

WCZESNA INTERWENCJA

Postępy i rozwój w dziedzinie
2005–2010



**WCZESNA INTERWENCJA –
POSTĘPY I ROZWÓJ W DZIEDZINIE
2005–2010**

**Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze
Specjalnymi Potrzebami**



Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami jest niezależną i samorządną organizacją finansowaną przez Kraje Członkowskie Agencji oraz instytucje Unii Europejskiej (Komisję i Parlament Europejski).

Zawarte w niniejszej publikacji poglądy poszczególnych osób nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska Agencji, jej krajów członkowskich, ani Komisji Europejskiej. Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za umieszczoną w tym dokumencie zawartość merytoryczną ani za sposób jej użycia.

Redakcja: V. Soriano oraz M. Kyriazopoulou, European Agency for Development in Special Needs Education

Następujące osoby wniosły szczególny wkład w przygotowanie niniejszego dokumentu: Filomena Pereira (portugalskie Ministerstwo Edukacji), Bojana Globačnik (słoweńskie Ministerstwo Edukacji i Sportu), Yolanda Jiménez Martínez (hiszpańskie Ministerstwo Edukacji), Małgorzata Dońska-Olszko (polskie Ministerstwo Edukacji) oraz Lenka Svitek (stażystka w Europejskiej Agencji Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami), za co należą się im specjalne podziękowania.

Dozwala się cytowanie fragmentów niniejszego dokumentu pod warunkiem umieszczenia dokładnego adresu bibliograficznego. Prosimy o stosowanie następującej noty bibliograficznej: European Agency for Development in Special Needs Education, 2010. *Wczesna interwencja – Postępy i rozwój w dziedzinie 2005–2010*, Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education

Raport niniejszy dostępny jest w otwartym na zmiany formacie elektronicznym w tłumaczeniu na 21 języków; ma to na celu ułatwienie dostępu do zawartych w nim informacji. Wersje elektroniczne raportu można pobrać ze strony internetowej Agencji: www.european-agency.org

ISBN: 978-87-7110-051-8 (wersja drukowana)

ISBN: 978-87-7110-074-7 (wersja elektroniczna)

© **European Agency for Development in Special Needs Education 2010**

Sekretariat
Østre Stationsvej 33
DK-5000 Odense C Denmark
Tel: +45 64 41 00 20
secretariat@european-agency.org

Biurowisko w Brukseli
3 Avenue Palmerston
BE-1000 Brussels Belgium
Tel: +32 2 280 33 59
brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

Dokument powstał przy wsparciu Dyrektoriatu Generalnego do spraw Edukacji i Kultury przy Komisji Europejskiej:

http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/index_en.htm



SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
WPROWADZENIE	7
1. PODSUMOWANIE INFORMACJI Z RAPORTÓW KRAJOWYCH.....	11
1.1 Postęp i najważniejsze zmiany, jakie dokonały się w zakresie dostępności WI.....	11
1.1.1 <i>Wypracowanie instrumentów polityki sektorowej</i>	12
1.1.2 <i>Dostęp do informacji skierowanych do rodzin i specjalistów</i>	13
1.1.3 <i>Precyzyjne określenie grup docelowych.....</i>	13
1.2 Postęp i najważniejsze zmiany, jakie dokonały się w zakresie bliskości miejsca realizacji świadczeń	17
1.2.1 <i>Decentralizacja świadczeń</i>	18
1.2.2 <i>Odpowiedź na potrzeby rodzin i dzieci</i>	20
1.3 Postęp i najważniejsze zmiany w zakresie przystępności finansowej świadczeń	23
1.3.1 <i>Finansowanie świadczeń, WI</i>	23
1.4 Postęp i najważniejsze zmiany w obszarze pracy zespołów interdyscyplinarnych.....	25
1.4.1 <i>Współpraca z rodzinami</i>	25
1.4.2 <i>Budowanie zespołów i stabilność ich składu osobowego .</i>	28
1.5 Postęp i najważniejsze zmiany w zakresie zróżnicowania i koordynacji świadczeń	31
1.5.1 <i>Koordinacja działań w ramach sektorów i pomiędzy nimi</i>	31
1.5.2 <i>Koordinacja świadczeń i ciągłość terapii</i>	35
1.5.3 <i>Dodatkowe informacje na temat standardów jakości w obszarze WI.....</i>	37
2. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	39
2.1 Wnioski	39



2.2	Rekomendacje.....	41
2.2.1	<i>Dotarcie do całej populacji osób potrzebujących WI.....</i>	41
2.2.2	<i>Zapewnienie jakości i jednolitych standardów świadczeń WI oraz warunków ich realizacji.....</i>	42
2.2.3	<i>Respektowanie praw oraz potrzeb dzieci i ich rodzin.....</i>	43
2.2.4	<i>Ustawodawstwo i rozwiązania systemowe (instrumenty polityki sektorowej).....</i>	44
2.2.5	<i>Poprawa koordynacji działań wewnątrz sektorów i pomiędzy nimi.....</i>	45
2.2.6	<i>Rozwój zawodowy specjalistów.....</i>	45
	LISTA NOMINOWANYCH EKSPERTÓW.....	47
	ANEKS.....	48



WSTĘP

Niniejszy raport przedstawia postępy i najważniejsze zmiany jakie dokonały się w dziedzinie Wczesnej Interwencji (WI) w Europie od roku 2005. Są to zmiany o charakterze ogólnym, opisane w odniesieniu do pięciu elementów kluczowych: dostępności, bliskości, dostępności finansowej, interdyscyplinarności i zróżnicowania. Elementy te uznano za kluczowe dla modelu WI, jaki został wypracowany w ramach badań opublikowanych przez Agencję w roku 2005.

Kraje członkowskie Agencji zainicjowały prace nad projektem, chcąc zaktualizować analizę obszaru wczesnej interwencji, jakiej dokonano w latach 2003–2004.

W projekcie uczestniczyło 26 krajów – Austria, Belgia (wspólnota francuskojęzyczna), Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania (Anglia i Irlandia Północna) – które nominowały łącznie 35 ekspertów krajowych do udziału w projekcie. Dane kontaktowe ekspertów zamieszczone są w końcowej części niniejszego dokumentu.

Dziękujemy im za wkład, jaki wnieśli w realizację projektu wraz z członkami Rady Przedstawicieli Agencji i Koordynatorami Krajowymi. Ogrom ich pracy przyczynił się do sukcesu projektu Agencji.

Niniejszy raport podsumowujący przedstawia najważniejsze wnioski płynące z projektu. Opiera się on na informacjach, które przesłały kraje uczestniczące w postaci raportów krajowych. Raporty krajowe oraz inne materiały z zakresu WI dostępne są na specjalnej stronie internetowej Agencji poświęconej projektowi: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>

Cor J. W. Meijer

Dyrektor

Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami



WPROWADZENIE

Niniejszy raport podsumowuje postępy i przedstawia najważniejsze zmiany, jakich od roku 2005 biorące w nim udział kraje dokonały na polu wczesnej interwencji (WI); raport opiera się na informacjach dostarczonych w raportach krajowych.

Projekt ten zainicjowały kraje członkowskie Agencji z myślą o uaktualnieniu analizy obszaru WI dokonanej przez Agencję w latach 2003–2004. Raport podsumowujący opublikowany w roku 2005 znaleźć można pod następującym adresem internetowym: <http://www.european-agency.org/publications/ereports/>

W analizie, jakiej dokonano w ramach pierwszego projektu Agencji, podkreślono wagę WI zarówno na poziomie kształtowania polityki sektorowej, jak i na poziomie praktyki specjalistycznej; zaproponowano także model WI oparty na bezpośrednim zaangażowaniu służby zdrowia, sektora oświaty i opieki społecznej. Model ten skupia się na procesie rozwoju dziecka oraz wpływie interakcji społecznych na ten proces; uwzględnia przy tym zarówno poszczególne etapy rozwoju, jak i sytuację konkretnych dzieci. Stanowi to przykład odchodzenia od wspomagania koncentrującego się przede wszystkim na dziecku na rzecz podejścia, które przyjmuje szerszą perspektywę uwzględniającą zarówno dziecko, jak też jego rodzinę i środowisko. Tym samym wpisuje się on w szersze zjawisko ewolucji poglądów na niepełnosprawność, polegającej na porzucaniu modelu „medycznego” na rzecz „społecznego”.

Zgodnie z tym ostatnim modelem, grupa ekspertów pracująca przy pierwszym projekcie Agencji zaproponowała i przyjęła następującą definicję roboczą Wczesnej Interwencji:

WI to zbiór świadczeń i usług skierowanych do bardzo małych dzieci i ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka, i obejmujących każde działanie podjęte w sytuacji, gdy dziecko potrzebuje specjalnego wsparcia po to, aby:

- *Zapewnić mu osobisty rozwój i wspomóc jego przebieg;*
- *Wzmocnić umiejętności i możliwości jego rodziny;*
- *Wesprzeć integrację społeczną dziecka i jego rodziny.*



W ramach pierwszego projektu zidentyfikowano szereg warunków, które należałoby spełnić, aby społeczny model WI dobrze funkcjonował. Są to:

Dostępność: podstawowym celem WI jest dotarcie do wszystkich dzieci i rodzin potrzebujących wsparcia tak wcześnie, jak jest to możliwe. We wszystkich krajach za priorytetową uznaje się kwestię wyrównania szans pomiędzy regionami w zakresie dostępności usług WI po to, by zapewnić wszystkim dzieciom i rodzinom zwracającym się o pomoc świadczenia takiej samej jakości.


Bliskość: ten element odnosi się w pierwszym rzędzie do wymogu, by świadczenia wczesnej interwencji dostępne były dla wszystkich potrzebujących. Miejsce udzielania świadczeń, zarówno na poziomie lokalnym, jak gminnym, powinno znajdować się możliwie najbliżej miejsca zamieszkania rodziny. Po drugie, bliskość odnosi się także do filozofii udzielania świadczeń skoncentrowanych na rodzinie. Jasne zrozumienie potrzeb rodziny i szacunek dla nich powinny zawsze stanowić fundament podejmowanych działań.

Przystępność finansowa: świadczenia udzielane są nieodpłatnie lub za minimalną opłatą. Finansowane są ze środków publicznej służby zdrowia, przez sektor opieki społecznej i oświaty, lub przez organizacje pozarządowe, w tym organizacje typu non-profit. Świadczenia te mogą być oferowane niezależnie lub w sposób skoordynowany.

Interdyscyplinarność: specjaliści odpowiadający za bezpośrednią pomoc niesioną małym dzieciom i ich rodzinom wywodzą się z różnych dyscyplin i pracują w różnych zawodach, przez co mają bardzo różne przygotowanie, zależnie od sektora, w którym pracują. Praca zespołowa wspomaga wymianę informacji pomiędzy członkami zespołu.

Zróźnicowanie świadczeń: ta cecha wiąże się bezpośrednio ze zróźnicowaniem dyscyplin zaangażowanych w realizację świadczeń WI. W wielu krajach w obszarze WI zaangażowane są trzy sektory – ochrony zdrowia, opieki społecznej i oświaty; jednocześnie w tym zakresie zarysowują się też poważne różnice pomiędzy państwami.

Na podstawie powyższych pięciu elementów eksperci pierwszego projektu Agencji uzgodnili listę rekomendacji zaleczanych do wdrożenia. Lista ta nie jest oczywiście wyczerpująca.



Przeprowadzona ostatnio aktualizacja pierwszego projektu opierała się na wynikach i rekomendacjach pierwszej analizy przeprowadzonej przez Agencję. Celem niniejszego projektu jest przedstawienie postępów i najważniejszych zmian, jakie od roku 2004 dokonały się w krajach członkowskich w odniesieniu do powyższych pięciu elementów kluczowych.

W aktualizacji projektu w latach 2009–2010 wzięły udział nowe kraje. W projekcie uczestniczyły: Austria, Belgia (wspólnota francuskojęzyczna), Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania (Anglia i Irlandia Północna).

Aby usprawnić proces zbierania danych dotyczących świadczeń i sposobu organizacji WI na poziomie krajowym, w ramach niniejszej aktualizacji przygotowany został przy współudziale ekspertów specjalny dokument. Jego pierwsza część miała na celu zebranie informacji na temat dostępnych w danym kraju świadczeń i usług adresowanych do dzieci od urodzenia do 6 roku życia. Ta część odzwierciedla ścieżkę, jaką przebywa zazwyczaj dziecko potrzebujące wczesnej interwencji od chwili urodzenia do ukończenia 5–6 roku życia, i odpowiada analogicznemu dokumentowi wypełnianemu przez uczestników pierwszego projektu.

Część druga dokumentu stawia pytania dotyczące istniejących narzędzi polityki w zakresie WI oraz stanu ich wdrożenia, jak również pytania na temat relacji pomiędzy obecną praktyką a pięcioma kluczowymi elementami WI.

Niniejszy raport podsumowuje informacje zebrane przez ekspertów projektu dzięki raportom krajowym. Raporty krajowe dostępne są na stronie internetowej Agencji poświęconej niniejszemu projektowi: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>

Sekcja I raportu przedstawia w skrócie postępy oraz zmiany, jakie zaszły w uczestniczących w projekcie krajach w dziedzinie WI, odnosząc je do pięciu elementów kluczowych: dostępności, bliskości, przystępności finansowej, interdyscyplinarności i zróżnicowania świadczeń.



Sekcja II przedstawia najważniejsze ustalenia i konkluzje wpływające z raportów krajowych oraz dyskusji przeprowadzonych w ramach projektu, a także szereg propozycji i rekomendacji skierowanych do decydentów i specjalistów pracujących w dziedzinie WI.

Aneks zawiera przegląd najważniejszego ustawodawstwa i regulacji prawnych w zakresie WI obowiązujących w krajach uczestniczących projekcie.



1. PODSUMOWANIE INFORMACJI Z RAPORTÓW KRAJOWYCH

Rozdział niniejszy ma za zadanie przedstawić przegląd najważniejszych zmian, jakie w dziedzinie WI dokonały się w Europie od roku 2005, oraz omówić te zmiany w odniesieniu do pięciu elementów kluczowych dla modelu WI zaproponowanego w podsumowaniu projektu badawczego Agencji w roku 2005. Elementy te są następujące: dostępność, bliskość, dostępność finansowa, interdyscyplinarność i zróżnicowanie świadczeń.

Najpierw przedstawione zostaną uzgodnione w roku 2005 definicje oraz odpowiednie rekomendacje przygotowane do każdego ze wspomnianych elementów, a następnie, na podstawie przedłożonych przez uczestników dla potrzeb niniejszego projektu raportów krajowych, omówione będą postępy oraz najważniejsze zmiany w dziedzinie WI.

Przykłady rozwiązań przyjętych w poszczególnych krajach zostały również zaczerpnięte z raportów krajowych. Bardziej szczegółowe informacje na temat rodzajów świadczeń i ich dostępności w poszczególnych krajach, a także określone przykłady, do których odnoszą się raporty krajowe, dostępne są na specjalnej stronie internetowej Agencji poświęconej projektowi: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>

W kolejnych podrozdziałach przedstawione zostały informacje na temat postępów i zmian, jakie dokonały się w różnych obszarach WI.

1.1 Postęp i najważniejsze zmiany, jakie dokonały się zakresie dostępności WI

Zasadniczym celem WI we wszystkich krajach jest dotarcie do wszystkich dzieci i rodzin potrzebujących pomocy tak szybko, jak to jest możliwe. W roku 2005 zaproponowano trzy rekomendacje, które służyć miały jego realizacji:

- a) Wprowadzenie odpowiednich instrumentów polityki sektorowej (rozwiązań systemowych) na poziomie lokalnym, regionalnym i ogólnokrajowym, które gwarantować będą realizację prawa do WI dla każdego dziecka i rodziny w potrzebie.
- b) Zapewnienie na każdym ze szczebli: lokalnym, regionalnym i krajowym, łatwego dostępu do wyczerpujących, jasnych oraz



precyzyjnych informacji skierowanych do rodzin i specjalistów.

c) Precyzyjna definicja grup docelowych pomagająca odpowiednim organom ustalić, we współpracy ze specjalistami, kryteria kwalifikacji do świadczeń WI.


1.1.1 Wypracowanie instrumentów polityki sektorowej

Od roku 2005, czyli odkąd zebrano informacje na temat WI w ramach poprzedniego projektu Agencji, wypracowywane zostały (i nadal są tworzone) liczne rozwiązania systemowe, wprowadzane są też reformy oraz podejmowane ustalenia na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym, służące rozwojowi świadczeń WI skierowanych do dzieci poniżej 5/6 roku życia i ich rodzin. (Aneks przedstawia przegląd regulacji prawnych i narzędzi polityki oświatowej w dziedzinie WI w krajach uczestniczących w projekcie).

