Az utóbbi években a kora gyermekkori intervenció ügye egyre nagyobb figyelmet kapott szakmai körökben és a szélesebb közgondolkodásban egyaránt. A korai életszakaszban végzett prevenciós és intervenciós tevékenységek nemcsak a gyermekek fejlődését mozdítják elő és a családok kompetenciáját erősítik, hanem ezen túlmutató pozitív társadalmi következményekkel is járnak. Amellett, hogy elősegítik a gyermekek és a családok társadalmi integrációját, hosszú távú gazdasági hasznuk is jelentős.

Az *Utak* a kora gyermekkori intervenció rendszerszintű, komplex megközelítését nyújtja. Az elméleti keretek bemutatása, a kora gyermekkori intervenció fontosságának alátámasztása, a nemzetközi tapasztalatok, körvonalazható trendek hazai helyzetre is jól adaptálható értelmezése összekapcsolódik a hazai szabályozási, finanszírozási, fejlesztési környezet áttekintésével, a különböző intézményrendszerek működésének ismertetésével, a problématerületek azonosításával, valamint olyan megoldási javaslatok összefoglalásával, amelyek egy jövőbeli, korszerűbb ellátórendszer alapjait képezhetik.

A gyermek és a család körül kiépülő összehangolt intézményhálózat, a szabályozott gyermekút, az ágazat- és szakmaközi interdiszciplináris szakértői csoportok együttműködése mellett a hatékony és eredményes ellátáshoz elengedhetetlen a szakemberek és szülők közötti partneri kapcsolat kialakítása, a családra irányuló figyelem fókuszba állítása és a gyermek saját természetes környezetében való optimális működésének elősegítése. A legfontosabb szempont azonban az, hogy minden intézkedés, amelyre a szabályozás, az ellátórendszer átalakítása vagy a minőségi ellátás megteremtése kapcsán sor kerül, azoknak az érdekeit kell, hogy szolgálja, akikért mindez történik: a gyermekekéit és a családokéit.

ISBN 978-963-7155-69-7







KEREKI JUDIT | UTAK

376
K39

ELTE Bárczi Gusztáv
Gyógypedagógiai Kar

UTAK

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERSZINTŰ MEGKÖZELÍTÉSE



KEREKI JUDIT

Kereki Judit

Utak

A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
Budapest, 2017

A kötet az ELTE tankönyv- és jegyzettámogatási pályázatán elnyert forrás felhasználásával készült.

Lektorálta: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes

ISBN 978-963-7155-69-7

© Kereki Judit, 2017
© ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 2017

Kiadja az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
1097 Budapest, Ecseri út 3.

www.barczi.elte.hu

Felelős kiadó: Zászkaliczky Péter, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar dékánja
Projektvezető: Sándor Júlia
Kiadói szerkesztő: Brunner Ákos
Tördelés: Manzana Bt.
A borítót tervezte: Csele Kmotrik Ildikó
Nyomdai munkák: Pátria Nyomda Zrt.

TARTALOM

1 Bevezetés 9
Köszönetnyilvánítás 12

2 A kora gyermekkori intervenció értelmezési kerete 14
2.1 A kora gyermekkori fejlődés és annak rendszerszemléletű megközelítése 14
2.2 A kora gyermekkori intervenció meghatározása 16
2.3 Hazai megközelítés 19
2.3.1 Fogalmi meghatározás 19
2.3.2 A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai 20
2.4 Összefoglalás 26

3 A kora gyermekkori intervenció történeti megközelítése 27
3.1 A kora gyermekkori intervenció gyökerei 27
3.1.1 A kora gyermekkori nevelés 27
3.1.2 Intézményesülés 29
3.1.3 Anya- és gyermekegészségügyi szolgáltatások 30
3.1.4 Az egyéni szükségletekhez igazodó speciális nevelés, oktatás 32
3.1.5 Hazai folyamatok 35
3.1.6 Gyermekfejlődési kutatások 36
3.2 Összefoglalás 38

4 A kora gyermekkori intervenció fontossága 40
4.1 A korai életszakasz fejlődésben betöltött szerepe 40
4.1.1 Az idegrendszer fejlődése 41
4.1.2 A környezet fejlődésben betöltött szerepének különböző aspektusai 43
4.1.3 A rizikó- és védőtényezők szerepe 50
4.2 Társadalmi hasznosság 55
4.2.1 Longitudinális vizsgálatok és eredményeik 55
4.2.2 Költség-haszon elemzések, a befektetések megtérülése 62

4.3 A kora gyermekkor kiemelt szerepe gyermekjogi megközelítésből 64
4.3.1 Gyermekjogok a nemzetközi dokumentumokban 64
4.3.2 Gyermekeket érintő jogok a hazai törvényalkotásban 69
4.3.3 A gyermekjogok érvényesülése 72
4.4 Összefoglalás 80

5 A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzete 82
5.1 Szabályozási, finanszírozási kérdések 84
5.1.1 Szabályozási jellemzők 84
5.1.2 Finanszírozás 86
5.2 Kora gyermekkori intervenciós rendszerek Európában 91
5.2.1 Skandináv országok 95
5.2.2 Mediterrán országok 100
5.2.3 Német nyelvű országok 102
5.2.4 Angolszász országok 106
5.3 Összefoglalás 109

6 Hazai szabályozási és finanszírozási környezet 111
6.1 A kora gyermekkori intervenció ágazati szabályozása 111
6.1.1 Az egészségügyi ágazati szabályozás 113
6.1.2 A köznevelés ágazati szabályozása 122
6.1.3 Szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti terület, a családtámogatás rendszere 132
6.2 A gyermekút/kliensút a szabályozás tükrében 145
6.2.1 A pre- és perikoncepcionális szakasz 146
6.2.2 A várandósság szakasza 146
6.2.3 Hazakerülés után 148
6.3 Finanszírozás a hazai gyakorlatban 154
6.4 Összefoglalás 155

7 A hazai kora gyermekkori intervenciós rendszer működése és ellátásbeli egyenlőtlenségei 157
7.1 Az intézményrendszer szereplői 158
7.1.1 Az egészségügyi ellátás legfontosabb jellemzői 161
7.1.2 A szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szolgáltatások 189
7.1.3 A köznevelés területe 198
7.2 Az intézményrendszer szereplői közötti együttműködések és továbbküldési utak 206
7.2.1 Korábbi tapasztalatok 206
7.2.2 Ágazatközi együttműködések jellemzői 208
7.2.3 Továbbküldési utak 211
7.3 Összefoglalás 213

8 A kora gyermekkori intervenciót érintő stratégiai elképzelések és programok 215
8.1 A kora gyermekkori intervenció szempontjából releváns fejlesztési elképzelések, stratégiai anyagok 2007–2015 között 215
8.1.1 A stratégiák és programok célrendszere 216
8.2 A stratégiai elképzelések fejlesztési tervekké alakítása, kutatás-fejlesztési programok megvalósulása 219
8.2.1 2007–2013 között megkezdett és lezárult fejlesztési programok 219
8.2.2 Kutatás-fejlesztési projektek 224
8.2.3 A 2013 végéig és azt követően a megvalósítást megkezdő fejlesztési programok célrendszere, tevékenységei és publikus eredményei 2015 végéig 229
8.3 Összefoglalás 234

9 Perspektívák, megoldási lehetőségek 236
9.1 Családközpontú ellátás 236
9.2 Integrált szolgáltatói rendszerek 237
9.3 Együttműködési lehetőségek a helyi szolgáltatásnyújtás szintjén 240
9.4 Teammunka a kora gyermekkori intervencióban 241
9.4.1 Multidiszciplináris team 241
9.4.2 Interdiszciplináris team 242
9.4.3 Transzdiszciplináris team 242
9.4.4 A kulcsszemélymodell 243
9.4.5 Team a gyermek körül (team around the child) 247
9.5 Hazai továbblépési lehetőségek 248
9.5.1 A lehetséges gyermekút modell 248
9.5.2 A kliensútmodell 253
9.6 Összefoglalás 261

10 Felhasznált irodalom 263
Jogszabályok 308
Adatbázisok 310

1 BEVEZETÉS

Az utóbbi években a hazai szakmai és közgondolkodásban fokozatosan teret nyert az a szemlélet, amely a gyermeki fejlődésben és a későbbi életlehetőségek alakulásában a korai években zajló folyamatok meghatározó szerepét hangsúlyozza. A korai életszakaszra, illetve az ekkor végzett prevenciós, intervenciós tevékenységekre irányuló figyelem több szinten is indokolt. A gyermek *egyéni* fejlődésének, jövőbeli testi és lelki egészségének támogatásán túl a *család* helyzetének stabilitására, kompetenciáinak megerősítésére, valamint a *társadalmi* folyamatokra, az integrációra, a gazdasági életre gyakorolt hosszú távú befolyása miatt egyaránt fontos.

A fejlődés a korai életévekben a leggyorsabb, ám a gyermekek sérülékenysége is ekkor a legfokozottabb. A fizikai, lelki, szociális és kognitív fejlődést jelentősen meghatározzák a biológiai és környezeti tényezők. Az agy fejlődésének, a gyermeket körülvevő gondoskodó kapcsolatoknak, illetve a tárgyi környezet által nyújtható tapasztalati ingerek mértékének és minőségének összefüggései, egymásra való hatásai befolyásolják az összetett képességek kialakulását, a szociális, érzelmi működés jellegzetességeit. A biológiai sérülések, a kedvezőtlen érzelmi, pszichés hatások, a hátrányos szociális helyzet mind komoly rizikófaktorai lehetnek a fejlődésmenet előnytelen alakulásának, a hosszú távú egészség veszélyeztetett voltának. Fontos tehát, hogy a jelentkező problémák felismerése időben megtörténjen, hogy a gyermekek és családjaik minél hamarabb az ellátórendszerbe kerüljenek, és megkapják a megfelelő színvonalú ellátást, szolgáltatást. Ez biztosítja, hogy a gyermek könnyebben tudja leküzdeni a hátrányait, hogy aktív és sikeres résztvevője legyen az otthoni vagy a közösségi színtereken zajló programoknak, hogy pozitív szociális kapcsolatokat tudjon kialakítani, ismereteket és készségeket sajátítson el, használja őket, illetve megfelelően tudja kifejezni a szükségleteit. Összességében hozzájárul ahhoz, hogy a gyermek a későbbiekben minőségileg jobb életet tudjon élni. A korai életszakaszban nyújtott támogatások azonban nemcsak az érintett gyermekek egyéni javulási esélyeit befolyásolják, a hatás a család szintjén is jelentkezik. A szülők kompetenciái kiszélesednek, egyre jobban felismerik gyermekeik erősségeit, képességeit, megtanulnak adekvátan reagálni szükségleteire, képessé válnak támogatására, megfelelő segítséget tudnak nyújtani fejlődéséhez, tanulásához, megismerik saját jogaikat, és hatékonyan tudják képviselni gyermekük érdekeit. A gyermekek és a családok szintje mellett a kora gyermekkori támogatásoknak össztársadalmi szinten is nagy jelentőségük van. Számos kutatás igazolja, hogy a korai életszakaszban nyújtott prevenciós és intervenciós beavatkozások sikere sokkal inkább garantált, hosszú távú megtérülése

magasabb, mint a későbbi beavatkozásoké, továbbá az egész társadalom számára hasznos befektetést jelent.

Az utóbbi években Magyarországon is egyre több fejlesztési program fókuszál mind az egészségügy, mind a köznevelés és a szociális ágazat területén a gyermekek egészséges fejlődésének támogatására, az iskoláskor előtti gyermekeket és családjukat ellátó rendszer korszerűbb, hatékonyabb, az ellátási szükségletekhez jobban igazodó működésének kialakítására. Az európai uniós fejlesztési trendek, a különböző hazai kutatások, fejlesztési projektek eredményei, valamint a szakemberek elszánt és úttörő kezdeményezései kormányzati szinten is ráirányították a figyelmet a kora gyermekkori intervenció fontosságára. 2014-től az EMMI Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkársága feladatául kapta a kora gyermekkori intervenció ügyének koordinálását, törekvések történtek a kora gyermekkori intervenció stratégiai elképzeléseinek megfogalmazására, és 2017-ben egy nagy, átfogó, ágazatközi fejlesztési projekt indult el, amelynek elsődleges célja a korai ellátórendszer kliensközpontú átalakítása. A szakpolitikai döntéshozatal számára – mely figyelembe veszi a módszertanilag megalapozott, empirikus kutatások elemzéseinek visszajelzéseit – a korábbi kutatási, fejlesztési projektek eredményei alapján megtörtént a rendszerben azonosítható problématerületek leírása.

Miközben a korai életévek az egyén, a család és a társadalom szempontjából is kiemelkedő jelentőségűek, korábbi kutatási becslések alapján a kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló, 6 éven aluli gyermekek közel 40%-a nem kapja meg a számára szükséges ellátást/szolgáltatást. Ennek többféle oka van, rendszerszintű problémák és strukturális egyenlőtlenségek egyaránt megtalálhatóak a háttérben. A kora gyermekkori intervenció több ágazatot is érint, ám a területet komplexitása miatt nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. Ugyanakkor, bár komoly törekvések vannak rá, egyelőre hiányzik a kora gyermekkori intervenció egységes rendszerként való kezelése és ennek a szabályozásban való tükröződése. A jogszabályok összehangolásának hiánya, a finanszírozási háttér elégtelensége mellett a rendszerszerű működés hiányosságaiból fakadóan áttekinthetetlen az intézmények hálózata, nincsenek egyértelműen követhető kliensutak, az érintettek nehezen jutnak hozzá a megfelelő információkhoz, hiányoznak a jól kialakult együttműködések. Ezen a tényen egyelőre nem változtatott az intézményrendszer 2011 óta zajló átalakítása sem. Bizonyos területeken továbbra sincsenek kidolgozva a minőségi standardok, gyenge a szakmai kontroll, mint ahogy a szisztematikus mérés és visszacsatolás is hiányzik. A hazai szűrési módszerek, vizsgálóeljárások egységesítésre és megújításra szorulnak, újabb átfogó protokollok, irányelvek kidolgozására, korszerűbb eszközök biztosítására lenne szükség. Bár a különböző ágazatok egyes informatikai rendszereinek egységesítésére, korszerűsítésére történtek lépések, hiányzik az egységes, integrált informatikai háttér. Az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák, ugyanakkor a részt vevő szakembereknek a korai ellátással kapcsolatban megszerzett tudása egyenetlen, képzésbeli hiányosságok tapasztalhatóak. Sokszor az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások megválasztását nemcsak a szakember-kapacitás szűkössége határolja be, de a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme is, amely nem feltétlenül igazodik a speciális szükségletekhez.

A kora gyermekkori intervenciós rendszer elégtelen működése mögött strukturális problémák is meghúzódnak. Az ellátást, hozzáférést tekintve nagyok a területi egyenlőtlenségek, amelyek szinte minden típusú szolgáltatást érintenek, de az intézménytípusok, a településtípusok és a szülők iskolázottsága alapján is azonosíthatóak különbségek. A statisztikai adatok és a kutatási eredmények alapján az egészségügyi ellátás mutatóit tekintve Észak-Magyarország és Észak-Alföld egészségügyi ellátása a legkedvezőtlenebb. Országosan hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat, a neuroterápiás, illetve gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás. A gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások terén hozzáférési, hatékonysági problémák azonosíthatóak. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan. A korai intervenciós ellátások súlypontja Budapest, ahol az ellátást igénylő gyermekek 55%-át látják el (miközben a 0–4 éves népességnek csak a 16%-a lakik a fővárosban). A nagyobb városokban működnek még színvonalas szolgáltatások, de a kisebb településeken, falvakban a speciális támogatás szinte elérhetetlen. Regionális összehasonlításban az ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, amelynek megyéi szinte minden mutatóban alatta maradnak az országos átlagnak. Általában jellemző, hogy éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogató segítséget, amelyek maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében. A szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba való eljutást az utazási nehézségek és az anyagi források szűkössége erősen befolyásolja. Ahol a három különböző ágazat intézményei között kiterjedt és intenzív a kapcsolati háló, ott gyorsabb az információáramlás, korábban hozzájutnak a gyermekek és a családok a köznevelés által nyújtott szolgáltatásokhoz.

Lényeges annak a kiemelése, hogy a korcsoportokat tekintve az ellátásba jutás szempontjából éppen a legfiatalabb, 0–3 éves életkorú gyermekeket éri igazán nagy hátrány, hiszen esetükben a szülők leginkább önmagukra vagy az egészségügyi alapellátó szakemberek ismereteire, információira támaszkodhatnak. Miközben a szülői tudatosság és kompetencia hiányos, a szülők nem eléggé felkészültek feladataikra, gyermekeik fejlődéséről való ismereteik, az ellátórendszerre és saját lehetőségeikre vonatkozó információik mennyisége, minősége és felhasználása nem megfelelő. Ugyancsak jellemző, hogy az egészségügyi alapellátók (házi gyermekorvosok, háziorvosok, védőnők) többsége sem rendelkezik korszerű ismeretekkel a gyermekek korai fejlődéséről, a családokban előforduló nevelési és viselkedési problémák kezeléséről, bár ezeket a hiányosságokat az utóbbi idők projektjeinek témába vágó képzései enyhíteni igyekeztek. Fokozza az ellátók bizonytalanságát, hogy az egészségügyből nem vezet szabályozott út a köznevelési intézményekbe, ami leszűkíti és bizonytalanná teszi a továbbküldési lehetőségeket. Éppen ebben az életszakaszban sérülnek leginkább a gyermekjogok, amelyek garantálhatnák az érintett gyermekek megfelelő ellátásba kerülését, ugyanakkor a szabályozásban nincsenek ennek jogi biztosítékai. Az intézményes ellátásba kerülve változnak a gyermek lehetőségei, nagyobb eséllyel jut el a megfelelő ellátóhelyre, amennyiben ezt a szülő is támogatja.

Bár az utóbbi néhány évben országos szinten számtalan szabályozási, strukturális változás zajlott le, a leírt üzenetek lényege a korábbiakhoz képest nem változott. A legfontosabb, hogy minden intézkedés, amelyre a szabályozásban, a finanszírozásban, az ellátórendszer átalakításában, a minőségi ellátás megteremtésében sor kerül, azoknak az érdekeit kell hogy szolgálja, akikért mindez történik: a gyermekekét és a családokét. A jövőbeni teendők megalapozásaként megkerülhetetlen a kora gyermekkori intervencióról való eddigi tudásunk összefoglalása, annak aktualizálása, a jelenlegi helyzet, működés áttekintése.

Jelen kötet alapjául a szerző által írt, *Utak és lehetőségek. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése* címmel elektronikus formában megjelent kiadvány szolgált, amely az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. gondozásában jelent meg. Egyetemi tankönyvvé történő átdolgozása az intézmény jogutódjának, az Oktatási Hivatalnak a hozzájárulásával valósulhatott meg.

A könyvben sor kerül a kora gyermekkori intervenció elméleti kereteinek kialakítására, történeti keretbe ágyazására, a hazai helyzetre is jól adaptálható értelmezésére, a prioritássá emelés legfontosabb érveinek ismertetésére. A nemzetközi helyzet, az elmúlt években kialakuló trendek, a különböző országcsoportok kora gyermekkori intervenciót érintő megközelítései tapasztalati alapul szolgálnak a hazai ellátórendszer átalakításához, korszerű, adaptálható elemek integrálásához. Ugyanakkor *fontos a hazai szabályozási, finanszírozási, fejlesztési környezet áttekintése, a különböző intézményrendszerek működésének ismertetése, kapcsolódásaik azonosítása, a jelenlegi problémák megfogalmazása, valamint olyan megoldási javaslatok összefoglalása, amelyek egy jövőbeli, korszerűbb ellátórendszer alapjait vethatják le.* Ennek az összefoglaló kötetnek a célja, hogy a kora gyermekkori intervencióról rendelkezésre álló fragmentált információkat összefüggő keretbe ágyazza, fontos problématerületeket azonosítson, előrelépési irányokat fogalmazzon meg, amelyek az egységes szemléletű kora gyermekkori intervenciós rendszer kialakítása és működtetése felé való továbblépést szolgálják. Törekszik a komplex megközelítésre, hangsúlyozza az ágazat- és szakmaközi együttműködések, a kliensorientáltság fontosságát. Remélhetőleg az itt leírtak a gyakorlatban dolgozó szakemberek, a szakpolitikusok és a témát kevésbé ismerő érdeklődők számára is hasznos információkkal szolgálnak majd ennek a stratégiailag nagyon fontos területnek a megismeréséhez, megértéséhez.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom mindazoknak a szakembereknek, szülőknek, kollégáknak, munkatársaknak, akik az elmúlt években javaslataikkal, észrevételeikkel, gondolataikkal, tapasztalataik, elképzeléseik, információik átadásával, kutatási eredményeik megosztásával hozzájárultak a kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer működésének jobb megismeréséhez, és muníciót adtak a korszerűbb keretek megvalósíthatóságának átgondolásához.

Köszönetemet fejezem ki az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának, hogy lehetővé tette a kötet tananyagként történő megjelentetését.

Külön köszönetemet fejezem ki Lányiné Engelmayer Ágnesnek lényeglátó, mélyreható és rendkívül értékes megjegyzéseiért, jobbító tanácsaiért, valamint Szerencsés Hajnalkának a kötet alapjául szolgáló eredeti kézirat gondos, értő és lelkiismeretes szerkesztéséért.

Mindezeken túl pedig megköszönöm családomnak a kitartó, támogató megértést, türelmet és elfogadást, amelyre támaszkodhattam a kötet megírása során.

Budapest, 2017. október

Kereki Judit

2 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÉRTELMEZÉSI KERETE

2.1 A KORA GYERMEKKORI FEJLŐDÉS ÉS ANNAK RENDSZERSZEMLÉLETŰ MEGKÖZELÍTÉSE

Egy fejlődő és fenntartható társadalom jövője a gyermekek egészséges fejlődésének megalapozására épül. Az egészséges gyermekkor – amely már a fogantatás előtt, az anya egészségének megóvásával kezdődik – egész életen át alapvetően befolyásolja a gyermek jóllétét. Az egészséges gyermekekből nagyobb valószínűséggel válnak egészséges felnőttek. Az egészséges fejlődés megalapozza a stabil agystruktúrát és az ezzel összefüggően kialakuló képességek széles körét. A kisgyermekek fejlődési szükségleteinek kielégítése a későbbi életévekre is kiható fizikai és mentális egészség megteremtése mellett az iskolaérettség (iskolakészültség) szilárd alapjainak lerakását is szolgálja (Shonkoff, Boyce és McEwen, 2009).

A nemzeti fejlesztési célok és a kora gyermekkori szolgáltatások minősége közötti kapcsolat feltárása következtében a *kora gyermekkori fejlődés* nemzeti és globális szinten is prioritássá vált a kutatások, szakpolitikák, programok számára. A kora gyermekkori fejlődés (early childhood development) fogalmának egyre növekvő használata is tükrözi azt a felismert tényt, hogy a kisgyermekek egészsége, a róluk való gondoskodás és a tanulás egymással összekapcsolódó, dinamikus növekedési folyamatokat feltételeznek – még jóval a születés előtti időszaktól kezdve egészen a korai iskolás évekig (Woodhead és mtsai, 2014).

A Harvard Egyetem – a kora gyermekkori fejlődést új megközelítésből tárgyaló, a szakpolitikában és a gyakorlatban is a tudományalapú innovációkat szorgalmazó – központja, a Center on the Developing Child intézetének szakanyaga szerint az *élethosszig tartó egészség elősegítése* az idegtudomány, a molekuláris biológia, a genetika, valamint a viselkedés- és társadalomtudományok egy irányba mutató bizonyítékai alapján egy három átfogó megközelítést tartalmazó keretben értelmezhető.

- Egyrészt: a különféle jó vagy rossz tapasztalatok beépülnek a testünkbe. A korai életszakaszban elszenvedett negatív hatások fiziológiai elakadásokat okozhatnak, vagy olyan biológiai emlékek beépülésével járhatnak, amelyek egészen a felnőttkorig kihatnak, és élethosszig tartó fizikai és mentális sérülésekhez vezethetnek.
- Másrészt: a gének és a tapasztalatok interakciója meghatározza a korai negatív hatásokkal szembeni egyéni sérülékenységet, így a későbbi életszakaszokban előforduló krónikus egészségi problémák kialakulási esélye szempontjából a környezeti hatások befolyása legalább annyira jelentős, mint a genetikai adottságoké.

- Harmadrészt: a felnőttkori egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok hatékonyabbak lennének, ha mindezek mellett a tudományos bizonyítékokra alapozva sor kerülne a prenatális és kora gyermekkori toxikus stressz negatív hatását megelőző, korai egészséget megalapozó befektetésekre is. A kisgyermekek egészséges fejlődését az segítheti legjobban, ha a fizikai és mentális jóllét növelését előmozdító innovatív megoldások négy, egymással összefüggő dimenzió mentén kialakított keretbe illeszkedve szerveződnek: (1) az egészség biológiája (környezeti hatások és azoknak a genetikai hajlamokkal való kölcsönhatása); (2) az egészség alapjai (stabil és válaszkész kapcsolati környezet, biztonságos, támogató fizikai, kémiai és épített környezet, megfelelő táplálkozás); (3) a gondozói és a közösségi kapacitások (összhangban működő kapcsolati környezet az egészség javítására és a betegség, illetve fogyatékosság kialakulásának megelőzésére); továbbá (4) a köz- és magánszektor politikái és programjai, amelyek az egészségi állapot javítását kívánják elérni a gondozók és a közösség képességeinek megerősítésével (Center on the Developing Child, 2010).

A kora gyermekkor fejlődésben betöltött szerepének fontosságát számtalan kutatási eredmény támasztja alá. A minél korábbi életkorban történő prevenciós munka, illetve intervenciós tevékenység költségmegtakarító vonatkozásai vitathatatlanok. Ám a kisgyermekkorba történő befektetésnek nem csak a költségek hosszú távú megtérülése szempontjából van jelentősége. Emellett a következő generáció jobb egészségi állapotának, táplálkozásának és iskolázottsági szintjének a javítását is szolgálja, valamint előmozdítja a nemek közötti egyenlőséget, visszaszorítja az erőszakot, csökkenti a jövedelmi, etnikai és földrajzi egyenlőtlenségeket és a szegénység újratermelődését, elősegíti a hátrányok felszámolását, időben nyújt intervenciós támogatást a fogyatékos személyeknek. Összességében egy hatékonyabban működő társadalom megteremtéséhez járul hozzá (The Consultative Group on Early Childhood Care and Development, 2012).

A kora gyermekkori fejlődés sokoldalú mechanizmus, amely mind a fejlődő *gyermek*, mind a gyermek fejlődésére ható, többrétegű *kontextus* vonatkozásában értelmezhető (Britto és mtsai, 2013). A rendszerszemlélet a gyermeki fejlődés sok modelljében központi szerepet kap. Ezeknek a modelleknek az alapja a fejlődés hierarchikus szerveződésének felismerése, valamint azoknak a mechanizmusoknak a megértése, amelyeknek rendszerkomponensei kölcsönhatásba kerülnek egymással, és olyan altendszereket képeznek, amelyek létrehozzák a fejlődés folyamatosan változó, komplex mintázatát.

Azok a folyamatok, melyek során a biológiai mechanizmusok (különösen a genetikai tényezőkön alapulók) a környezeti eseményekkel interakcióba lépve hatással vannak a fejlődésre, szintén e rendszermodellek kulcskoncepcióját alkotják (Sameroff, 2010). Ennek a tradíciónak néhány fontos rendszermodellje pl. a fejlődés *epigenetikai*[1] *megközelítése* (Gottlieb, Wahlsten és Lickliter, 2006), a *fejlődési pszichopatológiai* perspektíva (Rutter és Sroufe, 2000) vagy a *dinamikus rendszerelmélet* (Thelen és Smith, 2006).

1 Az epigenetika azokkal a génműködést befolyásoló tényezőkkel és változásaikkal foglalkozik, amelyek öröklődnek, és nem a DNS nukleotidsorrendje által meghatározottak (Venetianer, 2014). Másképpen fogalmazva, arra a kérdésre keres választ, hogy a környezeti tényezőknek a szülőkre gyakorolt hatása milyen molekulárisan igazolható változásokat okoz az utódok génkifejeződését tekintve (Falus, 2012).

Az egyik leggyakrabban emlegetett megközelítés a *fejlődés tranzakciós modellje* (Sameroff és Chandler, 1975; Sameroff és Fiese, 2000), amely túllép azon a korábbi elképzelésen, hogy a környezet hat csak az egyén fejlődésére. Hangsúlyozza, hogy a környezeti hatásokat a környezetével folyamatos interakcióban álló egyén is formálja. *A fejlődés annak a dinamikus viszonynak az eredménye, amely a gyermek biológiai adottságai, készségei, képességei, viselkedése, valamint a szülőnek, gondozónak az ezekre adott válaszai és különféle környezetfüggő változók között bontakozik ki, amely interakció nemcsak a gyermek, hanem a szülő és a család fejlődését is szolgálja.* A környezettel való interakciók a széles körben használt ökológiai perspektíva, illetve a *bioökológiai modell* (Bronfenbrenner, 1994, 2001; Bronfenbrenner és Morris, 2006) keretén belül értelmezhetőek. A modell a gyermek szűkebb környezetén (a szülői, gondozói, családi körön) kívül a tágabb környezet hatását is hangsúlyozza a gyermek fejlődésében. Lényeges, hogy a gyermek fejlődésére ható rendszerek kölcsönös összefüggésben vannak, és hatnak egymásra.

Guralnick *fejlődésirendszer-megközelítése* (Guralnick, 2005) arra fókuszál, hogy a sérülékeny gyermekek és családjaik esetében megértse a gyermek fejlődésének mechanizmusát. Ennek a megközelítésnek az érvényre jutásához a normatív fejlődéstudománynak, a rizikótényezőkre és a fogyatékosságra irányuló fejlődési fókusznak, valamint az intervenciós tudománynak az integrációját tartja szükségesnek. Szerinte a fejlődési rendszer megközelítése három egymással összekapcsolódó szintre irányuló figyelmet igényel. (1) Egyrészt a gyermek fejlettségi szintjének megfigyelésére van szükség, annak megértésével egyetemben, hogy a gyermek miképp használja bővülő fejlődési erőforrásait, valamint a szervezeti folyamatokat szociális és kognitív kompetenciáinak kiteljesítéséhez. (2) Másrészt azokat a környezeti hatásokat kell azonosítani, amelyek a családi interakciós sémák keretében a gyermek fejlődő szociális és kognitív kompetenciáit támogatják. Ezek az interakciós sémák többek között attól is függnek, hogy a család hogyan alkalmazkodik a gyermek sajátos fejlődési és viselkedési jellemzőihez. (3) Harmadrészt a fejlődésirendszer-megközelítés azoknak a családi erőforrásoknak az azonosítását igényli, amelyek sok szempontból meghatározzák a családi interakciós sémákat, és elérhetőek ezek támogatására (Guralnick, 2011). A korai prevenciós és intervenciós tevékenység a gyermek, a család és a tágabb környezet erősségeire, erőforrásaira építve tudja leginkább hozzásegíteni a gyermeket és a családot a lehető legkedvezőbb fejlődési kimenetekhez.

2.2 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ MEGHATÁROZÁSA

A nemzetközi terepen a kora gyermekkori intervenció fogalmának többféle megközelítését ismerjük, amelyek az értelmezés különböző dimenziói mentén – például a célcsoport korosztályi és problématerület szerinti meghatározása, a szolgáltatások köre, az ellátás időbeli lehatárolása – jelentős eltéréseket mutatnak, tükrözve az egy-egy adott ország jogszabályaiban megfogalmazottakat vagy a különböző célzott programok filozófiáját. Leggyakoribb az a megközelítés, amely kora gyermekkori intervención a megkésett

fejlődésű (developmental delay)[2], illetve a diagnosztizált fogyatékos (valamint a megkésett fejlődés vagy fogyatékosság kockázatának kitett) gyermekekre és családjaikra irányuló speciális szolgáltatásokat érti, a születéstől a gyermek bizonyos életkoráig, így akár 3–5 éves korig (pl. Guralnick, 2005; Walsh, 2009) vagy más esetben 6 éves korig (pl. Vella, 2009; Svendsen, 2009; Breia, 2009; Almqvist, 2009), illetve 7 éves korig (pl. Drlíková, 2009; Vetterová, 2015) vagy egyszerűen az iskolába lépésig jelölve meg a korhatárt (pl. Moore, 2011; KPMG, 2014). A World Health Organization a kora gyermekkort a prenatális szakasztól a gyermek 8 éves koráig értelmezi (United Nations, 2010), ugyanakkor a kora gyermekkori intervenciós programok célcsoportjába a megszületésük után fejlődési rizikóval élő gyermekeket sorolja be, illetve azokat, akiknél azonosították a fejlődési késést vagy a fogyatékosságot (WHO, 2012a). Vannak olyan meghatározások, amelyek a fejlődészavar-veszélyeztetettség hátterében a biológiai mellett a környezeti rizikótényezőket is erőteljesen hangsúlyozzák (pl. Feldman, 2004; Guralnick, 2004; Diken és Er-Sabuncuoglu, 2010), illetve az eltérő fejlődésű, fogyatékos, valamint az eltérő fejlődés kockázatának kitett gyermekeken kívül a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekeket és családjaikat is külön célcsoportba sorolják (pl. Pretis, 2009a, 2010b). Mindazonáltal a vulnerábilis gyermekek köre változik. Az sem ritka, hogy a tehetséges gyermekeket vonják be a kora gyermekkori intervenciós célcsoportok körébe (Guilbault, 2012), így például Ausztráliában és az Amerikai Egyesült Államokban is nemzeti szinten koordinálják az érintett gyermekek és családjuk számára nyújtott szolgáltatásokat (Department for Education and Child Development, 2012; National Association for Gifted Children, 2013). Továbbá megfogalmazódik a bevándorló csoportok gyermekeinek és családjaiknak nyújtott speciális támogatás szükségessége is (Geddes, Haw és Frank, 2010; Park és McHugh, 2014).

A European Agency for Special Needs and Inclusive Education (Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért, korábban: European Agency for Development in Special Needs Education) nemzetközi szervezet először 19, majd 26 európai ország gyakorlata alapján leírt, konszenzuson alapuló meghatározása általánosabb megközelítésű. *Kora gyermekkori intervención a kisgyermekek és családjuk számára nyújtott szolgáltatásokellátások összességét érti, amelyben az érintettek a család kezdeményezésére a gyermek bizonyos életszakaszában részesülnek. Minden olyan tevékenységet tartalmaz, amely a gyermek speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család kompetenciáinak megerősítése, valamint a család és a gyermek szociális befogadása érdekében.* A különböző ágazati (egészségügyi, szociális, oktatási) irányítás alá tartozó intézményekben zajló ellátás mellett az otthoni környezetben nyújtott beavatkozások fontos szerepet játszanak. Az összesített tapasztalatok alapján, bár a legtöbb országban a gyermek akkor részesül kora gyermekkori intervenciós ellátásban, ha felmért problémája van, egyre nagyobb figyelem fordul a biológiai vagy szociális rizikóval élő gyermekek és családjaik felé, illetve egyre nagyobb hangsúlyt kap a pszichológiai és szocioemocionális problémákat

2 A gyermekeknél és a fiataloknál a testi funkciók és struktúrák kialakulásának és a képességek megszerzésének van egy olyan változatossága, ami az egyéni növekedési és fejlődési különbségből adódik. Ezeknek a funkcióknak, struktúráknak és képességeknek a kialakulása során megnyilvánuló megkésettség nem biztos, hogy tartósan fennmarad, de a fejlődés megkésettségét jelzi (WHO, 2007).

mutató – növekvő számú – gyermekek ellátása (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005, 2010).

A European Agency hivatkozott anyagai a prevenciót is lényeges elemként emelik ki a kora gyermekkori intervenció megközelítése kapcsán. Általánosan jellemző, hogy nemzetközi terepen a prevenciós stratégiák három szintje különíthető el, a programok is ezeken a szinteken valósulnak meg. A kora gyermekkori egészségfejlesztő intervencióhoz egyrészt mindenki általánosan hozzáférhet, nyitott bárki számára, azaz *univerzális* (ezt elsődleges megelőző programnak is hívják), de lehet *célzott* is, azon gyermekekre vagy családokra fókuszálva, akiknél magas a problémák kialakulásának kockázata (más néven szelektív vagy másodlagos prevenciós programok). Azokat a programokat, amelyek már felmerült problémák progressziójának megelőzését célozzák, *indikált* kora gyermekkori intervenciós vagy harmadlagos prevenciós programoknak nevezik (Marlin és Simic, 2012; National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).

Bizonyos megközelítések nemcsak a szolgáltatásokra fókuszálnak, hanem mindazokra a tevékenységekre, amelyek befolyással lehetnek a gyermek fejlődésére, és megfogalmazásuk elég általános ahhoz, hogy a prevenció minden szintjét bele lehessen érteni. Így például Kanadában mindazon politikák, programok és szolgáltatások összességét korai intervenciónak nevezik, amelyek a sérülékeny gyermekeket és családjaikat támogatják a gyermek egészséges fejlődése érdekében a fogantatásától 6 vagy 7 éves korig (Underwood és Frankel, 2012). Ausztráliában hasonló módon, szélesebb horizonttal közelítenek a kérdéshez, és a kora gyermekkori intervenciót olyan programokként definiálják, amelyeknek célja *minden gyermek* egészségének és fejlődésének elősegítése a fogantatástól 6 éves korig terjedő időszakban. Mindezt azzal a várakozással teszik, hogy ezek a támogatások hosszú távon pozitívan hatnak a gyermek fejlődésére és jóllétére. Eszerint a kora gyermekkori intervenció magába foglalja az „egészségjavítást célzó" programokat vagy a mentális, szociális és viselkedési problémák kialakulásának megelőzését (a pozitív fejlődés és az ellenálló képesség erősítésével) is. A kora gyermekkori intervenciónak az alábbi kimeneti célja vagy céljai, illetve fókuszai vannak: szülő-gyermek kapcsolatok, szülői ismeretek, szülői készségek, társadalmi támogatás, a gyermek kognitív, nyelvi és szociális fejlődése, iskolai teljesítmény, valamint a szülői működéssel és a gyermek jóllétével összefüggő szélesebb közösségi és társadalmi feltételek, például gazdasági vagy családi körülmények (Wise és mtsai, 2005).

Vannak alternatív megközelítések, amelyek úgy vélik, hogy a kora gyermekkori intervenciónak a fogyatékos gyermekekre és családjaikra irányuló szolgáltatásokként való definiálása vitatható, mert szerintük kevés evidencia mutat arra, hogy a korai intervenció szolgáltatásalapú megközelítése hatékony lenne, sőt, ez a megközelítés még negatív következményekkel is járhat. Szerintük a fókuszt a gyermek környezetére kell helyezni, és a kora gyermekkori intervenció szerepét abban látják, hogy a szülők vagy mások, akik ezt a közeget megteremtik, az eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekeknek egy olyan élményekkel, tapasztalatokkal teli környezetet kell hogy biztosítsanak, amely támogatja a gyermekeket szociális kompetenciáik megszerzésében és használatában. A legkorábbi időszakban a gyermekek fő tanulási környezete a család, később pedig a növekedésük

során egyre fontosabbá váló kora gyermekkori programok és közösségek (Moore, 2011, 2012). Amennyiben a szakemberek klinikai környezetben foglalkoznak a gyermekkel, ez behatárolja annak lehetőségét, hogy a gyermek képességeit gyakorlással fejlessze, hogy a megtanult készségeket transzferálni tudja a természetes, mindennapi környezetbe. Ennek ismeretében egyre gyakoribbak azok a törekvések, hogy a szakértők természetes környezetben (otthon és a közösségi rutintevékenységekben) biztosítják azokat a lehetőségeket, melyek által a gyermekek tanulása sikeresebben végbemehet (Moore, 2005).

2.3 HAZAI MEGKÖZELÍTÉS

2.3.1 Fogalmi meghatározás

Hazánkban az utóbbi években egyre ismertebbé vált a *kora gyermekkori intervenció* kifejezés, ám a különböző szakterületeken még mindig keveredik a *korai intervenció* és a *korai fejlesztés* fogalmával. Előfordul, hogy ugyanarra a tevékenységre használják a szakemberek mindhárom fogalmat, de az is jellemzően megesik, hogy a különböző ágazatok képviselői tartalmilag teljesen mást értenek alattuk. Bonyolítja a képet, hogy szociális, gyermekvédelmi területen a *kora gyermekkori fejlesztés* (képességgondozás) szót használják a korai életévekben történő beavatkozásokra, elsősorban a hátrányos helyzetű, a halmozottan hátrányos helyzetű, illetve a valamilyen szociális kockázati háttérrel élő, 0–5 éves gyermekeket és családjaikat tekintve célcsoportnak (Herczog, 2007; Surányi és Danis, 2009). Bár elkülönítik ezt a tevékenységet a korai fejlesztéstől (Herczog, 2008a), ugyanakkor a kora gyermekkori fejlődésre vonatkozó programokat mégis minden gyermekre vonatkozónak gondolják (Herczog, 2008b). Ennek a gondolatnak a kapcsán a *kora gyermekkori (kisgyermekkori) nevelés (és gondozás)* jelentőségét érdemes hangsúlyozni, amely napközbeni ellátás keretében az iskoláskor előtti gyermekeket, különösen a hátrányos helyzetű gyermekeket segíti ahhoz, hogy életük későbbi szakaszaiban az iskolázottság, a jóllét, a foglalkoztathatóság és a társadalmi integráció szempontjából egyaránt sikeresek legyenek, emellett pedig ösztönzi a nők munkaerőpiacra való visszatérését is. (Az ezzel kapcsolatos európai uniós stratégiáról lásd bővebben: Európai Bizottság, 2011; Lindeboom és Buiskool, 2013.)

A *gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás* (röviden korai fejlesztés és gondozás) fogalma elsősorban a közneveléshez kötött, a jogszabály ezzel a kifejezéssel fedi le azt a speciális szolgáltatást, amelyet a terület állami feladatként nyújt a 6 éves kor alatti (különös tekintettel a 3 év alatti) eltérő, megkésett fejlődésű, illetve fogyatékos gyermekek számára. Az egészségügyben dolgozók szívesebben használják a *korai intervenció* kifejezést, többnyire az időben történő beavatkozást értve alatta (Kereki és Lannert, 2009b). Egyes szakemberek azért tartják szerencsésebbnek a korai intervenció kifejezést a korai fejlesztéssel szemben, mert szerintük a képességeket nem fejlesztjük, hanem előnyös feltételek megteremtése mellett kibontakoztatjuk, és elősegítjük azok funkcióéretté válását (Csiky, 2006b).

2005-ben egy szakértői munkacsoport a korai fejlesztés koncepcionális kialakítására tett javaslatában a korai fejlesztés fogalmának megváltoztatását szorgalmazta. Hivatkozva a hazai és nemzetközi szakmai gyakorlatra, a munkacsoport javasolta a kora gyermekkori intervenció fogalmának bevezetését, hangsúlyozva tartalmában a preventív elemet, célcsoportként megjelölve a születéstől a tankötelezettség kezdetéig tartó életszakaszban lévő, eltérő fejlődésű kisgyermekeket és családjaikat (ICsSzEM, 2005). A hazai szakemberek némelyike ennek a kezdeményezésnek a nyomvonalán indult el, megközelítésükben elsősorban a biológiai rizikóval élő gyermekekre fókuszálva. Ők a kora gyermekkori intervenciót úgy határozták meg, mint a 0–5 (6) éves korú, eltérő fejlődésű gyermekek tervszerűen felépített programját, továbbá a család segítését, mely a szűrést, a komplex diagnosztikai vizsgálatot, a gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást és a különböző terápiás szolgáltatásokat foglalja magában, a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeit figyelembe véve (Czeizel, 2009). Ennek a meghatározásnak a határait a későbbi értelmezések feszegetni kezdték, egyfelől a célcsoport-meghatározás bővítésével, így a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek, illetve a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett gyermekek és családjaik bevonását javasolva az ellátotti körbe (Kereki, 2011; Danis, 2015), másfelől a tevékenységek időbeli megjelenésének kitágítását ajánlva, először a fogantatástól, majd a pre-, illetve a perikoncepcionális szakasztól a gyermek tankötelezettségének megkezdéséig nyújtott ellátásokat, szolgáltatásokat sorolva ide (Kereki, 2012a; Kereki és mtsai, 2014).

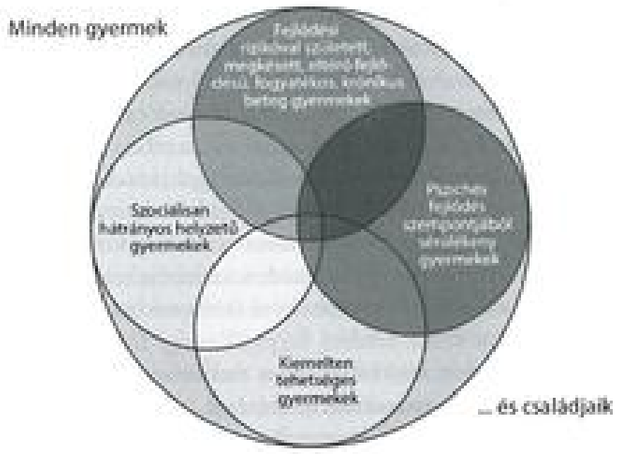
Végül a European Agency megközelítését, a hazai definíciók evolúciójának eredményeit, valamint a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztását figyelembe véve egyre szélesebb értelművé, komplexebbé vált a meghatározás (Kereki, 2015a; Kereki és Szvatkó, 2015). Eszerint a kora gyermekkori intervenció magába foglalja *a pre-, illetve perikoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve az állapotmegismerésen, a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, a (pszicho) terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenciós elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását.*

2.3.2 A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció prekoncepcionális szakaszában a családtervezésre való felkészülés szorosan összefügg – többek között – a felelősségteljes párkapcsolatok kialakítására való neveléssel, amely folyamat – a személyiségnevelés részeként – a gyermekkortól a serdülőkoron át a családtervezési szándék és a családtervezési

gondozás iránti igény megjelenéséig tart (Rósa és mtsai, 2013b). A tudatos és eredményes családtervezésre, az egészséges magzat kihordásához szükséges egészségi állapot megőrzésére tehát már *gyermek- és serdülőkortól* fel lehet készülni az egészségügyi és a köznevelési rendszer szoros együttműködésében. A perikoncepcionális időszakban a *gyermeket tervező pár (és a születendő gyermek)* szükségleteit figyelembe véve cél, hogy a gyermek tudatos, felelősségteljes döntés eredményeképpen, optimális időben jöjjön világra. A gyermekvállalás legmegfelelőbb biológiai és pszichés körülményeinek elősegítése érdekében zajlik a fogamzás előtti gondozás és a genetikai tanácsadás az egészségügyi alap- és szakellátás keretében. A *magzatra, a várandós anyára és családjára* irányuló ellátások esetében elsősorban az egészségügyi és a szociális, gyermekvédelmi rendszer szolgáltatásai kapnak hangsúlyt.

A gyermek megszületése után a *minden* gyermekre és családjukra kiterjedő prevenciós szemléletű, a gyermek korai életszakaszában nyújtott ellátások, szolgáltatások lehetnek általánosan hozzáférhetőek, univerzálisak (ilyenek pl. a védőnői ellátás, a bölcsődei gondozás-nevelés vagy az óvodai nevelés), illetve célzottan több különböző, speciális támogatást igénylő csoportra fókuszálók. Az eltérő szükségletek felől közelítve és a hazai ellátórendszerben megjelenő, jogszabály által is azonosított kategóriákat figyelembe véve rendszerezhetőek a csoportok. Ide sorolhatóak (1) *a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintett, vagyis a fejlődési rizikóval született (pl. koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, illetve krónikus beteg gyermekek;* (2) *a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny;* (3) *a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH),* valamint (4) *a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik;* ők alkotják a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait (lásd *2–1. ábra*). A teljeskörűség gondolata tehát tartalmazza a differenciált megközelítést is, amely ezeknek a gyermekcsoportoknak, illetve családjaiknak a különböző szükségletei felől ragadja meg a prevenciós, illetve intervenciós tevékenységek tartalmát (Kereki, 2011), és jogszabály által biztosítja az ellátásukat.



2–1. ábra: A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai.
Forrás: Kereki, 2010b, 2015c

A célcsoportok azonosításánál szempontként merült fel a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztása, amely meghatározza azoknak a gyermekeknek a körét, akik pluszszolgáltatásokra jogosultak. A jogszabály a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek két nagy csoportját különbözteti meg: a különleges bánásmódot igénylő, valamint a hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek csoportját. A különleges bánásmódot igénylő gyermekek közé tartoznak a sajátos nevelési igényű gyermekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő, valamint a kiemelten tehetséges gyermekek (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 13).

1) A biológiai hátránnyal, illetve rizikóval élő gyermekek csoportját részben lefedi a sajátos nevelési igénnyel meghatározott jogosultsági kategóriába besorolt gyermekcsoport. A jogszabály pontosan meghatározza az ide tartozók körét: sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 25). Megjegyzendő, hogy a szakemberek egy része nem ért egyet ezzel a kategorizálással. Így például a logopédia területéről kezdeményezések indultak el a kategóriák megváltoztatására: a logopédus szakma nem tartja megfelelőnek a beszédfogyatékos kifejezést, ehelyett a beszéd- és nyelvi zavarok gyűjtőfogalmat javasolja. Ezzel együtt került megfogalmazásra az a szakmai álláspont, amely a diszlexiás, diszortográfiás gyermekek egyéb pszichés fejlődési zavarral élő csoportba való besorolásának megszüntetését tartotta célszerűnek, azzal érvelve, hogy az őket érintő probléma olyan specifikus tanulási zavar, amelyet írott nyelvi zavarként azonosítanak, tehát ez a gyermekcsoport inkább a beszéd- és nyelvi zavarokkal élők csoportjába tartozik (lásd Gereben F.-né és mtsai, 2012). Végül a felvetés nyitott fülekre talált, hiszen a vonatkozó jogszabályba azóta a javasoltaknak megfelelő módon kerültek be ezek a kategóriák. (Bővebben lásd a *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezetet.)

A képet árnyalja, hogy a legkorábbi életszakaszban a szakemberek nem szívesen beszélnek fogyatékosságról, a 0–3 éves korosztály döntő többségének esetében a szakmai álláspont a fogyatékosságcsoportba való besorolást kevéssé tartja relevánsnak. A születéskor felismerhető szindrómák, kongenitális anomáliák esetében a legtöbbről elég nagy biztonsággal megállapítható, hogy milyen fogyatékossággal járnak (vagy nem járnak) majd együtt. Ugyanakkor a korai organikus sérülések inkább csak rizikótényezőkként azonosíthatóak, a korai állapotból még nehéz következtetni a késői tüneti képre, nehéz előre megjósolni a kimenetet. Az életkor-specifikus incidenciaeltéréseket is figyelembe kell venni, hiszen bizonyos fogyatékosságok felismerése eltérő életkorokban valószínűsíthető (például ADHD, autizmus spektrum zavar, értelmi fogyatékosság) (Vekerdy-Nagy, 2008). Ezért a korai életszakaszban egyrészt fogyatékosságot eredményező állapotokat azonosítunk – például a szindrómák, a neuromuszkuláris eltérések, a központi idegrendszer rendellenességei miatt bekövetkező eltérő fejlődés esetében –, másrészt az átlagtól eltérő (atipikus) vagy megkésett fejlődésű csoportokról beszélünk: például ide soroljuk a motoros funkciók, a hallás-, látás-, beszéd- és kognitív funkciók megkésett vagy eltérő fejlődését.

A speciális támogatást igénylő gyermekek csoportjának fontos részét képezik (bár jogszabály nem azonosítja őket) a fejlődési rizikó miatt preventív ellátásra jogosultak. Esetükben azokat az előzetesen megjelenő jelzéseket tekinthetjük kockázati tényezőknek, amelyek valószínűsíthetően a későbbi nemkívánatos fejlődési utak, elakadások oki hátterében állnak. A korai fejlődést veszélyeztető, biológiai meghatározottságú rizikótényezők közül az egyik leggyakoribb a koraszülöttség. A koraszülött gyermekek helyzete speciális, esetükben a koraszülöttség forrása lehet későbbi fejlődési problémák megjelenésének. (Részletesebben lásd *A kora gyermekkori intervenció fontossága* című fejezetet.)

További jogosultsági kategóriát képeznek a krónikus beteg gyermekek (és családjaik). A krónikus beteg gyermekek ellátása elsősorban az egészségügyi ágazathoz kötött, ám megkerülhetetlen ellátásuknak bio-pszicho-szociális kontextusban való értelmezése. A krónikus betegségek meghatározásánál a WHO definíciója használatos, amelynek értelmében a hosszan tartó, általában lassú progressziójú betegségek sorolhatóak ide, amelyek sokszor a korai életévekből eredeztethetőek (WHO, 2005). A gyakoriság alapján elsősorban a kardiovaszkuláris megbetegedésekre, a daganatos betegségekre, a krónikus légzőszervi megbetegedésekre és a diabéteszre irányul a fókusz (Busse és mtsai, 2010; GYEMSZI, 2013). A WHO egy 2005-ös anyagában ide sorolja a mentális betegségeket, a hallás- és látássérülést, a genetikai rendellenességeket stb. is (WHO, 2005). A később megjelenő anyagokban ez a kategorizálás nem egyértelmű, inkább a fogyatékosságnak a klasszikus krónikus betegségekkel való összefüggéseit hangsúlyozzák a szakemberek (Singh, 2008; WHO, 2014). A különböző krónikus betegségek komorbiditási jellemzői, a gyermekkorban kialakuló krónikus betegségek mellé társuló egyéb betegségek és állapotok (fogyatékosságok) az ellátás több szempontú megközelítését igénylik (Duarte és mtsai, 2015). A hazai szabályozás a krónikus beteg és a fogyatékos csoportokat külön kezeli [5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról].

2) A pszichés vagy pszichoszomatikus problémákkal küzdő, illetve a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny gyermekek és családjaik az ellátási szükséglet szempontjából külön csoportba sorolhatóak, bár jelentős az átfedésük a többi célcsoporttal. Már a gyermekek legkorábbi életszakaszában előfordulhatnak olyan fejlődési elakadások, amelyek többek között regulációs zavarokat (a figyelem és megnyugvás zavarai, evészavarok, alvászavarok), majd később viselkedésszabályozási problémákat (például agresszió, impulzivitás, túlzott visszahúzódás) vagy az érzelmi-hangulati élet területén megnyilvánuló rendellenességeket (például kényszeres és kapcsolódó zavarok, depresszió, szorongásos zavarok) eredményeznek. A hospitalizált és a poszttraumás stressz zavarban szenvedő gyermekek esetében a későbbi tartós károsodások megelőzése érdekében az időben történő felismerés és megfelelő ellátásba juttatás döntő jelentőségű. A pszichoszociális okok miatt veszélyeztetett (elhanyagolt, bántalmazott) gyermekek pszichés fejlődés szempontjából való érintettsége szintén indokolja besorolásukat. A legkorábbi életkorban nyújtható pszichológiai szolgáltatások rövid múltra tekintenek vissza, bizonyos célzott szolgáltatási formák pedig még nem épültek be az állami ellátórendszer keretei közé (például perinatológiai szaktanácsadó, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens, csecsemő-szülő kapcsolati konzulens).

(Lásd még *A hazai kora gyermekkori intervenciós rendszer működése és ellátásbeli egyenlőtlenségei* című fejezetben.)

A jogszabály által körvonalazott különleges bánásmódot igénylő, ún. beilleszkedési, (tanulási), magatartási nehézséggel (BTM) küzdő gyermekek részben a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny ellátotti körből kerülnek ki. Ők a jogszabály meghatározása alapján azok a gyermekek (tanulók), akik a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek, társas kapcsolati problémákkal, (tanulási) magatartásszabályozási hiányosságokkal küzdenek, közösségbe való beilleszkedésük, továbbá személyiségfejlődésük nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősülnek sajátos nevelési igényűnek (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 3).[3] Őket nevelési tanácsadás vagy az óvodai nevelés keretében látják el. Egyébiránt a különböző jogosultsági csoportok esetében (SNI, BTM) a pszichés fejlődés sérülékenysége az alapprobléma másodlagos hatásaként is megjelenhet, illetve a fogyatékossággal, zavarral, nehézséggel azonos tőről fakadhat. A sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása esetében problémát jelent, hogy a gyermekek pszichés státusza nem kap megfelelő hangsúlyt, az ellátórendszer a szűkebben vett gyógypedagógiai szükségletekre érzékeny inkább.

A lelki egészség szempontjából óriási szerepe van a prevenciónak, a megelőző szolgáltatásoknak. Fontos tehát kiemelnünk a különböző rizikótényezők miatt preventív ellátásra jogosultak körét. Míg a kockázati tényezők egyik csoportját az egyéni, főképpen biológiailag meghatározott sajátosságok – mint például a születéskori éretlenség, a táplálтsági állapot – jelentik, a másik csoportot a környezeti rizikótényezők alkotják. Egy-egy rizikófaktor jelenlétéből nem feltétlen következnek hátrányos fejlődési kimenetelek, a kockázati tényezők halmozódása nagyobb valószínűséggel vezet későbbi problémákhoz. A veszélyeztető körülmények befolyását védőfaktorok enyhíthetik vagy akár ellensúlyozhatják a fejlődés egyes területein. (Mindentől bővebben lásd *A kora gyermekkori intervenció fontossága* című fejezetet.) A környezeti rizikótényezők közé tartozhatnak például a szülő ártó nevelési eszközei, a házastársi konfliktusok, a családban történt negatív életesemények, de ide soroljuk azt is, ha a szülő szenved krónikus betegségben, ha fogyatékossággal él, vagy mentálisan beteg. Például a pszichiátriai beteg anyák esetében a gyermek veszélyeztetettsége a kötődés sérült voltában, a nem illeszkedő interakciókban stb. nyilvánulhat meg, ami a gyermek fejlődését kedvezőtlenül befolyásolhatja (F. Lassú és mtsai, 2011). A protektív tényezők között tarthatjuk számon a csecsemők könnyű temperamentumát, aktív, élénk válaszkészségét, kevésbé irritábilis viselkedését, pozitív visszajelzéseit, a szoros kötődés kialakításának lehetőségét, az anyák kompetens, a gyermekkel folytatott interakcióban mutatott magas válaszkészségét, az érzelmileg meleg, biztonságot nyújtó gondozói magatartást és a család stabilitását, tágabb társadalmi támogatottságát. A kedvező fejlődési

3 A köznevelési törvény 2017. évi módosítása, mely érintette a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel élő gyermekek ellátását is, szakmai berkekben vitát indukált a kategória szükségességéről. Kivezetését egyes szakmai csoportok támogatják, de vannak határozott ellenzői is a felvetésnek. Mindenesetre megfelelő előkészítettség, átgondoltság és fokozatosság szükséges a kivezetés végrehajtásához, amihez elengedhetetlen a különböző szakmai csoportok közötti párbeszéd, a konszenzus megteremtése.

kimenetel hátterében álló tényezők között tehát jelentős szerepet játszanak az anyai-családi változók, amelyek indokolják, hogy a kora gyermekkori intervenciónak ki kell terjednie a rizikótényezők jelenlétével terhelt gyermekek körére, és a gyermekek fejlődésének követése mellett cél kell hogy legyen a családi változók jótékony befolyásolása, összességében a korai lelki egészségvédelem fókuszba állítása (Kereki és Szvatkó, 2015).

3) A szociálisan hátrányos helyzet különböző kategóriáinak kritériumait a gyermekvédelmi törvény összegzi.

Hátrányos helyzetű az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, akinek esetében az alábbi körülmények közül egy fennáll: (1) a szülő(k) vagy a családbafogadó gyám alacsony iskolai végzettsége, (2) a szülő vagy a családbafogadó gyám alacsony foglalkoztatottsága, (3) a gyermek elégtelen lakókörnyezete, illetve lakáskörülményei, ha megállapítható, hogy a gyermek szegregátumnak nyilvánított lakókörnyezetben vagy félkomfortos, komfort nélküli vagy szükséglakásban, illetve olyan lakáskörülmények között él, ahol korlátozottan biztosítottak az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek [1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 67/A. § (1)].

Halmozottan hátrányos helyzetű (a) az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, akinek esetében a szülő (gyám) alacsony iskolai végzettségére, az alacsony foglalkoztatásra vagy az elégtelen lakókörnyezetre vonatkozó kritériumok közül legalább kettő fennáll, (b) a nevelésbe vett gyermek, (c) az utógondozói ellátásban részesülő és tanulói vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt [1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 67/A. § (1)].

A szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek esetében a megfelelő környezeti feltételek és tapasztalatok hiányában magasabb azoknak a kockázati tényezőknek az előfordulási valószínűsége, amelyek már a magzati fejlődést kedvezőtlenül befolyásolják, és/vagy a későbbi fejlődés során fejlődési zavar szempontjából való veszélyeztetettség vagy fejlődési elmaradás formájában manifesztálódnak (Kereki, 2010b), tüneti szinten az organikus érési zavar/éretlenség/sérülés képét mutatva. Ebben az esetben tehát nem csupán arról beszélünk, hogy a két halmaz metszetébe a fogyatékos és egyben szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek kerülnek, hanem arról, hogy a környezeti hátrány biológiai hátrányt indukálhat, és ennek következtében jelennek meg a közös metszetben a gyermekek.

4) A 2011. évi köznevelési törvény a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei között felsorolja a kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozásának feladatát. A jogszabály szerint: kiemelten tehetséges gyermek (tanuló), aki átlag feletti általános vagy speciális képességek birtokában magas fokú kreativitással rendelkezik, és felkelthető benne a feladat iránti erős motiváció, elkötelezettség (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 14). Protokoll alapján a gyermekek 3 éves kortól kapják meg ezt a szolgáltatást (Szecsődi és Hujber, 2015). Közöttük megtalálhatóak a *kettős különlegességgel rendelkező tehetségek*, akik a kora gyermekkori intervenció más célcsoportjaival átfedést képeznek, így például a hátrányos szociokulturális helyzetűek, viselkedési és érzelmi zavarokkal, tanulási zavarokkal küzdők, érzékszervi, mozgásszervi, autizmus spektrum zavarral élők stb. (Gyarmathy, 2013a, 2013b). A kiemelten tehetséges gyermekek esetében

a beavatkozás nemcsak a tehetségük kibontakoztatását szolgálja, hanem a gyermekkor megóvását, a személyiségfejlődés támogatását is. Ennek okán sokszor szorulnak a pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadásában dolgozó szakemberek segítségére.

2.4 Összefoglalás

A kora gyermekkori fejlődés támogatása és ezzel összefüggésben az élethosszig tartó egészség elősegítése a nemzeti szakpolitikák, programok szintjén, valamint globális szinten is egyre nagyobb hangsúlyt kap, alapvetően támaszkodva az evidenciaalapú tudományos, szakmai megközelítésekre. A korai életszakaszban a környezetből nyert tapasztalatok egyrészt a felnőttkorig kiható biológiai emléknyomokat hagyva beépülnek a testünkbe, másrészt a genetikai faktorokkal való folyamatos interakción keresztül hatnak az agyfejlődésre, befolyásolva a későbbi egészségi állapotot. A felnőttkori egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok hatékonysága szempontjából lényeges a prenatális és kora gyermekkori toxikus stressz negatív hatását megelőző korai egészség megalapozása. A kisgyermekek egészséges fejlődését a környezeti hatások és azoknak a genetikai hajlamokkal való kölcsönhatásai alapozzák meg. Kibontakozását – a köz- és magánszektor által biztosított – biztonságos, támogató kapcsolati és épített környezet, a megfelelő táplálkozás, a gondozói és közösségi kapacitások, illetve a képességek megerősítése teszik lehetővé. A kora gyermekkori fejlődés rendszerszemléletben való megközelítése segít megérteni annak a mechanizmusát, hogyan kerülnek egymással kölcsönhatásba a rendszer komponensei, és hogyan hatnak egymásra, létrehozva a fejlődés folyamatosan változó, komplex mintázatát.

A szolgáltatási rendszer megújítása és a szolgáltatástervezés szempontjából elengedhetetlen a kora gyermekkori intervenció elméleti alapjainak lerakása, a fogalom definiálása, a célcsoportok meghatározása. A legszélesebb értelmezésben a kora gyermekkori intervenció magában foglalja a pre-, illetve perikoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét. Ezek a szolgáltatások lehetnek univerzálisak, vagy a különböző szükségletű, speciális segítséget igénylő csoportokra irányuló, célzott szolgáltatások. A kora gyermekkori intervenció egyik eleme a korai fejlesztés. A célcsoportok specifikálása a hazai szakmai gondolkodásban és a jogszabályi meghatározásban is kitágult: a biológiai, szociális és pszichológiai hátránnyal, veszélyeztetettséggel, illetve sérülékenységgel élő gyermekcsoportok és családjaik, továbbá a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik egyaránt helyet kapnak benne.

3 A kora gyermekkori intervenció történeti megközelítése

3.1 A kora gyermekkori intervenció gyökerei

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció történeti gyökerei több forrásból táplálkoznak. Meisels és Shonkoff, a korai gyermekévekben zajló fejlődési folyamatokkal foglalkozó amerikai tudósok szerint négy fő meghatározó elemet tekinthetünk a történeti elemzés kiindulási alapjának, ezek pedig: (1) a kora gyermekkori nevelés, (2) az anya- és a gyermekegészségügyi ellátások, (3) az egyéni szükségletekhez igazodó speciális nevelés, oktatás és (4) a gyermek fejlődéséhez köthető kutatások (Meisels és Shonkoff, 2000). A történetiség szempontjából ezt a négy fő egységet alapul véve, időben több évszázaddal visszanyúlva kereshetjük az előzményeket.

3.1.1 A kora gyermekkori nevelés

A kora gyermekkori vagy kisgyermekkori nevelés eredete egyrészt arra a viszonylag újabb keletű történeti felismerésre vezethető vissza, hogy a gyermekkor az élet egy kivételes periódusa. Ennek a megfogalmazása Ariès nevéhez kötődik, aki szerint a gyermekkor elkülönült életszakaszként a polgárosodás kezdetétől jelent meg, és ekkor vált a nevelés által való formálás a család és az iskola eszközévé. Elmélete alapján a középkori ember nem rendelkezett egyértelműen körülírható gyermekkorfelfogással (Ariès, 1987)[4]. Hasonló megállapításokat tesz Lloyd deMause amerikai pszichológus is, akinek pszichogenetikus fejlődésmodellje elvileg Ariès téziseinek kritikája kívánt lenni, elmélete mégis sok szempontból inkább rokonítható a francia történész állításaival (deMause, 1982)[5]. Más elméletalkotók azonban (például Pollock és Shahar) úgy vélik, hogy a középkori embereknek már volt gyermekkorfelfogásuk, léteztek nevelési elméletek és normák, amelyeket teológusok, jogtudósok, prédikátorok, orvosi és didaktikus művek szerzői fogalmaztak meg. Pollock szerint a szülő-gyermek kapcsolat egyáltalán nem volt formális, a szülők figyelemmel kísérték gyermekük fejlődését, egymás iránti kötődésük nem történeti, hanem biológiai

4 Pukánszky Béla, a téma egyik legavatottabb ismerője utal rá, hogy Ariès megelőzően a holland Jan Hendrik van den Bergről jelent meg egy mű, amely több ponton hasonlóságot mutat Ariès téziseivel (Pukánszky, 2005a).

5 Lloyd deMause munkásságának a gyermekkortörténet szempontjából való értékelését lásd Szabolcs, 1990.

meghatározottságú volt (Pollock, 1989). Shahar azt állítja, hogy a középkori ún. nevelési elméletek nagyobb rokonságot mutattak a 20. századi pedagógiai és pszichológiai elképzelésekkel, mint a 18. századi nevelési elvekkel. Így például a középkori szerzők többsége szerint a gyermekkel szemben hétéves korig nem szabad túlzott fegyelmi és önmérsékleti követelményeket állítani (Shahar, 2000).

