniem wraz ze standaryzowanym opisem klinicznym), w oparciu o sieć istniejących ośrodków naukowych mających możliwość przechowywania w/w materiału w celu prowadzenia badań naukowych we współpracy z zagranicznymi ośrodkami naukowymi.
- stworzenie w oparciu o istniejącą strukturę organizacyjną i kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w kilku jednostkach opieki zdrowotnej w Polsce modelowych ośrodków pomocy medycznej dla chorych na chorobę Alzheimera. Ośrodki te powinny zatrudniać geriatrów, neurologów, psychiatrów i psychologów oraz mieć podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na porady w zakresie w/w specjalności oraz hospitalizacje dzienne. Zadaniem tych ośrodków jest również zidentyfikowanie potrzeb (np. w zakresie pomocy środowiskowej czy terapii nefarmakologicznej) i wypracowanie modelu pomocy medycznej chorym na chorobę Alzheimera. Pozwoli to także na zdefiniowanie trudności w udzielaniu tej pomocy.
- przyjęcie założeń i opracowanie programu terapeutycznego dla chorych na chorobę Alzheimera, który pozwoli na kompleksowe, wielospecjalistyczne leczenie chorych w oddziałach dziennych, poradniach i w domu, w tym w okresie końcowym (opieka paliatywna).

- wystąpienie poprzez Ministerstwo Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia o przyjęcie w/w programu terapeutycznego i rozpisanie konkursu na świadczenia w tym zakresie

W programie zawarto również postulowany plan opieki nad pacjentem, który powinien uwzględniać:

- Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki paliatywnej również w warunkach domowych.
- Stworzenie szerokiej sieci specjalistycznych placówek opieki instytucjonalnej dla chorych z otępieniem, takich jak: placówki całodobowe (pobyt stacjonarny, pobyt czasowy i krótkoterminowy pełnopłatny); placówki dzienne (terapia rehabilitacja osób w lekkim i umiarkowanym stadium choroby); grupy terapeutyczne dla osób we wczesnym stadium choroby
- Wprowadzenie standardu badania wszystkich pacjentów po 65 roku życia przesiewowymi testami pamięci przez pielęgniarki w ramach wizyty u lekarza POZ.
- Zapewnienie chorym dostępu do nowoczesnych w pełni refundowanych leków.
- Wsparcie finansowe opieki dla chorego przebywającego w domu, w postaci:

- zaliczenia opiekunowi czasu opieki w domu nad chorym do okresu składkowego dla celów emerytalno-rentowych w przypadku rezygnacji z pracy zawodowej;

- „bonów opiekuńczych” choremu na pokrycie kosztów płatnej opieki sprawowanej przez opiekuna zawodowego lub rodzinnego z uwzględnieniem kryterium dochodowości innego niż wynikającego z ustawy o pomocy społecznej;

- Zapewnienie chorym i opiekunom możliwości udziału w specjalistycznych turnusach rehabilitacyjno-wypoczynkowych (dla chorego: opieka, terapia, rehabilitacja; dla opiekuna rehabilitacja, wsparcie psychologiczne).
- Stworzenie w polskim prawie instytucji „testamentu za życia” zapewniającego skuteczne i ustawowo umocowane rozwiązania w dziedzinie wyrażania swej woli za życia przy zachowaniu odpowiednich zabezpieczeń prawnych.

- Opracowanie programu i zapewnienie środków na działania edukacyjne: społeczeństwa; opiekunów domowych; kadry medycznej; pomocy społecznej
- Inicjowanie i prowadzenie badań społecznych i humanistycznych oceniających m.in. społeczne koszty choroby, obciążenia opieką, poziom życia chorych, opiekunów i rodzin.
- Uznanie roli i miejsca organizacji alzheimerowskich w systemie wszechstronnej opieki nad chorymi na chorobę Alzheimera oraz finansowe wspieranie ich działań m.in. w formie powierzania zadań zleconych

Polityka systemowa: ścieżka leczenia – stan aktualny i postulowany

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, Manifest Udarowy, Program Polkard.

1) NAGLE PRZYPADKI ORAZ NATYCHMIASTOWA OPIEKA UDAROWA

Leczenie udarów jako nagłych przypadków oraz zapewnienie każdej osobie z udarem leczenia w specjalistycznym oddziale udarowym zwiększyłoby oszczędności liczone w dniach pobytu w szpitalu oraz zmniejszyłoby śmiertelność w wyniku udaru.

Udar mózgu jest stanem nagłym, w którym czas odgrywa znaczącą rolę. Każdego pacjenta należy jak najszybciej przetransportować do szpitala, w którym znajduje się oddział udarowy, aby zapewnić odpowiednie leczenie i opiekę. Transport sanitarny powinien być traktowany jako pilne – pierwsze i ważne – ogniwo łańcucha zdarzeń zapewniających szybką, nieprzerwaną, wielospecjalistyczną opiekę nad chorym z udarem mózgu.

Taki łańcuch rozpoczyna się w stacji pogotowia, gdzie po otrzymaniu zgłoszenia można wstępnie wytypować potencjalnego chorego z udarem. Należy ustalić, jaki czas upłynął od wystąpienia objawów do momentu wezwania pogotowia. Ze stacji pogotowia trzeba wysłać karetkę, której personel potrafi rozpoznać objawy udaru, aby szybko przewieźć pacjenta do najbliższego szpitala zapewniającego odpowiednią opiekę. Podczas wywiadu kwalifikuje się wstępnie pacjenta do ewentualnego leczenia trombolitycznego i przewiezienia do szpitala zapewniającego takie leczenie.

Po szybkiej ocenie w izbie przyjęć, wykonaniu badania tomografii komputerowej (TK) głowy i rozpoznaniu typu udaru (niedokrwienny lub krwotoczny) oraz po stabilizacji funkcji życiowych pacjent powinien zostać przeniesiony na oddział udarowy, gdzie zajmie się nim wielospecjalistyczny zespół.

Oddział udarowy to podstawa zintegrowanej opieki udarowej, tzw. łańcucha opieki. Badania i praktyka kliniczna wskazują, że pacjenci leczeni na oddziałach udarowych mają lepsze rokowanie w porównaniu z tymi, którzy są leczeni na oddziałach ogólnych.

2) REHABILITACJA

Rehabilitacja jest tym skuteczniejsza, im szybciej zostanie rozpoczęta (licząc czas od wystąpienia objawów). Każdy chory powinien mieć dostęp do rehabilitacji o takiej intensywności, jakiej potrzebuje, i na tak długo, jak to jest potrzebne. Dotyczy to także chorych w najcięższym stanie, którzy w chwili obecnej, z uwagi na stosowane kryteria oceny, często nie mają rzeczywistego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych. Niezbędne jest zapewnienie wszystkim pacjentom po udarze mózgu realnego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych zawartych w Koszyku Świadczeń Gwarantowanych w skali całego kraju. W całej Polsce konieczne jest zwiększenie liczby oddziałów rehabilitacyjnych i usprawnienie dostępu do nich – pacjent, który opuszcza oddział udarowy, powinien przejść z niego płynnie na oddział rehabilitacji, a nie oczekiwać przez kilka miesięcy, jak najczęściej obecnie ma to miejsce.

Korzyści z wczesnej rehabilitacji są ściśle skorelowane z procesami naprawczymi mózgu i jego plastycznością, która jest największa w pierwszych tygodniach po udarze. Pracując intensywnie z pacjentem właśnie w tym okresie, można osiągnąć największe sukcesy. W czasie kilkumiesięcznego, bezczynnego oczekiwania na fizjoterapię dochodzi niestety do nieodwracalnych zmian stanu neurologicznego pacjenta, a szansa na maksymalną naprawę skutków udaru zostaje zmarnowana. Podczas rehabilitacji podjętej po takim czasie walczy się z wtórnymi powikłaniami po udarze, a nie z jego pierwotnymi następstwami.