Niezależnie od różnic wynikających z odmiennych uwarunkowań w poszczególnych państwach, z raportów krajowych wynika, iż wszystkie proponowane zmiany gwarantują – bezpośrednio lub pośrednio – prawo do korzystania z WI potrzebującym jej dzieciom i ich rodzinom.

W całej Europie w działania związane z WI, tworzenie nowych rozwiązań w tej dziedzinie, oraz realizację świadczeń, zaangażowane są trzy sektory: ochrony zdrowia, opieki społecznej i edukacji. W rezultacie odpowiedzialność za kształtowanie polityki w zakresie WI spoczywa na trzech ministerstwach: Zdrowia, Opieki Społecznej oraz Edukacji (lub ich odpowiednikach). To, który ze wspomnianych sektorów odpowiada za niesienie pomocy i udzielanie świadczeń WI potrzebującym dzieciom i ich rodzinom na określonym etapie tego procesu, zależy od wielu czynników. Zaliczyć do nich można potrzeby, jakie na danym etapie ma dziecko i jego rodzina, wiek dziecka, dostępność wymaganego wsparcia, a także obowiązujące w danym państwie rozwiązania ustawowe regulujące odpowiedzialność poszczególnych ministerstw za organizację świadczeń skierowanych do małych dzieci.

We wszystkich krajach za niezwykle ważną z punktu widzenia skuteczności i efektywności procesu WI uznaje się kwestię współpracy i koordynacji rozwiązań systemowych oraz działań podejmowanych przez wszystkie trzy sektory na różnych szczeblach (lokalnym, regionalnym i krajowym). Obecnie realizowanych jest wiele inicjatyw zmierzających do lepszej koordynacji świadczeń



udzielanych dzieciom i rodzinom na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. (Informacje na temat koordynacji pomiędzy sektorami i świadczeniodawcami znajdują się w sekcjach 1.5 oraz 2.2.5.)

1.1.2 Dostęp do informacji skierowanych do rodzin i specjalistów

Z raportów krajowych wynika, że informacje o świadczeniach WI docierają do rodziców podczas ich kontaktów ze służbą zdrowia, opieką społeczną, lub placówkami oświatowymi, a także dzięki kampaniom informacyjnym, stronom internetowym świadczeniodawców, ulotkom i plakatom, konferencjom i warsztatom, itd.

Odnosząc się do pytania o dostęp rodzin do obszernych, jasnych i precyzyjnych informacji, eksperci projektu zawrócili uwagę na fakt, że w obecnych czasach wszystkie sektory prowadzą bardzo szeroko zakrojoną politykę informacyjną. Raport szwedzki jasno stwierdza, że problemem dla rodzin jest nie tyle dostęp do informacji, co odnalezienie informacji istotnych i przydatnych z punktu widzenia potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny. Jednocześnie, stwierdza się dalej w tym samym opracowaniu, uzyskanie niezbędnych informacji pozostaje wyzwaniem dla rodzin ubogich, rodzin imigrantów oraz tych zamieszkujących odległe i słabo zaludnione obszary.

Jeżeli chodzi o wsparcie udzielane rodzinom przed urodzeniem dziecka, wszystkie kraje, wedle złożonych raportów, zapewniają matkom opiekę i konsultacje w okresie ciąży. Wszystkim kobietom oczekującym dziecka gwarantuje się opiekę zdrowotną podczas jej trwania. Wśród gwarantowanych świadczeń znajdują się badania lekarskie, przygotowanie do porodu oraz udzielanie informacji.

Wedle raportów krajowych we wszystkich państwach system opieki zdrowotnej uwzględnia także doniosłość pierwszego roku życia dziecka jako okresu, w którym wykrywane są trudności i opóźnienia rozwojowe. Silny nacisk kładzie się na stałą opiekę medyczną i program szczepień realizowany w pierwszym roku życia dziecka. Przewiduje się w tym okresie szereg wizyt mających na celu sprawdzenie stanu zdrowia dziecka, ocenę jego rozwoju, oraz przeprowadzenie szczepień.

1.1.3 Precyzyjne określenie grup docelowych

Raporty krajowe wskazują na występowanie w całej Europie tendencji do korzystania ze świadczeń WI przez dzieci z grup ryzyka.



Dzieci ze specjalnymi potrzebami są diagnozowane w ośrodkach lokalnych, i także w pobliżu miejsca zamieszkania rodziny udzielane są świadczenia. Kryteria, wedle których przyznaje się określone świadczenia dla danego rodzaju niepełnosprawności lub zaburzeń, ustalane są na poziomie krajowym, regionalnym, lub lokalnym.

W Holandii każdy z sektorów – ochrony zdrowia, opieki społecznej i edukacji, posługuje się jasnymi kryteriami służącymi identyfikacji i diagnostyce dzieci potrzebujących opieki. Są jednak pewne wyjątki. Dotyczą one przede wszystkim bardziej skomplikowanych przypadków. Zdarza się na przykład, że w rodzinie występuje jednocześnie kilka problemów (takich jak trudne otoczenie społeczne, specjalne potrzeby rodziców dziecka, problemy językowe, problemy psychiczne, przemoc w rodzinie). W takiej sytuacji trudno jest ocenić, które z nich są pierwotne, a które wtórne, gdyż nie jest łatwo oddzielić od siebie uwarunkowania fizyczne samego dziecka od uwarunkowań środowiskowych.


W Luksemburgu trwają prace nad zdefiniowaniem jasnych kryteriów w ramach regulacji prawnych dotyczących pomocy dzieciom i rodzinom. Dodatkowo sformalizowane procedury współpracy pomiędzy rodziną, organizacjami pozarządowymi (NGO), koordynatorami WI oraz świadczeniodawcami mają zapewnić dzieciom i rodzinom dostęp do odpowiedniej pomocy i wsparcia.

Z przeglądu raportów krajowych wynika, że sformułowanie jasnych kryteriów udzielania świadczeń i zagwarantowanie rodzinom dostępu do odpowiedniej pomocy i wsparcia pozostaje nadal pewnym wyzwaniem. W niektórych przypadkach brak wykwalifikowanego personelu, a także niedostateczna wiedza i niejasne definicje potrzeb, prowadzą do znaczącego zróżnicowania rodzaju wsparcia i pomocy ambulatoryjnej udzielanej w różnych regionach tego samego kraju.

W Austrii na przykład kryteria, wedle których określa się, czy dziecko jest niepełnosprawne lub zagrożone niepełnosprawnością, różnić się mogą w zależności od regionu.

W Polsce dzieci otrzymują wsparcie jedynie w oparciu o podstawową diagnozę lekarską, a niekoniecznie w odpowiedzi na ich specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne.

W Słowenii grupy docelowe nie są jasno zdefiniowane, a wsparcie udzielane rodzinom uważa się za niewystarczające.



W Portugalii grupę docelową WI stanowią dzieci w wieku od urodzenia do 6 roku życia, u których występują takie zaburzenia fizyczne, które ograniczają im możliwość podejmowania właściwych dla wieku form aktywności i interakcji społecznych, oraz dzieci z tej samej grupy wiekowej znajdujące się w grupie ryzyka wystąpienia poważnego opóźnienia w rozwoju.

W Irlandii *Ustawa o niepełnosprawności* z roku 2005 określa sposób identyfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności u dzieci poniżej 5 roku życia oraz określa świadczenia służące zaspokojeniu tych potrzeb w ramach posiadanych środków. *Ustawa o kształceniu osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* z roku 2004, która jeszcze nie w pełni weszła w życie, określa sposób identyfikacji tych potrzeb oraz zakres świadczeń dla dzieci w wieku szkolnym.

W Grecji istnieją liczne prywatne ośrodki terapeutyczne oraz stowarzyszenia rodziców i pedagogów specjalnych (NGO), które samodzielnie lub w porozumieniu z Ministerstwami Zdrowia i Edukacji tworzą i stosują programy wczesnej interwencji. Wszystkie te instytucje obejmują opiekę dzieci do 7 roku życia. Terapia przeprowadzana jest w domu i opiera się na następujących przesłankach:

a) jak najwcześniejszej diagnozie niepełnosprawności oraz b) wsparciu dla rodziców i udzielaniu im porad.

Wszędzie w Europie istnieją mechanizmy służące identyfikacji dzieci niepełnosprawnych oraz dzieci z grup ryzyka oraz dotarciu do nich, choć są one bardzo zróżnicowane. Niektóre rozwiązania można niewątpliwie uznać za lepsze innych.

Na przykład w Wielkiej Brytanii (Anglii) wdrożono szeroki ogólnokrajowy program badań przesiewowych; różne instytucje pracujące z dziećmi stosują te same protokoły postępowania i narzędzia po to, by móc szybko określić, które dzieci i rodziny potrzebują WI, a następnie bezzwłocznie skierować je na dalsze badania. Dzieci wymagające WI bywają czasem diagnozowane w pierwszych dniach po urodzeniu na oddziale noworodkowym, przez położną lub pediatrę w rejonowych ośrodku zdrowia. Odwiedzające dziecko i rodzinę w miejscu zamieszkania pielęgniarki środowiskowe, którym przypada szczególna rola monitorowania stanu zdrowia i rozwoju dzieci w pierwszych dwu latach życia, po przeprowadzeniu rozmowy z rodzicami kierują dzieci na dalsze badania. Dzieci nieco




starsze są zwykle kierowane do ośrodka WI przez pracowników „ogólnodostępnych” placówek przedszkolnych lub żłobków.

W Islandii szpitale i ośrodki zdrowia kierują dzieci, u których podejrzewa się poważne zaburzenia rozwoju, na dalsze badania do odpowiednich placówek: Państwowego Ośrodka Diagnostyki i Terapii, ośrodka dla niewidomych lub ośrodka dla niesłyszących i niedosłyszących. Państwowy Ośrodek Diagnostyki i Terapii przesyła informacje o rodzinie dziecka do Regionalnej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych. Jeżeli podejrzenie zaburzeń rozwoju pojawia się na etapie kształcenia przedszkolnego, dziecko, za zgodą rodziców, kierowane jest do miejscowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Poradnia z kolei może skierować dziecko do Państwowego Ośrodka Diagnostyki i Terapii lub do Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży. Narodowy program badań przesiewowych przeprowadzanych w lokalnych ośrodkach zdrowia obejmuje wszystkie dzieci w wieku 2,5 roku oraz 4 lat.

Na Malcie Oddział Wiekowego Rozwoju i Diagnostyki (OWRD) oferuje wielospecjalistyczną ocenę rozwoju, diagnozę stanu zdrowia, oraz terapię dzieciom do 6 roku życia. Dzieci kierowane są tu przez oddziały noworodkowe, lekarzy rodzinnych lub logopedów, którzy są zwykle pierwszymi specjalistami pracującymi z dziećmi (nawet dwuletnimi), u których stwierdzono opóźnienie rozwoju mowy. OWRD jest powiązany z systemem oświaty poprzez pedagogów przedszkolnych, podlegających Dyrektoriatowi ds. Świadczeń Edukacyjnych. Wspomniani pedagodzy odwiedzają wszystkie rodziny, które skierowano wcześniej do Oddziału, by prowadzić terapię z dziećmi i rodzicami; jej celem jest wyposażenie dziecka w podstawowe umiejętności szkolne już w pierwszych latach życia przed rozpoczęciem nauki.

W niektórych krajach pierwszeństwo w dostępie do świadczeń WI przysługuje dzieciom i rodzinom z grup wysokiego ryzyka. Np. na Łotwie przywilej taki zapewniony jest rodzinom i dzieciom z grup podwyższonego ryzyka (ze specjalnymi potrzebami, ryzykiem wykluczenia społecznego, rodzinom o niskich dochodach, itp.). Niektóre z tych grup określa państwo, a niektóre samorząd lokalny zgodnie z uwarunkowaniami i priorytetami środowiska lokalnego.

W Niemczech (w Bawarii) w roku 2007 ustanowione zostało Narodowe Centrum Wczesnego Wspomagania (Nationales Zentrum Frühe Hilfen), które ma za zadanie wypracować system wykrywania



dzieci znajdujących się w grupach ryzyka na możliwie najwcześniejszym etapie oraz udzielać pomocy rodzinom, wzmacniać związki pomiędzy instytucjami z sektorów ochrony zdrowia, oświaty i opieki społecznej w zakresie opieki nad małymi dziećmi, oraz wspierać badania naukowe w zakresie WI.

W Grecji stworzony przez Panhelleńskie Stowarzyszenie Rodziców program Amimoni skierowany jest do dzieci niewidomych i niedowidzących, podczas gdy program Polichni obejmuje dzieci poniżej 7 roku życia z niepełnosprawnością sprzężoną. Czas, przez jaki dziecko objęte jest programem, zależy od jego indywidualnych potrzeb uwarunkowanych rodzajem niepełnosprawności. Od rodziców oczekuje się aktywnego współuczestnictwa w terapii oraz tego, by stosowali się do założeń programu terapeutycznego i skutecznie go wypełniali.

W raporcie francuskim przywołano wynik przeprowadzonej w tym kraju ankiety, z której wynikało, że pewna liczba rodzin najuboższych unika korzystania z systemu opieki, a nawet próbuje z niego „uciec”, gdyż korzystanie z takich świadczeń wiąże się dla nich z napiętnowaniem społecznym i wywołuje poczucie winy. To paradoksalne, że rodziny, które najbardziej systemu opieki potrzebują, najrzadziej z niego korzystają.

Biorąc pod uwagę poczynione postępy oraz napotkane przeszkody, eksperci projektu podkreślili fakt, że określenie jasnych i jednolitych kryteriów, wedle których specjaliści z różnych sektorów będą mogli identyfikować dzieci z grup ryzyka i udzielać im wspomaganie, może stanowić skuteczną podstawę dla poprawy jakości świadczeń kierowanych do dzieci i ich rodzin.

1.2 Postęp i najważniejsze zmiany, jakie dokonały się w zakresie bliskości miejsca realizacji świadczeń

Ten aspekt odnosi się przede wszystkim do zapewnienia odpowiednich świadczeń całej potrzebującej ich populacji, oraz udzielania ich możliwie blisko miejsca zamieszkania rodzin na poziomie lokalnym i gminnym.

Po drugie, kryterium bliskości odnosi się także do idei świadczeń zorientowanych na rodzinę. Jasne zrozumienie potrzeb rodziny oraz ich poszanowanie powinno stanowić fundament każdego działania. W 2005 roku zaproponowano dwa zalecenia, służące spełnieniu



kryterium bliskości:

a) Świadczenia i usługi WI należałoby zdecentralizować, gdyż pozwala to: uzyskać więcej informacji na temat warunków i otoczenia społecznego, w jakim żyje dana rodzina; zapewnić taką samą jakość usług bez względu na położenie geograficzne; uniknąć dublowania się świadczeń oraz podejmowania nieistotnych lub niewłaściwych form interwencji.

b) Odpowiedź na potrzeby dzieci i ich rodzin powinna obejmować przekazywanie pełnych informacji o terapii tak, aby rodziny podzielały przekonanie specjalistów co do konieczności podjęcia danej terapii i płynących z niej korzyści oraz uczestniczyły w podejmowaniu decyzji o kształcie planu WI, a następnie w jego realizacji.


1.2.1 Decentralizacja świadczeń

Organizacja i struktura systemu udzielania świadczeń WI jest bardzo różna w różnych krajach Europy, i zazwyczaj powiela scentralizowany lub zdecentralizowany model administracji przyjęty w danym państwie. W niektórych krajach, takich jak Austria, Belgia, Czechy, Dania, Finlandia, Hiszpania, Holandia, Islandia, Niemcy, Norwegia, Szwajcaria, Szwecja i Wielka Brytania (Anglia), świadczenia WI oferowane są w oparciu o model zdecentralizowany, o charakterze regionalnym/federalnym lub lokalnym.

W innych krajach, takich jak Estonia, Francja, Grecja, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Węgry, Wielka Brytania (Irlandia Północna), istnieje model mieszany, łączący cechy systemu zcentralizowanego i zdecentralizowanego, rozdzielający odpowiedzialność oraz zadania pomiędzy różnymi szczeblami administracji.

Z raportów krajowych wynika, że niezależnie od istniejących różnic, w całej Europie dąży się do tego, by świadczenia WI udzielane były możliwie jak najbliżej miejsca zamieszkania dziecka i rodziny. Wedle raportu szwedzkiego, gminy mają doskonałe warunki do wypełniania tego rodzaju zadań, ponieważ pozostają w bliskim kontakcie z dziećmi i ich rodzicami, a także posiadają wiedzę na temat otoczenia społecznego rodziny.