A kora gyermekkori nevelés másik forrásául a 17-18. századi európai filozófusok írásai szolgálnak. Comenius nevelési elképzeléseit arra alapozza, hogy minden gyermek eleve eszesen születik, tehát formálható, alakítható. A korai életévekben az otthoni környezet nevelő hatását emeli ki, úgy jellemzi az „anyai iskolát", azaz a szülői házat, mint a gyermek első hat évében a nevelés legmegfelelőbb közvetítő közegét (Pukánszky és Németh, 1994, 1996; Pukánszky, 2001; Németh és Pukánszky, 2004; Mészáros, Németh és Pukánszky, 2005; Hollósi, 2008). Comenius munkásságának gyógypedagógiai vonatkozásai is említésre méltóak. Erőteljesen támogatja a fogyatékos gyermekek oktatásban való részvételét, felismeri, hogy ha egy gyermeknél valamilyen tekintetben fogyatékosság áll fenn, más területen kell pótolni a hiányosságot (Gordosné Szabó, 1999). Az angolszász felvilágosodás egyik legnagyobb alakja, John Locke hisz a nevelés emberalakító erejében, szerinte a megszületett gyermek lelkének tiszta lapját (tabula rasa) a környezet és a nevelő írja tele. Hangsúlyt fektet a gyermekek egészséges táplálkozására, testük fokozatos edzésére, az erkölcsi, vallási nevelésre és az értelem kibontakoztatására. Elítéli a verést, és hangsúlyozza a személyes példaadás fontosságát (Locke, [1689] 1979; Dunn, 1992). Eszmerendszere, gondolatvilága nagy hatással van a francia felvilágosodásra, amelynek emblematikus figurája, Rousseau új alapokra helyezi a gyermekről, illetve a gyermekkorról alkotott felfogást. Úgy tekint az újszülött gyermekre, mint jó, romlatlan, de védelemre szoruló lényre, és az egyéni tehetség természetes kibontakozásának érdekében a „laissez-faire" nevelési elv alkalmazását javasolja. Szabadságot követel a gyermekeknek, és ebbe a szabadságba a mozgás szabadságán túl az is beletartozik, hogy az édesanyák természetes módon, saját maguk táplálják, gondozzák kisgyermekeiket. Pedagógiája gyermekközpontú, ennek ellenére határozottan elutasítja a dédelgető, kényeztető nevelést (Rousseau, [1762] 1978; Pukánszky és Németh, 1996; Pukánszky, 2001; Németh és Pukánszky, 2004; Mészáros, Németh és Pukánszky, 2005). Rousseau hatása a későbbi évszázadokban is komolyan érvényesül, akár a különböző iskolakísérleteket tekintjük (például Tolsztoj „szabad nevelés"-t képviselő iskolája, a Neill által alapított Summerhilli Szabad Iskola vagy a 20. század második felének reformiskola-törekvései), akár az elméletalkotók munkáit. Így gondolatait tetten érhetjük a modern pedagógia alapjait lerakó Ellen Key 1900-ban megjelent „A gyermek évszázada" című könyvében, amelyben a szerző a gyermek fejlődési sajátosságaival összhangban álló nevelési módszerek szükségességét hirdeti (Key, 1976; Jakobi, 2005). A rousseau-i gyermekfelfogás adta a hátterét az úgynevezett gyermektanulmány létrejöttének is, amely később szorosan összefonódott a reformpedagógiákkal, és a kísérleti pszichológia megszületését is elősegítette. A gyermektanulmány legkövetkezetesebb képviselőjének tartott Stanley Hall pszichogenetikus elmélete szerint a gyermekkornak sajátos értékei, viselkedésformái, szükségletei vannak. Felhívja a figyelmet arra is, hogy fejlődése kezdetén a gyermek idegrendszerét nagyfokú

plaszticitás jellemzi, és a fejlődés során döntő jelentőségűek lehetnek a kritikus szakaszok, valamint az átélt élmények (Pukánszky és Németh, 1996).

Megemlítendő, hogy a hagyományos neveléstörténet-írás képét jelentősen árnyalja az ún. „fekete pedagógia" fogalmának megjelenése, amely a gyermek kiszolgáltatott helyzetével visszaélő, a nevelést a gyermek rovására mindenáron észszerűsíteni akaró törekvéseket jelöli, kikezdve a pedagógiai gondolkodás történetének klasszikus tekintélyeit is (Zrinszky, 1998; Pukánszky, 2005c; Hunyady Gy.-né, M. Nádasi és Serfőző, 2006; Miller, 2002, 2014).

3.1.2 Intézményesülés

Az ipari fejlődés útjára lépő nyugat-európai országokban a szegénysorban élő nők tömeges kényszer-munkavállalásával összefüggésben viszonylag hamar felmerült az egészen fiatal gyermekek valamiféle intézményes gondozásának-nevelésének igénye. Bár a 17. században ún. „dame school" néven léteztek már magánvállalkozások, az első szervezett, intézményes nevelés-oktatás a 19. század elején Nagy-Britanniában, az ún. „infant school"-okban kezdődött el. Ezeket az intézményeket 2-6 éves gyermekek számára hozták létre, elsősorban nevelési célzattal. Az angol minta a magyar óvodák pedagógiai arculatát is alakította, erre alapozva hozta létre Közép-Európa első kisdedóvó intézetét Brunszvik Teréz Budán. Ugyanakkor német nyelvterületen, a 19. század közepén Friedrich Fröbelnek az óvodák fejlesztését célzó munkássága egyfajta kezdőpontja volt a korai oktatási programok kialakulásának. Fröbel filozófiája a gyermekek fejlődésével kapcsolatban a hagyományos vallási értékeken és az irányított játéktevékenységen keresztül történő ismeretszerzésen alapul. Elképzelése szerint a gyermeki alkotófolyamat a beszédben, a játékban és a képzeletben ölt testet. Ennek helyszínéül a 2-7 éves gyermekek számára a „gyermekkert" (Kindergarten) szolgál. A fröbeli gondolatok a 19. század második felétől a magyar óvodapedagógiában is folyamatosan jelen vannak (Pukánszky, 2005b).

Egy másik fajta intézménytípusnak, a „nursery school"-nak a létrejötte szintén Európába vezethető vissza. 1910-ben Rachel és Margaret McMillan alapítják az első „nursery school"-t Londonban, amely egyfajta egészség(ügyi) klinikaként indult, és később alakult nyitott nevelési intézménnyé. Ezt a kísérleti programot abból a célból tervezték, hogy átfogó, megelőzés-központú szolgáltatást nyújtson, amely a kisgyermekek szociális, fizikai, érzelmi és intellektuális szükségleteinek kielégítésére irányul. Eltérően a vallási köntösben megjelenő fröbeli óvodáktól, McMillanék intézménye világi beállítottságú volt, szociális értékeken alapult. Az önellátás fejlesztését, az egyéni felelősséget és az oktatás befogadására felkészült (iskolaérett) készségeket helyezte a középpontba (McMillan, 1919; Hallowes, 2011). Amíg McMillanék a korai orvosi-nevelési intervenciós modelljüket fejlesztették Angliában, Maria Montessori Rómában megnyitotta első intézményét óvodáskorú gyermekek számára. Módszerében teljesen elszakad a hagyományos kora gyermekkori tantervektől, szemléletében nagy hangsúlyt kap a gyermek tisztelete és a spontán,

szabad öntevékenység támogatása, amit a környezet alapos előkészítésével, az eszközök széles választékával biztosított (B. Méhes, 1996; Németh A., 1998; Bíróné Balog, Bordács és Németh A., 1998; Montessori, 2011).

Az intézményesülés történetének elméleti háttere szempontjából kihagyhatatlan Foucault munkássága, aki részletesen bemutatja a hatalom állampolgárok feletti kontrolljának növekedését, az abnormálisnak a normálistól való elkülönítésének egyre kifinomultabb eszközeit (Foucault, [1975] 1990; Kiss, 1994; Pálinkás, 2002). Az óvodák (Kindergartenek, nursery schoolok) létrejötte, a korai beavatkozás nem csupán gyermekbarát lépésként értelmezhető tehát, hanem a gyermekek minél korábbi „megművelésére" irányuló törekvésként is.

3.1.3 Anya- és gyermekegészségügyi szolgáltatások

Amíg a 18-19. században kezdődő iparosodás és a szekularizációs folyamatok a kora gyermekkori nevelés új koncepciójának fejlődését indukálták, addig a folyamatosan magas csecsemőhalálozási arány a gyermekek egészségével való törődést tette egyre fontosabbá. Pragmatikus szempontokat is sejthetünk a törekvések mögött: a munkaerő megtartása és utánpótlása gazdasági érdek volt. Ekkor nyilvánítják állami feladatnak az anya-, csecsemő- és gyermekvédelmet (Meisels és Shonkoff, 2000; Kapronczay, 2010). Hangsúlyossá válik, hogy a testi egészség, a lelki egyensúly a boldog gyermek-, illetve felnőttkor alapja, és egyre több orvosi szakkönyv jelenik meg, többek között a várandósgondozás fontosságáról, a gyermekgondozás alapjairól. A nők számára az anya- és csecsemőgondozásra, valamint a csecsemő- és a gyermekápolásra vonatkozó útmutatások készülnek, a szakemberek az anya felelősségére hívják fel a figyelmet a gyermek egészséges fejlődésében (Kéri, 1992, 2013).

A modern értelemben vett gyermekápolás csírái a 18. században kezdenek kibontakozni. A fejlődő orvostudomány már nem csupán a betegségek gyógyítását tűzi ki céljául, hanem arra is törekszik, hogy megtanítsa az embereket az egészség megőrzésére. A gyermekkort – mint az egészség megalapozásának a korát – ekkor kezdik döntő fontosságúnak tekinteni, és ez a szemléletváltozás gyökeres fordulatot eredményez nemcsak a pediátriában, hanem a mindennapi gyermekápolás és -gondozás gyakorlatában is (Friedrich, 2012). A szervezett védőnőszolgálat kialakulásának feltétele a társadalmi szükségszerűség, melynek kezdete a felvilágosodás korára, a 18. század második felére esik. A felvilágosodás igénye mellett az orvosi gondolkodás megváltozása is támogatta az új szolgáltatás megjelenését. Előtérbe került a preventív elv, azaz a betegség gyógyítása mellett és gyakran helyette: a betegség megelőzésének módszere (Vida, 1995). Bár a gyermekorvoslás története Hippokratészig nyúlik vissza, az önálló gyermekgyógyászat kialakulása nagyjából a 19. század elejére tehető. Fejlődéséhez többek között Rousseau gyermeknevelésről vallott nézeteinek elterjedése járult hozzá. 1802-ben Párizsban megnyílik az első gyermekkórház, amelyet nemsokára több európai nagyvárosban, köztük Budapesten is újabb gyermekgyógyászati intézmények megnyitása követ

(Birtalan, 2009–2011; Szállási, 1995, 2012). A 20. század utolsó évtizedeiben a gyermekgyógyászati ismeretek olyan mértékben és ütemben gyarapodnak, hogy egyetlen személy már képtelen mindezeket magas szinten elsajátítani. A gyermekgyógyászatban is megkezdődik – a belgyógyászatban már jóval korábban megfigyelhető – specializálódás, például a neonatológia, gyermekneurológia, gyermekpszichológia, ambuláns pediátria, gyermekrehabilitáció stb. elkülönülése (Maródi, 2013).

Magyarországon 1872-ben a 0–5 éves korú gyermekek 50,9%-a halt meg egyéves kora alatt, ezzel az adattal az európai országok statisztikái alapján hazánk a legutolsó helyen állt. Ez is indokolta az 1876-ban elfogadott közegészségügyi törvény anya-, csecsemő- és gyermekvédelmi vonatkozásait, a dajkasággal kapcsolatos intézkedéseit (egy nő csak egy gyermeket vállalhatott dajkaságra, de szigorúan orvosi ellenőrzés után), a hét éven aluli gyermekek ingyenes gyógykezelését, az elhagyott gyermekekről való gondoskodás országos megszervezését stb. A gyermekorvoslás fejlődése és a preventív intézkedések következtében 1904 és 1914 között 19-21%-ra esett vissza a csecsemőhalálozási arány. A statisztikai adatok bizonyították a helytelen csecsemőtáplálásból eredő halálokokat. A gyermekhalandóság ott volt a legkisebb, ahol az anyák maguk szoptatták gyermekeiket, míg az ipari zónákban érte el a legmagasabb mértéket, ahol az anyák házon kívüli munkát végeztek, csecsemőiket alig vagy rendszertelenül szoptatták. A 19. század utolsó évtizedében és a 20. század első évtizedeiben az anya- és gyermekvédelem két irányból szerveződik: az orvosi és a társadalmi összefogás oldaláról. A társadalmi gyermekvédelmen nemcsak az árvák és elhagyott gyermekek állami védelmét, hanem a gyermekek egészségének megóvását is értik. Az orvosi mozgalom kiterjed a szülés előtti anyavédelemre, a szakszerű újszülöttgondozásra, az ismeretterjesztés formáira (Kapronczay, 2009–2011). Az 1890-es években sor kerül a bábaképzés reformjára, amely a későbbiekben – a II. világháború után – a szülésznőképzés reformjával folytatódik, máig tartó hatással (Werling J.-né Forrai, 2000). 1915-ben pedig megalakul a mai védőnői szolgálat egyik elődje, az Országos Stefánia Szövetség, melynek célja a rendszeres várandósgondozás, az anyák szülés utáni gondozása, a csecsemők védelme, szakszerű ellenőrzése, míg a későbbi „zöldkeresztes"[6] védőnőket főként szociális feladatok ellátására képzik ki (Kachlihné Simon, 2015). A magyar kormány 1917-ben állami feladatnak nyilvánítja az anya- és csecsemővédelmet, a Stefánia Szövetség az 1940-es évekig számos közegészségügyi létesítményt hoz létre és tart fenn (pl. anyaotthon, bölcsőde, csecsemő- és gyermekkórház) (Heinecz, [1959] 2000).

A védőnői szolgálat a mai napig működő hálózat, bár a korábbihoz képest némileg megváltozott szolgáltatási profillal (anya-, csecsemő- és gyermekvédelem). Az egészségügyi alapellátás másik kulcsterülete, a házi gyermekorvoslás rövid múltra tekint vissza. Az 1960-as évektől létezik ez az ellátási forma, először a területi gyermekkórházakhoz kötötten, majd az 1990-es évek elejétől a szabad orvosválasztás lehetőségével (Altorjai és mtsai, 2014).

6 A Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat jelzője a nemzetközi környezetvédő mozgalmakra utalt.

3.1.4 Az egyéni szükségletekhez igazodó speciális nevelés, oktatás

A fogyatékosság megítéléséről, a testi rendellenességgel született vagy nyilvánvalóan fogyatékos gyermekekhez való viszonyulásról az újkort megelőzően kevés az információ, vagy ami rendelkezésre áll, az nagyon kedvezőtlen képet mutat. Az ókorban a fogyatékos gyermekek gyakran voltak áldozatai aktív vagy passzív eutanáziának. A középkori Európa kultúráiban a fogyatékosságról (különösen az értelmi akadályozottságról) alkotott mentális kép azonban korántsem homogén (Kálmán és Könczei, 2002). A stigmatizálás, kirekesztés és elzárás ritka esetekben megfért a toleranciával és az elfogadással. A kereszténység a felebaráti szeretetet, az elesettek védelmét, támogatását és megsegítését hirdeti, ezért egyrészt a vallásos emberek szánják a fogyatékos személyeket, másrészről azonban, a korra jellemző misztikus felfogásból fakadóan, a legtöbb esetben negatív hozzáállás tapasztalható (például a sérült gyermeket az ördög művének tekintik, az anyát boszorkányként üldözik), ezért a szülők sokszor elrejtik fogyatékos gyermeküket, környezetük elől is titkolják létezésüket (Gordosné Szabó, 1999; Szent Ágoston, [397-398] 2002; Magyar, 2015).

A gyógyító nevelő tevékenység, az első gyógyító nevelési módszerek a reneszánsz kibontakozásával, a fogyatékos emberekről alkotott korábbi kép átalakulásával jelennek meg. Az újkor első időszakában főleg individuális gyógyító nevelés folyt, de hatóköre kitágult, egész Európában elterjedt. Az intézményes gyógyító nevelés feltételei a 18. század végén alakulnak ki, elsősorban a hallás- és látásfogyatékosság, majd később az értelmi fogyatékosság területén. Itard francia orvos nevét említhetjük ki, aki az „aveyroni vad fiú"-val való foglalkozása során az értelmi fogyatékos személyek számára egy teljesen új nevelési eljárást dolgozott ki, de annak felismerése is hozzá köthető, hogy a hallásmaradvánnyal rendelkező gyermekek hallását megfelelő módszerrel fejleszteni lehet (Itard, 1802; Gordosné Szabó, 1999).

Itard tanítványa, Seguin már az 1800-as évek elején, párizsi munkássága alatt hangsúlyozta a korai beavatkozás és a tanítás fontosságát az értelmi fogyatékos gyermekek életében. Hitt abban, hogy a korai beavatkozások eredményesebbek, mint a későbbi életkorokban alkalmazott speciális segítségnyújtás. Őt tartják az egyik legelső „korai fejlesztő" szakembernek vagy modernebb szóhasználattal: „korai interventornak". Meggyőződése volt, hogy minél korábban kell elkezdeni a fejlesztést, már a bölcsőt iskolateremmé kell alakítani, és az anyákat is be kell vonni a munkába. Seguin abban is biztos volt, hogy a súlyos fogyatékos gyermekeknek is van valamennyi képességük a tanulásra, továbbá úgy gondolta, hogy a gyermek előzetes megfigyelése, erősségeinek és gyengeségeinek részletes feltérképezése alapvető feltétele a későbbi fejlesztésének. Fontos a szemléletében, hogy az egész embert megfigyelése alatt a közvetlen környezettel összefüggésben történő megfigyelést érti (Seguin [1866] 1997; Gordosné Szabó, 1999). Annak felismerése, hogy nincs taníthatatlan, képezhetetlen, fejleszthetetlen személy, bármilyen súlyosságú is a fogyatékossága, jelentős mérföldkő volt a gyógypedagógia történetében. Seguin párizsi munkájának hatására virágzásnak indult az értelmi fogyatékos személyek nevelésére-oktatására szolgáló programok írása. Ez abba a 19. század második feléig tartó vonulatba illeszthető, amikor Európaszerte jellemző a fogyatékos személyek speciális gyógypedagógiai intézményrendszerének

kialakulása, az elkülönített iskoláztatás megindulása. A század második felében bővül a speciális gyógypedagógiai intézményrendszer, elterjed a speciális gyógyító nevelés, megindul a differenciálódás a gyógypedagógia különböző szakterületein.

Meg kell említenünk azt a tényt is, hogy az intézményes gyógyító nevelés nem csupán azért alakult ki, mert felismerték az érintett gyermekek speciális szükségleteit. A folyamat mögött egyszerre jelent meg az a hozzáállás, hogy a fogyatékos gyermeket meg kell menteni a társadalomtól, illetve a társadalmat meg kell menteni a fogyatékos gyermekektől. Olyan negatív jelenségekre is utalhatunk a fogyatékos személyek, gyermekek felé irányuló társadalmi attitűd kapcsán, mint a testi és az erkölcsi fogyatékosság összekapcsolása vagy az eugenika kialakulása (Gordosné Szabó, 1999; Kálmán és Könczei, 2002; Lányiné Engelmayer és Takács, 2004/2010/2016; Pukánszky, 2005c).

Caldwell a fogyatékos gyermekek nevelésével, oktatásával kapcsolatos attitűdök és gyakorlatok 20. század '70-es évekig tartó időszakában végbement megváltozását három nagy szakaszra tagolja. A század első felében a „Felejtés és elrejtés" szakaszát azonosítja, amikor a fogyatékos gyermekeket távol tartották a világtól, elrejtették őket a nyilvánosság elől, feltehetően azért, hogy a családok megelőzzék a nyilvános megjelenéssel járó kellemetlenségeket. A második periódust az1950-es, 1960-as évekre teszi, és a „Szűrés és elkülönítés" szakaszának nevezi. Ebben az időszakban a fogyatékos gyermekeket vizsgálták, problémájukat diagnosztizálták, minősítették, ezután pedig speciális intézményekben, izolált környezetben helyezték el őket. Úgy gondolták, az érintett gyermekeknek védelemre van szükségük, mert nem tudnának önállóan működni a környezetükben. A harmadik periódus, az „Azonosítás és segítségnyújtás" szakasza az 1970-es évektől veszi kezdetét, ekkor lépnek érvénybe azok a jelentős törvények, amelyek a speciális nevelés-oktatás kérdéseit szabályozzák. Törekszenek arra, hogy minél korábban kiszűrjék a speciális nevelési igényű gyermekeket, azzal a reménnyel, hogy időben megfelelő segítséget tudnak nyújtani számukra (Caldwell, 1973).

Igazából a modern kora gyermekkori intervenció kezdetét az 1960-as évekre tehetjük. Az ismeretek bővülésével, valamint a kisgyermekkori és a későbbi fejlődés vizsgálatának eredményei alapján egyre inkább előtérbe kerül a megelőzés kérdése, ezzel párhuzamosan pedig teret kap a kora gyermekkori intervenció szociális megközelítése is.[7] Az Amerikai

7 Ezzel párhuzamosan az Amerikai Egyesült Államokban, hasonlóan az Egyesült Királysághoz és más liberális családpolitikát folytató országokhoz, a hatvanas évekig nem léteztek az iskoláskor előtti ellátás államilag támogatott formái. A hatvanas évekre a színes bőrű lakosság szegénysége és szegregációja nyomasztó mértékű társadalmi problémává vált. Ennek kezelésére hirdették meg az Egyesült Államokban 1964-ben a Szegénységellenes Programot (War on Poverty), amelynek része volt a Head Start program is. A Head Start program célja a szegénység újratermelődésének megakadályozása volt, a szegénységben élő családok 3–5 éves gyermekei számára indított korai gyermekkori programok révén. 1995-ben kibővült a program, az egészen korai fejlődés jelentőségét igazoló tudományos eredmények egyre gazdagodó sora előtérbe állította ezt a korosztályt, így az egészen kiskorú gyermekek támogatására (3 éves korukig) kidolgozták a program újabb változatát, az Early Head Startot. A szöveségileg finanszírozott közösségi program alacsony jövedelmű családokban élő, legfeljebb 3 éves gyermekek, valamint várandós nők számára indult. Küldetése az egészséges magzati fejlődés, továbbá a legfiatalabb gyermekek fejlődésének és a család egészséges életvitelének támogatása (Szilvási, 2011).

Egyesült Államok mellett már több nyugat-európai országban, például Hollandiában, Angliában, Dániában, Németországban is elkezdtek az iskoláskor előtti sérült vagy megkésett fejlődésű gyermekek terápiájával foglalkozni, törekedve az eltérő fejlődési jellemzők korai felismerésére és kezelésére (Meisels és Shonkoff, 2000). Ebben az időszakban Európában a korai szakaszban történt beavatkozásokat „korai terápiának" nevezték, és az akkori gyermekképnek megfelelően a gyermek fejlesztését állították középpontba. A szakembereknek irányító szerepük volt, a szülőket laikus, a tanácsokat elfogadó, azokat végrehajtó szereplőnek tekintették („laikus modell"). A korai terápiát és a korai fejlődés segítését tranzitív aktusnak tekintették, amelynek segítségével, az „orvosi modellnek" megfelelően, célzottan a gyermekre, a gyermek észlelésének, mozgásának, kogníciójának befolyásolására irányult a terápiás munka (Speck, 1998).

Az 1970-es években egyre inkább differenciálódott az ellátás, új szakterületek – mozgás-, beszéd-, játékterápia stb. – jelentek meg (Csiky, 2006a). Közben a nyugat-európai országokban, de Észak-Amerikában éppúgy, vita bontakozott ki arról, hogy a korai ellátás területén a direkt vagy az indirekt módszerek alkalmazása eredményesebb-e, és mennyire vonhatóak be a szülők a fejlesztőtevékenységbe. Előfordult, hogy a szülők – a szakember irányítása mellett és megfelelő módszertani információkkal ellátva – koterapeutaként működtek közre, ám viszonylag hamar hibás koncepciónak bizonyult a dominánsan a gyermekek fejlesztésére irányuló tanácsadás és a szülők (édesanyák) irányítása. Az utazó szolgálat, vagyis a rendszeres családlátogatás a munka központi elemévé vált (otthoni korai fejlesztés). Eltolódott a hangsúly a gyermekközpontú fejlesztésről a szülő- és családorientált munka felé (Speck, 1998).

Az 1980-as évektől egyre inkább elterjedt az a nézet, hogy a sérült gyermek fejlődése érdekében a terapeuták korábbi dominanciáját, az eredetileg függőségben levő szülőkkel mint koterapeutákkal való kapcsolatát fel kell hogy váltsa egy inkább partneri viszonyt feltételező, a szülők és szakemberek (egymást) kölcsönösen kiegészítő együttműködése (Borbély, 1995, 2012). Ez a gondolkodásmód összekapcsolódik azzal a szemléletbeli nyitással, amely a fogyatékos személyeket az orvosi modell helyett egy szélesebb horizontú „bio-pszicho-szociális" modell kontextusába helyezi, és az egyén sérült állapotán túl pszichés funkcióinak szintjeit, illetve szociális környezetét is figyelembe veszi. A holisztikus szemléletű, komplex tartalom felé való nyitással párhuzamosan a korai intervenció mellett a kora gyermekkori intervenció kifejezés is teret nyert. A fejlett országokban az ökológiai-rendszer-szerű megközelítés vált a kora gyermekkori intervenció általános modelljévé (Kereki, 2011).

Caldwell korábban vázolt szakaszaihoz Turnbull és munkatársai megneveztek egy negyedik időszakot is, amely az 1980-as évek közepétől kezdődő éveket jellemzi, és amelyet a „Nevelés-oktatás és befogadás" címkével jelölnek a szerzők (Turnbull, Turbiville és Turnbull, 2000). Ennek a szakasznak a lényegét az adja, hogy a szakemberek törekszenek arra, hogy kontroll alatt tartsák a kialakult állapotot, megelőzzék a még komolyabb károsodások bekövetkezését, megerősítsék a gyermekek családjait, és növeljék a gyermekek lehetőségeit arra, hogy a bennük rejlő potenciált minél inkább kiteljesítsék, valamint amennyire csak lehet, integrálódjanak a közösségbe, a társadalomba.

3.1.5 Hazai folyamatok

Hazánkban az 1970-es évek elején a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében kezdtek foglalkozni a kisdedkorú értelmi, érzékszervi és halmozottan sérült gyermekek diagnosztizálásával. Az ezt követő évtizedben a külföldről behozott tapasztalatokkal, valamint az itthon elkezdett terápiás és tanácsadói munka hozadékán keresztül sikerült felzárkózni a nyugati országokban folyó kora gyermekkorban nyújtott segítő ellátás színvonalához. A főiskolán a gyakorlati tevékenység az 1980-as évek elején indult egy programmal, amelyben óvodáskor előtti gyermekek mozgásfejlesztését kezdték el végezni, ebből nőtt ki a családokra fókuszáló irányított családi nevelés. A tapasztalatok bővülése a képzésben is éreztette hatását, az 1980-as évek közepén speciálkollégium formájában valósult meg a korai fejlesztés oktatása. Az akkori gyógypedagógusok a saját szakterületükre vonatkozóan (az akkori, mozgáskorlátozottak, hallássérültek, látássérültek pedagógiája szakokon) az iskoláskor előtti szakaszhoz kapcsolódó programokat dolgoztak ki (Kereki, 2011).

A gyakorlati megvalósítást segítették az 1980-as években a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetben megindúló kutatások és a kibontakozó szakmai kapcsolatok, amelyek olyan intézményekkel való szoros és azóta is tartó együttműködéshez vezettek el, mint a Svábhegyi (akkor még Szabadság-hegyi) Állami Gyermekgyógyintézet Fejlődésneurológiai Osztálya (azóta Szent János Kórház Fejlődésneurológiai Osztálya) vagy némelyik perinatális intenzív centrum. Az anyák bevonása és a terápiás, fejlesztő foglalkozásokban való aktív közreműködése egyre fontosabbá vált. Ezzel párhuzamosan alakult ki a korai gyógypedagógiai-pszichológiai segítségnyújtásnak az a filozófiája, amely a funkciógyakorláson és a direkt tanácsadáson túl az anyai, szülői szerepek, kompetenciák erősítésével, a szülő-gyermek interakciók segítésével, a fejlesztő környezet biztosításával egy új szemléletű keretben kívánt eredményt elérni. 1986-ban bővült az ellátó intézmények köre, a bölcsődei ellátásban elindult egy kísérlet, amely a fogyatékos gyermekek gondozásának, korai fejlesztésének gyakorlatát terjesztette el. Az 1990-es évek elején pedig egyes gyógypedagógiai intézményekben kezdtek megjelenni a korai fejlesztést végző teamek, és egymás után alakultak a korai fejlesztő központok. Az elsők között kezdte meg működését az önkormányzati fenntartású zalaegerszegi Gyógypedagógiai Fejlesztő, Tanácsadó és Továbbképzési Központ, a fővárosban az alapítványi fenntartású Budapesti Korai Fejlesztő Központ vagy a pécsi Korai Fejlesztő és Integrációs Központ (Lányiné Engelmayer, 2005, 2009/2012/2017).

Az 1993. évi közoktatási törvény tette először lehetővé, hogy a legfiatalabb (0–5 éves korú) sajátos nevelési igényű gyermekek különleges gondozás keretében, állapotuknak megfelelő ellátásban, korai fejlesztésben és gondozásban részesüljenek.[8] Ennek előzménye az a gyermekjogi szempontból jelentős lépés volt, hogy 1991-ben Magyarország ratifikálta a Gyermek jogairól szóló egyezményt,[9] így már egy olyan nemzetközi kötelezettsége

8 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról (ma már nem hatályos).

9 1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről.

volt az országnak, amire alapozva a pedagógiai szakszolgálatok körébe lehetett emelni a legfiatalabb korosztályra fókuszáló korai fejlesztést. Az 1993. évi LXXIX. közoktatási törvény és a hozzá kapcsolódó rendelet [4/2010. (I. 19.) OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról] egy koherens (bár szövevényes) rendszerben biztosította a közoktatás által nyújtott szolgáltatást, a korai fejlesztést.[10] Az ellátó intézmények köre bővült, a szakszolgálati keretben megvalósuló tevékenység mellett a feladatot felvállaló szociális intézmények is végezhettek korai fejlesztést. A köznevelés rendszerén kívül az egészségügyi ellátórendszerben habilitációs, rehabilitációs, terápiás ellátást biztosítottak, és jelenleg is biztosítanak az érintett gyermekek számára.

A 2011-ben életbe lépő ágazati szabályozó, a köznevelési törvény a 0–3 éves korosztály ellátására kevésbé fókuszál, mindemellett a 18. § (2) a) pontjában nevesíti a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozást mint pedagógiai szakszolgálati tevékenységet.[11] Ekkor kezdődött el az intézményrendszer, köztük a pedagógiai szakszolgálati rendszer átalakítása, amellyel együtt a tevékenységi struktúra is megváltozott. A pedagógiai szakszolgálatok tíz tevékenysége közül kilenc érintette az iskoláskor előtti gyermekek ellátását. A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás állami feladatként fogalmazódott meg, a pedagógiai szakszolgálatok egyik tevékenységeként definiálták. A különböző ágazati irányítású intézmények tevékenységeiben profilisztításra került sor (lásd a *Szabályozási, finanszírozási kérdések* című alfejezetet).

2014-ben a kora gyermekkori intervenció ügye reflektorfénybe került, az emberi erőforrások minisztere a koordinálással a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárságot bízta meg, majd a következő évben kormányhatározat jelent meg a szükséges intézkedésekről [A Kormány 1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozata az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről]. Az ellátásban azonosítható anomáliák felvetették a szolgáltatói rendszer átalakításának szükségességét.

3.1.6 Gyermekfejlődési kutatások

Témánk szempontjából a gyermek fejlődésével kapcsolatos kutatások két vonulatát fontos kiemelni. Az egyik a fejlődés biológiai, illetve környezeti meghatározottsága kapcsán kialakult különböző megközelítésekhez köthető (nature-nurture vita), a másik pedig annak felismeréséhez, hogy a gyermek és gondozója közötti korai kapcsolatnak milyen jelentősége van a gyermek fejlődésében.

A gyermekek kompetenciáinak meghatározó tényezői iránti érdeklődés viszonylag új keletű jelenség. A 20. század első évtizedeiben Arnold Gesell gyermekorvos és pszichológus a gyermeki fejlődés értékelésének területén jelentős úttörő munkát folytatott, hatalmas mennyiségű adatot gyűjtött össze a tipikus fejlődésmenetű, a Down-szindrómás, a koraszülött, illetve a szülési sérülést elszenvedett gyermekek képességeinek fejlődéséről.

10 4/2010. (I. 19.) OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról (ma már nem hatályos).
11 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 18. § (2) a).

A fejlődés biológiai meghatározottságában hitt, elutasította a tapasztalat fejlődésre gyakorolt hatását. Gesell fejlődéselméletét az orvosok arra használták, hogy a korai gyermekkor specifikus fejlődési mérföldköveinek meghatározása alapján megjósolják a hosszú távú fejlődési kimeneteket (Cole és Cole, 2006). Gesell fejlődésközpontú, biológiai meghatározottságú elméletével párhuzamosan egy másik megközelítés is kialakult. Bizonyos iskolák, így a behavioristák úgy hitték, hogy a fejlődést elsősorban a környezeti hatások határozzák meg (kivéve, ha a gyermek súlyos idegrendszeri sérüléssel jön a világra). Skinner és követői tagadják a belső folyamatokat, az operáns kondicionálás segítségével megmagyarázhatónak tartják a legbonyolultabb viselkedési, társadalmi és nevelési folyamatokat is (Pléh, 1992, 2010). Mindkét irányzatnak számos támogatója akadt, de önmagában mindkét elmélet meglehetősen korlátozott. Piaget kognitív fejlődéselméletének megjelenése lehetőséget adott arra, hogy a két irányzat közelítsen egymáshoz. Az univerzális-konstruktivista megközelítés szerint mind a biológiai, mind a tapasztalati tényezők hatással vannak a fejlődésre, de nagy szerepe van a gyermekeknek saját fejlődésük aktív közreműködőjeként: mindig magasabb szintű tudást konstruálnak maguknak (Piaget, 1988; Cole és Cole, 2006). Ennek az elméletnek a nyomán lépnek tovább a kulturális megközelítés hívei. Szerintük azon túl, hogy a biológiai és a környezeti tényezők egymást befolyásolják a fejlődésben, egy harmadik szempontot is figyelembe kell venni, amely különböző következményekkel járhat a fejlődésre nézve, mégpedig a gyermek társadalmi csoportjának az adott időszakban, a kultúrában kikristályosodó történelmét (Bronfenbrenner, 1994; Vigotsky, [1930] 2004).

Számos kutató tanulmányozta a család hatását a gyermek fejlődésére, míg mások az emberi kapcsolatoktól való megfosztottság következményeit vizsgálták. A korai intervenció alapköveit Harlow, Spitz, Ainsworth és Bowlby tették le kutatásaik, megfigyeléseik, vizsgálataikból levont következtetéseik alapján, és többek között figyelmet szenteltek a kora gyermekkori interperszonális kapcsolatoknak, az anya és gyermeke közötti kapcsolatnak, a kötődés kialakulásának és ezek hiányának (Spitz, 1951; Harlow és Zimmermann, 1959; Ainsworth és mtsai, 1978; Bowlby, 2009). Az érzelmi megfosztottság hosszú távú negatív következményeinek kiküszöbölésére történő megoldási lehetőségek kapcsán az amerikai Skeels és Dye vizsgálatára hivatkozhatunk. Ők ismerték fel az 1930-as években, árvaházban nevelkedő értelmi fogyatékos gyermekekkel végzett kísérlet eredményeképpen, hogy a tömegintézmények hospitalizáló ellátása következtében a korai életszakaszban az intelligenciafunkciók károsodása még megszüntethető személyes, emocionális odafordulás segítségével (Skeels és Dye, 1939). Otto Speck a korai beavatkozások fontosságának igazolására hasonló példaként említi az 1950-es évek végétől, 1960-as évek elejétől megtapasztalt tudást, hogy a hallássérült gyermekek hallásmaradványa megtartható, ha azt a legkorábbi fejlődési fázisban stimulálják, és gyakoroltatják őket, illetve szól arról az eredményről, amelyet a cerebrális parézises gyermekeknél értek el a korai beavatkozás során. Ezek a tapasztalatok azt a következtetést is maguk után vonták, hogy a fejlesztő, terápiás munka elmulasztásából adódó hátrányokat később már csak nagyon nehezen lehet behozni, ha ez egyáltalán még lehetséges (Speck, 1998).

A tranzakcionális modellek közül – melyek a fejlődést befolyásoló különböző tényezők összjátékát, a gyermek és környezete jellemzőinek a fejlődés kimeneteit meghatározó egymásra hatását összegzik – kiemelendő Sameroff és Chandler elmélete. Ők fogalmazták meg leghatásosabban a természet és a nevelés kölcsönhatásait, és hangsúlyozták annak fontosságát, hogy a családi, a társadalmi és a környezeti tényezők milyen meghatározó következményekkel járnak a fejlődésre nézve. A kora gyermekkori intervenció szempontjából ez azért lényeges, mert az általuk bemutatott tranzakcionális modell szerint a biológiai sérülések módosíthatóak a környezeti tényezők által, ellenben a fejlődési elmaradások mögött társadalmi, illetve környezeti okok is állhatnak (Sameroff és Chandler, 1975).

A fejlődési folyamat tranzakcionális természetével kapcsolatban megnyilvánuló növekvő érdeklődés arra ösztönzött néhány kutatót, hogy a szélesebb kontextus fontosságát hangsúlyozza annak érdekében, hogy jobban megértsük a gyermek növekedésének, fejlődésének és tanulásának meghatározó tényezőit. Bronfenbrenner a témát nem az izolált, hanem a kontextusba helyezett gyermek szempontjából közelíti meg, és arra a következtetésre jut, hogy az intervenciós programoknak a gyermeket oly módon kell kezelni, mint egy családban elhelyezkedő személyt, és nem úgy, mint egy izolált kísérleti alanyt (Bronfenbrenner, 1974). Napjaink elméletalkotói úgy látják a gyermeket, mint egy többrétegű szociális rendszer elemét, amely rendszer lehet fejlesztő hatású, de zavart keltő, diszfunkcionális is. Így a hatásos beavatkozás az, amikor a kontextust vesszük a beavatkozás alapjául (Guralnick, 1998).

3.2 ÖSSZEFOGLALÁS

A kora gyermekkori intervenció történetében négy fő szálat különítünk el: (1) a kora gyermekkori nevelés, (2) az anya- és gyermekegészségügyi ellátások, (3) az egyéni szükségletekhez igazodó speciális nevelés, oktatás és (4) a gyermek fejlődéséhez köthető kutatások különböző hosszúságú előzményekre visszavezethető történetét.

A kora gyermekkori nevelés gyökerei egyrészt abból a felismerésből táplálkoznak, amely a gyermekkort elkülönült életszakaszként azonosítja, másrészt forrásául a 18-19. századi európai filozófusok írásai szolgálnak (például Comenius, Locke, Rousseau). Az első szervezett, intézményes nevelés-oktatás a 19. század elején Nagy-Britanniában, a 2–6 éves gyermekek számára létrehozott, ún. „infant school"-okban kezdődik el. Német nyelvterületen Fröbelnek az óvodák fejlesztését célzó munkássága alapozta meg a korai nevelési-oktatási programok kialakulását, a „gyermekkert" (Kindergarten) megjelenését. A 20. század elején pedig egy másik fajta intézménytípus is létrejön, a „nursery school", amelynek alapítása McMillan és munkatársai nevéhez fűződik.

Az anya- és gyermekegészségügyi szolgáltatások kialakulásának alapját a 18-19. században a folyamatosan magas csecsemőhalálozási arány visszaszorítására tett lépések, a gyermekek egészségével való törődés fontosságának felismerése teremtette meg. Az anya- és csecsemőgondozás, a csecsemő- és gyermekápolás, a szervezett védőnői szolgáltatás alapjainak megteremtése, az önálló gyermekgyógyászat kialakulása és az első gyermekkórházak

megnyitása egy evolúciós folyamat állomásai. A 20. században a hazai anya- és gyermekvédelem két irányból szerveződik, az orvosi és a társadalmi összefogás oldaláról. Megalakul a védőnői szolgálat elődje, majd az anya- és csecsemővédelem állami feladattá válik. A házi gyermekorvoslás kialakulása és a gyermekgyógyászat specializálódása a század második felében párhuzamosan zajlik.

Az első gyógyító-nevelő módszerek a reneszánsz kibontakozásával jelennek meg. Az intézményes gyógyító nevelés feltételeinek megteremtődése a 18. század végére tehető, ennek következtében a következő században Európa-szerte megalakulnak a fogyatékos személyek speciális gyógypedagógiai intézményei, megindul az elkülönített iskoláztatás. A szolgáltatások bővülnek, a gyógypedagógia különböző szakterületein elkezdődik a differenciálódás, amely a 20. század első felében tovább folytatódik, kiépül a tankötelezettségen alapuló speciális gyógypedagógiai intézményrendszer. A későbbi évtizedekben tanúi lehetünk a rehabilitációs szemlélet térhódításának, a fogyatékos személyek társadalmi integrációját szolgáló intézményrendszer kialakulásának. A korai életszakaszra irányuló fókusz, a megelőzés kérdése az 1960-as években kap hangsúlyt, törekszenek az eltérő fejlődési jellemzők minél korábbi felismerésére és kezelésére; a szülők szerepét tekintve a „laikus modell" a jellemző. Az 1970-es években az ellátás differenciálódik, a szülő koterapeutaként működik közre. Az 1980-as évtized szemléletbeli nyitása, a „bio-pszicho-szociális" modell elfogadottá válása a korai ellátásokban is egy komplexebb, holisztikus szemléletű megközelítést indukál, ezzel együtt a szülő szerepe is megváltozik: partneri viszonyban működik együtt a szakemberrel.

A gyermek fejlődéséhez köthető kutatások viszonylag új keletűek. A kora gyermekkori intervenció szempontjából jelentősek a fejlődés biológiai, illetve környezeti meghatározottságával, illetve a korai anya-gyermek kapcsolattal, kötődéssel összefüggő kutatások eredményei. A 20. század első évtizedeiben lassan összeérő, majd az 1960-as évektől a gyermeki fejlődésre vonatkozó ismeretek bővülésével és a célzott programok megindulásával, illetve az 1980-as évektől a bio-pszicho-szociális szemlélet elterjedésével egy mederben futó szálak nyomon követésével összegezhetőek a jelenlegi kora gyermekkori intervenciót jellemző jelenségek.

4 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ FONTOSSÁGA

A korai életszakaszra, illetve az ekkor jellemző prevenciós, intervenciós tevékenységekre irányuló figyelem fontossága több szinten is indokolható. A korai gyermekévekben zajló folyamatok későbbi életévekre gyakorolt hatása miatt az *egyén* jólléte, életminősége szempontjából nagy jelentősége van az egészséges fejlődés támogatásának, az időben nyújtott prevenciós és intervenciós szolgáltatásoknak. A *családok szintjén* is megmutatkozik a beavatkozások hatása: elősegíti a családi kohéziót, olyan erősségeket felszínre hozva, amelyek korábban nem voltak nyilvánvalóak a család számára. A szülők magabiztosabbakká, kompetensebbekké válnak, erősödik a megküzdőképességük, jobban felismerik gyermekük (speciális) szükségleteit, és azokra megtanulnak adekvát választ adni. Segítséget kapnak abban, hogy integrálódjanak a közösség életébe, és képessé válnak arra, hogy képviseljék az érdekeiket (Bailey és mtsai, 2006). Mindezeken túl nem feledkezhetünk meg a *társadalmi szintű* következményekről sem. A társadalmi szintű hatások komplex, egymást erősítő módon jelentkeznek, hiszen a kedvezőbb kimenetű egyéni életutak összegződve egy jobban működő társadalmat eredményeznek, és ez a fajta társadalmi hasznosság hosszú távú gazdasági nyereséggel is jár.

A korai életszakaszban nyújtott támogatások garanciáját a nemzetközi egyezményeken, dokumentumokon (is) alapuló jogszabályi környezet nyújtja. A gyermekjogok ismerete, azoknak a biztosítása szervesen hozzátartozik a kora gyermekkori intervenció kérdésköréhez. Ez megkerülhetetlenné teszi a többi említett dimenzió mellett a gyermekjogi háttér és a megvalósuló gyakorlat áttekintését.

4.1 A KORAI ÉLETSZAKASZ FEJLŐDÉSBEN BETÖLTÖTT SZEREPE

Egy társadalom jövője nagyban függ attól, hogy mennyire képes előmozdítani a felnövekvő generáció egészséges fejlődését. Köztudott, hogy a korai gyermekéveknek meghatározó szerepük van a gyermekek fejlődésében és későbbi életlehetőségeik alakulásában. Az utóbbi évtizedekben a neurobiológia, a viselkedéstudományok és a társadalomtudományok területén zajló kutatások nagy előrelépéshez vezettek azoknak a tényezőknek az azonosításában, amelyek a gyermekek életkezdetét kedvező vagy kedvezőtlen módon befolyásolják. A várandósság időszaka mellett mindenekelőtt a születéstől 5 éves korig terjedő első néhány életév az, amely különösen érzékeny periódus a fejlődés folyamatában. A fejlődés a korai életszakaszban a leggyorsabb, az ekkor megszerzett élmények, tapasztalatok az agyi struktúrákba integrálódva megalapozzák a mozgásos, kognitív és nyelvi funkciók kiépülését, a szociális,

önszabályozó képesség, valamint az érzelmi biztonság kialakulását (Shonkoff és Phillips, 2000). Ugyanakkor a gyermekek sérülékenységének kockázata is ekkor a legnagyobb. Az egészséges fejlődést számos tényező veszélyeztetheti, a biológiai károsodások, a kedvezőtlen szocioökonómiai jellemzők, az optimális környezeti feltételek hiánya, az érzelmi, pszichés sérülések, az elhanyagoltság külön-külön és együttesen is befolyásolhatják. Míg a gyermekek egy része a viszontagságos körülményekkel szemben ellenállóvá, rezilienssé válik – legyenek ezek a körülmények akár biológiai rendellenességek, akár környezeti akadályok –, addig mások egészséges fejlődése átmenetileg vagy hosszú távon veszélyeztetett.

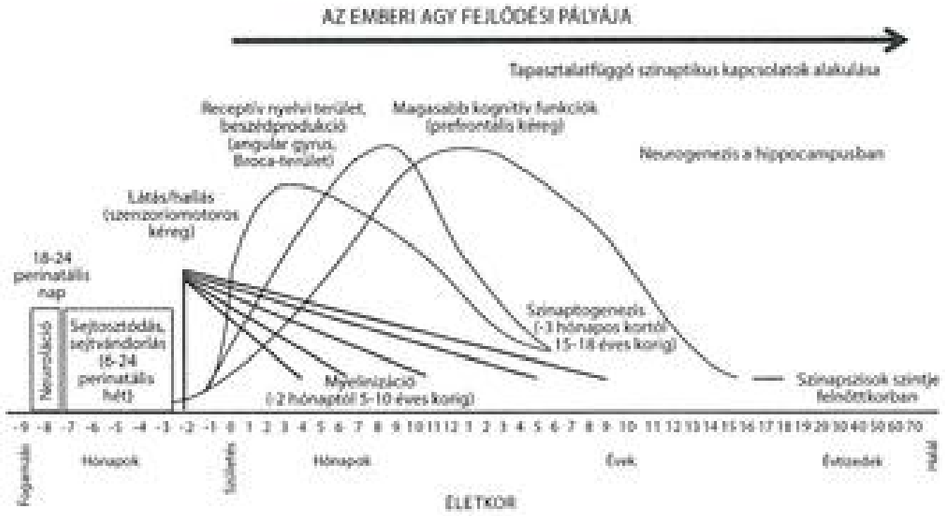
4.1.1 Az idegrendszer fejlődése

A gyermeki fejlődésről való gondolkodásban alapvető kérdés, hogy a fejlődésben milyen szerepe van az agynak. Az 1980-as évek közepétől a fejlődési kognitív idegtudomány kibontakozásával arra a kérdésre kezdték el keresni a választ, hogy hogyan írható le az a kölcsönös kapcsolat, amely az agy fejlődése és a gyermek viselkedésének változása között feltételezhető, illetve a genetikai és a környezeti faktorok milyen interakciója alakítja a fejlődő agyat és a viselkedést (Egyed, 2011). A fejlődési idegtudomány kibontakozásával körvonalazódott a neurokonstruktivizmus elmélete, amely összekapcsolja a fejlődést, illetve annak különböző területeit (érzékelés, észlelés, kogníció stb.) a neurális fejlődéssel. Eszerint az agy és a fejlődés között kölcsönös kapcsolat azonosítható, az agy maga is a környezetéhez alkalmazkodó, komplex rendszer, szoros interakcióban van a környezeti inputtal, amely jelentős befolyást is gyakorol rá. Egyes agyi területek fejlődését más területekkel folytatott együttműködő és versengő interaktív folyamatok alakítják. Ha egy agyi terület a tipikustól eltérően fejlődik, vagy a fejlődési folyamat megkésve zajlik, az hatással lehet más agyi területek fejlődésére is. Egy késve felismert hallási elmaradás a nyelvelsajátítás folyamatára, de más funkciók fejlődésére is hatással lehet (Karmiloff-Smith, 1992/1994, 1996).

Az agy struktúrájának teljes felépülése hosszú távú folyamat, amely a születést megelőzően kezdődik el, és a felnőttkorig folytatódik. Az utóbbi évek kutatásainak eredményei egyértelműen igazolják, hogy a csecsemők, amikor megszületnek, jóval többet tudnak a világról, mint ahogyan korábban feltételezték róluk. Velük született többek között a tanulás képessége, előzetes tudásuk van a tárgyi világról, a nyelvről, és meglévő tudásanyagukat képesek az új tapasztalatok fényében átalakítani (Gopnik, Meltzoff és Kuhl, 2003; Király, 2011). Gyakorlatilag az első öt év az idegrendszer fejlődésének legdinamikusabb időszaka. Minden tapasztalat, amelyet a kisgyermek a mozgás, látás, hallás, szaglás, ízlelés, tapintás segítségével a környezetéből szerez, amit a világ felfedezése során megtanul, lenyomatokat hagy az agyában. Az idegsejtek között újabb és újabb kapcsolatok keletkeznek – az élet első három évében másodpercenként 700 új neuronkapcsolat jön létre –, az agy különböző területei folyamatosan átstrukturálódnak (Center on the Developing Child, 2015a). Az első életévekben olyan rohamosan alakulnak ki a kapcsolatok, és növekszik a szinapszisok hálózata, hogy a második életévre a gyermek agyának tömege eléri a felnőtt agy tömegének nagyjából háromnegyed részét, öt-hét éves korára a 90%-át (Katona, 2001). A gyakran

használt kapcsolódások további fejlődésre, finomodásra kapnak ösztönzést, egyre bonyolultabb „áramkörök", struktúrák jönnek létre az agyban, az új struktúrákhoz pedig új funkciók, képességek, készségek kialakulása kapcsolódik. Azok az összeköttetések azonban, amelyeket a gyermek ritkán használ, nem aktivál eleget, hamarosan elgyengülnek, megszűnnek – ez a metszés folyamata (Csépe, 2005; Egyed, 2011).

Az agy fejlődésére jellemző, hogy az agyi struktúrák felépítése *hierarchikus:* az alapképességekért felelős idegrendszeri kapcsolódások alakulnak ki először, és erre épülnek rá a bonyolultabb képességekért felelős területek. Ha a hierarchikus fejlődés nem megfelelően zajlik, ha az alapképességek kiépülése nincs biztosítva, az erre épülő komplex képességek elsajátítása is sérülni fog (Knudsen és mtsai, 2006). Így például ha a mozgásfejlődés során kimarad valamelyik fejlődési szakasz – mint a forgás vagy a kúszás, a mászás –, ennek hatásaként később feltűnhet a nagymozgás ügyetlensége, a mozgáskoordináció gyengesége, a finommozgás fejletlensége, továbbá ennek lehet hosszú távú következménye az iskolás évek alatt az írás-olvasás zavara, illetve nehézsége (Delacato, 1963, idézi Marton-Dévényi és mtsai, 2005).



Az ábra felhívja a figyelmet arra, hogy az agy fejlődésének fontos mozzanatai már a várandósság korai időszakában elkezdődnek, bemutatja a prenatális eseménysek fontosságát, a neurális cső kialakulását (neurulációt) és a sejtmigrációt; a szinapszisok létrejöttének és a myelinizációnak a kritikus aspektusait hónapokra, illetve évekre bontva; valamint a tapasztalatokon alapuló szinapszisok létrejöttét és a hippocampus egyes kulcsterületein történő neurogenezist (dentate gyrus) az élet folyamán.

4–1. ábra: Az emberi agy fejlődése.
Forrás: Thompson és Nelson, 2001, 8. alapján készítette Kereki Judit

Ugyancsak jellemző az agy fejlődésére, hogy felépülésének léteznek *szenzitív szakaszai* (Johnson, 2005), minden fontos képesség, készség elsajátíthatóságának megvannak a különösen alkalmas időszakai. A szenzitív időszakok a korai fejlődés első néhány évében dominánsak. Előfordulhat, hogy a gyermek ezekben a speciális időszakokban, amikor az idegrendszer

éretté válik bizonyos funkciók, képességek kialakítására, valamilyen okból – akár sérülés, betegség, akár az elhanyagoló környezet okán – nem kapja meg a megfelelő külső ingereket. Ilyenkor az agyban az adott funkció működéséhez szükséges kapcsolati háló nem fejlődik ki teljesen, eltérő fejlődési irány alakulhat ki. Ilyen szenzitív időszakhoz kötött például a látásért, hallásért felelős agyterületek kialakulása, amelyeknek a fejlődése a gyermek 2-4 hónapos kora között felgyorsul, és az első év közepe táján csúcsosodik ki. A beszédért, nyelvért felelős agyi területeken hasonló folyamatok zajlanak, de kialakulásuk időszaka későbbi életkorra, a gyermek egyéves korára tehető, míg a magasabb rendű kognitív funkciókhoz (például gondolkodás, viselkedés) kötött agyi területek fejlődése az első év vége és az ötödik életév között a legintenzívebb (Thompson és Nelson, 2001). (Lásd *4–1. ábra.*)

A különböző kérgi struktúrák érésének szenzitív szakaszaiban érvényesül leginkább az agy különleges képessége: változékonysága, alkalmazkodási kapacitása, azaz a *plaszticitása.* A plaszticitásra vonatkozó legtöbb eredmény a reprezentációs térképek tanulmányozásából származik. A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy az agykérgi térképek az élet korai szakaszában perifériás beavatkozásokkal megváltoztathatók, a perifériás szenzoros bemenetek alapvetően befolyásolják a genetikailag meghatározott idegrendszeri strukturális mintázat kialakulását (Toldi, 2004). Az agykéreg tehát módosulásokra képes, szignifikánsan tudja változtatni a struktúráját és a funkcióját, sokkal nagyobb fokú neuroplaszticitással rendelkezik annál, mint amiről korábban tudomásunk volt (Doidge, 2011). Johnston a gyermekeknél a kérgi plaszticitás négyféle formáját különbözteti meg: (1) az *adaptív plaszticitást,* amely a készségek kialakulását, illetve az agy sérülése következtében elveszett funkciók visszaépülését teszi lehetővé; (2) a *sérült plaszticitást,* amely kognitív sérüléssel társul, ez esetben az agy szerkezeti változásai a tipikustól eltérőek; (3) a *túlzott plaszticitást,* amely maladaptív agyi kapcsolatokhoz vezet (például hangszeren való túlgyakorlás következtében kóros izomtónus-rendellenesség alakul ki); és (4) az *agy Achilles-sarkaként megjelölt plaszticitást,* mely esetben az agyi hálózat plaszticitást biztosító mechanizmusai idézik elő a sérülés kockázatát. Az adaptív plaszticitáson belül is elkülönít három fő típust. Egyrészt az *aktivitás- és tapasztalatfüggő rugalmasságot,* amely az egyedi tapasztalatokhoz való igazodásban nyilvánul meg (például készségek, nyelv), másrészt a *sérülés és hiány miatt bekövetkező újraszerveződést* (például agyi sérülések esetében), harmadrészt a *kompenzációs újraszerveződést,* amikor a hiányzó funkciók más folyamatokkal való pótlása valósul meg (Johnston, 2004, 2009, 2015). Az agy az egész élet folyamán megőrzi rugalmasságát, ez a tulajdonsága mégis a korai fejlődés folyamán érvényesül leginkább (Hámori J., 2005), magyarázva ezzel a korai prevenciós és intervenciós támogatások eredményesebb voltát.

4.1.2 A környezet fejlődésben betöltött szerepének különböző aspektusai

4.1.2.1 A környezet hatása az agyfejlődésre

Az agyban szerveződő idegsejtek hálózatának kialakulása a genetikai adottságok és a környezetből nyert tapasztalatok közötti összetett interakciókon keresztül zajlik. Az agyi plaszticitás értelmezésekor egyrészt megkülönböztetünk *tapasztalatelváró plaszticitást,* amely az

emberi faj evolúciós jellemzője, és a minden ember számára hasonló, fajspecifikus körülményekhez képesti rugalmas alkalmazkodás áll a hátterében, másrészt *tapasztalatfüggő plaszticitást*, amely az egyén számára sajátos és egyedi környezeti információk beépítését jelenti (Greenough, Black és Wallace, 1987). Tudományos kutatások során bebizonyosodott, hogy a szinaptikus hálózat kiépülése nagymértékben tapasztalatfüggő (Gallai és Vetier, 2011), amelynek értelmezésénél a prenatális időszak agyfejlődésre gyakorolt hatását is figyelembe kell vennünk. A tapasztalatalapú agyfejlődés már a méhen belül is, és aztán a korai életévek alatt olyan agyi és biológiai utakat hoz létre, amelyek az egyén egészségét, viselkedését és tanulását az egész életre meghatározzák (Mustard, 2007).

A korai években szerzett tapasztalatok beépülnek a testünkbe, az ingergazdag környezet, az ott nyert mennyiségileg és minőségileg is megfelelő szenzoros és mozgásos élmények, a gondoskodás, a biztonságos kapcsolatok, a szociális hatások együttesen alapozzák meg az egészséges agyi fejlődést és a komplex képességek kialakulását. Ugyanakkor a viselkedéstudomány és a neurobiológia számos olyan környezeti hatást azonosít, amely fenyegetést jelent a központi idegrendszer fejlődésére. Így többek között a prenatális időszakban az elégtelen táplálkozás, a speciális fertőzések, a környezeti toxinok, a drogok, az alkohol, a nikotin, vagy a korai és a későbbi gyermekévekben az abúzusból és az elhanyagolásból adódó krónikus stressz, a gondoskodó, szeretetteli környezet hiánya vagy megszűnése, a változatos, önálló, aktív tapasztalatszerzés nélkülözése gátolja a megfelelő agyi struktúrák kiépülésének folyamatát (Shonkoff és Phillips, 2000; Lakatos, 2011; Egyed, 2011; Kalmár, 2011; Ferenczi, 2011; Tóth, 2011; Danis és Kalmár 2011; Danis, Farkas és Oates, 2011).

4.1.2.2 A stressz és következményei

A klasszikus értelmezés szerint pozitív és negatív stresszről beszélünk. A stressz kezelhető szintje az eustressz, amely alkotóenergiáink egyik forrása, ám ha egy optimális mértéket meghalad (distressz), károsító hatású az egészségünkre (Selye, 1983; Dávid, 2014). A Harvard Egyetem gyermeki fejlődéssel foglalkozó tudományos tanácsának anyaga továbblép a klasszikus megközelítésen, és a stressz három típusát különbözteti meg. Eszerint a *pozitív stressz* az egészséges fejlődés normális és lényeges része, az ezt kiváltó tényezők aktivitásra, a készségek kihasználására és fejlesztésére, a kihívásokkal való megküzdésre sarkalják a személyt. A *tolerálható vagy elviselhető stresszreakció* sokkal komolyabb, hosszabban tartó problémák esetén jelentkezik (például egy szeretett személy elvesztése, természeti katasztrófa vagy egy ijesztő sérülés). Ha ez korlátozott ideig tart, illetve a gyermeket felnőtt kapcsolatai segítik az adaptációban, a stresszhatás a gyermekre nézve mérsékeltebben nyilvánul meg, és a különben káros hatással járó felfokozott állapotból az agy és a többi szerv képes visszaállni a normál működésre. *Toxikus stresszről* akkor beszélünk, amikor a gyermeket erős, gyakori és/vagy hosszan tartó káros hatások érik. Forrásai között lehetnek rendkívül nehéz körülmények, nagyfokú szegénység, nyomor, a szülő súlyos mentális egészségkárosodása, a gyermek bántalmazása, elhanyagolása, a stabil gondoskodó kapcsolatok hiánya. Mindezek fiziológiai zavart okozhatnak, biológiai nyomot hagynak, amely aláássa a test stresszválasz-rendszerének fejlődését, valamint érinti a fejlődő agyat, a keringési rendszert, az immunrendszert és az anyagcsere-szabályozást. A toxikus stressz az első években károsíthatja

a fejlődő agyi struktúrát, tanulási és viselkedési problémákat okozhat, illetve megnöveli a fizikai és mentális betegségek kockázatát. A fiziológiai zavarok a felnőttkorban is hosszasan elnyúlhatnak, és mind a fizikai, mind a mentális egészség egész életen át tartó károsodását okozhatják (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014).

4.1.2.3 A gyermekkori traumák jelentősége

A gyermekekkel való rossz bánásmód a pszichológiai fejlődés visszamaradását okozza, felnőttkorban pedig következménye lehet az önpusztító pszichés védekező mechanizmusok kialakulása. A stresszre adott egyik fiziológiai reakció a megemelkedett kortizolszint is, amely a bántalmazott gyermekek szervezetéből kimutatható, vagyis a folyamatos pszichés készenlét folyamatos fiziológiás készenléti állapottal és a stresszhatások iránti fokozott fogékonysággal jár együtt. A stresszhormonok folyamatosan magas szintje károsítja a fejlődő agyat. Az új agyi képalkotó eljárásokkal végzett vizsgálatok és egyéb kísérletek kimutatták, hogy a gyermekkori bántalmazás a fejlődő agy neurális szerkezetében és működésében is maradandó károsodást okoz. A gyermekkorukban bántalmazott, elhanyagolt felnőttek agystruktúrájában az amygdala, a hippocampus és a corpus callosum méretében, a cerebellaris vermis csökkent aktivitásában és a limbikus rendszer ezzel összefüggő fokozott ingerlékenységében, valamint a bal oldali agykéreg fejletlenségében mutathatók ki elváltozások a nem bántalmazott kontrollszemélyekhez képest (Teicher, 2004). Ennek megfelelően mind a tanulási képességek fejlődése, mind az emlékezet működése, valamint a stresszre adott válaszok szabályozása veszélyeztetté válik (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014).

Mivel a gyermek egy kiszámíthatatlan és potenciálisan fenyegető környezetben él, a bántalmazás elkerülésére azzal nyílhat valamennyi esélye, ha képes előre észrevenni a szülő hangulati állapotának változásait, és az első fenyegető jelre mozgósítani tudja rendelkezésére álló eszközeit. Ehhez nagyfokú érzékenységet kell kifejlesztenie, hogy a szülő viselkedésében a legapróbb változásokat is (hangszín, mozdulatok stb.) észrevegye, ami csak akkor lehetséges, ha folyamatosan éberen figyel (Herman, 2003). Több kísérletben is kimutatták, hogy a kedvezőtlen korai környezeti hatások befolyásolják a stresszreakciót, valamint az érzelemkifejezést tükröző arcok agyi feldolgozását is. A bántalmazott gyermekek érzékenysége megváltozik a harag jeleivel szemben. Agyi elektromos aktivitást mérve fokozottabb érzékenységet és gyorsabb feldolgozást tapasztaltak a haragos arc bemutatása esetén (Pollak és mtsai, 2009). A korai elhanyagolás vagy bántalmazás a gyermekeknél hosszú távon befolyásolhatja az érzelemszabályozást (az élettani folyamatok szintjén is) és a társas viselkedést. Ezek a gyermekek nemcsak az átlagostól eltérő érzelemfeldolgozást és -megkülönböztetést mutatnak, hanem gyengébb érzelemszabályozási képességgel is rendelkeznek (Lakatos, 2011).

A traumák a későbbi egészségi állapotra is komoly hatással vannak. Egy amerikai vizsgálat, mely az egészségi állapot felmérésére vállalkozott, a megkérdezetteknél a gyermekkorukban elszenvedett traumákra is rákérdezett. Ezek között szerepelt: a testi, érzelmi, szexuális erőszak, illetve az elhanyagolás előfordulása; hogy jelen volt-e az illető az anya elleni erőszak során; volt-e mentális beteg, alkoholista, börtönben lévő, szerfüggő vagy öngyilkosságot elkövetett családtag, rokon a háztartásban; fennállt-e az egyik vagy mindkét vér szerinti szülő hiánya. A kutatás eredményei szerint a gyermekkori traumák

önmagukban ritkán fordulnak elő, jellemzőbb a több trauma együttjárása. Előfordulásuk szorosan összefügg a leggyakoribb egészségkockázati magatartásformákkal, így az alkoholfogyasztással, dohányzással, drogfogyasztással, öngyilkossági kísérlettel, korán kezdett szexuális élettel, gyakori partnercserével, nem kívánt/tizenéves terhességgel, családon belüli erőszak felnőttként való megélésével. Az is kiderült, hogy a felsoroltak közül minél többféle gyermekkori traumát élt át a személy, annál magasabb esetében a szívkoszorúérbetegség, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a depresszió, a májbetegség, a nemi betegségek, valamint az egészséggel összefüggő rossz életminőség kockázata, továbbá annak esélye, hogy magzati korban elveszti gyermekét (Felitti és mtsai, 1998; Felitti, 2001).

4.1.2.4 A kötődés és hiánya

Tudományos evidencia, hogy a korai tapasztalatoknak, a gondoskodó kapcsolatoknak, illetve a környezeti fenyegetéseknek erőteljes hatásuk van a fejlődésre. A szeretet, gondoskodás, biztonság közegében egymásra rakódó környezeti tapasztalatok, amelyekkel a gyermek találkozik, lényegében a kora gyermekkori fejlődés minden aspektusára hatnak, az agyi áramkörök fejlődésétől a gyermek empátiás képességének az alakulásáig. Ezek a tapasztalatok a prenatális időszaktól a korai gyermekévekig tartanak. A korai fejlődéssel foglalkozó tudományok számára egyértelmű a *szülőség* (parenting)[12] és a rendszeres, gondoskodó kapcsolat fontossága (Shonkoff és Phillips, 2000).

A kisgyermek gondolkodása az otthon környezetében és a szülő-gyermek kapcsolatban bontakozik ki. Az optimális érzelmi-szociális fejlődést és a világ megismerése iránti vágyat megalapozó kötődési kapcsolatok a kora gyermekkorban, szűkebben értelmezve a csecsemőkorban formálódnak (Tóth, 2011). Bowlby szerint a kötődés célja, hogy annak biztonságából elindulva a gyermek felfedezhesse a világot. Az anya és csecsemője között létrejött kötődést ugyanolyan jelentős és fontos, biológiailag megalapozott szükségletnek tartja, mint a táplálkozást vagy a szexualitást. A kötődési viselkedés a viselkedési minták előre betáplált sorozatának eredményeként jön létre, ehhez elengedhetetlen a csecsemőt körülvevő érzékeny, empatikus környezet. A kötődés az élet első hónapjaiban alakul ki, a gyermeket és anyát közel tartva egymáshoz, szeparáció esetén nyugtalanságot okozva mindkettőjüknek. Bowlby a szülői viselkedést bizonyos mértékig előre programozottnak tartja, azaz bizonyos körülmények hatására meghatározott irány szerint fejlődik, de a tanulásnak is szerepe van benne. Ez részben utánzással történik, részben a szülő és csecsemő közötti kölcsönhatás során alakul ki. Az anya és a csecsemő viselkedésének megfigyelése bizonyítja: a csecsemő úgy jön világra, hogy rendelkezik az anyával való interakcióba lépés képességével. Az anya pedig úgy lép be ebbe az interakcióba, hogy az minél jobban illeszkedjék gyermekéhez. Ez a kölcsönös egymásra hangolódás teremt egy együttes élményt és érzelmi biztonságot is egyben. Mire a kisgyermek egyéves lesz, kialakul a kötődési viselkedés sajátos mintázata, ami azt jelenti, hogy van olyan helyzet, amikor a gyermeknek elég az anya hangját meghallani, vagy látni az anyát a megnyugváshoz. Ám magasabb

12 Az angolszász szakirodalom a szülők nevelési gyakorlatának összefoglaló kifejezésére használja a „parenting" fogalmat.

feszültségi szinten szüksége van a kicsinek az anya érintésére, simogatására, ölelésére is (Bowlby, 2009).

A különböző kötődési mintázatokat Mary Ainsworth csoportosította a *Strange Situation Classification* (idegen helyzet teszt) alapján. A biztonságos kapcsolatból kiinduló kötődést *biztonságos kötődésnek* nevezte el. A bizonytalan kötődésnek két típusát különböztette meg: az elkerülő, illetve az ambivalens kötődést. Az *elkerülő módon kötődő* gyermekek stresszhelyzet esetén nem fordulnak édesanyjukhoz megnyugtatásért, bár ugyanúgy stresszt élnek át anyjuk távozásakor, mint síró társaik. Ezeknél a gyermekeknél a nem megfelelő anyai válaszkészség az, ami arra készteti a gyermeket, hogy elkendőzze érzelmeit. Az *ambivalensen kötődő* gyermek már az anyja jelenlétében felfokozott érzelmi reakciókat mutat, melyeket nehéz lecsillapítani. Ugyan támogatásért odafordul édesanyjához, az anya azonban képtelen gyermeke megnyugtatására. Ebben az esetben a gyermek nem tekinti az anyát biztonságos háttérnek, hiába van jelen, a gyermek nem indul a világ felfedezésére. Az ilyen anyákat a hétköznapokban többnyire kiszámíthatatlan viselkedés jellemzi, nem a gyermek jelzéseinek megfelelően, hanem önmaguk belső állapotának függvényében reagálnak (Ainsworth és mtsai, 1978). A negyedik kötődési mintát Main és Solomon adták a csoportosításhoz, bevezetve a *dezorganizált kötődés* fogalmát. Az ilyen kötődésű gyermekeknek nincs kialakult megküzdő stratégiájuk az anya távozása okozta stresszhelyzet esetén, viselkedésük szabálytalan, rendszertelen. Ezeknek a gyermekeknek az anya egyszerre a félelem és a megnyugvás forrása, és ez az ellentmondás vezet a kötődési rendszer szétesésához. A dezorganizáltan kötődő gyermekek történetében gyakori a súlyos érzelmi elhanyagolás és a szülői bántalmazás (Main és Solomon, 1990).