Rehabilitacja osoby po udarze z rozpoznaną afazją nie powinna kończyć się w szpitalu. Konieczne jest zapewnienie pacjentom realnego dostępu do rehabilitacji środowiskowej, w ramach której pracownicy medyczni – fizjoterapeuta, pielęgniarka, logopeda, psycholog,

badający potrzeby pacjenta oraz dostosowujący go do środowiska, w którym funkcjonuje. Także rodzina pacjenta i jego opiekunowie powinni nauczyć się podstawowych zasad rehabilitacji. Chorzy, dla których jest to wskazane, powinni mieć zapewniony dostęp do leczenia otwartego, czyli oddziałów rehabilitacji dziennej, ambulatoryjnej i sanatoryjnej. Aby pacjent mógł skorzystać z rehabilitacji u neuropsychologa, logopedy czy fizjoterapeuty, powinno wystarczyć skierowanie od lekarza podstawowej opieki medycznej, który ma pełną wiedzę na temat potrzeb osoby po udarze mózgu.

W momencie zakończenia procesu rehabilitacji opieka udarowa w zakresie zidentyfikowanej afazji nadal powinna być dostępna, a pacjent powinien bez problemów otrzymać Podstawową Opiekę Zdrowotną (POZ).

3) ŻYCIE PO UDARZE Z AFAZJĄ – OD SZPITALA DO POWROTU DO SPOŁECZEŃSTWA

Wychodzenie naprzeciw długoterminowym potrzebom osób po udarze ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia ich niezależności oraz podwyższenia jakości życia. Każdej osobie, która doznała afazji, powinno się zaproponować plan opieki, koordynowany przez lekarza neurologa, logopedę lub neuropsychologa. Pacjenci wypisani ze szpitala powinni – bez wyjątku – otrzymać pisemną informację o przysługujących im prawach i możliwościach kontynuacji leczenia, rehabilitacji lub ewentualnej opieki. Bardzo ważne jest, by osoby z afazją miały odpowiedni dostęp do rehabilitacji oraz pomoc potrzebną w początkowych etapach po powrocie do domu – łącznie z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych.

a) W sferze pomocy oraz szkolenia dla opiekunów: potrzebne są dodatkowe szkolenia dla opiekunów osób z afazją. Wychodzenie naprzeciw długoterminowym potrzebom osób z afazją jest ważne, by zwiększyć ich niezależność oraz podwyższyć jakość życia. Pomoc długoterminowa powinna być traktowana z większym priorytetem i z większym zaangażowaniem ze strony pracowników ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych.

b) w zakresie kompleksowego podejścia do długoterminowej pomocy: kompleksowe i zorientowane na potrzeby chorych usługi powinny być dostępne, żeby wspierać osoby z afazją oraz ich opiekunów przez długi czas. Należy umożliwić wszystkim pacjentom dostęp

do szerokiego zakresu specjalistów oraz standardowe wsparcie. Niezbędne usługi wiążą się nie tylko z opieką zdrowotną i społeczną, ale również zatrudnieniem, finansowaniem, warunkami mieszkaniowymi, transportem, edukacją, czasem wolnym oraz udziałem w życiu społecznym.

c) Zakłady opiekuńczo-lecznicze: sieć zakładów opiekuńczo-leczniczych w obecnym kształcie jest niewydolna. Konieczne jest zwiększenie liczby tego rodzaju jednostek, wprowadzenie przejrzystych struktur działania i norm personelu. Bardzo ważne jest również zapewnienie osobom przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych dostępu do dostosowanej do ich potrzeb, profesjonalnej rehabilitacji.

d) Wsparcie kognitywne oraz psychologiczne; często upośledzenie poznawcze oraz problemy psychologiczne, takie jak depresja oraz lęk, niezauważalnie towarzyszą afazji. Wymaga to wsparcia psychologa, psychoterapeuty i psychiatry.

e) Ołepienie poudarowe; demencja poudarowa jest często niezauważana, ponieważ świadomość tej choroby jest niewielka. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z afazją. Przez jakiś czas po TIA lub udarze (z reguły przynajmniej przez trzy miesiące) nie można jej wiarygodnie zdiagnozować. Pragniemy zwrócić uwagę na możliwie wczesne i właściwe rozpoznanie ołepienia poudarowego oraz nam konieczność wdrożenia stosownego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Istnieje też pilna potrzeba lepszego dostępu do informacji dotyczącej poudarowych zaburzeń poznawczych oraz problemów psychologicznych towarzyszących udarowi.

f) Więcej badań dotyczących długoterminowej opieki: niezbędne są badania mające na celu zidentyfikowanie najlepszych metod zapewnienia opieki długoterminowej. Obecnie bardzo niewiele grup badawczych zajmuje się tym obszarem. Tymczasem wiedza wynikająca z takich badań jest potrzebna, aby skutecznie budować właściwy model długoterminowej opieki nad osobami po udarze mózgu z rozpoznaną afazją. Wszyscy chorzy po udarze powinni mieć prawo do wysokiej jakości usług, niezależnie od tego, czy mieszkają u siebie, czy też w domach opieki.

g) Poradnie udaru mózgu – konieczne jest powołanie specjalistycznych poradni udaru mózgu. Placówki te powinny pełnić funkcje centrów medycznych oferujących kompleksową opiekę medyczną obejmującą dostęp do lekarza neurologa, internisty, specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, logopedy, neuropsychologa oraz pracownika socjalnego.

Udział jednostek samorządu terytorialnego (JST) w walce z afazją

Gmina i powiat jako wspólnoty mieszkańców są w stanie dobrze identyfikować lokalne problemy zdrowia publicznego ze względu na małą liczbę mieszkańców oraz znajomość lokalnej specyfiki zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i kulturowej. Reforma administracji terenowej z 1999 roku nadała każdemu szczeblowi administracji samorządowej szereg kompetencji w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. Konstytucyjne zasady pomocniczości oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny, a w ramach samorządu domniemania wykonywania tych zadań przez gminę powodują, że stopnie samorządu lokalnego są uporządkowane względem siebie według zasady subsydiarności, wzajemnego uzupełniania się i samodzielności w polityce prozdrowotnej. Oznacza to, że inicjatywy dotyczące problematyki szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny, wychodzący od wspólnoty obywatelskiej.

Problem afazji w działaniach jednostek samorządu terytorialnego dotyczy przede wszystkim wsparcia udzielanego na rzecz osób niepełnosprawnych dotkniętych tym zjawiskiem chorobowym oraz ich rodzin. W ramach nałożonych na prawnie na JST zobowiązań większość aktywności w tym zakresie dotyczy wsparcia finansowego, edukacyjnego, medycznego itp. dla dzieci dotkniętych afazją. W przypadku afazji dla dorosłych pierwszoplanową rolę mają inicjatywy obywatelskie, które samorząd często wspiera. Samodzielne akcje samorządowe w tym zakresie są nieliczne.

Analizując kompetencje poszczególnych poziomów samorządowych należy uznać, że większość zadań w zakresie afazji dla dorosłych spoczywa na poziomie powiatowym i gminnym, najbardziej zaangażowanych w działalność na rzecz medycznej i społecznej rehabilitacji osób niepełnosprawnych i starszych. Dodatkowo poprzez wyodrębnioną bazę instytucjonalną (Powiatowe Centa Pomocy Rodzinie – powiat i Pomoc Społeczna - gmina) samorządy te podejmują często współpracę z organizacjami pozarządowymi (fundacjami, stowarzyszeniami) na rzecz efektywniejszej realizacji celów związanych z szeroko pojętą integracją osób niepełnosprawnych.

Przykładem takiej inicjatywy jest współpraca PCPR – ów z „Fundacją Wsparcia Osób z Zaburzeniami Komunikacji „Między Słowami” w ramach której samorząd powiatowy na swoich stronach internetowych i w budynkach propaguje i udziela informacji na temat Ogólnopolskiej Poradni Telefonicznej „Życ z afazją” dla osób z afazją i ich opiekunów.

Zainteresowani mogą telefonicznie lub w siedzibie fundacji zasięgnąć porady prawnej, pomocy psychologicznej i wsparcia neurologopedy.