Bliskość miejsca udzielania świadczeń uznawana jest za ważny czynnik, szczególnie w świetle faktu, iż współczesne społeczeństwa



są wielokulturowe, a dzieci spędzają dużą część czasu w żłobkach i przedszkolach.

Choć polityka prowadzona w całej Europie zmierza do tego, by zapewnić równy dostęp do świadczeń WI wszystkim obywatelom, w praktyce, jak wynika z raportów krajowych, nadal istnieją różnice pomiędzy regionami oraz obszarami miejskimi i wiejskimi. W jednym kraju świadczenia WI mogą być lepiej rozwinięte i skoordynowane w niektórych regionach. W różnych lokalizacjach spotkać się można z różnym sposobem organizacji i strukturą świadczeń, co częściowo wytłumaczyć można dostosowaniem do lokalnych warunków demograficznych. W dużych miastach oferuje się szerszy wachlarz świadczeń WI, pracuje tam też więcej lepiej wykwalifikowanych specjalistów, podczas gdy na terenach wiejskich i słabo zaludnionych świadczeń jest mniej i brakuje specjalistów.

Np. w Szwajcarii istnieją różnice w systemie świadczeń WI oferowanych w różnych kantonach, a w Niemczech – w poszczególnych landach. Wynikają one m.in. z różnych procedur finansowania. Co ważne, w Szwajcarii zarówno w miastach jak i na terenach wiejskich istnieją ośrodki WI specjalizujące się w przeprowadzaniu terapii w warunkach domowych, które zapewniają wszystkim świadczenia jednakowej jakości.

Na Litwie jakość świadczeń zależy od umiejscowienia geograficznego; na terenach wiejskich brak jest odpowiednich ośrodków.

W Portugalii obowiązuje ustawa o WI z roku 2009, która zapewnia objęcie tymi świadczeniami całego kraju, i zaleca, by odpowiednie ośrodki znajdowały się możliwie najbliżej dziecka i rodziny. Jakość usług zależy od kilku czynników, m.in. od dostępności usług specjalistycznych w danym regionie oraz doświadczenia pracujących w danym ośrodku specjalistów.

Na Cyprze świadczenia WI (diagnoza, ocena potrzeb, specjalistyczna opieka pediatryczna, genetyka kliniczna) i ośrodki oferujące wspomaganie (terapię, opiekę i edukację) są zlokalizowane przede wszystkim w stolicy i większych miastach; tamtejsze ośrodki są także lepiej zorganizowane.

W Grecji obok scentralizowanych, przede wszystkim publicznych ośrodków WI, istnieją centra badawcze, organizacje typu non-profit i organizacje pozarządowe, takie jak ośrodek diagnozy i terapii



dzieci „Spyros Doxiadis” w Atenach. Jego członkowie – lekarze i pedagodzy, starają się poprzez pracę kliniczną i naukową wesprzeć rozwój psychosomatyczny dziecka, oferować najwyższej jakości świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne dostępne dla każdego, kto ich potrzebuje, nie wykluczając nikogo ze względów społecznych czy finansowych.

W niektórych krajach podjęto wysiłki służące temu, by zniwelować istniejące różnice w dostępie do świadczeń. W Finlandii np. system zorganizowany jest tak, by świadczenia oferowane były możliwie blisko miejsca zamieszkania. Na obszarach wiejskich odległość od ośrodka potrafi być jednak znacząca. Niemniej jednak państwowy system ubezpieczeń społecznych, utrzymywany z podatków, zapewnia zwrot kosztów podróży i wydatków na opiekę medyczną bez żadnego dodatkowego obciążenia dla rodziny.

W Wielkiej Brytanii (Anglii i Irlandii Północnej) projekt WI „Pewny start” ma rekompensować nierówności społeczne i skierowany jest do mieszkańców obszarów najślabiej rozwiniętych gospodarczo i społecznie.

Eksperti projektu stwierdzili, że, niezależnie od podejmowanych starań, potrzebne są dalsze wysiłki i zmiany służące temu, by publiczny sektor wczesnej interwencji naprawdę dobrze działał i zapewniał jednakowej jakości świadczenia na terenie całego kraju, niezależnie od różnic geograficznych.

1.2.2 Odpowiedź na potrzeby rodzin i dzieci

Według raportów krajowych jednym z podstawowych problemów, którym starają się zaradzić kraje europejskie poprzez odpowiednie rozwiązania systemowe, pozostaje sprofilowanie udzielanych świadczeń tak, by koncentrowały się one na rodzinie, której potrzeby – dobrze rozumiane i respektowane – powinny stanowić fundament każdego podejmowanego działania. Podjęto szereg inicjatyw na poziomie krajowym i regionalnym, które mają z jednej strony zapewnić rodzinom możliwie szybki dostęp do wspomaganie oraz jasnych i precyzyjnych informacji, z drugiej zaś wpływać na kształtowanie postaw specjalistów tak, by traktowali rodziców jako partnerów w procesie WI, umożliwiali im udział w tworzeniu planu WI i angażowali ich w jego realizację. Powstały także lokalne programy i zalecenia służące tak zdefiniowanym celom. Rodzicom dzieci niepełnosprawnych i dzieci z grup ryzyka oferuje się także szereg



różnych szkoleń.

W Wielkiej Brytanii (Anglii) wdrażany jest ogólnokrajowy program zachęcający do rozwoju ośrodków WI „Wczesne wspomaganie”, który propaguje ideę partnerskiej współpracy z rodzinami poprzez regularne spotkania „zespołu dla dziecka”, w którym uczestniczy jego rodzina. Dzięki tym spotkaniom rodzice mogą zawsze uczestniczyć w dyskusjach i podejmowaniu decyzji dotyczących ich dziecka. Program zachęca także do rutynowego stosowania standardowego formatu *Planu świadczeń dla rodziny*, który stanowi odpowiednik planu WI.

W Irlandii ośrodki WI organizują specjalne szkolenia dla rodziców i rodzin, które pozwalają zrozumieć, na czym polega niepełnosprawność i specjalne potrzeby edukacyjne ich dziecka, oraz nauczyć się sobie z nimi radzić w procesie wychowania. Większość ośrodków prowadzi różne programy takich szkoleń dla rodziców.

W Norwegii standardowo opracowuje się Plan Indywidualny (PI) oraz powołuje grupę odpowiedzialną za jego realizację. W skład tej grupy wchodzi rodzice dziecka. Każdej rodzinie przydzielana jest osoba kontaktowa, która odpowiada za przepływ informacji i koordynację wielospecjalistycznych działań terapeutycznych dla dziecka. Rodzina w razie potrzeby uzyskuje od niej pomoc i potrzebne informacje.

W Estonii dzieci i ich rodziny korzystają z pomocy kluczowych doradców, którzy pomagają im w przygotowaniu i realizacji planu rehabilitacji i planu indywidualnego rozwoju. Nieomal połowa rodziców współuczestniczy w podejmowaniu decyzji dotyczących planu rehabilitacji ich dziecka oraz sposobu jego realizacji. W celu ułatwienia dostępu do konsultacji psychologicznych i pedagogicznych, W Estonii od roku 2008 wdrażany jest narodowy program Europejskiego Funduszu Społecznego *System Poradni Edukacyjnych*, którego celem jest zapewnienie świadczeń WI we wszystkich regionach kraju, poprawa funkcjonowania systemu poradni oraz przeszkolenie specjalistów w nich pracujących. Powstałe dzięki programowi poradnie służyć będą zacieśnieniu współpracy pomiędzy sektorami edukacji, opieki społecznej i ochrony zdrowia w procesie diagnostyki indywidualnych potrzeb dziecka i jego rodziny oraz udzielania im odpowiedniego wspomaganie. W przedszkolach przeprowadzono już szkolenia dla rodziców, które



dotyczyły następujących tematów: zdrowia i odżywiania, problemów z zachowaniem u dzieci, psychologii dziecka, rozwoju dziecka, edukacji, bezpieczeństwa, udzielania pierwszej pomocy, przygotowania do osiągnięcia gotowości szkolnej, specjalnych potrzeb edukacyjnych, świadczeń terapeutycznych oraz adaptacji do środowiska przedszkolnego.


W Portugalii obowiązuje ustawa z roku 2009 regulująca świadczenia WI. Zgodnie z jej zapisami plan WI wspomaga rodziny w procesie terapii. Przed podjęciem wczesnej interwencji wymagana jest zgoda rodziców.

W Niemczech (w Bawarii) niemal 50% świadczeń wczesnego wspomaganie realizowanych jest w środowisku domowym. Daje to rodzicom możliwość łatwego porozumiewania się ze specjalistami i zadawania im pytań. Zazwyczaj rodzice też mogą uzyskać dodatkowe informacje w trakcie odbywających się w ośrodku WI zebrań poświęconych ich dziecku.

Z raportów krajowych wynika również, że skierowana do rodziców bezpłatna informacja przybiera różne formy: kampanii informacyjnych, broszur, programów w mediach, stron internetowych, konferencji, warsztatów, itp. Organizacją tego przekazu zajmują się placówki ochrony zdrowia, oświaty, opieki społecznej, oraz organizacje pozarządowe. Prowadzone kampanie informacyjne służą następującym celom: przedstawieniu dostępnych form WI; wyjaśnieniu, jak działa system świadczeń; szerzeniu wiedzy o uprawnieniach rodzin, a także podnoszeniu świadomości społecznej na temat niepełnosprawności tak, aby przestał to być problem, którego się nie porusza.

Z raportów krajowych wynika, że pomimo dostępności informacji w całej Europie, niektóre rodziny mogą nadal napotykać problemy ze znalezieniem kontaktów do odpowiednich placówek, a także z oceną dostępnych opcji i wyborem właściwej formy wspomaganie dla swojego dziecka.

W wielu krajach Europy wprowadza się różne rozwiązania służące koordynacji świadczeń i gromadzeniu informacji w jednej bazie. Rozwiązania te mają zaradzić problemowi „nadmiaru informacji” i „zbyt wielu świadczeń i opcji do wyboru”, z jakimi zmagają się rodzice, którzy niejednokrotnie sami muszą zajmować się koordynacją świadczeń.



Dobry przykład takich rozwiązań stanowią: Jednostka Koordynująca Świadczenia Wczesnej Interwencji na Cyprze oraz projekty: „Od początku razem” i Program Wczesnego Wspomagania prowadzone w Wielkiej Brytanii (Anglii).

Celem programów koordynujących jest zapewnienie dzieciom i rodzinom, które tego potrzebują, wsparcia koordynatora WI. Koordynator WI współpracuje z rodzicami, koordynuje świadczenia, jest osobą, do której mogą się oni zawsze zwrócić o pomoc.

W Luksemburgu nowe prawodawstwo w dziedzinie oświaty oraz *Ustawa o pomocy dla dziecka i rodziny* wprowadzają koordynatorów świadczeń odpowiedzialnych za pionową i poziomą koordynację świadczeń służących dziecku i rodzinie. Zgodnie z Ustawą o pomocy dla dziecka i rodziny, koordynacja świadczeń będzie pracą pełnoetatową (powstaną stanowiska koordynatorów projektów wspomaganie), wykonywaną przez osoby z dużym doświadczeniem, odpowiednio przeszkolone w zakresie organizacji, struktury świadczeń i procedur.

W Danii regulacje prawne podkreślają znaczenie zgody rodziców i ich zaangażowania w proces terapii. Zgoda rodziców jest np. wymagana przed badaniem dziecka prowadzonym przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną.

1.3 Postęp i najważniejsze zmiany w zakresie przystępności finansowej świadczeń

System udzielania świadczeń WI powinien obejmować wszystkie rodziny z małymi dziećmi potrzebującymi wspomaganie, niezależnie od ich sytuacji społecznej i ekonomicznej. Zalecenie z roku 2005, które miało zapewnić taki stan rzeczy stanowiło, że świadczenia powinny być udzielane rodzicom bezpłatnie. Oznacza to, że świadczenia oferowane przez instytucje publiczne, organizacje pozarządowe, organizacje typu non-profit, lub inne spełniające krajowe standardy, jakości, powinny być w całości pokrywane ze środków publicznych.

1.3.1 Finansowanie świadczeń, WI

Wszystkie inicjatywy i rozwiązania systemowe wprowadzane w Europie stwierdzają jednoznacznie, że świadczenia WI skierowane są do wszystkich dzieci i rodzin, które ich potrzebują, niezależnie od ich sytuacji społecznej i ekonomicznej.



Jak podają raporty krajowe, we wszystkich krajach uczestniczących w projekcie świadczenia takie finansowane są ze środków publicznych i zazwyczaj rodzice nie muszą za nie płacić. W kilku przypadkach rodziny muszą w niewielkim wymiarze partycypować w kosztach.

W Austrii np. większość prowincji zapewnia bezpłatne świadczenia WI, choć w niektórych rejonach rodzice muszą płacić około 6–12 euro za świadczenie.


W Irlandii dzieciom poniżej 5 roku życia zapewnia się nieodpłatny dostęp do badań i leczenia w ramach służby zdrowia. Zgodnie z Ustawą o niepełnosprawności z roku 2005, diagnostyka potrzeb wynikających z niepełnosprawności prowadzona jest niezależnie od jej kosztów lub możliwości udzielania świadczeń w odpowiedzi na zdiagnozowane potrzeby.

W Belgii (wspólnocie francuskojęzycznej) ośrodki WI mają prawo żądać od rodziców opłat nie wyższych niż 30 euro miesięcznie, przy czym w sytuacji, gdy rodziny nie stać na taki wydatek, świadczenia muszą być kontynuowane.

Fundusze na finansowanie świadczeń WI ze środków publicznych są zazwyczaj asygnowane na poziomie rządowym i/lub regionalnym oraz samorządowym. W większości wypadków wszystkie trzy poziomy administracji publicznej współfinansują WI, którą dodatkowo zasilają środki pochodzące z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i zbiórek prowadzonych przez organizacje typu non-profit. Decyzje o rzeczywistym przeznaczeniu środków finansowych, a więc o wymiarze finansowania WI, podejmowane są zwykle na poziomie lokalnym.

Według raportów krajowych większość świadczeń WI udzielana jest w ramach instytucji publicznych (tzn. placówek służby zdrowia, opieki społecznej, publicznych żłobków i przedszkoli). W niektórych regionach samorządy lokalne lub organy odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia, opieki społecznej i edukacji podpisują umowy z organizacjami pozarządowymi i innymi organizacjami społecznymi, na mocy których te ostatnie realizują część świadczeń WI.

Niektóre organizacje pozarządowe i społeczne koncentrują się na określonej jednostce chorobowej (np. zespole Downa, autyzmie, zaburzeniach rozwoju mowy i komunikacji, niepełnosprawności



narządu słuchu) oferują dodatkowo świadczenia niefinansowane ze środków publicznych; organizacje te działają często jako organizacje charytatywne i same zbierają fundusze, dzięki którym część rodzin może korzystać z ich usług nieodpłatnie.

Jak wskazują raporty krajowe, równoległe do publicznego sektora WI funkcjonuje sektor niepubliczny: kliniki, ośrodki, praktyki prywatne. Niektóre rodziny decydują się korzystać z ich usług z różnych powodów: większej wiedzy specjalistycznej, lepszej jakości, lepszych specjalistów tam zatrudnionych, bliskości ośrodka, itd. W placówkach niepublicznych rodzice muszą zazwyczaj pokrywać koszty świadczeń lub dodatkowych ubezpieczeń, które pozwalają na korzystanie z usług tych instytucji. W pewnych sytuacjach, np. w Wielkiej Brytanii (Anglii), samorząd lokalny może przyznać fundusze dla rodziny korzystającej z placówek prywatnych uznając, że jest to najbardziej ekonomiczny sposób zapewnienia jej właściwych świadczeń. Są to jednak bardzo rzadkie przypadki.

Na koniec trzeba także wspomnieć o tym, że, wedle raportów krajowych, w wielu krajach propagowany jest model opieki nad małymi dziećmi ze specjalnymi potrzebami w ramach ogólnodostępnych żłobków i przedszkoli publicznych oraz niepublicznych. Są to więc ważne placówki, gdyż w przyszłości będą one coraz częściej odpowiadać za pomoc udzielaną rodzinie oraz pracę zespołów interdyscyplinarnych.