A kötődés kialakulása kezdetben automatikus, később az anya-gyermek kettőse alakítja a minőségét. A gyermek is szerepet játszik a kötődés minőségének kialakításánál, például a *temperamentumra* vonatkozó vizsgálatok erősítik ezt (Ferenczi, 2011), de ha a korai anya-gyermek interakció mint biológiai-viselkedéses rendszer szempontjából tekintjük a kérdést, a kötődés minősége tekintetében rendkívül fontos az anya *válaszkész* magatartása. Azért lényeges, hogy az anya adekvát választ adjon gyermeke szükségleteire, érzékenyen reagáljon jelzéseire, mert a csecsemő még nem képes saját arousalszintjének és impulzusainak szabályozására, cselekvéseinek megtervezésére. A frontális lebeny érésének köszönhetően fejlődnek ezek a végrehajtó funkciók, nagyjából az első életév végén. Ahhoz, hogy az érzelmek kifejezésének, az önregulációnak a szabályozását, az automatikus érzelmi válaszok gátlását megtanulja, és fejlődni tudjon, időben kapott megfelelő válaszokra van szüksége (Csóka, 2008). Ugyanakkor egy másik aspektusból vizsgálva több kutatás is igazolta az egyes szülői interakciós sajátosságok és a gyermek egyidejű vagy későbbi életkorban mért kognitív fejlettsége közötti összefüggést. Az eredmények alapján megfogalmazhatóvá vált, hogy a konzisztens válaszkészség, a szenzitivitás, a kölcsönös figyelem és pozitív érzelmek, valamint az interakció szinkronicitása, összehangoltsága adaptív szülő-csecsemő interakciós sajátosságoknak tekinthetőek. Az anyai válaszkészség, vagyis az anya azon képessége, hogy gyorsan, adekvát módon és megbízhatóan válaszol a gyermek jelzéseire, általánosan összefügg a gyermek értelmi fejlődésével. (Az erre vonatkozó vizsgálatokról szóló összefoglalást lásd Ribiczey, 2010.)

Vannak azonban az optimálistól jelentősen eltérő szülői viselkedési formák, amelyek hatással vannak a csecsemő érzelmi szituációkra adott válaszaira. Az egyik leggyakrabban előforduló eltérést az anyai depresszió jelenti. A szülés után kialakuló vagy az erre az időszakra is áthúzódó súlyos depresszió mind a csecsemő érzelemfeldolgozási folyamatait, mind pedig saját érzelmi állapotainak szabályozását is erőteljesen befolyásolja (Hédervári-Heller és Németh, 2011). Az anya depressziója esetén a csecsemő megfelelő érzelmi fejlődése, valamint viselkedésszabályozása szempontjából fontos szerepük van a nem depressziós családtagoknak vagy a megszokott segítőknek (Lakatos, 2011).

A csecsemők számára tehát alapvető jelentőségű a szülőkkel való szoros interakció. Amennyiben a gyermek ebben hiányt szenved, komoly hatással lehet a fejlődésére, a stresszkezelő központ károsodhat, aminek következménye a reakciók szabályozásának nehézsége. Hosszú távú károsító hatása jelentkezhet depresszió, visszahúzódás, koncentrációzavar és egyéb pszichés zavarok formájában, de az optimálistól eltérő kognitív és nyelvi fejlődéshez, későbbi iskolai alulteljesítéshez is vezethet (Shonkoff és Phillips, 2000). Az intézményes nevelésben felnövő gyermekek esetében a személyre szóló gondoskodás hiányának következtében, amennyiben egyéb kedvezőtlen feltételek is fennállnak, a fizikai gyarapodás, a szenzoros, a kognitív fejlődés, a beszéd és a nyelv, a társas és érzelmi fejlődés, a viselkedés, valamint a kötődés területén jelentkezhetnek problémák (Egyed, 2011; Neményi és Herczog, 2011).

4.1.2.5 A szociális tényezők befolyása

A szociális környezeti tényezők közül többek között a szülők iskolázottsága, foglalkoztatása, a jövedelmi-vagyoni helyzet, a lakókörnyezet, a lakáshelyzet vagy az otthoni környezet minősége erőteljes hatással vannak a gyermekek fejlődésére. A család szocioökonómiai státusza (SES), azaz a háztartás tagjainak jövedelme, iskolázottsága, foglalkozása jelentősen befolyásolja a gyermek egészségét, viselkedését, szociális, érzelmi, kognitív és nyelvi funkcióinak fejlődését. Az egészség tekintetében már az intrauterin életben is azonosíthatóak az összefüggések. A kedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági körülmények között élők esetében magasabb százalékban fordulnak elő alacsony súllyal született gyermekek. A méhen belüli alultápláltság, amelyet a kis születési súly jelezhet, összefüggésben van többek között a felnőttkori magas vérnyomással, szívkoszorúér-betegséggel, elhízással, cukorbetegséggel, stroke-kal stb. (De Boo és Harding, 2006). Több jelentős kutatás foglalkozott a gyermekkori társadalmi-gazdasági környezet és a későbbi betegségek előfordulási kockázatának összefüggéseivel. Amerikai adatok egyértelműen igazolják, hogy a gyermekkorban alacsonyabb szocioökonómiai státuszú személyek felnőttkori egészségkockázata sokkal kedvezőtlenebb, mint a magasabb státuszúaké. A gyermekkori hátrányos környezet a felnőttkorban kialakuló szív-érrendszeri megbetegedés, illetve az ennek következtében vagy bármilyen más okból bekövetkező halálozás kockázatát jelentősen megnöveli. Az összefüggés komplex hatások eredőjeként alakul ki, szerepet játszanak benne a kedvezőtlen lakhatási feltételek, a rossz minőségű nevelési, iskolai és természeti környezet, a káros bel- és kültéri hatások, a rossz levegő- és vízminőség, a zsúfoltság, a zaj, a kevés és gyenge minőségű élelem. Ezek a hatások a gyermekek pszichológiai magatartási, viselkedési és élettani fejlődésében is nyomot hagynak (Adler és mtsai, 2007). Egy norvég kutatás szerint a hátrányos

gyermekkori szociális helyzet fokozza a felnőttkori vastagbélrák, a szívkoszorúér-betegség és a stroke kockázatát (Næss, Claussen és Smith, 2004).

A gyermek szüleinek társadalmi hovatartozása befolyással lehet többek között az anyagi forrásokra, összefüggést mutathat a társas támogatottsággal, a stresszteli események előfordulásával, a stimuláció mértékével stb. (Ribiczey, 2010). Hatással van a nyelvi fejlődésre is. A középosztálybeli anyák többet beszélnek gyermekeikkel, és kevésbé irányítóak, ennek következtében a középosztálybeli gyermekek nyelvfejlődése gyorsabb tempóban halad, és nagyobb a szókincsük, mint az alsóbb osztálybeli kortársaiké. Az alacsony társadalmi helyzet nyelvi fejlődésre gyakorolt hatása tekintetében közvetítő faktorok azonosíthatóak, így az anyának a gyermekével szemben mutatott érzékenysége (például a kérdésekre való válaszok gyakorisága) vagy az otthoni-családi környezet kognitív stimuláló hatása (például képeskönyvek száma stb.) (Lukács és Kas, 2011).

Az anya iskolázottsága önmagában is jelentős rizikó- és védőtényező lehet. Hazai kutatási adatok szerint a csecsemőhalálozás és a kis súlyú születések arányai jóval magasabbak a kevésbé iskolázott anyák gyermekei körében, gyakorlatilag a legalacsonyabb iskolázottsági (legfeljebb alapfokú végzettségű) kategóriába tartozó anyáknak háromszor nagyobb eséllyel hal meg a kisbabájuk, és két és félszer nagyobb valószínűséggel jön világra kis súlyú újszülöttjük, mint a felsőfokú végzettségű anyáknak (Kereki, 2010a). Általában is jellemző, hogy az alacsony születési testsúly gyakorisága szorosan együtt mozog az érintett népesség jövedelmi-vagyoni és iskolázottsági helyzetével. Minél szegényebb és iskolázatlanabb egy ország lakossága vagy egy adott országon belül egy társadalmi csoport, annál nagyobb az alacsony születési testsúly statisztikai esélye (Kertesi és Kézdi, 2012). A kis súlyú újszülöttek körében a normál születési súlyúakhoz képest jóval magasabb az értelmi, a testi és a mozgásfejlődésben elmaradó, érzékszervi funkciókban károsodott gyermekek aránya, elmaradásuk a gyengébb iskolai teljesítményben is megmutatkozik (Kereki, 2011). Ezek a hátrányok jó szociális és kulturális környezetben, jó gondozással és elérhető fejlesztéssel mérsékelhetők.

Az anya iskolázottsági szintje szoros összefüggést mutat a gyermek fejlődésével, mely hatás nem direkt módon érvényesül, hanem számos más tényezőn keresztül, például befolyásolja, milyen az anya és a gyermek kölcsönös viszonya. Az alacsonyabb iskolai végzettségű anyák gyermekei nagyobb valószínűséggel vannak kitéve a fejlődési kockázatoknak, és kisebb eséllyel jutnak hozzá az intervenciós szolgáltatásokhoz, mint a magasabb iskolázottságú anyák gyermekei (Kereki és Lannert, 2009b; Barros, Matijasevich és Santos, 2010). Az alacsony iskolázottság összefügg a kedvezőtlenebb jövedelmi viszonyokkal, a stresszes otthoni légkörrel, a kevésbé tudatos gyermekvállalással, az ösztönző, otthoni környezet hiányával. Az élet első hónapjaiban az alacsonyabb társadalmi státuszú szülők csecsemői kevesebb verbális stimulációban részesülnek, az anyák az első fél évben ritkábban reagálnak a gyermek szükségleteire, jelzéseire, vagyis kevésbé mutatkoznak válaszkészeknek (Leyendecker, Lamb és Schölmerich, 1997). Az anya magasabb iskolai végzettsége védőfaktorként jelentkezik, hiszen pozitívan hat a gyermek értelmi fejlődésére és későbbi iskolai teljesítményére. A magas kockázati tényezővel született gyermekek (például koraszülöttek) fejlődési pályája jóval kedvezőbb azoknak a gyermekeknek az esetében, akiknek édesanyja magas iskolai végzettséggel rendelkezik (Wang, Wang és Huang, 2008).

A környezeti sajátosságok hatásának egy más szempontú megközelítése, amely elsősorban a *stimuláció* mértékére kérdez rá, így például a gyermekkel való foglalkozás mikéntjére, a játéktárgyak és élmények biztosítására, a fejlődést elősegítő lehetőségekre (HOME-leltár)[13] arra a következtetésre világít rá, hogy a korai időszakban felmért otthoni környezet minősége jól alkalmazható a későbbi fejlődési szint bejóslására. A gyermek kognitív fejlettsége azokkal a környezeti jellemzőkkel mutat legerősebb összefüggést, melyek az otthoni környezet kognitív aspektusait ragadják meg: játék, bevonódás, eszközök biztosítása (Ribiczey, 2010). Egy hazai vizsgálat a stimuláció különböző aspektusai közül az aktív tevékenység ösztönzését, az érzelmi légkört, a fejlődést elősegítő tárgyakat és élményeket, valamint a családtagoknak a gyermek életében játszott részvételét találta az intellektuális fejlődésre ható legfontosabb tényezőknek (Kalmár és Boronkai, 2001). A család otthoni nevelési környezete, azaz a gyermek készségeinek fejlődését elősegítő tárgyi feltételek és tevékenységek erőteljesen függenek az életkörülményektől. A kognitív fejlődés szempontjából fontos ismérvekben óriási különbségek vannak szegény és jómódú, iskolázatlan és iskolázott, előnytelen és előnyös lakóhelyi környezetben élő családok gyermekei között. A magyar *Életpálya-kutatás* eredményei szerint, amíg a leghátrányosabb helyzetű gyermekek 20-30%-ának mondanak rendszeresen óvodás korában esti mesét, addig ugyanez az adat a legmagasabb társadalmi státuszú gyermekek körében 70-80%. Amíg a legszegényebb és legkevésbé iskolázott családok 70%-ának egyáltalán nincs vagy csak nagyon kevés könyve van, addig ez a hiány a legjobb helyzetű családoknál egyáltalán nem fordul elő (Kertesi és Kézdi, 2012).

A szociális hátránnyal küzdő családokban a gyermekek fejlődési elmaradása olyan szinten jelentkezik akár a szociális, az érzelmi, a kognitív és a nyelvfejlődési funkciók területén, hogy már óvodáskorban (4-5 éves korban) jelentős hátrányt mutatnak kedvezőbb helyzetű kortársaikhoz képest. A teljesítménybeli szakadék pedig az időben nyújtott beavatkozás nélkül egyre csak nő. (A témához kapcsolódó vizsgálatokról lásd például Karoly, Kilburn és Cannon, 2005; Csapó, 2007; Nagy J., 2008; Ribiczey, 2010.)

4.1.3 A rizikó- és védőtényezők szerepe

A gyermek egyedi jellemzői, képességei, készségei és a szűkebb, valamint tágabb környezet jellemzői folyamatosan és kölcsönösen hatnak egymásra. A kora gyermekkori intervenció során a gyermeket, a családját, a szűkebb és tágabb szociális környezetét komplex rendszerként kezeljük. Bronfenbrenner humánökológiai modellje adja ennek keretét, amely a gyermeket az összes olyan helyzet kontextusában szemléli, amellyel kapcsolatban áll, és a gyermek fejlődését a fejlődésre közvetlenül ható személyes kapcsolatok és a tágabb környezeti hatások kölcsönhatásában értelmezi. Ennek megfelelően a legbelső

13 A HOME-leltár (Home Observation for the Measurement of the Environment) egy mérőeszköz, amely a gyermek otthoni környezetében megvalósuló stimuláció és a számára nyújtott támogatás minőségét és mennyiségét méri. A gyermek és környezete viszonylatára fókuszál, a fejlődésben potenciálisan szerepet betöltő tárgyak, események és a családi környezettel lefolytatott interakciók jelenlétét vizsgálja (Caldwell és Bradley, 2003).

körből a külső felé haladva megkülönböztetünk (1) *mikrorendszert*, a közvetlen környezetet, amelynek a fejlődő gyermek része (például család, óvoda), (2) *mezorendszert*, amely a gyermekre közvetlenül ható környezeti rendszereket (mikrorendszereket) tartalmazza; (3) *exorendszert*, amely azokat a rendszereket foglalja magában, amelyekben a gyermek közvetlenül nem vesz részt, de amelyek a külső közvetítés révén hatnak a gyermek fejlődésére (például a szülők munkahelye, a család szociális kapcsolatai, a helyi lakóközösség); (4) *makrorendszert*, amely a tágabb társadalmi, gazdasági, kulturális és technikai környezetet jelenti, ahol ideológiai eszmék, értékek, törvények és kulturális normák befolyásolják az alacsonyabb rendszerek működését; és végül a (5) *kronorendszert*, amely beemeli az idődimenziót, és a személy élete során a történeti időben változó környezetet veszi figyelembe (Bronfenbrenner, 1994). A fejlődést befolyásoló tényezők kapcsán rizikó- és védőfaktorok összjátékáról beszélünk. Vannak tényezők, mint például a szülők iskolázottsága, jövedelmi helyzete, lakókörnyezete, lakáshelyzete vagy az otthoni környezet minősége, amelyek környezeti-szociális rizikófaktorként és védőtényezőként egyaránt azonosíthatóak. Ezek a tényezők attól függően jelennek meg veszélyeztető vagy támogató szerepben, hogy például alacsony vagy magas a szülők iskolázottsági szintje, ezen keresztül mekkora a jövedelmük, szegregált vagy nem szegregált a lakókörnyezet, milyen társadalmi státuszú a szomszédság, alacsony vagy magas komfortfokozatú a lakás, de az is számít, hogy mennyi játékszere, mesekönyve van a gyermeknek, illetve van-e lehetősége játékra stb. A nemzetközi szemléletben egyre inkább előtérbe kerül a védőtényezők szerepe, az erősségalapú megközelítés, amely elismeri a személy értékeit, és segítséget nyújt ezeket a működés fejlődésének szolgálatába állítani, ezen továbblépve pedig a család megerősítésének fontosságát is hangsúlyozza (Dunst, Trivette és Deal, 1994; Dunst, Hamby és Brookfield, 2007; Moore, 2012). A gyermekek környezeti nehézségekre adott válasza függ attól, hogy mennyire érzékenyek a rizikótényezőkre, mennyire *sérülékenyek* (vulnerábilisak), illetve mennyire reziliensek. A rugalmas ellenálló képesség, azaz a *rezíliencia* eredményeként az figyelhető meg, hogy a fejlődés a rizikótényezők jelenléte ellenére megfelelő. A fejlődést befolyásoló rizikó- és védőfaktorok mellett ezek a fogalmak kulcsfogalomként jelennek meg a kora gyermekkori intervenciós szemléletben, befolyással vannak az elméleti keretek kialakítására és a megvalósítási gyakorlatra egyaránt.

4.1.3.1 Rizikótényezők

A rizikótényezők ritkán állnak önmagukban, jellemzőbb az, hogy több rizikótényező együttesen jelenik meg egy gyermek vagy egy család életében, erősítve egymás hatását. Rutter klasszikus kutatásának eredményei azt mutatják, hogy egy önmagában jelen lévő rizikó kis eséllyel von maga után fejlődési problémát. Ellenben azoknak a gyermekeknek a körében, akiknél több rizikófaktor is előfordul, sokkal nagyobb eséllyel következik be valamilyen károsodás. A vizsgálat szerint azokban a családokban, ahol nem találtak rizikótényezőt, vagy ahol a vizsgált hat rizikótényező közül (komoly házastársi distressz, alacsony szocioökonómai státusz, nagycsalád vagy túlzsúfoltság, apai bűnözés, anyai pszichiátriai betegség és a nevelésbe vétel) egy rizikótényező volt azonosítható, a gyermekek 2%-ánál fordult elő pszichiátriai probléma. Amennyiben négy vagy több rizikó volt jelen

a család életében, akkor 20% volt ez az arány (Rutter, 1979). Ennek alapján a továbbiakban a rizikófaktorok együttes megjelenésének vizsgálata került a fókuszba. Sameroff (és munkatársai) szerint a fejlődési kimenetel előrejelzése pontosabb, ha a rizikótényezőket nem önmagukban, hanem együttes kombinációjukban vizsgálják. Ebben a megközelítésben nem annyira az egyes rizikófaktorok jelenléte, hanem sokkal inkább a rizikótényezők száma a lényeges. A vizsgált kockázati faktorok (gyakori lakóhely- és iskolaváltás, egyszülős család, alacsony szocioökonómiai státusz, az anyától való elválasztás, fiatal anyaság, az anya alacsony kognitív képessége, szegényes családi kapcsolatok, házassági problémák, az anya mentális problémái) kumulálódása nagyobb eséllyel vonja maga után a viselkedési problémák megjelenését, illetve kedvezőtlenül befolyásolja a mentális egészséget és az intelligenciát (Sameroff és mtsai, 1987; Sameroff, 1998). 2010-es amerikai adatok szerint a 6 éven aluli gyermekek 20%-ának az életében három vagy ettől több kockázati tényező van jelen, 41%-uk esetében 1-2 rizikó azonosítható, míg 39% azoknak az aránya, ahol nincs rizikófaktor (Evans, Li és Whipple, 2013).

A rizikótényezőket két nagy csoportra bonthatjuk, *biológiai és környezeti* rizikókra. A kutatási eredmények valószínűsítik, hogy ha a biológiai rizikótényezők hátrányos vagy még rosszabb esetben veszélyeztető környezetben fordulnak elő, az együttes kedvezőtlen hatás súlyosabb, mint ami egyszerű összegződés alapján várható lenne (Kalmár, 2011). Erre jó példa az a vizsgálat, amely a bántalmazás és a pszichiátriai morbiditás összefüggéseit vizsgálta, és megállapította, hogy azoknál a gyermekeknél, akiknél genetikai kockázat figyelhető meg a viselkedészavar kialakulására, a korai fizikai bántalmazás 24%-kal növelte meg a patológia kialakulásának valószínűségét, míg azoknál a gyermekeknél, akiknél ez a genetikai rizikó nem állt fenn, ugyanolyan környezeti kitettség esetén is csak 2%-kal nőtt meg a viselkedészavar megjelenésének valószínűsége (Jaffee és mtsai, 2005). A rizikótényezők két nagy csoportján belül *proximális* (közeli) és *disztális* (távoli) tényezőket különböztetünk meg. A proximális tényezők (mint például a szülők válása, a munkahely elvesztése vagy az elhanyagolás) közvetlen hatást gyakorolnak a gyermek fejlődésére. A disztális tényezők közé sorolható például a szegénység, az alacsony iskolai végzettség, amelyek nem közvetlenül, hanem számos más folyamaton keresztül (például anya-gyermek interakció) fejthetik ki hatásukat a fejlődésre. Bronfenbrenner szerint a proximális folyamatok hatása a fejlődésre sokkal erőteljesebb, mint annak a környezeti kontextusnak a hatása, amelyben ezek a folyamatok zajlanak (Bronfenbrenner, 1994). A szakirodalomban problématerületektől és célcsoporttól függően sokféle rizikócsoportosítás, illetve rizikólista található, amelyekre általában jellemző, hogy az individuális, családi és közösségi dimenziókat figyelembe veszik (Child Welfare Information Gateway, 2004; Engle és mtsai, 2007; O'Connell, Boat és Warner, 2009; U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009; Sabates és Dex, 2012). Egy hazai munkacsoport a *TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program* kiemelt projekt keretében javaslatot tett a rizikótényezők csoportosítására, amely jelenleg a védőnők által a várandóssági szakaszban, a gyermek újszülött korában, illetve a későbbiekben felmerülő probléma esetén lekérdezésre kerülő rizikókérdőív megalapozására szolgált (Bass és mtsai, 2014). (Lásd *4–1. táblázat*.)

4–1. táblázat: Rizikótényezők

1. Öröklött tényezők
- 1.1. Öröklött betegségek a családban
- 1.2. Az előző terhességek kimenetele (habituális vetélés)

2. Biológiai, egészségügyi, fizikai tényezők
- 2.1. Prenatális – teratogén – tényezők
  - 2.1.1 Fizikai ártalmak (sugárzás, hő, mechanikai hatás, UH)
  - 2.1.2 Kémiai ártalmak (alkohol, nikotin, vegyi anyagok, gyógyszerek, vitaminok hiánya)
  - 2.1.3 Biológiai ártalmak (baktériumok, vírusok, paraziták, magas vércukor)
  - 2.1.4 Anyai genetikai, metabolikus faktorok, mechanikai (intrauterin) ártalmak
  - 2.1.5 Anya táplálsága, súlygyarapodása a várandósság alatt
  - 2.1.6 Asszisztált reprodukció
- 2.2 Perinatális tényezők
  - 2.2.1 Szülés körülményei (például császármetszés, elhúzódó szülés, oxigénhiány stb.)
  - 2.2.2 Koraszülés, alacsony születési súly
  - 2.2.3 Túlhordás
  - 2.2.4 Alacsony Apgar-érték
- 2.3 Posztnatális tényezők
  - 2.3.1 A gyermek táplálása (ezen belül: anyatejes táplálás)
  - 2.3.2 Egészséges ivóvíz hiánya, környezetszennyezési állapot
  - 2.3.3 K-, D-vitamin, fluoridtabletta

3. Szociális tényezők
- 3.1 Anyagi helyzet (tartós szegénység, munkanélküliség)
- 3.2 Lakókörnyezet (szegregált lakókörnyezet, szomszédság, infrastruktúra)
- 3.3 Lakáshelyzet (zsúfoltság, szubstandard lakás, gyakori költözés)
- 3.4 Kulturális környezet (alacsony iskolázottság)
- 3.5 Az otthoni környezet minősége (játékszerek és lehetőségek)
- 3.6 Életmód (például higiénés szokások)
- 3.7 Jelentős változás az életkörülményekben

4. Pszichés tényezők (szülők, gyermek)
- 4.1 Családtervezés (nem kívánt terhesség, abortusz gondolata, mesterséges megtermékenyítés stb.)
- 4.2 Szülők közötti párkapcsolat (házastársi konfliktusok, szülők közötti erőszak)
- 4.3 Családszerkezet (egyszülős család, válás, új párkapcsolat, 3 és több testvér)
- 4.4 Szülő személyisége (például ingerlékenység, alacsony toleranciaszint, impulzivitás)
- 4.5 Negatív szülői attitűd a gyermek felé
- 4.6 Alacsony szülői kompetenciaérzés
- 4.7 Szülők pszichés, mentális állapota (szorongás, depresszió, szorongás, pszichés zavar), rizikó magatartásformák (alkohol-, drogfogyasztás, kriminalitás)
- 4.8 Krónikus stressz a családban, stresszteli életesemények
- 4.9 A gyermek „nehéz" temperamentuma
- 4.10 A gyermek átlagról való eltérése (a szülő nehezen kezelhetőnek tartja a gyereket)

5. Családi nevelés, gondozás, fejlesztés
- 5.1 Szülő-gyermek kapcsolat, kötődési problémák
- 5.2 Anya-gyermek interakció
- 5.3 A szülői nevelés és bánásmód sajátosságai
- 5.4 Dezorganizált családi környezet, „káosz a háztartásban"
- 5.5 Gyermekbántalmazás

6. Intézményi ellátás (hozzáférhetőség, igénybevétel, konfliktusok)
- 6.1 Várandósság előtti gondozás
- 6.2 Várandósgondozás
- 6.3 Szülészeti ellátás
- 6.4 Korai intenzív centrumok
- 6.5 Szűrővizsgálatok, érzékszervi szűrések
- 6.6 Védőnő, háziorvos, házi gyermekorvos
- 6.7 Oltások (kötelezők és ajánlottak)
- 6.8 Kórházi kezelés, sürgősségi ellátás, szakrendelés igénybevétele
- 6.9 Bölcsőde, óvoda
- 6.10 Intézményi ártalmak, bullying
- 6.11 Rendszerbántalmazás
- 6.12 Intézményekkel való együttműködési szándék, illetve diszkrimináció

7. Egyéb tényezők
- 7.1 Anya, apa életkora (korai gyermekvállalás, nagy korkülönbség a szülők között)
- 7.2 Etnikai státusz
- 7.3 Erőszak következtében létrejött terhesség
- 7.4 Volt állami gondozott szülő, örökbefogadó szülő, nevelőszülő
- 7.5 A szülő valamilyen szekta tagja
- 7.6 Ikerszülés
- 7.7 Korábbi gyermeki halálozás
- 7.8 Traumatikus események (PTSD kialakulásának veszélye)
- 7.9 Életesemények (például kórházi tartózkodás, szeparáció a szülőtől, haláleset stb.)
- 7.10 Izolált, támasz nélküli család
- 7.11 Sérült, krónikus beteg testvér vagy családtag
- 7.12 A tágabb családban előforduló pszichiátriai betegség, öngyilkosság

Forrás: Bass és mtsai, 2014, 8–10. alapján

4.1.3.2 Védőtényezők és a reziliencia szerepe

A rizikótényezők mellett védőtényezők is azonosíthatóak, amelyek egyrészt segítséget jelentenek a nehéz körülmények jelenléte esetén is, másrészt nagyfokú problémák mellett speciális módon működnek, enyhítik vagy csökkentik a nehézségek adaptív működésre gyakorolt hatását.

Ennek megfelelően a védőfaktorokat két csoportra bontjuk. Azokat a tényezőket, amelyek a rizikó- és a nem rizikócsoportokban egyaránt kedvező hatást gyakorolnak a fejlődésre, *promotív tényezőknek* nevezi a szakirodalom, ilyen például a szülő szenzitív válaszkészsége. A *protektív tényezők* pedig azokat a védőtényezőket jelentik, melyek rizikó jelenlétében hozzájárulnak a kedvező fejlődési kimenetekhez, támogatják a gyermek optimális fejlődését. Szűkebb értelemben azokat a faktorokat tekintjük protektív tényezőknek, amelyek pozitív kapcsolatban vannak egy kedvező fejlődési kimenetellel, de csak kifejezetten rizikós minta esetében rendelkeznek védőhatással, nem rizikós környezetben nincs kifejezett szerepük (például könnyű temperamentum) (Gutman, Sameroff és Cole, 2003).

A rezilienciáról vagy rugalmas ellenálló képességről akkor beszélünk, amikor a gyermeknél, bár számos rizikótényezőnek van kitéve, mégis pozitív adaptáció, kedvező fejlődési kimenetel mutatkozik meg (Rutter, 2000, 2012). Werner összefoglalása alapján a reziliencia az eddigi kutatások alapján egyrészt olyan gyermekeknél volt megfigyelhető, akik jelentős kockázati tényezőkkel terhelt környezetben éltek (például tartós szegénység, szülők pszichés megbetegedései, droghasználat, bántalmazás, elhanyagolás, fiatalkori anyaság), másrészt, akik erős stresszhatásnak voltak kitéve (például szülők válása), harmadrészt valamilyen megrázó gyermekkori trauma érte őket (háború vagy természeti katasztrófa). Mindezek ellenére ezek a gyermekek nem várt módon megfelelő fejlődést mutattak (Werner, 2000).

Garmezy az elsők között volt, aki vizsgálta, hogy a protektív faktorok a kockázati faktorokkal interakcióba kerülve hogyan csökkentik azoknak befolyását, valamint a reziliencia jelenségének tanulmányozása és konceptualizálása terén is nagy szerepet játszott. Szerinte a védőtényezők három alapkategóriába sorolhatóak: (1) *diszpozicionális attribútumok* (például temperamentum, a változásra való reagálás képessége, kognitív képességek, coping); (2) a *családi miliő* (például legalább egy szülővel vagy gondozóval való pozitív kapcsolat, aki védő szerepet lát el, kohézió, harmónia, gondoskodás); és a (3) *társadalmi környezet* (például családon túli kapcsolatok, külső erőforrások és szélesebb körű társadalmi támogatás elérhetősége) (Garmezy, 1985). Ugyancsak három szinten írja le Werner is a protektív mechanizmusok működését: a *gyermeken belüli tényezők*, a *családi komponensek* és a *családon kívüli, közösségi szintű faktorok* szintjén. Egy korábbi longitudinális vizsgálat eredményeit összegzi, ahol azok a gyermekek, akiknél belső védőfaktorok azonosíthatóak, már kicsi korukban olyan jellemvonásokkal rendelkeztek, amelyek pozitív válaszokat váltottak ki a róluk gondoskodókból. Kétéves korukban szociábilisabbak, önállóbbak voltak, és a nyelvi és motorikus képességeik terén is fejlettebbeknek mutatkoztak, mint kortársaik. A családi védőfaktor akkor érvényesült, ha a gyermek képes volt közelebbi kapcsolatba kerülni a család legalább egy, érzelmileg stabil tagjával. Esetükben az édesanya magasabb iskolai végzettséggel és jó szülői kompetenciával rendelkezett. Jellemzően sokszor alternatív

gondozók is voltak a családban, például nagyszülők, testvérek. A közösségi szintű faktorok esetében a reziliens gyermekek olyan kapcsolatot tudtak kiépíteni külső személyekkel (barátok, szomszédok, nevelők), amelyen keresztül megkapták a támogató figyelmet (Werner, 2000, 2005). Sameroff szerint a kihívások és fenyegető körülmények ellenére tapasztalható sikeres alkalmazkodás nem egyedül az egyének belső személyes tulajdonságainak köszönhető, a külső tényezők hasonlóan nagy szerepet játszanak a rezilienciával kapcsolatos pozitív eredmények kialakulásában. A külső tényezők sorában megjelenik a gondoskodó család, az elfogadó kortárscsoport, a megfelelő iskola, a szomszédság mint közösség, valamint a financiális források, amelyek mind-mind jótékony hatással bírnak. Azt is hangsúlyozza, hogy a reziliencia helyzetfüggő, és időben is változik: senki nem reziliens mindig és mindenfajta rizikóval szemben (Sameroff, 2005, 2006, 2013).

A kora gyermekkori intervencióban egyre inkább a családközpontú megközelítés hangsúlyozódik. A családmegerősítést támogató szemlélet szerint az optimális fejlődés és jóllét nem magyarázható önmagában a rizikótényezők megelőzésével vagy kiküszöbölésével. A családokat megerősítő védőfaktorok támogatására, a családot körülvevő környezet, a helyi közösségek megerősítésére van szükség. Az Egyesült Államokban a családmegerősítő törekvéseket a szakpolitika részévé tették. Jelenleg öt fő védőtényező képezi részét ennek a megközelítésnek: a szülői reziliencia, a szociális kapcsolatok, a szülőségről és a gyermeki fejlődésről való tudás, a szükséglet felmerülésekor időben nyújtott konkrét támogatás és a gyermekek szociális és emocionális kompetenciája (Center for the Study of Social Policy, 2005). Egyes anyagokban a gondoskodó környezet és kötődés együttesét is beemelték a védőtényezők közé (Resource Guide, 2013).

4.2 TÁRSADALMI HASZNOSSÁG

4.2.1 Longitudinális vizsgálatok és eredményeik

4.2.1.1 Kutatási eredmények Amerikában

Az Amerikai Egyesült Államokban az 1960-as években több kora gyermekkori intervenciós program indult azzal a céllal, hogy ellensúlyozza a korai életévekben jelentkező különböző stresszokozó tényezőket, előmozdítsa az egészséges fejlődést, és támogatást nyújtson azoknak a különböző kockázati faktoroknak a kompenzálásához, amelyek az iskolába lépés előtti években veszélyeztetik a gyermekek egészséges fejlődését. A neves amerikai RAND Corporation kutatóintézet munkatársai L. A. Karoly vezetésével a 2000-es évek elején arra vállalkoztak, hogy áttekintsék az Egyesült Államokban lezajlott kora gyermekkori intervenciós programok hatásaival foglalkozó tanulmányokat. Ennek keretében húsz olyan program értékelését azonosították, amelyek jól megvalósított kísérleti vizsgálati konstrukciók voltak. Megállapították, hogy amíg a kora gyermekkori intervenciók célja közös, a módszereik nagyon különbözőek, nincs két egyforma modell. A programok változatosak, egyrészt a fejleszteni szándékozott kimenetek vonatkozásában (például a kognitív, szocioemocionális képességek, egészségi állapot, gazdasági helyzet,

szülői kompetencia és műveltség tekintetében), másrészt abban, hogy kiket céloznak meg az általuk nyújtott személyre szabott figyelem mértékében (gyermeket, szülőt, mindkettőt vagy a nagyobb családot). A programok különböznek abban is, hogy milyen kockázati faktorokat vesznek figyelembe a programban való részvétel feltételeként. Ide tartozik: a gyermek vagy a család valamilyen jellemzője (kisebbséghez tartozó, bevándorló, az anya életkora, első gyermek), az alacsony szociokulturális vagy jövedelmi státusz, a gyermek egészségügyi problémája, a gyermek kognitív problémái, a gyermek viselkedési problémái, rizikógyermek (megkésett fejlődésű, és ezért veszélyeztetettnek ítélt), szülői problémák (pszichológiai problémák, válás, bántalmazás, elhanyagolás), kapcsolati problémák (szülő-gyermek közötti, testvérek közötti, kortársakkal való kapcsolat, gyermek-felnőtt probléma, szülők egymás közötti problémája). Ugyanakkor a programokba való univerzális bekerülés is lehetséges volt. Változatosak a programok abban is, hogy mely korcsoportra fókuszálnak (a prenatális szakasztól ötéves korig, illetve rövidebb vagy hosszabb ideig); hogy milyen típusú szolgáltatásokat nyújtanak (nevelési-oktatási, családtámogatási, egészséggel és táplálkozással, munkával kapcsolatos vagy terápiás ellátást); hogy hol nyújtják ezeket (otthon vagy valamilyen intézményben); és hogy milyen az intervenció intenzitása a kezdő életkortól a záró életkorig (heti óraszám, illetve hogy egy évből hány héten át végezték a beavatkozást). Eltérést mutatott, hogy mennyire fókuszál az egyénre a beavatkozás, hogy kis- vagy nagycsoportban végezték-e, illetve, hogy a program milyen kiterjedésű volt: nemzeti szintű, állami szintű, városi vagy konkrét intézményre vonatkozott-e. Bár a kora gyermekkori programoktól elvárható, hogy pozitív hatással járjanak, mindig szükség van tudományosan megalapozott értékelésre azért, hogy láthatóvá váljon, beváltják-e az ígéretüket. A kora gyermekkori intervenciók sokfélesége azt sugallja, hogy ezeket az értékeléseket a programmodellek egész választékára szükséges volt elvégezni, ideálisan olyan módon, hogy a szakemberek képesek legyenek megállapítani a különböző programok kulcselemeinek hatásait[14] (Karoly, Kilburn és Cannon, 2005).

A programokat különböző dimenziókban értékelték, alapvetően három időszakra összpontosítva. Megnézték az iskolába lépés időszakára elért, az iskoláskor végéig értékelhető és a felnőttkorban mérhető hatásokat. Az iskoláskor végéig a következő kimeneteket vizsgálták: kognitív képességek és tanulmányi eredmény, viselkedési és emocionális kompetenciák, tanulmányi előrehaladás és a tananyag elsajátítása, bántalmazás, egészség, kisebb vétségek és bűnözés. A felnőttkorban az iskolázottság, a munkaerőpiaci sikeresség (foglalkoztatási helyzet, kereset), a szociális támogatások igénybevétele és a bűnözés előfordulása volt a vizsgálat tárgya. A vizsgált programok kétharmadában ezeknek az értékelési dimenzióknak szinte mindegyikében statisztikailag szignifikáns eredményeket mértek. Néhány esetben a javuló eredmények a program befejeztével hamar megmutatkoztak, míg

14 Ennek az áttekintésnek módszertani hozadéka is volt. Kazolyék megállapították, hogy azok a legjobb értékelési rendszerek, amelyek a legmeghízhatóbbak abban a tekintetben, hogy a programnak tulajdonított hatások valóban inkább a beavatkozás, mint az egyéb befolyásoló tényező vagy tényezők eredményei. A véletlenszerű kísérletek lennének ideálisak erre, de ezek a megoldások nem mindig alkalmazhatóak, így a körültekintően megtervezett és implementált kvázikísérleti módszerek is alternatívát jelenthetnek (Kazoly, Kilburn és Cannon, 2005).

más esetekben a kedvező hatások a serdülőkorban és a felnőttkorba való átmenet idején jelentkeztek. Általában megállapítható volt, hogy ha a gyermekkel képzettebb gondozó (vagy a szülő) foglalkozott, akkor hatékonyabb volt a beavatkozás, mint ahogy azokban az esetekben is, amikor az intervenció nemcsak a gyermekre, hanem a szülőkre is irányult. Az intézményekben zajló ellátást tekintve pedig azokban az intézményekben volt hatásosabb a program, ahol egy fő ellátó személyzetre kevesebb gyermek jutott. Emellett azok a programok is hatékonyabbnak bizonyultak, amelyeket intenzívebben végeztek. A hatásvizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy a beavatkozások célcsoportját képező gyermekcsoportokban – akár például az iskolai sikerességet vagy a későbbiekben biztos családi háttérrel rendelkezők arányát tekintve – hosszú távon kedvezőbb kimenetek voltak azonosíthatók, mint a kontrollcsoport esetében. A tudományos kutatások igazolták, hogy a kora gyermekkori beavatkozások pozitívan hatnak a részt vevő gyermekek és családok életére. A kedvező hatások mértéke a kognitív és a viselkedési mérési tartományokban mérsékeltebb, és az idő múlásával gyakran csökken, miközben a speciális oktatásba való kerülés és az osztályismétlés terén a hatások lényegesebbek és hosszabban tartóak. Azzal együtt, hogy bebizonyosodott, hogy a korai hatások a kogníció vagy az iskolai eredmény (előmenetel) tekintetében idővel fakulhatnak, igazolást nyert, hogy hosszan tartó nyereségek lehetnek a tanulmányi előrehaladásban és eredményben, a munkaerőpiaci kimenetelekben, a szociális függőség csökkenésében (mennyire szorul rá a személy szociális segélyre) és a proszociális viselkedésekben. A részt vevő gyermekek szülei szintén nyertek a kora gyermekkori intervenciós programokból, különösen akkor, amikor a beavatkozások közvetlenül rájuk irányultak. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy azokban a célzott kora gyermekkori intervenciós programokban, ahol a résztvevők javuló eredményeket értek el, az eredmények jellemzően nem voltak elég jelentősek ahhoz, hogy teljesen kompenzálják azokat a hátrányokat, amelyekkel a gyermekek szembenéztek. Így, míg a kora gyermekkori intervenciós programok pozitív eredménnyel járnak a beavatkozás nélküli állapothoz viszonyítva, teljesen nem szüntetik meg a bevont hátrányos helyzetű gyermekek lemaradását a nagyobb előnnyel rendelkező kortársaikhoz képest (Karoly, Kilburn és Cannon, 2005).

A két legismertebb programról, az *Abecedarian* és a *Perry Preschool* programról részletes összefoglalást adnak Heckman és Masterov egy 2007-ben megjelent közös cikkükben. Az *Abecedarian* program Észak-Karolina államban zajlott 1972 és 1980 között, 111 alacsony iskolázottságú és jövedelmű család fejlődési elmaradással küzdő rizikógyermekeire terjedt ki csecsemőkoruktól 8 éves korukig. A program keretében a gyermekek fejlesztését, gondozását intenzíven, egész nap végezték. Csecsemőkorban 3 gyermekkel egy pedagógus foglalkozott, később, a gyermekek növekedésével már 6 gyermek jutott egy pedagógusra. A gyermekekkel 5, 8, 12, 15 és 21 éves korukban ismételték meg az adatfelvételeket. A hatásokat nézve azt tapasztalták, hogy a program hosszú távon is pozitív hatással volt a gyermekek intelligenciaszintjére (különösen a lányok esetében), az olvasási és matematikai képességek alakulására. A programban részt vevő gyermekek között alacsonyabb volt az évismétlők és/vagy a fejlesztő pedagógusi segítséget igénylő gyermekek aránya, valamint magasabb volt az érettségizettek és a felsőfokú intézményekben továbbtanulók aránya, mint a kontrollcsoportba került társaik esetében (Heckman és Masterov, 2007).

A *Perry Preschool* program egy 1962 és 1967 között zajló kísérleti program volt, melyben 3-4 éves, hátrányos helyzetű, alacsony intellektusú, véletlenszerűen kiválasztott afroamerikai gyermekek, illetve szüleik vettek részt. A programban minden gyermek kétszer 30 héten keresztül vett részt. A programba bekerülő gyermekekről 3 és 11 éves koruk között évente folyt adatgyűjtés, majd 14, 15, 19, 27 és 40 éves korukban végeztek velük újra adatfelvételeket.[15] Az eredmények azt mutatták, hogy a program hatására az abban részt vevő gyermekek az iskolai sikeresség tekintetében jócskán felülmúlták a kontrollcsoporthoz tartozó társaikat. A társadalmi hasznot a bűnelkövetések és a serdülőkorú anyaság gyakoriságának jelentős csökkenésében, valamint a biztos állással és stabil családi háttérrel rendelkezők számának növekedésében lehetett tetten érni (Heckman és Masterov, 2007).

A *Chicago Child-Parent Center* (CPC) egy magas színvonalú kora gyermekkori intervenciós program, amelybe a gyermekek mellett a szülőket is bevonták. Hasonló céllal indult, mint az Abecedarian vagy a Perry Preschool program, épített azok tapasztalataira, és annyiban túllépett rajtuk, hogy hosszabb időtartamban, a gyermekek 9 éves koráig nyújtott szolgáltatásokat. 1983 és 1986 között 989 alacsony jövedelmű családból származó gyermek került be az iskola-előkészítő programba, akiket 24 hátrányos helyzetű térségben lévő intézményből választottak ki. Egyelőre 26 éves korukig követték nyomon őket. A CPC program jelentős családtámogatási szolgáltatásokat tartalmazott, beleértve a szülői workshopokat, a pedagógusokkal való személyes találkozókat és a szülők iskolai tevékenységekben való részvételét. A gyermekek 3-tól 9 éves korukig komplex nevelési-oktatási szolgáltatásokat kaptak, egészségügyi ellátást és ingyenes étkeztetést. Az eredményeket 550 olyan hasonló korú és társadalmi hátterű gyermek eredményével hasonlították össze, akik szintén részt vettek az iskola-előkészítő programban, de egyéb támogatásban nem részesültek. Az eredmények egybecsengenek az Abecedarian és a Perry Preschool eredményeivel. Az intervencióban részt vett csoport tagjai közül 29%-kal többen fejezték be a középiskolát, 41%-kal alacsonyabb volt a speciális oktatásban részt vevők aránya, közöttük 33%-kal volt alacsonyabb a fiatalkori bűnelkövetők aránya, 42%-kal kevesebb volt az erőszakos bűncselekmény miatti letartóztatás és 51%-kal a bántalmazás aránya, mint a kontrollcsoportban (Mann és mtsai, 2001).

Az előzőekben említetteken kívül a legutóbbi évek egyik legfontosabb amerikai programja, az *Early Childhood Longitudinal Studies* (ECLS) két projektből áll. Az egyik a 2001-es kohorszot születésétől az óvodába kerülésig követő ECLS-B, amely a korai testi és mentális fejlődést meghatározó feltételekre fókuszált, a másik az 1998–99-ben óvodába lépőket nyolcadikos korukig követő ECLS-K, amely az iskolai teljesítményeket elemezte a szociális kompetencia és az érzelmi fejlődés összefüggésében. Az ECLS-B vizsgálat során a 2001-es kohorszból 14 000 gyermeket választottak ki, és születéskor, 9 hónaposan, 2 évesen és 4 évesen gyűjtöttek róluk adatokat. A vizsgálatok például a nyelvi fejlődésre, a korai írástudásra, a matematikai készségekre, a színek felismerésére, a finommotoros készségekre és a korai gondozás, nevelés feltételeire terjedtek ki. Az eredmények szerint a nyelvi képességek és a finommozgás terén a lányok ebben az életszakaszban is felülmúlták

15 Azóta az 50 évesek lekérdezése is megtörtént – a szerző.

a fiúkat. A korai írástudásteszteken pedig a kétszülős családok gyermekei jobban teljesítettek, mint az egyszülős családból jött gyermekek. A matematikateszteken mutatkozott meg legerőteljesebben a családok szocioökonómiai státuszának (SES) hatása, itt a magasabb státuszú családok gyermekei kétszer olyan jó eredményt értek el (87,1%), mint az alacsony státuszú családok gyermekei (40,1%) (Jacobson Chernoff és mtsai, 2007).

4.2.1.2 Európai vizsgálatok

Európában jóval kevesebb kutatási forrás áll rendelkezésre, mint az Egyesült Államokban. A korábban ismertetett léptékű longitudinális vizsgálatok elvégzését az anyagi erőforrások szűkössége, az infrastrukturális feltételek elégtelensége, az erre a feladatra felkészült, megfelelő kutatói kapacitás hiánya akadályozza. Az európai országok közül Nagy-Britanniában zajlanak elsősorban nagyobb léptékű longitudinális vizsgálatok. Ezek közül a leghosszabb ideje zajló, a *National Child Development Study* (NCDS), amely az 1958. március 3. és 9. között született személyek életét követi születésüktől folyamatosan. A vizsgálat a fejlődést befolyásoló környezeti és társadalmi tényezők megértésére irányul. Az adatfelvételre a születéskor, valamint 7, 11, 16, 23, 33, 42, 47, 50 és 55 éves korban került sor (Centre for Longitudinal Studies, 2015a). A vizsgálat többek között olyan részeredményeket is kimutatott, hogy a várandósság alatt dohányzó anyák esetében a perinatális halálozás 30%-kal magasabb, mint a nemdohányzó anyák esetében (Elliott és Vaitilingam, 2008), de a dohányzás hatását a középiskolás korban mért gyengébb matematikai teljesítménnyel is összefüggésbe tudták hozni (Csapó, 2007). Az elemzésekben foglalkoztak az elvált szülők gyermekeinél a felnőttkorban jelentkező depresszió és szorongás előfordulásának kockázatával (Lacey és mtsai, 2012) vagy a gyermekkori trauma, a bántalmazás és a korai halálozás rizikójának összefüggéseivel (Rivas, 2013).

Hasonlóan nagyszabású vizsgálat az *1970 British Cohort Study* (BCS70) és a *Millennium Cohort Study* (MCS), mindkettő a születéstől vállalkozott az életút nyomon követésére. Az *1970 British Cohort Study* 17 ezer, 1970 meghatározott hetében született személy életét követi nyomon, és többek között az egészségükről, a fizikai jóllétükről, az oktatási helyzetükről, szociális fejlődésükről, valamint a gazdasági körülményeikről gyűjt adatokat. A kohorsz tagjai 5, 10, 16, 26, 30, 34, 38 és 42 éves korukban vettek részt vizsgálaton (Centre for Longitudinal Studies, 2015b). Az elemzések többek között megmutatták, hogy a szülők társadalmi osztálya vagy szocioökonómiai státusza fontos és tartós hatással van a gyermekek fejlődésére és eredményességére (Feinstein, 2003). Emellett tartalmaztak például a koraszülött populációra vonatkozó vizsgálatot is, amely szerint a koraszülöttség nemcsak bizonyos betegségek kockázatát növeli meg felnőttkorra, de a nagyobb esélyel előforduló gyengébb kognitív képességek (különös tekintettel a matematikai képességekre) a személyek későbbi anyagi helyzetére is hatással vannak (Basten és mtsai, 2015). A *Millennium Cohort Study* (MCS) multidiszciplináris kutatási projekt, amely 19 ezer, 2000–2001-ben született gyermeket követ; eddig 9 hónapos, majd 3, 5, 7 és 11 éves korukban végeztek vizsgálatot. Információkat gyűjtenek többek között a gyermekek viselkedéséről, a kognitív képességeik fejlődéséről, egészségükről, de testvéreikről, szüleikről, anyagi helyzetükről is (Centre for Longitudinal Studies, 2015c). Az eddig kapott adatok

alapján többek között vizsgálták a gyermekek fejlődésére ható rizikótényezőket (Sabates és Dex, 2012), illetve megállapították, hogy a szegénységben élő gyermekeknek szignifikánsan alacsonyabbak a kognitív teszteken elért eredményei, a tartós szegénységben eltöltött korai gyermekéveknek pedig jelentős negatív hatásuk van az érintett gyermekek kognitív fejlődésére (Dickerson és Popli, 2012).

Az ellátórendszer működésének hatékonyabbá tételét segíti a szintén Angliában indult *Effective Provision of Pre-School Education* (EPPE) projekt, amely a 3–7 éves gyermekekre fókuszált, és az iskoláskor előtti ellátásoknak a gyermekek intellektuális és szociális viselkedésére gyakorolt hatását vizsgálta (Sylva és mtsai, 2004), valamint a *Families, Children and Child Care*, ahol 0–6 év közötti gyermekek gondozásának a fejlődésre gyakorolt hatását helyezték fókuszba, beleértve a szociális, emocionális és kognitív fejlődést (lásd például Eryigit-Madzwamuse és Barnes, 2014). Egészségügyi gyökerű volt az *EPICURE 1* nevet viselő longitudinális vizsgálat, amely 1995-ös születésű, extrém koraszülött (23-26. hét között született) gyermekek további életsorsát kísérte 11 éves korukig, 2006-ig. A vizsgált gyermekcsoportot aztán 1 évesen újra vizsgálták, majd 2,5 évesen, 6-8 éves koruk között, s végül 10-11 éves korukban. A kutatás témakörébe a túlélési esélyek vizsgálata, a későbbi egészségi állapot, a fogyatékosság, illetve a későbbi tanulási, viselkedési zavar kialakulásának esélyei, lehetőségei is beletartoztak. A 6-10 éves korban megismételt vizsgálatok azt mutatták, hogy a gyermekek több mint a fele teljesen egészséges volt, vagy enyhe fokú eltérést, fogyatékosságot állapítottak meg náluk (65% összesen), mintegy negyedük nőtt fel súlyos fogyatékossággal, a többieknél közepesen súlyos fogyatékosságot diagnosztizáltak. A leggyakoribb probléma ebben a korosztályban a tanulási és koncentrálóképességgel volt, ami a gyermekek több mint felét érintette. Ebben a tekintetben jelentős különbség mutatkozott a koraszülött és a terminusra született gyermekek között még 6 évesen is, így ezt egyértelműen a koraszülöttség hosszú távú következményeként értékelték. A kutatást az *EPICURE 2* programmal folytatják, amelyben 2006-ban született, hasonlóan extrém koraszülött gyermekeket követnek, így a vizsgálat végén összehasonlítható lesz, javultak-e az extrém koraszülött gyermekek életesélyei, életminősége (Marlow és mtsai, 2006).

4.2.1.3 Magyarországi vizsgálatok

A köznevelés (közoktatás) területén a korai életévekre visszanyúló longitudinális vizsgálat Magyarországon még nem indult. Az egyik jelentős iskolai környezetben zajló vizsgálat a 2006-ban indult *Életpálya-felmérés*, amely 10 000 fiatal életét követi nyomon 2006 őszétől évi rendszerességgel. A felmérésbe azok a 2006 szeptemberében 8. osztályt kezdő tanulók kerültek be, akik kitöltötték az országos kompetenciamérés szövegértés- és matematika-feladatlapjait, és az ehhez kapcsolódó családi háttérkérdőívet, de a sokaság kiegészült a sajátos nevelési igényű tanulókkal is. A kérdőívben szerepeltek a korai életszakaszra és a korai beavatkozásra vonatkozó kérdések is. A vizsgálat egyik legfontosabb célja az iskolai hátrányok és az iskolai lemorzsolódás elemzése (Kertesi és Kézdi 2008, 2010; Hajdu, Kertesi és Kézdi, 2014, 2015).

Hazánkban jellemzőbb, hogy a korai életévektől kezdődő longitudinális vizsgálatok az egészségügy területéről indulnak ki. Több olyan hosszú távú vizsgálatot is ismerünk,

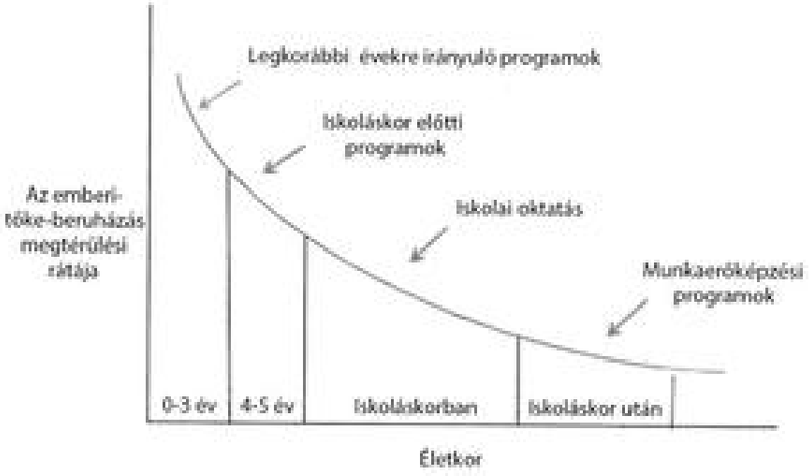
amelyek különféle rizikócsoportok fejlődésének utánkövetésére irányultak. Elsősorban a koraszülött, illetve kis súlyú gyermekek vizsgálatára irányuló kutatásokat emeljük ki, amelyeknek alapvető célja a biológiai és az erre ráépülő környezeti tényezők komplex összjátékának mentén az érintett újszülöttek pszichés fejlődési sajátosságainak feltárása, valamint összefüggések keresése a kiindulási rizikóállapot és a később azonosítható állapotok – a megkésett, eltérő fejlődés, de legalábbis a későbbi tanulási zavar vagy nehézség előfordulása –, illetve az intelligencia között. A longitudinális vizsgálatok eredményei szerint a tanulási zavar tünetei az igen éretlen, illetve az igen kis súlyú csoportban az átlagnál gyakrabban fordulnak elő. Főbb tünetcsoportként említik a mozgáséretlenséget, a koordinációs problémákat, a hipermotilitást, a dekoncentráltságot és a percepciós zavarokat. A kutatók csaknem egybehangzóan azt igazolták, hogy e sajátos problémák gyakorisága és súlyossága fordított arányt mutat a születési súllyal és a gesztációs hetek számával (Csiky és mtsai, 1981; Csiky, 1994, 2006c). Ugyanakkor a környezeti tényezők szerepéről sem lehet elfeledkezni, amelyek jelentős hatással vannak a koraszülött, illetve egyéb perinatális komplikációval született gyermekek fejlődésére. A szocioökonómiai státusznak, illetve az anya iskolai végzettségének meghatározó szerepe van a koraszülött gyermekek kognitív és nyelvi funkcióinak alakulásában (Kalmár és Csiky, 1994; Beke, 2000; Kalmár, 2002). A követéses vizsgálatok erőteljes összefüggést találtak a HOME-leltár (a fejlődésben potenciálisan fontos szerepet játszó tárgyak és események felmérésére szolgáló eszköz) és a koraszülött gyermekek intelligenciaszintje között. Megállapították, hogy a stimulációnak jelentős szerepe van az intellektuális fejlődésben. (Kalmár és Boronkai, 2001) A koraszülöttség fejlődésre gyakorolt kedvezőtlen hatása az élet első hat évében több vizsgált életkorban tetten érhető. A koraszülött gyermekek intelligenciahányadosa minden mérésnél a normál övezetbe esik, hátrányuk az időre született csoporthoz képest viszonylagos, 7 éves koruk után átlagosan valamivel alacsonyabb (5–15 ponttal) (Kalmár, 2007). Pszichomotoros fejlődésük a 24 hónapos kori mérést kivéve az enyhén megkésett övezetbe sorolható, ugyanakkor életkorfüggő, hogy van-e, illetve milyen mértékű az időre születettekhez képest a lemaradás (Ribiczey és Kalmár, 2009). A koraszülött gyermekeknél megfigyelt teljesítményingadozás – amely a pszichomotoros fejlődés és a mentális fejlődés terén is megfigyelhető –, mivel bizonyos életkorokban van, más életkorokban ellenben nem mutatkozik lemaradás, a „mozgó rizikó" (Gordon és Jens, 1988) jelenségének tulajdonítható. Ez a jelenség indokolja a koraszülött gyermekek interdiszciplináris team által megvalósított nyomon követését, az utógondozói hálózat rendszerbe emelését és egységes protokoll alapján való működtetését.

Általában a koraszülött gyermekekre vonatkozó longitudinális vizsgálatok célcsoportjában a súlyosabb állapotú (például alacsonyabb súllyal született) rizikócsoportok állnak. A magasabb előfordulású, alacsonyabb rizikóval induló koraszülött gyermekekre vonatkozó vizsgálat is azt mutatja, hogy a koraszülött gyermekek viszonylagos lemaradása az időre születettekhez képest egészen iskolakezdésig megmutatkozik (Ribiczey és Kalmár, 2009). Ez felhívja a figyelmet annak fontosságára, hogy a kevésbé súlyos rizikóval született koraszülött csecsemőknek is szükségük lehet intervenciós, fejlesztő programokban való részvételre, ami segíthet relatív hátrányuk leküzdésében.

4.2.2 Költség-haszon elemzések, a befektetések megtérülése

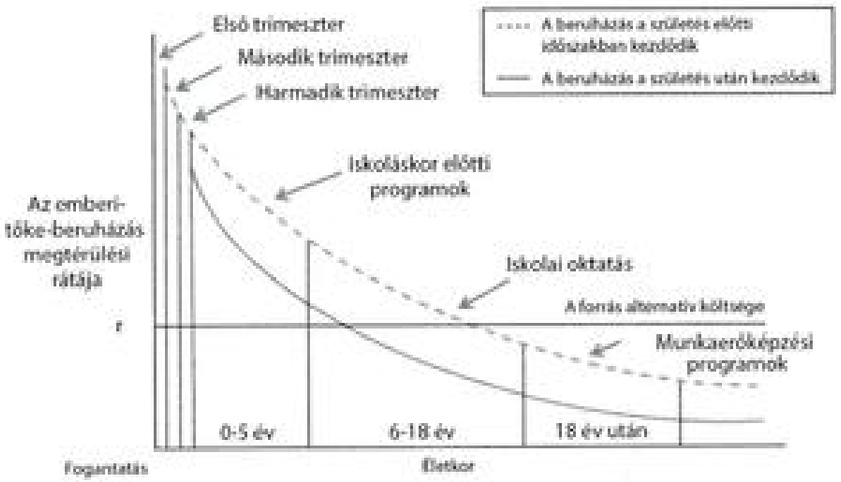
James Heckman amerikai Nobel-díjas közgazdász szerint a költségvetési deficit visszaszorításának és a gazdaság megerősítésének egyetlen és legbiztosabb módja: a korai gyermekévekbe való befektetés (Warren, 2010; Heckman, 2015). A kora gyermekkori intervenció finanszírozása társadalmi szempontból egy olyan humántőke-beruházás, amely segít megelőzni későbbi nagyobb egészségügyi, szociális és oktatási kiadásokat. Ennek a prevenciós megközelítésnek a fontossága abban rejlik, hogy a kora gyermekkori intervenció hasznai között nemcsak az érintett gyermeknek és családjának életminőség-javulását veszi figyelembe, hanem azt a társadalmi hasznot is, mely a gyermek későbbi életszakaszában az elmaradó, szükségtelenné váló állami ráfordításokból takarítható meg.[16] Azok a költség-haszon elemzések, amelyek a korábban említett longitudinális vizsgálatok alapján a korai évekbe való befektetések megtérülését vizsgálták, úgy találták, hogy minél korábbi életkorban történnek a beavatkozások, annál magasabbak a beruházások hosszú távú megtérülési rátái. Először Carneiro és Heckman (2003) írták le, hogy az iskoláskor előtti beruházások megtérülési rátái magasabbak, mint az iskoláskor utáni beruházásoké. Később ez a megállapítás differenciálódott, és részletesebb életkor szerinti bontást alkalmaztak, 0–3 és 4–5 éves életkorra tagolva az iskolai oktatásba kerülés előtti életszakaszt (Heckman, 2008a, 2008b). (Lásd *4–2. ábra.*)

Mindez kivetíthető a várandósság szakaszára, hipotetikusan megközelítve: ha a befektetés már a születés előtt kezdődik, akkor annak megtérülési rátája magasabb, mint a születés után megkezdett beavatkozásoké (Doyle és mtsai, 2009). (Lásd *4–3. ábra.*)



4–2. ábra: Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája az élet kezdetétől számított különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számolva.
Forrás: Heckman, 2008a, 52., illetve 2008b, 311. alapján készítette Kereki Judit

16 A témáról bővebben lásd: Heckmann, 2000; Heckman, Krueger és Friedman, 2003; Grunewald és Rolnick, 2004.



4–3. ábra: Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a fogantatástól számított különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számolva.
Forrás: Doyle és mtsai, 2009, 3. alapján készítette Kereki Judit

Költség-haszon elemzések elvégzésével kiszámolták, hogy 1 dolláros befektetés évtizedek múltán hány dollár hasznot eredményezett, tehát mennyi volt a programba való befektetés megtérülése. Az Abecedarian programnak, amelynek utolsó vizsgálati szakasza az érintettek 21 éves korában zajlott le, a haszon aránya 3-szoros volt a költségekhez képest, tehát 1 dollár befektetés 3 dollár hasznot hozott a társadalomnak ez idő alatt. A Perry Preschool program a résztvevők 27 éves korában lezajlott vizsgálati szakaszában 9:1 haszon-költség arányt mutatott, míg 40 éves korukra ez még sokkal magasabb lett, mivel az arány 17:1-re nőtt, tehát az 1 dolláros befektetés ilyen hosszú távon már 17 dollár hasznot eredményezett (Karoly, Kilburn és Cannon, 2005). (Lásd *4–2. táblázat.*)

4–2. táblázat: A programokhoz kapcsolódó költség-haszon elemzés eredményei

Programok	A követésben részt vevő populáció kora	A program egy gyermekre jutó bruttó összköltsége ($)	Az egy gyermekre jutó bruttó haszon társadalmi szinten ($)	Az egy gyermekre jutó nettó haszon társadalmi szinten	Haszon-költség ráta (bruttó haszon / bruttó költség)
Abecedarian	21	42 871	138 635	95 764	3,23
Perry Preschool	27	14 830	129 622	114 792	8,74
Perry Preschool	40	14 830	253 154	238 324	17,07

Karoly, Kilburn és Cannon, 2005, 110–111. alapján készítette Kereki Judit

Heckman professzornak a Perry Preschool programról készített elemzése szerint a befektetésen 7 és 10% közötti éves hozam érhető el, ha figyelembe vesszük a jobb iskolai és karriereredmények hatását és a korrekciós célú oktatási kiadások, az egészségügyi költségek, valamint a bűnmegelőzési és büntetés-végrehajtási rendszer kiadásainak csökkenését (Heckman és mtsai, 2010). Nagyon valószínű, hogy sok más kora gyermekkori program is hasonlóan hatékony. A Chicago Child-Parent Center elemzőinek becslése szerint a kockázatnak kitett gyermekeknek biztosított félnapos iskola-előkészítő program gyermekenként 48 ezer dollár hasznot hoz a társadalom számára. Ennek kiszámításánál figyelembe vették az adóbevételek lehetséges növekedését, az igazságszolgáltatási és a büntetés-végrehajtási költségeknek a csökkenését, valamint az iskolai kiegészítő fejlesztő, korrekciós szolgáltatások elmaradt költségét. Minden befektetett dollár 7 dollár hasznot eredményezett (Mann és mtsai, 2001). A programba bevont személyek 26 éves korban megismételt vizsgálatánál az egyes befektetett dollárok hasznát már 10,8 dollárra becsülték (Reynolds és mtsai, 2011).

Heckman a gazdaságpolitikai döntéshozók számára komoly üzenetet fogalmazott meg. A Heckman-egyenletnek hívott összefüggés szerint három dolog együttes biztosításával, azaz beruházással, fejlesztéssel és fenntartással érhető el a társadalom számára, hogy a jövőben fejlődésre, változásra, újdonságokra nyitott, termelékenyebb, értékesebb munkaerő álljon rendelkezésre. Ezt tekinti Heckman a korai időszakra fókuszáló közpolitikai intézkedések nyereségének:

Beruházás + Fejlesztés + Fenntartás = Nyereség

Az egyenlet szerint a társadalomnak először is a sikeres korai fejlődés érdekében be kell ruháznia a hátránnyal küzdő családok oktatásába és fejlesztésébe, amellyel biztosítja az egyenlő esélyű hozzáférést. Másodszor: a korai időszakban, a gyermekek megszületésétől ötéves korukig gondoskodni kell a kognitív és a szociális készségeik fejlesztéséről. Harmadszor: szükséges, hogy a felnőttkorig tartó hatékony oktatás fenntartsa a korai években megvalósult fejlesztés hatását (Heckman, 2008a, 2008b; The Heckman Equation Project, 2013).

4.3 A KORA GYERMEKKOR KIEMELT SZEREPE GYERMEKJOGI MEGKÖZELÍTÉSBŐL

4.3.1 Gyermekjogok a nemzetközi dokumentumokban

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének Nemzetközi Gyermek Gyorssegélyalapja, az UNICEF állásfoglalása szerint a gyermekek jólléte akkor biztosított, ha anyagi, érzelmi és értelmi, fizikai, kulturális, valamint szociális szükségleteik is egyidejűleg választ kapnak, és maguk is úgy érzik, hogy megfelelő az életminőségük. A gyermek jólléte veszélyben van, ha jogai nem érvényesülhetnek, ha lehetőségeiben megfosztott, és ha szükségletei

kielégítésében hátrányt szenved (Gyurkó és Németh, 2013). A korai életszakasz prioritása érvényre kell hogy jusson a gyermekjogokat megfogalmazó hivatalos dokumentumokban, jogszabályokban is. A gyermekek biztonságos és egészséges életkezdetének támogatása, az időben nyújtott prevenciós, intervenciós tevékenységek fontossága és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának kötelezettsége több nemzetközi szervezet dokumentumaiban megjelenik. Az ENSZ és Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete, az UNESCO alapelveiben is megfogalmazódik a gyermekek és családjaik jogainak védelme. Már az ENSZ elődje, a Nemzetek Szövetsége is rögzítette 1924-ben *a gyermek jogairól szóló 1924. évi Genfi Nyilatkozatban* (Geneva Declaration of the Rights of the Child), hogy az emberiség köteles biztosítani a gyermek egészséges fejlődéséhez szükséges feltételeket, mindenfajta megkülönböztetés nélkül. Ez a dokumentum elsőként sugallja a gyermeki jogok különleges védelmének szükségességét (A Gyermek Jogairól Szóló Genfi Deklaráció, 1924).