W Domach Pomocy Społecznej ważnym obszarem aktywności w zakresie afazji jest wspomaganie podopiecznych w zakresie zaburzeń psychicznych i zachowania w otępieniu. Otępienie alzheimerowskie jest zespołem objawów poznawczych i niepoznawczych. Objawy poznawcze to: amnezja, afazja, agnozja i apraksja. Objawy niepoznawcze to zaburzenia psychiczne oraz zachowania. Są to objawy zaburzeń postrzegania, treści myślenia, nastroju lub zachowania i występują u 70- 90 % pacjentów domów pomocy społecznej. Mają one istotny wpływ na zdolność codziennego funkcjonowania chorego i w konsekwencji na jakość jego życia. Mogą być mocno uciążliwe dla opiekunów i przyspieszać instytucjonalizację chorych. Zaburzenia psychiczne i zachowania można łagodzić lub eliminować. Służy temu postępowanie farmakologiczne i niefarmakologiczne (uczenie i wzmacnianie korzystnych zachowań, organizowanie przyjaznego i bezpiecznego środowiska pacjenta). Lecząc objawy psychiczne czy modyfikując zachowania pacjenta, można istotnie poprawić kontakt z nim i zdolność jego codziennego funkcjonowania.

CZĘŚĆ III. NGO i inne nieformalne inicjatywy dotyczące problemu afazji, chorych i ich rodzin: opis sytuacji – ścieżka pacjenta, „inventaryzacja” podmiotów i aktywności w przedmiotowym obszarze, ocena skuteczności działań, perspektywy rozwoju, pożądaný model wsparcia, możliwe obszary współpracy z instytucjami systemowymi.

Ścieżka pacjenta w ocenie praktyka/profesjonalisty

Opracowano na podstawie przeprowadzonego (autoryzowanego) wywiadu z Anną Rychlak, logopedą (Szpital Uniwersytecki, Oddział Kliniczny Neurologii, Botaniczna 3, Kraków, bulawianka@poczta.onet)

Terapia logopedyczna pacjenta z afazją zaczyna się od diagnozy. Logopeda → diagnoza → rozpoczęcie terapii → indywidualny plan terapii. Podjęcie działań zależy od stanu zdrowia pacjenta.

W prognozie terapii pod uwagę brane są różne czynniki:

- rodzaj afazji;

- głębokość zaburzeń;
- wiek chorego;
- poziom wykształcenia;
- motywacja, stopień gotowości do podjęcia i kontynuacji terapii;

Pytanie o prognozę, postęp w zmniejszaniu się objawów afazji jest bardzo często zadawane logopedom przez pacjentów oraz ich rodziny.

W toku hospitalizacji podejmowane są zasadniczo 2 rodzaje terapii: terapia czynna i bierna

1. CZYNNA:

- Ćwiczenie umiejętności psychomotorycznych w zależności od rodzaju afazji;
- ćwiczenia komunikacji funkcjonalnej;
- aktywne współuczestnictwo w terapii ze strony pacjenta.

2. BIERNA:

- Podejmowanie przez logopedę prób nawiązania kontaktu, wysyłania bodźców dźwiękowych bez widocznej reakcji chorego.

Długość terapii – terapia przyłóżkowa ok 10-20 min. Dla pacjenta chodzącego 30-60 min. W obu sytuacjach uzależnione to jest od możliwości chorego. Częstotliwość również ustalana jest indywidualnie, dopasowana do realnych możliwości pacjenta (od codziennych sesji terapeutycznych z pacjentami o dużym stopniu deficytów po monitorowanie efektów samodzielnej pracy pacjenta z zaburzeniami afatycznymi lekkiego stopnia.)

W leczeniu szpitalnym lekarze starają się nie przedłużać pobytu chorych na oddziale neurologicznym (ON), co jest korzystne dla pacjentów ze względu na ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych.

Po zakończeniu leczenia następuje wypis: W dokumentacji z pobytu w szpitalu podane jest rozpoznanie i opis terapii logopedycznej przydatne dla późniejszego postępowania. Lekarz przygotowuje dokumenty zawierające skierowanie:

- na oddział/do ośrodka rehabilitacji (OR);
- albo ogólne do poradni logopedycznej;

szpital daje skierowanie do OR, ale to pacjent i jego rodzina decyduje o ścieżce – czy będzie to placówka niepubliczna czy w ramach kontraktu z NFZ, czy też rehabilitacja ruchowa i logopedyczna prowadzona będzie w domu. W Szpitalu Uniwersyteckim istnieje Oddział

Rehabilitacji Diennej z możliwością podjęcia terapii logopedycznej po zakończeniu pobytu w Oddziale Udarowym.

WYPIS: 2 opcje:

1. Pacjent nierokujący – determinuje stan zdrowia oraz sytuacja ekonomiczna chorego
 - a. Placówka opieki społecznej: zakład opiekuńczo-leczniczy
 - b. Pomoc pracowników MOPS, GOPS
 - c. Prywatne ośrodki opieki nad osobami starszymi.
 - d. Opieka domowa podejmowana przez członków rodziny.

2. Pacjent dobrze rokujący:
 - a. Wspecjalizowane oddziały rehabilitacyjne na terenie Krakowa lub całego województwa (zależy od miejsca zamieszkania pacjenta i jego rodziny) np.: placówki w Krzeszowicach, Modlniczce, Suchej Beskidzkiej, Brzesku – w których usługi są finansowane przez NFZ.

 - b. Opieka domowa, powrót do aktywności zawodowej pacjenta, pełnienia określonej roli społecznej. W przypadku opieki domowej pacjent oraz rodzina pacjenta otrzymują:
 - wskazówki lekarza prowadzącego co do dalszego leczenia.
 - wskazówki od logopedy dotyczące kontynuacji terapii logopedycznej

Uwagi co do systemu:

- Logopedzi mają mało godzin zakontraktowanych.
- Terminy oczekiwania są długie – ok. 3-4 tygodnie bądź dłużej
- Czas oczekiwania na terapię wymusza zatrudnienie prywatnego logopedy dla zachowania jej ciągłości
- Brakuje zinstytucjonalizowanego wolontariatu, który mógł zapewnić ciągłość terapii podczas oczekiwania na świadczenia.
- Niewielka ilość wolontariuszy zgłaszających się do pracy. Na oddział zgłosiły się 2/3 osoby w przeciągu 6 lat. Przepisy dotyczące wolontariatu są zasadniczo zaporowe – w kwestii formalności nie różnią się od umowy o pracę.
- Niepubliczne podmioty lecznicze mają kontrakty z NFZ i one mogą mieć krótsze kolejki.

- Wolontariat typowy raczej dla terapii z dziećmi.
- Terapia jest trudna. Różni pacjenci różnie reagują w różnych sytuacjach – różna wola współpracy pacjenta/rodziny – brak środków przymusu.
- Terapia jest dla rodziny sporym obciążeniem finansowym. Zajęcia logopedyczne nie są finansowane w wystarczającej ilości w ramach kontraktu z NFZ. Często rezygnuje się z pomocy logopedycznej z powodu obciążeń finansowych związanych z zakupem leków, środków pielęgnacyjnych itp.
- Bezpośrednie skierowanie ze Szpitala Uniwersyteckiego, Kliniki Neurologii do oddziału/ośrodka rehabilitacji (OR) funkcjonuje sprawnie i z krótkim czasem oczekiwania.

Czynniki decydujące o ścieżce terapii:

- motywacja pacjenta
- refundacja NFZ
- dostępność poza NFZ
- stopień sprawności pacjenta – tym wypadku powstaje kwestia czy to pacjent dojeżdża do logopedy czy odwrotnie – dodatkowo poza dużymi miastami dostępność do terapeutów osób dorosłych jest ograniczona co często sygnalizują rodziny pacjentów.

Inwentaryzacja podmiotów i aktywności w sektorze pozarządowym

Obszar badany: Sektor pozarządowy – organizacje zajmujące się rehabilitacją/terapią mowy dla osób z afazją (w wyniku udaru).