1.4 Postęp i najważniejsze zmiany w obszarze pracy zespołów interdyscyplinarnych

W system świadczeń wczesnej interwencji zaangażowanych jest wielu specjalistów z różnych dziedzin. W roku 2005 zaproponowano trzy zalecenia służące zapewnieniu jakości pracy zespołowej:

- a) współpraca z rodzinami jako najważniejszymi partnerami specjalistów;
- b) nastawienie na pracę zespołową, zapewniającą interdyscyplinarne podejście do planowania i wykonywania uzgodnionych działań;
- c) stabilny skład zespołu umożliwiający skuteczny proces budowania zespołu i wysokiej jakości świadczenia.

1.4.1 Współpraca z rodzinami

Z raportów krajowych wynika, że w całej Europie wyraźnie rysuje się



tendencja do przyjmowania rozwiązań systemowych opartych na zgromadzonych doświadczeniach. Najpewniejszym sposobem stworzenia ekonomicznego systemu WI, który koncentruje się na rodzinie i odpowiada na potrzeby dzieci, jest współpraca z rodzicami oraz zaangażowanie ich na każdym poziomie planowania i kształtowania świadczeń dla dzieci.

We Francji trend ten znajduje wyraz w nowej filozofii świadczeń, która zaleca specjalistom ponowny namysł nad rolą rodziców oraz uwzględnienie faktu, iż to rodzice właśnie mogą być dla specjalisty istotnym źródłem informacji o dziecku.

Wedle raportów krajowych zagadnienie współpracy z rodzicami staje się coraz ważniejszym elementem funkcjonowania systemu świadczeń WI w całej Europie.

W Estonii Ministerstwo Edukacji i Nauki przeprowadziło we współpracy z Uniwersytetem Tallińskim badanie: „Współpraca z rodzicami i wczesna interwencja w przedszkolach i żłobkach”. Trwało ono od 15 maja 2009 do 15 czerwca 2009. Zgodnie z narodowym programem edukacji przedszkolnej znowelizowanym w roku 2008, pedagodzy przedszkolni dokonują oceny rozwoju dziecka we współpracy z rodzicami, przeprowadzają bilans rozwoju, a także, gdy zajdzie taka potrzeba, przygotowują indywidualny plan kształcenia dziecka. Przedszkola udzielają wsparcia w zakresie edukacji specjalnej i terapii logopedycznej. Z przeprowadzonego badania wynika, że 93% rodziców jest bardzo zadowolonych z monitorowania rozwoju dziecka przez placówki sprawujące nad nim opiekę. Jednocześnie prawie połowa rodziców aktywnie uczestniczy w procesie przygotowania i realizacji indywidualnego planu rozwoju swojego dziecka.

W Niemczech (w Bawarii) istnieje długa, dobrze ugruntowana tradycja uznająca model ukierunkowany na rodzinę za ważny czynnik decydujący o skuteczności wczesnej interwencji. Rodzice są aktywnie zaangażowani we wszystkie decyzje dotyczące ich dziecka (otrzymują potrzebne informacje, mogą uczestniczyć w szkoleniach dla rodziców, korzystać z systemu poradnictwa, uczestniczyć w spotkaniach poświęconych rozwojowi dziecka, itd.).

W Grecji system prawny zachęca rodziców do współudziału w tworzeniu i realizacji Indywidualnego Programu Nauczania od najmłodszych lat życia dziecka. Rodzicom zaleca się również



współpracę z Ośrodkiem Diagnostyki w procesie podejmowania decyzji na temat umieszczenia dziecka w określonego typu placówce.

Na Węgrzech w niektórych placówkach – dotyczy to przede wszystkim organizacji pozarządowych – organizuje się regularne spotkania specjalistów z rodziną dziecka, a rodziny zaangażowane są w kształtowanie i realizację Indywidualnego Planu Świadczeń.

W Portugalii rodziny uczestniczą w całym procesie realizacji Indywidualnego Planu WI. Jakość współpracy z rodzinami zależy w dużej mierze od doświadczenia i wiedzy konkretnych specjalistów.

W Czechach rozmowy pomiędzy specjalistami a rodzinami stanowią powszechną praktykę w procesie WI, a świadczenia służące rozwojowi dziecka i wsparciu rodziny są omawiane i dopasowywane do jego potrzeb w ścisłej współpracy z rodzicami.

W wielu państwach podejmowane są różne inicjatywy ogólnokrajowe, których celem jest wypracowanie modelu stałej współpracy specjalistów z rodzicami w procesie udzielania świadczeń WI.

W Wielkiej Brytanii (Anglii) np. prowadzonych jest wiele programów ogólnokrajowych takich jak Wczesne Wspomaganie, Narodowy System Świadczeń dla Dzieci, Opieka nad Matką i Małym Dzieckiem, Mierzymy Wyżej dla Dzieci Niepełnosprawnych; wszystkie one propagują stałą współpracę z rodzicami poprzez organizację regularnych spotkań, wspólne opracowanie Planu Świadczeń dla Rodziny, dzielenie się wiedzą, wspólne szkolenia oraz, jeśli zachodzi taka potrzeba, stałą pomoc wyznaczonego specjalisty lub kluczowego pracownika ośrodka WI.

W Wielkiej Brytanii (Irlandii Północnej) w ramach projektu Pewny Start ustanawia się ścisłą współpracę pomiędzy rodzinami, świadczeniobiorcami i rzecznikami rodzin po to, aby zapewnić udział rodziny i jej zaangażowanie w proces tworzenia i realizacji każdego elementu terapii. Przedstawiciele rodziców zasiadają także w radach zarządzających i, dzięki odpowiednim mechanizmom, dokonują regularnej oceny działania systemu świadczeń.

Niedawno wprowadzone w Irlandii rozwiązania ustawowe propagują bliską współpracę z dzieckiem i jego rodziną w procesie planowania i prowadzenia działań terapeutycznych. Staje się to coraz bardziej



powszechną praktyką zarówno w systemie świadczeń zdrowotnych, jak i w sektorze oświaty.

We Francji Urząd ds. opieki nad matką i dzieckiem wraz z ośrodkami pomocy medycznej i społecznej dla małych dzieci wypracowały wspólny model współpracy z rodzicem/dzieckiem w procesie WI.

W Danii i Szwecji rodziny zaangażowane są w ustalanie i realizację Indywidualnego Planu WI. Wszystkie świadczenia zasadzają się na holistycznym ujęciu potrzeb dziecka i rodziny, a ścisła współpraca pomiędzy specjalistami i rodziną uznawana jest za sprawę priorytetową. Rodziny podają własne sugestie dotyczące potrzebnych działań i form interwencji, oraz otrzymują potrzebne im informacje i wskazówki.


Wszystkie wymienione programy obejmują regularne spotkania specjalistów z rodzinami, zaangażowanie rodziców w proces terapii dziecka, ich udział w procesie diagnostyki oraz podejmowaniu decyzji dotyczących opracowania i realizacji Indywidualnego Planu WI, itd.

Pomimo tych zmian na lepsze w zakresie współpracy pomiędzy specjalistami i rodzinami, eksperci projektu stwierdzili, że nadal potrzebne są wzmożone wysiłki służące aktywnemu zaangażowaniu rodziców w proces wczesnej interwencji. Na ten cel należałoby przeznaczyć dodatkowe środki finansowe oraz zapewnić specjalistom odpowiednio dużo czasu na jego realizację.

1.4.2 Budowanie zespołów i stabilność ich składu osobowego

W udzielanie świadczeń WI zaangażowanych jest wiele sektorów oraz specjaliści z różnych dziedzin. Podejmowane w tych sektorach inicjatywy służyć mają nadrzędnemu celowi, jakim jest oferowanie wysokiej jakości świadczeń dla dzieci i ich rodzin.

Według raportów krajowych obecne rozwiązania systemowe w zakresie WI oraz podejmowane w tej dziedzinie inicjatywy uwzględniają potrzebę rozwijania pracy zespołowej i interdyscyplinarnej opartej na kooperacji pomiędzy różnymi sektorami. Ma to zapewnić wysoką jakość świadczeń WI. Podejście takie wymaga powołania stałych, regularnie spotykających się zespołów, w skład których wejdą reprezentanci różnych instytucji pracujących z danym dzieckiem i rodziną. Celem jest zachęcenie specjalistów do podjęcia nowych, elastycznych form współpracy w



procesie terapii dziecka i wspomagania jego rodziny.

W interdyscyplinarnych ośrodkach WI w Niemczech (Bawarii) od wielu lat współpracują ze sobą specjaliści z różnych dziedzin, którzy wspólnie starają się osiągnąć uzgodnione wcześniej cele. Przygotowanie do współpracy interdyscyplinarnej stanowi część kształcenia zawodowego. Co tydzień odbywają się spotkania zespołów interdyscyplinarnych, które omawiają poszczególne przypadki, modele WI oraz wymieniają się wiedzą o ważnych aspektach WI. Za zrozumieniem wagi pracy zespołów interdyscyplinarnych dla jakości terapii idą odpowiednie rozwiązania budżetowe, które zapewniają fundusze na zebrania tych zespołów.

W Portugalii w skład zespołów WI wchodzi przedstawiciele sektorów ochrony zdrowia, opieki społecznej i edukacji. Zespoły WI wypracowują zwykle interdyscyplinarne modele interwencji. Zespoły te różnią się między sobą poziomem organizacji pracy i jakości świadczonych usług.

W Holandii za przykład inicjatyw służących propagowaniu rzeczywistej współpracy interdyscyplinarnej pomiędzy sektorami oświaty i opieki społecznej służyć mogą zespoły wczesnego wykrywania oraz zespoły doradczo-opiekuńcze w szkołach, których celem jest identyfikacja dzieci z grup ryzyka.

Jak podają raporty krajowe, w praktyce współpraca interdyscyplinarna w ramach zespołów przebiega łatwiej w ramach jednego sektora, i tam najczęściej ma miejsce. Według raportu z Holandii, współpraca taka ma częściej miejsce wówczas, gdy specjaliści pracują w jednej placówce (np. szpitalu, ośrodku wielospecjalistycznym, itp.), rzadsze są natomiast przykłady współpracy pomiędzy różnymi placówkami i sektorami. Zgodnie z danymi przedstawionymi w raporcie z Cypru, bardzo powszechne są regularne spotkania specjalistów pracujących w jednym ośrodku, podczas których koordynuje się podejmowane działania, omawia trudne przypadki oraz nadzoruje przebieg terapii. Spotkania takie mogą mieć charakter oficjalny lub wynikać z oddolnych inicjatyw członków zespołu.

W niektórych krajach stosuje się różne modele współpracy interdyscyplinarnej i zespołowej. Np. w Wielkiej Brytanii (Anglii) w pewnych regionach świadczenia typu Portage (pomoc edukacyjna dla małych dzieci ze specjalnymi potrzebami prowadzona zwykle w



środowisku domowym) mieszczą się w tym samym rejonowym ośrodku dla dzieci, co gabinety lekarski i terapeutyczne. Nie jest tak jednak wszędzie. Należy dążyć do tego, by specjaliści działali w sposób interdyscyplinarny niezależnie od uwarunkowań lokalnych; niemniej jednak współpraca w ramach jednego ośrodka specjalizującego się w świadczeniach WI sprzyja rozwijaniu stabilnych zespołów interdyscyplinarnych.


Obecnie jednym z najważniejszych wyzwań, przed jakimi stoi Francja, jest wprowadzenie zintegrowanego, wielospecjalistycznego podejścia do potrzeb dziecka, podejścia uwzględniającego różne punkty widzenia. Czasem także wśród specjalistów zachodzą różnice zdań co do właściwego modelu WI. W modelu interdyscyplinarnym dochodzi do krzyżowania się różnych perspektyw i modeli. Różnorodność spojrzeń i wymiana doświadczeń pozwalają na proces rozwoju zawodowego, podczas którego specjaliści coraz lepiej rozumieją inne modele WI, co z kolei ewolucyjnie zmienia ich własne podejście i metody pracy. Prawdziwie interdyscyplinarny i transdyscyplinarny model otwarty jest na nowe idee i metody, oraz stałe wzbogacanie repertuaru stosowanych środków w trosce o dobro dzieci.

Istnieją bardzo duże różnice pomiędzy państwami, a nawet różnymi regionami w danym kraju, w zakresie przyznawania środków na finansowanie spotkań zespołów interdyscyplinarnych. Specjalne środki na ten cel rezerwowane są częściej w dużych ośrodkach. Większość raportów krajowych stwierdza, że praca zespołów interdyscyplinarnych odbywa się kosztem czasu wolnego samych specjalistów; raporty przyznają także, iż tak długo, jak środki finansowe przyznawane są poszczególnym sektorom, działanie zespołów interdyscyplinarnych będzie miało ograniczony zasięg.

W Niemczech (w Bawarii) ośrodki wczesnej interwencji przyznają zespołom interdyscyplinarnym osobny budżet przeznaczony na cotygodniowe spotkania zespołów.

Z raportów krajowych wynika, że zasady zatrudnienia członków zespołu (takie jak wspólny język, możliwości czasowe, jasny podział ról) są zwykle ustalane na poziomie lokalnym. Występują w tym względzie różnice pomiędzy poszczególnymi państwami, a nawet regionami jednego kraju.

Eksperti projektu zwrócili też uwagę na to, że w poszczególnych



krajach, a nawet dyscyplinach wiedzy, w różnym stopniu uwzględnia się przygotowanie do pracy w zespołach interdyscyplinarnych na etapie kształcenia zawodowego. W każdym razie przygotowanie takie uwzględnione jest w programach studiów jedynie w ograniczonym zakresie. W Holandii niektóre kierunki studiów (np. lekarz rehabilitacji, nauczyciel wspomagający, itp.) uwzględniają w programach przygotowanie do pracy w zespołach interdyscyplinarnych, podczas gdy inne – wcale (np. większość specjalizacji na medycynie, kierunki kształcące pracowników opieki społecznej). W Hiszpanii przygotowanie do pracy w zespołach interdyscyplinarnych znajduje się w programie niektórych studiów podyplomowych, nie figuruje natomiast w programie studiów pierwszego stopnia, ani też w programach doskonalenia zawodowego.

1.5 Postęp i najważniejsze zmiany w zakresie zróżnicowania i koordynacji świadczeń

Dziedzina ta obejmuje różnorodność specjalizacji reprezentowanych w ośrodku WI, sposób organizacji świadczeń i potrzebę ich koordynacji. W roku 2005 zaproponowano dwa rodzaje rekomendacji, które miały zapewnić współpracę i współodpowiedzialność trzech sektorów zaangażowanych w świadczenia WI: ochrony zdrowia, oświaty i opieki społecznej.

- a) Odpowiednia koordynacja działań tych sektorów, zapewniająca realizację wszystkich celów prewencyjnych poprzez właściwe i odpowiednio ze sobą powiązane rozwiązania systemowe.
- b) Właściwa koordynacja świadczeń zapewniająca najlepsze wykorzystanie dostępnych środków i zasobów społecznych.

1.5.1 Koordynacja działań w ramach sektorów i pomiędzy nimi

Jak już wcześniej wspomniano, w udzielanie świadczeń WI zaangażowanych jest kilka sektorów (ochrony zdrowia, oświaty, opieki społecznej, i inne) oraz specjaliści z różnych dziedzin. Pojawia się więc potrzeba skutecznej koordynacji działań w ramach tych sektorów oraz pomiędzy nimi, która umożliwi realizację wszystkich celów prewencyjnych oraz zapewni dzieciom i rodzinom dostęp do właściwych świadczeń odpowiedniej jakości.

Poniżej przedstawiona jest lista najważniejszych rodzajów świadczeń i usług realizowanych przez sektory edukacji, ochrony zdrowia, opieki



społecznej i inne zaangażowane w dziedzinie WI w krajach uczestniczących w projekcie. (Liczba i rodzaj świadczeń i usług dostępnych w poszczególnych krajach przedstawiona została w szczegółowych raportach krajowych opublikowanych na stronie internetowej Agencji.)

Najważniejsze świadczenia i usługi realizowane przez sektor ochrony zdrowia:


- Opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem (w czasie ciąży i po porodzie);
- Ośrodki zdrowia, poradnie i szpitale specjalistyczne (przeprowadzające diagnostykę i terapię);
- Usługi poradnictwa dla rodzin lub ośrodki wspomagające rodzinę w procesie rozwoju dziecka;
- Ośrodki zdrowia psychicznego i ośrodki rehabilitacyjne;
- Ośrodki i świadczenia WI.

Najważniejsze świadczenia i usługi realizowane przez sektor opieki społecznej:

- Ochrona praw dziecka, ośrodki i świadczenia wspomagające rozwój dziecka;
- Poradnie, ośrodki wsparcia i świadczenia dla rodzin;
- Żłobki, przedszkola i kluby malucha;
- Wspomaganie integracji w żłobkach i placówkach przedszkolnych;
- Ośrodki i świadczenia WI;
- Domy małego dziecka i placówki dla dzieci głęboko upośledzonych.