Később az *Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata* (The Universal Declaration of Human Rights) – bár elfogadásakor nem rendelkezett jogi erővel – meghatározta a gyermekek jogainak védelmére irányuló nemzetközi együttműködés irányát, elismerve, hogy a gyermekkor (és ezzel együtt az anyaság) kivételes támogatottságot igényel.[17]

> „Az anyaság és a gyermekkor különleges segítséghez és támogatáshoz adnak jogot…" *(Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948, 25. cikk, 2.)*

Az előzőeket megerősítette 1959-ben az ENSZ az Emberi Jogi Bizottság által előkészített *Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozata*, amely nem kötelező erejű, de irányt mutató, nagy jelentőségű okmány. Határozottan állást foglal a gyermek egészséges fejlődéshez való jogáról és különleges szükségletei esetén a megfelelő szolgáltatás biztosításának szükségességéről. Nemcsak jogi, hanem minden más eszközzel is biztosítani kell a gyermek különleges védelmét annak érdekében, hogy fizikai, szellemi, erkölcsi, lelki és társadalmi szempontból is egészséges és megfelelő környezetben fejlődhessen, szabadságot és méltó körülményeket biztosítva számára:

> „A gyermek élvezi a társadalombiztosítás juttatásait. Joga van az egészséges növekedésre és fejlődésre; ebből a célból különleges gondoskodást és védelmet kell biztosítani mind a gyermek, mind az anya számára, beleértve a megfelelő születés előtti és születés utáni gondoskodást. A gyermeknek joga van a megfelelő táplálkozásra, lakásra, szórakozásra és orvosi szolgáltatásokra.

17 Dr. Tanoss Zsuzsanna gyermekjogász, az ENSZ és a gyermeki jogok érvényesítéséről, intézményrendszeréről szóló írásában a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányát, illetve a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányát is megemlíti mint olyan dokumentumokat, amelyek szintén hangsúlyozzák a kisgyermeknek (és anyjának) a támogatását, védelmét (már születés előtt is) (Tanoss, 2009; vö. ENSZ Polgári és Politikai Jogok Egyezségokmánya, 1966, 24. cikk, 1. pont; ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya, 1966, 10. cikk, 2 pont).

> A fizikailag, szellemileg vagy társadalmilag hátrányos helyzetben levő gyermeknek a helyzete által megkívánt különleges kezelést, oktatást és gondoskodást kell biztosítani." *(A Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozat, 1959, 4., 5. elv)*

A *Gyermek jogairól szóló, 1989. november 20-án kelt ENSZ-egyezmény* (Convention on the Rights of the Child) az első olyan konvenció, amely azokat az alapvető jogokat foglalja össze, amelyeket az egyezményt aláíró államoknak a gyermekek[18] jólléte érdekében biztosítania kell.[19] Magyarország az egyezményt az 1991. évi LXIV. törvénnyel hirdette ki (1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről). A gyermekek jogai a (1) *védelem* (protection); az (2) *ellátás, gondozás* (provision) és a (3) *részvétel* (participation) témái mentén csoportosíthatóak.

A gyermekek biztonságának *védelme* többek között a bántalmazás minden formája, az elhanyagolás és a kizsákmányolás elleni védelmet jelenti:

> „Az Egyezményben részes államok megtesznek minden arra alkalmas, törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelési intézkedést, hogy megvédjék a gyermeket az erőszak, a támadás, a fizikai és lelki durvaság, az elhagyás vagy az elhanyagolás, a rossz bánásmód vagy a kizsákmányolás – ideértve a nemi erőszakot is – bármilyen formájától mindaddig, amíg szüleinek vagy valamelyik szülőjének, illetőleg törvényes képviselőjének vagy képviselőinek, vagy bármely más olyan személynek, akinél elhelyezték, felügyelete alatt áll." *(A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 19. cikk, 1. pont)*

Az *ellátás, gondozás* körébe a gyermekek alapvető létszükségleteinek biztosítása tartozik, amely az egészséges testi és lelki fejlődésükhöz szükséges, például megfelelő táplálék és az egészségügyi ellátás biztosítása vagy az alapvető oktatáshoz való jog. Ebben a keretben fogalmazódnak meg a speciális támogatásra vonatkozó tartalmak, így a New York-i Egyezményben részes államok elismerik a speciális ellátási szükségletű gyermekek különleges gondozáshoz való jogát, és kötelezettséget vállalnak arra, hogy a gyermek állapotához alkalmazkodó segítséget biztosítsanak a szülőnek, gondozónak. A segítség a gyermek szüleinek vagy gondviselőinek anyagi erőforrásait figyelembe véve lehetőség szerint ingyenes, és úgy kell alakítani, hogy a fogyatékos gyermek valóban részesülhessen a megfelelő ellátásban, szolgáltatásban:

18 A dokumentum értelmében a gyermek az a személy, aki tizennyolcadik életévét nem töltötte be, kivéve, ha a rá alkalmazandó jogszabályok alapján nagykorúságát már korábban elérte (A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 1. cikk)

19 Az egyezményt az Amerikai Egyesült Államok, Szomália és Dél-Szudán kivételével minden államban ratifikálták. (Az Egyesült Államok aláírta, de nem erősítette meg.)

> „Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékos gyermeknek a különleges gondozáshoz való jogát, és a rendelkezésükre álló forrásoktól függő mértékben, az előírt feltételeknek megfelelő fogyatékos gyermeknek és eltartóinak, kérelemre, a gyermek állapotához és szülei vagy gondviselői helyzetéhez alkalmazkodó segítséget biztosítanak." *(A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 23. cikk, 2. pont)*

> „Tekintettel a fogyatékos gyermek sajátos szükségleteire, a 2. pont értelmében nyújtott segítség a gyermek szüleinek vagy gondviselőinek anyagi erőforrásait figyelembe véve, lehetőség szerint ingyenes, és úgy kell alakítani, hogy a fogyatékos gyermek valóban részesülhessen oktatásban, képzésben, egészségügyi ellátásban, gyógyító-nevelésben, munkára való felkészítésben és szabadidő-tevékenységben oly módon, hogy ezek biztosítsák személyisége lehető legteljesebb kibontakoztatását kulturális és szellemi területen egyaránt." *(A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 23. cikk, 3. pont)*

Az egyezményt ratifikáló országok az egészséghez való jog tiszteletben tartására és az egészségügyi szolgáltatásokhoz, illetve a szociális biztonsághoz, valamint a juttatásokhoz való hozzájutás biztosítására is kötelezettséget vállalnak:

> „Az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától." *(A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 24. cikk, 1. pont)*

> „Az Egyezményben részes államok elismerik minden gyermeknek a szociális biztonsághoz, így a társadalombiztosítás juttatásaihoz való jogát, és megteszik a szükséges intézkedéseket arra, hogy hazai jogszabályaiknak megfelelően biztosítsák e jog teljes megvalósulását.
>
> A juttatásokat, amennyiben szükségesek, a gyermek és az eltartásáért felelős személyek anyagi erőforrásainak és helyzetének, valamint a gyermek által vagy nevében a juttatás elnyerésére előterjesztett kérelemre vonatkozó bármely más meggondolás alapján kell engedélyezni." *(A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 26. cikk, 1., 2. pontjai)*

A *részvétel* keretében az egyezmény biztosítani kívánja a gyermekek számára többek között az információhoz való jogot, a gondolat-, vallás-, lelkiismeret-, valamint a véleménynyilvánítás szabadságát és az egyesüléshez való jogot. Az egyezmény külön elismeri a szülők és

gondviselők elsődleges szerepét, jogait és kötelességeit a gyermekek nevelésében és jogaik megismertetésében, védelmében.

Az 1993. december 20-i ENSZ-közgyűlés a következő mérföldkő, ahol elfogadták a *The United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (A fogyatékossággal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai) című dokumentumot, amelyben a fogyatékos személyek esélyegyenlőségét célzó általános szabályokat fogalmaztak meg. A nemzetközi dokumentum a korai felismerés fontosságára hívja fel a figyelmet:

> „Az Egyezményben részes államok a sérülés korai felismerését, illetve mérését, kezelését célzó programokat biztosítanak, amelyeket különböző tudományterületekről érkező szakemberek csoportja végez. Ezzel megelőzhetők, csökkenthetők vagy megszüntethetők a fogyatékosságot okozó tényezők." *(The United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities 1993, 2. szabály 1. pont)*

A *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education* (Salamancai Nyilatkozat és Cselekvési Tervezet) 1994-ben, a sajátos nevelési igényű gyermekek neveléséről, oktatásáról, szóló világkonferencia dokumentumaként született. Utat nyitott az integrációs törekvések felé, hangsúlyozta a korai felismerés és beavatkozás szükségességét, amely az egyénre és a családra gyakorolt pozitív hatáson túl hosszú távon a társadalom számára megtérülő költséget jelent:

> „Az inkluzív iskola sikerességében jelentős szerepet játszik a korai felismerés, valamint a speciális nevelési szükségletű kisgyermekek állapotfelmérése és ösztönzése. A hatéves kor alatti gyerekek számára olyan gondozó és nevelő programokra van szükség, amelyek elősegítik a testi, értelmi, szociális fejlődést és az iskolára való felkészítést. Ezek a programok jelentős gazdasági értéket képviselnek az egyén, a család és a társadalom számára, amennyiben megelőzik a fogyatékosságot okozó körülmények súlyosbodását…" *(The Salamanca Statement, 1994, 53. pont)*

Az eddig ismertetett célokkal összhangban rendelkezik az ENSZ 2006. december 13-án, New Yorkban elfogadott dokumentuma, a Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény). Az Egyezmény és a hozzá kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv Magyarországon a 2007. évi XCII. törvénnyel került kihirdetésre (2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről). A nemzetközi dokumentumban a részt vevő országok vállalják, hogy hatékony intézkedéseket tesznek a fogyatékos személyekkel kapcsolatos tudatosság társadalmi szinten történő növelése érdekében, a kisgyermekek esetében is. A célt szolgáló intézkedések között szerepel:

> „A fogyatékossággal élő személyek jogait tiszteletben tartó magatartásforma tudatosításának támogatása az oktatás minden szintjén, ideértve az egészen kiskorú gyermekeket is." *(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, 8. cikk, 2. b)*

A részes államok elismerik továbbá, hogy a fogyatékos személyek jogosultak a lehető legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátásra bármiféle hátrányos megkülönböztetés nélkül, és mindent megtesznek azért, hogy az érintettek hozzáférjenek az állapotukhoz illeszkedő szükségletalapú szolgáltatásokhoz. Ennek érdekében többek között:

> „…biztosítják a fogyatékos személyek számára kifejezetten fogyatékosságuk miatt szükséges egészségügyi szolgáltatásokat, beleértve az állapot korai felismerését és – szükség esetén – a beavatkozást, valamint a további fogyatékosságok előfordulásának minimalizálására és megelőzésére kialakított szolgáltatásokat, a gyermekek és idősek körében is;
>
> biztosítják ezeknek az egészségügyi szolgáltatásoknak a lehető legközelebbi hozzáférhetőségét az emberek saját közösségeihez, beleértve a vidéki területeket is" *(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, 25. cikk, b. és c.)*
>
> „…és biztosítják a fogyatékosságból fakadó szükségletekhez kapcsolódó megfelelő és megfizethető szolgáltatásokhoz, eszközökhöz és más segítségnyújtáshoz való hozzáférést." *(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, 28. cikk, 2. pont, a.)*[20]

4.3.2 Gyermekeket érintő jogok a hazai törvényalkotásban

A ratifikált nemzetközi egyezmények mellett Magyarországon a gyermekek egészséges fejlődéshez, illetve a különböző (speciális) szolgáltatásokhoz való hozzáférésének jogát biztosító jogszabályok egy részének nemzetközi dokumentumok képezik az alapját.

Az 1993-ban elfogadott *Fogyatékossággal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai* című dokumentum felhasználásával készült Magyarországon az *1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról*, amelynek egyetlen paragrafusa tartalmaz a korai ellátásra vonatkozó kitételt:

20 A Convention on the Rights of Persons with Disabilities szövegének magyar nyelvű fordítása a 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről című dokumentumban néhol nincs összhangban a fogyatékosságról vallott, korszerű gyógypedagógiai szemlélettel (például a fogyatékosságot betegségként aposztrofálja állapot helyett), ezért az eredeti dokumentumot használtam – a szerző.

> „A fogyatékos személynek joga, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai nevelésben, iskolai nevelésben és oktatásban, fejlesztő felkészítésben, szakképzésben, felnőttképzésben, továbbá felsőoktatásban vegyen részt a vonatkozó jogszabályokban meghatározottak szerint." *[1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. § (1) bekezdés]*

> „A kiskorú fogyatékos személyt megilleti az a jog, hogy fejlesztése késedelem nélkül megkezdődjön, amint fogyatékosságát megállapították." *[1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. § (3) bekezdés]*[21]

Az 1998. évi XXVI. törvény 2013-as módosítása után már a fogyatékos személyek közszolgáltatásokhoz (azaz az állami költségvetésből finanszírozott szolgáltatásokhoz, adott esetben például a gyermekjóléti, gyermekvédelmi szolgáltatásokhoz, egészségügyi ellátáshoz, házi orvosi-gyermekorvosi szolgáltatáshoz, szakszolgálati ellátáshoz) való egyenlő esélyű hozzáférésének biztosítására vonatkozóan is tartalmaz külön kitételt:

> „A fogyatékos személy számára – figyelembe véve a különböző fogyatékossági csoportok eltérő speciális szükségleteit – biztosítani kell a közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférést." *[1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 7/A. § (1) bekezdés]*

Több európai uniós irányelv hazai jogrendszerbe való illesztésével született meg *Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény,*[22] amely a prevenció és a szűrés, a felismerés fontosságára, illetve ennek mindenki számára való biztosítására hívja fel a figyelmet:

> „Az egyenlő bánásmód követelményét a szociális biztonsággal összefüggésben érvényesíteni kell, különösen az egészségügyi szolgáltatásnyújtás, ezen belül

21 Az 1998-as törvényre alapozva került be az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat célkitűzései közé a korai gyermekkori intervenció jogi és finanszírozási rendszerének szabályozására vonatkozó célkitűzés, vagyis az egészségügyi, szociális és oktatási rendszerekben a fogyatékos kisgyermekek ellátását biztosító intézmények és szolgáltatások ellátórendszerének felülvizsgálata, illetve az állami források célzottabbá tételével a rendszer fejlesztése [10/2006. (II. 16.) OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról].

22 Nyolc európai uniós irányelv átültetése történt meg, közöttük két olyan nagy jelentőségű irányelvé, mint a 2000/43/EK irányelv a személyek közötti, faji vagy etnikai származásra való tekintet nélküli egyenlő bánásmód elvének végrehajtásáról és a 2000/78/EK irányelv a foglalkoztatási és munkahelyi egyenlő bánásmód általános kereteinek végrehajtásáról.

> a) a betegségmegelőző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvétel,
>
> b) a gyógyító – megelőző ellátás… során." *[2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 2003, 25. § (1) bekezdés]*

Alkotmányos előzmények után[23] a 2012-ben elfogadott Alaptörvény szintén tartalmazza azokat az alapvető jogokat, amelyek a hátrányos megkülönböztetés tilalma mellett a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogát, valamint a testi és lelki egészséghez való jogát hangsúlyozzák:

> „Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz." *[Alaptörvény, XVI. cikk (1)]*

> „Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez." *[Alaptörvény, XXI. cikk (1)]*

A fenti jogok biztosítása a kisgyermekes családok esetében különös jelentőséggel bír, hiszen a gondoskodó, optimális fejlődést biztosító környezet hiánya, a megkésett, eltérő fejlődés korai felismerésének elmaradása jelentős hátrányt jelent a felnőttkori életminőség alakulására.

Az *1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásáról* az ENSZ gyermekjogi egyezményével összhangban megfogalmazott kulcsdokumentum, amely előtérbe helyezi a gyermekek jogait és érdekeit, és elsőbbséget biztosít a gyermek családban történő nevelkedésének. Ehhez különböző támogatásokat és szolgáltatások igénybevételét vagy közvetítését biztosítja, meghatározza a veszélyeztetettség megelőzésével, felismerésével és kezelésével kapcsolatos feladatokat. Helyettesítő védelmet biztosít azoknak a gyermekeknek, és gondoskodik teljes körű ellátásukról, akik hatósági intézkedések következtében kerülhek ki családjukból. Kiemelt feladatként határozza meg a gyermekek családjukba való visszahelyezését.

> „E törvény célja, hogy megállapítsa azokat az alapvető szabályokat, amelyek szerint az állam, a helyi önkormányzatok és a gyermekek védelmét ellátó természetes és jogi személyek, továbbá jogi személyiséggel nem rendelkező más szervezetek meghatározott ellátásokkal és intézkedésekkel segítséget

23 Az 1949. évi XX. törvény a Magyar Népköztársaság Alkotmányának 1989-es módosítása után (amikor már a Magyar Köztársaság Alkotmányáról beszélünk) az alábbi szöveg volt olvasható ebben a tárgykörben: „66. § (2) A Magyar Köztársaságban az anyáknak a gyermek születése előtt és után külön rendelkezések szerint támogatást és védelmet kell nyújtani.
67. § (1) A Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családja, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges."

nyújtsanak a gyermekek törvényben foglalt jogainak és érdekeinek érvényesítéséhez, a szülői kötelességek teljesítéséhez, illetve gondoskodjanak a gyermekek veszélyeztetettségének megelőzéséről és megszüntetéséről, a hiányzó szülői gondoskodás pótlásáról, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásból kikerült fiatal felnőttek társadalmi beilleszkedéséről." *[1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 1. § (1)]*

4.3.3 A gyermekjogok érvényesülése

4.3.3.1 Rövid nemzetközi áttekintés

Az UNICEF állásfoglalása szerint a gyermekjogi nevelés és a gyermekjogi megközelítés az emberi jogi nevelés és az emberi jogi megközelítés szélesebb csoportjába tartozik, de a gyermekjogi előírásokat és alapelveket sokkal szisztematikusabban alkalmazzák, különösen a hat ernyőszerű gyermekjogot, azaz a Gyermek jogairól szóló egyezmény 2., 3., 4., 5., 6., 12. cikkelyeit. Ezek pedig: a *diszkrimináció vagy megkülönböztetés tilalma* (nem, vallás, bőrszín, származás, fogyatékosság alapján való megkülönböztetés, de megkülönböztetést jelenthet az alultápláltság, a nem megfelelő gondoskodás, a korlátozott lehetőség a játékra, vagy az érzések és vélemények szabad kinyilvánításának akadályozása stb.); a *legfőbb érdek figyelembevétele* (például a szülőtől való elválasztás kerülése, a szabadság korlátozása, a bántalmazás tiltása stb.); *a gyermekjogok lehető legnagyobb mértékben való érvényesítése*; a *családi és közösségi útmutatás a kibontakozó képességekkel összhangban* (például a szülő gyermek iránti felelőssége; a gyermek folyamatos fejlődésének tiszteletben tartása és biztosítása); *az élethez és a fejlődéshez való jog* (például egészség és pszichoszociális jólléthez való jog, erőszakos cselekményektől való megóvás) és a *részvétel joga* (például szabad véleménynyilvánítási jog, védelem minden gyermekre káros gyakorlattól) (Herczog, 2009b; UNICEF, 2014c, 2014a).

Az ENSZ Gyermekjogi Egyezmény egyik alapelve, hogy a gyermekeket kivétel nélkül minden jog megilleti, mégis a mai napig több millió gyermeket ér hátrányos megkülönböztetés neme, vallása, bőrszíne, származása, nézetei miatt, vagy mert fogyatékossággal él. Így például a lánygyermekek nagyobb eséllyel válnak erőszak, bántalmazás áldozataivá, beleértve a lelki, fizikai vagy szexuális erőszakot is. 11%-ukat 15 éves koruk előtt férjhez adják, megsértve ezzel az egészséghez, oktatáshoz és a védelemhez való jogaikat (UNICEF, 2014c). A fogyatékosság kérdéskörét tekintve elmondható, hogy a világban ma minden huszadik 14 éves vagy annál fiatalabb gyermek valamilyen szintű fogyatékossággal él. Sokuk kerül emiatt perifériára, kiközösítik, elhanyagolják őket. Egy 2007-ben végzett felmérés szerint az Egyesült Királyságban a fogyatékos gyermeket nevelő családok 70%-a véli úgy, hogy a környezetükben élők ismeretei a fogyatékosságról nem megfelelőek, és a családok 50%-a tapasztalt valamilyen őket ért intézményi hátrányt, például az óvodában (UNICEF, 2013a).

Jelenleg 500 millió és másfél milliárd közé tehető azoknak a gyermekeknek a száma, akik évente erőszak, kizsákmányolás vagy durva bánásmód áldozatai lesznek. Ezek

a traumák hosszú távon kihatnak a gyermekek fizikai és mentális egészségére, rontják tanulási és beilleszkedési képességeiket, és megnehezítik a felnőtté válás folyamatát. Minden gyermeknek – nemétől, kulturális, vallási és társadalmi-gazdasági hovatartozásától függetlenül – joga van ahhoz, hogy biztonságban nőhessen fel. Ennek ellenére a gyermekek világszerte ki vannak téve az erőszak veszélyének: háborús övezetekben, az utcákon, az online térben, de még otthonukban, iskolájukban is (UNICEF, 2013b). Egy 190 országra kiterjedő kutatás a gyermekek elleni erőszak globális formáit vizsgálta, köztük a személyek közötti erőszak típusainak – fizikai, érzelmi és szexuális – megjelenését. Az eredmények alapján a 2–14 éves korú gyermekek között átlagosan 10-ből 6 gyermek (közel 1 milliárd) rendszeres, gondviselőik által elkövetett testi fenyítésnek van kitéve. A legtöbb esetben a gyermekek a testi fenyítés és a pszichológiai agresszió együttesének áldozatai. Az adatot szolgáltató országok háromnegyedére igaz, hogy az alacsony gazdasági státuszú, illetve az oktatásban egyáltalán nem részesülő vagy alacsonyan képzett felnőttek nagyobb valószínűséggel támogatják a testi fenyítést, mint tehetősebb, illetve képzettebb polgártársaik. A gyermekek ellen elkövetett erőszak mögött leggyakrabban éppen a gondozásukkal megbízott személyek vagy azok állnak, akikkel a gyermekek napi szinten kapcsolatba kerülnek: szülők, gondozók, kortársak és közel álló személyek (UNICEF, 2014b; UNICEF, 2014e). Az érzelmi bántalmazásról nincsenek egyértelmű adatok a mérés nehézsége okán, ezért a bántalmazások megoszlása sem mutatható ki egyértelműen. Egy amerikai kongresszusi jelentés szerint 2005–2006-ban a minden 58. gyermeket érintő sértés 61%-a elhanyagolás, 44%-a pedig erőszak volt, ez utóbbiból 58% fizikai, 27% esetében érzelmi, 24% pedig szexuális abúzus. A korcsoportokat tekintve ugyan a sértettség a 0–2 éves korban kisebb, mint az idősebb korosztályoknál, de nagy valószínűséggel a felfedezési arány rosszabb az alacsonyabb életkorokban. Bántalmazás szempontjából a 6–8 évesek a legveszélyeztetettebbek. A fogyatékos gyermekek fizikai abúzusa és elhanyagolása alacsony arányú ugyan, de a sérülések mértéke sokkal komolyabb, mint a vonatkoztatási csoportban, ahogyan az érzelmi elhanyagolás is magasabb arányban van jelen (Sedlak és mtsai, 2010). A becslések szerint Európában minden ötödik gyermek szexuális erőszak áldozatává válik valamilyen formában (Congress of Local and Regional Authorities of the Council of Europe, 2013).

Minden gyermeknek joga van az élethez és a fejlődéshez, mégis az UNICEF legfrissebb jelentése szerint, bár az ötéves koruk előtt életüket vesztő gyermekek száma közel a felére csökkent az elmúlt két évtizedben – az 1990-ben regisztrált évi 12,6 millióról 2013-ra 6,3 millióra esett vissza –, ez még mindig azt jelenti, hogy közel 16 000 gyermek hal meg naponta olyan okok miatt, amelyek megelőzhetőek lennének: megfelelő táplálkozással, tiszta ivóvízzel, a fertőzések megelőzésével, védőoltásokkal, gyógyszerekkel. Az ötéves kor alatti gyermekhalálozások 44%-a újszülöttkorra tehető (UNICEF, 2015b). Noha sikerült komoly előrelépéseket tenni a gyermekbetegségek leküzdése terén, a tüdőgyulladást és a hasmenést továbbra is az ötéves kor alatti gyermekhalálozások legfőbb okaiként tartják számon. Az egyenlőtlenségek nem csak az alapvető táplálék vagy ivóvízhez való hozzájutás esetében befolyásolhatják a gyermekhalálozást. A leggazdagabb környezetbe születő gyermekeknek közel háromszor nagyobb az esélyük arra, hogy szakember segíti

a világrajövetelüket, mint a szegény családból származóknál. Ennek az adatnak a jelentőségét az adja, hogy a csecsemőhalálozások 60%-át a szülés előtti és közbeni komplikációk okozzák (UNICEF, 2014d).

A világon ma 165 millió öt év alatti kisgyermek alultáplált, és nem fejlődhet korának megfelelően. Azok a gyermekek, akiket kizárólag anyatejjel táplálnak, tizennégyszer nagyobb eséllyel élik túl az első hat hónapot, mint azok, akiket nem szoptatnak. A születést követő első napon megkezdett szoptatás akár 45%-kal is csökkentheti a csecsemőhalál kockázatát (UNICEF, 2013c). Segíti a gyermekek tanulási képességét, és hozzájárul a túlsúly, illetve a később fellépő krónikus betegségek megelőzéséhez is (Harder és mtsai, 2005; Huang, Vaughn és Kremer, 2016). Annak ellenére, hogy a szoptatás jótékony hatásai világszerte ismertek, 2015-ben a világ hat hónaposnál fiatalabb csecsemőinek mindössze nagyjából kétötödét táplálták kizárólag anyatejjel (UNICEF, 2015b). Mint az emberi élet elengedhetetlen feltételét, 2010 júliusában az ENSZ Közgyűlése alapvető emberi joggá nyilvánította a biztonságos és tiszta ivóvízhez, valamint a megfelelő tisztálkodási és higiéniai lehetőségekhez való hozzáférést. Ugyanakkor a nem megfelelő ivóvízhez való hozzáférés és a higiénés körülmények elégtelensége évente 59 millió öt év alatti gyermek haláláért felelős (WHO, 2015b). A betegségek nagy részének megelőzésére és kezelésére már létezik gyógyszer és védőoltás. A szegénység, a kitelepítések, a konfliktusok, az orvosok és a kórház hiánya vagy a nagy távolság miatt azonban ezek nem mindig érik el a rászoruló gyermekeket és családokat. Évente a világon 1,5 millió gyermek hal meg azért, mert nem kapja meg a szükséges védőoltásokat (WHO, 2008). 2014-ben az egy éven aluli gyermekek közül 18,7 milliónan nem kapták meg az első kombinált kötelező védőoltást (WHO, 2015a).

Minden gyermeknek joga van ahhoz, hogy anyagi biztonságban és jóllétben, hátrányos megkülönböztetés nélkül nőjön fel. Az UNICEF értékelése szerint jelentős előrelépés történt a gyermekek jogainak érvényesülésében, ennek ellenére az elmúlt 25 év a földrajzi különbségek és a társadalmi egyenlőtlenség tekintetében kevés változást hozott. Az országokon belül komoly eltérések figyelhetőek meg a gyermekek esélyeit és jogaik érvényesülését illetően. Erőteljes befolyásoló tényező a születési hely, a család jövedelmének nagysága, az, hogy milyen társadalmi vagy etnikai csoporthoz tartozik a gyermek, fiúnak vagy lánynak születik-e stb. Az UNICEF nagy hangsúlyt fektet a szociális és gazdasági intézkedések gyermekekre gyakorolt pozitív hatására, a családok támogatására, a gyermekszegénység kérdésének prioritássá emelésére (UNICEF, 2015a). A téma fontosságát az Európai Bizottság Független Szakértői Hálózatának a társadalmi befogadásról tett jelentése is kiemeli (Network of Independent Experts on Social Inclusion, 2014), amely megállapítja: a társadalmak jövőbeni fejlődése alapvetően függ attól, hogy egy gyermeknek van-e esélye a benne rejlő képességek és készségek kibontakoztatására, ezért is kell a gyermekek esetében egyszerre jelentőséget tulajdonítani a gyermekszegénység és társadalmi kirekesztés elleni küzdelemnek, valamint a jóllétük biztosításának. A jelentés az Európai Unió tagországait két dimenzió alapján, aszerint, hogy a gyermekek hány százaléka van kitéve a szegénység, illetve a társadalmi kirekesztés kockázatának, négy kategóriába sorolja. (Lásd *4–3. táblázat.*)

4–3. táblázat: Az Európai Unió országainak gyermekszegénység és kirekesztés szempontjából való kockázati besorolása (2012)

Kockázati kategória	Tagállamok (szegénységgel és társadalmi kirekesztéssel érintett gyermekek százaléka)
Nagyon magas kockázat	Lettország (40%), Magyarország (40,9%), Románia (52,2%), Bulgária (52,3%)
Magas kockázat	Egyesült Királyság (31,2%), Litvánia (31,9%), Spanyolország (33,8%), Horvátország (33,8%), Olaszország (33,8%), Írország (34,1%), Görögország (35,4)
Közepes kockázat	Észtország (22,4%), Franciaország (23,2%), Belgium (23,4%), Luxemburg (24,6%), Szlovákia (26,6%), Ciprus (27,5%), Portugália (27,8%), Lengyelország (29,3%), Málta (29,7%)
Alacsony kockázat	Finnország (14,9%), Dánia (15,3%), Szlovénia (16,4%), Hollandia (16,9%), Németország (18,4%), Csehország (18,8%), Svédország (19,4%), Ausztria (20,9%)

Forrás: Network of Independent Experts on Social Inclusion, 2014

A gyermekjogok érvényesülése kapcsán a jelentés hangsúlyozza, hogy azokban az országokban, ahol alacsony a gyermekszegénység és a gyermekekkel szembeni társadalmi kirekesztés kockázata, ott hatékonyan működik a gyermekjogi megközelítés, és magas a gyermekekkel kapcsolatos jogok ismertsége. A nagyon magas kockázatú országok esetében, így Magyarországon is, a jelentés szerint a jogszabályok ugyan egyértelműen rögzítik a gyermekjogokkal kapcsolatos elvárásokat, ezek érvényesülése azonban a szakpolitikákban erősen korlátozott (Network of Independent Experts on Social Inclusion, 2014). Megjegyzendő, hogy az Európai Bizottságnak egy másik dokumentuma, a nemzeti romaintegrációs stratégiák végrehajtásával kapcsolatban kiadott közlemény Csehország és Szlovákia mellett Magyarországot is a roma gyermekek széles körű szegregációjának kirívó példájaként említi (Európai Bizottság, 2013).

4.3.3.2 A magyarországi helyzet

A *gyermek legfőbb érdekének védelme,* amely a gyermekek jóllétéhez szükséges védelmet és gondozást biztosítja az ehhez szükséges törvényhozási és közigazgatási intézkedések meghozatalával (figyelembe véve a gyermek szülei, gyámjai és az érte törvényesen felelős más személyek jogait és kötelességeit egyaránt) több helyen sérül, hiszen a hatályos magyar jogszabályok nem minden esetben veszik figyelembe a gyermekjogi egyezmény ezen cikkét (például az igazságszolgáltatásban az elzárással összefüggésben, a testi fenyítés alkalmazásakor, bántalmazás kezelésekor stb).

A bántalmazás, elhanyagolás kérdéskörét tekintve a rendelkezésre álló adatok csak a jéghegy csúcsát mutatják. 2013-ban a gyermekjóléti szolgálat látókörébe közel 7000 bántalmazott gyermek került, akiknek 88%-át családjukban érte a bántalmazás. Fizikai

erőszakot a gyermekek 35%-a, lelki bántalmazást 60%-uk, szexuális erőszakot 5%-uk szenvedett el. Az elhanyagolt regisztrált gyermekek száma közel 29 000, ennek fele a fizikailag, másik fele az érzelmileg elhanyagolt gyermekek köre (Központi Statisztikai Hivatal, 2014c). Igazából a rossz bánásmódról nincsenek pontos adatok, sokszor nem kerül napvilágra a gyermekek ellen a családban elkövetett bárminemű erőszak, még akkor sem, ha ennek huzamos ideig kiszolgáltatott a gyermek. A cselekmények látenciája nagyon magas, egyes becslések szerint esetek tízezrei maradnak titokban, ahol a bántalmazások hatására a gyermekek súlyos testi, lelki károsodást szenvednek el. A kiderítetlenség okai között valószínűleg a családon belüli titok, a szolgáltatások, megelőző, kezelő programok és szakemberek hiánya, a jogalkalmazás esetlegessége, a szakemberek felkészületlensége, eszköztelensége, felelősségének hiányai szerepelnek (Herczog, 2013).

Egy korábban végzett kutatás szerint, mely Magyarországon első ízben térképezte fel a családon belüli erőszak előfordulását, a gyermekverés a magyar társadalomban elfogadott fegyelmezési eszköz: a szülők 70%-a értett egyet azzal, hogy a szülőnek joga van megpofozni a gyermekét, ha az megérdemli (Nagy O., 1999). 2004-ben az Európa Tanács tagállamainak parlamenti közgyűlésén elfogadták azt a célkitűzést, mely szerint egész Európában legyen tilos a testi fenyítés minden formája. Még ugyanebben az évben Magyarországon módosították az 1997-es gyermekvédelmi törvényt, és a gyermeki jogok közé beemelték a testi fenyítés teljes tilalmát. Ennek értelmében nemcsak a kegyetlen, embertelen, megalázó testi fenyítés, a fizikai bántalmazás durva formái, hanem a testi fenyítés minden formája tiltott. A szakemberek azt az álláspontot fogalmazzák meg, hogy a gyermekek semmilyen testi és érzelmi fenyítésnek, fenyegetettségnek, kegyetlen, megalázó bánásmódnak, illetve büntetésnek nem vethetők alá. Problémát jelent, hogy a büntetőjogban nem jelenik meg a testi fenyítés fogalma, a tiltás mellé nem rendeltek szankciót. Ugyanakkor a szülők megfelelő tájékoztatása, preventív jellegű támogatása, szülői készségeik fejlesztése, ismeretekkel való ellátása hiányzik.

Az Európa Tanács Egyezményét, „A gyermekek védelméről a szexuális kizsákmányolás és a szexuális bántalmazás ellen" létrejött megállapodást (Lanzarote-i Egyezmény) Magyarország 2010. november 29-én aláírta, de nem ratifikálta. Az egyezmény a gyermekekre irányuló szexuális erőszak összes formáját (beleértve a gyermekprostitúciót, a pornográfiát, a gyermekek szexuális bántalmazásának és kihasználásának minden formáját) tiltja, és a gyermekkorú áldozatok jogainak védelmét célozza (Európa Tanács, 2007; Congress of Local and Regional Authorities of the Council of Europe, 2013; Council of Europe, 2015). Ezt megelőzően egy 2005-ben megjelent hazai tanulmány szerint, amely egy, a gyermekek elleni szexuális visszaéléseket vizsgáló kutatás eredményeit foglalta össze, a 2000 és 2003 között napvilágra került esetek felében a rendőrség semmiféle szabadságot korlátozó eljárást nem léptetett életbe az elkövetővel szemben. A gyermekáldozatokat az esetek 84%-ában több mint egyszer hallgatták ki, de előfordult, hogy hat-hét alkalommal kellett vallomást tenniük. Speciális, gyermekek kihallgatására alkalmas szobát mindössze egy esetben használtak. A bizonyítékok felderítése közel sem volt kielégítő, helyszíni szemlét az esetek 20%-ában tartottak, forró nyomon egy esetben sem indult nyomozás. Az eljáró hatóság rendszeresen alkalmazta a szembesítés gyakorlatát, mely a sértett gyermek

számára traumatizáló hatású lehet, ráadásul a kutatásban érintett esetek 100%-ában feleslegesnek bizonyult (Diószegi, 2006). Később, 2011-ben a *Pandóra Szelencéje projekt* keretében több országban, köztük Magyarországon is vizsgálták a gyermekek szexuális bántalmazását. A kutatás hazai rendőrségi adatokra hivatkozva megállapította, hogy a tizenkét év alatti, speciális védelmet élvező gyermekek aránya a sértettek között 41%, és az öt év alatti korosztály ellen elkövetett bűncselekmények a legkevésbé felderítettek, a legkevésbé láthatóak. A sértettek nagyjából 80%-a lány. 2006–2010 között a regisztrált bűncselekmények 64%-a jutott el vádemelésig, és átlagosan 36-37%-ukban kapott büntetést az elkövető, tehát az ügyek jelentős része még azelőtt megszűnik, mielőtt a vádemelés történne (Horváth és mtsai, 2011). Az elkövetők 75-85%-a férfi. Bár a rendőrség idegen elkövetőt regisztrál legmagasabb arányban, a hazai szakemberek tapasztalatai és kutatási adatok azt mutatják, hogy az elkövetők nagyobb százaléka a gyermek édesapja, mostohaapja, nagybátyja, ismerőse (Morvai, 2002; Rédai, Sáfrány és Tóth, 2005; Betlen és Pap, 2012). A bántalmazás gyakran olyan korban kezdődik, amikor a gyermek még nem is érti, hogy mi történik vele, nem képes visszautasítani a közeledést. A gyermekek számára maga a büntetőeljárás hasonlóan nagy traumát jelent, mint a sérelmükre elkövetett bűncselekmény. Az eljárás során a gyermeket többször meghallgatják, ami további traumát idézhet elő (Komp, 2014). Az ombudsmanhoz érkező beadványok a 2013-as évben a korábbi évekhez hasonlóan nagy arányban a gyermekvédelmi, gyermekjóléti szervek mulasztásaival, a gyermekvédelmi jelzőrendszer működési problémáival kapcsolatos eseteket ölelték fel. Az alapvető jogok biztosa a bántalmazás, elhanyagolás kérdéskörre kapcsán megállapította, hogy jelenleg a hazai feltételrendszer, a szolgáltatói, intézményes háttér nem megfelelő ahhoz, hogy a jelzőrendszeri tagok számára biztosítaná kötelezettségeik teljesítését. A jelzést követően a gyermekvédelmi rendszer nem működik gyorsan, pontosan és hatékonyan. A jelentés a hatósági eljárások kritikája mellett rámutatott a rendszerszintű, szabályozásból adódó visszás elemekre is (Kovács, 2014). Az esetekben megnyilvánuló jelenségek kimerítik a rendszerabúzus tényét.[24]

A gyermek joga az élethez, fejlődéshez felöleli többek között a gyermek testi és lelki fejlődéséhez szükséges létszükségleteinek, az egészségügyi ellátásnak, valamint a szükségletekhez illeszkedő szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek a biztosítását. Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer fejlettségét jól mutató indikátor, a csecsemőhalálozási arányszám 2000 óta felére csökkent, és 5 ezrelék alá esett, bár még így is jóval meghaladja a fejlett európai országokét. Az egy éven aluliak halálozásában meghatározó szerepet játszik a születéskori súly. A csecsemőhalálozások több mint fele 1500 gramm alatti éretlen újszülötteknél következik be (Központi Statisztikai Hivatal, 2014a). Az egészségügyi ellátás

24 A rendszerabúzus fogalmán az intézményi erőszak olyan formáit értjük, amelyek az ellátórendszerből fakadóan vagy a rendszer diszfunkcionális működése következtében okoznak kárt, hátrányt (Herczog, 2009a). Az eredeti meghatározás szerint: a rendszerbántalmazás az a károkozás, amely a gyermeket azoknak a közpolitikáknak vagy programoknak a kontextusában éri, amelyeknek a gondoskodást és védelmet kellene biztosítaniuk. Ez esetben a gyermek jóllétét vagy biztonságát egyének cselekedetei vagy rendszerek, illetve intézmények megfelelő politikájának, gyakorlatának vagy eljárásának hiánya ássa alá (Cashmore, Dolby és Brennan, 1994).

másik alapindikátoraként használt alacsony születési testsúly mutatója alapján a hazai élve születésekre vetített kis súlyú újszülöttek aránya gyakorlatilag nem csökkent, 2008–2014 között 8,3–8,9% közötti értéket mutat.[25] (A témáról lásd bővebben *A hazai kora gyermekkori intervenciós rendszer működése és ellátásbeli egyenlőtlenségei* című fejezetet.) A koraszülésekhez gyakran jól azonosítható anyai és magzati kórképek vezetnek, de az esetek jelentős részében a szülés minden előzetes tünet nélkül következik be. Ezekben az esetekben a szakemberek az okokat elsősorban a család szocioökonómiai hátterével és az azzal összefüggésbe hozható negatívan ható életmódbeli tényezőkkel magyarázzák. Például a várandósság alatti dohányzók aránya egy hivatkozott kutatás szerint az 1997–2005-ös időtartamot tekintve országosan 14,4% volt, de néhány megyében a 25%-ot is elérte (például Borsod–Abaúj–Zemplén megyében). Ezekben a megyékben a koraszüléseknek is lényegesen magasabb a prevalenciája (Fogarasi-Grenczer és Balázs, 2012).

A hatékonyabb megelőzéshez a prevenció területén dolgozó szakemberek új módszerekkel, eszközökkel való felvértezésére, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítására lenne szükség. Magyarországon összességében is az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás mind vertikálisan, mind horizontálisan egyenlőtlen, az ellátás régióspecifikus, a hozzáférési hiányosságok szorosan összefüggenek a területek rossz gazdasági, szociális helyzetével. Minél nagyobb szükség lenne a településen, településrészen magas színvonalú ellátásokra, annál kevésbé érhetők el, mivel nemcsak a lakosság, hanem a fenntartó önkormányzatok is szegények. A hátrányos helyzetű térségekben alacsonyabb a házi gyermekorvosok száma, inkább vegyes praxisokban látják el a gyermekeket, de számos helyen betöltetlenek az orvosi praxisok és a védőnői állások. Kutatási adatok szerint ezekben a régiókban a gyermekek közül többen és rosszabb állapotban kerülnek kórházba, kisebb arányban kapják meg a szakma szabályai szerint a korszerű kezeléseket, tápszereket, fakultatív védőoltásokat, gyakrabban kapnak indokolatlanul antibiotikumot, gyakrabban esnek ki az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokból (Kádár és mtsai, 2010, 2011). A védőnői ellátás kiegyensúlyozottabb, bár jellemző, hogy míg a területi védőnői jelentések alapján az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a él a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben, ugyanakkor a települések felében gondot jelent a védőnői ellátás megszervezése (Kereki, 2011). A leghátrányosabb helyzetű települések kevesebb mint felébe nem jut el családsegítő, gyermekjóléti szolgálatot a települések kétötödében találunk (LHH-adatbázis, 2007). A speciális kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások elérhetősége, minősége és megfizethetősége kívánnivalót hagy maga után, mint ahogy az is jellemző, hogy a különösen elmaradott, vidéki területeken élő családok gyermekei jelenleg nem jutnak hozzá minőségi szolgáltatásokhoz.

Az 1997. évi gyermekvédelmi törvényben ott találjuk a gyermek jogát az egészséges felnevelkedését és jólétét biztosító, saját családi környezetében történő nevelkedéshez, a társadalomba való beilleszkedéshez, az ártalmas környezeti hatások ellen való védelemhez; a fogyatékos gyermek jogát a fejlődését és személyisége kibontakozását segítő különleges

25 Az adatok az Állami Egészségi Ellátó Központ Internetes Magyar Egészségügyi Adattár Regionális Egészségügyi Adattár online adatbázisából származnak (ÁEEK IMEA-REA, 2008–2012).

ellátáshoz; valamint a szülő kötelezettségét is, hogy biztosítsa a gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket (1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 6., illetve 12. §). Ugyanakkor a szülői kötelezettségek területén több hiátus is azonosítható, így például a szülő nem kötelezhető arra, hogy az orvosi vizsgálatokra vagy az óvodába kerülés előtt a szakértői bizottsági vizsgálatokra elvigye a gyermekét, valamint arra sem, hogy a gyermek 3 éves kora alatt a köznevelési törvényben biztosított korai fejlesztést igénybe vegye. A feltételek biztosítása mellett ennek érvényre juttatásához a megfelelő ösztönzők kidolgozására van szükség.

A hátrányos, halmozottan hátrányos, szegény, deprivált családokba született gyermekek (egyszülős családok, tartósan munkanélküli szülők, tizenéves anyák, koraszülött, kis súlyú csecsemők, függőséggel küzdő környezet) kiemelten veszélyeztetettek, ennek ellenére éppen ők nem kapnak megfelelő, magas színvonalú segítséget, tekintettel arra, hogy lakóhelyük többnyire hátrányos helyzetű kistérségekben van, erőforrásaik szűkösek vagy hiányoznak. Ez súlyosan veszélyezteti a gyermekek jogát a fejlődéshez. Különösen igaz ez a mélyszegénységben élő roma/cigány gyermekekre, akiket többszörös megkülönböztetés és hátrány sújt (Herczog, 2013). Az UNICEF 2012-ben megjelent, a gyermekszegénység mérési eredményei alapján készült éves jelentése szerint 2009-ben minden harmadik gyermek nélkülözött Magyarországon, és minden tizedik szegénységben élt. Ezzel Bulgária és Románia mellett Magyarország sereghajtó volt az európai uniós országok listáján. A jelentés arra is felhívta a figyelmet, hogy a gyermekek jóllétét veszélyeztető kockázati tényezők közül a szülők alacsony iskolázottsága, a munkanélküliség és az egyszülős családmodell hazánkban kiemelkedően magas kockázatot jelent (UNICEF Innocenti Research Centre, 2012). A TÁRKI számításai szerint, a Magyar Háztartás Panel és a TÁRKI Háztartás Monitor alapján, 2009 és 2012 között jelentős volt a szegénységi kockázat növekedése a gyermekek körében. 2012-ben a teljes népességben 17%-os, a 0–15 éves gyermekek között 25,5%-os volt a szegénységi ráta (Szivós és Tóth, 2013). Ugyanakkor a KSH 2013-ra vonatkozó adatai a teljes népesség 14,6%-os, a gyermekek 24,6%-os jövedelmi szegénységéről adtak számot (Központi Statisztikai Hivatal, 2014b).

Az UNICEF Magyar Bizottsága által 2012-ben végzett gyermekjóléti kutatás eredményei szerint a magyar gyermekek körében 2009-hez képest nőtt a jóllétükben veszélyeztetettek aránya. Jelenleg minden második gyermek nélkülöz valamilyen szempontból. A legnagyobb mértékben a gyermekek egészséges társas kapcsolataival, kortárs kötődéseivel kapcsolatos szükségletek a leginkább kielégítetlenek. Ez pedig a gyermekkori kirekesztődés egy fontos dimenziója. A gyermekek 42%-a nem tudja rendszeresen meghívni magához a barátait, 35% nem jut el nyaralni, 29% anyagi okok miatt nem vesz részt szabadidős tevékenységekben. Az alapvető szükségletek tekintetében az újonnan vásárolt ruha (21%) és a napi étkezés megfelelő minősége problematikus. Az alapvető szükségletek (étkezés, ruházkodás) az alacsony jövedelmű családok körében sérülnek leginkább, míg az oktatáshoz kötődő szükségletek (például életkornak megfelelő könyv, tanulósarok, tehetséggondozás) kielégítésében és a szociális szükségletek területén valamennyi jövedelmi csoport esetén magas kockázat azonosítható (Gyurkó és Németh, 2013). Más kutatások megállapítják, hogy hazánkban a minimális létfeltételek szinte minden gyermek

számára biztosítottak. A gyermekek nagyjából 0,7-1%-a nem jut hétköznap rendszeres étkezéshez és meleg téli ruházathoz. A minőségi éhezés magasabb arányú, a gyermekek 13%-a nem fogyaszt naponta húst, 14%-a zöldséget, gyümölcsöt. A legelemibb alapszükséglet (hétköznap napi háromszori étkezés) biztosításában nincs különbség jövedelmi helyzet szerint, amihez hozzájárulhat az intézményes étkeztetés és az is, hogy a legszegényebbek is tudják etetni gyermekeiket (Ferge és Darvas, 2011). A kutatási eredmények megerősítik a nemzetközi vizsgálatok megállapítását, miszerint hazánkban a jóllét, illetve nélkülözés szempontjából különösen veszélyeztetettek azok a gyermekek, akiknek szülője alacsony iskolai végzettségű, munkanélküli vagy egyedül gondoskodik gyermekéről (Ferge és Darvas, 2010; Szivós és Tóth, 2013; Központi Statisztikai Hivatal, 2013a).

4.4 Összefoglalás

A kora gyermekkor kiemelt szerepe és a korai életszakaszban nyújtott prevenciós és intervenciós szolgáltatások fontossága a gyermek fejlődésének, a családra gyakorolt hatásnak és a társadalom jövőjének a szempontjából egyaránt igazolható.

Az emberi fejlődés a genetikai adottságok és a környezeti feltételek közötti komplex kölcsönhatás eredménye. Ezek a tényezők a legelső pillanattól összefonódnak, az életút során meghatározó szerepet játszanak. A központi idegrendszeri szabályozási funkciók koordináltan működnek: a kialakuló kognitív képességek szilárd alapját az érzelmi jóllét és a szociális kompetenciák adják, mindezek együttesen pedig a gyermeki fejlődés alapvető építőköveit alkotják. A korai életévekben kialakuló érzelmi és fizikai egészség, a szociális készségek és kognitív-nyelvi képességek mind fontos előfeltételei az iskolai vagy a későbbi munkahelyi és közösségi siker(esség)nek. Az egészséges fejlődést a biológiai és környezeti dimenziók mentén szerveződő rizikó- és védőtényezők összjátéka befolyásolja.

A tudomány egyértelmű bizonyítékokkal rendelkezik arra vonatkozóan, hogy a korai gyermekévekben krónikusan fennálló erős stressz, amit esetleg a szélsőséges szegénység, elhanyagolás, ismétlődő abúzus vagy az anya erős depressziója okoz, toxikus lehet a fejlődő agy számára. A test stresszkezelő rendszerének erős, tartós aktiválása éppen azoknak az agyi területeknek a neuronstruktúráira hat kedvezőtlenül, amelyek a legfontosabbak az iskolai és a munkahelyi sikeres tanulás és viselkedés szempontjából. A felnőttek gondoskodó, válaszkész magatartása, a kiszámítható interakciók, a biztonságos, stabil kapcsolatokat nyújtó, egészséges környezet, a növekedést segítő tapasztalatok segítik a kisgyermekek szilárd agyi struktúráinak kialakulását, az ellenálló képesség megalapozását. Ugyanekkor a szignifikáns hátrányok megakaszthatják a fejlődési folyamatot, korlátozzák a gazdasági és társadalmi mobilitást, ezáltal veszélyeztetik a társadalom életképességét, termelékenységét és fenntarthatóságát.

Az utóbbi évtizedekben zajló longitudinális vizsgálatok eredményei egyértelműen igazolták, hogy a kora gyermekkori programok nemcsak az azokban részt vevők tanulmányi előrehaladásában, eredményeiben, munkaerőpiaci helyzetében vagy bűnözési arányaiban eredményeznek kedvezőbb kimeneteket a kontrollcsoporthoz képest, hanem hosszú távú

társadalmi hasznosságuk is jelentős. Részben a programokban részt vevők többletproduktivitása következtében, részben a megtakarított, elkerült költségek (az igazságszolgáltatásra, büntetés-végrehajtásra, segélyezésre, foglalkoztatási programokra fordított kiadások stb.) miatt. A költség-haszon elemzések igazolták, hogy minél korábban kerül sor a prevenciós, intervenciós befektetésekre, annál magasabb a befektetések megtérülési rátája, nagyobb a programok társadalmi haszna.

A korai életévek fejlődésben betöltött kiemelt szerepe, az egészséges életkezdet támogatásának és a későbbi hosszú távú egészség biztosításának szükséges volta indukálja, hogy a gyermeki jogokban a kora gyermekkor fontossága érvényre jusson. Bár a nemzetközi dokumentumok és a magyar jogszabályok is egyértelműen rögzítik a gyermekjogokkal kapcsolatos kívánalmakat, ezek érvényesülése a szakpolitikákban erősen korlátozott. A gyermekek jólléte közvetlenül tükrözi egy társadalom jóllétét. A gyermekekbe való befektetés nem csak a következő generáció jobb egészségi állapotának, képzettségi szintjének, munkaerőpiaci esélyeinek javítását szolgálja, hanem előmozdítja a nemek közötti egyenlőséget, visszaszorítja az erőszakot, csökkenti a jövedelmi, etnikai és földrajzi egyenlőtlenségeket és a szegénység újratermelődését, elősegíti a hátrányok felszámolását, időben nyújt intervenciós támogatást a fogyatékos személyeknek. Hosszú távon nő a termelékenység, csökkennek a jóléti rendszer fenntartásának költségei, javul az oktatásba fektetett beruházások megtérülése, erősödik a társadalmi kohézió. Egy egészséges, fenntartható, gazdaságilag jól funkcionáló társadalom működése alapozódik meg. A kedvező gazdasági hatások figyelembevétele mellett alapvetően erkölcsi felelősség is a gyermekek optimális fejlődésének a támogatása.

5 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ NEMZETKÖZI HELYZETE

A világ különböző országaiban a kora gyermekkori intervenció értelmezése, tartalma, helye a kormányzati elképzelések között, az intézményrendszer szerveződése, illetve a működés szabályozása, finanszírozása nagyon eltérő formákat ölt. A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzetének megismerését az olyan világszervezetek, mint az UNICEF (UNICEF, 2010), a WHO (WHO, 2012b, 2012c), az OECD (OECD, 2001, 2006, 2012) forrásai mellett a kora gyermekkori intervenciót fókuszba állító nemzetközi szervezet, az *International Society on Early Intervention* anyagai (például Guralnick, 2000; Odom és mtsai, 2003; Guralnick, 2005; Guralnick és Bruder, 2016) vagy a kora gyermekkori szolgáltatások minőségének emelését célként megfogalmazó *International Step by Step Association* tevékenységeinek összefoglalói (Trikic, 2012; Paladiy, 2013) segítik.

Európában két jelentős szervezet emelhető ki, amelyek a kora gyermekkori intervenció ügye mellett elköteleződve a különböző országok rendszereinek megismerését, áttekintését, a közös teendők megfogalmazását tűzték ki célul. Az egyik az Európai Unió szakmai szervezete, a *European Agency for Special Needs and Inclusive Education* (EASNIE, magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért),[26] a másik pedig a *The European Association on Early Childhood Intervention* (Eurlyaid, magyarul: Kora Gyermekkori Intervenció Európai Szervezete). Az EASNIE 32 ország korai és köznevelési (közoktatási) ellátórendszerének működéséről közöl áttekintő anyagokat, figyelve a jogi, finanszírozási kontextusba ágyazottság szempontjaira (EASNIE, 2013). A szervezet két egymást követő időszakban kérte fel az európai országokat a náluk működő kora gyermekkori intervenció leírására, a kulcstényezők összefoglalására. Az országjelentések meghatározott szempontok mentén foglalják össze a saját ellátó- és szolgáltató rendszereik működését, ezzel összehasonlíthatóvá téve ezeknek filozófiáját és gyakorlati megvalósulását, illetve detektálva a változás, fejlődés miként jét. A jelentések esszenciái összefoglaló anyagok formájában megjelentek (EADSNE, 2005, 2010, magyarul: Európai Ügynökség, 2005, 2010).

26 Korábban European Agency for Development in Special Needs Education (EADSNE).

Az Eurlyaid az Európai Unió országainak szülői szervezeteit, szakembereit és kutatóit tömörítő munkacsoportként működik. A speciális ellátási szükségletű gyermekek és szüleik életminőségének javítását, a kora gyermekkori intervenció európai szintű növekedését tűzte ki célul, növelve az ehhez kapcsolódó tudást és a professzionális gyakorlatot. Ennek érdekében kiadványokat, szakanyagokat tesz közzé, kutatásokat kezdeményez, konferenciákat szervez a kora gyermekkori intervenció témájában (Eurlyaid, 1993; De Moor és mtsai, 1993; Carpenter, Schloesser és Egerton, 2009; Pretis, 2011; Eurlyaid, 2012; De Moor, 2012). Az Európai Bizottság több nemzetközi konzorciumban megvalósuló projektet támogat, amelyek a kora gyermekkori intervenció jelenlegi helyzetét térképezik fel a különböző országokban (European Comission, 2012; European Commission/EACEA/Eurydice/Eurostat, 2014a, 2014b). Ezentúl a nemzetközi gyakorlatok leginkább több országot megmozgató projektek tapasztalatainak összefoglalásaként kerülnek nyilvánosságra (Pretis, 2010a, 2010c).

A világ számos országában (gondoljunk elsősorban az afrikai fejlődő országokra) a kora gyermekkori intervenció fejletlen, kiaknázatlan, nincs jogszabályi háttere, az ellátás éppen csak szerveződőben van (Chamera, 2012), illetve elterjesztése a tradicionális kulturális és vallási meghatározottságból fakadóan rendkívül nehézkes. Így például Etiópiában, ahol a helyi, varázslókba vagy gyógyítókba fektetett bizalmat nehéz felülírni (Teferra, 2003), vagy Egyiptomban, ahol a társadalmi előítéletek következtében az eltérő fejlődésű vagy fogyatékos gyermek okán érzett szégyen a szülők részéről a gyermek elutasításával, illetve az intervenciós tevékenység megtagadásával járhat (Khouzam, Chenouda és Naguib, 2003). Vannak azonban olyan fejlődő (pontosabban növekedő gazdasággal rendelkező) országok, mint például India, ahol előrehaladott a kora gyermekkori intervenció megszervezése, bár az ellátó intézmények hatékonysága még kétségtelenül problémás (Kaul és mtsai, 2003). A szintén dinamikusan fejlődő Kínában és az átmenetet képező Dél-Koreában, sok más fejlődő országhoz hasonlóan a nyugati országokban – elsősorban az Amerikai Egyesült Államokban – kifejlesztett szolgáltatásnyújtási modelleket adaptálták. A különbséget az jelenti, hogy míg Kínában a szolgáltatások többsége ingyenes, addig Dél-Koreában a kora gyermekkori intervenciós ellátásokat nem támogatják közpénzből (Hsia, McCabe és Li, 2003; Lee 2003). Máshol (például Brazíliában, Jamaicában) nagy előrelépéseket tettek a speciális támogatást igénylő kisgyermekek és családjuk támogatása érdekében, fókuszba állítva a családi erőforrások kiaknázását (Lumpkin és Aranha, 2003), illetve az otthonalapú ellátást (Thorburn, 2003).

Magyarország számára a fejlett országokban kiépült rendszerek szolgálhatnak tanulságként, és jelenthetik a hazai ellátórendszer korszerűsítéséhez, hatékonyabbá tételéhez hozzájáruló, adaptálható elemek azonosításának lehetőségét. A továbbiakban ennek megfelelően a nemzetközi terepen azonosított legfontosabb szabályozási és finanszírozási jellemzők mellett a szakirodalomban leggyakrabban bemutatott, jellegzetes nemzetközi gyakorlatok leírásán keresztül érzékeltetjük a kora gyermekkori intervenciós modellek közötti különbségeket.

5.1 SZABÁLYOZÁSI, FINANSZÍROZÁSI KÉRDÉSEK

5.1.1 Szabályozási jellemzők

5.1.1.1 Az Egyesült Államok gyakorlata

Az észak-amerikai jogalkotásban a kora gyermekkori intervenció az oktatási ágazat szabályozása alatt áll, az érintett gyermekcsoportra vonatkozó kitételek az *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) című szövetségi törvényben (2004) jelennek meg. A törvény különböző részekre tagolódik. A második rész (Part B) a 3–21 évesek ellátását, ezen belül pedig a 3–5 évesekre vonatkozó kitételeket taglalja, részletesen kifejtve a jogosultsági, finanszírozási kérdéseket is. A 3 éves kor alatti csecsemők, kisdedek kora gyermekkori intervenciós ellátását a harmadik rész (Part C) szabályozza, amely a jogosultak körébe egyrészt besorolja azokat a gyermekeket, akiknél fennáll a fejlődési késés rizikója, másrészt, akiknél egy vagy több területen azonosítható a megkésett fejlődés (fogyatékosság), illetve akiknek a diagnosztizált fizikai, mentális kondíciói nagy valószínűséggel eredményeznek fejlődési késést (fogyatékosságot) (IDEA, 2004). A törvény elég tágan fogalmazza meg a fejlődési késés (developmental delay) fogalmát, a különböző államok maguk döntik el, hogyan definiálják ezt a fogalmat, és kit sorolnak be az ellátotti körbe. Például vannak olyan államok, amelyek az adott életkorban a tipikus fejlődésmenethez képesti 50%-os elmaradást tekintik jogosultsági alapnak (például Arizona, Alaszka), van, ahol kritériumként 25%-ban határozzák meg az elmaradás mértékét (például Iowa, Pennsylvania). Egyes államokban már maga a fejlődési rizikó is jogalapnak számít (például Nyugat-Virginia vagy Új-Mexikó, ahol a biológiai rizikó mellett a környezeti rizikó fennállását is figyelembe veszik), de több államban ezt egyáltalán nem tekintik szempontnak (Early Childhood Technical Assistance Center, 2015.) Azt is eldönthetik az államok, hogy 3 éves kor után nyújtanak-e kora gyermekkori intervenciós ellátást (ezt több helyen meg is teszik), de a szövetségi tematikus adatbázis alapján elmondható, hogy 5 éves kor után már sehol sem adják (The Technical Assistance Coordination Center, 2015). A Part B a fejlődési késés (developmental delay) kifejezést a 3–9 éves korú gyermekekre alkalmazza, és ezzel kapcsolatban kifejti, hogy az egyes államok eldöntik, hogy ezen belül milyen korcsoportra vonatkoztatják (például 3–5 vagy 3–8 évesekre) (Danaher, 2011; IDEA, 2004).

5.1.1.2 Európai gyakorlatok

Az európai országokban szinte sehol sem homogén a kora gyermekkori intervenciós rendszer, jellemzően ágazati szabályozás érvényesül. Három ágazat, az egészségügyi, a szociális és az oktatási osztozik a feladatokon, de hogy a kora gyermekkori intervenció különböző szakaszaiban a három közül éppen melyik szektor és mekkora részben felelős az érintett gyermekeknek és családjuknak nyújtott szolgáltatásért és támogatásért, az számos tényező függvénye. Ezek a tényezők magukba foglalják a gyermek és a család éppen felmerülő szükségleteit, a gyermek életkorát, a szükséges támogatás elérhetőségét, valamint az egyes országok kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásaira és

támogatásaira vonatkozó különböző jogi előírásokat. Például a szűkebben vett kora gyermekkori intervenciós szolgáltatást az Egyesült Királyságban és Franciaországban elsősorban az egészségügyön keresztül látják el, máshol az ellátást nyújtó intézmények többsége a szociális ágazat alá tartozik, mint például Spanyolországban, míg Görögországban az oktatási terület szervezi az ellátást. A különböző országokban a kora gyermekkori intervenció eredményessége és hatékonysága szempontjából alapvetően befolyásoló tényezőnek tekintik az említett három ágazat közötti együttműködést, az egyes szektorok által alkalmazott politika és gyakorlat koordinációját és a döntéshozatal különböző szintjei (helyi, regionális, országos) közötti összehangolt munkát. Vannak országok, például Portugália, ahol a kora gyermekkori intervencióra vonatkozó jogszabályok mindegyik érintett minisztérium (oktatási, egészségügyi és szociális) kompetenciáit meghatározzák, a rendszer működése a szektorok közötti kooperációra támaszkodik, beleértve a civil szervezeteket is. Ugyanígy Dániában törvény határozza meg a különböző szintek szolgáltatásainak céljait és hatókörét. Máshol épp ellenkezőleg, nincs jogszabály a kora gyermekkori intervencióra, például Szlovéniában, ahol nem vezettek be speciális intézkedéseket a szektorok közötti koordináció biztosítására, a különböző szolgáltatások közötti átfedés megelőzésére vagy megakadályozására (EADSNE 2005, 2010; EASNIE 2013).

Az európai országok gyakorlatában a kora gyermekkori intervenció célcsoportjának meghatározásában is különbségek mutatkoznak. Bár az érintett gyermekek korosztályának felső határa a legtöbb országban elvileg a kötelező oktatás megkezdése (a tankötelesség kor sem ugyanaz mindenhol), a korai ellátásból az oktatásba való átmenetre sok különböző gyakorlat látható, egyértelmű stratégia nincs sehol. Van, ahol a 0–5 éves korcsoportra (például Írország), van, ahol a 0–6 (például Portugália, Málta, Svédország), és van, ahol a 0–7 évesekre (például Csehország, Szlovákia) terjed ki a bevontak köre. Jellemző, hogy a legtöbb európai országban a gyermek akkor kaphat kora gyermekkori intervenciós ellátást, ha felmért problémája van. A veszélyeztetettség ténye önmagában nem garantálja a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásban való részvételt (EADSNE, 2005). Az országok egy részében nagyon világos kritériumokat fogalmaznak meg a speciális támogatást igénylő gyermekek azonosítására és csoportosítására vonatkozóan (például Hollandia, Luxemburg), máshol azonban nem határozzák meg egyértelműen a célcsoportot (például Szlovénia), ezért a családoknak nyújtott támogatások nem szükségletalapon kerülnek meghatározásra. Egyes országokon belül is nagy különbségek lehetnek abban, hogy a különböző régiók, tartományok milyen kritériumok alapján határozzák meg a rizikó azonosítását, illetve az eltérő fejlődés vagy fogyatékosság fennállását (például Ausztria) (EADSNE, 2010). Mindenesetre vannak országok, ahol a konkrét terápiás, fejlesztő foglalkozások óraszámát korosztályok szerint (és sérüléstípusok szerint is) differenciálják. Így például Írországban a Department of Education and Skills (Oktatási Minisztérium) rendelkezése szerint egy autizmussal élő gyermek 3 éves kor alatt 10 órányi foglalkozást kaphat, amit az érintett minisztérium ún. „home tuition" nevű támogatással finanszíroz. 3 éves

kor felett az adható ellátási órák száma 20 órára növekszik, ami a támogatás összegében is megjelenik.[27]

Európa-szerte jellemző, hogy a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolható intézkedések a családközpontú ellátás biztosítását támogatják. Különböző szakpolitikai kezdeményezések, országos, regionális, helyi programok és irányelvek születtek, hogy a szülők a lehető legkorábban, illetve a felmerülő szükséglet azonosítását követően azonnal világos és megfelelő információhoz jussanak, hogy az beavatkozási szakasz alatt partneri viszonyban legyenek, bevonják őket az intervenciós terv elkészítésébe, továbbfejlesztésébe és végrehajtásába. A jogszabályok tartalmazzák a szülők folyamatban való részvételének és egyetértésének fontosságát (például Dánia, Írország) vagy a kora gyermekkori intervenciós terv jelentőségét az egyes családoknak történő iránymutatásban (például Portugália). Bár több országban a szülő az, aki a rendelkezésre álló szolgáltatások koordinációját végzi, vannak országok, ahol különböző koordinációs rendszerek működnek, amelyek a fontos és szükséges információk és szolgáltatások összegyűjtését célozzák (például Ciprus, Anglia), és törvényben rögzítik a szolgáltatásokat koordináló személyt, aki a gyermek és családja számára rendelkezésre álló szolgáltatások horizontális és vertikális koordinátora (például Luxemburg) (EADSNE, 2010). Bizonyos országokban problémát jelent, hogy a szülők kérése és beleegyezése nélkül semmilyen terápiás/fejlesztő eljárás nem végezhető. A szülői döntések tiszteletben tartása további kockázatot jelenthet: előfordul, hogy a gyermek nem kap megfelelő ellátást, vagy a hiányzó, rosszul összehangolt prevenciós, információs és továbbítási szakaszok következményeképpen a fejlesztő, terápiás munka későn kezdődik el (Early Childhood Intervention, 2005).

5.1.2 Finanszírozás

5.1.2.1 Az állami beavatkozás szükségessége, jellege és eszközei

Az OECD 1998-ban készített először tematikus vizsgálatot az európai országok és az Egyesült Államok kora gyermekkori ellátással kapcsolatos politikájára vonatkozóan.[28] Bár a szűkebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció a kora- és kisgyermekkori ellátásnak csak egy kisebb, speciális területét alkotja, az 1998-as OECD-kutatás eredményei és tapasztalati között mégis találunk olyanokat, melyek a kora gyermekkori intervenció finanszírozása kapcsán is relevánsak, továbbá még napjainkban is alkalmasak az ágazat általános finanszírozási sajátosságainak bemutatására (lásd OECD, 2001).

27 Dunne, S., a Jonix Korai Fejlesztő Központ (Dublin, Írország) oktatási igazgatója szóbeli közlése alapján. 2010. 09. 15. Az interjút készítette: McGrath, G.

28 Tizenkét országra vonatkozóan történt meg a vizsgálat, ebbe a körbe tartozott: Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Finnország, Olaszország, Hollandia, Norvégia, Portugália, Svédország, az Egyesült Királyság és az Egyesült Államok. A vizsgálat eredményeit az OECD 2001-ben publikálta két kötetben, *Starting Strong* címmel.

A kora gyermekkori intervenció – akárcsak a közoktatás vagy a közegészségügy nagy része – olyan gazdasági tevékenység, mely különféle piaci kudarcok miatt nem képes önállóan működni a piacon. Ez indokolttá teszi az állami beavatkozást szabályozás formájában és a finanszírozás terén egyaránt. A legfőbb piaci kudarc, hogy a korai ellátás externális hatásait[29] a szolgáltatás igénybevételéről döntő szülők nem veszik figyelembe, illetve nem tudják figyelembe venni. A szolgáltatást általában a szülők vásárolják, akár közvetve, akár közvetlenül fizetnek érte. Ők pedig a vásárlási döntésüknél – a rezervációs árban[30] vagy az igénybe vett szolgáltatás „mennyiségében" – jellemzően csak a saját pillanatnyi hasznosságot veszik figyelembe (amelyben természetesen benne lehet a gyermek pillanatnyi hasznossága is), a társadalmi hasznokat azonban nem, illetve előfordulhat, hogy gyermek későbbi életszakaszában jelentkező hasznokat sem. Ennek következtében kevesebbet vásárolnak a szolgáltatásból, mint amennyi társadalmilag optimális lenne. Ennek oka nagyrészt az információhiány. Feltételezhetjük, hogy ha a szülők tisztában lennének a korai ellátás valós hasznaival, akkor egy részük ezt is belekalkulálná döntéseibe (Cleveland és Krashinsky, 2003). Az externália miatt azonban világos, hogy a jól megkonstruált társadalmi ösztönzők még inkább segíthetnék az optimális választást.