Kryterium wykluczenia:

- organizacje sprofilowane na profilaktykę udaru mózgu,
- organizacje zajmujące się tylko rehabilitacją ruchową
- organizacje które nie posiadają aktualnych danych kontaktowych

- Słowa kluczowe: „afazj*”; „terap*”; „mow*”; „rehabilitac*”; „udar”

OPP – organizacje pożytku publicznego

Źródło: Zaktualizowany, zgodnie z art. 27a ust 5 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wykazu organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych w roku 2015:

<https://www.mpips.gov.pl/bip/wykaz-organizacji-pozytku-publicznego/> [14.09.2015]

- brak wyników. Wiele instytucji zajmujących się terapią w innych obszarach.

NGO – organizacje pozarządowe

Instytucje dofinansowywane przez Państwowy Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Źródło: Baza Organizacji Pozarządowych: <http://bazy.ngo.pl> [26.09.2015]

- Słowa klucze: „afazja”

Lista NGO o ustalonych relacjach misji w stosunku do problemu afazji

1. Stowarzyszenie „Afazja” – Numer KRS: 0000480202

Poznań: Tel.: 693 295 202 – stowarzyszenie.afazja@o2.pl – afazja.eu

Opis: [Celem stowarzyszenia jest] upowszechnienie wiedzy o afazji czyli zaburzeniu mowy, powstałym w wyniku uszkodzenia ośrodka mowy w dominującej półkuli mózgu i upośledzające proces mówienia lub rozumienia mowy, polegającym na ograniczeniu zdolności rozumienia komunikatów werbalnych oraz reguł ich tworzenia u człowieka, którzy uprzednio opanował te umiejętności, - rozpowszechnienie wiedzy o skutkach afazji w społeczeństwie, - czynnikach powstawania afazji głównie na skutkach chorób takich jak: udar mózgowy, uszkodzenie mózgu, uraz mózgu spowodowany wypadkiem lub guzem mózgu, - zapobieganiu skutkom udaru jako głównego czynnika powstawania afazji, - działalność charytatywną przez pomoc w jakiegokolwiek formie dorosłym osobom cierpiącym na afazję, - działalność na rzecz osób niepełnosprawnych - afatyków, pomoc w adaptacji chorego afatyka do nowych warunków życia, - promowanie idei wsparcia społecznego poprzez uwrażliwienie otoczenia na problemy rehabilitacji chorych z afazją, - przeciwdziałanie izolacji osób cierpiących na afazję wynikającą z niekorzystnych układów rodzinnych

i społecznych, - zwiększenie ich uczestnictwa w życiu społecznym, gospodarczym i kulturalnym.

2. Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Inwalidów i ich Przyjaciół (SON) w Gliwicach – Sekcja Afazja (b. “A-Afazja Klub”):

Gliwice 44-100: ul. Młodych Patriotów 30/3 – Tel. 32/332-44-41 – sonata@clan.pl – www.sonata.clan.pl

3. Klubie Seniora w Poznaniu – Klub Afatyka:

Poznań: os. Stefana Batorego 38 A – tel. 8241140 lub 693295202

4. „Sens Terapii” – Klub Afatyka

Warszawa-Wilanów: ul. Wiertnicza 45 lok. 3 – kontakt@sensterapii.pl – tel.: 502 821 454, 788 670 086 – www.sensterapii.pl

5. Fundacja Wsparcia Osób z Zaburzeniami Komunikacji „Między Słowami”

Gdynia 81-389: ul. Świętojańska 87 – tel.: 535 600 019 – fundacja@miedzy-slowami.org.pl

6. Gabinet Specjalistyczny medycyny rodzinnej – AFA KLUB

Słupsk: ul. Krasińskiego 1a/2 – kom.: 601 69 28 55 – tel.: 59 84 205 84 – www.medycyna.rodzinna.net

7. Fundacja „Przystań” – Klub Afa:

Szczecinek: ul. Połczyńska 2a – Tel. 94 371 42 52

8. Stowarzyszenie „Jestem” – Pracownia Rozwoju Porozumiewania

Toruń 87-100: ul. Żółkiewskiego 37/41 – s.jestem@poczta.onet.pl; s.jestem@gmail.com – Tel.: (56) 659 85 25 w. 170; 510 135 968, 503 714 738 – www.stowarzyszeniejestem.pl

9. Fundacja Wsparcia Osób z Zaburzeniami Komunikacji “Między Słowami” – Ogólnopolska Poradnia Telefoniczna "Życ z afazją"

Tel.: 58 781 58 39; 535 937 019 – poradnia@miedzy-slowami.org.pl

10. Fundacja dla Osób z Afazją "Wyrazić siebie"

Kraków 30-610; ul. Millana 15 – <http://fundacjaafazja.pl> – afazjafundacja@interia.pl

11. Stowarzyszenie Osób Dotkniętych Afazją

Warszawa 00-722: Podchorążych 41 lok. 68 – brak strony internetowej

12. Enactus SGGW – Aplikacja mobilna "Aphasia Create"

<http://afazjapomoc.pl/>

13. Stowarzyszenie Pomocy Osobom po Udarach i Urazach Mózgu "Con Cresco"

Olsztyn 10-437: Dworcowa 66 lok. 48 – Tel.: 89 533 77 16; 89 533 77 16 – jakobi-a@o2.pl

Fundacja Udaru Mózgu

Łódź 93-113: Milionowa 14 – Tel.: 605 647 600 – info@fum.info.pl – www.fum.info.pl

14. Komitet Pomocy na rzecz Rehabilitacji Słuchu i Mowy "Usłyszeć Świat"

Kołobrzeg 78-100: ul. Tadeusza Kościuszki 12 – Tel.: 94 352 42 88

Ponadto:

15. Polski Związek Logopedów – porady dotyczące afazji:

<http://www.logopeda.org.pl/subpage.php?id=8>

16. Polskie Towarzystwo Neurologopedów

17. Polskie Towarzystwo Logopedyczne z oddziałami: Siedlce, Katowice, Toruń, Rzeszów, Lublin, Olsztyn, Gdańsk, Wrocław, Łódź, Białystok,

18. Fundacja Akademickie Centrum Pomocy Logopedycznej

Bydgoszcz 85-324: Koszarowa 10 lok. 13 –

http://www.pedagogikaspecjalna.ukw.edu.pl/jednostka/zaklad_pedagogiki_specjalnej/fundacja_acpl/

CZĘŚĆ IV. 1. Problem afazji w perspektywie UE: analiza sytuacji w świetle dostępnych materiałów: regulacje UE, dokumenty polityczne i inne źródła. 2. Działalność europejskich stowarzyszeń, lekarzy i chorych, działania informacyjne na poziomie europejskim -dysseminacja wiedzy – portale i strony (załącznik 1A).

Regulacje UE, dokumenty polityczne i inne źródła

W Unii Europejskiej od początku XXIw. Nasiliły się badania dotyczące niepełnosprawności w ogólności oraz przyczyn, definiowania i typologii jej rodzajów, a także metod stwierdzania i stopniowania niepełnosprawności. Z pewnością sjest to efekt tendencji rosnącej liczby osób niepełnosprawnych, które aktualnie stanowią już około 10% społeczeństwa całej UE³³. Od lat 70-tych wzrasta także liczna regulacji wspólnotowych dotyczących problemu. Poniżej lista pierwszych, najistotniejszych regulacji generalnych (niespecyficznych dla afazji):

- 1) Rezolucja Rady Wspólnot Europejskich (Rady Ministrów) z 27 czerwca 1974 r. ustanawiająca pierwszy wspólnoty program działania na rzecz readaptacji zawodowej osób niepełnosprawnych,
- 2) Uchwała Rady Wspólnot Europejskich z 27 czerwca 1974 r. ustanawiająca wspólny program działań Wspólnot w dziedzinie reintegracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych,
- 3) Rezolucja Rady Wspólnot Europejskich z 21 grudnia 1981 roku w sprawie integracji społecznej osób niepełnosprawnych na szczeblu wspólnotowym
- 4) Zalecenie Rady Wspólnot Europejskich z 24 lipca 1986 r w sprawie Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych we Wspólnocie (86/379/EWG)