Najważniejsze świadczenia i usługi realizowane przez sektor oświaty:

- Żłobki i przedszkola ogólnodostępne lub specjalne;
- Prywatne, nieobowiązkowe przygotowanie przedszkolne, obowiązkowe przygotowanie przedszkolne;
- Pomoc poradni psychologiczno-pedagogicznych i ośrodków



rozwoju dziecka;

- Ośrodki i świadczenia WI;
- Środki wsparcia (dla dzieci z upośledzeniem wzroku i słuchu, niepełnosprawnością sprzężoną, itd.);
- Wspomaganie procesu nauczania, nauczyciele wspomagający i asystenci osoby niepełnosprawnej;
- Nauczanie indywidualne w domu oraz środki wspierające integrację w szkole.

Najważniejsze usługi i świadczenia realizowane przez inne sektory (świadczeniodawców), np. organizacje pozarządowe:

- Wsparcie dla dzieci w ogólnodostępnych żłobkach i przedszkolach;
- Ośrodki WI i inne projekty z tej dziedziny;
- Koordynacja świadczeń oraz koordynatorzy ds. specjalnych potrzeb edukacyjnych;
- Usługi służące wsparciu dziecka i rodziny.

Z raportów krajowych wynika, że we wszystkich krajach polityka prowadzona obecnie w zakresie WI oraz stosowane rozwiązania systemowe zmierzają do wypracowania skuteczniejszych mechanizmów koordynacji działań wewnątrz sektorów i pomiędzy nimi. Dąży się także do jaśniejszego określenia ról, zakresu odpowiedzialności i zasad współpracy każdego z partnerów procesu terapeutycznego, włączając w to rodziców i organizacje pozarządowe.

Na przykład w Portugalii ustawodawstwo regulujące WI definiuje zakres kompetencji każdego z ministerstw (edukacji, zdrowia i opieki społecznej). WI oparta jest na współpracy międzysektorowej, w którą włączone są także organizacje pozarządowe.

Na Cyprze i w Grecji biuro koordynacji świadczeń wczesnej interwencji propaguje koordynację świadczeń i pracę zespołów interdyscyplinarnych skupionych na potrzebach konkretnych dzieci i ich rodziny.

W Hiszpanii w południowym Madrycie prowadzony jest projekt pilotażowy międzysektorowej koordynacji świadczeń, w którym



uczestniczą wszystkie instytucje i placówki zaangażowane w pomoc dziecku i rodzinie.


Uchwalona w roku 2006 w Danii *Ustawa o konsolidacji świadczeń społecznych* wytycza cele i zakres odpowiedzialności poszczególnych instytucji na różnych szczeblach ich działania. Ustawa ta zobowiązała 98 gmin do wypracowania do dnia 1 stycznia 2007 roku wspólnej polityki wobec dzieci. Miało to na celu zapewnienie spójności pomiędzy działaniami standardowymi i prewencyjnymi a interwencją skierowaną do dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ustawa nie precyzuje, jakie świadczenia, formy wsparcia, czy rozwiązania systemowe należałoby wprowadzić; każda gmina zobowiązana jest wypracować standardowe procedury, na których opierać się będą działania dotyczące dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Procedury te powinny jednak opisywać cele, zadania, i sposób realizacji działań w następujących obszarach: wczesnej interwencji, stałego zaangażowania rodzin i sieci wsparcia, monitoring i ocena skuteczności realizowanej terapii.

Pomimo poczynionych wysiłków i pewnego postępu w tym zakresie, wiele raportów krajowych zwraca uwagę na wyzwania, jakie w praktyce niesie ze sobą koordynacja w ramach poszczególnych sektorów i pomiędzy nimi, oraz na wynikające z tego implikacje dla skutecznej i efektywnej realizacji świadczeń WI.

Na przykład w Słowenii nie ma żadnych instrumentów służących koordynacji pomiędzy sektorami i zapobieganiu dublowania świadczeń. Rola i zakres odpowiedzialności poszczególnych instytucji nie są dobrze zdefiniowane, przez co w systemie istnieje wiele luk.

W Szwecji wiele rodzin w odpowiedzi na prośbę oceny systemu wczesnej interwencji i jego skuteczności podnosi problem niewystarczającego skoordynowania świadczeń WI. Jest to konsekwencja przyjętego lokalnego, zdecentralizowanego modelu WI, w którym rodzice odgrywają kluczową rolę w koordynacji świadczeń dla swoich dzieci.

W Irlandii sektory oświaty i ochrony zdrowia rozwijały się przez dłuższy czas w duchu odmiennych tradycji. Pomimo podejmowanych ostatnio wysiłków na rzecz koordynacji obu resortów potrzebne są dalsze działania w tym kierunku, aby zapewnić skuteczne i dobre jakościowo świadczenia dla dzieci i całych rodzin.



Eksperci projektu zwrócili także uwagę na kwestię pokrywania się zakresów odpowiedzialności pomiędzy różnymi świadczeniodawcami. Nawet tam, gdzie odpowiedzialność poszczególnych sektorów jest dobrze zdefiniowana, ich interpretacja może narażać wiele problemów. Bywa, że dzieci i rodziny znajdują się w stanie zawieszenia pomiędzy różnymi sektorami, co powoduje, że zaspokojenie potrzeb dziecka przez różnych świadczeniodawców wymaga od rodziców wielkiego wysiłku.

Większość ekspertów projektu przyznała, że, niezależnie od podjętych wysiłków, wprowadzonych zmian i reform w obszarze koordynacji wewnątrz sektorów i pomiędzy nimi, skuteczna koordynacja działań wszystkich stron zaangażowanych w pracę z dzieckiem i jego rodziną jest długim procesem. Potrzebne są dalsze wysiłki na poziomie polityki sektorowej oraz praktycznych działań.

1.5.2 Koordynacja świadczeń i ciągłość terapii

Z raportów krajowych wynika, że koordynacja systemu organizacji i udzielania świadczeń uznawana jest powszechnie za sprawę kluczową dla skuteczności i efektywności procesu interwencji terapeutycznej skierowanej do dzieci i ich rodzin.

Przejście pomiędzy różnymi formami wspomagania należy postrzegać jako proces, którego przebieg należy planować z udziałem wszystkich zainteresowanych stron. Z tego też powodu kraje uczestniczące w projekcie propagują, jak podają raporty, wiele rozwiązań systemowych, inicjatyw, programów i działań, które mają zapewnić ciągłość potrzebnej terapii w sytuacji, gdy dziecko przekazywane jest pod opiekę innej instytucji.

W Danii placówki przedszkolne przekazują szkole informacje o dziecku posługując się standardowym drukiem opracowanym przez gminę. Druk ten wypełniają pedagodzy placówki przedszkolnej. Przekazują oni informacje dotyczące oceny kompetencji językowych i społecznych podopiecznego, jego kondycji fizycznej i stanu ogólnego. Placówki przedszkolne odpowiadają za przekazanie tych informacji szkole i innym instytucjom sprawującym pozaszkolną opiekę nad dzieckiem. W cały proces zaangażowani są rodzice, którzy podpisują formularz, zanim zostanie on przekazany szkole.

W Szwecji i Portugalii indywidualne plany WI opracowane we współpracy z rodzicami i specjalistami mają zapewnić ciągłość terapii prowadzonej przez różne placówki.



W Irlandii zgodnie z Ustawą o niepełnosprawności z roku 2005, corocznie aktualizowany Plan Świadczeń wskazuje z góry, jakie świadczenia będą realizowane w konkretnych placówkach. Plan Świadczeń może być także zmieniony, gdy zajdą nowe okoliczności. Zmiana świadczeniodawcy uznawana jest przez pracowników za kwestię kluczową, i odpowiednie instrumenty, takie jak opracowanie standardów dla poszczególnych świadczeń, pomagają rodzinom w bezbolesny sposób przenieść się do innego świadczeniodawcy.

W Luksemburgu placówki realizujące świadczenia WI współpracują ze szkołami starając się zapewnić, by dziecko otrzymało potrzebne formy wspomagania po opuszczeniu systemu świadczeń WI i rozpoczęciu spełniania obowiązku szkolnego.

W Niemczech (w Bawarii) interdyscyplinarne ośrodki WI odpowiadają za przekazanie dziecka do innych placówek, w szczególności szkół. Rodzice i specjaliści wymieniają się informacjami po to, by w nowej placówce zapewnić dziecku wysokiej jakości wspomaganie.

Bardzo różnie w różnych krajach Europy przedstawia się problem priorytetowego przyjmowania dzieci z ośrodków wczesnej interwencji do placówek przedszkolnych.

W niektórych państwach, np. na Litwie i Luksemburgu, dzieci znajdujące się pod opieką ośrodków wczesnej interwencji nie mają żadnych oficjalnych przywilejów przy przyjmowaniu do placówek przedszkolnych. W innych krajach, np. na Cyprze, Łotwie, Węgrzech, a także w Grecji, Hiszpanii, Islandii, Norwegii, Polsce, Słowenii i Szwecji, dzieci te cieszą się takim przywilejem. W jeszcze innych przypadkach, np. w Finlandii, Francji, Niemczech, Szwajcarii czy Wielkiej Brytanii (Anglii i Irlandii Północnej), nie ma potrzeby prawnego uprzywilejowania dzieci z ośrodków WI, gdyż wszystkie dzieci mają prawo do edukacji przedszkolnej po ukończeniu określonego roku życia.

W Portugalii *Ustawa o specjalnych potrzebach edukacyjnych* daje dzieciom z SPE pierwszeństwo przy przyjmowaniu do przedszkoli i szkół.

Ekspertki projektu zgodnie stwierdziły, że niezależnie do stosowanych rozwiązań, wdrażanych programów i dokonanych zmian, potrzebne są dalsze wysiłki w zakresie koordynacji świadczeń po to, by zapewnić ich ciągłość w procesie przechodzenia dziecka spod opieki jednej placówki do innej.



1.5.3 Dodatkowe informacje na temat standardów jakości w obszarze WI

Stosowane w różnych krajach Europy rozwiązania systemowe w różnym stopniu precyzują standardy jakości dla świadczeń sektora publicznego i niepublicznego.

Na podstawie raportów krajowych można powiedzieć, że w niektórych krajach, m.in. w Belgii (wspólnocie francuskojęzycznej), Czechach, Francji, Irlandii, Islandii, Łotwie, Malcie, Niemczech, Norwegii, Szwajcarii, Szwecji i Wielkiej Brytanii (Anglii i Irlandii Północnej) istnieją określone instrumenty i wytyczne, które wyznaczają standardy jakości świadczeń WI, do których stosować się muszą instytucje sektora publicznego i prywatnego.

W Szwecji za ewaluację i kontrolę zachowania standardów jakości odpowiada Narodowa Rada Edukacji oraz Narodowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej.

W innych krajach, np. na Węgrzech, w Polsce i Słowenii, nie ma ogólnie ustalonych standardów jakości świadczeń WI. Na Węgrzech podejmowane są wysiłki zmierzające do narzucenia odpowiednich standardów organizacjom pozarządowym.

Odnosząc się do różnic w czasie oczekiwania na świadczenia i możliwości uzyskania ich we właściwym momencie rozwoju dziecka, jakie zachodzą pomiędzy sektorem publicznym a prywatnym, eksperci projektu wskazali, że można byłoby podjąć szereg inicjatyw zmierzających do uzyskania równej jakości świadczeń w obu sektorach. Np. Islandia zdecydowała się dofinansować sektor publiczny po to, by skrócić listy dzieci oczekujących na interwencję.

Pomimo podjętych starań, potrzebna jest dalsza praca nad uzyskaniem tej samej jakości świadczeń w obu sektorach. W niektórych przypadkach istnieją różnice w liczbie dzieci oczekujących na świadczenia (np. na Cyprze i w Norwegii), a czas oczekiwania jest krótszy w sektorze prywatnym, niż w publicznym.

Eksperti zwrócili uwagę na to, że przyczyną długiego okresu oczekiwania w publicznym sektorze WI jest niedostateczna liczba świadczeń w porównaniu do realnych potrzeb.

Występujące we Francji różnice w długości kolejek osób oczekujących na świadczenia wpływają z niedostatecznej liczby miejsc w porównaniu z potrzebami rodzin. Nie zależą one od metod



finansowania ani typu placówki (czy jest publiczna czy prywatna).

W Belgii (wspólnocie francuskojęzycznej) w niektórych placówkach istnieją listy oczekujących, i to zarówno w sektorze publicznym, jak prywatnym. Także w Grecji pojawiły się ostatnio kolejki oczekujących w obu sektorach, przede wszystkim z powodu wzrostu liczby dzieci wywodzących się ze środowisk wielokulturowych. W Szwecji problem dotyczy nie tyle wyrównania jakości usług sektora publicznego i prywatnego, co tego, czy gminy odpowiedzialne za organizację świadczeń zapewniają takie same usługi odpowiedniej jakości oraz stosują stosowne przepisy prawa, zalecenia i regulacje.

Na koniec należy stwierdzić, że od roku 2004 wszystkie kraje uczestniczące w projekcie podjęły wysiłki i dokonały zmian wspierających rozwój świadczeń Wczesnej Interwencji dla dzieci i ich rodzin. Odpowiednie rozwiązania systemowe, inicjatywy, programy i działania zmierzające do poprawy liczby i jakości świadczeń WI zostały wdrożone na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym. Niezależnie od tych zmian, nadal potrzebne są wysiłki zmierzające do zapewnienia wszystkim dzieciom i ich rodzinom odpowiedniej jakości świadczeń i pełnego poszanowania ich praw.



2. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Na podstawie przygotowanych w roku 2009 raportów krajowych można śmiało stwierdzić, że wszystkie państwa podjęły wysiłki, aby poprawić sytuację WI. Wysiłki te znalazły wyraz w działaniach na wszystkich poziomach funkcjonowania tego sektora. Niemniej jednak nadal pozostaje wiele do zrobienia w tej dziedzinie. Od roku 2005 zaszło wiele pozytywnych zmian w zakresie pięciu obszarów zdefiniowanych jako kluczowe w poprzednim raporcie: dostępności i bliskości świadczeń, ich przystępności finansowej, zróżnicowania i koordynacji, a także pracy zespołów interdyscyplinarnych. Wszystkie wspomniane elementy kluczowe są ze sobą powiązane i żadnego nie należy rozpatrywać w oderwaniu od pozostałych.

Wnioski z raportu Agencji opublikowanego w roku 2005 pozwoliły sformułować zasadę, wedle której „WI [odnosi się do] prawa małych dzieci i ich rodzin do uzyskania potrzebnej im pomocy. WI ma za zadanie wspomóc i zaktywizować zarówno dziecko, jak i jego rodzinę oraz odpowiednich świadczeniodawców. Proces ten sprzyja również budowie otwartego i spójnego społeczeństwa, świadomego praw dzieci i ich rodzin (s. 4).”

2.1 Wnioski

Wnioski wynikające z niniejszego projektu jasno wskazują, że zasadę sformułowaną w roku 2005 oprzeć można na trzech priorytetach i związanych z nimi **czterech** konkretnych propozycjach. Priorytety te dotyczą:

- Potrzeby dotarcia do wszystkich populacji potrzebujących WI; priorytet ten związany jest ze wspólnym dla wszystkich krajów celem, jakim pozostaje objęcie pomocą wszystkich potrzebujących wspomaganie dzieci i ich rodzin na możliwie najwcześniejszym etapie.
- Potrzeby zapewnienia jakości i jednakowych standardów świadczeń; priorytet ten związany jest z koniecznością jasnej definicji standardów jakości, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy WI. Także wypracowanie mechanizmów służących monitorowaniu i przestrzeganiu standardów jakości wpłynęłoby pozytywnie na skuteczność świadczeń WI oraz zapewnienie jednakowej jakości



usług w całym kraju, bez względu na położenie geograficzne miejsca ich świadczenia.

- Potrzeba respektowania praw i potrzeb dziecka oraz jego rodziny; ten priorytet odnosi się do stworzenia systemu świadczeń ukierunkowanego i odpowiadającego na potrzeby rodziny, systemu, który nie tylko pracuje dla rodzin i dzieci, ale też angażuje rodziców na każdym etapie planowania i realizacji świadczeń WI.