Egy másik típusú externália, hogy a szülő, amikor a kora gyermekkori intervenciós ellátás igénybevételéről dönt (még ha ez kényszerhelyzetből is fakad), jellemzően a munkaerőpiacon való részvételéről is dönt. Amennyiben egy időre abbahagyja a munkát, ezzel hatást gyakorol a munkaerőpiac más résztvevőire is – jellemzően költséget generálva számukra rövid és hosszú távon egyaránt.[31] Ezeket a többletköltségeket ugyancsak nem veszik figyelembe a szülők a korai ellátással kapcsolatos döntéseik során (Cleveland és Krashinsky, 2003).

Piaci kudarcnak számít a korai intervenció terén az a méretgazdaságossági probléma is, hogy a fejlesztendő gyermekek aránya egy kohorszon belül igen kicsi,[32] ráadásul az

29 Externális hatásnak (vagy más néven külső hatásnak) nevezzük azt a közgazdasági jelenséget, amikor a piac egyik szereplője tevékenységével úgy okoz pozitív vagy negatív hatást (hasznot vagy költséget) a piac egy másik szereplőjének, hogy köztük közvetlen gazdasági kapcsolat nem áll fenn, és így a tevékenységet végző szereplőnek nincs információja arról, hogy tevékenysége milyen hatást vált ki a piac más szereplőinél. Így a tevékenységgel kapcsolatos döntésében nincs módja (és általában motivációja sem), hogy más érintettek szempontjait figyelembe vegye. Ez a gazdasági jelenség piaci kudarcként értelmezhető, és az állam beavatkozását teszi indokolttá. Az állam különféle szabályozási eszközökkel tud olyan ösztönzőket kialakítani az adott tevékenység körül, melyek hatására a tevékenységet végző szereplőnél is jelentkezik a tevékenység hatására másoknál megjelenő hasznok és költségek egy része vagy egésze. Az externális költségeknek és hasznoknak ezt a kiterjesztését nevezzük internalizálásnak. (Lásd bővebben Stiglitz, 2000; Hirshleifer, Glazer és Hirshleifer, 2009.)

30 Rezervációs árnak hívja a mikroökonómia azt az árat, amelyet egy fogyasztó még éppen hajlandó kifizetni egy adott termékért vagy szolgáltatásért.

31 Ennek részletes bemutatását lásd: Cleveland és Krashinsky, 2003, 31–37.

32 Az arány meghatározásával foglalkozó kutatások nagyon változatos eredményekre jutottak: egyesek 1-2% körülire, mások 10%-ra becsülik a sajátos nevelési igényű gyermekek arányát egy korcsoportban. Az eltérések nagy része definíciós különbségekből fakad (Meijer, 1999).

érintett gyermekek nagyon eltérő problémákkal rendelkeznek, és így ellátásuk eltérő kezelést, eszköz- és szakemberállományt igényel. A korai ellátással foglalkozó intézményeknek szükségszerűen specializálódniuk kell, vagy el kell érniük azt a méretet, amely mellett már fenn tudják tartani azt az eszköz- és szakemberállományt, mellyel valamennyi típusú fejlesztési, terápiás feladat ellátására képessé válnak (Cleveland és Krashinsky, 2003). A nagy méretű intézmények működtetése azonban földrajzi korlátokba ütközik, mely a keresleti és a kínálati oldalon is gondot okoz.

Az államnak – a piaci kudarcok felszámolása terén – abban van felelőssége, hogy (1) egyrészt tájékoztatást nyújtson a szülőknek a korai ellátás jelentőségével kapcsolatban; (2) másrészt fiskális és nem fiskális támogatás révén segítse, illetve ösztönözze a szülőket, hogy a szolgáltatást a társadalmilag optimális mértékben (és minőségben) vegyék igénybe; (3) harmadrészt fiskális és nem fiskális eszközökkel segítse az intézményeket, hogy képesek legyenek rugalmasan alkalmazkodni a változó keresleti igényekhez, valamint hogy egyenletes színvonalú, illetve mindenki számára elérhető szolgáltatást tudjanak nyújtani. Az állami szerepvállalás több szempontból is indokolt a korai ellátás terén, jellege és mértéke tekintetében azonban igen különböző gyakorlatok léteznek. Két fő vonal különböztethető meg: (1) amikor az állam inkább csak szabályozó szerepet vállal, és az ellátórendszer jelentős részét magánintézmények adják; illetve (2) amikor az állam fenntartói szerepet is vállal, és az ellátás nagy részét közszolgáltatás keretében az állami intézményrendszerben szervezik meg (Meijer, 1999).

5.1.2.2 Az állami finanszírozás gyakorlata és eszközei

A kora gyermekkori intervenció finanszírozási gyakorlata nem egységes az uniós országokban, függ a tagországok államszervezeti és fiskális rendszerének felépítésétől és a történeti-kulturális hagyományoktól. Általános jelenség a teljes vagy meghatározó állami szerepvállalás a finanszírozásban, így a legtöbb helyen a korai ellátás közszolgáltatásként elérhető és ingyenes, vagy csak minimális terhet ró a családokra. Az ellátás finanszírozása történhet államilag, az egészségügyi, szociális és oktatásügyi hatóságokon keresztül, vagy megoldható társadalombiztosítás keretében, esetleg adományokból és pályázati pénzekből fenntartott nonprofit szervezeteken keresztül. Ezek a legjellemzőbb formák Európában. Arra is van példa azonban, hogy a korai ellátás nem tartozik az állami feladatkörökbe, így a szolgáltatást kizárólag a családok által fenntartott magánszervezetek biztosítják (Early Childhood Intervention, 2005).

A megismert gyakorlatok alapján megkülönböztetünk *kereslet- és kínálatoldali finanszírozási rendszereket*. A keresletoldali finanszírozási rendszerek a társadalmi igazságosság és az adminisztratív kezelhetőség miatt is egyúttal normatív alapon működő finanszírozási rendszerek. A normatív támogatási rendszerekben közös, hogy az ellátottakhoz kapcsolódik a normatíva, de különböznek abban, hogy hol dönthetnek a támogatás felhasználásáról, pontosabban: közvetlenül jut-e el a támogatás az ellátó intézményhez, vagy az intézményfinanszírozó önkormányzat dönt a tényleges allokációról és a felhasználásról.

A *keresletoldali finanszírozást* alkalmazó országokban a támogatást a gyermekhez kötik, így a gyermek „viszi magával" a fejkvótát abba az intézménybe, ahol foglalkoznak vele. Ilyen megoldás működik például Angliában, Dániában, Hollandiában és a balti államokban. Dániában a „taximeter"-elven túl („a pénz követi a gyermeket") a támogatási rendszer az intézmények aktivitási szintjének (vagyis az ellátott tevékenység mennyiségének) megfelelően osztja szét a forrásokat. Az intézmények költségvetését minden évben újra megállapítják, a korábbi évek költségvetése nem befolyásolja az adott évit. A bölcsődéért, az óvodáért, az iskolai előkészítőért és az egyéb napközbeni ellátásért a helyi önkormányzat a felelős. Az állami költségvetésből érkező szabad felhasználású támogatás az önkormányzatokon keresztül jut el az intézményekhez (EASINE: Denmark, 2013).

A másik megoldás, a kínálatoldali finanszírozás lehet normatív alapon működő és nem normatív alapú, ún. közvetlen szolgáltatásfinanszírozás. A *kínálatoldali normatív támogatási* is állami normatívát jelent, amelyet a szolgáltatásokat megszervezni köteles önkormányzatoknak juttatnak az állami büdzséből. Ez esetben a támogatás nem jut el gyermekhez kapcsolódóan az ellátó intézményhez, mert a felhasználás helyéről, módjáról az intézményeket finanszírozó és fenntartó önkormányzatok döntenek. Itt a normatíva tehát nem a gyermekhez, hanem a gyermek lakóhelyén ellátást szervező, illetve azért felelős önkormányzathoz tartozik. Ebbe a csoportba sorolható például Lengyelország, Csehország stb. A kínálatoldali finanszírozás másik formája, a *közvetlen szolgáltatásfinanszírozás* azt jelenti, hogy az állami költségvetés, illetve a regionális és/vagy a helyi önkormányzat finanszírozza az intézményeket. Ebben a modellben az intézmény törvény szerinti feladatainak ellátását finanszírozzák, a feladatokhoz kapcsolódó normatív igények (például bér, dologi költségek) szerint. Ausztria, Németország, Svájc, Luxemburg, illetve a mediterrán országok (Spanyolország, Portugália, Görögország) sorolhatók ebbe a csoportba, de Írországban is hasonló elven működik a finanszírozás. Spanyolországra jellemző még, hogy az állami és magánintézmények mellett vannak ún. „összehangolt magánintézmények", amelyek az együttműködés keretében megszervezett gyermekcsoportok után kapják az állami hozzájárulást (European Agency, 2013).

Jellemző, hogy a korai intervenciós szolgáltatásokat központi, állami alapokból finanszírozzák. A közösségi finanszírozás forrását általában a központi kormányzat és/vagy szövetségi tartományi/regionális és/vagy helyi alapok adják. A leggyakrabban a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatás finanszírozása a három adminisztrációs szint, az egészségbiztosítási rendszerek és a nonprofit szervezetek finanszírozást generáló tevékenységének kombinációja. A döntéseket általában helyi szinten hozzák arról, hogyan alakítsák a finanszírozást, és ebből mennyi jut a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásokra (EADSNE, 2010). Az 1998-as OECD-kutatás azonosította a kora gyermekkori intervenció finanszírozási oldalának legjellemzőbb és legelterjedtebb eszközeit. Ezek elsősorban a családokat célozzák, másodsorban pedig az ellátást megszervező intézményeket (lásd Cleveland és Krashinsky, 2003) *(5–1. táblázat)*.

5–1. táblázat: Az állami finanszírozás eszközei

Gyermekgondozással kapcsolatos szabadságok és egyéb juttatások	Anyasági/szülői/gyermeknevelési szabadság (táppénzzel vagy anélkül)
Szolgáltatásnyújtás állami feladatellátás keretében	Egyetemes Nem egyetemes (korlátozott érvényű programok, projektek)
A szolgáltatásnyújtás kínálatoldali támogatása	A gyermekgondozással kapcsolatos eszközök és felszerelések beszerzésének és fenntartásának támogatása Gyermekgondozási központok bevételeire vonatkozó adókedvezmények A gyermekgondozási ellátással mint szolgáltatásnyújtással kapcsolatos forgalmiadó-kedvezmények
A szolgáltatásnyújtás keresletoldali támogatása	Gyermeknevelési kiadások mérséklése (kedvezmények vagy adójóváírás keretében) Utalványrendszer a gyermekgondozási szolgáltatások bizonyos típusaihoz Gyermekgondozási támogatás biztosítása az alacsony jövedelmű családok számára, mely a szülők foglalkoztatásától és a gyermekgondozás típusától is függ A szülőknek járó munkabér-kiegészítés A gyermekgondozással kapcsolatos eszközök és felszerelések beszerzésének és fenntartásának támogatása Gyermekgondozási juttatás, mely a szülők képzettségéhez és foglalkoztatásához van kötve Adókedvezmények és közvetlen pénzügyi juttatás az otthoni gondozás támogatására A gyermekgondozással kapcsolatos szülői eszközbeszerzésekre vonatkozó forgalmiadó-kedvezmények
Egyéb pénzügyi programok	Munkáltatói szolgáltatásnyújtás, munkáltatói tőke a szolgáltatás megszervezésében, béren kívüli juttatások a gyermekgondozás és az ellátás kapcsán

Forrás: Cleveland és Krashinsky, 2003 alapján összeállította Kereki Judit

A finanszírozási eszközök hatásossága és hatékonysága kapcsán a különböző szerzők között általában abban van a legnagyobb vita, hogy a kereslet- vagy a kínálatoldali ösztönzők eredményesebbek-e. Előbbi esetben a fogyasztó nagyobb ösztönzést érezhet a szolgáltatás igénybevételére, hiszen közvetlenül ő kapja meg a szolgáltatás vásárlása után a fiskális vagy nem fiskális állami támogatást. Utóbbi esetben azonban az állam befolyással lehet a szolgáltatás minőségi paramétereire is, ami össztársadalmi szempontból lehet fontos momentum. Jellemzően azok támogatják a keresletoldali ösztönzőket, akik hisznek a piac működésében és abban, hogy az állami ösztönzők hatására – és megfelelő állami tájékoztatás mellett – a szülők „jó" döntést fognak hozni. A kínálatoldali ösztönzők mellett azok érvelnek, akik szerint – hasonlóan például a közoktatási intézményekhez – csak erős állami kontroll mellett lehet megfelelő minőségű korai ellátást működtetni, mivel a fogyasztóknak nincs lehetőségük, hogy a szolgáltatás minőségét ellenőrizzék. Ilyen alapon az országok három markáns csoportba sorolhatóak: (1) a liberális államok – jellemzően az angolszász országok – hisznek a piaci mechanizmusokban, és ennek megfelelően inkább a keresletoldali ösztönzőket preferálják; (2) az ún. korporatív vagy konzervatív államok – mint Németország, Ausztria, Olaszország vagy Franciaország – az intézmények történelmi hagyományaihoz, az intézmények egyházi vagy állami fenntartói gyökereihez ragaszkodnak, így a korai ellátás megszervezése kapcsán is inkább a kínálatoldali ösztönzést részesítik előnyben; (3) a szociáldemokrata vagy az ún. intézményi államokban – mint például Svédország vagy Norvégia – az egyetemes jellegű közszolgáltatási keretek jelentik a legfőbb garanciát a közösségi funkciók megszervezésére, ezekben az országokban a kereslet- és kínálatoldali ösztönzőket párhuzamosan alkalmazzák (Cleveland és Krashinsky, 2003).

5.2 KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS RENDSZEREK EURÓPÁBAN

Nemzetközi viszonylatban a kora gyermekkori intervenció területe gyorsan fejlődik, számos kialakuló trend azonosítható (Moore, 2008). Többek között a hangsúly a gyermekfókuszú megközelítésről a családfókuszú megközelítésre helyeződött át, a gyermek mellett a család, sőt annak környezete is a szolgáltatások fókuszába kerül (Bernheimer és Weisner 2007; Coulthard, 2009), illetve a család működésének izolációs modellje helyett egyre inkább az ökológiai rendszerszemléletű modell nyer teret, amely a család működését a szűkebb és a tágabb környezet kontextusában értelmezi (Bronfenbrenner 1994; Guralnick, 2005). A deficitorientált megközelítést az erősségalapú megközelítés váltotta fel, azaz a gyermek problémájára irányuló figyelem és támogatás helyett a gyermek és a család erősségeinek és erőforrásainak támogatására helyeződött a hangsúly (Turnbull, Turbiville és Turnbull, 2000), valamint elmozdulás történt a fragmentált szolgáltatásoktól a családoknak nyújtott holisztikus megközelítésű, egységes integrált szolgáltatások felé (Guralnick, 2008). Ezzel összefüggésben a korábban jellemző multidiszciplináris teammunkától az interdiszciplináris teammunkán keresztül

a transzdiszciplináris megközelítésű teamtevékenység vált követendővé (Carpenter, 2000; Rapport, McWilliam és Smith, 2004; Moore, 2004; Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005). A szemléleti elmozdulások az intézményrendszerek működésének leírásánál jól nyomon követhetőek.

Az európai kora gyermekkori intézményrendszerek történeti kialakulása szempontjából lényeges különbségek figyelhetőek meg. Vannak országok, ahol csak néhány évre tekint vissza a rendszer, lassan alakul ki a szervezeti háttér, mint például Görögország, Észtország vagy Csehország esetében, és vannak olyanok is, mint a német nyelvű országok, ahol a korai ellátásokat tekintve több évtizedes tapasztalattal rendelkeznek. Kora gyermekkori intervenciós központok szinte valamennyi országban előfordulnak valamilyen formában, mégis leginkább a német nyelvű országokra jellemzőek, és itt rendelkeznek a legrégebbi múlttal is az ilyen típusú szervezetek. A skandináv országok esetében nincs elkülönült szervezett intézményrendszer, jellemzően az érintett gyermekeket a mainstream intézményekbe integrálják (EADSNE, 2005).

Az Európai Ügynökség a már említett országjelentések alapján olyan általános érvényű ajánlásokat fogalmazott meg, amelyek alapját képezik a hatékonyan működő kora gyermekkori intervenció megvalósításának. Az öt legfontosabb tényező, amelynek érvényesülnie kell egy országban működő ellátásra nézve:

(1) az *elérhetőség*, azaz a kisgyermekek és családjaik számára minél korábban elérhető, hozzáférhető szolgáltatások biztosítása,
(2) *a közelség*, azaz a család lakóhelyéhez minél közelebb biztosítandó szolgáltatások, amelyek a célpopuláció valamennyi tagjához való eljuttatást segítik,
(3) *a költségfedezet*, azaz az ingyenes vagy csak minimális anyagi terhet jelentő szolgáltatások, szem előtt tartva a családnak mint egységnek a szükségleteit,
(4) *a szolgáltatások sokfélesége:* a három érintett terület – egészségügy, oktatásügy, szociális szféra – által vállalandó feladatok összhangja, szem előtt tartva a preventív jelleget,
(5) *az interdiszciplináris teammunka:* a gyermekek és családjaik ellátásával közvetlenül foglalkozó „szakértők" szakmától független összefogása, harmonikus együttműködése a szülők bevonásával (EADSNE, 2005, 2010; Európai Ügynökség, 2005, 2010).

A kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások szervezettsége és struktúrája (és ezzel az *elérhetőség, közelség* biztosítása) összefügg az adott országban meglevő irányítási, igazgatási rendszer centralizált vagy decentralizált megközelítésével. A legtöbb országban decentralizált rendszer működik, általában egy-két központi intézmény mellett a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódó ellátások és szolgáltatások nagymértékben egy föderális/regionális és/vagy helyi decentralizált modellre épülnek (például Ausztria, Belgium, Dánia, Anglia, Finnország, Hollandia, Németország, Norvégia, Spanyolország, Svájc vagy Svédország). Más országokban azonban a centralizált és a decentralizált rendszert kombinálva alkalmazzák úgy, hogy a felelősségeket és a feladatokat igyekeznek megfelelő módon elosztani az egyes szintek között (lásd például Észtország, Franciaország, Görögország, Írország, Lettország, Litvánia vagy Málta). Általános tendencia, hogy

a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásokat minél közelebb telepítsék, illetve nyújtsák a gyermekeknek és családjaiknak, hogy egyenlő hozzáférést biztosítsanak számukra. Portugáliában például törvényben fektették le, hogy az egész ország területén a szolgáltatásokat a lehető legközelebb viszik a gyermekekhez és családjaikhoz. Egyes országokban, hogy ez meg tudjon valósulni, az otthoni terápiát helyezik a tevékenység középpontjába (például Svájc vagy Németország egyes tartományai, így Bajorország esetében). Az ellátáshoz való hozzáférést tekintve mégis jellemzőek a regionális egyenlőtlenségek, illetve a városi és a vidéki területek, körzetek közötti különbségek (EADSNE, 2010). A szolgáltatásokhoz való széles körű hozzáférés biztosításának egyik figyelemre méltó példája Svájc, ahol a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásokat, beleértve az otthon nyújtott terápiás ellátást, ugyanolyan minőségben biztosítják a városi és a vidéken élő lakosoknak egyaránt. Finnországban a szolgáltatásokat olyan közel ajánlják fel az érintett otthonához, amennyire csak lehetséges, jelentős távolságok esetén a nemzeti társadalombiztosítási rendszer kompenzálja az utazási és az egészségügyi költségeket (European Comission, 2013).

A költségfedezet elemét tekintve elmondható, hogy az európai országok szakpolitikai intézkedései és kezdeményezései egyértelműen kimondják: a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásoknak és ellátásnak minden erre rászoruló gyermekhez és családhoz el kell jutnia, függetlenül szociális, gazdasági hátterüktől. Az egyes családoknak a szolgáltatásokért alapvetően nem kell fizetniük (például Írországban, Ausztria legtöbb tartományában). Időnként előfordul, hogy a családoktól kisebb összegű hozzájárulást kérnek (például Belgiumban). Vannak szülők, akik valamilyen okból (például nagyobb szakértelem, a kapott szolgáltatás jobb minősége, lakóhelyhez való közelség) magánszolgáltatásokat (is) igénybe vesznek. Egyes országokban (például Angliában) a helyi önkormányzatok bizonyos esetekben adnak támogatást a családoknak a magánszolgáltatás igénybevételére, ha csak ily módon lehet megfelelően biztosítani az ellátást (EADSNE, 2010).

A *szolgáltatások sokféleségének megvalósulása* az egészségügyi, a szociális, az oktatási-nevelési és egyéb szektorok által nyújtott kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások széleskörűségében és a feladatok összehangolásában artikulálódik. Az alábbi táblázatban 26 európai ország jelentése alapján kerülnek összegzésre a különböző szektorok által nyújtott kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások főbb típusai (lásd *5–2. táblázat*).

5–2. táblázat: A különböző szektorok által nyújtott legfontosabb szolgáltatási formák

Egészségügy	Szociális ágazat	Oktatás-nevelés	Egyéb szektorok (civilek)
Az anyaságot és a gyermek egészséges fejlődését támogató orvosi szolgáltatások (amelyek pre- és posztnatális ellátást nyújtanak)	Gyermekvédő szolgáltatások és gyermekfejlesztő központok vagy szolgálatok	Bölcsőde vagy óvoda a mainstream vagy a speciális iskolákban	Kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások és projektek

Egészségügy	Szociális ágazat	Oktatás-nevelés	Egyéb szektorok (civilek)
Egészségügyi központok és klinikák (amelyek diagnosztikai és orvosi kezelési szolgáltatást nyújtanak)	Családi tanácsadó és támogató központok vagy szolgáltatások	Magán és önkéntes iskola előtti, kötelező bölcsődei vagy óvodai szolgáltatások	Koordinatív szolgáltatások vagy sajátos nevelési igényű gyermekekkel és családjaikkal foglalkozó koordinátorok
Családi konzultációs szolgáltatások vagy támogatási szolgáltatások a gyermek és a családok részére	Napközbeni ellátó szolgáltatások, bölcsődék vagy közös játszócsoportok	Pedagógiai-pszichológiai tanácsadó központok vagy szolgálatok és gyermekfejlesztő központok	Gyermek- és családsegítő szolgáltatások
Mentális egészségügyi egységek és rehabilitációs egységek	Az integrációt célzó támogatási szolgáltatások a napközi ellátó intézményekben	Kora gyermekkori intervenciós központok (korai fejlesztő központok) vagy szolgáltatások	
Kora gyermekkori intervenciós központok (korai fejlesztő központok) vagy szolgáltatások	Kora gyermekkori intervenciós központok (korai fejlesztő központok) vagy szolgáltatások	Támogató szolgáltatások (érzékszervi korlátozottsággal élő, súlyosan, halmozottan fogyatékos stb. gyermekek számára)	
	Csecsemőotthonok és súlyosan fogyatékos gyermekek számára létrehozott intézmények		

Forrás: EADSNE, 2010; Európai Ügynökség, 2010 alapján összeállította Kereki Judit

A kora gyermekkori intervenció egészségügyi és szociális modelljei egyaránt fontosnak tartják az *interdiszciplináris megközelítést*, a valódi csoportmunka megszervezése viszont nagy körültekintést igénylő feladat. Ez egyszerre jelenti a különféle szakértők bevonását, valamint a család partnerként kezelését. Közös irányzat a különböző országokban, hogy bárhol, ahol szolgáltatás vagy ellátás található, a szakértők feladatai és a munka tervezése a családok szükségleteihez igazodjék. A szakértők, amennyiben szükséges, és ameddig a család beleegyezik, „a családdal és a családban dolgoznak". Igény szerint természetesen egyéb nevelési intézményekben is végeznek munkát (napközik, óvodák stb.), illetve gyógypedagógiai, kora gyermekkori intervenciós és egyéb központokban is segítenek. Általában egyéni családgondozási terv vagy egyenértékű dokumentum kerül kidolgozásra, és folyamatos a nyomon követés. Megjegyzendő, hogy a szülők bevonása nem képez önálló területet, hiszen a szülők aktív közreműködése a kora gyermekkori intervencióban minden

szempontból alapvető feltétel. A szülőknek együtt kell működniük a szakértőkkel, hogy amikor szükséges, erősíthessék saját kompetenciájukat és önállóságukat (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010).

A továbbiakban az ismertetett szempontokat a különböző vizsgálatba vont országcsoportok (skandináv, mediterrán, német nyelvű, angolszász országok) kora gyermekkori intervencióra vonatkozó filozófiájának és működési gyakorlatának bemutatása differenciálja tovább, amelyeknek helye a különböző ágazatok kontextusában, illetve a közigazgatás keretein belül kerül meghatározásra. Az egészségügyi, a nevelési-oktatási, illetve a szociális ellátórendszer feladatai a kora gyermekkori intervenció egyes szakaszainak – a szűrés, diagnosztika és a fejlesztés, terápiás ellátás – dimenzióin keresztül válnak azonosíthatóvá.

5.2.1 Skandináv országok

A skandináv országcsoport közös jellemzője, hogy lényegében nincs külön kiépített kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer, és nincsenek nagy korai fejlesztő központok, ahol speciálisan csak a rászoruló gyermekek ellátása folyna. Ehelyett, amennyire lehetséges, integráltan próbálják a kora gyermekkori intervencióban érintett gyermekeket a szociális és oktatási ellátórendszer főáramában tartani, kortársaik között. A skandináv országokban a bölcsődei és az óvodai hálózat igen kiterjedt, és jól működik, ami elsősorban annak köszönhető, hogy a gyermekek nagy része már egyéves kora után intézményi ellátásba kerül a szülők szülés utáni relatív korai munkába való visszatérése miatt. (A skandináv államok jellemzően a gyermek 12-18 hónapos koráig biztosítanak gyermekgondozási segélyt.) A jól kiépített kora, illetve kisgyermekkori intézményhálózat a kora gyermekkori intervenció funkcióinak ellátására is alkalmas. Ezekben az országokban a bölcsődékben már 1-2 éves koruktól ott található a gyermekek nagy százaléka, beleértve az eltérő fejlődésű gyermekeket is. Akár Svédországot, Norvégiát, Dániát vagy Finnországot tekintjük, egyaránt jellemző a személyre szabott megközelítés, a kliensek személyes felkeresése, nyomon követése (védőnő vagy ifjúsági referens, szociális munkás által). Ezekre az országokra jellemző, hogy a születéstől számított első évben minden gyermeket rendszeresen orvosi kontrollnak vetnek alá. Ha korai problémák adódnak, az egyéves nyomonkövetési periódus két és fél évre is kiterjeszthető. Ez a gyakorlat kivételesnek számít nemzetközi összehasonlításban, ugyanis más országokban is elérhető ez a szolgáltatás, azonban rendszerint csak másodlagos szinten, azaz, miután már az újszülöttet veszélyeztetettnek nyilvánítják. A kora gyermekkori intervenció megszervezése a skandináv országokban önkormányzati feladat, amit több település együttesen is elláthat (Karlsson és Almqvist, 2004; Almqvist, 2009; Luttropp, Norling és Balton, 2007; Ingemarsson, 2004; Helgevold, 2009; Lau, 2004; Svendsen, 2009; Heinämäki és Lindqvist, 2004; Heinämäki, 2009).

5.2.1.1 Svédország

Svédországban a kora gyermekkori intervenció területén három rendszer működik párhuzamosan: az egészségügyi, az oktatási és a szociális-jóléti rendszer, amelyek között nehézkes a kooperáció. Tájékoztatják egymást, de ez a decentralizált rendszer miatt nem működik megfelelően, ezért a koordinációs feladatok leginkább a szülőkre hárulnak. Korábban az medikális vonal volt erősebb, napjainkban egyre fontosabbnak tartják a szociális és az oktatási perspektívákat. A megyei és községi önkormányzatoknak relatív szabad kezet adnak abban, hogyan szervezzék az ellátást (Karlsson és Almqvist, 2004; Almqvist, 2009).

Az egészségügyi szolgáltatás keretén belül minden várandósnak és partnerének jár a várandósgondozás, amely a rendszeres vizsgálatokat és a szülésre való felkészítést tartalmazza szülőcsoport keretében. A szülőket már ebben az időszakban informálják az állami egészségügyi alapellátást biztosító gyermekegészségügyi szolgáltatásról,[33] amely a gyermek születésétől 6 éves koráig biztosítja az ellátást. A szolgáltatás ingyenes, fenntartója a megyei önkormányzat. A gyermekegészségügyi szolgáltatás keretében gyermekgondozó nővér követi a gyermek növekedését, fejlődését, egészségi állapotát. Az első látogatás a 0–10. nap között a gyermek otthonában zajlik. Az első 3 hónapban a szülők hetente felkeresik a gyermekkel a gyermekegészségügyi szolgálatot, ezt követően pedig a gyermek 6 éves koráig 15 alkalommal látogatják meg az intézményt, ahol tanácsadáson vesznek részt, de itt kerül sor a szűrésekre és a védőoltások beadására is. A szűrések mellett a gyermekorvos időközönként protokollban meghatározott vizsgálattal felméri a gyermek fejlődési szintjét. A gyermekegészségügyi szolgálat pszichológust, logopédust is alkalmaz. Amennyiben az intézmény szakemberei eltérő, megkésett fejlődést sejtenek, beutalják a gyermeket egy gyermekklinikára vagy a gyermekhabilitációs központba. A gyermekhabilitációs központok rendszere teljesen decentralizált, közel van a lakóhelyhez, legtöbbször a helyi kórházhoz csatolva működik, a szolgáltatás ingyenes. A habilitáció célja, hogy a gyermek fejlődését úgy mozdítsa előre, hogy a gyermek minden lehetőséget megkapjon a jövőbeli független életvitelhez. A gyermekhabilitációs központon belül az interdiszciplináris teammunka jól működik, a központ szakemberei támogatják a szülőket önbizalmuk és problémamegoldó képességük erősítésében (Almqvist, 2009).

Az oktatás területén illetékes *Specialpedagogiska skolmyndigheten* (Speciális Nevelési Szükségletű Tanulók Pedagógiai Intézete) elsősorban szűréssel és diagnosztizálással foglalkozik, illetve a rászorulók intézményi ellátásának megszervezésében vesz részt, ellátást csak ritkább esetben nyújt. A gyermek számára a szűrési és diagnosztizálási folyamat után a szükségleteinek megfelelő egyedi fejlesztési tervet alakítanak ki, és általában az Intézet szervezésében kerül ellátásba. Ha lehetséges, a gyermeket a korának megfelelő

33 A gyermekegészségügyi szolgáltatás céljait 1981-ben deklarálta a Svéd Egészségügyi és Jóléti Nemzeti Bizottság, amely a gyermekkori mortalitás, morbiditás és fogyatékosság csökkentését, a szülőkre és gyermekekre ható káros befolyások csökkentését, a szülőknek a szülői szerepük kiteljesítéséhez való támogatását és aktivizálását tűzte ki célul a gyermek számára nyújtott pozitív életkörnyezet kialakításában (Almqvist, 2009).

intézményben, integrált formában igyekeznek ellátni, az Intézet szakembereinek szakmai segítségnyújtása mellett. A szülőknek lehetőségük van más utat választani, és az ún. habilitációs központokba vinni a gyermeküket, ahol speciális foglalkozások keretében egyszerre több szakember teammunkában foglalkozik vele. Kora gyermekkori intervenciós ellátásban a gyermek születésétől 6 vagy 7 éves koráig részesülhet. Közvetlenül az iskolába kerülést megelőzően az iskolai előkészítőben is folyhat kora gyermekkori intervenció. Itt általában kisebb létszámú csoportokban, integráltan szervezik meg a rászorulók ellátását úgy, hogy egy segítőt rendelnek a gyermek mellé. Tehát az ellátásnak Svédországban változatos módjai lehetnek, közös jellemző az integráltan, több szakember bevonásával folyó, egyénre szabott terápia (Luttropp, Norling és Balton, 2007).

A szociális szolgáltatások egyik kulcsintézménye a társadalombiztosítási iroda, amely a napi gondozást és pénzügyi ellátást igénylő családoknak nyújt útmutatást. Szociális szolgáltatásokra, juttatásokra jogosultak mindazok a hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok, akik támogatásra és védelemre szorulnak. Azoknak a gyermekeknek az esetében, akiknél fennáll az elhanyagolás vagy a bántalmazás veszélye, kötelezik a szülőket, hogy részt vegyenek a szociális iroda találkozóin, ahová a gyermek körül működő szakembereket is meghívják. A szociális szolgáltatások feladata rövid periódusokra átmeneti otthonok biztosítása. Sok svéd önkormányzat olyan családoknak is nyújt szolgáltatásokat, támogatásokat, akik nem tartoznak egy kockázati csoporthoz sem. Néhány önkormányzat helyi családi centrumokat tart fenn, ahol a családok találkozhatnak egymással, és bővíthetik szociális kapcsolataikat (Almqvist, 2009).

5.2.1.2 Norvégia

Norvégiában nincs a sajátos nevelési igényhez és a kora gyermekkori intervencióhoz köthető központi intézmény. Az óvodák és bölcsődék a *Barne- og likestillingsdepartementet* (Gyermek- és Esélyegyenlőségi Minisztérium), a sajátos nevelési igénnyel kapcsolatos ügyek pedig a *Kunnskapsdepartementet* (Oktatási és Kutatási Minisztérium) hatáskörébe tartoznak (regjeringen.no, 2015).

A közigazgatási tagoltság tehát itt is megfigyelhető. A feladatellátás kötelezettsége a megyei és a helyi önkormányzatoknál van. Minden helyi önkormányzat rendelkezik ún. pedagógiai-pszichológiai szolgálattal, és minden megyében található gyermekpszichiátriai szolgálat. Ezekben az intézményekben születéstől 18 éves korig foglalkoznak a gyermekekkel. Az ellátás intézményi megszervezésén túl az önkormányzatok felelőssége, hogy anyagi és szakmai támogatást nyújtsanak a speciális ellátást igénylő gyermekek és családjaik számára (Ingemarsson, 2004; Helgevold, 2009).

Norvégiában szinte minden 1-2 éves gyermek bölcsődébe jár. A korai ellátásra szoruló gyermekek prioritást élveznek a bölcsődei felvételnél, tehát a sérült gyermekek többnyire integrált formában, kortársaik között jutnak ellátáshoz. Kevesebb mint 0,5%-uk jár csak speciális bölcsődébe. A szülők kérésére a gyermek otthonában is megkaphatja az ellátást. A terápiák jellemzően heti néhány órától heti 25 óráig terjedhetnek. A gyermekek mellé gyakran személyes segítőt rendelnek. Amennyiben további segítségre vagy speciális ellátásra van szükség, orvosi beutalóval továbbküldhetik a gyermeket a megyei

gyermekhabilitációs központokba, melyek általában kórházi alegységként működnek. Itt a gyermekeket multidiszciplináris team fogadja, amelyben valamennyi érintett szakterület képviselteti magát (nemcsak egészségügyi szakemberek, hanem mozgásfejlesztők, pszichológusok, pedagógusok is) (Ingemarsson, 2004; Helgevold, 2009).

5.2.1.3 Dánia

A kora gyermekkori intervenciót Dániában a holisztikus megközelítés jellemzi. Az interdiszciplináris és ágazatközi munka a gyermekek és családjaik, az önkormányzatok és az intézményrendszer szoros együttműködésén alapul. A kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások decentralizációja biztosítja, hogy a családok könnyen hozzáférjenek a szolgáltatásokhoz. Többszintű (nemzeti, önkormányzati, regionális) és széles körű információ biztosítása jellemző. Közös cél, hogy a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásokat minden gyermek és családja a lehető legkorábbi időszakban, a lakóhelyhez közel, azonos minőségben érje el. Ez az elvárás a magánszolgáltatókra is kötelező érvénnyel fennáll. A rászoruló családok számára a korai ellátás ingyenes (Lau, 2004; Svendsen, 2009).

Dánia egészségügyi alapellátását az önálló vállalkozóként dolgozó orvosok és helyhatósági szinten nyújtott egészségügyi szolgáltatások (otthoni gondozás, a beteg otthonában nyújtott konzultációk) biztosítják. Az alapellátásban dolgozó szakemberek integrált informatikai rendszer keretében tartanak kapcsolatot a szakellátással, a kórházakkal, laboratóriumokkal és a gyógyszertárakkal. Az alapellátás keretében működik a védőnői szolgálat. A védőnők feladata a gyermekkel és családjával való szoros kapcsolattartás, a kórházból való hazaérkezés utáni családlátogatás, majd a gyermek nyomon követése 1 éves, szükség esetén 2 és fél éves koráig (Svendsen, 2009).

Azokat a gyermekeket, akiknél már a születést követően kiderül, hogy valamilyen sérülés, rendellenesség vagy fejlődési rizikó ténye áll fenn, a kórház újszülöttosztályáról a diagnózis megállapítása után a *Familiecentret* (Családi Központ) felé irányítják. Ezután a helyi szervezet képviselői meglátogatják a családot, amelyet a továbbiakban még 3-4 tanácsadó látogatás követ. A helyi ellátó központ teamjének részvételével javaslatot fogalmaznak meg az ellátásra vonatkozóan, és a családdal együtt egyéni tervet készítenek a kora gyermekkori intervenciós ellátás, terápiák megkezdésére. A teamek 1–6 (8) évesek gondozását végzik. Valamennyi ellátási forma holisztikus megközelítést alkalmaz, és kiemelten fontos a szakemberek és a család közötti szoros együttműködés. A családok részt vesznek az egyes beavatkozási formákra vonatkozó javaslattételi folyamatban, és ennek során iránymutatásban és tanácsadásban részesülnek. Az egyéni terv rendszeres találkozókat biztosít a szakemberek és a családok között. Feltételezik a szülők részvételét a gyermekek kezelésében, bevonják őket az értékelési eljárások lebonyolításába, a döntéshozatalba, az egyéni terv összeállításába és végrehajtásába. Folyamatosan információkkal látják el őket, és képzéseket biztosítanak számukra. A szociális és szolgáltatási törvény a rehabilitáció biztosítását az önkormányzatok kompetenciakörébe utalja. A fejlesztés, kezelés a családnak ingyenes, az önkormányzati költségvetésből fizetik. Rendszeresen értékelik a fejlesztési célok teljesülését, de szúrópróbaszerű ellenőrzés is előfordul. A helyi

önkormányzat koordinátora is segít a családnak az összehangolásban, a gondozási javaslat és a családdal való egyeztetés alapján. A helyben nem biztosítható szolgáltatást megvásárolják a régiós központtól. Ha a családnak feltétlenül utaznia kell, az utazási költséget megtérítik. Preferálják a lakóhely közelében való ellátások kialakítását, biztosítását. A kora gyermekkori intervencióban részt vevő családoknál a kompenzációs elv érvényesül: a szülők számára az indokolt költségeket téríti az állam, amit havidíjként kapnak meg a szülők (Svendsen, 2009; EADSNE, 2010).

5.2.1.4 Finnország

Finnországban az kora gyermekkori intervenció nem önálló, elkülönülő rendszer, hanem a fő egészségügyi ellátásba integráltan működik. Ide tartoznak a várandós- és gyermekegészségügyi, alap- és speciális egészségügyi szolgáltatások, a szociális és kora gyermekkori oktatási szolgáltatások. Ezek minden gyermek és család számára elérhetőek. Az ágazatok között jó a koordináció, ami minden prevenciós szinten garantálja az adekvát és koordinált operacionális teendőket. A jó koordináció teszi lehetővé a közösségi források legjobb felhasználását. Kihívást jelent azonban, hogy az ellátás biztosítása túl drága, főleg a mobil szolgáltatások miatt. A csapatmunka nem elég hatékony, és nincs olyan törvény, amely a napközbeni szolgáltatásban a gyermekek támogatását szabályozná (Heinämäki és Lindqvist, 2004; Heinämäki, 2009).

A prevenciós munkát a szülészeteken és a gyermekklinikákon végzik, ahol a családok rendszeresen találkoznak orvosokkal és nővérekkel. A vizitek alkalmával a szakemberek kérhetik specialista segítségét. A prenatális gondozás és az egészségmonitorizálás kiemelt fontosságú. A várandósság alatt 11-15 vizit zajlik le, családtervezési program, prenatális egészségmonitorizálás, szülési szabadság szerepel a szolgáltatások között. A 0–10 hónapos gyermekek gondozása gyermekklinikákon, családi tanácsadó klinikákon és ún. kontrollpontokon történik, nővérek, orvosok, pszichológusok, családtanácsadók közreműködésével. A gyermekek hétéves koráig 15 fejlődéskövető vizsgálatot végeznek el, ebből 8 egyéves kor előtt zajlik (Heinämäki, 2009).

A kora gyermekkori intervenció Finnországban az alapszolgáltatás része, nincs elkülönített költségvetés rá. Integrált óvodákban folyik a nevelőmunka (konzultáns, speciális oktatók foglalkoznak a rászorulókkal). Minden 3–5 év közötti gyermek számára rendelkezésre áll a napközbeni ellátás és az iskola-előkészítés, ezt az önkormányzat biztosítja. A kora gyermekkori intervenciós ellátást és a speciális szolgáltatásokat ezekbe az ellátási formákba integrálják, így mindenkinek elérhetőek, nem stigmatizálják a gyermekeket. A speciális ellátást igénylő és veszélyeztetett gyermekek döntő többsége ezt az ellátást veszi igénybe (Heinämäki, 2009). Önkormányzati szinten történik a szervezés, a 10 hónap és 3 év közötti gyermekeket napközbeni ellátásban részesítik, de amennyiben igény van rá, akár otthoni segítséget is biztosítanak. A cél az egyenlő elérhetőség biztosítása, amelynek során az otthonközeli ellátást preferálják, ha ez nem megoldható, az utazást kompenzálják. Ez a kompenzáció és az ellátás is a biztosítás része. A szolgáltatásokat az önkormányzatok úgynevezett közeli centrumokba, a speciális szolgáltatásokat nagyobb területekre szervezik. A legkiterjedtebb szolgáltatást a *Suomen Varhaiskasvatus ry* (Finn Kora Gyermekkori

Nevelés Intézménye) nyújtja. A napközbeni ellátást nyújtó kora gyermekkori nevelőintézményekben a szakemberek a gyermekekkel és a szülőkkel együtt alakítják ki az egyéni családtámogató tervet. A tervben lefektetik, hogy a gyermeknek mire van szüksége, a szülőket bevonják a döntéshozatalba, a szülők a rehabilitációs eljárások egy részét szakemberek segítségével elsajátítják. A csapatmunka fontosságát hangsúlyozzák, a szolgáltatások és a szektorok határait is átlépve. Az alap szociális és egészségügyi szolgáltatások ingyenesek, néhány klinikán kell fizetni némi hozzájárulást (Heinämäki, 2009).

5.2.2 Mediterrán országok

Az országcsoport közös jellemzője, hogy az intézményrendszer működési elveit és a finanszírozás kérdéseit csak jó egy évtizede foglalták jogszabályba. Ilyen értelemben tehát a kora gyermekkori intervenció az állami ellátórendszerek közül még nagyon fiatalnak számít. Ennek ellenére (vagy éppen ezért) a mediterrán országokban a korai ellátás az elmúlt évtizedben látványos fejlődésen ment keresztül, és mára jó példaként hoznak fel több, az ellátórendszer működtetésével kapcsolatos, itt alkalmazott gyakorlatot.

5.2.2.1 Portugália

Portugália szép példája a civil kezdeményezésre induló, alulról szerveződő feladatellátás intézményesülésének. A szakemberek helyi szinten végzett tevékenysége vezetett odáig, hogy kialakuljanak az országban a kora gyermekkori intervenció intézményes keretei. Az 1980-as évek végén a kormány kötelezettséget vállalt a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások biztosítására, kialakult az erőforrások és a támogatások rendszere, a szektorok közötti koordináció és az állami, valamint a magánszervezetek közötti együttműködés. Az oktatási, egészségügyi és szociális szektor közös felelősséget vállalt a megyei intervenciós központok, valamint a kerületek és a minisztériumok közötti koordinációs csoportok kialakítására.1999-ben kizárólag a kora gyermekkori intervencióra vonatkozó törvényi rendelkezés született, amely a 0–6 (kiemelten a 0–3) éves korcsoport támogatását szolgáló kora gyermekkori intervenció területén az eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekek és családjaik integrált támogatását irányelveken keresztül szabályozza. A 2009-ben hozott törvény tartalmazza az érintett ágazatok kompetenciáit, valamint azt az alapelvet, hogy a szolgáltatásokat a gyermekhez és családjához a legközelebb kell biztosítani, ott működtetni (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010; EASNIE: Portugal, 2013).

Portugáliában a *Serviço Nacional de Saúde* (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) ingyenes egészségügyi szolgáltatást nyújt az alapellátó egészségügyi centrumokon és a kórházi ellátáson keresztül. Az eltérő fejlődésű gyermekek számára néhány gyermekkórház gyermekfejlődési központjában és kórházak pediátriai osztályain nyújtanak szolgáltatást, interdiszciplináris team közreműködésével. Bármely ágazat irányítása alá tartozik is az ellátó intézmény, egyéni ellátási terv készül, a folyamatnak a családok is részesei. A családokkal létrejövő interakció minősége nagymértékben az adott szakember tapasztalatától

és szakértelmétől függ. A kora gyermekkori intervenció a szektorok közötti kooperációra támaszkodik. Az ellátásban fontos szerepet játszik a szülők számára fejlesztett „kiszállítási modell", amely az otthonközpontú modellt és a szülőkkel kialakított partneri viszonyt hirdeti, és számos új vonással rendelkezik, például: célok megtervezése és egyéni fejlesztési módszerek alkalmazása; az erőforrások rendszeres szervezése, a szolgáltatók közötti interdiszciplináris együttműködés; belső képzési modell és a családlátogatások keretén belüli felügyelet. A korábbi párhuzamos, töredékes és monodiszciplináris fejlesztés (elszigetelt terápia) helyett előtérbe került az interdiszciplináris csoportmunka, az integrált, szervezetek közötti együttműködés, a részvétel és a családközpontú gyakorlat, amely a családot tekinti az intervenciós munka legkisebb egységének (Boavida, Carvalho és Espe-Sherwidt, 2003; Felguerias és Breia, 2004; EADSNE, 2005; Breia, 2009; Boavida és mtsai, 2009).

5.2.2.2 Spanyolország

Spanyolországban minden autonóm tartománynak van egy bizonyos jogi, szervezeti és pénzügyi kapacitása, amely lehetővé teszi, hogy egyes területeken – különösen a szociális juttatások és az oktatás területén – saját politikát alakítson ki. Jelentős különbségek tapasztalhatók a tartományokban a területet illetően, például az adminisztrációban, a jogosultsági feltételekben, a finanszírozási stratégiákban, illetve a szükséges személyzet tekintetében (Ponte Mittelbrunn, 2004; Guitez, 2010a; Guitez, 2010b; EASNIE: Spain, 2013). Az országban 2000-ben fogadták el a kora gyermekkori intervenció *Fehér Könyvét* (Libro Blanco), mely az ágazat holisztikus és komplex megközelítésének alapjait rakta le. A stratégiai anyag egy átfogó bio-pszicho-szociális modellt alapul véve a kora gyermekkori intervenciót a gyermek, a család és a közösség igényei érdekében kifejtett komplex tevékenységnek tekinti. A különböző ágazati területek között kölcsönös érzékenység kialakítását és megfelelő koordinációt tart szükségesnek. Annak érdekében, hogy ezt a multidimenzionális megközelítést el lehessen érni, és hogy a fejlesztő, terápiás, rehabilitációs eljárások minden gyermek és családja számára elérhetőek legyenek, jól felszerelt és képzett teamekkel rendelkező kora gyermekkori intervenciós központok létrehozását tartja szükségesnek. A program a családokkal való szoros kapcsolatot helyezi előtérbe, melynek keretében az érintett gyermekek és családjuk részére egy részletes, egyedi családtámogatási tervet kell kidolgozni, amely konkrét célokat, intézkedéseket, időzítést és értékelési eljárást tartalmaz (Libro Blanco, 2000). Később megjelent az igény egy olyan rendszer kialakítására, mely az egészségügyi, oktatási, szociális terület közötti kapcsolatot szabályozza, ezért kialakítottak egy állami és tartományi jogi keretet, mely koordinációt teremt, és elősegíti az együttműködést az egész állam területén működő kora gyermekkori intervenciós központok között. 2005-ben a korai ellátás szolgáltatásai közötti tervezés és együttműködés alapja az újabb *Fehér Könyvben* került leírásra (Libro Blanco, 2005).

A spanyol egészségügyben a gyermekek védelme a várandósság alatti rizikófaktorok felismerésével és a szülésre felkészítő tanfolyamokkal kezdődik. Bár a szigorú szabályok hiányoznak, a prenatális diagnosztikai vizsgálatok mindenki számára könnyen

hozzáférhetőek. Amennyiben rizikófaktor kerül felismerésre, a gyermeket kórházi program keretében követik tovább. A kórházi tartózkodás során történik meg a veleszületett anyagcsere-betegségek szűrése is. A gyermekegészségügyi alapellátás a védőoltásokkal, táplálással, az egészség és a növekedés felügyeletével foglalkozik. Az egészségügyi alapellátó hálózat majdnem az egész országot lefedi. A prevenciós feladatokat a *Programa del Niño Sano* (Egészséges Gyermekkor Program) keretében szervezik, mely jelenleg a gyermekpopuláció 70%-át éri el. Ez a program egy szülői kérdőíven alapuló gyermekfejlődési szűrővizsgálatot is magában foglal. Érdemes megemlíteni, hogy a magánellátásban a háziorvos jóval gyakrabban végzi el a kontrollvizsgálatokat, mint ahogy normál esetben ez a közszektorban történik (Ponte Mittelbrunn, 2004; Giné és mtsai, 2005; Veerman, 2009; Guitez, 2010a; Guitez, 2010b).

Az eltérő vagy megkésett fejlődésű, 0–6 éves gyermekek korai fejlesztése, terápiás ellátása főként centrumokban, illetve családközpontú tevékenységek keretében történik, ahol interdiszciplináris team foglalkozik a gyermekkel és családjával. Az érintett családok rendszeresen, heti egy vagy két alkalommal keresik fel a centrumot, ahol a gyermek egyéni vagy csoportos foglalkozásokon vesz részt, és a szülők is tanácsot kapnak a mindennapi tevékenységekre vonatkozóan. A korai ellátó központok az óvodák és az alapellátás részére is nyújtanak tanácsadást, és koordinálják azok tevékenységét. Az eltérő fejlődésű gyermekek és családjaik széles körű társadalmi és pénzügyi támogatást kapnak. Ezekhez a támogatásokhoz a szociális szolgáltató hálózat szervezi meg a hozzáférést, amely a regionális önkormányzatokhoz tartozik, feladata az eltérő fejlődés, fogyatékosság felmérése és a támogatások megállapítása. Valamennyi nyújtott szolgáltatás díjmentes. A gyermekek szociális védelméről a kerületi gyermekvédelmi csoportok gondoskodnak (Ponte Mittelbrunn, 2004; Veerman, 2009; Guitez, 2010a; Guitez, 2010b).

5.2.3 Német nyelvű országok

A német nyelvterületek jellemzője, hogy a kora gyermekkori intervenció több évtizedes múlttal rendelkező, kiterjedt és jól működő intézményrendszerre támaszkodik. Jellemzőek a nagy tartományi korai fejlesztő központok. Az ellátás kulcsfogalmai: a rendszerszemlélet, a szülői részvétel és beleszólási jog, valamint a teljes integráció. Fontos szerepet játszik Németországban és Ausztriában is a *Lebenshilfe* szervezet, amelynek megalakulása a szülők, hozzátartozók törekvéseiben gyökerezett, civil szervezetként rengeteget tett mind a szolgáltatások megindításáért, mind az állami szerepvállalás kiharcolásáért.

5.2.3.1 Németország

Az 1970-es évek elején először Bajorországban alkották meg az interdiszciplináris kora gyermekkori intervenció átfogó rendszerét. Kialakították a regionális, családközpontú és interdiszciplináris korai fejlesztő központokat. Bajorország mintáját követve aztán a többi szövetségi tartomány is felzárkózott a korai ellátás megszervezésében, ám annak

működése szövetségi tartományonként változik: különböző intézményi struktúra és finanszírozási rendszer jellemző, mint ahogy a felszereltség és a lehetőségek is igen változatosan alakulnak a különböző tartományokban. A finanszírozás legfőbb csatornái a helyi hatóságok (tartományi oktatási minisztériumok, tartományi szociális minisztériumok), az egészségbiztosítás és – német sajátosságként – az alapítványok, valamint különböző adománygyűjtő, jótékonysági szervezetek. Az ellátások ingyenesek (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010; EASNIE, 2013). A kora gyermekkori intervenció célcsoportjába a leendő szülők és a 0–6 éves korú gyermekek tartoznak. Az ellátás hálózatos formában valósul meg, az egészségügyi, az oktatási, a gyermekvédelmi és a szociális ellátások intézményei közötti szoros kooperáció segítségével (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2013). Az országos törvények szerint a családoknak joguk van minden szintű szolgáltatást igénybe venni fejlődési problémákkal élő gyermekeik számára. Ellátásokra jogosultak a sérülten született és a koraszülött gyermekek, akiknek a fejlődése veszélyeztetett, a halmozottan sérült gyermekek, a viselkedés- és tanulási zavarral küzdő gyermekek és a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek, akiknek fejlődése szintén veszélyben lehet (Peterander, 2009). A kora gyermekkori intervenció területén a preventív intézkedésekre és az interdiszciplináris együttműködésekre egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek (EASNIE: Germany, 2013).

Németországban az egészségügyi ellátás középpontjában a gyermekek egészségi állapotának javítása (primer prevenció) és a veszélyeztetett családok gyermekeinek fokozott figyelemmel kísérése (szekunder prevenció) áll. A várandósgondozást a gyermekorvosok és a védőnők biztosítják. A gyermekorvosok a születés után az 1976 óta érvényben lévő szűrőrendszer keretében, az első 6 évben 9 kontrollponton végeznek el nyomon követő szűréseket, az első évben sűrűbben, 6 alkalommal találkoznak a családokkal. Amennyiben a család- vagy gyermekorvos valamilyen fejlődési rendellenesség gyanúját észleli, továbbküldi a családot a kora gyermekkori intervenciós központba vagy a szociálpediátriai intézetbe,[34] amelyek kiterjedt intézményhálózatba szerveződve látják el a gyermekeket, családokat. Egyetlen családnak sem kell 10 kilométernél messzebbre utaznia a legközelebbi kora gyermekkori intervenciós központig. 2007 óta a *Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (Korai Segítség Országos Központja) fogja össze és koordinálja a központok tevékenységét, hogy a lehető legkorábbi szakaszban fel tudják kutatni a veszélyeztetett gyermekeket, és segíteni tudják a családokat (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010).

A szociálpediátriai központok olyan speciális ambulanciák, ahol felállítják a diagnózist, terápiát biztosítanak, és koordinálják a különböző ellátásokat (0–18 éves korig). A kora gyermekkori intervenciós központokban elsősorban mobil és ambuláns ellátás folyik. A mobil ellátás a gyermek otthonában vagy más természetes közegében (például bölcsőde, óvoda) valósul meg. A kora gyermekkori méréseket és diagnosztikát csak a szociálpediátriai intézetek és a kora gyermekkori intervenciós központok

34 A szociálpediátriai intézmények a gyermekegészségügyi központok egy típusát képezik, ahol olyan kórképekkel foglalkoznak, amelyeknek hátterében súlyos szociális problémák húzódnak meg.

végezhetik, az intézményekben multidiszciplináris teamek vizsgálják a gyermekeket. (Gyermekorvosok, gyermekneurológusok, pszichológusok, pszichoterapeuták, gyógypedagógusok, fizioterapeuták, neurofiziológusok, dietetikusok dolgoznak az ellátó teamben.) Az átfogó segítség érdekében az összefoglaló diagnózis kiterjed az általános fejlettségi szintre (intelligencia, testi fejlettség), a pszichés állapotokra, neurológiai státuszra, a gyermek emocionális és szociális fejlődésére, a fejlődés elősegítésére a család támogatásán és erősítésén keresztül, illetve a problémák okának felderítésére. Egy kontaktszemély összegyűjti az összes információt az otthonlátogatásokról, az interjúkról és minden vizsgálatról. Ezek konklúziója után az interdiszciplináris team ülése következik, ahol az eredményeket, a szükségleteket és a szülői elvárásokat mérlegelik, majd meghatároznak egy személyre szabott intervenciós tervet (támogatásokkal és terápiákkal) a gyermek és a család részére. A terápiás kezelésekre jellemző, hogy azokat az egyéni szükségleteknek megfelelően, általában két éven keresztül, heti egy vagy két alkalommal, és átlagosan tizenegy különböző szakterületről érkező terapeuta és szakember részvételével szervezik meg. A szakértői csoportok jellemzően állandóak. Egy szakértői csoport átlagosan 5-7 évet tölt el egy központban együtt dolgozva. A terápiás kezelések az ő együttműködésükre épülnek, emiatt alapvető fontosságú a csoportok jó összetétele (Peterander, 2003, 2004, 2009; Sohns és De Camargo, 2009; Sohns, Hartung és De Camargo, 2010).

Bajorországban a gyermekekkel kapcsolatos beavatkozások közel 50%-a otthoni környezetben történik: ez lehetőséget ad a szülőknek, hogy könnyen kommunikálhassanak a szakértőkkel, és bármilyen kérdéssel fordulhassanak hozzájuk – számos esetben a szülők akkor is mindenfajta információt megkaphatnak, amikor részt vesznek a gyermekközpontú foglalkozásokon a kora gyermekkori intervenciós központban. A tartományban régi és erős tradíciója van a családközpontú megközelítésnek, a szülők aktívan részt vesznek a gyermeküket érintő valamennyi döntésben. Az interdiszciplináris teammunka része a képzési tervnek. Minden hétre jut egy interdiszciplináris teammegbeszélés. A teammegbeszélésekre megfelelően elkülönített költségvetés áll rendelkezésre. Jellemző a specifikus kora gyermekkori intervenciós szakemberek képzése, mely általában alapvető orvosi, pszichológiai, pedagógiai, szociális és terápiás intervenciós ismeretekből, szakmai gyakorlatból és a szakemberek személyes kompetenciáinak erősítéséből áll. Annak elismeréseként, hogy milyen fontos szerepet játszik az interdiszciplináris teammegközelítés a beavatkozás minőségében, ezekre a teammegbeszélésekre megfelelően elkülönített költségvetés is rendelkezésre áll. Az interdiszciplináris korai fejlesztő központok felelnek azért, hogy a gyermek és családja egyéb szolgáltatásokba történő átvezetése, különösen az iskolába történő átmenet sikeres legyen. Ennek érdekében a szakemberek és a szülők között folyamatos információcsere zajlik, hogy rendelkezésre álljon a magas minőségű szolgáltatás az új környezetben is (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010).

A német nyelvterület országaiban probléma, hogy a szociális vagy egyéb szempontból veszélyeztetett gyermekek később kerülnek be az ellátásba, annak ellenére, hogy a gyermeki fejlődésről rendkívül gazdag német nyelvű tájékoztató anyag áll a szülők rendelkezésére, amelyek bemutatják a normális fejlődésmenetet, segítséget nyújtanak a szülőknek, hogy milyen elmaradások esetén kell jelezniük a gyermek orvosának. Tekintettel a migránsok

megjelenésére, akik nehezen vagy egyáltalán nem beszélik a nyelvet, ezeknek a kiadványoknak a hatékonysága nem számottevő. A szülői tájékoztatás hatékonyságát vizsgálva a németországi Nationales Zentrum Frühe Hilfen megállapította, hogy ezek a kiadványok éppen a kora gyermekkori intervenció szempontjából veszélyeztetett családokhoz nem jutnak el (nyelvtudás hiánya vagy egyéb okok miatt), ezért ajánlást tett egyszerűsített (sok képpel, egyszerű mondatszerkezetekkel ellátott) kiadványok fejlesztésére (Adamaszek és Gnau, 2011).

5.2.3.2 Ausztria

Ausztriában a kora gyermekkori intervenció tartományi, regionális szinten szabályozott tevékenység. Nincs egységes szakpolitika a kora gyermekkori intervenció megszervezésére, mivel mind a 9 tartománynak külön törvényei és szabályozása van. A kora gyermekkori intervenciót tudományosan megalapozott preventív szolgáltatásnak tartják, amelyet a sérült gyermekek, a fejlődési kockázatokkal élő gyermekek és a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek számára tartanak fenn. Az elmúlt évtizedekben bizonyos változásokon ment keresztül a tevékenység, mind a definíció, mind a célcsoport tekintetében. Az eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekek mellett új célcsoportként jelentek meg a migráns, valamint a szülők mentális állapota miatt veszélyeztetett, 0–6 éves gyermekek (Pretis, 2009a; EASNIE: Austria, 2013).

A kora gyermekkori intervenció fogalmának és tartalmának értelmezése Ausztriában egyedülálló, ugyanis fókusza az, hogy a csecsemő első néhány hónapjában kiderüljön, hogy a gyermeknek szüksége van-e valamilyen korai beavatkozásra, vagy sem. A korai ellátás különösen hangsúlyos része, hogy az ellátásra szoruló gyermek családja a lehető legtöbb segítséget megkapja – legyen szó orvosi, pszichológiai vagy pedagógiai segítségről. A kora gyermekkori intervenció alapja tehát a kórházak (szülészetek), a gyermekorvosok, a háziorvosok és a jól kiépített tanácsadó-hálózat együttműködése, melynek az a feladata, hogy amilyen hamar csak lehet, kiszűrje a fejlődési problémát, és megadja a gyermeknek és családjának a szükséges segítséget (EADSNE, 2005, 2010). A várandósgondozás mint a kora gyermekkori intervenciós ellátások első állomása az egészségügyi törvényeknek megfelelő protokollok szerint történik. A gyermekgondozási díj feltétele, hogy az anya a várandósság folyamán legalább 10 vizsgálaton részt vegyen (HELP.gv.at, 2013). A pre-, peri- vagy posztnatális történések szempontjából veszélyeztetett gyermekek ellátására az *Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde* (Osztrák Gyermek- és Ifjúságegészségügyi Társaság) ajánlást készített a veszélyeztetett gyermekek fejlődésneurológiai követésére (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, 2008). Az első években a gyermekorvosi vizsgálatokra helyezik a hangsúlyt, bár egyes szerzők szerint a háziorvosi attitűdre a kivárás jellemző. A gyermekek átlagosan 26,9 hónaposan kerülnek be az ellátásba. A német nyelvterületen számos validált szűrővizsgálat áll rendelkezésre, amely az általános, életkori szűrővizsgálatokhoz kapcsolhatóan – nem túl időigényesen – felvehető. Amennyiben a szűrés során problémát tapasztalnak, jellemzően a gyermekorvos irányítja a szülőket a korai ellátó központokba (Pretis, 2009a).

Ausztriában három intézménytípusban nyújtanak szolgáltatásokat: (1) általános kora gyermekkori intervenciós központokban (mozgásos, kognitív és érzelmi zavarokkal küzdő gyermekek számára), születéstől 3 vagy 7 éves korig fogadják a gyermekeket és családjaikat; (2) a látás- és hallássérültek korai központjaiban, ahová születéstől 7 éves korig érkezhetnek a gyermekek; (3) klinikai központokban, amelyekből 4 található az országban, és minden életkorú ellátottat fogadnak. Ugyanazokat a kora gyermekkori intervenciós központokat mind az egészségügy, mind a szociális ügyek irányából el lehet érni, ugyanakkor a szociális szektor felügyeli őket, míg a klinikai központokat az egészségügy. A kora gyermekkori intervenciós központokat általában civil szervezetek üzemeltetik, amelyeket központilag finanszíroznak. A korai ellátó központokban gyermekorvosokból, gyermekneurológusokból, gyógypedagógusokból, pszichológusokból, egyéb pedagógiai és egészségügyi szakemberekből, valamint szociális munkásokból álló team látja el a gyermekeket. Az egyéb szakemberekkel az egyéni szükségleteknek megfelelően, személyes konzultáció formájában történik az ellátás. A kontrollvizsgálatok személyre szabottak, általában az első életévben 3 havonta, utána a beiskolázásig félévente történnek. A terápiás kezelés kiválasztásában és megszervezésében is fontos szempont az interdiszciplináris együttműködés: több szakember közreműködésével, a szülők erőteljes bevonása mellett alakítják ki a gyermek fejlesztő/terápiás programját. Az ellátás középpontjában a család áll, és a kora gyermekkori intervenciós ellátásban részt vevő család integráns részeként a gyermek. Az ellátás célja az, hogy a sérült, eltérő fejlődésű vagy fejlődési elmaradással küzdő gyermek a lehető legnagyobb önállósággal tudja élni életét, ez az elsődleges célkitűzése a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódó, családokra vonatkozó intézkedéseknek és támogatási formáknak is (Pretis, 2004, 2005, 2009a, 2009b, 2010b, 2010c; EADSNE, 2005, 2010).

A korai ellátó központok mellett más szereplők is bekapcsolódnak az ellátásba, így a háziorvos, a szülészeti klinikák, a gyermekkórházak és a kiegészítő szolgáltatásokkal is működő óvodák. Speciális bölcsődék és egyéb napközbeni ellátások fejlesztése is folyamatban van, de szociális és gyermekvédelmi szolgálatok is rendelkezésre állnak a családok támogatására. Az országban egy sor magánszolgáltató (pszichológus, orvos, terapeuta) is dolgozik. Mindhárom szektorban nyújtanak tehát szolgáltatásokat a sérült vagy fejlődési elmaradással élő kisgyermekek és családjaik számára, de a szektorok közötti koordináció még kihívást jelent. A szektoroknak külön definiált felelősségeik és feladatkörük van, és nem ritka, hogy feladatokat delegálnak egymásnak. A legtöbb osztrák tartományban a korai ellátás ingyenes, vagy alacsony ellátási díj ellenében vehető igénybe a rászoruló családok jövedelmi helyzetétől függően (Pretis, 2004, 2005, 2009a, 2009b, 2010b, 2010c).

5.2.4 Angolszász országok

5.2.4.1 Anglia

Angliában 2004-től teljes nemzeti szűrőprogramot dolgoztak ki protokollokkal, gyakorlati útmutatással minden szolgáltató számára, hogy minél előbb felismerjék, és további vizsgálatokra küldjék az arra rászoruló gyermekeket. Ez a program biztosítja, hogy

a korai támogatást minden érintett időben megkapja (Department of Health, 2008, 2009). A *public health nurse* (népegészségügyi nővér) feladata az újszülött 28 napos korig való követése, megfigyelése, de ezt a feladatot általában 10 napos kor körül átadja a *health visitornek* (védőnő). Az első 4-5 évben az ő feladata, hogy monitorozza a gyermek egészségi és fejlődési állapotát. A 0 és 5 év közötti gyermekekre vonatkozó fejlődési sztenderdek felállítását az *Early Years Foundation Stage* (korai évek megalapozását célzó program) végzi el, iránymutatást adva a kisgyermekkel foglalkozó szakembereknek, hogy mikor szükséges a gyermeket kora gyermekkori intervenciós ellátásba irányítani (Andrews, 2009). A 3 év alatti gyermekek esetében akkor szükséges a korai fejlesztő, terápiás szolgáltatások igénybevétele, ha egy vagy több fejlődési területen szignifikáns késés mutatkozik; ha a gyermek kognitív fejlődése, szenzoros vagy fizikai fejlődése, kommunikációja, a szociális, viselkedési, érzelmi terület érintett; vagy ha olyan állapot azonosítható, amelynek következtében fejlődési késés vagy károsodás várható; ha a gyermek koraszülött, vagy ha valamilyen szindrómával született (Department for Education and Skills, 2003).

2005 óta erőteljesen fejlesztik a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásokat, az 5 év alattiak általános gyermekegészségügyi szolgáltatásainak, az eltérő, illetve megkésett fejlődésű gyermekek ellátásának javításával, valamint az ágazatok közötti helyi, regionális és nemzeti szintű koordináció hatékonyságának növelésével. Az angol rendszer a decentralizált rendszerek közé tartozik. A törekvések között szerepel, hogy a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások, ellátások a lehető legközelebb kerüljenek a családokhoz (Andrews, 2009). Az eltérő fejlődésű, illetve fogyatékos gyermekek jóllétének növelésére a korai években történő beavatkozások közül a családközpontú intervenciók vannak leginkább hatással, beleértve a *Team Around the Child* (gyermek körül működő team) és az *Early Support* (korai támogatás) programokat. Ugyancsak kiemelt szerepe van az otthoni ellátásban megvalósuló modelleknek (Portage-modell[35] vagy más, hasonló jellegű programok), a szülői edukációnak, illetve a terápiáknak és a rehabilitációs eljárásoknak (Robertson és Messenger, 2010a).