Już te pierwsze regulacje dotyczyły kwestii integracji społecznej – często poprzez włączenie do rynku pracy, co w przypadku osób w wieku aktywności zawodowej i z afazją np. po wypadku ma istotne znaczenie – pojawia się problem właściwej rehabilitacji, zarówno w sensie medycznym, jak i zawodowym. W 1989r. został w tym kontekście opracowany

³³ <http://www.portal.idn.org.pl/isic2>

Raport Komisji Europejskiej (dyskutowany w Radzie Wspólnot Europejskich) dotyczący zaleceń Rady Wspólnot Europejskich z 24 lipca 1986 r w sprawie Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych we Wspólnocie (86/379/EWG). Kilka lat później, w 1993r, Parlament Europejski w uchwale 83-580/93 z kwietnia 1993 r. wezwał Komisję Europejską do powołania forum do sprawy zbadania przypadków przemocy wobec osób z niepełnosprawnością oraz opracowywania rocznych raportów na temat sytuacji tych osób w Państwach Członkowskich (pierwsze zostały opracowane na początku 1996 r.)

Z kolei w sferze polityki wspólnotowej, pierwsza ogólna strategia Wspólnoty Europejskiej w sprawie działań na rzecz osób niepełnosprawnych została określona w komunikacie Komisji Europejskiej „Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych” z 30 lipca 1996 r. w sprawie równych szans osób niepełnosprawnych. W jej pierwszej części: „Opis sytuacji: bariery w osiągnięciu równych szans” zostały wskazane zasadnicze przeszkody w integracji, w drugiej: „Równe szanse - nowe podejście” wyraźnie stwierdzono, że dotychczasowe działania społecznej kompensacji i działania charytatywne oraz oddzielne świadczenia dostarczane „na marginesie społeczeństwa”, a także nacisk na specjalistyczne usługi opiekuńcze, spowodowały, że problem marginalizacji i zbyt niskiej partycypacji społecznej tych osób nie została rozwiązany, nowe podejście miało być ukierunkowane na „upowszechnienie”.

Pojęcie upowszechnienia sytuowano w polityce państwa wspierającej pełną partycypację i włączenie osób z niepełnosprawnością w procesy gospodarcze i społeczne. Co więcej, zwrócono uwagę na to, że problematyka niepełnosprawności nie powinna być dalej poza głównym nurtem polityki państwa i nie powinna tworzyć własnego systemu instrumentów, tylko wpisywać się w szerszy kontekst – oba kierunki stanowią bowiem integralne elementy tego samego systemu. Jak podkreślono, ma to zastosowanie do wszystkich osób z niepełnosprawnością bez względu na rodzaj czy stopień niepełnosprawności. Już na tym etapie dostrzeżono potrzebę ewolucji w kierunku modelu równych szans w politykach wobec osób niepełnosprawnych.

W trzeciej części strategii opisano metody, które należy zastosować w celu wyrównania szans osób niepełnosprawnych, a istotę strategii określono jako zobowiązanie Państw Członkowskich do promocji równych szans, wyeliminowania dyskryminacji oraz uznania praw osób z niepełnosprawnością. Wspólnota Europejska miała w tym zakresie wyjaśnić i zaaprobować strategię, „wszelkie rozważanie roli Wspólnoty Europejskiej w tej dziedzinie

musi rozpoczynać się od uznania, że społeczeństwo i reprezentujące je rządy Państw Członkowskich ponoszą główną odpowiedzialność w dziedzinie znoszenia marginalizacji i dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Polityka wobec osób z niepełnosprawnością jest uwarunkowana kulturowo i społecznie w Państwach Członkowskich i dlatego należy przewidywać, że formy osiągnięcia celu równych szans będą różnić się w zależności od kraju, regionu czy lokalnej sytuacji.”

W roku 1996 Komisja zaproponowała, aby Rada Unii Europejskiej³⁴ (taką nazwę od 1993 r. przybrała Rada Wspólnot Europejskich) przyjęła Uchwałę nt. Równych szans, w której potwierdzono zobowiązania do: zasad i wartości, które tkwią u podstaw "Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osobom z Niepełnosprawnością, wydanych przez Narody Zjednoczone", idei leżących u podstaw Uchwały Rady Europy z 9 kwietnia 1992 r. nt. spójnej polityki w sprawie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, zasady równych szans w rozwoju kompleksowej polityki w dziedzinie niepełnosprawności, zasady unikania i wyeliminowania wszelkich form negatywnej dyskryminacji jedynie ze względu na niepełnosprawność.

Jednocześnie Państwa Członkowskie zostały wezwane do zbadania, czy ich polityka jest ukierunkowana na: zwiększenie partycypacji osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym, łącznie z osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności, zwracając przy tym należną uwagę na potrzeby i interesy ich rodzin i opiekunów, upowszechnienie perspektywy związanej z niepełnosprawnością w każdym stosownym sektorze powstawania polityki państw, umożliwienie osobom z niepełnosprawnością pełnej partycypacji w życiu społecznym poprzez usunięcie barier, kształtowanie opinii publicznej pod kątem wrażliwości na zdolności osób z niepełnosprawnością oraz w kierunku strategii równych szans.

Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej przyjęły 9 marca 1999 r. Dyrektywę nr 1999/5/WE w sprawie urządzeń radiowych i końcowych urządzeń telekomunikacyjnych oraz wzajemnego uznawania ich zgodności. Dyrektywa dała Komisji uprawnienia do nakładania wymogów na urządzenia w pewnej klasie sprzętowej czy urządzenia określonego rodzaju, które dotyczą uwzględnienia na etapie konstrukcji cech, ułatwiających korzystanie z tego sprzętu użytkownikom z niepełnosprawnością. Choć w okresie uchwalania aktu dotyczyło to głównie osób z zakłóceniami funkcji motorycznych lub zmysłu wzroku, zakres regulacji można rozciągnąć także na problem trudności komunikacyjnych.

³⁴ taką nazwę od 1993 r. przybrała Rada Wspólnot Europejskich

W 1999r. Rada Unii Europejskiej przyjęła uchwałę w sprawie równych szans zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych, co było ogromnym krokiem w stronę potwierdzenia, że osoby niepełnosprawne mają być wspierane w ich dążeniach do partycypacji społecznej i niezależności – co w oczywisty sposób jest uzależnione od właściwie przeprowadzonej rehabilitacji (medycznej, społecznej i zawodowej). Już rok później, 12 maja 2000 r. Komisja Europejska przedstawiła Komunikat skierowany do Rady Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów "W kierunku Europy bez barier dla osób z niepełnosprawnością". Pierwszą część zatytułowano - „W kierunku większej wartości we wspólnocie”. W trzecim rozdziale „Wykorzystanie społeczeństwa informacyjnego dla dobra wszystkich - inicjatywa europejska i niepełnosprawność” podkreślono, że z rozwój technologii (zwłaszcza telekomunikacji i technologii informacyjnej) to perspektywa ogromnych możliwości dla niepełnosprawnych. Jednak niepełnosprawni mogą i tu doświadczać dodatkowych barier. Konsekwentnie, opisano działanie wspólnoty mające na celu zapewnienie niepełnosprawnym większego dostępu do społeczeństwa informatycznego.

Istotnym krokiem w stronę niezależności osób niepełnosprawnych było, na gruncie zapisów Komunikatu Komisji „Technologie wspomagające - w kierunku bardziej rozwiniętego wspólnego rynku dla technologii wspomagających”, założenie, że „wspieranie zasady projektowania uniwersalnego doprowadzi do technologii, towarów i usług, które będą przystosowane do potrzeb szerszego zakresu użytkowników, łącznie z osobami z niepełnosprawnością [...] Zapewnienie dostępu do technologii dla takich użytkowników najlepiej można osiągnąć za pomocą innych środków: projektowanie specjalnych towarów i usług lub, co ma miejsce w wielu przypadkach, zaadaptowanie lub przystosowanie istniejących towarów i usług do specjalnych wymagań. Technologia, która opiera się na specjalnych towarach i usługach dla ludzi starszych i osób z niepełnosprawnością, często nazywana jest technologią wspomagającą.” W dokumencie została poddana analizie sytuacja rzeczywistego zapotrzebowania na rynku unijnym na tego rodzaju usługi.