Wymienione wyżej priorytety uzupełniają **cztery** konkretne propozycje:

- Ustawodawstwo i inne rozwiązania systemowe: raporty krajowe wskazują, że od roku 2004/2005 wprowadzono wiele ważnych rozwiązań ustawowych, rozporządzeń, dekretów i innych regulacji prawnych w zakresie WI (patrz: Aneks). Świadczy to o zaangażowaniu polityków i decydentów w tym obszarze. Potrzeba jednak dalszych wysiłków zmierzających do zapewnienia bardziej efektywnego systemu świadczeń WI. Wdrożenie i monitorowanie rozwiązań systemowych jest równie ważne, co ich opracowanie.

- Rola specjalistów: raporty krajowe wskazują także na kluczową rolę specjalistów pracujących na różnych szczeblach systemu świadczeń:

- ważny jest sposób, w jaki informacje przekazywane są rodzinom;
- istotną rolę odgrywają programy szkoleń przygotowujące do pracy w zespołach interdyscyplinarnych, uzgodnienie, jakimi kryteriami będą posługiwać się specjaliści, realizacja wspólnie ustalonych celów oraz skuteczna współpraca z rodzinami.

- Niektóre raporty krajowe wskazują na potrzebę powołania koordynatora świadczeń WI lub osoby odpowiedzialnej za kontakty pomiędzy świadczeniodawcami. Zapewniłoby to koordynację działań prowadzonych przez różne instytucje i specjalistów z różnych dziedzin oraz współpracę z rodzinami. Rozwiązania takie wprowadzane są w niektórych krajach; już obecnie można stwierdzić, że wywierają pozytywny wpływ na działanie całego systemu świadczeń.

- Poprawa koordynacji pomiędzy sektorami oraz w ramach poszczególnych sektorów: wagę tego zalecenia podkreślało wielu ekspertów niniejszego projektu, zwracając uwagę przede wszystkim na współpracę i koordynację wewnątrz sektorów.



2.2 Rekomendacje

Przedstawione poniżej rekomendacje opierają się na założeniu, że prawo do wczesnej interwencji przysługuje wszystkim dzieciom i rodzinom, które ich potrzebują. Rekomendacje te uwzględniają dane przedstawione w raportach krajowych, najważniejsze rezultaty przeprowadzonych dyskusji oraz konkluzje płynące z przeglądu stanu sytuacji pod kątem pięciu elementów kluczowych i zaleceń umieszczonych w pierwszym projekcie Agencji z roku 2005. Aktualne rekomendacje opierają się na trzech priorytetach i **czterech** propozycjach, na które zwrócono szczególną uwagę we Wnioskach.

2.2.1 *Dotarcie do całej populacji osób potrzebujących WI*

Postulat ten wiąże się z podstawowym celem WI, uznawanym przez wszystkie kraje uczestniczące w projekcie za sprawę priorytetową. Jest nim objęcie opieką wszystkich dzieci i rodzin potrzebujących interwencji tak szybko, jak tylko to możliwe.

Eksperti projektu zasugerowali trzy rekomendacje służące zapewnieniu opieki wszystkim dzieciom i rodzinom potrzebującym WI:

1. Rozwiązania systemowe i wydawane zalecenia powinny umożliwiać dostęp do świadczeń WI wszystkim dzieciom i rodzinom na możliwie najwcześniejszym etapie, tak szybko po zdiagnozowaniu potrzeby, jak to tylko możliwe.
2. Świadczenia WI powinny być tak zorganizowane, by odpowiadać na potrzeby rodzin i dzieci, a nie odwrotnie. Dzieci i ich rodziny powinny znajdować się w centrum wszystkich działań podejmowanych w procesie WI. W jego przebiegu należy uwzględniać życzenia rodziny, i zapewnić jej możliwość dokonywania wyborów.
3. Należy przywiązywać dużą wagę do wymiany informacji pomiędzy specjalistami oraz przekazywania rodzinom rzetelnej wiedzy. Na świadczeniodawcach powinna spoczywać odpowiedzialność za zapewnienie wszystkim rodzinom dostępu do precyzyjnych i potrzebnych im w danym momencie informacji.



2.2.2 Zapewnienie jakości i jednolitych standardów świadczeń WI oraz warunków ich realizacji

Ten postulat związany jest z potrzebą wprowadzenia takich rozwiązań systemowych i wytycznych dla odpowiednich instytucji, które jasno zdefiniują standardy jakości świadczeń obowiązujące w obszarze WI. Odnosi się on także do potrzeby wypracowania skutecznych mechanizmów monitorowania skuteczności i jakości świadczeń WI.

Eksperti projektu przedstawili sześć rekomendacji służących zapewnieniu jakości i jednolitych standardów w obszarze realizacji świadczeń WI:


1. Odpowiednie władze powinny rozważyć wypracowanie jednolitych standardów ewaluacji świadczeń, które stosowane byłyby we wszystkich sektorach: ochrony zdrowia, oświaty i opieki społecznej. Należy się przy tym zastanowić, jakie aspekty świadczeń powinny podlegać ocenie oraz jak najskuteczniej zaangażować rodziny korzystające ze świadczeń danej instytucji w proces oceny jakości (np. poprzez użycie standardowego kwestionariusza).

2. Odpowiednie władze powinny zapewnić powstanie sprawnych mechanizmów służących ocenie zapotrzebowania na świadczenia WI oraz weryfikacji tego, czy podaż świadczeń odpowiada popytowi. Mechanizmy te wspomogą planowanie działań służących zapewnieniu dostępu do usług WI. Należy też wypracować rozwiązania systemowe pozwalające na zbieranie i monitorowanie wiarygodnych danych na poziomie krajowym.

3. Odpowiednie władze powinny zapewnić ciągłość wysokiej jakości świadczeń dla dzieci i młodzieży od chwili urodzenia do osiągnięcia dorosłości. Ciągłość świadczeń powinna gwarantować wysoką jakość udzielanego wsparcia w sytuacji, gdy dziecko przechodzi spod opieki jednej placówki do innej.

4. Należy stworzyć mechanizmy monitorowania postępów we wdrażaniu pięciu elementów kluczowych – dostępności, bliskości, przystępności finansowej, pracy zespołów interdyscyplinarnych, zróżnicowania i koordynacji świadczeń – oraz rozwoju świadczeń WI (może to być np. zestaw wskaźników).

5. Za priorytet należy uznać rozwój kompetencji zawodowych, w tym: zdobywanie nowych kwalifikacji, doskonalenie zawodowe i szkolenia;



informowanie specjalistów o możliwych ścieżkach rozwoju zawodowego; otwartość i chęć uczenia się od siebie nawzajem ze strony specjalistów i rodziny; wypracowywanie płaszczyzn porozumienia pomiędzy specjalistami reprezentującymi różne dziedziny wiedzy i specjalizacje.

6. Na każdym szczeblu systemu świadczeń należy rozwijać świadomość potrzeby pracy zespołów interdyscyplinarnych oraz korzyści płynących z takiego współdziałania (np. możliwość wpływu na zmiany systemowe, propagowanie przykładów dobrej praktyki, itp.).

Eksperti projektu zwrócili także uwagę na potrzebę wypracowania odpowiednich modeli kontroli jakości oraz ewaluacji wprowadzanych zmian:

- Należy stwarzać możliwości dzielenia się przykładami dobrej praktyki i ich rozpowszechniania;
- Należy położyć większy nacisk na poszukiwanie przykładów poprawy skuteczności świadczeń dla dzieci i rodzin oraz wspomagać zmiany metod i technik pracy;
- Należy rozwijać mechanizmy i narzędzia służące kontroli i poprawie jakości;
- Należy wzmacniać rozwiązania systemowe służące rozpowszechnianiu wyników badań.

2.2.3 Respektowanie praw oraz potrzeb dzieci i ich rodzin

Postulat powyższy odnosi się do potrzeby stworzenia systemu świadczeń skupionego na potrzebach rodziny i na te potrzeby wrażliwego, który zapewnia udział rodziców na każdym etapie planowania i realizacji świadczeń WI dla ich dziecka.

Eksperti zaproponowali siedem rekomendacji, które zapewnić mają przestrzeganie praw dzieci i ich rodzin w procesie WI:

1. Rozwiązania systemowe oraz wytyczne powinny wspierać zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny oraz uwzględniać fakt, że to rodzina jest często najlepszym źródłem wiedzy o problemach dziecka. Jednocześnie powinny one brać pod uwagę to, że niektóre rodziny potrzebować będą pomocy w uświadomieniu sobie i zrozumieniu potrzeb swojego dziecka, oraz ocenie, jakie rozwiązania leżą w jego najlepszym interesie.



2. Rozwiązania systemowe oraz wytyczne powinny zapewnić, by w sytuacjach ryzykownych, gdy powstaje spór pomiędzy specjalistami a rodziną dotyczący tego, co jest dla dziecka najlepsze, na pierwszym miejscu stały zawsze prawa dziecka.

3. Dla rodziny bardzo ważna jest stabilność relacji łączącej ją ze specjalistami pracującymi z dzieckiem. W wypadku, gdy rodzina wysoko ocenia współpracę z kluczowymi specjalistami, zarówno decydenci jak kierownicy placówek powinni dłożyć starań, by współpraca ta trwała jak najdłużej.

4. Warunki zatrudnienia specjalistów pracujących w obszarze WI powinny odzwierciedlać wagę pracy zespołowej i partnerskiej współpracy z rodzinami. Powinny też one wskazywać wymiar czasowy i zasoby umożliwiające poszczególnym specjalistom podejmowanie roli kluczowego kontaktu rodziny lub koordynatora świadczeń WI, a także uczestnictwo w spotkaniach zespołu specjalistów z rodziną dziecka i wspólne planowanie dalszych działań.


5. Rozwiązania systemowe oraz wytyczne powinny zwracać uwagę na zasadniczą rolę partnerskiej współpracy z rodzinami w procesie WI. Należałoby przy tym poszerzyć rozumienie charakteru partnerskiej współpracy tak, by obejmowała ona zrozumienie wartości, jakie przedstawia zaangażowanie rodzin w prowadzenie szkoleń dla specjalistów oraz reformy systemu planowania i realizacji świadczeń służące ich poprawie.

6. Rozwiązania systemowe oraz wytyczne powinny uwzględniać holistyczny charakter wsparcia udzielanego rodzinom oraz sposobu organizacji współpracy z rodzicami, a także łączyć rozwój systemu WI z rozwojem polityki w zakresie opieki nad dzieckiem, polityki zatrudnienia, lokalowej, itp.

7. Zakres rozwiązań systemowych oraz wytycznych powinien wykraczać poza wsparcie dla rodziców i obejmować także wspomaganie całej rodziny, w tym dziadków, rodzeństwa, a także, w razie potrzeby, członków dalszej rodziny.

2.2.4 Ustawodawstwo i rozwiązania systemowe (instrumenty polityki sektorowej)

Raporty Krajowe wskazują, że rozwiązania systemowe powinny uwzględniać wszystkie pięć elementów kluczowych przedstawionych



w raporcie z roku 2005, a wprowadzane rozwiązania ustawowe i inne instrumenty prawne powinny wziąć pod uwagę pięć następujących rekomendacji:

1. Skuteczną koordynację świadczeń oraz jasne określenie ról i zakresów odpowiedzialności poszczególnych stron;
2. Jednakową jakość świadczeń odpowiadającą dobrze zdefiniowanym standardom jakości WI;
3. Bardziej skuteczne instrumenty służące unikaniu nierównego traktowania lub dyskryminacji;
4. Pełne zaangażowanie rodzin w cały proces WI;
5. Sprawnie zorganizowany proces przejścia dziecka do innego świadczeniodawcy gwarantujący ciągłość otrzymywanego wsparcia podczas przekazywania podopiecznego innej placówce.

2.2.5 Poprawa koordynacji działań wewnątrz sektorów i pomiędzy nimi

W związku z tym postulatem eksperci zaproponowali dwie rekomendacje służące poprawie koordynacji świadczeń i usług WI:

1. Bardzo często WI jest obszarem działania kilku sektorów, a w każdym przypadku jest to dziedzina działań interdyscyplinarnych. Decydenci powinni brać to pod uwagę i dbać o to, by właściwe organy administracji odpowiedzialne za sektory zdrowia, oświaty i opieki społecznej wspólnie ustalały wytyczne w sprawie polityki w zakresie WI. Wszystkie dokumenty i rekomendacje kierowane do administracji regionalnej i lokalnej powinny być opatrzone pieczęciami więcej niż jednego ministerstwa lub wydziału. Tylko w ten sposób idea wspólnego działania przeniknąć może na szczebel regionalny i lokalny.
2. Rozwiązania systemowe i wytyczne powinny zwracać uwagę na doniosłość koordynacji, pracy kluczowych specjalistów i wspólnego planowania w chwilach przełomowych dla dziecka i rodziny.

2.2.6 Rozwój zawodowy specjalistów

Postulat ten wiąże się z kluczową rolą, jaką na różnych poziomach systemu świadczeń WI odgrywają zatrudnieni w nim specjaliści. Eksperci projektu zaproponowali następujące rekomendacje służące



poszerzeniu możliwości doskonalenia zawodowego oferowanych specjalistom:

Specjaliści pracujący w obszarze WI potrzebują szerszego wachlarza szkoleń. Niektóre szkolenia mają charakter wysokospecjalistyczny i dotyczą poszczególnych schorzeń. Równie ważne jest kształcenie ogólne skierowane do pracowników placówek ogólnodostępnych oraz osób pracujących w placówkach WI dotyczące:

- a) pracy zespołów interdyscyplinarnych;
- b) współpracy z rodzinami;
- c) możliwości przygotowania zawodowego oraz doskonalenia zawodowego.

Przedstawiony w niniejszym raporcie przegląd stanu wczesnej interwencji dokonany został w odniesieniu do przywołanych już wcześniej pięciu elementów kluczowych – dostępności, bliskości, przystępności finansowej, pracy zespołów interdyscyplinarnych, zróżnicowania i koordynacji świadczeń – oraz odpowiadających im rekomendacji służących skutecznemu wdrożeniu zaleceń pierwszego projektu Agencji.

W ramach obecnego projektu zweryfikowano, czy i w jakim stopniu rekomendacje opracowane w roku 2005 zostały uwzględnione w rozwoju systemów świadczeń WI w różnych krajach, oraz czy we wspomnianych obszarach dokonały się zmiany na lepsze. Warto mieć na uwadze, że zastosowanie pięciu elementów kluczowych oraz płynących z nich rekomendacji pozwala wypełnić najważniejszą zasadę WI – prawo każdego dziecka i jego rodziny do otrzymania potrzebnego im wspomaganie. Jest to zgodne z trzema przedstawionymi w niniejszym opracowaniu priorytetami:

- objęcia pomocą całej populacji osób potrzebujących WI;
- zapewnienia jakości i jednolitych standardów realizowanych świadczeń;
- respektowania praw i potrzeb dzieci i ich rodzin.



LISTA NOMINOWANYCH EKSPERTÓW

Austria	Manfred PRETIS
Belgia (wspólnota francuskojęzyczna)	Maryse HENDRIX
Cypr	Maria KAKOURI-PAPAGEORGIU
Czechy	Jindřiška DRLÍKOVÁ (HARAMULOVÁ) Zdenka SLOVÁKOVÁ Inge SVENDSEN Tiina PETERSON Liisa HEINÄMÄKI Paul FERNANDEZ Theodoros KARAMPALIS Yolanda JIMÉNEZ Elisa RUIZ VEERMAN Susan MCKENNEY Thomas WALSH Hrund LOGADOTTIR Stefania ALISAUSKIENE Gundega DEMIDOVA Jacques SCHLOESSER Michèle RACKÉ Rose Marie PRIVITELLI Marvin VELLA Franz PETERANDER Lise HELGEVOLD Małgorzata DOŃSKA-OLSZKO Ewa GRZYBOWSKA Graça BREIA Filomena PEREIRA Bojana GLOBAČNIK Nevenka ZAVRL Silvia SCHNYDER Lena ALMQVIST Barbara CZEIZEL Sue ELLIS Elizabeth ANDREWS Joan HENDERSON
Dania	
Estonia	
Finlandia	
Francja	
Grecja	
Hiszpania	
Holandia	
Irlandia	
Islandia	
Litwa	
Łotwa	
Luksemburg	
Malta	
Niemcy	
Norwegia	
Polska	
Portugalia	
Słowenia	
Szwajcaria	
Szwecja	
Węgry	
Wielka Brytania (Anglia)	
Wielka Brytania (Irlandia Północna)	



ANEKS

Poniższa tabela przedstawia przegląd regulacji prawnych w zakresie wczesnej interwencji oraz zmiany prowadzonej w tym zakresie polityki w poszczególnych krajach uczestniczących w naszym projekcie.