Az Early Support nemzeti program a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások fejlesztését támogatja, aktívan segíti a családok és a velük dolgozó teamek együttműködését. A szülői partnerségre építenek, rendszeres találkozókat, tréningeket szerveznek, segítik a szülőt a gyermekét érintő döntések meghozatalában (Early Support, 2012). A család és a szakértői csoport egyéni családszolgáltatási tervet dolgoz ki, amely a család szükségleteit, erősségeit, a célokat, prioritásokat, valamint az elvégzendő és a kiértékelendő feladatokat tartalmazza. Ahol szükséges, ott egy vezető szakember vagy egy *kulcsszemély* (key worker) támogatja rendszeresen a családot (Early Support, 2012; Mengoni és mtsai, 2014). 2009-ben már 11 ezer család élvezte a program előnyeit, a szülői visszajelzések alapján

35 A Portage-modell egy utazóeanári program. Szemléletében hangsúlyos a szülővel vagy az elsődleges gondozóval való kapcsolat szerepének fontossága. Az otthoni és a többi, ehhez hasonlóan kevésbé korlátozó környezetet használja színtérként, amely természetes és jelentős tanulási közeget nyújt a gyermek számára. Alapvetőnek tartja az intervenciós célok és stratégiák minden gyermekre és családjukra vonatkozó individualizálását, az anyagi hátterük, prioritásaik és problémáik alapján.

a kulcsszemélyek rendszere jól működött, koordinált és folyamatos szolgáltatást, jobb információkat kaptak. A szakemberek úgy vélekedtek, hogy a kulcsszemély-szolgáltatás bevezetésének hatására csökken a duplikációk száma, effektívebb a forráskihasználás, jobb az információáramlás és -közlés. Könnyebb annak átlátása, hogyan illeszkedik a munkájuk a kapcsolati hálózatba, nem kell izoláltan dolgozniuk, jobb a viszonyuk a családdal. Gyorsabban érhetőek el a szolgáltatások, csökken a szülői stressz, nő az elégedettségi index (Andrews, 2009).

Az interdiszciplináris csapatmunka különbözőképpen szerveződik. Néhány helyi fejlesztő központban a Portage szolgáltatás az egészségügyi szolgáltatással, az orvosi és a terápiás segítséggel együtt működik. De ez nem mindenhol van így. Ezért a szakembereket arra ösztönzik, hogy a kora gyermekkori intervenciós központokban törekedjenek a stabil interdiszciplináris teamek kialakítására (EADSNE, 2005; Carpenter és Russel, 2005). Az eltérő fejlődésű gyermekek fejlesztésével, terápiás ellátásával foglalkozó helyi szolgáltatók stratégiailag felelős menedzsereinek kötelessége biztosítani, hogy az ellátás a gyermek „természetes" környezetében történjen, családközpontú és integrált szolgáltatást nyújtson. Evidenciaalapú programot állítanak össze, amely leginkább biztosítja a pozitív kimenetelt. Nagyon sokféle ellátó van, ezért a helyi egészségügyi szolgáltatók egy olyan kizárólagos utat kezdtek kifejleszteni, amelynek segítségével a gyermek biztos, hogy bekerül a rendszerbe. Ez egy ún. multi-agency utalási panel, amely összehangolja a három ágazat szakembereinek munkáját. Ezek a panelek biztosítják a szülők és a különböző szektorszolgáltatók közötti jó kapcsolatot (Andrews, 2009).

A *Sure Start Children's Centres* (Biztos Kezdet Gyerekházak) közösségi alapú szolgáltatási csomópontok az 5 év alatti, elsősorban szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek és családjaik számára. Ezekben az intézményekben a gyermekek integrált korai nevelése, oktatása és gondozása folyik, továbbá otthont adnak a szülők támogatásának – tanácsadás, speciális családi szolgáltatások –, valamint gyermek- és családegészségügyi szolgáltatásoknak (a szűrésektől a szoptatási tanácsadásig) is. (Andrews, 2009).

5.2.4.2 Írország

Írországban az oktatási és az egészségügyi rendszer külön pályán fejlődik, ennek ellenére törekszenek a szolgáltatások minél szélesebb körű koordinálására, hogy amennyire csak lehetséges, hatékony és magas minőségű ellátást biztosítsanak a gyermekeknek és családjaiknak. Sok esetben a körzeti orvos vagy a *public health nurse* (népegészségügyi nővér) veszi észre, hogy valami probléma van a gyermekkel, ez gyakran a gyermek 6, 9 és 18 hónapos korában elvégzendő kötelező szűrések kapcsán derül ki. Ekkor elküldik őket a *Department of Health* (Egészségügyi Minisztérium) által támogatott vizsgálatra, amelyet a helyi kórházakban végeznek el. Interdiszciplináris team végzi a vizsgálatot, amelynek tagjai közé gyermekpszichiáter, gyermekpszichológus, mozgásvizsgáló terapeuta, beszédvizsgáló terapeuta tartozik. Itt azt is feltérképezik, hogy a családnak szüksége van-e szociális munkásra vagy egyéb segítségre. Elvileg 3 hónapon belül meg kellene történnie a vizsgálatnak, gyakorlatilag 18 hónapig is kitolódhat a várakozási idő, ezért vannak szülők, akik a magánellátásban vizsgáltatják meg gyermeküket. Írországban ötéves

kor alatt az egészségügyi ellátások és szolgáltatások ingyenesek. A 2005-ös *Disability Act* (Fogyatékosságügyi törvény) alapján a vizsgálaton átesett gyermek és családja számára egy ún. *service statementet* (ellátási dokumentumot) állítanak össze, amelyben az értékelő vizsgálatok alapján azonosítják a szükségleteket, és összefoglalják, hogy a gyermeknek és családjának a szükségleteik alapján hol és milyen szolgáltatásban kell részesülniük. A körülmények megváltozásával módosítják a dokumentumot is. Ezt az ellátási dokumentumot minden esetben elkészítik, attól függetlenül, hogy figyelembe vennék, menynyi a szolgáltatások nyújtásának költsége és kapacitásigénye. A közszolgáltatás keretében a fogyatékos személyek részére nyújtott szolgáltatásokkal (disability service) párhuzamosan léteznek magánellátók, intervenciós centrumok, amelyeket a családok egy része a jobb minőségű szolgáltatás reményében vagy egyszerűen a közelség miatt keres fel. A jogi szabályozás segíti a szoros együttműködést a családokkal, a szolgáltatások fejlesztése és tervezése tekintetében (Kereki, 2011).

5.3 Összefoglalás

Nemzetközi terepen a kora gyermekkori intervenció megközelítése, tartalma, a kormányzati elképzelések között elfoglalt helye, az intézményrendszer szerveződése, illetve a működés szabályozása, finanszírozása a különböző országokat, országcsoportokat tekintve eltérő képet mutat. Vannak országok, ahol csak néhány évre tekint vissza a rendszer, lassan alakul ki a szervezeti háttér, és vannak olyanok is, ahol a korai ellátásokat tekintve több évtizedes tapasztalattal rendelkeznek. Kora gyermekkori intervenciós központok szinte valamennyi országban előfordulnak valamilyen formában, mégis leginkább a német nyelvű országokra jellemzőek, és itt rendelkeznek a legrégebbi múlttal is. A skandináv országok esetében nincs elkülönült szervezett intézményrendszer, arra törekszenek, hogy az érintett gyermekeket a többségi intézményekben, inkluzív formában lássák el. Az angolszász modell nagy hangsúlyt fektet a gyermek, illetve a család körül kiépülő team működésre, a koordinált ellátást kulcsszemély segítségével biztosító szolgáltatási formákra.

A kora gyermekkori intervenció területe gyorsan fejlődik, számos kialakuló trend azonosítható. Ezek a családközpontúság előtérbe kerülése és a koordinált, integrált szolgáltatói modellek felé való továbblépés dimenziói mentén fogalmazódnak meg. A gyermekfókuszú megközelítésről a hangsúly a családfókuszú megközelítésre helyeződik át, ahol a család működése a szűkebb és a tágabb környezet kontextusában értelmezendő. A deficitorientált megközelítést az erősségalapú megközelítés váltja fel. A széttöredezett szolgáltatásoktól elmozdulás történik a holisztikus megközelítésű egységes, integrált szolgáltatások felé, a multidiszciplináris teammunkától pedig az interdiszciplináris teammunkán keresztül eljutunk a transzdiszciplináris megközelítésű teammunkáig.

A hazai ellátórendszer átalakításánál, illetve korszerűsítésénél – természetesen a jelenlegi gazdasági-társadalmi-intézményes feltételekhez alkalmazkodva – figyelembe kell vennünk azokat az általános nemzetközi trendeket, amelyek egy korszerűbb szemléleti

háttér megalapozásán keresztül biztosítják az ellátás hatékonyságának és eredményességének a növekedését. A családközpontú megközelítésnek egyre inkább teret kell kapnia a kora gyermekkori intervencióban, ahol nem csak a gyermek, hanem a család, illetve annak szűkebb környezete áll a szolgáltatás fókuszában, és amely erőteljesen épít a család kompetenciáira és erőforrásaira. Egy működőképesebb rendszer egy koordinált, integrált szolgáltatói hálózat kialakításával, a gyermek és család köré szerveződő interdiszciplináris szakértői team közreműködésével, a családot a felismeréstől az ellátásba kerülésig nyomon követő „kulcsszemély" részvételével nagyobb eséllyel biztosítható.

6 HAZAI SZABÁLYOZÁSI ÉS FINANSZÍROZÁSI KÖRNYEZET

6.1 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATI SZABÁLYOZÁSA[36]

Magyarországon az iskoláskor előtti, speciális segítséget igénylő gyermekek és családjaik ellátása a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan elsősorban három ágazat, az egészségügyi, az oktatási (köznevelési) és a szociális szektor munkamegosztásában zajlik, ezenkívül érintett még a család- és ifjúságügy, valamint a társadalmi felzárkózásért és európai uniós fejlesztésekért felelős terület. A három kiemelt ágazat 2010 óta közös minisztérium, az Emberi Erőforrások Minisztériumának (EMMI) irányítása alá tartozik. A pénzbeli ellátások tekintetében „szakágazaton felüli" szereplőként jelenik meg a közigazgatás és a költségvetés. Ez utóbbiak nem szakmai résztvevők, adminisztratív eszközökkel végzik a költségvetési források elosztását, ám szerepük mégis meghatározó, hiszen vannak olyan pontjai a működésnek, ahol „felülírják" a szakágazati törvényeket. A kora gyermekkori intervenciót érintő ágazati elkülönítettséget a 2015 áprilisában született kormányhatározat igyekszik feloldani, amely az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedéseket tartalmazza, és megfogalmazza az egységes szabályozási, finanszírozási rendszer kialakításának szükségességét.[37]

A kora gyermekkori intervencióban érintettek, így az iskoláskor előtti gyermekcsoportok ellátását, ezen belül is a speciális támogatást igénylő gyermekek korai ellátását egyfelől ágazati alaptörvények és végrehajtási rendeletek szabályozzák, például

- az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről és az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról;
- a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről;
- az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról és az 1/2000 (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről;

36 A jogszabályok a 2017. augusztus 1-i állapotot tükrözik. A várható módosítások jelen anyagban csak a legmarkánsabb változások ismertetése szintjén jelennek meg.

37 1246/2015. (IV. 23.) Kormányhatározat az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről.

– az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. Másrészt számos további törvény és miniszteri vagy kormányrendelet szabályozza.

Mindemellett az egészségügy területén az egészségügyi ellátás minőségét, hatékonyságát és eredményességét célzó szakmai irányelvek segítik az ellátók munkáját. Külön jogszabály szabályozza az irányelvek kidolgozásának és közzétételének folyamatát.[38] A szociális területen irányelvek, standardok és protokollok vannak érvényben, amelyekre nézve egyelőre nem született írásban rögzített és érvényben lévő definíció, de a különböző ellátási területekre vonatkozó egységesítés elkezdődött. A köznevelés területén protokollok segítik az ellátók munkáját, amelyeknek formai, tartalmi egységesítésére a pedagógiai szakszolgálatok vonatkozásában 2014–2015-ben került sor.[39] Az érintett ágazatok által használatos irányelvek, standardok, protokollok összehangolására és az egységes szemléletű protokoll struktúrájának, tartalmi elemeinek meghatározására szakértői csapat tett javaslatot (Kereki, 2012a, 2012b).

A három ágazat szabályozásában a kora gyermekkori intervenció célcsoportjaként 2017 második feléig eltérő korcsoportot jelenítettek meg. Az egészségügyi, a szociális és a gyermekvédelmi területen a törvényi szabályozásban alapvetően a 0–6 éves kort veszik alapul. A köznevelési törvény általában kimondja, hogy a gyermeknek, tanulónak joga, hogy az állapotának, személyes adottságainak megfelelő megkülönböztetett ellátásban – különleges gondozásban, rehabilitációs célú ellátásban – részesüljön, és életkorától függetlenül a pedagógiai szakszolgálat intézményéhez forduljon segítségért.[40] Ennek értelmében a köznevelési törvény életkori szempontból összességében jelöli meg a támogató ellátást végző pedagógiai szakszolgálati tevékenységek célcsoportját anélkül, hogy egyesével differenciálná az adott szakszolgálati tevékenység igénybe vételére való jogosultságot; ezt a szakszolgálati rendelet sem minden jogosultsági csoport esetében teszi meg. A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás esetében a korábbi 0–5 éves kor helyett 2017. szeptember 1-től a 0–6 éves gyermekeket nevezi meg célcsoportként, ezen belül is elsősorban a 0–3 éves korosztályra fókuszál. Így most egységesen mindhárom érintett ágazati szabályozásban a gyermek 6 éves koráig beszélünk kora gyermekkori intervencióról. Ettől eltérnek a stratégiai dokumentumok. A kora gyermekkori intervenció rendszerét is segítő fejlesztési programok vagy a 0–7 éves korosztályt célozzák meg [lásd TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, 2012, 2015], vagy általánosabban, a születéstől az iskolába lépésig határozzák meg az

38 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól.

39 2014-ben a TÁMOP–3.4.2–B projekt „Sajátos nevelési igényű gyermekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)" keretében alapprotokoll került kifejlesztésre, amely átfogóan szabályozza, rendszerezi és segíti a pedagógiai szakszolgálati működést, normaadó mintául szolgálva a szintén kifejlesztésre kerülő szakterületi és a speciﬁkus protokollok fejlesztői számára (Torda és Nagyné Rév, 2015).

40 2011. évi CXC. törvény a köznevelésről 46. § (3) bekezdésének g) pontja.

ellátandó gyermekek körét (lásd EFOP–1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése, 2016).

A különböző ágazatok az ellátási út különböző szakaszaiban eltérő hangsúlyt kapnak, és eltérő feladatokat látnak el. Az elsődleges prevencióban az egészségügyi alapellátásnak van nagyobb szerepe, mint ahogy a szűréseken is jobbára az egészségügyben zajló szűréseket értjük. Diagnosztikai tevékenység, állapotmegismerés az egészségügy és a köznevelés területén egyaránt zajlik, ahogy (re)habilitációs, terápiás, fejlesztő szolgáltatásokat is nyújt mindkét ágazat, bár ez történhet szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti intézményi színtéren is. Az ellátásokat, juttatásokat tekintve a szociális szféra is érintett. A jogszabályok tartalmazzák az ellátásban részt vevő különböző ágazati intézmények, intézményes szereplők megnevezését, azoknak tevékenységeit, feladatait. A jogszabályok alapján bizonyos továbbküldési, jelzési utak is azonosíthatók.

6.1.1 Az egészségügyi ágazati szabályozás

6.1.1.1 Egészségügyi ellátások rendszere

A legismertebb ellátórendszer az egészségügyi ellátórendszer, amelynek keretében működik az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-szakellátás, valamint egyéb egészségügyi ellátási formák. Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében, választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.[41] Az egészségügyi alapellátás legfontosabb szereplői: a háziorvos, házi gyermekorvos, az alapellátást nyújtó fogorvos és a védőnő. Az általános *járóbeteg-szakellátás* keretében a szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás zajlik, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy az egyén jelentkezése alapján történik (ilyen például a szemészet, a fül-orr-gégészet, az audiológia, az ortopédia, a gyermekneurológia, a gyermekpszichiátria). A fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén történő folyamatos szakorvosi gondozás is ide tartozik.[42]

A *fekvőbeteg-szakellátás* a beteg lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy kezdeményezése alapján történik. A fekvőbeteg-ellátás többek között a folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást jelenti.[43] Ilyen ellátás zajlik például a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban, az újszülött- vagy csecsemőosztályokon, a gyermekhabilitációs és -rehabilitációs osztályokon, intézményekben. Az általános ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai

41 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 1. §.

42 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 89. § (1).

43 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 91. § (1), (2).

és terápiás háttér, illetve a speciális fekvőbeteg-szakellátás biztosítása is szükséges.[44] A fekvőbeteg-ellátásban megjelenik a kórházi védőnői szerepkör is. A védőnők munkája elsősorban az újszülött-, illetve csecsemőosztályhoz kötött, de közreműködnek a gyógyintézet és az alapellátás közötti kapcsolat kialakításában is.[45]

A törvényben meghatározott *egyéb egészségügyi ellátások* körébe tartozik többek között az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások, a rehabilitáció, az orvostechnikaieszköz-ellátás, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és a klinikai szakpszichológia, a nem konvencionális gyógyító és életminőség-javító eljárások, egyéb gyógyászati ellátások.[46]

A felsorolt ellátások a kora gyermekkori intervenció különböző szakaszaiban jelennek meg, hangsúlyuk is változik. Az egészségügyi ellátás során a szolgáltatásokat összekötő ún. betegút (más ágazatok olvasatában gyermek- vagy kliensút) az egészségügy rendszerében viszonylag jól szabályozott. Nem mellékesen óriási volumenű fejlesztési programok biztosítják a minél hatékonyabban és koordináltabban működő betegutak kidolgozását (lásd TÁMOP-6.2.5-B/13/1 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben", 2013). Megjegyzendő, hogy bár *az egészségügyi törvény betegségként azonosítja az eltérő, illetve megkésett fejlődést (fogyatékosságot), a gyógypedagógia ugyanezt állapotként értelmezi. Az orvosi és a gyógypedagógiai megközelítés különbségei a terepen is jól azonosíthatóak.*

6.1.1.2 A kora gyermekkori intervenció egyes szakaszaiban végzett egészségügyi tevékenységek

A preventív jellegű, illetve a korai felismerést szolgáló ellátások feladatait az *1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről* (a továbbiakban: egészségügyi törvény) összegzi, amely tartalmazza az egyes megbetegedések és kórmegelőző állapotok korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatok elvégzésének feladatát, különös tekintettel többek között a család- és nővédelmi gondozásra, a mentálhigiénés megelőzésre és gondozásra, a gyermek- és ifjúság-egészségügyi gondozásra, a népegészségügyi szempontból jelentős betegségek korai felismerésére és az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokra.[47]

Az egészségügyi jogszabályokban megjelenő szemlélet sajátossága, hogy az ellátásról a prekoncepcionális, illetve a perikoncepcionális szakasztól kezdve gondolkodik. A prekoncepcionális időszakban a Családvédelmi Szolgálat védőnője szervezi az oktatási (sic! – helyesen: köznevelési) intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését,[48] míg a nevelési-oktatási intézményekben az iskolavédőnő az, aki ennek az időszaknak az egyik kulcsszereplőjeként részt vesz a családtervezéssel, fogamzásgátlással,

44 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 92. § (1).
45 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3/A. §.
46 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 93–98. § és 100–105. §.
47 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 79. §.
48 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről, 2. § (2).

a szülői szerepre való felkészítéssel, a csecsemőgondozással kapcsolatos témák egészségtan keretében történő oktatásában.[49]

A perikoncepcionális szakaszban a család- és nővédelmi gondozás erősen koncentrál a fogantatás előtti időszakra, ahol cél a *családtervezési ismeretek átadása*, a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítése (a preventív jellegű gondozás és genetikai tanácsadás eszközeivel.[50] A szülészeti *genetikai tanácsadás* során a szakorvosok a sérült gyermek megszületésének kockázatát határozzák meg, arra törekszenek, hogy a magas genetikai rizikójú családokban is születhessen egészséges gyermek.[51] A genetikai tanácsadás nondirektív, a tanácskérő a megfelelően széles körű és megalapozott információk birtokában önállóan hoz döntést. Elvileg alapszintű ellátást nyújtó intézmények és megyei/regionális intézmények alkotják a szakmai ellátás szintjeit.[52] (2014-től a fogamzáskor betöltött 37. életévtől kezdve kötelezően a várandósgondozás része a genetikai tanácsadás.[53]) Az egészségügyi törvény külön kitér a várandósgondozás ideje alatt elvégzendő család- és nővédelmi gondozás feladatainak megfogalmazására, amely erőteljes prevenciós szemléletről árulkodik, magában foglalja a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzését, a megfelelő vizsgálatok elvégzését, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzését, illetve megfelelő időben történő felismerését, továbbá a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítést.[54] A várandósgondozás folyamatát, az abban részt vevő személyeket és feladataikat a *26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról* szabályozza. *A köznevelés területén felmerült az a javaslat, hogy a várandósság időszakát is érdemes lenne bevonni a pedagógiai szakszolgálatok figyelmi körébe, támogatást nyújtva például a családtervezés, a születésfelkészítés, a szülő-gyermek kapcsolatépítés, a korai kötődéssel, a fejlődéssel kapcsolatos ismeretek átadása területén.*[55]

Az *1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól* rendelkezik a betegségek (azaz ebben az esetben az eltérő, megkésett fejlődés – sic!) megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról. Kitér az újszülött egészséges fejlettségét ellenőrző, az esetleges károsodások korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokra, illetve a 0–6 éves korú gyermekek szűrővizsgálatra való jogosultságára.[56]

49 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 3. számú melléklet.
50 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 41. §.
51 2008. évi XXI. törvény a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól, 6. §.
52 Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2016c.
53 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 1. melléklet.
54 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 86. § (1), (2).
55 Elhangzott a kora gyermekkori intervenció és a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll ismertetése kapcsán az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. által rendezett workshopon (Budapest, 2014. november 28.).
56 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 10. § (a), (b).

Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról részletezi a kora gyermekkori intervenció rendszerének első szakaszához kapcsolódó hangsúlyos elem, a szűrések elvégzésére vonatkozó szabályokat.[57] A 0–6 éves korosztályra külön lebontásban tartalmazza az elvégzendő, életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat. A 0–4 napos életkorban végzett szűréseket a fekvőbeteg-gyógyintézet végzi.[58] A továbbiakban a rendelet egységes keretben tartalmazza a védőnő és a házi gyermekorvos, háziorvos által elvégzendő szűrővizsgálatokat, de jelzi, kinek milyen feladata van ezzel kapcsolatban. A védőnőnek a korábbiakban a gyermek 1, 3, 6 hónapos korában a testi fejlődés, a pszichomotoros és a mentális fejlődés, illetve az érzékszervek működésének vizsgálatát, 1 éves életkorban és aztán 6 éves korig évente a testmagasság, testtömeg, a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák, az érzékszervek, mozgásszervek vizsgálatát, illetve 3–6 éves életkor között évente a vérnyomás mérését adta feladatul. A háziorvos ugyanezeknél a korcsoportoknál a teljes fizikális vizsgálatot, idegrendszer-vizsgálatot és rejtettheréjűség-vizsgálatot végezte, plusz 1, 3, 6 hónapos korban mozgásszervi vizsgálatot, valamint 4 hónapos korig csípőficamszűrést.[59] A *49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról* (továbbiakban 49/2004-es ESzCsM rendelet) külön is rendelkezik a védőnő által elvégzendő szűrővizsgálatokról.[60] Ehhez kapcsolódóan a *2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról* tételesen felsorolja a három prevenciós szinten az elvégzendő védőnői feladatokat. Ezek az első két megelőzési szinten a rizikótényezők elkerülésére, illetve a rizikótényezők, elváltozások korai felismerésére és jelzésére, a harmadlagos megelőzési szinten pedig a tartós megbetegedésben élő, a fogyatékos vagy hátrányos helyzetű személyek, családok fokozott gondozására, egészségi állapotuk, szociális helyzetük és környezetük nyomon követésére, az életvitel kialakításában történő segítségnyújtásra irányulnak.[61]

57 Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a törvény értelmében meghatározza a betegség megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat és a szűrővizsgálat igazolására vonatkozó rendelkezéseket. Mellékletében tételesen felsorolja az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat [1. számú melléklet az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelethez].

58 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4. § (f).

59 A szűrés rendje 2017. októbertől megváltozott. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4. § és 1. számú melléklet.

60 Ezek között szerepel a testi fejlődés (testtömeg, -hossz/-magasság, fejkörfogat), a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés követése, magatartásproblémák feltárása, az érzékszervek működésének (látásélesség, színlátás, hallás) vizsgálata, a beszédfejlődés vizsgálata, a BCG-heg ellenőrzése, mozgásszervek elváltozásának szűrése (lúdtalp, gerincelváltozások), a pajzsmirigy tapintásos vizsgálata, vérnyomásmérés, a kültakaró vizsgálata, a szájüreg, fogazat megtekintése [49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet, 1. számú melléklet].

61 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 13. § (4).

A 2015 végén befejeződött *TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program* keretében a védőnői munka támogatására egységes szemléletű rizikókérdőívet fejlesztettek ki, amelyet a védőnő a várandósság ideje alatt, a gyermek 1 hónapos korában, valamint a későbbiekben, bármilyen általa észlelt probléma esetén vesz fel. Ugyancsak a program dolgozott ki egy szülői kérdőívet, amelyet 12 kötelező és 3 javasolt korcsoportban tölt ki a szülő a gyermek 0–7 éves kora között (ha szükséges, védőnői segítséggel), és amely a szülőket segíti gyermekük fejlődésének nyomon követésében. Emellett a védőnői szűrővizsgálati kérdések is korszerűsítésre kerültek, és a szülői kérdőívvel való összehangolásuk is megtörtént, valamint a házi gyermekorvosok, háziorvosok számára egységes vizsgálati szempontsorokat fogalmaztak meg.[62] Az új, komplex szűrőrendszer megfelelő elemeinek bevezetésére vonatkozó jogszabály-módosítási javaslat benyújtásra került, a felelős államtitkárság jelezte, hogy a releváns jogszabályba való bekerülése után kötelező használata 2017. október 30-tól lép érvénybe. Addig is a területi védőnő, az EMMI 2017-ben megjelent szakmai gyakorlati iránymutatása szerint, az általa végzett vizsgálatokat elvileg már az ajánlott módszertan, azaz a Kora gyermekkori (0–7 év) projekt keretében kifejlesztett metódus szerint végzi.[63]

A vizsgálati és terápiás eljárási protokollok kidolgozásáról a *18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól* rendelkezik. Fontos eredmény, hogy szintén a TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program keretén belül nyolc irányelv került korszerűsítésre, illetve kifejlesztésre, amelyek jelentősen segítik az egészségügyi alapellátás munkáját.[64] Mivel korábbi kutatási adatok azt mutatták, hogy a védőnők az elvégzendő szűrések közül az érzékszervi szűréseket végzik el legritkábban (lásd Kereki és Lannert, 2009b), feltehetően a korszerűsített látás- és hallásszűrésre vonatkozó irányelvek változtatnak ezen a tendencián. (Az Integrált Jogvédelmi Szolgálat honlapján[65] megtalálható összesen 508 irányelv közül 13 jelenleg az érvényes irányelv, közülük az egyik a már említett *Egészségügyi szakmai irányelv – A 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről.*)

62 Mindezen elemeket lásd a Gyermek-alapellátási útmutatóban (Altorjai, Fogarasi és Kereki, 2015).

63 Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2017: Szakmai gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre.

64 A TÁMOP–6.1.4-ben kifejlesztésre, korszerűsítésre kerülő irányelvek: a 0–18 éves életkorú gyermekek látásfejlődésének követése, a kancsalság és a fénytörési hibák felismerése; a 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről; testi fejlődés, a gyermekek növekedésének és tápláltsági állapotának értékelése; az egészségügyi alapellátás feladatai az újszülött és a gyermekágyas anya első otthoni látogatásakor; az egészséges csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban; az egészséges csecsemő táplálása; az 1 és 3 éves kor közötti kisgyermekek táplálása; a 0–7 éves gyermekek nyilvántartása az egészségügyi alapellátásban [TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, 2013].

65 Lásd: Integrált Jogvédelmi Szolgálat honlapja http://www.ijsz.hu/ervenyes-egeszsegugyi-szakmai-iranyelvek-2.html (Letöltés dátuma: 2017. 2. 27.).

Az újszülött, a koraszülött, a kis súllyal született, valamint az egészségi és környezeti ok miatt veszélyeztetett csecsemők és gyermekek pszichoszomatikus fejlődésének fokozott figyelemmel kísérését és segítését a *49/2004-es ESzCsM rendelet* garantálja.[66] Ha a gyermek egészségi ok miatt fokozott gondozást igényel, ha krónikus beteg, ha *a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló, 1998. évi XXVI. törvény* 4. §-ának a) pontja szerinti fogyatékossággal élő,[67] valamint ha magatartási zavarokkal küzd, a védőnő – együttműködve a háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel – segítséget és tanácsot ad a gyermek és családja életviteléhez.[68] Az egészségügyi törvény ugyanakkor tartalmazza, hogy az ifjúság-egészségügyi gondozás speciális feladata a veleszületett rendellenességgel élő, krónikus megbetegedésben vagy testi, érzékszervi, értelmi fogyatékosságban szenvedő személyek – a háziorvossal történő együttműködésen alapuló – fokozott ellenőrzése, lelki gondozása és az egészséges közösségekbe történő beilleszkedésének elősegítése.[69] A házi gyermekorvosok kompetencialistájában megjelennek a fejlődési rendellenesség vagy az eltérő fejlődés szűrésére, vizsgálatára, felismerésére vonatkozó kitételek a házi gyermekorvos általános és egyes szakterületekre vonatkozó feladatain belül (Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, 2010).[70]

Az egészségügyi törvény a speciális ellátási igényű csoportok *részére* nyújtott egészségügyi szolgáltatások közé sorolja a rehabilitációt, amelyet olyan szervezett segítségként határoz meg, melyet a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodást szenvedett fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.[71] Megjelenik benne a rehabilitáció interdiszciplináris szemléletű megközelítése, hiszen a fogalmon az egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazását érti.[72] Az orvosi rehabilitáció keretében az érintett jogosult – többek között – a funkciózavart okozó veleszületett vagy szerzett testi

66 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. § (db).

67 A fogyatékosügyi törvény szerint fogyatékos személy: az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja [1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4. § (a)].

68 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. § (dg).

69 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. § (2).

70 A kompetencialista érvényessége: 2013. 12. 31.

71 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 100. § (1).
Ugyanakkor a rehabilitáció fogalma a fogyatékosügyi törvény értelmezésében: a „rehabilitáció: az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése." [1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról 4. (b)].

72 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 100. § (2).

rendellenességek korrekciójára.[73] A törvény nevesíti a *habilitációs tevékenységet* is, amelyet a veleszületett, illetőleg fejlődési rendellenesség, betegség vagy baleset miatt fejlődésében megzavart és ezért a közösségi életben akadályozott gyermekekre, esetlegesen felnőttekre irányuló rehabilitációként értelmez.[74] [A két fogalomnak egymással való meghatározása ugyanakkor ellentmondást takar, hiszen az egyik egy elvesztett, de már korábban kialakult képesség újraépítése (rehabilitáció), a másik pedig egy még ki nem alakult képességnek a felépítése (habilitáció).] Ugyancsak a speciális ellátás részeként jelenik meg a pszichológiai segítségnyújtás, amely megfelelő képesítéssel rendelkező szakorvos, illetve klinikai szakpszichológus által nyújtott pszichoterápiás, illetve egyéb támogatás formájában adható.[75]

6.1.1.3 Az egészségügy kapcsolódásai más ágazatokhoz

Az egészségügyi törvény hangsúlyozza, hogy az egészségügyi alapellátás és szakellátás területén működő szolgáltatók feladataik ellátása során kiemelt figyelmet kell hogy fordítsanak a gyermekek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. Ugyanakkor, utalva a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény egyes kitételeire, megfogalmazza a megelőzésben a társágazatokkal való együttműködés szükségességét is.[76]

A szociális, gyermekvédelmi terület felé ennek a gondolatnak a mentén két szinten jelenik meg kapcsolódás: egyrészt az alapellátás, másrészt a fekvőbeteg-ellátás szakemberein keresztül. Az egészségügyi jogszabályokban visszaköszön az 1997-es gyermekvédelmi törvény rendelkezése, amely szerint az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a háziorvos, a házi gyermekorvos, a jelzőrendszer tagjaiként a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látnak el.[77] A védőnők számára rendelet írja elő, hogy gondozási feladataik elvégzése során a háziorvosi ellátáson és szakellátáson kívül kapcsolatot tartanak és együttműködnek a közoktatás (sic! – helyesen: köznevelés), a gyermekjóléti, a szociális és családsegítést végző intézmények illetékes szakembereivel.[78] A gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor a háziorvos, illetve a gyermekjóléti szolgálat (sic! – azaz: gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó) haladéktalan értesítése mellett a veszélyeztetett gyermeket és családját fokozott gondozásba veszik. Amennyiben a törvényes képviselő a területi védőnői ellátás igénybevételét megtagadja, írásban értesítik a gyermekjóléti szolgáltatót, illetve a háziorvost. A gyermekvédelmi törvény által meghatározott esetekben hatósági eljárást kezdeményeznek. A gyermekvédelemmel kapcsolatos tevékenységükről évente írásos tájékoztatót kell készíteniük az illetékes gyermekjóléti szolgáltató számára, és részt kell venniük annak

73 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 16. § (2).

74 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 100. § (3).

75 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 103. §.

76 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. § (5).

77 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §.

78 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 6. § (1).

éves tanácskozásán, eseti megbeszélésein.[79] A védőnők a visszajelzéssel kapcsolatban is rendelkeznek iránymutatással. Amennyiben a területi védőnő legkésőbb 33 napon belül nem kap az esettel kapcsolatban érdemi visszajelzést, akkor írásban (e-mailben) tájékoztatja erről az illetékes gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatalt.[80] Részletesebb iránymutatást a jelzéssel kapcsolatos feladataikról a *Szakmai gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre* című dokumentum tartalmaz (EMMI, országos tiszti főorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkár, 2017). Ugyanakkor a gyermekvédelmi terület a jogszabályaiban nem, más dokumentumaiban (útmutató, protokoll) pedig csak részben[81] tükrözi vissza a társágazat protokoll-lépéseit, ami esetlegessé teszi az együttműködést az érintett terület részéről. A gyakorlati tapasztalatok szerint ezek az oda-vissza jelzési utak nem működnek megfelelően. Mindkét fél hiányolja a másik jelzésre adott válaszát, illetve az érdemi intézkedésről való tájékoztatást (Kereki, 2015a).

A gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésével kapcsolatban az orvos teendőit jogszabály csak abban az esetben fogalmazza meg, amikor már látható jelei vannak az elhanyagolásnak, illetve bántalmazásnak, tehát a megelőzés ebben a vonatkozásban kevéssé jelenik meg az orvos feladatai között. Az *1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről* úgy rendelkezik, hogy amennyiben az érintett első ízben történő orvosi ellátásakor az orvos megállapítja, hogy 8 napon túl gyógyuló sérülést szenvedett, és a sérülés feltehetően bűncselekmény következménye, haladéktalanul be kell jelentenie a rendőrségnek az érintett személyazonosító adatait.[82] Míg a gyermekvédelmi törvény hangsúlyozza az egészségügyi alapellátás szakembereinek a jelzőrendszerben betöltött szerepét, úgy tűnik, az egészségügyi jogszabályokban az orvos feladatai között ez kevésbé széleskörűen jelenik meg.

A szakellátás szintjén az egészségügyi ellátásba bevont szociális szakemberen, azaz a kórházi szociális munkáson keresztül azonosítható az együttműködési szál. A releváns rendelet egészségügyi tevékenységben közreműködő, egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személyként definiálja a szociális munkást, aki ily módon egészségügyi dolgozóként részt vesz a teljes körű ápolási dokumentáció vezetésében[83]. Feladata a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a kórházi védőnővel együttműködve a válsághelyzetben lévő anyának és gyermekének segítése, valamint a gyermekosztályon a gyermekelhanyagolás és -bántalmazás észlelése esetén a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé való jelzés, illetve a hatósá-

79 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. §. (dc), (gc), (gg), (gh).

80 Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2017: Szakmai gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre.

81 Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2016a: Módszertani útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan.

82 Az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, 24. §.

83 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 3. számú melléklet.

gi eljárás kezdeményezése.[84] A kórházi védőnő és a kórházi szociális munkás kompetenciái között ugyanakkor bizonyos vonatkozásban átfedések vannak, hiszen például a kórházi védőnő feladatai között megfogalmazódik, hogy speciális ellátást igénylő esetekben a területi védőnőtől védőnői szociálishelyzet-elemzést (védőnői környezettanulmányt) kér arról, hogy otthonába bocsátható-e az újszülött.[85] A területi védőnő ebben az ügyben a gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltatóval kell hogy konzultáljon, tehát ez a feladat inkább tartozna a kórházi szociális munkás kompetenciájába.

A köznevelés területével az egészségügyi jogszabályokban nagyon kevés az érintkezési pont. Az egészségügyi alapellátók munkájában a köznevelési intézményekbe bekerült gyermekek kapcsán jelenik meg a feladatok megfogalmazása, itt is inkább az iskolai terep a hangsúlyos. Az óvodai feladatok a *26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról* nevű jogszabályban jelennek meg, és a házi gyermekorvos, háziorvos, valamint a védőnő számára is – a szűrővizsgálatokra vonatkozó feladatok kivételével – az iskolai feladatokhoz hasonló tartalommal fogalmazódnak meg.[86] Érdemes tudni, hogy a védőnő a szűrővizsgálatokat nem végezheti az óvodában, ugyanakkor a jövőben munkáját megnehezíti az a tény, hogy a 3 éves kortól kötelező óvodáztatás bevezetésével a gyermekek jóval nagyobb körének esetében leszűkül az a napközbeni időszartam, amikor a szűrővizsgálatokat el tudja végezni. (Az orvos és a védőnő napközbeni ellátási formákban, illetve az óvodában ellátandó feladatairól készült jogszabály-módosítási javaslatokat lásd Rósa és mtsai, 2013a.)

Az egészségügyi törvényben az orvosi rehabilitációs tevékenység kapcsán tapasztalható egy halvány kapcsolódás a köznevelési terület – pontosabban a gyógypedagógia – felé, miszerint a jogszabály az orvosi rehabilitáció szerves részének tekinti többek között a logopédiai ellátást,[87] bár az egészségügyben a logopédust általában nem azonosítják gyógypedagógusként, miközben az érintett kompetenciát a gyógypedagógiai képzésben lehet elsajátítani. A másik ilyen kapcsolódás a *60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről* című jogszabályban található, ahol a pedagógiai végzettséggel ellátható egészségügyi szakmák közé bekerült a logopédia, a gyógypedagógia és a konduktori tevékenység. Több járóbeteg-szakrendelés, fekvőbeteg-ellátó osztályos szakambulancia, valamint fekvőbeteg-osztály minimumfeltételei között pedig megtalálható a gyógypedagógus és/vagy logopédus és/vagy pszichopedagógus alkalmazási feltétele (például fejlődésneurológiai osztály, gyermek- és ifjúságpszichiátria).[88] (A jogszabály megindokolja, mit ért gyógypedagógia

84 Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40/A § (2), (ac), illetve a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. §.

85 A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülöttellátásban (Védőnői Szakmai Kollégium, hatályos: 2011. december 1.–2013. december 31., Egészségügyi Közlöny, LXI, 18, 2688–2699.).

86 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 2. számú melléklet, 3. számú melléklet.

87 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 100. § (5).

88 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

alatt, ezzel magyarázva, miért kezeli elkülönülten a gyógypedagógus/logopédus/pszichopedagógus végzettségeket: „A gyógypedagógia szűkebb értelemben inkább az érzéki és értelmi fogyatkozásban szenvedők oktatási eljárásának módját jelenti." A magyarázat meghökkentően archaikus szemléletet és nyelvezetet tükröz, és bár felsorolja a gyógypedagógia „szakágait", ebben még a korábbi megnevezések szerepelnek: például szurdopedagógia, tiflopedagógia, az autizmus spektrum pedagógiája pedig hiányzik a felsorolásból.[89])

Ami lényeges hiányként azonosítható az egészségügyi jogszabályokban, hogy a gyermekek továbbküldése a pedagógiai szakellátásba hiányzik a szabályozásból, a pedagógiai szakszolgálati rendszer felé való átvezetés egyáltalán nem biztosított. A köznevelés területén ennek az áthidalására készült el a TÁMOP–3.1.1 XXI. századi közoktatási (fejlesztési, koordinációs) II. szakasz kiemelt projektben az optimális kliensútmodell (Kereki, 2015b).

6.1.2 A köznevelés ágazati szabályozása

Néhány éve az intézményrendszer a centralizációs törekvések következtében nagy átalakuláson ment keresztül, amely a köznevelést és a szociális, gyermekvédelmi területet egyaránt érintette. A köznevelés területén 2013 januárjától az egyházi, magán- és alapítványi intézmények kivételével az ország szinte valamennyi általános iskolájának, középiskolájának, szakiskolájának, kollégiumának és a pedagógiai szakszolgálatának fenntartását az önkormányzatoktól a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ (KLIK) vette át. A szakképző iskolák vonatkozásában 2015-ben újabb változás következett be, a Nemzetgazdasági Minisztérium lett a fenntartó. A KLIK működésével kapcsolatban az eltelt évek kedvezőtlen tapasztalatai nyomán decentralizációs törekvések indultak el a működés átalakítására. 2016-ban jelent meg az a kormányrendelet, amelynek 2017. január 1-től életbe lépett rendelkezései az állami intézményfenntartás átalakítását célozzák. A köznevelési intézmény fenntartói jogait és kötelezettségeit a tankerületi központok vették át (58 tankerületi központ, jellemzően 3-4 korábbi tankerület, illetve járás összevonásával). A KLIK jogutódja az a tankerületi központ, amelynek meghatározott feladatellátási területén a köznevelési intézmény székhelye található. Ezzel csökken a centralizáció, a döntések meghozatala közelebb kerül az érintettekhez. A KLIK Klebelsberg Központ (KK) néven működik tovább, amelyet középirányító szervként jelöl meg a jogszabály.[90] Az óvodák közül a gyógypedagógiai óvodák kerültek állami fenntartásba, az óvodák többségének főszabály szerint továbbra is az önkormányzatok, illetve, magán- és alapítványi fenntartók, valamint az egyházak a fenntartói.

89 Jelenleg nyolc szakirányon lehet gyógypedagógus-diplomát szerezni: értelmileg akadályozottak pedagógiája, tanulásban akadályozottak pedagógiája, hallássérültek pedagógiája, látássérültek pedagógiája, autizmus spektrum pedagógiája, logopédia, pszichopedagógia, szomatopedagógia.

90 134/2016. (VI. 10.) Kormányrendelet az állami köznevelési közfeladat ellátásában fenntartóként részt vevő szervekről, valamint a Klebelsberg Központról.

6.1.2.1 A pedagógiai szakszolgálati rendszer és tevékenységei

A köznevelés területén belül a különleges bánásmódot igénylő gyermekek számára a pedagógiai szakszolgálati intézmények nyújtanak támogatást. A köznevelés többi intézményével együtt a pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer átalakítása is a 2011-es köznevelési törvénnyel kezdődött el. A pedagógiai szakszolgálati intézmények működését a *15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről* szabályozza (a továbbiakban: szakszolgálati rendelet). A rendelet értelmében a pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer struktúrája kétszintűvé vált.

Megyénként (illetve a fővárosban) *székhelyintézményként* működő pedagógiai szakszolgálati intézmények végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén egyrészt a *járási tagintézmények* működnek (a megyében, a fővárosban, valamennyi járásban, az adott járásra kiterjedő működési körzettel), amelyeknek a jogszabályban meghatározott tevékenységek mellett szintén irányítási, képviseleti, szakmai feladatai vannak. Másrészt léteznek *megyei, fővárosi tagintézmények*, amelyek a megyében, a fővárosban egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat több járásra kiterjedő működési körzettel látnak el. Harmadrészt *országos tagintézményekről* beszélünk, amelyek az egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat országos működési körzettel végzik. Végül működnek *szakosított tagintézmények* is, amelyek legfeljebb két szakszolgálati feladatot látnak el.[91] A jogszabály értelmében pedagógiai szakszolgálati feladatot állami felsőoktatási intézmény, egyházi jogi személy vagy vallási tevékenységet végző szervezet vagy más nem állami, nem önkormányzati köznevelési intézményfenntartók által fenntartott, pedagógiai szakszolgálati intézmény, illetve az ilyen szervezetek által fenntartott, egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények is elláthatnak.[92]

Az intézményrendszer átalakítása érintette a feladatvégzést is. Az addigi elkülönült intézményi keretek között működő tevékenységek a pedagógiai szakszolgálat által ellátandó tevékenységek közé kerültek (például a nevelési tanácsadók, amelyek a korábbi tankerületi tagintézményekbe olvadtak be), eredetileg tíz tevékenység ellátását rendelték pedagógiai szakszolgálathoz. (2017. szeptember 1-től eggyel csökkent a tevékenységek köre. Az addig külön tevékenységként megnevezett fejlesztő nevelésnek igazából nem volt értelmezhető a korai fejlesztéstől való különválasztása, ezért a jövőben korai fejlesztés keretében kapják az ellátást az öt évnél idősebb gyermekek, a korai fejlesztés időtartamának 6 éves korig történő kitolásával. Ugyanakkor az is változást eredményezett, hogy az oktatás szó kikerült a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás eredeti nevéből, okkal, hiszen nem volt értelmezhető a korai életszakaszban az oktatás létjogosultsága.)

Jelenleg a pedagógiai szakszolgálatok

- *a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás,*
- *a szakértői bizottsági tevékenység,*
- *a nevelési tanácsadás,*
- *a logopédiai ellátás,*

91 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §.

92 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. § (4).

– *a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás,*
– *a konduktív pedagógiai ellátás,*
– *a gyógytestnevelés,*
– *az iskolapszichológiai és az óvodapszichológiai ellátás,*
– *a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása* feladatát látják el.[93]

A pedagógiai szakszolgálati tevékenységek működtetésének támogatására a TÁMOP-3.4.2-B *Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)* kiemelt projekt keretében a korábbi tíz szakterületre vonatkozóan egységes, átfogó szakterületi protokollok készültek (Nagyné Réz és mtsai, 2015; Kereki és Szvatkó, 2015; Király és mtsai, 2015; Torda, 2015; Fehér, 2015; Kapronyi és Zelenka, 2015; Gunda és mtsai, 2015; Szabó, N. Kollár és Hujber, 2015; Izsóné Szecsődi és Hujber, 2015; Burányné Rákóczi és Kun R.-né, 2015).

A tevékenységek közül nyolc érinti az iskoláskor előtti gyermekek ellátását, ennek megfelelően egyedül a *továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadást nem vontuk be értelmezési keretünkbe.*

Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás

A pedagógiai szakszolgálati rendelet 4. és 5. §-a szabályozza, hogy a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozást milyen feltételek mellett, milyen keretek között kell ellátni. „A korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex kora gyermekkori prevenció, tanácsadás és fejlesztés: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai tanácsadás, a kognitív, a szociális, a kommunikációs és a nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás."[94] A meghatározás korábban egy szűkebb fogalom (korai fejlesztés) alá rendelte a komplexebb (kora gyermekkori intervenció) fogalmat[95], de mára már kétségtelen a törvényalkotói szándék, amely egy szélesebb értelmezésű ellátásban gondolkodik. Megjegyzendő, hogy a 2015-ben megjelent „A kora gyermekkori intervencióra, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett szakterületi protokoll" (Kereki és Szvatkó, 2015) éppen a különböző fogalmak megfelelő szintű értelmezése okából, a köznevelés szempontjából három szinten közelítette meg és strukturálta a korai életkorban nyújtott ellátásokat. Az első szinten a tágabban vett kora gyermekkori intervencióról beszél, és minden érintett ágazat intézményes szereplői által nyújtott szolgáltatásokat beleérti, melyek a jelzett célcsoportra irányulnak. A második szinten, a szűkebben vett kora gyermekkori intervenció szintjén azokat a szolgáltatásokat helyezi el, amelyeket a pedagógiai szakszolgálat komplex terápiás szemléletű ellátási kerete nyújt az iskoláskor előtti gyermekek és szülőik számára,

93 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 18. § (2).
94 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § és 5. §.
95 2017 januárjában módosították a megnevezést, előtte a korai fejlesztés és gondozás feladataként a komplex kora gyermekkori intervenciót és prevenciót határozták meg.

ezzel többféle szakmai tevékenységet is érintetté téve az ellátásban (így a korai fejlesztésen kívül a nevelési tanácsadást, a logopédiai ellátást, az óvodapszichológusi koordinációt, a konduktív pedagógiai ellátást, a szakértői bizottsági és a tehetséggondozási tevékenységet, valamint az – azóta a korai fejlesztés időszakaszának meghosszabbításával a korai fejlesztéssel közös szemléleti keretbe vont – fejlesztő nevelést). A harmadik szint csak a pedagógiai szakszolgálat tagintézményében nyújtott szolgáltatást, a már gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozásnak nevezett tevékenységet foglalja magában.

A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. A gyermek 0–18 hónapos kora között a korai fejlesztést nyújtó intézmény a szakorvos diagnosztikai véleménye és terápiás javaslat alapján is megkezdheti az ellátást, a szakértői bizottság a szakértői véleményt az orvosi dokumentumok alapján állítja ki. A későbbiekben minden esetben a szakértői bizottság vizsgálata után kezdi meg az intézmény az ellátást. A korábbi években csak a sajátos nevelési igényűnek nyilvánított gyermekek kaphattak korai fejlesztést. A jogszabály nem fogalmazott egyértelműen abban a vonatkozásban, hogy milyen keretek között lássák el azokat a 0–3 éves rizikógyermekeket, akik állapotuk alapján nem minősíthetők sajátos nevelési igényűnek, tehát nem kaphatnak korai fejlesztést, de megsegítésük mégis indokolt (akár a mozgásfejlődés enyhe megkésettsége okán). Több szakszolgálat a jogszabály rugalmas megfogalmazását alapul véve a járási tagintézményben jelentkező gyermeket és szülőt ezekben az esetekben nevelési tanácsadás keretében látta el.[96] A jogszabály azóta változott, hiszen 2017. március 1-től a 3 év alatti gyermekek esetében sajátos nevelési igény megállapítása nélkül is javasolhatják a szakértői bizottságok a korai fejlesztést, ezzel legitimmé téve a korábban több esetben bújtatott ellátást. A rendelkezés éppen az említett rizikógyerekeknek a megsegítésére irányul, valamint azokat is ellátásba segíti, akiknek esetében a szülők korábban ódzkodtak attól, hogy gyermeküknek SNI címkét kapjon. Mindezen túl azonban a fenti ellentmondások felvetik a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeinek tágabb szemléletű, rugalmasabb kategorizálásának a kérdését.

A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint végzik. Ennek tartalmát a szülővel ismertetik, legalább kettő, legfeljebb tizenkettő hónapra szükséges elkészíteni, de időtartamát a fejlesztést ellátó szakember határozza meg a gyermek életkorának, diagnózisának függvényében.[97] A fentebb hivatkozott szakterületi protokoll már tartalmazza a családközpontú szemléletű családtámogatási terv készítésének kötelezettségét, amelynek része az egyéni fejlesztési terv 1-3-6-9 hó időtartamra a szükségletek szerint (Kereki és Szvatkó, 2015).

A szakszolgálati rendelet alapján a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint a korai fejlesztés és gondozás, egyéni foglalkozás, illetőleg legfeljebb hat gyermekből álló csoportfoglalkozás keretében valósítható meg. A korai fejlesztés és

96 Elhangzott a kora gyermekkori intervenció és a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll ismertetése kapcsán az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. által rendezett workshopon (Budapest, 2014. november 28.).
97 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 5. § (1).

gondozás keretében a gyermek állapotának, szükségleteinek, valamint a család terhelhetőségének függvényében a fejlesztési feladatok végrehajtásának időkerete a gyermek 0–3 éves kora között legalább heti egy, legfeljebb heti négy órát, 3–5 éves kora között legalább heti kettő, legfeljebb heti öt órát kell hogy jelentsen. 2017. szeptember 1-től az 5-6 évesekre vonatkozóan legalább heti 5 óra az időkeret. A heti időkeretet a szakértői bizottság állapítja meg, azt a fejlesztést ellátó szakember a szakértői bizottság írásbeli egyetértésével módosíthatja. A fejlesztés a gyermek állapota alapján egyéni vagy csoportfoglalkozáson, illetve vegyesen – egyéni és csoportfoglalkozáson – is történhet. Otthoni ellátás vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúra-használatra vonatkozó szerződést kötött intézményben történő ellátás esetén a meghatározott időkeretet – a szülő egyetértésével és a gondozásba történő bevonásával – a fejlesztési év átlagában kell teljesíteni.[98] Az időkeretre vonatkozóan mindenképp érdemes tudni, hogy például az egészségügyi jogszabályok nem tartalmazzák a terápiák vagy a habilitáció, rehabilitáció időkeretét. Éppen ezért nagy különbségek vannak abban, hogy a különböző ágazati irányítású intézményekben egy-egy gyermek esetében milyen időtartamban nyújtják a szolgáltatást. Egy 2010-es vizsgálat szerint, míg a 3 év alatti gyermekek számára nyújtott egyéni terápiás, fejlesztő ellátás a köznevelés területén az akkori jogszabályoknak megfelelően átlagosan nagyjából 3 órát tett ki, az egészségügyben ez átlagosan 1 óra volt (Kereki, 2011). Felvetődik a kérdés, hogy *ha az egészségügy keretei között sokkal rövidebb időben kapja a terápiás ellátást a gyermek, hiszen ott nincs szabályozva ennek az időtartama, akkor hogyan állapítható meg, hogy mennyi idő szükséges ahhoz, hogy hatékony legyen a fejlesztés. Ennek evidenciaalapú szabályozására lenne szükség.*

Az ágazaton belüli és az ágazatok között zajló profiltisztítás jegyében 2013 után több intézményben változások álltak elő. Korábban az állami egységes gyógypedagógiai és konduktív pedagógiai módszertani intézmények is felvállalhatták a korai fejlesztés feladatát. Az aktuális szabályozás alapján a feladatellátás helye ugyan változatlan, de az eddig korai fejlesztést végző szakemberek a pedagógiai szakszolgálat állományába kerültek át. Azokban a szociális/gyermekvédelmi intézményekben pedig, ahol korábban a korai fejlesztés feladatát végezték, ott a pedagógiai szakszolgálattal kötött infrastruktúra-használatra vonatkozó szerződés keretében a pedagógiai szakszolgálati intézmény gondoskodik a szükséges szakemberről (például bölcsőde, gyermekotthon). A tevékenységet, amennyiben a feladat ellátásához szükséges feltételek biztosítottak, az intézményben kell ellátni. A pedagógiai szakszolgálat a szülőn kívül a feladatellátási hely szakalkalmazottai részére is biztosít tanácsadást.[99] Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat mégsem tudná ellátni a feladatát, az önkormányzatok is alkalmazhatnak speciális szakértelemmel bíró szakembert, ha vállalják ennek költségeit.

Fontos tudni, hogy miután a gyermek a harmadik életévét betöltötte, akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértő véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe.[100]

98 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §.
99 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (3).
100 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (4).

A szakértői bizottság diagnosztikus tevékenysége

A köznevelés rendszerében a pedagógiai szakszolgálatok *szakértői bizottságai* végzik a gyermekek komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint (sajátos nevelési igény gyanúja esetén minden esetben szükséges) orvosi vizsgálatát, amely alapján szakértői véleményt készítenek. A vizsgálat célja lehet (a) az iskolába lépéshez szükséges fejlettség megállapítása, (b) a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása, (c) a sajátos nevelési igény – a mozgásszervi, az érzékszervi (látási, hallási), az értelmi, a beszédfogyatékosság, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén a halmozott fogyatékosság, az autizmus spektrum zavar vagy az egyéb pszichés fejlődési zavar: súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar[101] – megállapítása vagy kizárása.[102] A szakértői vizsgálat típusa szerint irányulhat az állapot feltárására, és lehet nyomon követő felülvizsgálat.[103] A szakértői bizottsági tevékenységet a pedagógiai szakszolgálat székhelyintézménye és tagintézményei (járási, megyei/fővárosi) látják el, valamint a szakértői bizottságként eljáró országos tagintézmények, amelyek a mozgásszervi, az érzékszervi (látási, hallási) fogyatékosság, valamint a beszédfogyatékosság megállapítását vagy kizárását országos feladatellátási kötelezettséggel végzik, azzal a kitétellel, hogy a beszédfogyatékosság megállapítása vagy kizárása a megyei szakértői bizottság feladatai körében is ellátható.[104]

A 0–3 éves korú gyermekek esetében a megyei,[105] a 3 év feletti életkorúaknál a járási szakértői bizottságnak van meghatározó szerepe.[106] A sajátos nevelési igény (a továbbiakban: SNI) megállapítását minden esetben a megyei szintű szakértői bizottság végzi, valamint az ő feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek felülvizsgálatának elvégzése, valamint a részükre, illetve családjuk részére a juttatások és kedvezmények igénybevételéhez szükséges igazolások kiadása.[107] A megyei szakértői bizottságok tehetnek javaslatot a súlyosan, halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is.[108] A halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló vizsgálatának kezdeményezése esetén a vizsgálaton jelen lévő szakszolgálati-esélyegyenlőségi szakértő szerepéről a szülőt tájékoztatni kell.[109] A szakértői bizottság a szakértői véleményében tesz javaslatot a különleges bánásmódot igénylő gyermek ellátására, az ellátás módjára, formájára és helyére, az ellátáshoz kapcsolódó pedagógiai szakszolgálatok típusaira, a szükséges szakemberre és annak feladataira.[110]

101 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 25.
102 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 7. §.
103 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 8. §.
104 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 9–10. §.
105 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 12. § (2) (a).
106 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. § (1) (a).
107 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 12. § (2) (d) (e).
108 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 12. § (2) (f).
109 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §. (3) (c).
110 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 17. § (1).

Nevelési tanácsadás
A pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadói tevékenysége keretében a munkatársak segítséget nyújtanak a gyermek családi és óvodai neveléséhez (iskoláskorban iskolai neveléséhez és oktatásához). A szülővel feltáró beszélgetést végeznek, majd felmérik a gyermek adaptív viselkedését, szociális érettségét. A vizsgálat eredményeképpen tanácsadásban részesítik a szülőt, vagy a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességét határozzák meg. A pszichés állapot feltárását célzó vizsgálat végzése és a szakértői vélemény készítése a szülő, a jogszabályban meghatározott esetben a gyermekek védelméről *és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény* hatálya alá tartozó gyermekvédelmi szakellátást, gyermekjóléti alapellátást végző intézmények kérésére történik.

A prevenciós tevékenység keretében a nevelési tanácsadás szakemberei együttműködnek a védőnői és gyermekorvosi hálózattal, a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak, valamint az óvodai nevelésben részesülő, negyedik életévüket betöltött gyermekek körében a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából – a szülő előzetes hozzájárulásával – szűrést végezhetnek. A komplex pszichológiai és gyógypedagógiai ellátás keretében folyamatdiagnosztikai célú pszichológiai, gyógypedagógiai-pedagógiai vizsgálattal mérik fel a gyermekeket, valamint gondozást, terápiás ellátást, korrektív megsegítést nyújtanak a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján. Az állapotváltozást a folyamatdiagnosztika során értékelik, valamint pszichológiai, gyógypedagógiai, pedagógiai tanácsadást biztosítanak, és konzultációs lehetőséget nyújtanak a gyermekek szülei, (óvoda)pedagógusai részére.[111]

A logopédiai ellátás
A pedagógiai szakszolgálatok logopédiai ellátásának feladata a hangképzés, a beszéd, a beszélt és írott nyelvi képesség fejlődési és szerzett zavaraihoz, továbbá a specifikus tanulási zavarokhoz (diszlexia, diszortográfia, diszgráfia, diszkalkulia) kapcsolódó prevenciós, állapotmegismerési és terápiás tevékenység. A logopédiai ellátás igénybevétele – néhány kivételtől eltekintve – önkéntes alapon történik, nem kötelező. A logopédiai ellátás keretében el kell végezni a harmadik és ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrését. A hároméves kori logopédiai szűrés a nyelvi fejlettségre (receptív és expresszív nyelv), az ötéves kori szűrés elsősorban a beszédartikulációra, illetve az írott nyelvi (írás és olvasás) készültségre irányul. A szűrés eredménye alapján szükség szerint el kell végezni a gyermek további logopédiai vizsgálatát, illetve kezdeményezni kell további gyógypedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatokat.[112]

A konduktív pedagógiai ellátás
A konduktív pedagógiai ellátás feladata a központi idegrendszeri sérült gyermekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. A konduktív pedagógiai ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás

111 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §.
112 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 25. §. (1), (2), (3).

keretében nyújtható. A fejlesztő foglalkozás a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint lehet egyéni vagy csoportos foglalkozás. A konduktív pedagógiai ellátás feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet. A konduktív pedagógiai ellátás a tanév rendjéhez igazodik, és év közben is megkezdhető.[113]

Gyógytestnevelés
A gyógytestnevelés feladata a gyermek (a tanuló) speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha szakorvosi (vagy iskolaorvosi) vizsgálat gyógytestnevelésre utalja. Ennek megszervezését és személyi feltételeinek biztosítását a pedagógiai szakszolgálat végzi a nevelési-oktatási intézményekben.[114]

Óvodapszichológiai (és az iskolapszichológiai) ellátás
A pedagógiai szakszolgálati intézményben az óvodapszichológiai (és az iskolapszichológiai) ellátás feladata a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása és segítése, amelyet az óvodapszichológusi (és az iskolapszichológusi) feladatok koordinátora lát el. A koordinátor feladatai közé tartozik többek között az óvodai (és az iskolai) preventív szűrések járási szintű koordinációja, a nevelési-oktatási intézményekből érkező pedagógusok számára egyéni tanácsadás és konzultáció biztosítása vagy a pedagógiai szakszolgálatnál bejelentkező, az óvodától (iskolától) független szolgáltatást igénylő szülők és gyermekek óvodai (iskolai) problémákkal összefüggő ellátása.[115]

A kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) ellátása
A kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozása keretében a pedagógiai szakszolgálat feladata a korai tehetségfelismerés, tehetségazonosítás, amelynek során a tehetséggondozó koordinátor a tehetséges gyermek támogatásán túl a szülőknek tanácsadást, a pedagógusok részére konzultációt, a tehetségfejlesztő programok vezetőivel és az óvodapszichológussal (iskolapszichológussal) szakmai kapcsolattartást biztosít.[116]

6.1.2.2 Az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények feladatai

Az *egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények* (a továbbiakban: EGYMI) a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók többi gyermekkel (tanulóval) együtt történő nevelésének (oktatásának) támogatása céljából hozhatóak létre. Minden intézményben működnie kell kizárólag a sajátos nevelési igényű gyermekeket (tanulókat) ellátó óvodai (általános iskolai, fejlesztő nevelést-oktatást végző iskolai vagy középfokú iskolai) feladatot ellátó intézményegységnek, továbbá utazó gyógypedagógusi, utazókonduktori hálózatnak vagy – az országos és megyei szakértői bizottsági feladatok

113 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 27. §.
114 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 28. §.
115 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 29. §.
116 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 30. §.

kivételével – pedagógiai szakszolgálati feladatokat ellátó intézményegységnek.[117] Ez a megfogalmazás látszólag nincs összhangban a szakszolgálati rendelettel, hiszen ez alapján akár korai fejlesztés is működhetne az intézményben, miközben a szakszolgálati rendelet egyértelműen pedagógiai szakszolgálati feladatkörbe rendeli azt. Vannak azonban kivételek is, például a nem állami, egyházi fenntartású intézmények, amelyek EGYMI-ként szakszolgálati keretben elláthatják a korai fejlesztés feladatát.[118] (Valószínűleg miattuk került be a törvény szövegébe a fenti kitétel.)

Különnevelés (speciális intézményben való ellátás) esetén a Klebelsberg Központ (KK) feladata, azaz a tankerületi igazgató feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása, így az EGYMI-kben és a gyógypedagógiai óvodákban is. Együttnevelés (integrált ellátás) esetén az önkormányzatok által fenntartott intézményekben (óvodákban) a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásának feltételeit az önkormányzatnak kell biztosítania. Amennyiben az önkormányzat nem vállalja, akkor a KK adott tankerületi központ igazgatójának feladata a gyermekek ellátása, amelyet utazó gyógypedagógusi, konduktori hálózat megszervezésével és működtetésével látnak el. Az utazótanári feladatellátás a foglalkozásokon kívüli habilitációs/rehabilitációs foglalkozások megtartását foglalja magában. Az ellátást minden gyermek számára sérülésspecifikusan biztosítják.

6.1.2.3 Az óvoda feladatai a kora gyermekkori intervencióban

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenciós intézményrendszer elemei közé tartozik az *óvoda* is, hiszen részt vesz az iskoláskor előtti gyermekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával). Az óvodai nevelés szakasza a gyermek hároméves korában kezdődik, és addig az időpontig tart, ameddig a gyermek a tankötelezettség teljesítését meg nem kezdi.[119] Ha a gyermek, a tanuló beilleszkedési, magatartási (tanulási) nehézséggel küzd, fejlesztő foglalkoztatásra jogosult. A fejlesztő foglalkoztatás a nevelési tanácsadás, az óvodai nevelés keretében valósítható meg.[120] A sajátos nevelési igényű gyermek óvodai nevelése az e célra létrehozott gyógypedagógiai nevelési intézményben, konduktív pedagógiai intézményben, óvodai csoportban vagy a többi gyermekkel részben vagy egészben együtt, azonos óvodai csoportban történhet. A gyermek külön óvodai nevelését végző óvodai csoportot a sajátos nevelési igény típusának megfelelően hozzák létre. A gyógypedagógiai nevelésben, oktatásban részt vevő nevelési-oktatási intézményben a gyermek egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül.[121] A kötelező óvodai nevelés 2017. szeptember 1-től korai fejlesztés és gondozásban is teljesíthető.[122]

117 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 20. § (9).
118 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. §.
119 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 5. § (1).
120 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 47. § (8).
121 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 47. § (3), (5).
122 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 8. § (4).

Az integráltan nevelt gyermekek nevelésével kapcsolatos feladatokról és szempontokról a *32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról* nyújt részletes iránymutatást. A *363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról* az óvodai nevelés feladatait tartalmazza, külön kiemelve a sajátos nevelési igényű gyermekek szükségletalapú ellátásának és az említett irányelv szellemében történő nevelésének fontosságát. A *20/2012. (VIII. 31) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról* szintén tartalmaz kitételeket a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásával kapcsolatban, valamint hangsúlyozza a gyermekek fejlődésének nyomon követését. Az óvoda feladatává teszi a gyermek értelmi, beszéd-, hallás-, látás- és mozgásfejlődésének szükség szerint, de legalább félévenként történő ellenőrzését, értékelését és az eredmények rögzítését. Rögzíteni kell a gyermek fejlődését szolgáló intézkedéseket, megállapításokat, javaslatokat is.[123]

6.1.2.4 A köznevelés kapcsolódásai más ágazatokhoz

A köznevelési területre vonatkozó szabályozás oldaláról tekintve több ponton azonosítható az egészségügyi területtel való kapcsolódás. A szociális, gyermekvédelmi szférával inkább a család- és gyermekjóléti szolgálaton keresztül, a jelzőrendszer tagjaként, illetve azoknak a szolgáltatásoknak a megjelenítése nyomán van kapcsolódás, ahol a pedagógiai szakszolgálat szakemberei a helyszínen korai fejlesztést végeznek.

A pedagógiai szakszolgálat az egészségügyi alapellátással a jogszabályok szintjén jellemzően közvetlenül az iskolába lépés előtt kapcsolódik össze először, amikor az általa ellátott gyermek állapotmegismerése kapcsán az iskola-egészségügyi dokumentáció részét képező,[124] a háziorvos (házi gyermekorvos) által a gyermekről ötéves életkorában kiállított, a fejlődési szint megítélésére szolgáló adatlapot bekéri. A szakértői bizottság az enyhe értelmi fogyatékosságot csak abban az esetben állapíthatja meg, ha azt a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet megfelelő kitétele alapján[125] kiállított orvosi adatlap adatai vagy a gyermek fejlődése szerinti folyamatos figyelemmel kísérésének adatai igazolják.[126] Az adatlapot a szakszolgálati rendelet tartalmazza,[127] és ebben a dokumentumban is *feltűnik a szóhasználat összehangolatlansága, hiszen például csak az orvosi szótárban található a mentális retardáció kifejezés, amelyet már régóta nem használ sem a gyógypedagógia, sem a pszichológia. A gyógypedagógia területén német mintára elterjedt a tanulásban akadályozott és az értelmileg akadályozott kifejezés, az angolszász szakirodalom alapján pedig intellektuális képességzavarról beszélünk.*

123 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 63. § (1), (4).
124 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 4. § (2).
125 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (3) (c).
126 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 21. § (2).
127 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. számú melléklet.