Na szczycie Rady Europejskiej w Nicei 7 grudnia 2000 r. uchwalono i podpisano Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Podstawowym jej skutkiem było wprowadzenie zakazu dyskryminacji m. in. ze względu na niepełnosprawność (art. 21), a także podkreślenie kwestii partycypacji społecznej w jej szerokim wymiarze (art. 26): „Unia uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im niezależność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności.” Trzeba podkreślić, że

natura tego dokumentu (regulacja miękka) nie pozwala na wskazanie skutków prawnych – ma ona charakter wyłącznie deklaratoryjny.

Podobnie w trakcie szczytu w Nicei przyjęto Europejską Agendę Społeczną na lata 2000–2005 r. Jej głównym celem było ukierunkowanie działań UE na „działania zmierzające do osiągnięcia pełniejszej integracji osób niepełnosprawnych we wszystkich dziedzinach życia.” Przełomowym momentem dla kwestii pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych, ale także wsparcia dla ich rodzin, był jednak rok 2003, gdy Decyzją Rady Unii Europejskiej z 3 grudnia 2001 roku - rok 2003 został ustanowiony Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych. Miało to miejsce w dziesiątą rocznicę przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych.

W tym samym czasie (20-24 marca 2002 r.) został zorganizowany Europejski Kongres na rzecz Osób Niepełnosprawnych w Madrycie, którego efektem było uchwalenie Deklaracji Madryckiej, której preambuła potwierdziła zrównanie praw niepełnosprawnych z innymi obywatelami, co przesądziło o włączeniu praw niepełnosprawnych w zakres praw człowieka. Wskazano przy tym, że „osoby niepełnosprawne są bardzo zróżnicowaną grupą ludzi, w związku z czym konieczna jest polityka, która będzie respektować tę różnorodność. Szczególnej uwagi wymagają osoby o złożonych, wielorakich potrzebach uzależniających ich od pomocy innych oraz ich rodziny. Ludzie ci stanowią często najbardziej zaniedbywaną grupę wśród wszystkich osób niepełnosprawnych.”

W Europejskim Roku Osób Niepełnosprawnych (2003) Rada Unii Europejskiej wydała następujące Rezolucje dotyczące osób niepełnosprawnych: w sprawie poprawy dostępu osób niepełnosprawnych do społeczeństwa opartego na wiedzy, w sprawie równouprawnienia niepełnosprawnych uczniów i studentów w dostępie do edukacji, w sprawie dostępu osób niepełnosprawnych do instytucji i aktywności kulturalnych, w sprawie promocji zatrudnienia i integracji społecznej osób niepełnosprawnych.

30 listopada 2006 r. Parlament Europejski uchwalił Rezolucję w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007 (2006/2105 (INI). W regulacji tej zostały podsumowane działania Unii na rzecz niepełnosprawnych a Państwa Członkowskie zostały wezwane do uchylecia wszystkich obowiązujących w ich krajowych systemach prawnych przepisów dyskryminujących osoby

niepełnosprawne. Jednocześnie zauważono, że publiczne strony internetowe, w tym strony instytucji europejskich, w ponad 80% przypadków stwarzają bariery dostępności lub nie są dostępne dla osób niepełnosprawnych. W Rezolucji wyraźnie wskazano na potrzebę zapewnienia niepełnosprawnym dostępu do ośrodków i wydarzeń kulturalnych, działalności sportowo-rekreacyjnej i zwrócono uwagę Komisji Europejskiej na potrzebę wspierania udziału programach unijnych takich jak: "Kultura", "Kształcenie ustawiczne", "Młodzież w działaniu", "Media 2007" oraz "Europa obywatelska".

Kolejnym istotnym działaniem regulującym i kształtującym politykę Unii w omawianym obszarze było przyjęcie przez Radę Unii Europejskiej Rezolucji (2008/C 75/01) w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej w dniu 17 marca 2008 r., którą w dużym stopniu charakteryzowała bardzo niekorzystna sytuacja i marginalizowanie osób niepełnosprawnych. Akt ten wpisuje się w wyznaczoną wcześniej linię polityki ukierunkowanej na partycypację społeczną, ale także stanowi istotny dokument ilustrujący aktualną w tym czasie sytuację grupy osób niepełnosprawnych.

Poza aktywnością legislacyjną i wydawaniem dokumentów politycznych, UE podejmuje działania ukierunkowane na wprowadzenie w życie zawartych w nich idei poprzez realizację programów³⁵, finansowanych ze środków unijnych, w tym na przykład takich programów, jak: programy Helios I (realizowany w latach 1988-1991) i Helios II (realizowany w latach 1993 -1996³⁶). Programy te przyczyniły się również do powstania specjalistycznej bazy danych dostarczającej wszelkiego rodzaju niezbędnych informacji z zakresu niepełnosprawności pod nazwą Handynet oraz utworzenia Europejskiego Forum Osób Niepełnosprawnych³⁷. Forum stanowi europejską organizację reprezentującą osoby niepełnosprawne w relacjach z Unią i obejmuje Narodowe Rady Niepełnosprawności (po jednej z każdego kraju członkowskiego Unii Europejskiej oraz z Norwegii i Islandii, a także 85. europejskich organizacji reprezentujących interesy różnych grup osób niepełnosprawnych). Organizacja jest zasadniczo finansowana przez Komisję Europejską, jednak zachowuje status instytucji niezależnej³⁸.

Kolejne inicjatywy UE to program „Horyzont” i tzw. Inicjatywa Wspólnotowa Equal

³⁵ Programy te miały na celu propagowanie wzorcowych praktyk zapewniających równe szanse osobom niepełnosprawnym

³⁶ L.Korga, Prawo Unii Europejskiej a problemy osób z niepełnosprawnością w portalu internetowym GlobalEconomy.pl: <http://globaleconomy.pl/content/view/142/2/> stan na dzień 23.11.2008 r.)

³⁷ E. Wapiennik, R. Piotrowicz, Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002 r. s. 7.

³⁸ Op.cit.s.18.

(realizowana w latach 2000-2006). Pierwsza dotyczy rozwoju nowych metod radzenia sobie z problemami związanymi z rynkiem pracy, druga międzynarodowej współpracy w zakresie promocji nowych sposobów zwalczania wszelkich form dyskryminacji i nierówności na rynku pracy, czyli ponownie problematyki partycypacji społecznej. Poza nowymi programami usprawniono także inne – edukacyjne, takie, jak: Socrates, Młodzież dla Europy, Leonardo da Vinci w sposób umożliwiający uwzględnienie sytuacji i potrzeb niepełnosprawnych³⁹.

WNIOSKI: podsumowanie zebranych informacji, identyfikacja obszarów problemowych, ewentualnych luk i błędów w działaniach instytucjonalnych.

Na podstawie zidentyfikowanych i poddanych analizie materiałów źródłowych – regulacji prawnych, dokumentów politycznych, programów zdrowotnych, literatury oraz źródeł internetowych (strony organizacji, stowarzyszeń, instytucji zajmujących się afazją i pomocą dla osób z afazją) ustalono:

Problem afazji jako następstwa udaru niedokrwiennego oraz innych chorób w populacji dorosłych staje się istotnym zagadnieniem zdrowia publicznego ze względu na wzrost liczby przypadków. Dotyka najczęściej populację w zaawansowanym wieku, choć także występuje wśród osób w wieku aktywności zawodowej. Problem stanowi też konieczność zaangażowania do opieki osób najbliższych – często związany z koniecznością rezygnacji z zatrudnienia.