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Austria	<p>a) Poziom ogólnokrajowy 1967, Familienlastenausgleichsgesetz (Wyrównanie obciążeń rodziny: finansowa rekompensata za niepełnosprawność dziecka (jeżeli dziecko ma 50% utraty sprawności))</p> <p>b) Poziom regionalny i ogólnokrajowy (od roku 1993), różne rozwiązania i regulacje prawne dotyczące „zasiłku opiekuńczego”; trudne zagadnienie „niezbędnej opieki” nad małymi dziećmi oraz „opieki dodatkowej” związanej z niepełnosprawnością</p> <p>c) Poziom regionalny (na tym poziomie regulowana była polityka wczesnej interwencji; podajemy 3 przykłady z 9) Od roku 1985 w Styrii wczesna interwencja jest oficjalnie uznanym świadczeniem należnym dzieciom niepełnosprawnym oraz zagrożonym niepełnosprawnością 1990/1991 Ustawa o opiece nad dziećmi i młodzieżą; definiuje ona wczesną interwencję także jako świadczenie społeczne</p>	<p>a) Poziom ogólnokrajowy 2009 Ustawa o wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych: zakaz dyskryminacji osób niepełnosprawnych (ON) 2009, Styria, nowelizacja dotycząca zasiłku opiekuńczego: dotyczyła ona opieki nad dziećmi z poważnym stopniem niepełnosprawności i wprowadziła obowiązek uwzględniania tego czynnika (dzięki temu większa liczba małych dzieci otrzyma zasiłek opiekuńczy)</p> <p>c) Poziom regionalny 2004, Styria (nowa) Ustawa o świadczeniach dla ON: określa świadczenia, do których uprawnione są ON (włączając w to wczesną interwencję); wdrożenie modeli rachunków kosztów normatywnych; wprowadzenie niezależnych eksperckich zespołów oceniających (IHB) 2005, nowelizacja Ustawy o opiece nad dziećmi i młodzieżą: definiuje ona podstawowe standardy</p>

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>1993 Regulacja sposobu organizacji wczesnej interwencji; m.in. definiująca standardy podstawowego szkolenia zawodowego</p> <p>2. Górna Austria</p> <p>Zróżnicowanie zarówno na poziomie regulacji prawnych, jak i praktyki</p> <p>3. Wiedeń</p> <p>1986 Prawo dotyczące ON: Wczesna interwencja uznana za metodę wspomagania rodziny i szkoły w wychowaniu i edukacji dziecka</p> <p>1990 Ustawa o opiece nad dziećmi i młodzieżą: podstawa do działań w zakresie Wczesnej interwencji</p>	<p>wczesnej interwencji; świadczenia wczesnej interwencji są nieodpłatne</p> <p>2. Górna Austria</p> <p>2005, nowa Ustawa o wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych: wczesna interwencja obejmuje dzieci przed rozpoczęciem nauki w szkole; procesy decyzyjne zapadają na szczeblu regionalnym; ustawa definiuje też podstawowe wymagania w zakresie przygotowania zawodowego specjalistów pracujących w sektorze wczesnej interwencji</p> <p>3. Wiedeń</p> <p>2009 (nowa) Ustawa o wyrównywaniu szans: świadczenia wczesnej interwencji znajdują się na liście świadczeń dla dzieci z możliwością odliczenia od podatku.</p>
<p>Belgia (wspólnota francuskojęzyczna)</p>	<p>1939 zintegrowane regulacje prawne w zakresie świadczeń rodzinnych</p> <p>1970 Regulacje prawne w zakresie nauczania specjalnego, w tym nauczania przedszkolnego (pomiędzy 3 a 6 rokiem życia)</p> <p>1995 Waloński dekret dotyczący integracji społecznej osób niepełnosprawnych</p> <p>1995: Dekret ustanawiający świadczenia w zakresie wczesnej interwencji oraz subwencje na ten cel</p>	<p>Dwa projekty pilotażowe w fazie badań przed wdrożeniem:</p> <p>1. 2010 propozycja nowych rozwiązań oraz testujący je projekt pilotażowy mający na celu wspomóc specjalistów w komunikowaniu rodzicom diagnozy stanu zdrowia dziecka we właściwy i pełny sposób oraz przedstawieniu im zakresu dostępnych świadczeń.</p> <p>Projekt koncentruje się na sposobie przekazania</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>(znowelizowany w roku 2004). Ośrodki wczesnej interwencji mają za zadanie koordynację wszystkich świadczeń należnych dziecku (opieki w żłobku, edukacji przedszkolnej, świadczeń opieki społecznej, opieki zdrowotnej, itd.)</p> <p>1999 (znowelizowana w roku 2009): ustawa o pomocy w zakresie sprzętu specjalistycznego (sprzęt specjalistyczny dla dzieci niewidomych i niesłyszących, wózki inwalidzkie i inny sprzęt ułatwiający poruszanie się dzieciom z niepełnosprawnością motoryczną)</p>	<p>diagnozy o niepełnosprawności dziecka, ponieważ zarówno specjaliści jak i rodzice mogą jej nie przyjmować do wiadomości, lub też nie wiedzieć, jak dalej postępować. W takich sytuacjach często odwleka się postawienie diagnozy, co z kolei opóźnia podjęcie interwencji terapeutycznej.</p> <p>2. 2008–2011 utworzenie mobilnego zespołu pielęgniarek i pielęgniarek pediatrycznych specjalizujących się w dziedzinie niepełnosprawności; zespół ten wspomaga personel żłobków rejonowych, które przyjmują jedno lub więcej dzieci ze specjalnymi potrzebami. Z chwilą, gdy personel żłobka nabędzie odpowiednie doświadczenie, zespół przenosi się do kolejnej placówki.</p> <p>Żłobki i przedszkola odmawiają przyjęcia dzieci niepełnosprawnych z wielu powodów. Obecnie wiemy już, że włączanie dzieci niepełnosprawnych w grupy prowadzone w placówkach ogólnodostępnych przynosi korzyści wszystkim dzieciom. Projekt podlega corocznej ewaluacji.</p>
Cypr	<p>1989 Ustawa dotycząca praw osób niepełnosprawnych umysłowo</p> <p>1999 Ustawa, 2001 inne regulacje prawne 2001 oraz rozporządzenia dotyczące edukacji i szkoleń dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Mechanizmy</p>	<p>2009 Ustanowienie Departamentu Integracji Społecznej Osób Niepełnosprawnych, którego zadaniem jest wprowadzanie w życie przyjętych w latach 2000–2004 rozwiązań prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych.</p>

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>służące wczesnemu rozpoznaniu dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.</p> <p>2000/2004 Ustawa promująca osoby niepełnosprawne</p> <p>2001 Rozporządzenie Rady Ministrów ustanawiające Służbę Koordynującą świadczenia wczesnej interwencji.</p> <p>2001 Regulacje prawne dotyczące wczesnego rozpoznawania specjalnych potrzeb edukacyjnych u dzieci.</p> <p>2001 Regulacje prawne dotyczące edukacji i szkoleń dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.</p>	
Czechy	<p>1997 Wczesna interwencja rozumiana jako świadczenie społeczne zawarta w założeniach do projektu Ustawy o Świadczeniach Społecznych.</p> <p>Ustawa o Zdrowiu Publicznym obejmująca działania prewencyjne w zakresie służby zdrowia, wczesnej diagnostyki zaburzeń rozwoju, opieki zdrowotnej w tym świadczeń specjalistycznych, balneologii, rehabilitacji, pomocy psychologicznej dla rodziców.</p> <p>Specjalistyczne ośrodki i żłobki (wiek 0–3 lata)</p> <p>Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym – w zakresie wczesnej interwencji określająca m.in. nieodpłatny dostęp do opieki zdrowotnej i innych świadczeń, oraz zakres odpowiedzialności odpowiednich instytucji</p> <p>Ustawa o oświacie z późniejszymi zmianami – proces demokratyzacji. Ustanowiona została nowa instytucja</p>	<p>2004 Ustawa o oświacie – oparta na nowej filozofii praw człowieka, prawa do wyboru, szkolnictwa ogólnodostępnego, zapewnienia odpowiedniego wspomaganie, pomocy psychologicznej, oceny gotowości szkolnej i postępów w nauce, oraz rozpoznaniu roli poradni psychologicznych we wczesnej interwencji.</p> <p>2006 Ustawa o świadczeniach społecznych definiuje wczesną interwencję jako złożone świadczenia o charakterze prewencyjnym skierowane do rodzin z dzieckiem zagrożonym zaburzeniami rozwoju (0–7).</p> <p>Wdrożenie wspomaganie adresowanego do dzieci z grup ryzyka (2/3–6) i ich rodzin w ramach sektora edukacji.</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>odpowiedzialna za pomoc psychologiczną, wsparcie i poradnictwo (Specjalne Ośrodki Pedagogiczne), pracująca z dziećmi niepełnosprawnymi i dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (zazwyczaj powyżej 3 roku życia) i ich rodzicami.</p> <p>2002 Standardy jakości w dziedzinie wczesnej interwencji rozumianej jako świadczenia społeczne przysługujące rodzinom dzieci niepełnosprawnych zostały opracowane i przedstawione przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.</p> <p>2003 Przyjęto rządowe założenia dotyczące kompleksowej rehabilitacji. Część dokumentu dotyczy wczesnej interwencji.</p> <p>Trwa dyskusja na szczeblu rządowym dotycząca wczesnej interwencji, dzielenia odpowiedzialności i zaangażowania różnych sektorów.</p> <p>Nowelizacja Ustawy o zdrowiu publicznym – jakość i dostępność usług medycznych, zakres odpowiedzialności podmiotów świadczących usługi medyczne, opieka zastępcza.</p> <p>Nowelizacja Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym – finansowanie, utrzymanie oraz dostępność usług medycznych dla pacjentów/klientów, prawa pacjenta.</p>	<p>W systemie opieki zdrowotnej uruchomiony został projekt pilotażowy – Ośrodek opieki nad dziećmi z grupy ryzyka (długoterminowa, wielospecjalistyczna opieka nad wcześniakami).</p> <p>2004, 2008 została przyjęta Rządowa strategia w obszarze wczesnej interwencji uwzględniająca w szczególności dzieci z „grup ryzyka” wywodzące się ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym.</p> <p>2009 Plan realizacji Rządowej strategii w obszarze wczesnej interwencji uwzględniającej w szczególności dzieci z „grup ryzyka” wywodzące się ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym został przyjęty i jest obecnie realizowany.</p>

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Dania	<p>1998 Ustawa o świadczeniach społecznych</p>	<p>2004 Ustawa o programach nauczania dla dzieci: Od 1 stycznia 2007 roku na wszystkie gminy nałożony został obowiązek wypracowania jednolitej polityki wobec dzieci, która zapewni spójność pomiędzy nauczaniem zintegrowanym, prewencją, oraz interwencją terapeutyczną skierowaną do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.</p>
Estonia	<p>1992 Ustawa o oświacie 1999 Ustawa o instytucjach odpowiedzialnych za opiekę nad dziećmi w wieku przedszkolnym służąca włączeniu każdego dziecka z SPE w system placówek ogólnodostępnych (rejonowych)</p>	<p>2008 Program ESF „Rozwój systemu poradni szkolnych”, mający na celu zapewnienie świadczeń WI we wszystkich regionach. 2008 Krajowy program „Miejsce w przedszkolu dla każdego dziecka”</p>
Finlandia	<p>1972 Ustawa o zdrowiu publicznym a w r. 1991 Rozporządzenie dotyczące rehabilitacji medycznej 1973 Ustawa o opiece w żłobkach i przedszkolach 1977 Ustawa o specjalnych świadczeniach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie 1982 Ustawa o opiece społecznej 1987 Ustawa o opiece społecznej świadczeniach i formach wsparcia osób niepełnosprawnych (Przepisy ogólne regulujące sytuację osób z różnymi formami niepełnosprawności niezależnie od wieku) 2001 Przepisy ustanawiające zasadę nieodpłatnej edukacji przedszkolnej lub szkolnej dla sześciolatków.</p>	<p>2005 Ustawa o wsparciu dla osób sprawujących opiekę nad najbliższymi 2009 Nowelizacja ustawy (1987 Świadczenia dla osób niepełnosprawnych): dodano zapisy o asystencji osoby niepełnosprawnej oraz Osobistych planach świadczeń dla osób niepełnosprawnych.</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Francja	<p>1975 Regulacje prawne zawierające wytyczne dotyczące wsparcia osób niepełnosprawnych</p> <p>1989 Ustawa o ochronie i promocji zdrowia, rodziny i dziecka</p>	<p>2005 Ustawa o równouprawnieniu, równych szansach i włączeniu społecznym osób niepełnosprawnych</p> <p>2007 Dekret ustanawiający misję placówek przedszkolnych i żłobków i realizowanych tam świadczeń</p> <p>2008 Raport Ministerialny na temat rozwoju opieki przedszkolnej i małymi dziećmi.</p> <p>2009 Konwencja o celach i zarządzaniu została podpisana przez rząd oraz Narodowy Zakład Ubezpieczeń; definiuje ona potrzeby i świadczenia finansowe pozwalające zrealizować rodzicielskie prawo do opieki nad dziećmi.</p>
Grecja	<p>1981 Prawo powołujące specjalne ośrodki opieki dla dzieci i rodziców.</p> <p>1985 Ustawa Oświatowa definiująca edukację osób ze specjalnymi potrzebami.</p> <p>2000 Ustawa o edukacji specjalnej, na mocy której Ministerstwo Edukacji powołało Ośrodki Diagnostyki, Oceny i Wspomagania w najważniejszych miastach z myślą przede wszystkim o dzieciach powyżej 3 roku życia.</p>	<p>2008 Regulacje prawne (3699/2008) dotyczące edukacji specjalnej oraz edukacji osób niepełnosprawnych lub osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</p>

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Hiszpania	<p>1982 Ustawa o integracji społecznej osób niepełnosprawnych</p> <p>1995 Królewski Dekret dotyczący organizacji kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</p> <p>1997–2002 Pierwszy Plan Działania w sprawie osób niepełnosprawnych w Madrycie, mający na celu oszacowanie rzeczywistej częstości występowania zaburzeń rozwoju u dzieci.</p> <p>2000 Publikacja Białek Księgi na temat wczesnej interwencji, przedstawiającej zasady dalszego rozwoju WI.</p> <p>2002 Ustawa o jakości w edukacji przywróciła ideę 0–3 jako okresu edukacji i rozwoju społecznego.</p> <p>2003 Ustawa o równości szans i przeciwdziałaniu dyskryminacji, wprowadzająca nowe rozwiązania, przede wszystkim w zakresie równego dostępu.</p>	<p>2005, Drugi Plan Działania w sprawie osób niepełnosprawnych w Madrycie, zawierający świadczenia WI.</p> <p>2006 regulacje prawne dotyczące edukacji włączającej oraz opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych, w tym także dzieci od urodzenia do trzeciego roku życia.</p> <p>2006 regulacje oświatowe na szczeblu krajowym zawierają silne zobowiązanie do wprowadzania edukacji włączającej i zwiększenia liczby nieodpłatnych żłobków (dla dzieci w wielu od 0 do 3 lat) w regionach poprzez realizację planu Educa3 (2009).</p>
Holandia	<p>Ustawa o szczególnych wydatkach w opiece zdrowotnej (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)</p> <p>Regulacje prawne zapewniające subsytia dla różnych organizacji wspierających rodziny (Wet Financiering Volksverzekeringen)</p> <p>Ustawa o podstawowym ubezpieczeniu zdrowotnym, zapewniająca finansowanie stałych poradni dla dzieci.</p>	<p>2004 Ustawa o opiece na dzieci i młodzieżą, obejmująca grupę wiekową od 0 do 18 lat.</p> <p>2004 Ustawa o podstawowej opiece nad dziećmi regulująca strukturę tego sektora.</p>