Az egészségügyi szakellátás viszont folyamatosan a pedagógiai szakszolgálatok látóterében van, hiszen maga a pedagógiai szakszolgálat alkalmazhat egészségügyi ellátót nem pedagógus-munkakörben, így a fogyatékosság típusának megfelelő szakorvost vagy gyermek- és ifjúsági pszichiátert, csecsemő- és gyermekgyógyászt, illetve gyermekneurológus szakorvost, valamint gyógytornászt.[128] Sőt, a komplex diagnózis felállítása elképzelhetetlen orvosi vizsgálati dokumentáció, illetve orvosi szakértői vélemény nélkül.[129] Ugyancsak az egészségügyi szakellátással való együttműködés jegyében próbálja meg a köznevelés hamarabb ellátásba juttatni a gyermekeket. Jelenleg a szakértői bizottság a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermek esetében a szakértői véleményt a gyermek külön vizsgálata nélkül, a neonatológia, csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégegyógyászat, audiológia, szemészet, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció, csecsemő- és gyermekgyógyászat, illetve gyermekneurológia szakterületen működő szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.[130] Így szakorvosi véleménnyel közvetlenül elkerülhet a gyermek a korai fejlesztést, terápiás ellátást végző intézménybe. *A fenti kitétel hiányossága, hogy az egészségügyi jogszabályokban nem tükröződik vissza, ezért még a pedagógiai szakszolgálati rendszerről ismeretekkel rendelkező orvosok többsége sem tudja, hogy milyen lehetőségei vannak a legfiatalabbak ellátásba kerülésének meggyorsítására.*

Az óvodában elvégzendő egészségügyi ellátásra vonatkozóan az egészségügyi rendelet az irányadó (a már említett 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola egészségügyi ellátásról), a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról csak az orvosi helyiségek biztosításának szükségességét tartalmazza, különös tekintettel a gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai óvodákra.[131]

6.1.3 Szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti terület, a családtámogatás rendszere

A szociális ágazatban a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság és megyei, fővárosi kirendeltségei látják el a kormányhatározatban meghatározott szociális és gyermekvédelmi intézmények fenntartói feladatait.[132] Ahhoz, hogy akár az egészségügyi alapellátás, akár a köznevelés területén (különösen a diagnosztikus centrumokban) dolgozó szakemberek megfelelő módon segíteni tudják az általuk ellátott családokat, gyermekeket, ismerniük

128 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 6. számú melléklet.
129 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. számú melléklet: A szakértői vélemény elkészítésének szakmai követelményei.
130 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2).
131 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 2. számú melléklet.
132 316/2012. (XI. 13.) Kormányrendelet a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságról.

kell a *személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatásokat*, beleértve az alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat egyaránt (például családsegítés, falu- és tanyagondnoki szolgáltatás, támogató szolgáltatás, ápolást, gondozást nyújtó intézmények), valamint a szociális ellátások, juttatások rendszerét, legyen szó akár a pénzbeli ellátásokról (például egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, ápolási díj), vagy a természetben nyújtható ellátásokról (például közgyógyellátás).[133] A társágazati szakemberek a szociális alapszolgáltatások mellett gyakran kerülnek kapcsolatba a gyermekvédelmi ellátás szereplőivel is. A gyermekvédelmi védőháló alapvetően három fő alappilléren nyugszik: az alapellátás, a szakellátás és a hatósági intézkedések intézményén. Itt is találunk pénzbeli és természetbeni ellátási formákat (például rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, illetve gyermekétkeztetés stb.). A juttatásokat tekintve fontos ismerni még az egészségbiztosítási, illetve a családtámogató ellátási formákat.

6.1.3.1 Ellátások, szolgáltatások

Szociális szolgáltatások

A szociálisan rászorulók részére a *személyes gondoskodást* az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják. A személyes gondoskodás magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat. A kora gyermekkori intervencióban érintett a szociális alapszolgáltatások közül a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, a családsegítés, a támogató szolgáltatás és a nappali ellátás, a szakosított ellátások körében pedig az ápolást, gondozást nyújtó intézmények közül a fogyatékos személyek otthona.

A *falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás* célja az aprófalvak és a külterületi vagy egyéb belterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányból eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.[134]

A *családsegítés* a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás. Így többek között biztosítja a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást, a pénzbeli, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését, a családban jelentkező működési zavarok megoldásának elősegítését, valamint például a fogyatékos személyek, a krónikus betegek, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását. Családsegítés a gyermekjóléti szolgáltatással egy szolgáltató – a család- és gyermekjóléti szolgálat – keretében működtethető. A család- és gyermekjóléti szolgálat ellátja a családsegítés fentebb említett feladatait, valamint a gyermekvédelmi törvény 39. és 40. §-a szerinti gyermekjóléti szolgáltatási feladatokat.[135] (Lásd a *gyermekjóléti szolgáltatás* feladatainak leírásánál.)

133 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
134 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 60. § (1), (2).
135 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 64. §.

A *támogató szolgáltatás* célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása révén. Feladata többek között a fogyatékosság jellegének megfelelően az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása (speciális személyi szállítás, szállítószolgálat működtetése), valamint az általános egészségi állapotnak és a fogyatékosság jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, illetve a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása.[136]

A *nappali ellátás* többek között saját otthonukban élő, harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését.[137]

A szociális törvény leszögezi, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézmények körében működő *fogyatékos személyek otthonában*, a fogyatékos kiskorúak esetében az ápolással, gondozással párhuzamosan biztosítani kell a korai fejlesztést és gondozást vagy a fejlesztő nevelést (sic!) ellátó, a területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel való együttműködést, továbbá az iskolai tanulmányok folytatásának segítését.[138] (Egyelőre a jogszabályt nem sikerült még összehangolni a köznevelési területen lezajló változásokkal, ahol már nem beszélünk fejlesztő nevelésről.)

Gyermekjóléti alapellátás

A *gyermekjóléti alapellátáshoz* tartoznak: a Biztos Kezdet Gyerekházak, a gyermekek napközbeni ellátása (bölcsőde, mini bölcsőde, munkahelyi bölcsőde, családi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátások) és a gyermekek átmeneti gondozása (például gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, helyettes szülő), valamint a gyermekjóléti szolgáltatások (így maga a család- és gyermekjóléti szolgálat).[139]

A preventív szemlélet jegyében érdemes külön kiemelni az ún. *Biztos Kezdet Gyerekházakat*, amelyek korábban a Gyerekesély program keretén belül működtek. Olyan alapellátó segítséget kínálnak elsősorban szociálisan hátrányos helyzetű családoknak, amely a hatékony prevenció érdekében 0–5 év közötti (2018-tól várhatóan csak hároméves kor alatti) *gyermekek és szüleik* együttes jelenlétére épül.[140] Vagyis a bölcsődei, óvodai ellátás mellett ez az ellátási forma egy olyan alternatív segítséget jelent ezeknek a családoknak,

136 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 65/C. §.
137 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 65/F. § (1).
138 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 70. § (1).
139 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 14. §, 15. § és 38–48. §.
140 Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 38/A. §, illetve a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 5/A., 5/B., 5/C. §.

amit a gyermekek a szüleikkel együtt vehetnek igénybe. Az intézmény a fogyatékos gyermekek szülei számára konzultációs lehetőséget biztosíthat a releváns ellátást, szolgáltatást nyújtó szolgáltatók, intézmények képviselőivel.[141]

A *gyermekek napközbeni ellátása* keretében olyan családban élő gyermekek – életkoruknak megfelelő – nappali felügyeletét, gondozását, nevelését, foglalkoztatását és étkeztetését szervezik meg, akiknek a szülei, nevelői, gondozói valamilyen okból (például munkavégzésük, betegségük miatt) napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni. A napközbeni ellátás legjelentősebb intézménye, a *bölcsőde* esetében a gyermek húszhetes korától nevelhető és gondozható, hároméves koráig. Ha betöltötte a hároméves kort, de testi vagy értelmi fejlettségi szintje alapján még nem érett az óvodai nevelésre, és óvodai jelentkezését az orvos nem javasolja, bölcsődei ellátásban maradhat a negyedik életévének betöltését követő augusztus 31-éig. A sajátos nevelési igényű gyermek bölcsődei ellátás keretében való nevelése, gondozása történhet a nem sajátos nevelési igényű gyermekekkel közös csoportban, vagy speciális bölcsődei csoportban, ahol az elhelyezett gyermekek állapotától függően kell meghatározni az egy kisgyermeknevelő által ellátható gyermeklétszámot, ez azonban kisgyermeknevelőnként három gyermeknél több nem lehet.[142] A bölcsődei ellátásban a sajátos nevelési igényű gyermek annak az évnek az augusztus 31. napjáig vehet részt, amelyben a hatodik életévét betölti. Meg kell szüntetni annak a gyermeknek a bölcsődei ellátását, aki orvosi szakvélemény alapján egészségi állapota miatt bölcsődében nem gondozható.[143]

Amennyiben a bölcsőde sajátos nevelési igényű gyermek napközbeni ellátását biztosítja, együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását vagy fejlesztő nevelését (sic!) ellátó, területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel.[144] A sajátos nevelési igényű gyermeket is ellátó bölcsődei csoportban legfeljebb 10, a kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekeket ellátó bölcsődei csoportban legfeljebb 6 gyermek nevelhető, gondozható. Ha a bölcsődei ellátást nyújtó intézmény, szolgáltató sajátos nevelési igényű gyermek napközbeni ellátását biztosítja, a gyermek bölcsődei nevelésének, gondozásának megkezdését követő legalább három hónap elteltével a bölcsődében és mini bölcsődében – az intézmény orvosának, gyógypedagógusának, kisgyermeknevelőjének, valamint a család- és gyermekjóléti központ munkatársának a véleménye alapján – az intézmény vezetője a szülővel együtt értékeli a gyermek beilleszkedését, és dönt a gyermek további neveléséről, gondozásáról. Mindez a munkahelyi bölcsődében és családi bölcsődében a gyermek orvosa, a család- és gyermekjóléti központ munkatársa, a szolgáltatást nyújtó személy vagy a kisgyermeknevelő és természetesen a szülő közreműködésével történik.[145] A bölcsődei nevelés-gondozás

141 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 5/A. § (1) (c).
142 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 35. § (3)–(6).
143 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 42/A. §.
144 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 35. § (2).
145 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 35. § (1).

szakmai alapelveit, a bölcsődei kisgyermeknevelő feladatainak leírását, a gyermekek fejlődésének nyomon követésére vonatkozó teendőket *A bölcsődei nevelés-gondozás szakmai szabályai* című módszertani levél tartalmazza (Balogh L.-né és mtsai, 2012).

A *családi bölcsőde* olyan bölcsődei ellátást nyújtó szolgáltatás, amelyet a szolgáltatás nyújtója a saját otthonában vagy más, e célra kialakított helyiségben biztosít.[146] (A 3 éves kortól kötelező óvodáztatás bevezetése felülírta a korábbi családi napközi ellátási kereteit, amelynek a helyébe lépett az új szolgáltatás.)

A *napközbeni gyermekfelügyelet* keretében – nem nevelési-oktatási céllal – a szolgáltatás nyújtója az életkornak megfelelő napközbeni ellátást biztosít többek között a bölcsődei ellátásban, óvodai nevelésben nem részesülő gyermek számára, a kötelező óvodai nevelésben való részvétel alól felmentett gyermek számára vagy az óvodai nevelésben részesülő gyermek számára a kötelező óvodai nevelésben való részvételének idején kívül, stb. A sajátos nevelési igényű gyermekek számára szükségleteikhez igazodó ellátást kell nyújtani. A szolgáltatás keretében a gyermek húszhetes korától annak a tanévnek a végéig gondozható, amelyben a tizennegyedik életévét betölti, sajátos nevelési igényű gyermek esetében, amelyben a tizenhatodik életévét betölti.[147]

Az *alternatív napközbeni ellátás* a játszótéri program, játszóház, klubfoglalkozás keretében nyújtott, a szülő és a gyermek kapcsolatát erősítő, a gyermek szocializációját támogató, valamint az egyéb szabadidős és prevenciós szolgáltatást jelenti.[148]

A *gyermekjóléti szolgáltatás* olyan, a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek testi és lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését[149]. Feladatai között a gyermek testi, lelki egészségének, családban történő nevelésének elősegítése érdekében már perikoncepcionális teendők is megfogalmazódnak, így például a családtervezési tanácsadás nyújtása vagy az ehhez való hozzájutás megszervezése.[150] A várandósság ideje alatt is támogatást nyújt, különösen a válsághelyzetben lévő várandós anyák[151] esetében fogalmazódnak meg a teendői.[152] A gyermek veszélyeztetettségének

146 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 43. §.
147 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/B. §, 44/C. §.
148 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/D. §.
149 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (1).
150 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2) (b).
151 A várandós anya válsághelyzete: olyan családi, környezeti, szociális, társadalmi helyzet vagy ezek következtében kialakult állapot, amely a várandós anya testi vagy lelki megrendülését, társadalmi ellehetetlenülését okozza, és ezáltal veszélyezteti a gyermek egészséges megszületését; ezen belül várandósságát elviselő, válsághelyzetben lévő várandós anya, aki nyilatkozata szerint állapotát környezete és hozzátartozói előtt titokban szándékozik tartani [1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 5. § (o)].
152 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 39. § (2) (c), illetve 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 13. § (b).

megelőzése érdekében többek között a veszélyeztetettséget észlelő és jelző rendszert működtet; tájékoztat az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokról, illetve abba a gyermek örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezés lehetőségéről; iskolai szociális munkát biztosíthat.[153] A kialakult veszélyeztetettség megszüntetése érdekében feladata, hogy a gyermekkel és családjával végzett szociális munkával elősegítse a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását, a családi konfliktusok megoldását, különösen a válás, a gyermekelhelyezés és a kapcsolattartás esetében. Szükség esetén elindítja a gyermek védelembe vételét, illetve súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét.[154]

A gyermekjóléti szolgáltatást településszinten a *család- és gyermekjóléti szolgálat* nyújtja (a családsegítést és gyermekjóléti szolgáltatást közös keretbe foglalva), amely többek között folyamatosan figyelemmel kíséri a településen élő gyermekek szociális helyzetét, veszélyeztetettségét, meghallgatja a gyermekek panaszát, és annak orvoslása érdekében megteszi a szükséges intézkedést, szervezi a – legalább három helyettes szülőt foglalkoztató – helyettes szülői hálózatot, vagy önálló helyettes szülőket foglalkoztat.[155]

A járási székhelyeken működnek a *család- és gyermekjóléti központok*. Feladatuk az általános gyermekjóléti szolgáltatás feladatain túl a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a gyermek igényeinek és szükségleteinek megfelelő, önálló egyéni és csoportos speciális szolgáltatások, programok nyújtása. Ennek keretében biztosít többek között gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálatot, jogi tájékoztatásnyújtást és pszichológiai tanácsadást, családkonzultációt, családterápiát, családi döntéshozó konferenciát. A gyermekek védelmére irányuló tevékenység keretében kezdeményezi a gyermek védelembe vételét vagy súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét. A családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében szociális segítőmunkát koordinál és végez – az otthont nyújtó ellátást, illetve a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást végző intézménnyel együttműködve – a család gyermeknevelési körülményeinek megteremtéséhez, javításához, a szülő és a gyermek közötti kapcsolat helyreállításához. Továbbá utógondozást végez – a gyermekvédelmi gyámmal együttműködve – a gyermek családjába történő visszailleszkedéséhez.[156]

A *gyermekek átmeneti gondozása* alapvetően olyan típusú segítségnyújtás, amely a szülőknek segít életük rendezésében, ha bármilyen okból (egészségi állapotuk, életvezetési problémájuk, indokolt távollétük vagy más akadályoztatásuk miatt) nem tudják megoldani a családban a gyermekük nevelését. Megszervezhető a gyermekek átmeneti otthonában, a családok átmeneti otthonában vagy befogadó, illetve helyettes szülői szolgáltatáson keresztül. A *gyermekek átmeneti otthona* akkor nyújt segítséget, ha a gyermek fejlődése veszélyeztetetté válik. A *családok átmeneti otthona* a komoly bajba került, de a család egységének

153 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (3).
154 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (4).
155 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40. §.
156 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40/A. § (2).

megőrzéséért tenni hajlandó családoknak segít. Ezek olyan intézmények, ahova az anyák – előfordul, hogy az apák is – a gyermekükkel, gyermekeikkel meghatározott időre beköltözhetnek, hogy legyen idejük körülményeik rendezésére, például a munkavállalás, adósságrendezés, albérletkeresés terén, és bizonyos idő elteltével folytathassák az önálló családi életüket. Az intézmény a felnőtt és a gyermek együttes ellátása során befogadja a válsághelyzetben lévő, bántalmazott vagy várandós anyát, illetve a szülészetről kikerülő anyát és gyermekét, valamint a várandós anya kérelmére az anya élettársát vagy férjét is.[157] A *befogadó szülő* átmeneti vagy tartós jelleggel saját háztartásában nyújt teljes körű ellátást az általa befogadott gyermeknek és fiatal felnőttnek. Befogadó szülő a helyettes szülő (valamint a szakellátás részvevőjeként a nevelőszülő, a speciális nevelőszülő és a különleges nevelőszülő). A helyettes szülő a családban élő gyermek átmeneti gondozását – a működtető által készített egyéni gondozási-nevelési terv alapján – saját háztartásában biztosítja.[158]

Az eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekek ellátása szinte minden szolgáltatási formában megjelenik. Jól érzékelhető, hogy egy jogszabályon belül sincsenek összehangolva az elnevezések, hiszen például a *15/1998. (IV. 30.) NM rendeleten* belül a gyermekek napközbeni ellátása kivételével, ahol a sajátos nevelési igényű gyermekcsoport ellátásáról van szó, minden más ellátás esetében ugyanezt a gyermekcsoportot fogyatékos gyermekcsoportként nevezik meg.

Gyermekvédelmi szakellátás

A gyermekvédelmi szakellátáshoz soroljuk a családból kiemelt gyermekeknek biztosított *otthont nyújtó ellátást* (például nevelőszülő, gyermekotthon), az *utógondozói ellátást* és a *területi gyermekvédelmi szakszolgálatot*. Az otthont nyújtó ellátás keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek számára a családi környezetébe történő visszahelyezését előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást, vagy ha ez nem lehetséges, az örökbefogadásának elősegítését.

A *nevelőszülő* befogadja – a területi gyermekvédelmi szakszolgálat kijelölése alapján – a beutaló szerv által ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy a gyámhivatal által nevelésbe vett gyermeket, ha a határozatban a gyermek gondozási helyeként a nevelőszülőt jelölték meg.[159] A gyermekvédelmi törvény 2014. január 1-jei módosítása szerint a területi gyermekvédelmi szolgálat alkalmazásában álló gyermekvédelmi gyámok látják el elsősorban az ideiglenes hatállyal elhelyezett, nevelésbe vett gyermekek gyámságát, de fontos szerepük van a kísérő nélküli kiskorúak képviseletében is. A gyermekvédelmi gyám jogköre a gyermek gondozásának-nevelésének elősegítése és figyelemmel kísérése,

157 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 51. § (3).
158 1997. évi XXXI törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 48/A. §, 49. §, valamint a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 61. § (2).
159 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 101. § (1).

a gyermek törvényes képviselete, vagyonának kezelése és a családgondozás.[160] Speciális nevelőszülő az a nevelőszülő, aki alkalmas a nála elhelyezett, súlyos pszichés vagy súlyos disszociális tüneteket mutató, vagy pszichoaktív szert használó, speciális ellátást igénylő gyermek kiegyensúlyozott nevelésének biztosítására.[161] Különleges nevelőszülő az a nevelőszülő, aki – a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony egyes kérdéseit szabályozó kormányrendeletben foglaltak alapján – alkalmas a nála elhelyezett, tartósan beteg, fogyatékos vagy három év alatti különleges ellátást igénylő gyermek kiegyensúlyozott nevelésének biztosítására.[162]

Annak az ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy nevelésbe vett gyermeknek, akit nem nevelőszülőnél helyeztek el, a *gyermekotthon* biztosít ellátást, ezen belül befogadja a tartós betegsége, illetve fogyatékossága miatt ellátást igénylő, első életévét be nem töltött gyermeket.[163] Ugyanakkor befogadhatja a gyermek otthontalanná vált szülőjét, valamint a válsághelyzetben levő várandós anyát is.[164] A gyermekotthoni ellátás differenciálódik a specifikus ellátást igénylő gyermekek szempontjából, ennek megfelelően két sajátos intézménytípus különíthető el az ellátáson belül: a speciális és a különleges gyermekotthon (illetve a gyermekotthon speciális és különleges csoportja). A speciális ellátási formák többek között az ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy a nevelésbe vett, súlyos pszichés vagy súlyos disszociális tüneteket mutató és a kettős szükségletű (azaz egyszerre speciális és különleges szükségletű) gyermekeknek nyújtanak gondoskodást, szocializációt és reszocializációt, valamint habilitációt és rehabilitációt.[165] A különleges ellátást igénylő gyermek, beleértve a tartósan beteg vagy fogyatékos, illetve a kora miatt sajátos szükségletekkel bíró, 3 év alatti és a kettős szükségletű gyermek gondozását, ellátását, habilitációját és rehabilitációját az erre a célra létrehozott különleges gyermekotthon, maga a gyermekotthon vagy a különleges gyermekotthoni csoport biztosítja – feltéve, hogy a gyermek nevelőszülőnél történő elhelyezése nem oldható meg, és állapota nem indokolja a fogyatékos személyek vagy a pszichiátriai betegek otthonában való elhelyezését, illetve elhelyezése férőhely hiányában nem lehetséges.[166] Külön pont foglalkozik a 6 éven aluli, fogyatékos és részképességek területén fejlődési elmaradást mutató gyermekek ellátásával is (megjegyzendő, hogy a jogszabály helytelenül részterületként aposztrofálja a részképességek területét). Ebben az esetben a különleges gyermekotthon, a különleges lakásotthon és a gyermekotthon különleges csoportja együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását (vagy fejlesztő nevelését – sic!) ellátó, területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel. A korai fejlesztéshez, gondozáshoz (és fejlesztő

160 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 63. §, 84. §, 86. §, 88. §.
161 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 53. § (3).
162 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 53. § (3).
163 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 57. § (1) (a), (2) (c).
164 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 116. § (3).
165 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 58. § (1).
166 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 58. § (6), illetve 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 128/A. § (1).

neveléshez – sic!) igénybe vehetőek a különleges gyermekotthon, a különleges lakásotthon és a gyermekotthon különleges csoportjának meglévő tárgyi eszközei.[167] A szociális ágazat a gyermekotthonok fokozatos megszüntetésére törekszik, a gyermekek elhelyezését a nevelőszülői hálózat kiépítésével próbálják biztosítani. A különleges gyermekotthonokat nem számolják fel, az ellátást a jogszabálynak megfelelően kapják továbbra is a gyermekek.

Az utógondozói ellátás a fiatal felnőttek számára nyújtott szolgáltatás. Érdemes még ismerni a *területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás* intézményét, amely javaslatot tesz az ideiglenes hatályú elhelyezést követően, valamint a nevelésbe vételi eljárás során, illetve a nevelésbe vételt követően a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó ellátást biztosító gondozási helyére.[168] A *gyámhivatalok* képviselik a törvény erejét hatóságként. Ők hozzák meg a hatósági erejű döntéseket a szükséges gyermekvédelmi intézkedésekről (védelembe vétel, gyermek kiemelése, kapcsolattartás, a gyermek hazagondozása stb.).

Szociális juttatások

A kora gyermekkori intervenció a különböző szolgáltatások mellett pénzbeli és természetbeni juttatásokat, támogatásokat is tartalmaz. A négy legfontosabb jogszabály, amely ezeket szabályozza: *a családok támogatásáról szóló, 1998. évi LXXXIV. törvény; a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló, 1997. évi LXXXIII. törvény; a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló, 1997. évi XXXI. törvény és a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló, 1993. évi III. törvény.*

Az állampolgári jogon gyermek után járó juttatásokat a családtámogatási rendszer garantálja. A gyermeket nevelő családok anyagi terheinek csökkentésére alanyi jogon járó támogatások közé tartozik a családi pótlék (nevelési ellátás, iskoláztatási támogatás), illetve a gyermekgondozási támogatások, azaz a gyermekgondozást segítő ellátás (gyes), a gyermeknevelési támogatás (gyet) és az anyasági támogatás. A *családi pótlék* célja a gyermek nevelési, iskoláztatási költségeihez való hozzájárulás (nevelési ellátásra és iskoláztatási támogatásra bontható). Nevelési ellátásra jogosult többek között az a szülő, törvényes képviselő, aki még nem tanköteles gyermeket saját háztartásában nevel (nevelési ellátás), a gyermekotthon, illetve a szociális intézmény vezetője, a büntetés-végrehajtási intézet parancsnoka, a javítóintézet igazgatója (a két utóbbi intézmény anya-gyermek részlegén, illetve a fiatalkorú és gyermeke elhelyezését biztosító részlegén).[169] Mértéke függ a család nagyságától, a gyermekek számától, a családi státusztól (például egyedülálló), a gyermek egészségi állapotától (például fogyatékos), attól, hogy hol van a gyermek (családban vagy szakellátásban) stb. A tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket nevelő család

167 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 127. § (2).
168 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 75. §, 90–93. §, 136/A. §.
169 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 6–7. §.

esetén, valamint a gyermekotthonban, javítóintézetben, büntetés-végrehajtási intézetben vagy szociális intézményben élő vagy nevelőszülőnél elhelyezett, tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek után *magasabb összegű családi pótlék* jár.[170] Az egészségügy oldaláról az *5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról* rendelkezik arról, hogy mely esetekben állapíthatja meg az orvos a tartósan beteg, súlyosan fogyatékos állapothoz kötődő magasabb összegű családi pótlékra való jogosultságot.[171] Ugyanakkor a köznevelés területéről a pedagógiai szakszolgálati rendelet ad erre vonatkozóan támpontot. A rendelet szerint *a magasabb összegű családi pótlék megállapításához a megyei szakértői bizottság a súlyos és középsúlyos értelmi fogyatékosság esetén adhat szakértői véleményt. Ebben az esetben a jogszabály szerint a szakértői bizottság orvosa ad ki igazolást.*[172]

Gyermekgondozást segítő ellátásra jogosult a szülő a gyermek 3. életévének betöltéséig, ikergyermekek esetén a tankötelessé válás évének végéig, tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek 10. életévének betöltéséig.[173] Bizonyos feltételek mellett a nagyszülő is jogosult lehet a gyermekgondozást segítő ellátásra.[174] Folyósítása mellett a gyermek 1 és 3 éves kora között keresőtevékenységet lehet végezni, 4-6-8 órában is. *Gyermeknevelési támogatásra* az a szülő, gyám jogosult, aki saját háztartásában három vagy több kiskorút nevel. A támogatás a legfiatalabb gyermek 3. életévének betöltésétől a 8. életévének betöltéséig jár. A támogatásban részesülő személy keresőtevékenységet heti harminc órát meg nem haladó időtartamban folytathat, vagy időkorlátozás nélkül, ha a munkavégzés az otthonában történik.[175] *Anyasági támogatásra* jogosult a szülést követően az a nő, aki várandóssága alatt legalább négy alkalommal – koraszülés esetén legalább egyszer – várandósgondozáson vett részt.[176]

Az egészségbiztosítási pénzbeli ellátások közé tartozik a *gyermekgondozási díj* (gyed), a *csecsemőgondozási díj* és a *gyermekápolási táppénz*. *Gyermekgondozási díjra* jogosult a szülő, ha a szülést megelőző 2 éven belül legalább 365 napot biztosítási viszonyban töltött, ez legfeljebb a gyermek 2. életévének betöltéséig jár. 2014. január 1-től vezették be az ún. *extra gyedet*, amely tartalmazza a gyed és gyes melletti munkavégzés lehetőségét,[177] azaz például a gyed folyósítása mellett a gyermek fél és 2 éves kora között, a gyes folyósítása mellett a gyermek fél és 3 éves kora között keresőtevékenységet lehet végezni. Ilyen pluszlehetőség a hallgatói vagy diplomás gyed is, amelyre azok, akik legalább 1 éve felsőoktatási intézményben aktív hallgatói jogviszonyban állnak, vagy tanulmányaikat legfeljebb 1 éven belül befejezik, gyermekszülés esetén akkor is jogosulttá válnak 1 évig a gyedre, ha a normál szabályok szerint nem rendelkeznek a gyed megszerzéséhez szükséges

170 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 11. §.
171 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 11. § (3).
172 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 42. § (1) d), (2).
173 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 20. § (1).
174 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 20/A. § (1).
175 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 23–24. §.
176 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 29–31. §.
177 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 20–21. §.

munkaviszonnyal. *Csecsemőgondozási díjra* jogosult, aki a szülést megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt, és a biztosítás tartama alatt vagy a biztosítás megszűnését követő negyvenkét napon belül szül. Jogosultsága legkésőbb a gyermek születésének napjával, koraszülött gyermekre való tekintettel a szülési szabadság első napjával nyílik meg.[178] A közös háztartásban élő gyermek jogán – választásuk szerint – a szülők valamelyike *gyermekápolási táppénzre* szerezhet jogosultságot.[179] Ugyancsak a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény tartalmazza az utazási költségtérítésre való jogosultság feltételeit. A korai fejlesztést és gondozást, a nem önkéntes pedagógiai szakszolgálati feladatellátást, valamint a sajátos nevelési igényű gyermek fejlesztő nevelését (sic!) végző intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.[180] A családoknak ennek ellenére nehézséget okoz az utazás utófinanszírozott jellege, vannak, akik a pénzösszeg megelőlegezését nem tudják vállalni, emiatt gyermekeik nem kerülnek be az ellátásba (Kereki és Lannert, 2009b).

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (a továbbiakban: szociális törvény) alapján biztosítható ellátások esetében a szociális rászorultságtól függő pénzbeli ellátások között találjuk az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatást és az ápolási díjat. Az előbbi a rendszeres szociális segély helyett került bevezetésre 2015. március 1-jétől, és a hátrányos munkaerőpiaci helyzetű, aktív korú személyek kaphatják, ha 14 éven aluli gyermeket nevelnek, és más, meghatározott támogatásban nem részesülnek, valamint a gyermek ellátását napközbeni ellátást biztosító intézményben, illetve nyári napközis otthonban, óvodában (vagy iskolai napköziben) nem tudják biztosítani.[181] Az ápolási díj a fokozott ápolást igénylő, súlyosan fogyatékos gyermekek gondozását, ápolását végző személyek esetében bizonyos feltétel esetén kiemelt ápolási díjra való jogosultságot jelent. A járási hivatal a fokozott ápolást igénylő, súlyosan fogyatékos személy gondozását, ápolását végző, de a kiemelt ápolási díjra való jogosultság feltételeinek meg nem felelő személy kérelmére emelt összegű ápolási díjat állapít meg.[182] A természetbeni ellátások közé tartozik a közgyógyellátás, amely a szociálisan rászorult személy részére az egészségi állapota megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásainak csökkentése érdekében biztosított hozzájárulás,[183] illetve az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság.[184] A pénzbeli és természetbeni gyermekvédelmi ellátások közé tartozik a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, amelynek célja annak igazolása, hogy a gyermek szociális helyzete alapján jogosult bizonyos kedvezményekre (például gyermekétkeztetés)[185] és a gyermektartásdíj megelőlegezése.[186]

178 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 40. § (1).
179 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 39. § (7).
180 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 22. §. (4).
181 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 37. §.
182 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 43. §., 43/A. §.
183 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 49. § (1).
184 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 54. §.
185 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 19. §.
186 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 22. §.

Vannak bizonyos ellátások, támogatások, amelyek csak akkor adhatók, ha az érintettek rendelkeznek bizonyos alapjogosultságokkal. Így például a súlyosan fogyatékos gyermekek, illetve családjuk csak abban az esetben kaphatnak meg egyes támogatásokat, ha rendelkeznek az emelt összegű családi pótlékra jogosító igazolással, amely birtokában ápolási díjat, közgyógyellátást (itt a jogosult gyógyszerekről, segédeszközökről kell külön orvosi igazolás), támogató szolgálatot, rendszeres gyermekvédelmi kedvezményt, étkezési kedvezményt vagy utazási kedvezményt vehetnek igénybe. Természetesen, mivel más ellátási csoportok is jogosultak lehetnek ugyanazokra a támogatásokra, például a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény esetében, a rendszer szétaprózódottá válik. A kliens oldaláról tekintve ugyanakkor hasznos lenne, ha egy-egy célcsoport esetében a hozzáférés egyszerűbbé válna, és miután például egyszer megállapították, hogy a gyermek tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos, egy eljárás keretében biztosítanák nekik a kapcsolódó szolgáltatásokat.

6.1.3.2 A szociális, gyermekvédelmi terület kapcsolódásai más ágazatokhoz

A szociális és gyermekvédelmi jogszabályokból tükröződik leginkább a különböző ellátókkal, köztük a más ágazati irányítás alá tartozó szolgáltatókkal való együttműködés deklarálása. A szociális törvény a szociális alapszolgáltatásokat tekintve leszögezi, hogy a szociális szolgáltató, illetve intézmény együttműködik az ellátási területén működő szociális, gyermekjóléti-gyermekvédelmi, egészségügyi, oktatási (sic! – helyesen köznevelési) és munkaügyi szolgáltatókkal, intézményekkel, köztük fogyatékos személyek ellátása esetén a gyógypedagógiai, nevelési szakszolgálatokkal[187] és a fogyatékos személyek segítő, érdekvédelmi szervezeteivel.[188]

Kiemelten jelenik meg az együttműködés fontosságának hangsúlyozása a családsegítés tekintetében, ahol megfogalmazódik, hogy a veszélyeztetettséget és a krízishelyzetet észlelő és jelző rendszer működik, elsősorban a felnőtt személyekre vonatkoztatva. Ebbe többek között beletartozik a járási hivatal, a szociális, egészségügyi szolgáltató intézmény, a pártfogói felügyelői és jogi segítségnyújtói szolgálat, továbbá az egyesületek, az alapítványok, a vallási közösségek és a magánszemélyek.[189] Ebben a vonatkozásban összehangoltan fut a szabályozás a gyermekvédelmi törvénnyel, amely elsősorban a gyermekekre fókuszálva a gyermekjóléti szolgáltatás feladataként definiálja a jelzőrendszer működtetését. Tükrözi az intézményrendszer átalakulásával járó változásokat, hiszen a család- és gyermekjóléti központhoz delegálja a gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat ellátásának feladatát. Megnevezi a jelzőrendszer tagjait – többek között az egészségügyi szolgáltatást nyújtókat (különös tekintettel az alapellátás szakembereire), a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatókat, a köznevelési intézményeket, a rendőrséget, a bíróságot, az ügyészséget, az egyesületeket, alapítványokat és egyházi jogi személyeket, az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezeteket, a menekülteket

187 Ilyen intézménytípust a jogszabály nem ír le, ezért nem lehet tudni pontosan, a jogalkotó milyen intézményt ért ezalatt.
188 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 59. §.
189 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 64. § (2).

befogadó állomást, a gyermekjogi képviselőt, a gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatalt stb. – és azoknak a gyermek veszélyeztetése esetén való jelzési kötelezettségét. Ugyancsak hangsúlyozza mindezeknek a szereplőknek a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása vagy egyéb súlyos, veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett, súlyos veszélyeztető magatartása esetén történő hatósági eljárási kötelezettségét.[190]

A gyermekjóléti szolgáltatás feladatai környezetének kontextusában fogalmazódnak meg, hiszen a szolgáltatás meghatározásakor a gyermekvédelmi törvény egyértelműen megállapítja, hogy a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében kezdeményezi egyéb gyermekjóléti alapellátások, szociális alapszolgáltatások, egészségügyi ellátások, pedagógiai szakszolgálatok igénybevételét. A köznevelléshez való kapcsolata más konkrét tevékenység keretében is megjelenik, hiszen segíti a nevelési-oktatási intézmény gyermekvédelmi feladatának ellátását.[191] A kórházi szociális munkát – amennyiben másképp nem megoldható – a család- és gyermekjóléti központ biztosítja, melynek feladata a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a kórházi védőnővel együttműködve a válsághelyzetben lévő anya és gyermekének segítése.[192]

A szolgáltatások jellegétől függően megjelenik az orvosi, illetve a gyógypedagógiai kompetencia a foglalkoztatottság kapcsán, így az orvos alkalmazásának kötelezettsége (fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona, speciális gyermekotthon, különleges gyermekotthon, kizárólag menekültként el nem ismert, kísérő nélküli kiskorúakat ellátó gyermekotthon vagy annak ideiglenes befogadóhelye, területi gyermekvédelmi szakszolgálat, bölcsőde), illetve a gyógypedagógus mint gyűjtőfogalom vagy bármelyik szakirányának megjelenítése (támogató szolgálat, fogyatékos személyek nappali ellátása, fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona, speciális gyermekotthon, gyermekjóléti szolgáltatás, családok átmeneti otthona, területi gyermekvédelmi szakszolgálat, bölcsőde).[193] Ugyanakkor például megállapítható, hogy sem a helyettes szülőnél, sem a gyermekek átmeneti otthonában, sem a családok átmeneti otthonában elhelyezett, sem a nevelőszülőnél élő gyermekek esetében egészségügyi alapellátására vonatkozó jogszabályi rendelkezés nincs. A szakorvosi beavatkozásoknál azonban belép a folyamatba a gyermekvédelmi gyám, aki törvényes képviselőként nyilatkozatot tesz a gyermeken végzendő egészségügyi beavatkozásokhoz.[194] A gyermekotthonok tekintetében a jogszabály egészségügyi személyzetet nem ír elő, a speciális gyermekotthonokban a fenntartóra bízza a létszám meghatározását, a különleges gyermekotthonok 3 év alatti csoportjainál

190 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §.
191 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39 §.
192 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40/A § (ac), illetve 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. § (ab).
193 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 3. számú melléklet, illetve 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 1. számú melléklet, 2. számú melléklet.
194 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 87. § (b).

csoportonként napi 1 szakorvosi órát ír elő, ápolószemélyzet foglalkoztatása pedig nem szerepel előírásként.[195] *Egy szakértői csoport szerint a gyermekvédelmi szakellátás átalakítása következtében az otthonokban főleg a súlyosabb egészségügyi problémákkal rendelkező gyermekek maradnak, ezért érdemes lenne átgondolni a szükséges létszámnormák módosítását, egészségügyi szakszemélyzet alkalmazását, gyermekszakorvosi felügyelet megoldását* (Rósa és mtsai, 2013b).

A bölcsőde mint a 3 év alatti gyermekek intézményes ellátásának legjelentősebb intézménye vonatkozásában több szinten is előkerülnek a kapcsolódás kérdései. Más szolgáltatók már a bekerülésnél is szerepet játszhatnak, hiszen a gyermek bölcsődébe (és mini bölcsődébe) történő felvételét a szülő hozzájárulásával a körzeti (sic! – helyesen: területi) védőnő, a házi gyermekorvos vagy a háziorvos, a család- és gyermekjóléti szolgálat, a gyámhatóság is kezdeményezheti.[196] A bölcsődeorvos havi 4 órában való alkalmazását és feladatait tekintve több szakértő azon a véleményen van, ha lenne a bölcsődének kijelölt védőnője, akkor ő is el tudná látni ezeket a feladatokat (Rósa és mtsai, 2013a). Mindenesetre a védőnőknek nehézséget okoz, hogy a már intézményes ellátásban részesülő gyermekek esetében a státuszvizsgálatokat és a megfelelő nyomon követést el tudják végezni, hiszen napközben nem tudják őket otthonukban meglátogatni. A bölcsődei ellátás kapcsán az a probléma is felmerül, hogy ha a bölcsődei kisgyermeknevelőben felmerül a gyanú a gyermek eltérő vagy megkésett fejlődését illetően, akkor az intézménynek nincs továbbküldési jogosultsága a pedagógiai szakszolgálat felé, a szülőt kell rábeszélnie, hogy benyújtsa az iskolák és óvodák által használt szakértői vélemény iránti kérelmet. Amennyiben a szülő nem szeretné korai fejlesztésbe vinni a gyermekét, akkor ennek nincs következménye, hiszen semmilyen jogszabály nem kötelezi őt erre. Ugyanakkor a bölcsőde mint a jelzőrendszer tagja értelmezheti a szülő elutasító döntését úgy, hogy ha az érintett gyermek emiatt nem kapja meg a kellő fejlesztést, terápiás ellátást, akkor ez veszélyeztetésnek minősül, tehát jelzési kötelezettséggel kell élnie a család- és gyermekjóléti szolgálat felé.

6.2 A GYERMEKÚT/KLIENSÚT A SZABÁLYOZÁS TÜKRÉBEN

Az ágazati jogszabályokat együtt, komplexen tekintve a kora gyermekkori intervenciós rendszerben a gyermek/kliens útja szakaszonként nyomon követhető. A pre-, illetve a perikoncepcionális szakasztól a várandóssági és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, illetve a későbbiekben a gyermek iskoláskora előtt az otthoni, illetve az intézményes ellátásban eltöltött időszakig írható le.

Minden szakaszban megtalálhatóak azok az – előzőekben bemutatásra került – intézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik

195 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 1. számú melléklet.
196 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 42. §.

jogszabály által meghatározottak, és az őket összekapcsoló továbbküldési, jelzési utak szintén leírhatóak.[197]

6.2.1 A pre- és perikoncepcionális szakasz

A gyermeket tervező pár a pre-, illetve perikoncepcionális időszakban, mikor a családtervezésre való felkészítés zajlik, illetve később, amikor szándékukban áll a gyermekvállalás, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kapnak támogatást. A családvédelmi szolgálat védőnője tanácsadást végez, illetve az oktatási (sic! – helyesen: köznevelési) intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi.[198] A területi védőnő szintén folytat családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást,[199] az iskolai védőnő pedig az egészségtan oktatásában vesz részt, ahol elsősorban a családtervezés, fogamzásgátlás, szülői szerep, csecsemőgondozás témájára fókuszál.[200] A háziorvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás.[201] A szülész-nőgyógyász szakorvos a család- és nővédelmi gondozás keretében a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítését végzi, a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás eszközeivel.[202] A gyermeket tervező pár akár a területi védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a családvédelmi szolgálathoz fordul, a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítják őket. *Ennek a szakasznak a jelenlegi szabályozás szerint nincs hangsúlyos szerepe, miközben a pre-, illetve perikoncepcionális időszakra – kiemelkedő prevenciós jelentősége okán – sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani.*

6.2.2 A várandósság szakasza

A várandósság szakaszában a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés a család- és nővédelmi gondozás keretében valósul meg.[203] A várandósgondozás a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő és a védőnő, valamint a várandós együttműködésében zajlik.[204] A védőnő a gondozás során tudomására jutott mindazon

197 A preekoncepcionális szakaszától kezdődő gyermekút jogszabályok alapján történő leírását lásd részletesen: Kereki és mtsai, 2014.
198 1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről, 2. § (2).
199 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. §.
200 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 3. számú melléklet.
201 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (2).
202 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 41. §.
203 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 86. § (1), (2).
204 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 2. §.

körülményekről tájékoztatja a várandósgondozást végző szülész-nőgyógyászt/szülésznőt, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését.[205]

A szociális, gyermekvédelmi ellátások közül a gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltató érintett leginkább ebben a szakaszban, aki a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása mellett a szociális szolgáltatásokhoz és gyermekjóléti alapellátásokhoz, különösen a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutást szervezi.[206] Amennyiben a várandós anya nem vállalja születendő gyermeke felnevelését, a család- és gyermekjóléti szolgálatnál tájékoztatják őt a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről.[207] Veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a háziorvosnak, a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé.[208]

A perinatális szakaszban a gyermek a megszületése után optimális esetben az újszülött-, illetve a csecsemőosztályra kerül, ahol elvégzik az alap- és a kiegészítő vizsgálatokat (teljes fizikális vizsgálat, testtömeg, testhossz, fejkörfogat mérése, ideggyógyászati, csípőficam-, érzékszervek, valamint anyagcsere-vizsgálatok,[209] amelyekre egészségügyi szolgáltatók jogosultak). A koraszülött gyermekek, illetve az érett, de problémás újszülöttek protokoll szerint a neonatális/perinatális centrumokba kerülnek, ahol szintén elvégzik a megfelelő szűrővizsgálatokat. Intézeten kívüli szülés esetén az újszülött vizsgálatát végző gyermekgyógyász szakorvos feladatkörébe tartozik ezek lebonyolítása.[210]

Amennyiben a szülő lemond a gyermekéről, a kórház értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról. A gyermekosztályon észlelt elhanyagolás, bántalmazás esetén a kórházi szociális munkás feladata ezt a gyermekjóléti szolgáltatás felé jelezni és hatósági eljárást kezdeményezni.[211] A gyermek megszületéséről, illetve a gyógyintézetből való távozásról a kórházi védőnő értesíti a területi védőnőt, valamint – az anya nyilatkozata alapján – a választott házi gyermekorvost vagy háziorvost[212] a jelenleg már működő elektronikus Születésértesítő rendszeren keresztül, illetve a még használatban lévő „Értesítés kórházi hazabocsátásról" című nyomtatványon.

205 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 9. § (2).
206 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2) (c).
207 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 13. §.
208 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1), (2).
209 A 0–4 napos korban elvégzendő vizsgálatokat az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 1. számú melléklet az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokról tartalmazza.
210 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4. § (f).
211 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. §. (1) (b), illetve 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2).
212 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3/A. § (f).

6.2.3 Hazakerülés után

A gyermek megszületése után, a gyermek kórházból való hazaérkezését követő 48 órán belül az újszülöttet meglátogatja a területi védőnő, aki a szülést végző intézmény értesítése alapján ellenőrzi a szűrővizsgálatok elvégzésének meglétét, és gondoskodik a hiányzó szűrővizsgálatok házi gyermekorvos/háziorvos általi elvégzésének megszervezéséről.[213] A házi gyermekorvos/háziorvos szokásjog alapján látogatja meg az újszülöttet, részére csak az intézeten kívüli szülés esetében írja elő a jogszabály a szülés megtörténtétől számított 4-7 napon belül történő látogatást.[214] A további gondozás során nagyon fontos a két egészségügyi alapellátó szakember kölcsönös együttműködése a gyermekek ellátása/gondozása, az előírt szűrővizsgálatok, tanácsadás elvégzése során. Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát/háziorvosát, egyben hozzá küldi a szülőt is. Érzékszervi eltérés gyanúja esetén közvetlenül irányíthat az egészségügyi szakellátás felé.[215] Ha a házi gyermekorvos/háziorvos valamilyen problémát észlel, járóbeteg-ellátásba vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg-intézménybe/osztályra irányítja a gyermeket. A szakrendelés felkeresése után a gyermeknek vissza kell mennie a beküldőjéhez, bár ezt jogszabály nem írja elő. Az egészségügy rendszerében a fogadó intézményben történő terápiás ellátás mellett jogszabály alapján egészségügyi habilitációt, rehabilitációt végző magánellátók is részt vesznek az ellátásban, házi gyermekorvos/háziorvos és szakorvos is irányít oda gyermekeket.[216] Mivel az egészségügyi és a pedagógiai ellátást végző intézményeket nem köti össze jogszabály, az egészségügyi ellátó csak javasolhatja a köznevelési intézmény (adott esetben például a pedagógiai szakszolgálat) felkeresését, de nem utalhatja oda ellátásba a gyermeket.

A köznevelés rendszerében, ha egy gyermeknél az eltérő fejlődés gyanúja felmerül, a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága illetékes annak megítélésében, hogy valóban fennáll-e a probléma. A szakértői vizsgálatot kérheti a szülő, de indítható hivatalból, hatósági megkeresésre, valamint a szülő egyetértésével kezdeményezheti nevelési-oktatási intézmény, család- és gyermekjóléti szolgálat, illetve központ, bölcsőde, gyermekotthon, területi gyermekvédelmi szakszolgálat, nevelőszülői hálózat működtetője, fogyatékosok ápoló-gondozó otthona, fogyatékosok rehabilitációs intézménye, fogyatékosok nappali

213 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 8. § (4).

214 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (3) (b).

215 A csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégészet és a gyermekszemészet orvosi beutaló nélkül is igénybe vehetők [217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet az 1997. évi LXXXIII. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról, 2. §].

216 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §.

intézménye.[217] Az eljárás megindítása annál a pedagógiai szakszolgálatnál kérhető vagy kezdeményezhető, amelynek működési körzetében a gyermek (tanuló) lakóhellyel, ennek hiányában tartózkodási hellyel rendelkezik, vagy ahol intézményes ellátásban részesül. Mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási) fogyatékosság megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat közvetlenül is kérhető, illetve kezdeményezhető az országos szakértői bizottságnál.[218] Abban az esetben is szükség van ezeknek az intézményeknek a bevonására, ha a gyermek (tanuló) első vizsgálatát végző szakértői bizottság megítélése szerint a gyermek halmozottan fogyatékos, ilyenkor a szülő egyetértésével kiegészítő vizsgálat elvégzését kezdeményezheti a gyermek mozgásszervi, érzékszervi fogyatékosságának megfelelő országos szakértői feladatokat ellátó bizottságnál.[219]

Amennyiben az eltérő fejlődés gyanúja a gyermek 0–3 éves kora között merül fel, a korábbiaktól eltérően nem szükséges a sajátos nevelési igény megállapítása ahhoz, hogy a gyermek korai fejlesztésbe kerüljön. (A korai fejlesztésre való jogosultság és a sajátos nevelési igény elválik, van olyan korai fejlesztésre jogosult, aki sajátos nevelési igényű, és van, aki nem.) A gyermek korától függően két út lehetséges. A 18 hónap alatti gyermekek közvetlenül ellátásba kerülhetnek, hiszen a megyei és a járási szakértői bizottságok saját szakértői véleményüket a gyermekek külön vizsgálata nélkül, a jogszabályban megnevezett szakorvosok által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészíthetik.[220] Amennyiben a gyermek nem rendelkezik orvosi véleménnyel, akkor csak a megyei szakértői bizottság vizsgálata alapján kerülhet korai fejlesztésbe. 18 hónapos és 3 éves kor között a szülőnek a gyermekkel a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézménybe (vagy a korábban említetteknek megfelelően az országos szakértői bizottsághoz) kell eljutnia, ahol a szakértői bizottsági tevékenység keretében egy komplex vizsgálat elvégzése után indokolt esetben sajátos nevelési igényt állapítanak meg (vagy nem), ez alapján szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására. Amennyiben a szakértői bizottság korai fejlesztést javasol, ellátási helyszínként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelöli ki. Ha ilyen módon nem oldható meg az ellátás, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával szerződött intézményben kerülhet sor.[221] Ez érvényesül azokban az esetekben, ha a gyermek bölcsődei nevelésben, gyermekotthoni ellátásban, fogyatékos személyek nappali intézményében, fogyatékos személyek ápoló-gondozó bentlakásos intézményében intézményi ellátásban részesül. Köznevelési

217 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (2), (3). (Ennél a pontnál megjegyzendő, hogy az eredeti jogszabályszövegben fogyatékosok nappali intézménye és fogyatékosok ápoló-gondozó bentlakásos intézménye szerepel, nem igazodva sem a szociális törvény terminológiájához, sem a szakmai konszenzushoz, amely a fogyatékos kifejezés minőségjelzőként való használatát támogatja.)

218 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (1).

219 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 21. §.

220 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2) (a).

221 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (8).

szerződést kötött egyházi jogi személy, vallási tevékenységet végző szervezet vagy más nem állami, nem önkormányzati köznevelési intézményfenntartó által fenntartott ellátó is lehet kijelölt intézmény.[222] A korai ellátásokat tekintve a pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásai közül a korai fejlesztés mellett a nevelési tanácsadás.[223]

A *3 évnél idősebb gyermekek* esetében a járási szakértői bizottság feladata a gyermek teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálata, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálata. Ha a járási szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, a gyermeket – dokumentációs anyagával együtt – továbbküldi a megyei szakértői bizottság felé, ahol a sajátos nevelési igényt megállapítják vagy kizárják.[224] Ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat, illetve a szakértői vélemény iránti kérelem[225] elkészítésében.[226] A szülő egyetértése esetén a szakértői vélemény készítésére irányuló – a szülő által aláírt – kérelmet az óvoda (iskola) megküldi a szakértői bizottságnak, halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló vizsgálatának kezdeményezése esetén az Oktatási Hivatalnak (a hivatal jelöli ki a vizsgálaton jelen lévő szakszolgálati-esélyegyenlőségi szakértőt).[227] Szülői egyetértés hiányában, vagy ha a szülő a kérelmet nem írja alá, a nevelési-oktatási, a gyermekjóléti, gyermekvédelmi, szociális intézmény vagy a gyámhatóság eljárást kezdeményez, és az illetékes járási hivatal közigazgatási hatósági eljárás keretében hoz döntést.[228]

A gyermek veszélyeztetettsége esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (például bölcsőde) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása esetén kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni.[229] (Részletesebben lásd *A szociális, gyermekvédelmi terület kapcsolódásai más ágazatokhoz* című alfejezetet.) A jelzőrendszeri tagoknak

222 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. § (1).

223 Részletesebb életkori meghatározást a nevelési tanácsadás célcsoportja vonatkozásában sem a köznevelési törvény, sem a szakszolgálati rendelet nem rögzít, a szakterületi protokoll alapján a feladat ellátása a 0–23 éves korosztály esetén lehetséges. Korábban nevelési tanácsadást 3 éves kortól nyújthattak az intézmények. Az alsó életkori határ kitolását az a prevenciós szemlélet indokolja, amely fontosnak tartja, hogy a szülők gyermekük 0–3 éves kora között is tanácsadást, mentálhigiénés támogatást kapjanak a hétköznapi nevelési helyzetekre, aktuális életkori problémákra vonatkozóan (Király és mtsai, 2015). Logopédiai ellátás 0–18 éves korig, fogyatékossággal élő gyermekek, tanulók ellátása esetén 0–23 éves korig igényelhető (Toeda, 2015).

224 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. § (1), (2).

225 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. számú melléklet: Szakértői vélemény iránti kérelem.

226 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (1).

227 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (4).

228 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (5), 40. § (1), (3) (a).

229 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2).

írásban kell megtenniük jelzéseiket (krízishelyzet esetén utólagosan).[230] Hogy milyen információkat kell tartalmaznia a jelzésnek, arra vonatkozóan módszertani útmutató ad iránymutatást (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2016a). Jelzéssel és hatósági eljárás kezdeményezésével bármely állampolgár (például szomszéd, rokon stb.) és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet.[231] A gyámhatóság pedig hivatalból akkor is indíthat eljárást, ha azt az ítélőképessége birtokában lévő, cselekvőképtelen gyermek kéri (amennyiben ez a gyermek érdekében áll).[232] Ilyenkor közvetlenül vagy más szerv útján (elsősorban család- és gyermekjóléti szolgálat) meghallgatja a gyermeket, a törvényes képviselő jelenléte nélkül is, eseti gyám útján gondoskodva a gyermek törvényes képviseletéről. Ez különösen fontos azokban az esetekben, ahol a gyermek és törvényes képviselője (például szülő) között érdekellentét áll fenn, például a gyermek azt szeretné bejelenteni, hogy saját szülei hanyagolják el vagy bántalmazzák.

A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor bármelyik jelzőrendszeri szereplőtől jelzést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal, illetve más jelzéstevővel, tájékozódik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikótényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermeket veszélyeztető tényezőt. Mérlegelve a rendelkezésre álló információkat, vagy megkezdi a családgondozást, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezésére álló adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.

Hatósági eljárás kezdeményezése kapcsán a gyermekvédelmi gondoskodás körébe tartozó hatósági intézkedések közül javaslatot tehet a járási gyámhivatalnak a gyermek védelembe vételére, illetve ideiglenes hatályú elhelyezésére vagy nevelésbe vételére. A javaslat megtételekor a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltatónak arra kell elsősorban figyelemmel lennie, hogy a hatósági eljárás ügyintézési ideje alatt biztosított-e, hogy az érintett gyermek ne részesüljön a rossz bánásmód egyik formájában sem. Amennyiben ez nem biztosítható, a gyermeket az elhanyagoló, bántalmazó környezetből a döntés megszületéséig ki kell emelni, amiről a gyámhivatal intézkedik.[233] (A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató és a gyámhatóság a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.[234]) A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben írásban tájékoztatja az ismert jelzést tevőt a tevékenységéről, az általa megtett intézkedésekről (TÁMOP-5.4.1 Szociális és gyermekvédelmi szabályozó rendszer kidolgozása pillér, 2011). (Lásd *6–1. ábra.*)

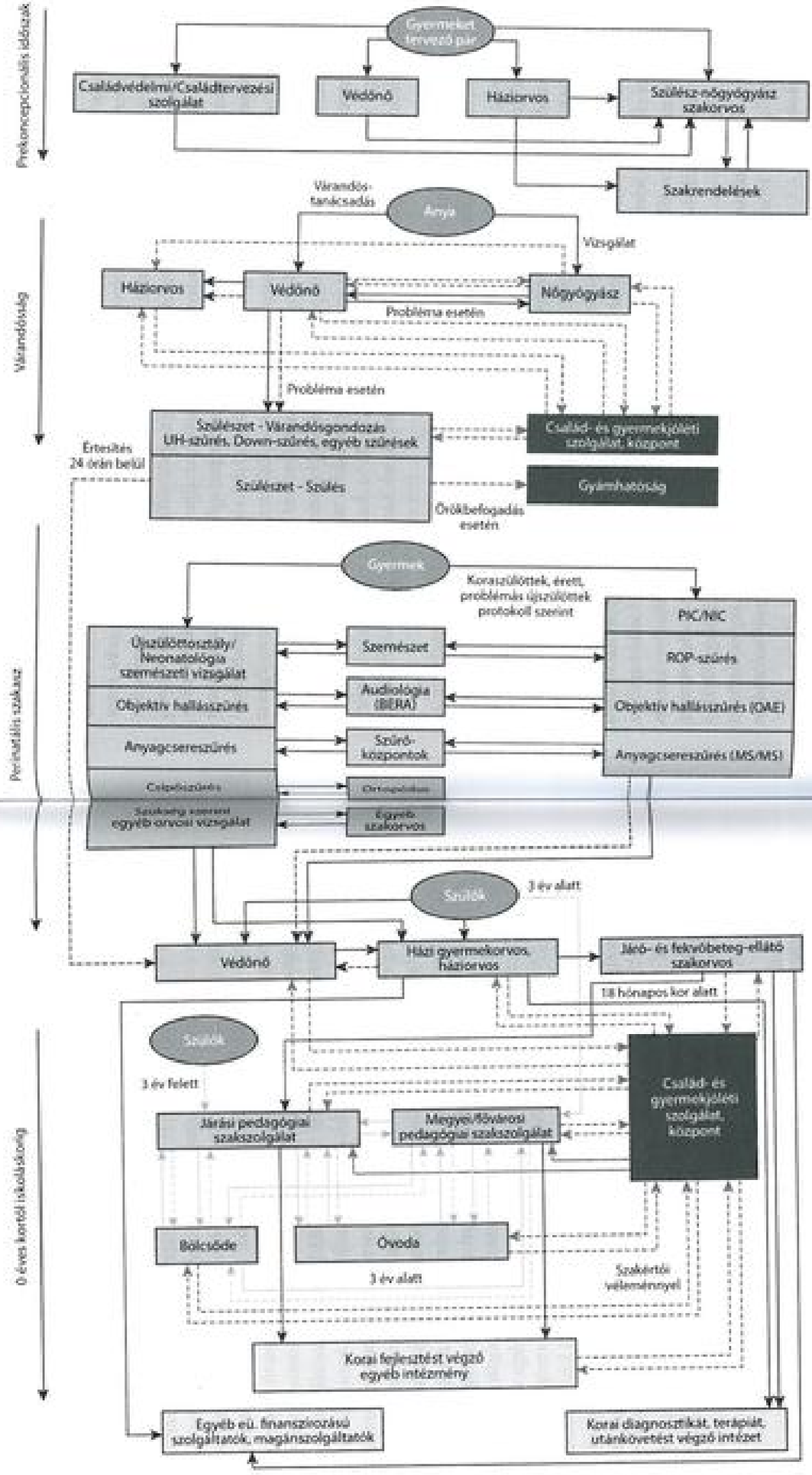
230 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 9. § (1) (b).

231 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §.

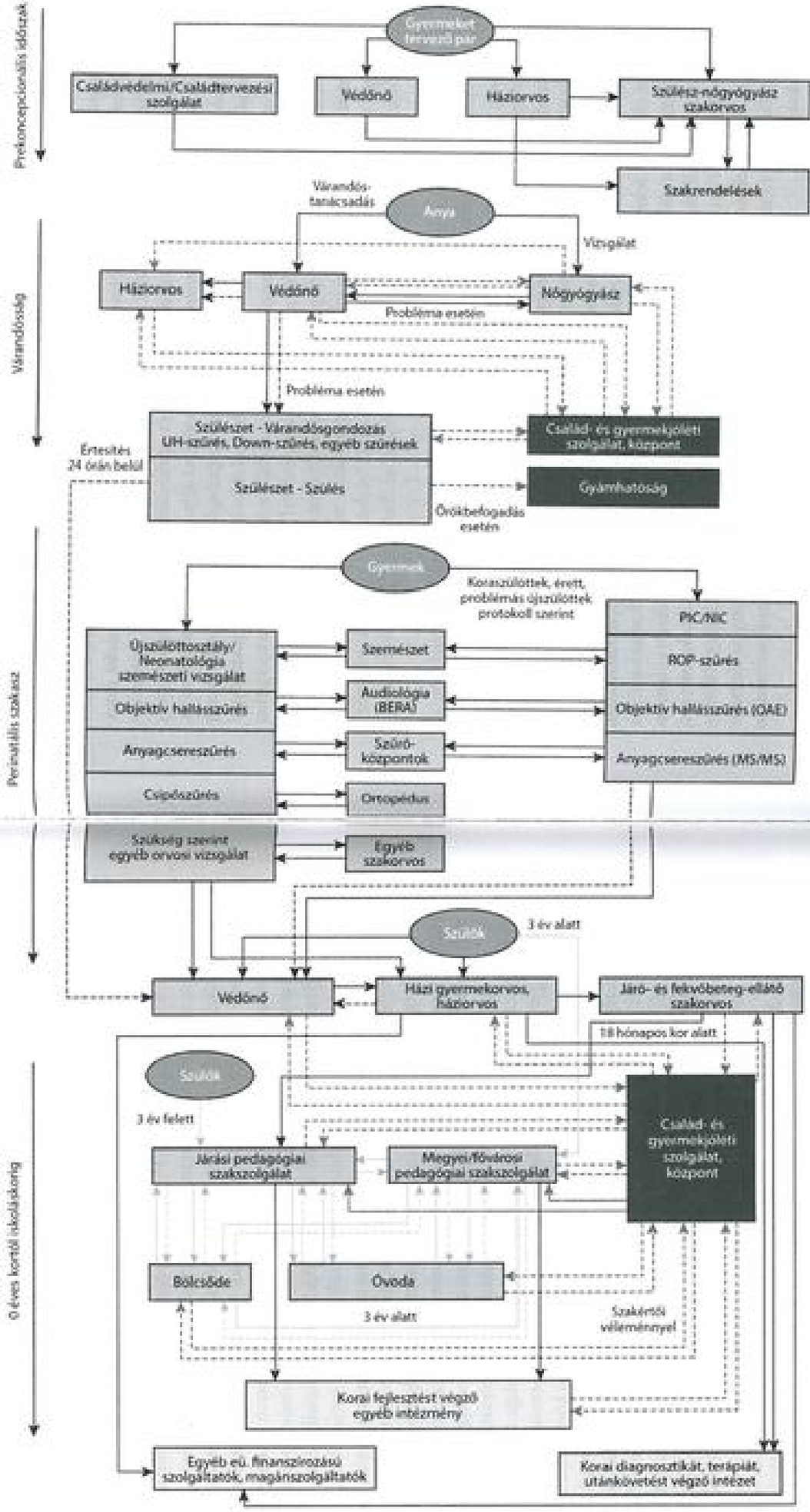
232 149/1997. (IX. 10.) Korm.rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 8. § (2).

233 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 95. § (1).

234 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2) (a).



6–1. ábra: A klienstút a jogszabályok tükrében. Forrás: Kereki, 2014 nyomán



6–1. ábra: A kliensút a jogszabályok tükrében. Forrás: Kereki, 2014 nyomán

6.3 FINANSZÍROZÁS A HAZAI GYAKORLATBAN

A hazai gyakorlatban a kora gyermekkori intervenciót ellátó intézmények finanszírozása több dimenzió mentén is eltérő képet mutat. Egyrészt ágazati szinten kell különbséget tennünk a különböző intézmények finanszírozása között, hiszen a szociális ágazathoz tartozó és a köznevelési intézmények finanszírozása jelentősen különbözik a társadalombiztosítás keretében finanszírozott egészségügyi intézményekétől. Másrészt fenntartó szempontjából is eltérést tapasztalunk. A köznevelési és a szociális ágazatban nemcsak a szabályozási környezet és az intézményrendszer szerveződése, hanem az intézmények finanszírozása is komoly átalakuláson ment át. Normatív támogatás helyett feladatfinanszírozási összeget kapnak az intézményfenntartók. A köznevelés területén az intézmények finanszírozását a működő köznevelési intézmények kötelező és opcionálisan ellátható feladatainak meghatározása alapján, meghatározott keretek között az állami költségvetés biztosítja. A pedagógiai szakszolgálatok esetében a finanszírozott pedagóguslétszám meghatározása tevékenységenként történik meg. A 2016-os költségvetési törvény a gyógypedagógiai tanácsadás, a korai fejlesztés és gondozás, valamint a fejlesztő nevelés tevékenységeket együtt kezeli, ebben az esetben például 21-50 gyermek esetében 5 fő pedagógus, 100 fő feletti gyermeklétszám esetében 10 fő pedagógus bére kerül finanszírozásra. A költségvetés az egyes szociális és gyermekjóléti feladatok támogatására a települési önkormányzatoknak fajlagos összegeket határoz meg, bizonyos szociális szakosított ellátások, valamint a gyermekek átmeneti gondozásával kapcsolatos feladatok támogatására átlagbéralapú támogatást nyújt.[235]

Az egészségügyi ellátórendszer bonyolult egyensúlyok mentén épül fel, amelyben az egyes szereplőknek juttatott források mennyiségének révén próbál az egészségpolitika hatni a lakosság egészségi állapotára. Az alapellátást tekintve a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban NEAK, volt Országos Egészségbiztosítási Pénztár) által utalt finanszírozási összeg a szolgáltatás működtetésére kerül kiutalásra, legyen az háziorvosi vagy védőnői szolgálat. A finanszírozási feltételeket meghatározó jogszabály alapján alakulnak ki az egyes területek ellátásához szükséges kapacitások, jelen esetben a háziorvosi és védőnői körzetek. Ezeket a körzeteket az adott terület lakosságszáma alapján határozzák meg, és az ellátásért felelős területi önkormányzatok feladata a körzetek kialakítása. Az önkormányzat dönt arról, hogy adott körzetet melyik egészségügyi szolgáltatóval láttatja el, illetve ha nem vállalkozási formában működteti, akkor kit nevez ki közalkalmazotti státuszba. Az utóbbi esetben az önkormányzat köti meg a NEAK területileg illetékes szervével a finanszírozási szerződést. Vállalkozók esetében az önkormányzat felhatalmazza a vállalkozót feladatellátási szerződés keretén belül, hogy közvetlenül szerződjön a NEAK-kal.[236]

235 2016. évi XC. törvény Magyarország 2017. évi központi költségvetéséről, 7. számú melléklet 6. (jc) alpontja.

236 Kósa és mtsai, 2013 ismertetik részletesebben az egészségügyi alapellátás finanszírozását, még az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt nevezve meg a finanszírozás szerveként. 2017. január 1-től az intézmény neve megváltozott, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnek hívják.

A háziorvosi rendszerben többszintű finanszírozási megoldást találunk, a minőségi indikátorokon alapuló teljesítményfinanszírozás jellemzi, amelynek a praxisok által vállalt betegszám az alapja. Az ellátottak korcsoportjától függően pontszámértéket kapnak, amelynek összege a szakképesítési szorzóval többszöröződik. Az így kapott összeghez adódik hozzá a fix díj, a területi kiegészítő díj, szakdolgozói kiegészítő díj, az ambuláns ellátás és az ügyeleti ellátás díja. A védőnői szolgálat esetében kételemű a finanszírozási rendszer: fejkvótaalapú és fix díjas. A fejkvótaalapú finanszírozással ismeri el a rendszer az egyes körzetekbe tartozók különböző létszámát, a magasabb létszám alapján nagyobb a védőnői körzetre jutó pontszám is, illetve az egyes korcsoportoknál alkalmazott magasabb pontszám kifejezi a többletmunka igényét az adott korcsoporton belül. A járóbeteg-szakellátásban egy nyilvánosan közzétett beavatkozási listát vesznek figyelembe, amelynek elemei pontértékkel bírnak, az ellátás során ezek a pontértékek összegződnek. Az adott intézmény az általa ellátott összes beteggel végzett összes tevékenységét lejelenti mint havi járóbeteg-pontértéket. A szolgáltatók a teljesítményvolumen-korlátjuknál (tvk) magasabb havi ponthatáron túl hiába látnak el több beteget, nem kapnak több pénzt. A fekvőbeteg-szakellátás keretében minden kórházban ellátott beteg kap diagnózist a BNO-kód alapján. Az akut osztályok számára valamikori számítások alapján az összes BNO-kódhoz költségeket rendeltek, így alakultak ki a homogén betegségcsoportok (HBCs). Minden HBCs egy súlyszámmal rendelkezik, amit módosítanak például a szövődmények esetében. A súlyszámot megszorozzák a mindenkori 1 HBCs-súlyszám forint értékével. A krónikus ágyon fekvő ápolt ellátása esetén a NEAK napi ápolási díjat számít. A NEAK szerződésben határozza meg, hány akut és hány krónikus ágya van egy kórháznak.[237]

6.4 ÖSSZEFOGLALÁS

A különböző ágazati jogszabályokat áttekintve megállapítható, hogy a legfiatalabb életkorú gyermekek és családjaik ellátására vonatkozó rendelkezések az ágazati törvényeken, rendeleteken belül elszórtan jelennek meg. Nemcsak az ágazatok szerinti elkülönültség teszi nehezen áttekinthetővé a szabályozást, de az egyes jogszabályokon belül is nehéz az eligazodás. Különösen a szociális juttatások tekintetében jelent ez gondot, mivel azok szétaprózva, több különböző törvényben és sok, alacsonyabb szintű, nehezen átlátható jogszabályban találhatóak meg, így igénybevételük meglehetősen esetlegesnek tűnik. A különböző ágazatok jogszabályai nem reflektálnak egymásra, nyelvezetükben sokszor a terminológia korszerűsítése, egységesítése sem történt meg, összehangolatlanságuk miatt a különböző szereplők számára nem egyértelműek a teendők.