W przyszłości skala problemu będzie prawdopodobnie rosła – na skutek rosnącej liczby wypadków i udarów, a także z powodu coraz większej skuteczności medycyny i przeżywalności ofiar wypadków i chorych w przypadkach udarów czy innych chorób skutkujących problemem afazji.

1. PRAWO: Na gruncie obowiązujących regulacji prawnych zostały uregulowane uprawnienia pacjentów i formalna podstawa do uzyskania świadczeń rehabilitacyjnych, czas ich trwania, warunki rehabilitacji i kwestia skierowań. Ponadto

³⁹ Szerzej sytuacje osób niepełnosprawnych w UE przedstawiono w: Osoby z niepełnosprawnością w Unii Europejskiej Szanse i Zagrożenia., M. Piasecki i M. Stępnik (red.), Norbertinum Fundacja Fuga Mundii, Lublin 2003r.

zostały uregulowane wymogi kwalifikacji personelu: specjalistów (specyficzne) i ich gabinetów (niespecyficzne i specyficzne). W przepisach wykonawczych zawarty jest wykaz procedur medycznych, przepisy określają też świadczenia wymagające spełnienia dodatkowych warunków.

Prawo reguluje zagadnienia z zakresu organizacji procesu udzielania świadczeń rehabilitacyjnych. Terapia afazji jest regulowana zarówno na poziomie szpitalnym, jak i ambulatoryjnym. Przepisy o pomocy społecznej regulują kwestię dostępności do świadczeń w szczególnej sytuacji życiowej.

W sferze zasad i roli personelu przepisy określają je w stosunku do różnych specjalności – wskazano zawody logopedy i neurologopedy, audiofonologa i inne. Zdefiniowane zostały wymogi dotyczące kwalifikacji zawodowych oraz zadania logopedy/ neurologopedy w terapii, a zawody należą do kategorii tzw. regulowanych – wymagających szczególnych kwalifikacji (klasyfikacja zawodów i specjalności kwalifikuje jako kategorię specjaliści do spraw zdrowia).

W kwestii rodzaju świadczeń dostępnych systemowo najistotniejsze jest Rozporządzenie z 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522 z późn. zm.)

2. POLITYKA: W sferze oceny polityki wobec problemu afazji trzeba podkreślić, że w Polsce brak programów wprost odnoszących się do afazji – są natomiast takie wskazania i programy w polityce poudarowej. Najważniejsze programy to Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu oraz programu POLKARD. W zakresie zgodności z celami wyznaczonymi na rok 2015 w „Deklaracji Helsingborskiej 2006” Europejskich Strategii Udarowych⁴⁰ występują różnice między Polską a krajami UE.

W Polsce są wyraźnie określone standardy terapii udarowej oraz wskazania dla opieki poudarowej. Bezwzględnie rehabilitacja czynna powinna być rozpoczęta tak szybko, jak to możliwe, natychmiast po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego pacjenta – optymalnie w 3–6 miesięcy od momentu zachorowania. Algorytmy polskie

⁴⁰ Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies

i europejskie powstały niezależnie od siebie, ale w podobny sposób definiują siłę zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych. Mimo, że efekty postępowania przywracającego sprawność chorych nie są w pewny sposób udowodnione, oraz ocena skuteczności metod fizjoterapeutycznych jest niejednoznaczna, to jednak polityka jest ukierunkowana na osiągnięcie celu głównego: uzyskanie możliwie najlepszej sprawności psychofizycznej i samodzielności w czynnościach samoobsługi.

W rozpoznanej afazji poudarowej personel powinien dysponować właściwą wiedzą dotyczącą udaru, afazji oraz odpowiednimi umiejętnościami wspieranymi szkoleniem. Wszystkie oddziały udarowe powinny być certyfikowane (stosowanie zaleceń opartych na EBM). Każdy udar powinien być leczony jako nagły przypadek, z natychmiastowym dostępem do tomografii komputerowej mózgu oraz w odpowiednich przypadkach – do leczenia trombolitycznego w oddziale udarowym.

W polityce systemowej szczególnie istotne jest możliwie wczesne i właściwe rozpoznanie otępienia poudarowego oraz nam konieczność wdrożenia stosownego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Istnieje też pilna potrzeba lepszego dostępu do informacji dotyczącej poudarowych zaburzeń poznawczych oraz problemów psychologicznych towarzyszących udarowi.

3. ŚCIEŻKA PACJENTA i NGO: Ścieżka pacjenta w ocenie profesjonalisty (wywiad) jest zasadniczo formalnie zgodna z ustaleniami stanowiącymi efekt analizy przepisów i polityki systemowej, jednak z punktu widzenia praktyka w procesie występują problemy dotyczące realizacji: mało godzin dla logopedów w kontraktach; długie terminy (3-4 tyg.); konieczność samodzielnego finansowania – zatrudnienia prywatnego logopedy dla zachowania ciągłości terapii, brak zinstytucjonalizowanego wolontariatu – przepisy dotyczące wolontariatu są zasadniczo zaporowe (formalnie nie różnią się od umowy o pracę);

Ponadto niepubliczne podmioty lecznicze mają kontrakty z NFZ (krótsze kolejki), wolontariat raczej dla terapii dla dzieci – terapia trudna, profilowana na dzieci a nie na dorosłych, jest obciążeniem finansowym (brak finansowania z NFZ – częste rezygnacje z pomocy).

W terapii i rehabilitacji szczególną rolę powinny odgrywać OPP i NGO wspierające pacjentów i ich rodziny. Nieformalne wsparcie tych organizacji jest dla wielu pacjentów szczególnie istotne, umożliwia prowadzenie rehabilitacji także w sytuacji, gdy jest ona niedostępna (lub niewystarczająca) systemowo. Potrzebna jest współpraca tych instytucji/ organizacji z innymi podmiotami zaangażowanymi.

4. PERSPEKTYWA UE: W UE od lat prowadzi się badania dotyczące niepełnosprawności w ogólności oraz przyczyn, definiowania i typologii jej rodzajów, a także metod stwierdzania i stopniowania niepełnosprawności, wśród nich są także badania dotyczące afazji. W UE liczba osób niepełnosprawnych rośnie i aktualnie stanowi już około 10% społeczeństwa. W regulacjach wspólnotowych brak aktów specyficznych – są regulacje generalnie dotyczące niepełnosprawności, rehabilitacji, wsparcia, społecznej inkluzji i integracji.

Regulacje UE często dotyczą zatrudnienia osób niepełnosprawnych jako mechanizmu włączenia społecznego a także rehabilitacji społecznej i zawodowej. UE podejmuje od lat 90-tych problem równych szans osób niepełnosprawnych („Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych”; „Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osobom z Niepełnosprawnością”, Uchwała Rady Europy z 1992;). Polityka i regulacje UE zawierają wskazania dla polityki wspierającej pełną partycypację i włączenie osób z niepełnosprawnością w procesy gospodarcze i społeczne oraz ukierunkowanie na problemy osób niepełnosprawnych w każdym stosownym sektorze powstawania polityki państw. Regulacje UE podkreślają aspekt dostępności do technologii i wykorzystania innowacji.

W 2000 r. wydany został Komunikat "W kierunku Europy bez barier dla osób z niepełnosprawnością", między innymi wskazujący na działanie wspólnoty dla zapewnienia niepełnosprawnym większego dostępu do społeczeństwa informatycznego, a następnie Komunikat Komisji „Technologie wspomagające - w kierunku bardziej rozwiniętego wspólnego rynku dla technologii wspomagających”, co dla osób z afazją ma szczególne znaczenie.

Od r.2000 – funkcjonuje przyjęta Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej: wprowadzenie zakazu dyskryminacji m. in ze względu na niepełnosprawność (art. 21), podkreślenie kwestii partycypacji społecznej w jej szerokim wymiarze (art. 26):

uznanie prawa osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków ukierunkowanych na niezależność, integrację społeczną i zawodową oraz partycypację w społeczności.