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Irlandia	1998 Ustawa o systemie oświaty 1999 dokument określający politykę rząd: Dzieci mają pierwszeństwo – Narodowe wytyczne w zakresie ochrony dzieci i opieki nad nimi 2000 Narodowa strategia wobec dzieci Nasze dzieci, Ich życie 2000 to 2004 Ustawa o równym statusie	2004 Ustawa o edukacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi 2005 Ustawa o Niepełnosprawności . Ustawy z lat 2004 i 2005 mają na celu zapewnienie skutecznej koordynacji pomiędzy sektorem edukacji i zdrowia, oraz w ramach tych sektorów.
Islandia	1992 Ustawa o wspomaganiu osób niepełnosprawnych 1993 Ustawa o świadczeniach społecznych realizowanych przez samorządy lokalne	2007 Rezolucja Parlamentu dotycząca czteroletniego Planu Działania w celu poprawy sytuacji dzieci i młodzieży 2008 Nowa Ustawa o systemie oświaty : Ustawa o edukacji przedszkolnej oraz Ustawa o obowiązku szkolnym; obie mają na celu zapewnienie odpowiedniej opieki i okresu adaptacji dzieciom przechodzącym z przedszkola do szkoły. 2008 Ustawa o Świadczeniach i ośrodkach referencyjnych dla niewidomych, niedowidzących, niesłyszących i niedosłyszących .
Litwa	1996 Ustawa o ochronie praw dziecka 1998 Ustawa o edukacji specjalnej 2000 Rozporządzenia dotyczące WI	2009 Ministerstwo Edukacji przygotowało i przyjęło oficjalny dokument pt. „Zarys modelu <i>Poprawy warunków życia i edukacji od chwili urodzenia do rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego</i> ”, zgodnie z Programem Rządowym na lata 2008–2012

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Luksemburg		<p>2008 Ustawa o pomocy dzieciom i rodzinom zapewniająca świadczenia społeczne i wsparcie edukacyjne oraz ustanawiająca Narodowe Biuro na Rzecz Dzieci.</p> <p>2009 Ustawa o systemie oświaty, ustanawiająca lokalne i regionalne komisje do spraw edukacji włączającej.</p>
Łotwa	<p>1997 Ustawa o opiece medycznej, zgodnie z regulacjami przyjętymi w roku 2004 dotyczącymi sposobu organizacji i finansowania służby zdrowia, dotyczy ona zagadnień takich jak dostępność (geograficzna i finansowa) służby zdrowia.</p> <p>1998 Ustawa o ochronie praw dziecka (gruntownie znowelizowana w roku 2004), zapewniająca nieodpłatny dostęp do szkolnictwa i opieki zdrowotnej dla wszystkich dzieci oraz dodatkowe wspomaganie i świadczenia dla dzieci ze specjalnymi potrzebami.</p> <p>1998 Ustawa o systemie oświaty, określająca zasady dostępności, bliskości, zróżnicowania świadczeń oraz jakości w edukacji.</p> <p>1999 Ustawa o szkolnictwie powszechnym, wraz z rozporządzeniami z roku 2001, dotycząca kompetencji państwowych i terenowych komisji pedagogiczno-lekarskich.</p> <p>2001 Rozporządzenia dotyczące dostępu do placówek specjalnych na etapie przedszkolnym i szkolnym (definiujące grupy docelowe dla specjalistycznych świadczeń edukacyjnych).</p>	<p>2004 narodowy program „Łotwa dla dzieci” oraz Krajowe wytyczne dla polityki prorodzinnej, odnoszące się bezpośrednio do zasad WI</p> <p>2007 Łotewski Plan Rozwoju Narodowego, zawiera zasady istotne dla WI.</p> <p>2007 Wytyczne do strategii rozwoju edukacji, podkreślające wagę rozwoju edukacji na etapie przedszkolnym.</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>2002 Ustawa o pomocy i świadczeniach społecznych, dotyczy kwestii dostępu do świadczeń społecznych oraz ich międzysektorowej koordynacji</p> <p>2002 Ustawa o gwarantowanych przez państwo zasiłkach społecznych, zapewniająca pomoc finansową rodzinom z dziećmi.</p>	
Malta		<p>2006 Narodowa polityka dotycząca opieki nad małymi dziećmi i ich edukacji</p> <p>2006 publikacja Narodowych standardów dla placówek sprawujących opiekę przedszkolną.</p>
Niemcy	<p>1974 Prawo federalne (Bundessozialhilfegesetz – BSHG) pozwalające „Bundesländer” ustanawiać ośrodki WI dla dzieci niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością oraz niosące pomoc ich rodzinom</p> <p>1974 W Bawarii złożono pierwsze wielospecjalistyczne regionalne ośrodki WI wspomagające całą rodzinę.</p> <p>2001 Specjalne prawo federalne (Sozialgesetzbuch IX) dotyczące wczesnego wykrywania specjalnych potrzeb u dzieci oraz Wielospecjalistycznych Ośrodków WI.</p>	<p>2005 Wdrożenie programów Wczesnej edukacji (Frühe Bildung) mających za zadanie wspomaganie dzieci z grup ryzyka.</p> <p>2005 Bawarskie regulacje prawne dotyczące przedszkoli integracyjnych (BayKiBiG)</p> <p>2007 Ustanowienie Narodowego Centrum Wczesnego Wspomagania, które wypracowuje system wczesnego wykrywania dzieci z grup ryzyka, pomocy rodzinie, oraz dąży do zacieśnienia więzi pomiędzy instytucjami służby zdrowia, oświaty, i pomocy społecznej zaangażowanymi w pomoc małym dzieciom, a także wspiera badania naukowe w dziedzinie WI.</p> <p>2008 Prawo federalne: wzrost liczby żłobków (dzieci w wieku 0–3).</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Norwegia	<p>Ustawa o opiece przedszkolnej</p> <p>§ 13 Pierwszeństwo przyjęcia: Dzieci niepełnosprawne mają prawo do pierwszeństwa przy ubieganiu się o przyjęcie do przedszkola. Diagnozy niepełnosprawności u dziecka dokonują specjaliści.</p> <p>§ 4.12 oraz 4.4, 2nd i 4th stwierdzają także, w odniesieniu do prawa pierwszeństwa: gmina odpowiada za to, by dzieci mające prawo pierwszeństwa mogły odnaleźć się w przedszkolu.</p> <p>Regulacje prawne dotyczące opieki zdrowotnej na terenie gminy</p> <p>§ 2-2 Prawo dzieci do opieki zdrowotnej: dzieci mają prawo do podstawowej opieki zdrowotnej w postaci świadczeń oferowanych w gminie będącej miejscem zamieszkania dziecka lub jego czasowego pobytu. Rodzice mają obowiązek pomóc dziecku w korzystaniu z jego prawa do opieki zdrowotnej.</p> <p>Ustawa o opiece społecznej (Rozdział 4 Świadczenia społeczne m.v.)</p> <p>§ 4-1. Dostęp do informacji, poradnictwa i pomocy: Opieka społeczna odpowiada za udzielanie informacji, organizację poradnictwa i pomocy, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemów społecznych i im zapobieganiu. Jeżeli opieka społeczna nie udziela takiej pomocy, powinna w miarę możliwości zapewnić to, by udzielały jej inne służby.</p> <p>§ 4-2. Świadczenia. W zakres świadczeń społecznych</p>	



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>wchodzą:</p> <ul style="list-style-type: none">a) praktyczna pomoc i szkolenia, włączając w to pomoc osobistą na żądanie, dla osób ze specjalnymi potrzebami z racji choroby, niepełnosprawności, wieku, lub innych przyczyn,b) środki pomocy dla osób i rodzin potrzebujących wyjątkowo wymagającej opieki,c) Kontakt, do którego mogą zwrócić się o pomoc rodziny i osoby potrzebujące wsparcia ze względu na niepełnosprawność, wiek, czy problemy społeczne,d) miejsce w odpowiedniej placówce lub opiekę domową zapewnianą 24 godziny na dobę dla wszystkich, którzy tego potrzebują ze względu na niepełnosprawność, wiek, lub z innych powodów,e) zasiłek dla osób potrzebujących wyjątkowo wymagającej opieki. <p>Ustawa o świadczeniach społecznych ze względu na opiekę nad dziećmi (Rozdział 4 świadczenia specjalne) § 4-1.</p> <p>§ 4-4. Narzędzia pomocy dla dzieci i rodzin: Urząd ds. Opieki na Dziećmi będzie wspomagał zapewnienie dzieciom godnych warunków życia, oraz rozwijał narzędzia służące świadczeniu pomocy, udzielaniu porad i informacji. Urząd ds. Opieki na Dziećmi zapewni, gdy zajdzie taka potrzeba ze względu na warunki domowe lub z innych przyczyn, odpowiednie środki pomocy dziecku i rodzinie</p>	



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
	<p>(np. ustanowi osobę, z którą rodzina kontaktuje się w razie potrzeby, upewni się, że dziecko może zostać przyjęte do przedszkola, podczas wizyt domowych zapewni wsparcie w domu, pobyt w ośrodku dla rodziców i dzieci, lub inną pomoc potrzebną rodzicom). W podobny sposób Urząd ds. Opieki na Dziećmi starać się będzie zastosować środki stymulujące aktywne spędzanie czasu wolnego przez dziecko, zapewnić dziecku ofertę kształcenia lub pracy, lub możliwość zamieszkania poza domem. Urząd może także poddać rodzinę dziecka nadzorowi kuratorska.</p>	
Polska	<p>1999 Rządowe wytyczne dotyczące WI 1999 Uchwała Rady Ministrów w sprawie WI</p>	<p>2005 Rozporządzenie z kwietnia 2005 roku (Dz. U. 68, poz.587) Ministra Edukacji Narodowej dotyczące wczesnego wspomagania rozwoju dziecka</p> <p>2005–2007 Program rządowy: „Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie”</p> <p>2009 Ministerstwo Edukacji przygotowało system monitorowania skuteczności WI</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Portugalia	1986 Ustawa o powszechnym systemie edukacji 1997 Dekret ustanawiający zasiłki finansowe dla rodzin 1997 Rozwiązania prawne ustanawiające wsparcie finansowe dla projektów wczesnej interwencji 1999 Wspólne rozporządzenie (Ministerstwa Zdrowia, Edukacji i Opieki Społecznej) przedstawiająca wytyczne dla WI	2008 Ustawa o Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami określająca aspekty organizacyjne WI 2009 Ustawa powołująca Narodowy System WI , za który wspólnie odpowiadają Ministerstwa Zdrowia, Opieki Społecznej i Edukacji
Słowenia	W Słowenii nie istnieje osobne ustawodawstwo. odnoszące się do WI. Opieka zdrowotna oraz działania prewencyjne należą do kompetencji ministerstwa Zdrowia.	W latach 2009/10 przygotowywana będzie ustawa o wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych oraz Ustawa o równym traktowaniu dzieci ze specjalnymi potrzebami.
Szwajcaria	Regulacje prawne na poziomie kantonów	Regulacje prawne na poziomie kantonów W przygotowaniu znajduje się „Międzykantonskie porozumienie w sprawie współpracy w zakresie edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami, zobowiązujące kantony do uwzględnienia WI (nieodpłatnie świadczonej rodzinom) w ramach edukacji uczniów z SPE.
Szwecja	1995 Ustawa o szkolnictwie (od) 1982 Ustawa o służbie zdrowia, opiece społecznej, Świadczeniach i pomocy osobom niepełnosprawnym 2001 Ustawa o Pomocy Społecznej	

Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Węgry	<p>1993 Ustawa o pomocy społecznej (wraz z rozporządzeniami)</p> <p>1993 Ustawa o systemie oświaty</p> <p>1997 Ustawy zdrowotne (wraz z rozporządzeniami)</p>	<p>2006 Ustawa o równouprawnieniu</p>
Wielka Brytania (Anglia)	<p>1995 Ustawa o przeciwdziałaniu dyskryminacji wobec osób niepełnosprawnych z poprawkami wniesionymi przez Ustawę o edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami (2001): Nakłada na placówki sprawujące opiekę nad małymi dziećmi obowiązek równego traktowania dzieci niepełnosprawnej oraz dostosowania placówki w rozsądnym wymiarze do włączania dzieci w grupy masowe i wykonywane przez nie formy aktywności.</p> <p>2001 SPE – Zasady dobrej praktyki</p> <p>2002 SPE Zasady dobrej praktyki dla Walii: przedstawiają one wskazówki, jak zapewnić dodatkowe wsparcie dzieciom z SPE i dzieciom niepełnosprawnym poniżej 5 roku życia w placówkach rejonowych i masowych. Oddają one założenie, na którym opierają się regulacje prawne w zakresie edukacji, iż większość dzieci będzie uczyć się w szkołach masowych.</p> <p>2003 „Od początku razem”: wspólne wytyczne Departamentu Edukacji i Szkoleń oraz Departamentu Zdrowia dotyczące zintegrowanego systemu udzielania świadczeń WI dzieciom poniżej 3 roku życia, we współpracy z rodzinami.</p>	<p>2004 Ustawa o dzieciach: promuje bardziej skoordynowane działania sektorów zdrowia, edukacji i opieki społecznej na każdym poziomie.</p> <p>2005 Narodowy system świadczeń na rzecz dzieci i macierzyństwa</p> <p>2006 Narodowy system świadczeń na rzecz dzieci, młodzieży i macierzyństwa w Walii: Wyznacza narodowe standardy realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży, w tym świadczenia WI dla dzieci poniżej piątego roku życia z SPE lub niepełnosprawnością. Wymaga wprowadzenia pięciu kluczowych świadczeń pracowniczych i zapewnia ich finansowanie.</p> <p>(Ustawowe wymagania w Anglii od roku 2008)</p> <p>Pierwsze lata – poziom podstawowy: Ramy prawne i jakościowe dla zapewnienia nauczania, rozwoju i opieki dzieciom od chwili urodzenia do roku szkolnego, w którym kończą pięć lat. Promuje edukację włączającą i personalizację nauczania dzieci z SPE oraz dzieci niepełnosprawnych.</p> <p>(Od 04/2003 w Anglii, od 09/2009 w Walii)</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
		<p>Program wczesnego wspomagania: stały program krajowy wspomagający wdrażanie wytycznych Od początku razem oraz rozwój świadczeń WI dla dzieci poniżej piątego roku życia zgodnie z modelem świadczeń WI zaproponowanym przez Agencję.</p> <p>2004 Usunąć bariery do sukcesu: promował przyjmowanie dzieci z SPE i niepełnosprawnych poniżej piątego roku życia do placówek masowych realizujących program Pierwsze lata, w tym do szkół; rozpoczął Program rozwoju edukacji włączającej wspierający placówki opieki przedszkolnej i szkoły w wychodzeniu naprzeciw potrzebom dzieci z zaburzeniami mowy, języka, i trudnościami komunikacyjnymi, dzieci z zaburzeniami spektrum autystycznego, oraz dzieci z trudnościami emocjonalnymi, niedostosowaniem społecznym oraz zaburzeniami zachowania.</p> <p>2007 Mierzmy wyżej dla dzieci niepełnosprawnych: otworzył narodowy program rozwoju opieki nad dziećmi i krótkich wyjazdów dla wszystkich dzieci z SPE i dzieci niepełnosprawnych, w tym poniżej piątego roku życia.</p>



Kraj	przed rokiem 2004	po latach 2004–2005
Wielka Brytania (Irlandia Północna)	1995 Ustawa o przeciwdziałaniu dyskryminacji wobec osób niepełnosprawnych – zastosowana do świadczeń edukacyjnych w NI po wprowadzeniu SENDO 1996 Rozporządzenie o edukacji wprowadzające nowe, znaczące uprawnienia dla rodziców.	2005 Rozporządzenie o edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami i uczniów niepełnosprawnych , wzmacniające prawa dzieci z SPE do uczęszczania do szkół rejonowych.

PL

Niniejszy raport podsumowuje badania na temat wczesnej interwencji przeprowadzone przez Europejską Agencję Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami na wniosek przedstawicieli jej krajów członkowskich.

Przeprowadzone badania służyły aktualizacji analizy obszaru wczesnej interwencji dokonanej przez Agencję w latach 2003–2004.

Punktem wyjścia dla obecnego projektu były najważniejsze wyniki oraz rekomendacje płynące ze wspomnianej analizy. Szczególną uwagę poświęcono postępom i najważniejszym zmianom, jakie dokonały się w dziedzinie Wczesnej Interwencji (WI) w Europie od roku 2005. Są to zmiany o charakterze systemowym; opisane zostały w odniesieniu do pięciu elementów kluczowych: dostępności, bliskości, przystępności finansowej, interdyscyplinarności i zróżnicowania świadczeń. Elementy te uznano za kluczowe dla modelu WI, jaki został wypracowany w ramach badań opublikowanych przez Agencję w roku 2005.

Eksperti z 26 krajów uczestniczyli w procesie zbierania oraz analizy danych dotyczących postępów i najważniejszych zmian, jakie zaszły w obszarze WI w poszczególnych krajach.

Najważniejsze przesłanie płynące z przeprowadzonych badań jest następujące: pomimo wysiłków, jakie podjęto we wszystkich krajach, oraz widocznych na każdym poziomie zmian na lepsze, potrzebne są dalsze działania służące temu, aby wypełnić podstawową zasadę wczesnej interwencji – prawo każdego dziecka i jego rodziny do otrzymania potrzebnego im wsparcia.