W roku 2003 – Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych – przyjęto Rezolucje w sprawie poprawy dostępu osób niepełnosprawnych do społeczeństwa opartego na wiedzy, w sprawie równouprawnienia niepełnosprawnych uczniów i studentów w dostępie do edukacji, w sprawie dostępu osób niepełnosprawnych do instytucji i aktywności kulturalnych, w sprawie promocji zatrudnienia i integracji społecznej osób niepełnosprawnych

UE tworzy warunki dla programów, finansowanych ze środków unijnych: Helios I (1988-1991) i Helios II (1993-1996⁴¹) i bazy danych - Handynet , Europejskie Forum Osób Niepełnosprawnych, program „Horyzont” i tzw. Inicjatywę Wspólnotową Equal. Zapoczątkowały one stale rozwijające się nowe, społeczne podejście do problemu niepełnosprawności, którego głównymi założeniami są: zakaz dyskryminacji, inkluzja społeczna, pełna społeczna partycypacja i wsparcie dla rodzin.

REKOMENDACJE: Model efektywnego podejścia do problemu afazji – na podstawie ustaleń i ewentualnych, wskazanych dobrych praktyk. Propozycja materiałów informacyjnych, „manual” dla pacjenta i jego rodziny opis „ścieżki pacjenta”.

Model efektywnego podejścia do problemu afazji – na podstawie ustaleń i ewentualnych, wskazanych dobrych praktyk

Polepszenie poziomu prewencji, leczenia, rehabilitacji, opieki oraz długoterminowej pomocy zredukuje zarówno koszty społeczne, jak i finansowe afazji. Pomoże to tysiącom ludzi dotkniętych afazją odbudować swoje życie. Aby osiągnąć nakreślone cele polityki zdrowotnej w omawianym temacie należy podejmować działania ukierunkowane na:

1. Zwiększenie świadomości

⁴¹ L.Korga, Prawo Unii Europejskiej a problemy osób z niepełnosprawnością w portalu internetowym GlobalEconomy.pl: <http://globaleconomy.pl/content/view/142/2/> stan na dzień 23.11.2008 r.)

Jednym z priorytetów w zakresie, akcji mających na celu ograniczenie liczby udarów, powinny być działania budujące świadomość dotyczącą czynników ryzyka udaru oraz skutecznej prewencji. W chwili obecnej w naszym kraju regularne programy edukacyjne związane z udarem są prowadzone głównie przez organizacje pozarządowe (NGO), które dysponują niewielkimi środkami i ograniczonymi zasobami kadrowymi. Należy stworzyć takie warunki, aby edukacja prozdrowotna była prowadzona w sposób aktywny, ciągły i kompleksowy. Jednym z rozwiązań może być motywowanie szpitali do włączania edukacji zdrowotnej do ich bieżącej aktywności.

Innym – przeznaczenie środków publicznych na kampanie edukacyjne realizowane przez odpowiednie instytucje państwowe lub NGO.

2. Ocenę edukacji zdrowotnej

Istnieje potrzeba skuteczniejszej oceny zdrowia publicznego, wspartej przez rząd, w celu dokładnego rozeznania sytuacji epidemiologicznej oraz podatności polskiej populacji na czynniki ryzyka. Tematyka udarowa zdecydowanie częściej powinna być włączana w programy publicznej służby zdrowia oraz politykę i działalność związaną z promocją zdrowia.

3. Wzmocnienie roli lekarzy pierwszego kontaktu w zmniejszaniu ryzyka udaru

Lekarze pierwszego kontaktu muszą być odpowiednio zmotywowani do oceny poziomu ryzyka, monitorowania oraz właściwego prowadzenia wszystkich pacjentów, u których ryzyko to jest zwiększone, a także wdrażania odpowiedniego zachowania prozdrowotnego.

W programach polityki poudarowej wymienionych powyżej określono możliwości rehabilitacji poudarowej w Polsce. Wykazano, że tylko niewielki odsetek oddziałów neurologii (14%) i rehabilitacji (10%) w naszym kraju zapewnia dostęp do kompleksowej rehabilitacji poudarowej. W latach 90- tych istniało tylko 20,8% z potrzebnych łóżek na oddziałach rehabilitacji przeznaczonych dla pacjentów dotkniętych UM. (Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, Manifest Udarowy, Program Polkard).

Patrząc z perspektywy badania POLKARD widać poprawę poziomu i dostępności do rehabilitacji, jak również systematycznie powstają nowe placówki specjalizujące się w leczeniu pacjentów z UM, a ograniczenie zachorowalności umieralności z powodu udarów

mózg jest jednym z celów strategicznych Narodowego Program Zdrowia na lata 2008–2015, to jednak potrzeby w tym zakresie są znacznie większe.

Zapewnienie skutecznej rehabilitacji poudarowej, jak podkreślają autorzy polskich wytycznych, wymaga w naszym kraju pilnego podjęcia wielu działań, przede wszystkim:

1/ uzupełnienia brakującej kadry medycznej

2/ rozwoju szczegółowo zaplanowanego, zintegrowanego systemu obejmującego nie tylko intensywną opiekę i wczesne usprawnianie na oddziałach neurologii, ale także całościową rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych oraz sprawowanie adekwatnej do potrzeb chorego opieki domowej.

Realizacja powyższego celu, jako jednego z istotnych czynników umożliwiających redukcję ryzyka śmierci lub pobytu w zakładach opieki długoterminowej i zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych wśród pacjentów z afazją w Polsce, możliwa jest jedynie przy współdziałaniu wszystkich interesariuszy: pacjentów, lekarzy i innych pracowników medycznych, przedstawicieli płatników i wymiaru sprawiedliwości oraz pozostałych zainteresowanych stron.

Propozycja materiałów informacyjnych, „manual” dla pacjenta i jego rodziny – opis „ścieżki pacjenta” – schemat w załączniku

Bibliografia:

Anna Członkowska, Iwona Sarzyńska-Długosz, *Możliwości Rehabilitacji Poudarowej W Polsce*

<http://www.zeszyty.awf.katowice.pl/pdf/vol%2020/03%20czlonkowska%20et%20al.pdf>

Deklaracja Helsingborksa 2006 pdf.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAAahUKEwjlvvHT4JfIAhVI2SwKHSwLBd8&url=http%3A%2F%2Fwww.studencimedycyny.pl%2Fpobierz%2Fc1b95126d480eecaab02079a3bb397c5%2F&usg=AFQjCNGcunsWisZhZgDuCihmY_FmTpQOxQ&sig2=GfoQjRK32UwHPv_HHY892A&cad=rja

Foulkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. 1988. The Stroke Data Bank: design, methods, and baseline characteristics. *Stroke*; 19: 547- 54. 3.



Helgason C.M., Wolf P.A. 1997. American Heart Association Prevention Conference IV: Prevention and Rehabilitation of Stroke. Executive Summary. *Circulation*; 96: 701-7

Maruszewski M., Mowa a mózg. PZWL, Warszawa 1970

Manifest udarowy 2014., <http://www.manifestudarowy.pl/>

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu

www.ipin.edu.pl/kiz/neurologia2/32.htm

Narodowy Program Zdrowia 2007-2015,

www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf.../zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu naczyniowego Polkard, pdf

http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/polkard_06012010.pdf

Pohjasvaara T., Erkinjuntti., Ylikoski R., Hietanen M., Vataja R., Kaste M., Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke* 1998, 29, 75- 81

Ryglewicz D., Milewska D., Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu, *Udar Mózgu*, 2004, tom 6, nr 2, 65-70

Sacco R.L., Benjamin E.J., Broderick J.P. et al. 1997. Risk Factors Panel - American Heart Association Prevention Conference IV) *Stroke*; 28: 1507-17

Sytuacja Osób Chorych na chorobę Alzheimer- Raport RPO, A. Szczudlik (red) Warszawa 2014

<https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20w%20Polsce%20Raport%20RPO.pdf>

Wade D.T., Hewer R.L., Dawid R.M., Enderby P.M. : Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 198, 49, 11- 16

World Health Organization. 2000. The world health report. Geneva,WHO