Az ágazati szerepeket tekintve a kora gyermekkori intervenciós rendszer különböző szakaszainál más-más szereplők lépnek be a rendszerbe. Szűrésről igazából elsősorban az egészségügy rendszerében beszélünk. A többi ágazathoz tartozó ellátásokkal kapcsolatban

237 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

az egészségügy leginkább az orvos diagnosztizáló, illetve jogosultságot megállapító szerepén keresztül jelenik meg. Diagnosztizálás, állapotmegismerés az egészségügy és a köznevelés területén egyaránt zajlik, az ellátáshoz pedig a szociális szféra is kapcsolódik. A különböző ágazati jogszabályok intézményrendszereket érintő összekapcsolódása csak néhány ponton azonosítható. A kora gyermekkori intervenciós ellátásokat tekintve az egészségügyi ellátások és szolgáltatások az egészségügyi ágazat szabályozásában a szociális, gyermekvédelmi ellátásokkal némileg érintkeznek (elsősorban a család- és gyermekjóléti szolgálat intézményén keresztül), ugyanakkor a köznevelés rendszerében működő intézményekkel egyáltalán nem kapcsolódnak össze. A szociális, gyermekvédelmi terület és a köznevelés között is inkább a jelzőrendszerben való együttműködés, illetve a pedagógiai szakszolgálati tevékenység kapcsán azonosíthatóak érintkezési pontok.

Az egyes ágazatokon belüli továbbküldési utak viszonylag követhetőek a jogszabályok alapján, de a *különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket gyakorlatilag nem köti össze szabályozott kliensük*. Különösen az egészségügyből a köznevelés rendszerébe történő szabályozott út hiányzik, miközben a gyermekkel elsőként az egészségügyi ellátórendszer szereplői találkoznak, nem mindegy tehát, ők mennyire ismerik az ellátórendszerben rejlő lehetőségeket. A pedagógiai szakszolgálat mint az iskoláskor előtti, különösen a 0–3 éves életkorú, kiemelt figyelmet érdemlő gyermekek fejlesztő, terápiás vagy prevenciós ellátását biztosító intézmény az egészségügyi ellátó szakember informáltságától függően kerül csak a továbbküldési lehetőségek közé. Mivel a különböző jogszabályokban rögzített és különböző ellátóhoz kapcsolódó ellátásokról az ellátásra jogosult személy esetlegesen szerez csak tudomást, semmi nem garantálja, hogy szükségletei alapján eljusson az egyik ágazat szolgáltatójától a másik ágazat szolgáltatójához.

Az ágazatok szerint tagolt közigazgatásban formálódóban van az a szemlélet, amely a kora gyermekkori intervenciós feladatok ellátását egyetlen állami feladatként értelmezi, és amely elfogadja azt, hogy az ezeket a feladatokat ellátó intézmények az ellátottak szempontjából lényegében egy egységes ellátórendszert alkotnak. *A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció minden érintett terület közös, összehangolt működését igényli, és ennek megfelelően az evidenciákon alapuló fejlesztési elképzelések és végrehajtásuk is ezen a komplex, holisztikus szemléleten kell hogy nyugodjon. Ennek az egységes keretben értelmezett rendszernek vissza kell tükröződnie a szabályozásban és egy egységes szemléletű, az igényekhez igazodó normatív finanszírozási rendszer kialakításában.*

7 A HAZAI KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS RENDSZER MŰKÖDÉSE ÉS ELLÁTÁSBELI EGYENLŐTLENSÉGEI[238]

A kora gyermekkori intézményrendszer felépítésének, működésének leírását legelőször a 2008–2009-ben lezajlott, a TÁRKI-TUDOK kutatóintézet által megvalósított kutatás végezte el. A vizsgálat megállapította, hogy a kora gyermekkori intervenciós ellátást igénylő gyermekek több mint egyharmada nem kapja meg a szükségleteinek megfelelő ellátást, szolgáltatást (lásd Kereki és Lannert, 2009a, 2009b; Kereki, 2010a). Ennek hátterében rendszerszintű és strukturális problémák egyaránt azonosíthatóak. A kora gyermekkori intervenció rendszerszerű megalapozásához 2010-ben készült regionális helyzetelemzés közel 40%-ra becsülte az ellátatlan gyermekek arányát, és feltárta az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeit, jelentős eltérésekre mutatva rá. Ugyanakkor azt is megállapította, hogy a közigazgatásban hiányzik az a szemlélet, amely a kora gyermekkori intervenciós tevékenységet végző intézményeket egységes ellátórendszerként kezelné. A különböző fenntartású és besorolású intézményekben folyó kora gyermekkori intervenciós munkára vonatkozó minőségi előírások nincsenek összehangolva, ezek nem alkotnak egységes rendszert, holott az ellátásra szorulóknak és családjaiknak egyértelműen ez szolgálná leginkább az érdekeit. Hiányzik a különböző szakágazatok alá tartozó intézményeket összekapcsoló protokoll, mely szabályozná a gyermek, illetve a kliens útját a rendszerben. Ennek következtében az ellátórendszerben való eligazodás nehézkes, hiányzik a tájékoztatás, az információáramlás folyamatát segítő egységes integrált informatikai háttér (Kereki, 2011). A széttöredezett intézményrendszer, a szabályozatlan utak, a rendszer működésének különböző szakaszaiban megnyilvánuló párhuzamosságok az egységes szemléletű, koordinált ellátás hiányáról árulkodnak, amely mögött többek között a szabályozási, finanszírozási környezet elégtelensége és a különböző szinteken azonosítható együttműködések nem megfelelő volta húzódik meg. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit, illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak. Az intézményrendszer átalakulása, a szociális és a köznevelés területén zajló centralizációs törekvések bizonytalanságot okoznak a szolgáltatói hálózatban. A szülők és a szakemberek egyaránt információhiánnyal küzdenek. Mindhárom ágazatban jellemző a minőségi standardok hiánya, a szakmai kontroll gyengesége, de a szisztematikus mérés és visszacsatolás sem működik megfelelően. A rendszerben nagyon sok adat keletkezik, de az adatgyűjtések nem összehangoltak. Hiányoznak a korszerű, standardizált szűrési módszerek, vizsgálóeljárások.

238 A fejezetben megjelenő adatok egy részének frissítésében nyújtott segítségéért köszönetemet fejezem ki Kádár Magdolnának. A köznevelési adatokhoz való hozzáférésben nyújtott támogatásáért külön köszönettel tartozom dr. Kiss Lászlónak és Hagymási Tünde Erzsébetnek.

A kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek korai ellátással kapcsolatban megszerzett tudása egyenetlen, képzésbeli hiányosságok azonosíthatók. (A legfontosabb problématerületek összefoglalását lásd részletesen: Kereki, 2012b, 2013.)

A kora gyermekkori intézményrendszer szereplői, feladatai, tevékenységei döntően jogszabály által meghatározottak, mint ahogy egy-egy szegmensen belül kapcsolódásaik, a köztük lévő továbbküldési, jelzési utak viszonylag jól leírtak, ám az intézményrendszerek közötti átjárhatóságot kevésbé biztosítják (lásd a *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezetet). A jogszabályok mentén leírt szereplők, feladatok, továbbküldési és jelzési utak gyakorlatban történő megvalósulása számos ponton komoly eltérést mutat a jogszabályokban leírtakhoz képest. Az intézményrendszer állapotának és működésének leírása több olyan anomáliára és hiányra irányítja rá a figyelmet, amelynek kezelése egy hatékony szolgáltatói rendszer kialakítása szempontjából elengedhetetlen.

7.1 AZ INTÉZMÉNYRENDSZER SZEREPLŐI

A hazai kora gyermekkori intervenciós intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézményeket, valamint mindezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a speciális támogatást igénylő gyermekekkel, illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, a felismerés, szűrés, jelzés folyamatához, a diagnosztika szakaszához, valamint az ellátások, juttatások, szolgáltatások rendszeréhez kapcsolódik. A különböző ágazati irányítású, illetve egyéb intézmények és szakemberek listáját a *7–1. táblázat* tartalmazza. A kora gyermekkori intervenció legfontosabb szereplői azonban a gyermekek és családjaik is, akik nemcsak résztvevői a folyamatoknak, de aktív formálói is.

7–1. táblázat: A kora gyermekkori intervenció szereplői

Egészségügy[239]	Szociális/gyermekvédelmi/gyermekjóléti[240]	Köznevelés[241]	Egyéb szereplők
Védőnő	Falu- és tanyagondnoki szolgálat	Óvoda[242]	Magánellátók • egyéb korai fejlesztést végző intézmények, • korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző intézet (stb.), • egyéb egészségügyi finanszírozású szolgáltatók
Házi gyermekorvos, háziorvos	Család- és gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ[243]	Pedagógiai szakszolgálati intézmény • járási pedagógiai szakszolgálat • megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat • országos tagintézmény (országos szakértői bizottság)	Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei
Szülőotthon	Támogató szolgálat		Kormányhivatal
Perinatális (neonatális) intenzív centrum	Fogyatékosok nappali intézménye		Önkormányzatok
Újszülöttosztály, csecsemőosztály	Fogyatékosok ápoló-gondozó otthona[244]		Klebelsberg Központ Tankerületi központok
Gyermekhabilitációs/-rehabilitációs intézmények	Bárczi Gusztáv Gyermekház		Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

239 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

240 A részt vevő intézmények és szakemberek feladatait az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról és az 1/2000. (I. 7.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 3. számú melléklet, valamint az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 2. számú melléklet, továbbá a 29/2012. (III. 7.) Kormányrendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól, 2. számú melléklet tartalmazza.

241 A részt vevő intézmények és szakemberek feladatait a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza.

242 Bár a köznevelés rendszerében a gyermek nem részesülhet korai fejlesztésben, ha óvodába kerül, a szélesebb értelemben vett korai gyermekkori intervenciós intézményrendszer elemei közé tartozik az óvoda is, hiszen az iskoláskor előtti gyerekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával) részt vesz.

243 2016. január 1-től a családsegítés és a gyermekjóléti szolgáltatás teljes integrációja valósul meg. A településeken a család- és gyermekjóléti szolgálat nyújtja a minimumszolgáltatást, a járási székhelyen pedig a kötelező feladatellátásban működő Család- és Gyermekjóléti Központ kiemelt feladata az észlelő- és jelzőrendszer koordinálása, a gyermekvédelmi rendszerben szereplők munkájának összehangolása.

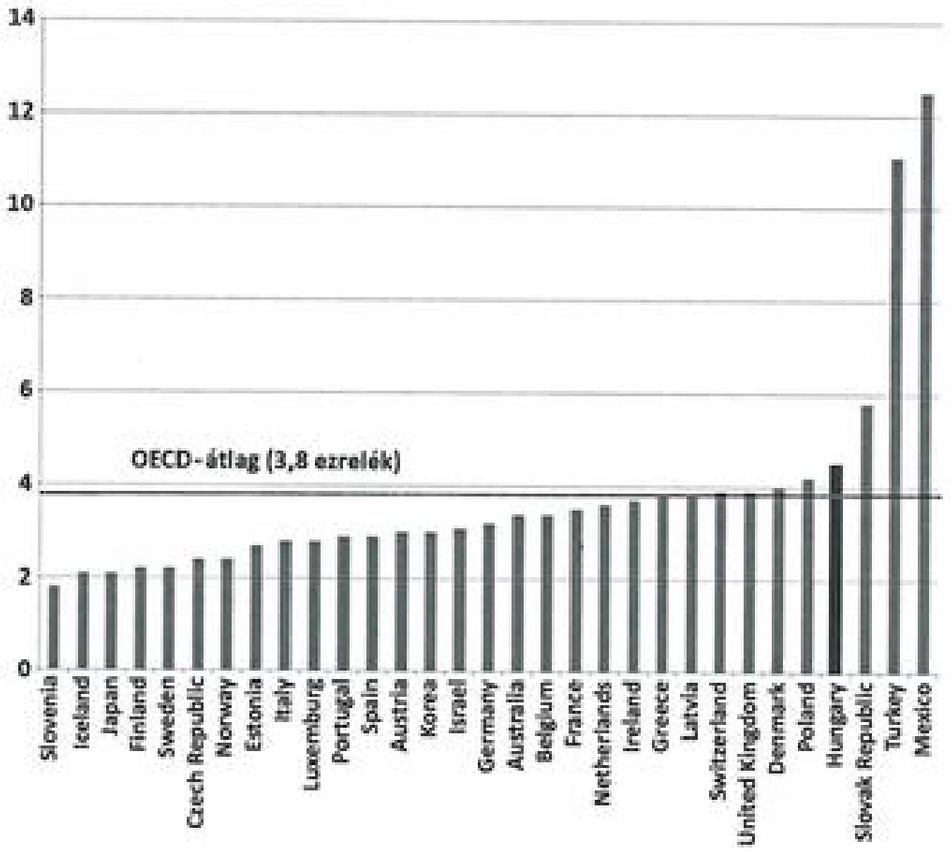
244 Az intézmények elnevezésére vonatkozóan a *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezetben kritikus megállapításokat tettünk, szükséges lenne a jogszabályban való megváltoztatásuk.

Egészségügy	Szociális/gyermekvédelem/ gyermekjólét	Köznevelés	Egyéb szereplők
Speciális szakellátás	Napközbeni ellátások: bölcsőde, mini bölcsőde, munkahelyi bölcsőde, családi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátások	Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)	Képzőintézmények
	Befogadó szülő: helyettes szülő, nevelőszülő, speciális nevelőszülő és különleges nevelőszülő		Rendőrség
	Gyermekek átmeneti otthona		Bíróság
	Családok átmeneti otthona		Ügyészség
	Gyermekotthon		Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
	Területi gyermekvédelmi szakszolgálat		
	Gyámhatóság		Szülők
Szakemberek: • szülész-nőgyógyász • szülésznő • neonatológus • gyermekneurológus • gyermekpszichiáter • genetikus • szemész • fül-orr-gégész • audiológus • ortopéd szakorvos • gyermek-rehabilitációs szakorvos • egyéb szakorvos • dietetikus	Szakemberek: • szociális munkás • csecsemő- és kisgyermeknevelő • óvodapedagógus • pedagógus • értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • logopédus • látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • pszichopedagógus • szomatopedagógus • autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • gyógytornász • konduktor • (klinikai szak)pszichológus • gyermekpszichiáter	Szakemberek: • óvodapedagógus • értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • logopédus • látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • pszichopedagógus • szomatopedagógus • autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • gyógytornász • konduktor • gyermekpszichiáter • klinikai gyermek-szakpszichológus • tanácsadó szakpszichológus • klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus • neuropszichológiai szakpszichológus	

Forrás: Kereki Judit, 2014 nyomán

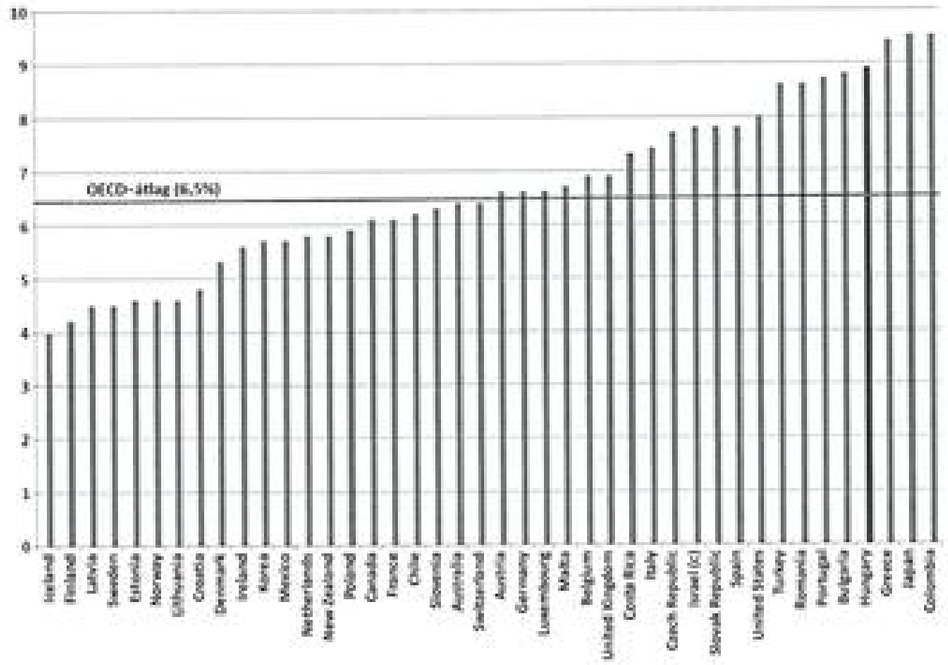
7.1.1 Az egészségügyi ellátás legfontosabb jellemzői

A korai életszakaszt tekintve a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően hazánkban is *az egészségügyi ellátás minőségét jellemző alapindikátorok* között találjuk a csecsemőhalandóság és az alacsony születési testsúly mutatóit (Tornai, 2007; Központi Statisztikai Hivatal, 2011; Aszmann és Valek, 2013). Ezek a mutatók nemcsak az egészségügyi ellátás színvonaláról árulkodnak, de érzékeltetik egy adott terület társadalmi-gazdasági fejlettségét is, ezzel az ellátásbeli egyenlőtlenségekről is érzékletes képet nyújtva. Az említett indikátorokat tekintve Magyarország a nemzetközi mezőnyben a legrosszabb mutatókkal rendelkező országok között helyezkedik el. Az ezer élve születésre vetített csecsemőhalandósági mutatót tekintve a legutóbbi tizenöt év (2000–2014) idősoros adatai alapján ugyan kedvező tendencia azonosítható, ám 2014-ben az OECD-országok 3,8 ezrelékes átlagát a magyarországi adat még mindig meghaladta (4,5 ezrelék). (Lásd *7–1. ábra.*)



7–1. ábra: Csecsemőhalandóság ezer élve születésre vetítve az OECD-országokban (‰), 2014.
Forrás: OECD-adatbázis (OECD Health Statistics, 2016) alapján készítette Kereki Judit

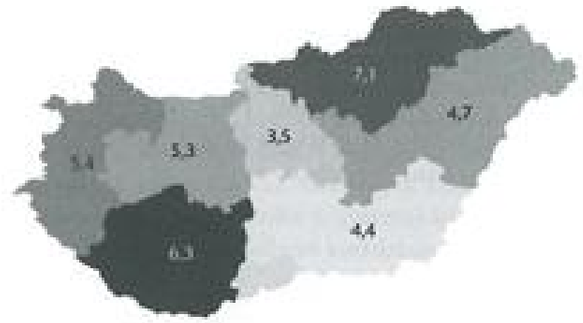
Hazánkban az élve születésekre vetített kis súlyú újszülöttek aránya 2000 és 2014 között gyakorlatilag 8,2 és 8,9% között mozgott, a trend a csecsemőhalandóság mutatójának változásához képest kevésbé biztató, hiszen nagyon enyhén növekvő tendenciát mutat. Nem beszélve arról, hogy a legutolsó, 2014-es OECD-adatok összehasonlítása alapján a magyarországi arány nemcsak meghaladja a 6,5%-os OECD-átlagot, de magasabb az OECD-országok döntő többségének mutatóinál (8,9%). (Lásd *7–2. ábra.*)



7–2. ábra: Alacsony születési súlyú újszülöttek aránya az élve születésekre vetítve az OECD-országokban (%), 2014.
Forrás: OECD-adatbázis (OECD Family Database, 2016) alapján készítette Kereki Judit

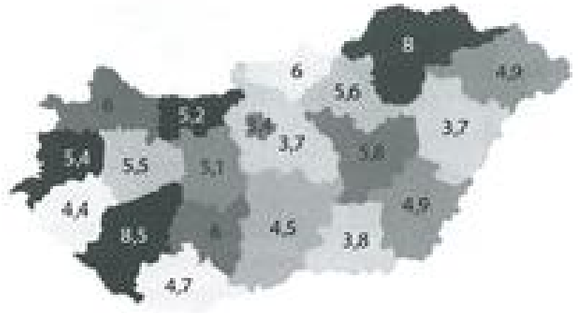
Amennyiben a magyarországi területi adatokat nézzük meg, egyértelműen a hátrányos helyzetű régiók, különösen Észak-Magyarország az, ahol a két indikátor alapján kedvezőtlen kép rajzolódik ki. A csecsemőhalálozást tekintve a három év (2012–2014) átlagában[245] mért 4,9 ezrelékes országos átlagos arányt jóval meghaladja az észak-magyarországi érték (7,1 ezrelék). A többi régióhoz képest magas még a Dél-Dunántúl csecsemőhalálozási rátája (6,3 ezrelék), ugyanakkor a legalacsonyabb érték Közép-Magyarországon azonosítható (3,5 ezrelék). (Lásd *7–3. ábra.*)

245 A csecsemőhalandóság aránya az alacsony esetszámok miatt a mutató stabilizálására való tekintettel három évre (2012–2014) aggregáltan került kiszámításra.



7–3. ábra: Csecsemőhalandóság ezer élve születésre, regionális megoszlásban (2012–2014 átlagában).
Forrás: KSH STADAT-táblák és Tájékoztatási adatbázis

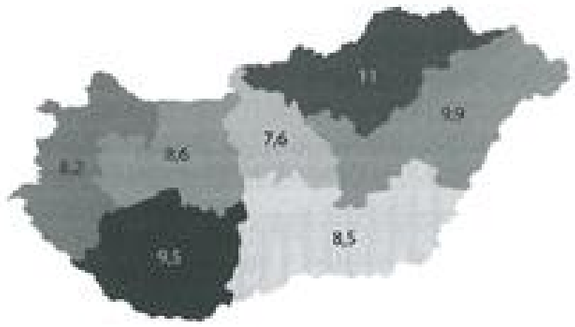
Amennyiben megyei adatokra bontva árnyaljuk a regionális összképet, a várakozás ellenére nem Észak-Magyarország megyéi mutatják a legrosszabb értéket. A három év átlagában Somogy megyében legmagasabb a csecsemőhalálozás aránya (8,5 ezrelék), bár utána rögtön Borsod-Abaúj-Zemplén megye következik (8 ezrelék). Budapesten az itt koncentrálódó minőségi egészségügyi ellátás tartja legalacsonyabban a csecsemőhalandósági arányt (3,4 ezrelék) (lásd *7–4. ábra*). 2013-ban az alapvető jogok biztosának jelentése szerint, az egészségügyi államtitkárság a neonatológiai ellátórendszerrel kapcsolatos célprioritásként határozta meg a csecsemőhalandóság csökkenésének fenntartását és a 4 ezrelék alatti országos csecsemőhalandósági mutató elérését 2014-re, továbbá a minőségi túlélés fokozását (Szabó, 2013). Ezt sajnos nem sikerült elérni, hiszen 2014-ben a csecsemőhalandóság aránya a hazai adatok szerint 4,6 ezrelék volt,[246] és 2015-ben is meghaladta a tervezett határt (4,2 ezrelék).[247]



7–4. ábra: Csecsemőhalandóság ezer élve születésre, megyei megoszlásban (2012–2014 átlagában).
Forrás: KSH STADAT-táblák és Tájékoztatási adatbázis

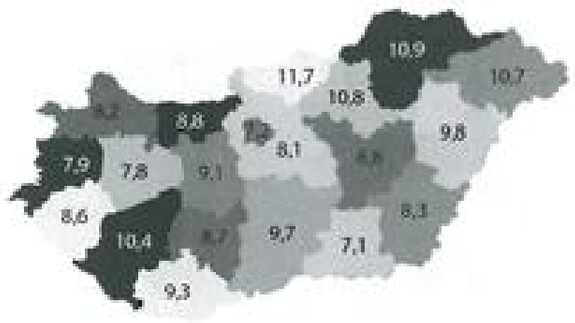
246 Az OECD és a KSH adatbázisai eltérő adatot mutatnak a magyarországi 2014-es arányszámokat tekintve, az OECD Health Statistics adatbázisa 4,5 ezrelékes, a KSH STADAT adatbázisa 4,6 ezrelékes csecsemőhalandósági arányszámot tartalmaz.
247 KSH STADAT-táblák.

Az alacsony testsúllyal született gyermekek aránya szintén aggodalomra ad okot, hiszen a 2014-ben élve születettek 8,9%-a volt kis súlyú újszülött, amely az utóbbi 15 év legmagasabb aránya.[248] Regionálisan a legkedvezőtlenebb helyzet Észak-Magyarországon azonosítható, ahol ez az arány a legmagasabb (11%), de Észak-Alföldön (9,9%) és Dél-Dunántúlon (9,5%) is meghaladja az országos átlagot. Közép-Magyarország 7,6%-kal a legalacsonyabb értékkel bír (lásd *7–5. ábra*).



7–5. ábra: Újszülöttek aránya 2500 g alatti születési súllyal, regionális eloszlásban (%), 2014.
Forrás: KSH STADAT-táblák és Tájékoztatási adatbázis

A megyék tekintetében jelenleg Nógrád megye az, ahol a kis súllyal születettek aránya a legnagyobb (11,7%), de a régió többi megyéjében, illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg és Somogy megyében is meghaladja arányuk a 10%-ot (lásd *7–6. ábra*).



7–6. ábra: Újszülöttek aránya 2500 g alatti születési súllyal, megyei eloszlásban (%), 2014.
Forrás: KSH STADAT-táblák és Tájékoztatási adatbázis

248 KSH STADAT-táblák.

7.1.1.1 A védőnői szolgáltatás

A várandós nők és a gyermekek gondozásában kulcsszerepet játszó védőnői szolgálat országos szervezettségű, teljes ellátási lefedettséget nyújt. Összesen közel 5000 védőnő dolgozik a rendszerben. A perikoncepcionális szakaszban játszanak fontos szerepet a Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) védőnői, akik egyre kisebb létszámban vannak jelen: 2004-ben még 119, 2015-ben már csak 72 volt a CSVSZ-álláshelyek száma (ebből 69 a betöltött).[249] A kórházi védőnők többek között a várandós és gyermekágyas anyák ellátásában vesznek részt, csaknem minden szülészettel rendelkező kórházban megtalálhatóak, a 2015-ös adatok szerint 81-en dolgoztak ilyen beosztásban.[250] Ugyan jogszabály rendelkezik arról,[251] hogy mennyi szülésszám esetén hány kórházi védőnő alkalmazására van szükség, mégis előfordul, hogy 2-3000 szülésszám mellett működő kórházakban csak egy kórházi védőnő dolgozik (például Szent János Kórház, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház).

A területi védőnők azok, akikkel a gyermek korai életszakaszában a család jellemzően kapcsolatban áll. A területi védőnők többen óvodai feladatokat is ellátnak, egy részük pedig területi (és óvodai) munkája mellett iskolai védőnőként is dolgozik. 2015-ben 4005 területi védőnői álláshelyet regisztráltak, ebből 3671, a szervezett álláshelyek 92%-a volt betöltött.[252] Vannak iskola-egészségügyi feladatot főállásban ellátó védőnők is, az 1018 álláshelyből 976-ot töltenek be. A védőnői munka szakmai felügyeletét vezető védőnők látják el. Megyei és járási szinten 114 vezető védőnő végzi a feladatot.[253]

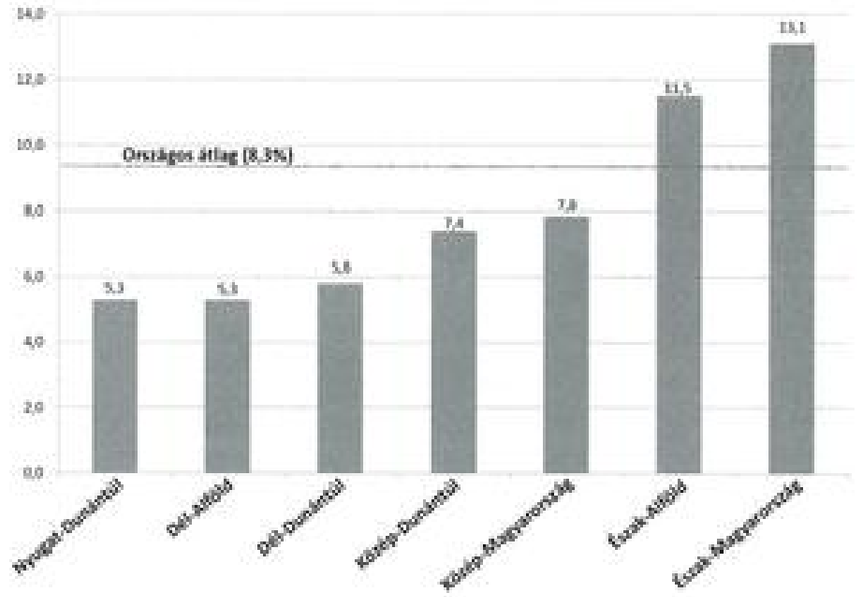
Az alapvető jogok biztosa már a 2013-as, a gyermekek egészséges környezethez való jogát vizsgáló jelentésében is vizsgálta a védőnői ellátáshoz való egyenlő esélyű hozzáférés feltételeit. Megállapította, hogy a területi védőnői ellátáshoz való hozzáférést meghatározzák a védőnői ellátás személyi, tárgyi, működési feltételei, továbbá a védőnői ellátás igénybevétele, illetve igénybevételének lehetősége és a szükséges ellátásban való részesülés (Szabó, 2013). A védőnői ellátáshoz való hozzáférést, a preventív jellegű szolgáltatások igénybevételét és biztosítását számos tényező akadályozhatja: az ellátandó települések száma (ha három vagy több települést kell a védőnőnek ellátnia), a tartós helyettesítés végzése, a fokozott munkaterhet jelentő vegyes (iskolai ellátási feladatokkal is társuló) körzetek ellátásának kötelezettsége, az ellátandó gondozottak, családok, gyermekek, illetve a fokozott gondozást igénylők száma, továbbá a nagyon alacsony létszámú körzetek, ahol nem elégséges a finanszírozás a védőnő teljes munkaidejű foglalkoztatásához (Odor, 2007). 2015-ben a védőnői ellátás visszautasítása a családok 0,1%-át érintette, és ugyanennyien voltak, akik a védőnői látogatásokat nem igényelték. A védőnői ellátással kapcsolatos szülői elégedettséget felmérő országos reprezentatív kutatás szerint a háztartások 18%-a tartozik a védőnői ellátással „inkább elégedetlenek" táborába, az átlagosnál magasabb arányban tartoznak ebbe a csoportba a budapesti, felsőfokú végzettségű, jobb vagyoni

249 Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály, 2015.
250 Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály, 2015.
251 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
252 Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály, 2015.
253 Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály, 2015.

helyzetben lévő családok. Viszont ezeknek a családoknak is csak nagyon kis százaléka változtatna a védőnő személyén, ha lehetősége lenne rá (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015).

Betöltetlen és helyettesített körzetek

A betöltetlen, a helyettesített és tartósan helyettesített körzetekben a védőnői jelenlét kevésbé biztosított, ez befolyásolja a prevenciós munka, a korai felismerés, a nyomon követés eredményességét. A 2004–2015 között eltelt években az idősoros adatok szerint a betöltetlen védőnői körzetek aránya 5,8 és 8,3% között váltakozott, és enyhe mértékben emelkedett, az addigi legmagasabb értéket 2015-ben érte el.[254] Betöltetlen álláshelyek épp azokon a hátrányos helyzetű területeken fordulnak elő magasabb arányban, ahol a gazdasági, társadalmi mutatók és az egészségügyi ellátás mutatói alapján a legnagyobb szükség lenne a preventív jellegű tevékenységre és a gyermekek fejlődésének nyomon követésére. A minőségi, hatékony védőnői támogatás az északkeleti országrészben (Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön) a legkevésbé garantált, az álláshelyek több mint egytizede betöltetlen (lásd *7–7. ábra*). Legkevesebb betöltetlen álláshelyet Dél-Dunántúlon és Dél-Alföldön találunk (5,3%).

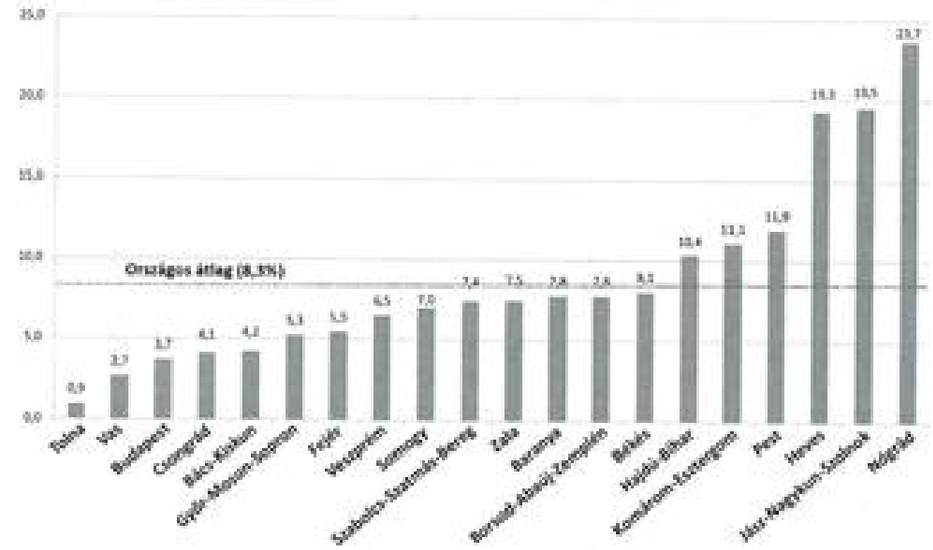


7–7. ábra: Betöltetlen védőnői állások aránya, regionális megoszlás (%), 2015.
Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály által közölt adatok alapján készítette Kereki Judit

A legkedvezőtlenebb helyzetben a Nógrád megyei ellátottakat találjuk, hiszen ott az álláshelyek közel egynegyede betöltetlen, de Jász-Nagykun-Szolnok megye (19,5%) és Heves

254 KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2004–2015.

megye (19,3%) mutatói is több mint kétszer magasabbak az országos átlagnál (8,3%). Legkevésbé Tolna megye küzd ezzel a gonddal (0,9%). (Lásd *7–8. ábra.*)



7–8. ábra: Betöltetlen védőnői állások aránya, megyei megoszlás (%), 2015.
Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály által közölt adatok alapján készítette Kereki Judit

Egy 2013-as vizsgálat szerint, amely az egészségügyi alapellátók, azaz a védőnő és a házi gyermekorvos, vegyes praxisú háziorvos feladatszervezésének és időmérlegének felmérésére irányult, a védőnők 35%-a több települést is ellát, az egy körzetre jutó csatolt települések átlagos száma 2,7, a tartós helyettesítést ellátó védőnők aránya pedig csaknem eléri az egyötödöt. Mindezek a tényezők nehezítik a védőnői feladatok teljes körű ellátását, illetve növelik az utazásokra fordított időt (Kósa és mtsai, 2014).

A területi védőnői jelentések alapján az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a él a leghátrányosabb helyzetű (újabban kedvezményezettnek hívott)[255] településeken, ahol a védőnői körzetek 11%-a volt betöltetlen 2011-ben (Szabó, 2013). A leghátrányosabb helyzetű kistérségekben magas az ellátandó települések száma, a tartós helyettesítés alapvetően ezekben a térségekben figyelhető meg (Kósa és mtsai, 2014), amellyel nem lehet megfelelő mértékű és mélységű gondozást, ellátást nyújtani. Kutatási adatok szerint ez a hátrány az említett területeken kb. 77 ezer 0–7 éves életkorú gyermeket érint (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015). A védőnői szakfelügyelet tapasztalatai szerint egyre nehezebb

255 A 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről módosított a besorolás feltételein és új megnevezést alkalmaz az érintett településekre. A későbbiekben meghagyjuk a leghátrányosabb helyzetű és hátrányos helyzetű település (kistérség) megnevezéseket, hiszen még ezekre vonatkozóan történtek az adatfelvételek.

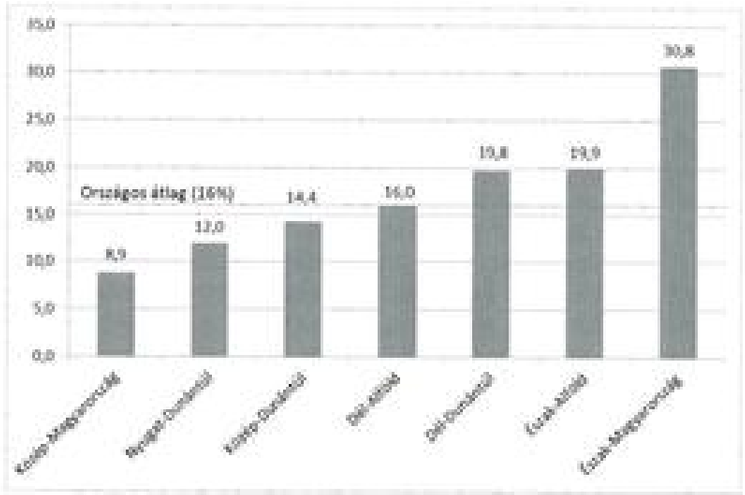
a szabad álláshelyek betöltése, különösen a halmozottan hátrányos körzetekben (Odor, 2011). Ugyanakkor ezekben a kistérségekben jellemzően átlagosan több családlátogatást végeznek a védőnők az egyes gondozottak csoportjában és a fokozott gondozást igénylők körében is, valamint kompetenciájukon túlmutató tevékenységeket is végeznek, mint például a szociális ügyek intézésében való segítségnyújtás, gyógyszer kiváltása stb. (Szabó, 2013). Ezt a hozzáállást visszatükrözi a 0–7 éves korú gyermekeket nevelő szülők elégedettségét felmérő vizsgálat eredménye, mely szerint a vizsgálatba bevont háztartásoknak az a 28%-a, ahol úgy értékelik, hogy többet kapnak a védőnőtől, mint amennyit elvárnának, elsősorban a leghátrányosabb helyzetű települések lakói, a községekben élők és a rosszabb vagyoni körülmények között lévő háztartások közül kerül ki (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015).

Fokozott gondozást igénylő várandósok és gyermekek

Az egészségügyi alapellátás szakembereinek, a védőnőnek (és mellette a házi gyermekorvosnak, háziorvosnak) a gondozómunkájában sajátos helyet foglal el a fokozott gondozást igénylő várandósok és gyermekek ellátása. Fokozott gondozás keretében látják el a szakemberek a magas rizikójú várandósságba besorolt várandós nőket,[256] illetve a szövődményes eseteket,[257] az újszülötteket, a koraszülötteket, a kis súllyal születetteket, valamint az egészségi és/vagy környezeti ok miatt veszélyeztetett csecsemőket és gyermekeket.[258] Az egészségi okból veszélyeztetettek köre csak részben meghatározott, a jogszabály ide sorolja a krónikus beteg, a fogyatékos, valamint a magatartási zavarral küzdő gyermeket és családjukat,[259] de a környezeti rizikó meghatározása sem egységes jelenleg (bővebben lásd: Védőnői Szakmai Kollégium, 2009; Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2010; Kereki és Vargáné Molnár, 2015). Ezt oldották fel a TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) programban kifejlesztett egységes rizikókérdőívek (Bass és mtsai, 2014; Moravcsik-Kornyicki és Szőllősi, 2014). A cél ezek rendszerbe való beemelése. (Bővebben lásd a *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezetet.)

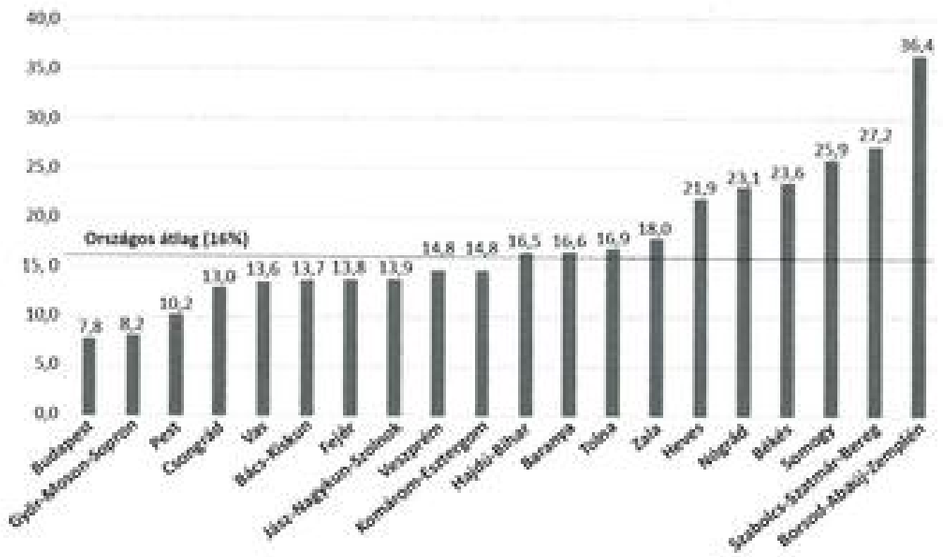
A fokozott gondozást igénylő várandós anyák, csecsemők és gyermekek arányai a kedvezőtlenebb gazdasági fejlettségű, rosszabb (gyermek)egészségügyi mutatókkal rendelkező régiókban, megyékben az országos átlagnál sokkal magasabbak, ez a védőnők leterheltségét is növeli. 2015-ben a 140 732 várandós nő 42%-a fokozott gondozott volt, 71%-uk egészségi, 17%-uk környezeti, 12%-uk egészségi és környezeti okból. Ugyanakkor az 585 133 0–6 éves korú gyermek 16%-a került a fokozott gondozott kategóriába. Közülük 39% az egészségi okból, 50% a környezeti (szociális) okból, 11% pedig a mindkét okból besorolt gyermekek aránya. Az Észak-Magyarországi régióban különösen magas a szorosabban nyomon követett gyerekek aránya, hiszen valamivel több mint 30%-uk tartozik ide.[260] (Lásd *7–9. ábra.*)

256 Egészségügyi szakmai irányelv – A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából (érvényesség idő: 2014. 09. 01–2017. 06. 30.).
257 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 11. §.
258 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. § (db).
259 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. § (dg).
260 Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály, 2015.



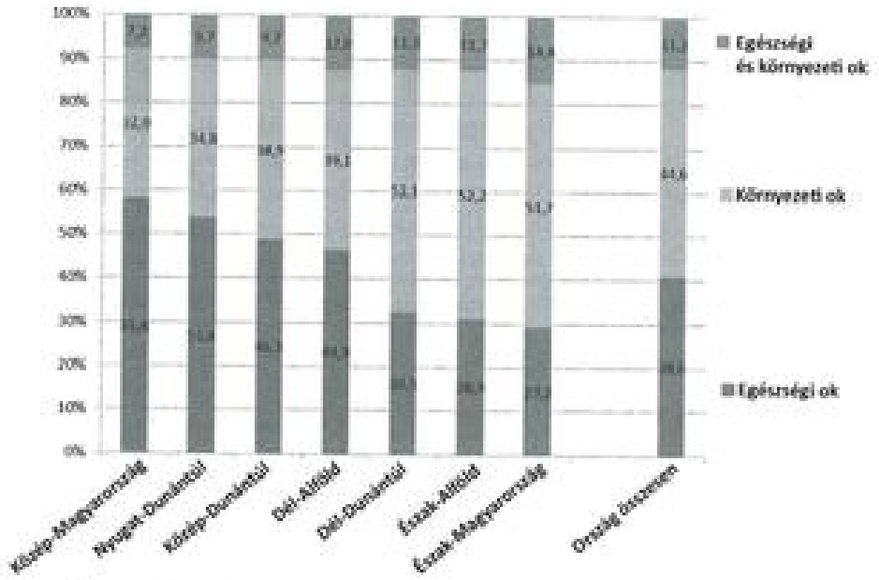
7–9. ábra: A védőnői körzetekben nyilvántartott, 0–6 éves fokozott gondozottak havi átlagának aránya regionális megoszlás szerint (%), 2015. Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2015

Ami a megyei adatokat illeti, Borsod-Abaúj-Zemplén megye messze kilóg a sorból, a gyermekek több mint egyharmadát veszélyeztetettként tartják nyilván a védőnők (lásd *7–10. ábra*).



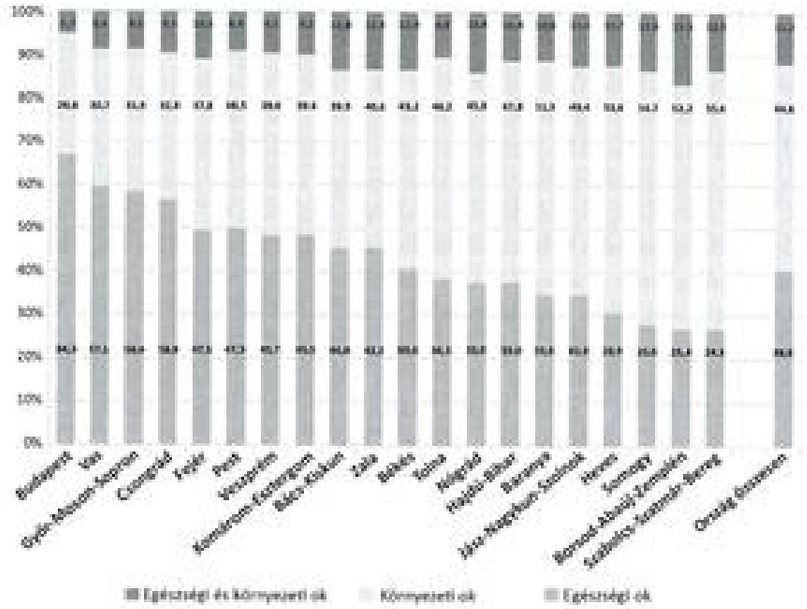
7–10. ábra: A védőnői körzetekben nyilvántartott, 0–6 éves fokozott gondozásban részesülők havi átlagos aránya megyei megoszlás szerint (%), 2015. Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2015

A fokozott gondozásba vétel okainak megoszlása egyértelműen azt mutatja, hogy a kevésbé fejlett régiókban, illetve megyékben inkább környezeti (szociális) okokból szükséges fokozott megfigyelés alá vonni a gyermekeket, míg a fejlettebb országrészeken, különösen Közép-Magyarországon az egészségügyi okok jobban dominálnak. Észak-Alföldön, Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon az átlagnál (50%-nál) magasabb arányban kerülnek környezeti ok miatt fokozott gondozásba gyermekek (lásd *7–11. ábra*).



7–11. ábra: A 0–6 éves, fokozott gondozásba vett gyermekek gondozásba vételének oki megoszlása regionális bontásban, 2015.
Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2015

Gyakorlatilag az említett régiók minden megyéjében magasabb a környezeti ok miatt fokozott gondozásba vontak aránya az országos átlagnál, különösen Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében magas ez a szám (56%). Egészségi ok leginkább a budapesti 0–6 éves gyermekek esetében játszik szerepet a védőnői fokozott nyomon követésben (a 39%-os átlaghoz képest 64%-uknál kerül erre sor (lásd *7–12. ábra*).



7–12. ábra: A 0–6 éves gyermekek fokozott gondozásba vételének oki megoszlása megyei bontásban (%), 2015. Forrás: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2015

A védőnői feladatellátás feltételrendszere

A területi védőnő alapvetően prevenciós tevékenységet végez, a kora gyermekkori intervenció szűrési-jelzési szakaszának fontos szereplője. A kora gyermekkori intervenció működését feltáró 2008-as kutatás szerint a családok látogatása megfelelő gyakorisággal valósul meg, azonban a szűrés-jelzés szolgáltatásai egyenetlenül működnek. A jogszabály által előírt szűrések közül az érzékszervek szűrését végzik el legalacsonyabb arányban a védőnők, a korosztályok közül pedig a négyévesek szűrése tűnik a legesetlegesebbnek. A tanácsadók, rendelők (alap)felszereltségének hiánya és elavultsága nehezíti a megfelelő szintű szolgáltatás elvégzését (Kereki és Lannert, 2009a).

Nemcsak az említett feltáró jellegű kutatás jelezte a feltételrendszer hiányosságainak problémáit. Ugyanebben az évben a szakfelügyelet által végzett felmérés, amely a védőnő által önállóan elvégzendő vizsgálatokhoz rendelkezésre álló feltételrendszert vizsgálta, megállapította, hogy a *vizsgálatokhoz szükséges eszközök* a védőnői tanácsadók 65-75%-ában felelnek meg a jogszabály által meghatározott feltételeknek (Odor, 2008). 2015-ben a szülők körében végzett elégedettségvizsgálat is kíváncsi volt arra, vajon a szülők hogyan ítélik meg azt, hogy a védőnőjük rendelkezik-e a védőnői szűrővizsgálatokhoz szükséges eszközökkel. A megkérdezett kisgyermekes szülők egynegyede szerint a védőnő nem rendelkezik ezekkel az eszközökkel, illetve, ha rendelkezik is, azok régiek és elavultak. A Közép-Dunántúlon jóval magasabb azok aránya (50%), akik elavultnak ítélik meg a védőnő felszereléseit. A leghátrányosabb helyzetű településeken élők 32%-a szerint elavultak a védőnő eszközei (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015).

2013-ban az egységes védőnői informatikai rendszer bevezethetősége kapcsán a védőnők informatikaieszköz-ellátottságára irányuló vizsgálatból kiderült, hogy a védőnők 9%-a dokumentál csak elektronikusan, 49%-uk részben elektronikusan és papíralapon is, 42%-uk pedig csak papíralapon. Az elektronikus dokumentáció bevezethetőségét jelentősen befolyásolja a tanácsadókban rendelkezésre álló számítógépek mennyisége és minősége, de az internetkapcsolat elérhetősége, annak sebessége, a használt operációs rendszer korszerűsége is. Csak a számítógépes ellátottságot nézve, országosan 0,7 számítógép jut átlagosan egy védőnőre. A legrosszabb helyzetben Budapest, Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megye van, ahol ugyanez az átlag 0,5. Összességében elmondható, hogy a számítógépekkel legjobban ellátott megyében sem jut minden védőnőnek saját munkaeszköz. A különböző összetevőkből képzett komplex mutató alapján a körzetek több mint felében (55%-ában) a munkavégzéshez egyáltalán nem megfelelőek a feltételek, tehát hiányzik a számítógép, korlátozott a hozzáférés, a gépek régiek, lassúak, gyakran meghibásodnak, és a megfelelő internetkapcsolat sem biztosított (Kereki, Bogár és Czap, 2013). A TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program és társprogramjai enyhítettek a problémán, hiszen a védőnők számára több mint 3000 laptop került szétosztásra. A hiányok pótlása, illetve a korszerűtlen számítógéppark lecserélésére mindenképpen szükséges ahhoz, hogy a védőnők számára kifejlesztett egységes védőnői informatikai rendszer használható legyen.

A védőnői ellátással való elégedettség

2015-ben a 0–7 éves életkorú gyermeket nevelő szülők körében a védőnői munka megítéléséről végzett országos reprezentatív felmérés szerint a védőnő munkájával való elégedettség magas arányúnak mondható, hiszen a megkérdezett szülők 82%-a az elvárásainak megfelelőnek vagy attól még pozitívabbnak ítélte meg a védőnői munkát. A gyermek életkorának előrehaladtával mégis egyre csökken a védőnői jelenlét fontossága. A védőnői támogatás a válaszadók túlnyomó többsége szerint a várandósság alatt, illetve a gyermek 1 éves koráig tartó időszakban kívánatos leginkább. A gyermek 2–3 éves kora között 82%-uk tartja fontosnak a védőnő közreműködését, míg 4 éves kor után ez az arány 56%-ra csökken. A 4–7 éves korú gyermekek esetében az átlagnál kevésbé gondolják fontosnak a védőnői jelenlétet a felsőfokú végzettségű, jobb anyagi helyzetű szülők, azok, akiknél több védőnője volt a gyermeknek, valamint azok, akik esetében a védőnővel való összelégedettség nem az elvárásnak megfelelő (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015).

Megállapítható, hogy a védőnőnek kiemelt szerepe van a tájékoztatásban minden vizsgált időszakban, azonban legmagasabb arányban a gyermek 0–3 éves korában fordulnak információért a védőnőhöz a szülők. A gyermek 4–7 éves kora között megnő a házi gyermekorvos/háziorvos szerepe ebben a vonatkozásban. Az LHH térségekben magasabb arányban igénylik a védőnői tájékoztatást, mint a nem LHH településeken, különösen az állami, civil karitatív családtámogatási formákról való informálást tartják különösen fontosnak. Az LHH településeken élők átlagosan kevesebb információforrást vesznek igénybe, az internetről, folyóiratokból, könyvekből való információszerzés, illetve a barátoktól, ismerősöktől való tájékozódás jóval alacsonyabb arányú, mint más településeken, ők tehát elsősorban a védőnőre, valamint a házi gyermekorvosra/háziorvosra támaszkodnak felmerült kérdéseik megválaszolását illetően (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015).

A védőnővel való kapcsolat sűrűsége az esetek túlnyomó többségében megfelel a szülők elvárásainak. A várandósság során az leendő anyák 84%-a legalább havonta egyszer kapcsolatba lép a védőnővel. Ez az arány 87%-ra nő a gyermek születését követő egy évben. A gyermek korának előrehaladtával csökken a védőnővel való kapcsolat gyakorisága: 2 és 3 éves kor között 44%-uk, míg 4 éves kor után mindössze 17%-uk találkozik a védőnővel legalább havonta. 2 és 3 év között jellemzően 2-3 havonta, míg 4 éves kor után inkább csak félévente, évente kerülnek kapcsolatba a védőnővel. A gyermek 4 éves korát követően a válaszadók 22%-a kevésbé tartja fontosnak a védőnői jelenlétet a gyermek gondozásában (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015).

7.1.1.2 Házi gyermekorvos, háziorvos

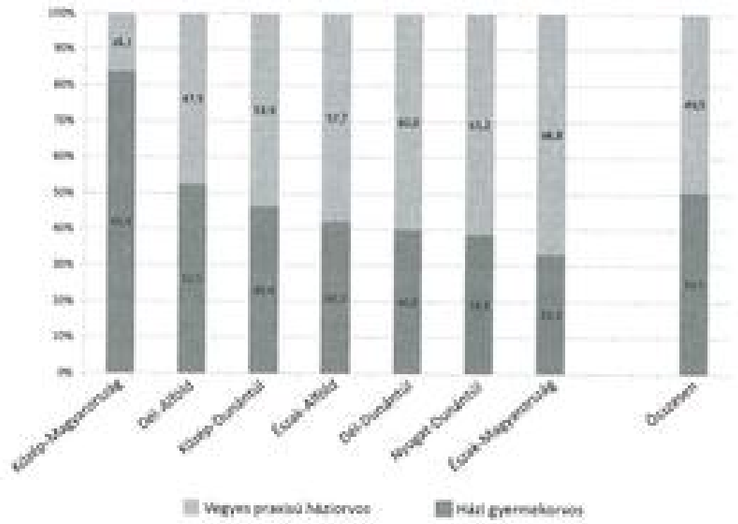
A 0–18 éves gyermekek ellátását házi gyermekorvosok és olyan háziorvosok látják el, akik a felnőttek mellett gyermekek ellátását is végzik. 2015-ben összesen 3022 gyermeket ellátó körzetet tartottak nyilván, ebből 1526 volt a házi gyermekorvosi praxis és 1496 a vegyes háziorvosi praxis. Az egy házi gyermekorvosi, háziorvosi praxisba bejelentkezett, 0–4 éves korú gyermekek átlagos létszáma 146 fő. Érdekesség, hogy a bejelentkezettek létszámát összevetve a korcsoportos népesség létszámával kiderül, hogy a 0–4 évesek 3%-a, azaz 15 065 gyermek nincs bejelentkezve egy praxisba sem. Ezeknek a gyermekeknek a száma különösen Borsod-Abaúj-Zemplén megyében magas, ahol az országban élő korcsoportos gyermekek közel 1%-át nem tartják nyilván az orvosi praxisokban, de majdnem ilyen arányban vannak Pest megyében is hasonlóan ellátatlan gyermekek.[261]

A 2005-től 2015-ig rendelkezésre álló adatok alapján az egyre csökkenő praxisszám mellett mindig is nagyjából fele-fele maradt a házi gyermekorvosi és a gyermeket is ellátó háziorvosi praxisok aránya. 2015-ös adatok szerint a közel 2 millió 18 éven aluli gyermek- és fiatalkorú 77%-át házi gyermekorvosok, 23%-át pedig vegyes praxisú háziorvosok látják el. A 0–4 éves gyermekek esetében az arány nagyon picit a házi gyermekorvosok javára változik, 82%-ban ők látják el az érintett korosztályt, 18%-a praxisoknak felnőtteket és gyermekeket egyaránt ellátó háziorvosi praxis.[262] Bár a vegyes praxist folytató háziorvosok a gyermekek ellátására általában felkészültek, a képzési különbségekből adódóan[263] kevesebb rutinnal rendelkeznek a kora gyermekkori fejlődés követésében, és a szűrés feladataira is jellemzően kevésbé felkészültek, mint a házi gyermekorvosok (Kádár és mtsai, 2010, 2011). Ezt támasztják alá a 2014-es kutatási eredmények, melyek szerint a vegyes praxisú háziorvosok érzik magukat a legkevésbé felkészültnek a 0–7 éves korú gyermekek testi, pszichés és szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek, szempontrendszerek és eszközök ismeretét illetően (Bársonyné Kis és mtsai, 2014). Ugyanakkor éppen Észak-Magyarországon jóval magasabb a vegyes praxisok aránya az átlagnál, de ez a tendencia Közép-Magyarországot és a Dél-Alföldet kivéve minden más régió esetében megfigyelhető (lásd *7–13. ábra*). A megyéket tekintve Heves megyében,

261 KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015 és STADAT-táblák.

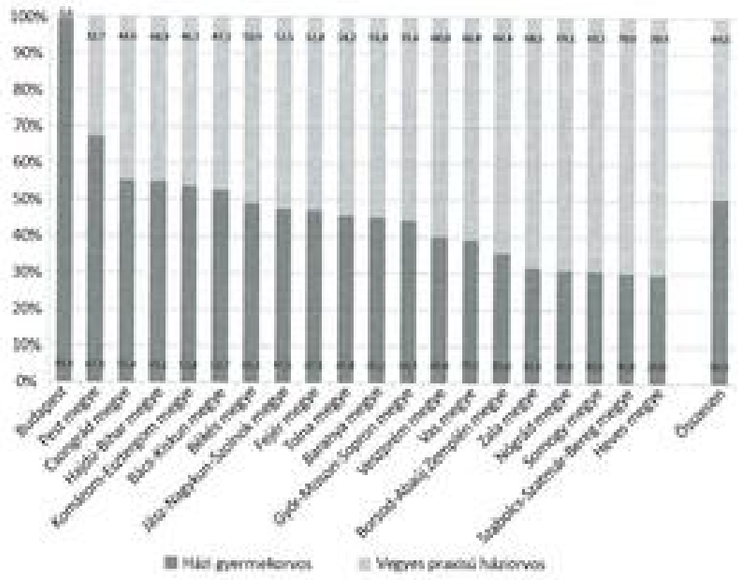
262 KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015.

263 Míg a házi gyermekorvosok 5 éves gyermekklinikai, kórházi képzésben vesznek részt, a háziorvosok törzsképzési programjában 4 hónap gyermekgyógyászat szerepel, amely tartalmaz gyermekorvosi praxisgyakorlatot is [22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről, 2. számú melléklet]. Ennek időtartama jellemzően 6-8 hét.



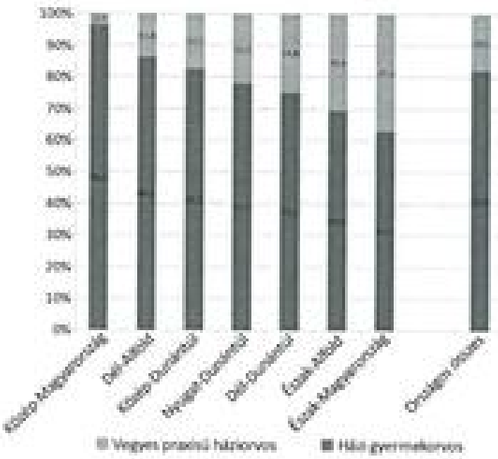
7–13. ábra: Házi gyermekorvosi és a felnőttek és gyermekek részére szervezett háziorvosi praxisok megoszlása regionális bontásban, 2015. Forrás: KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015

Szabolcs-Szatmár megyében, valamint Somogy, Nógrád és Zala megyében legmagasabb a vegyes praxisok aránya, 70% körüli (lásd *7–14. ábra*). Közép-Magyarországon a legalacsonyabb ez a szám, Budapesten csak házi gyermekorvosok látják el a gyermekeket.



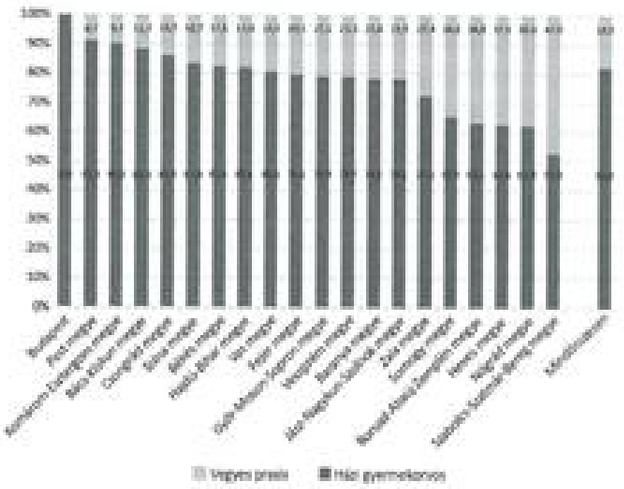
7–14. ábra: Házi gyermekorvosi és a felnőttek és gyermekek részére szervezett háziorvosi praxisok megoszlása megyei bontásban, 2015. Forrás: KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015

A vázolt képnek megfelelően a gyermekszámban is tükröződik ez az egyenlőtlenség. Észak-Magyarországon a 0–4 éves életkorú gyermekek 37%-át, Észak-Alföldön 31%-át vegyes praxisú háziorvosok látják el, ugyanakkor Dél-Dunántúlon (25%) és Nyugat-Dunántúl aprófalvas településein (22%) is magasabb ez az arány az átlagnál (18%). (Lásd *7–15. ábra.*)



7–15. ábra: Házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok által ellátott 0–4 éves korú gyermekek megoszlása regionális bontásban, 2015. Forrás: KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015

A megyék nagy részében az átlag feletti arányban látják el vegyes praxisú háziorvosok a gyermekeket, különösen magas ez az arány Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, ahol az érintett korcsoport közel felét, illetve Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén és Somogy megyékben, ahol több mint egyharmadát nem házi gyermekorvosok látják el (lásd *7–16. ábra*).

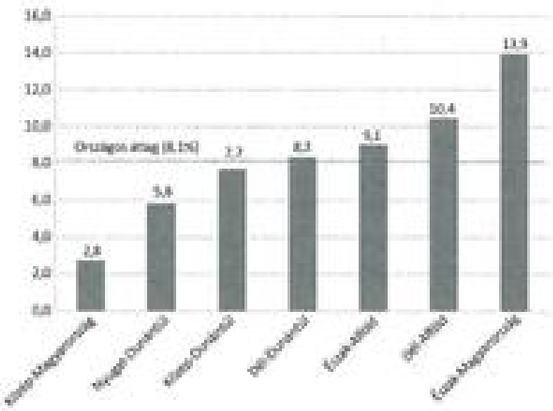


7–16. ábra: Házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok által ellátott 0–4 éves korú gyermekek megoszlása megyei bontásban, 2015. Forrás: KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015

2011-ben a Semmelweis Terv felhívta a figyelmet arra, hogy az aktív házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok átlagos életkora magas, komoly gondot jelent az utánpótlás kérdése (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011). A 2013-ban lezajlott időmérleg-vizsgálat alátámasztja ezt a félelmet: eszerint a házi gyermekorvosok átlagéletkora 56 év, az utánpótlás nem biztosított, és az életkori megoszlást vizsgálva a szakvizsga után a házi gyermekorvosként munkát vállalók száma igen alacsony. A házi gyermekorvosok között jelentős a nők aránya (75%). A vegyes praxisok esetén az orvosok átlagéletkora 55 év, azonban a jelentős számú 60 év feletti orvos mellett a 30–40 éves életkori csoport is megfelelő arányt képvisel, ami biztosíthatja a nyugdíjba vonulók utánpótlását (Kósa és mtsai, 2014). A probléma enyhítésére a Praxisváltás program keretében a Semmelweis Terv struktúraátalakítással járó feladatai közül az egészségügyért felelős államtitkár egyedi döntése alapján egyszeri vissza nem térítendő támogatással segítik a fiatal pályakezdő háziorvosok pályára állítását. A másik támogató kezdeményezés az Országos Alapellátási Intézet nagy összegű pályázata, amelyet praxisjog vásárlására és a háziorvosi rendelők eszközfejlesztésére írtak ki (Szabó, 2013; „Vasgyúró" program, 2013).

Betöltetlen álláshelyek

A házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú háziorvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenséget mutat, a leghátrányosabb helyzetű területeken a legkevésbé biztosított. Ahol a népesedési adatok alapján nagy szükség lenne házi gyermekorvos működésére, ott a hálózat hiányos. Az Országos Alapellátási Intézet 2017. augusztus 1-i adatai alapján 317 volt az összes háziorvosi tartósan betöltetlen álláshelyek száma (Országos Alapellátási Intézet, 2017), melyből 72 praxis felnőtteket ellátó háziorvosok, 64 praxis házi gyermekorvosok, és 181 praxis vegyes háziorvosok által ellátott szolgálatok. A házi gyermekorvosok és a vegyes praxist ellátó háziorvosok összpraxisszámának (245) 8,1%-a betöltetlen. A hátrányos helyzetű régiók mindegyikében, de különösen Észak-Magyarországon jelent ez gondot, ahol az országos átlagnak több mint másfélszerese a betöltetlen praxisszám (lásd *7–17. ábra*).



7–17. ábra: Betöltetlen házi gyermekorvosi és vegyes praxist ellátó körzetek az összes praxis arányában, regionális bontásban (%), 2017. Forrás: Országos Alapellátási Intézet adatbázisa, 2017

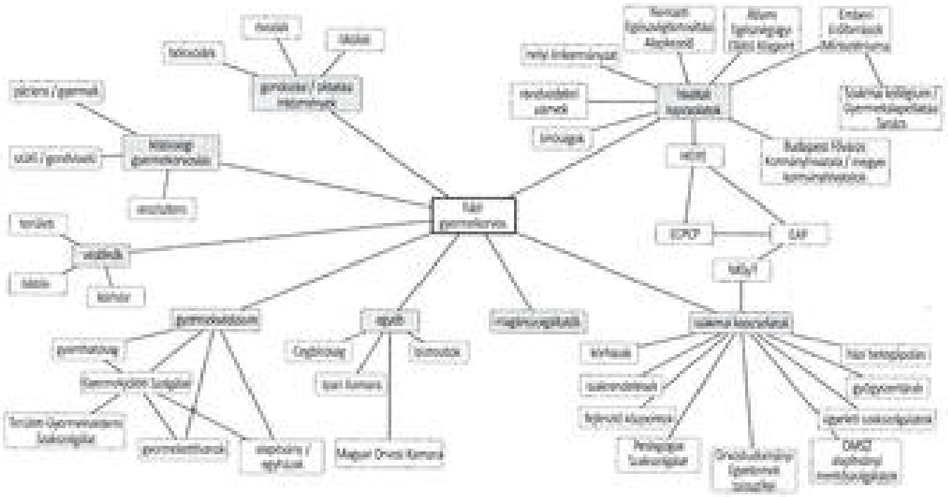
A gyermekeket ellátó orvosok betöltetlen praxisainak nagyjából egyhatoda (39) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében található. Problémát jelent, hogy a háziorvosi praxisok körzeteinek kijelölése nem támaszkodik szükségletalapú tervezésre, hanem az önkormányzati ellátási kötelezettségből kiindulva, az önkormányzati rendszer földrajzi struktúráját követi oly módon, hogy az aprófalvas térségekben több településre jut egy praxis. A háziorvosi szolgáltatás földrajzi elérhetősége heterogén, több mint 1300 településen nincs háziorvosi rendelő, vagy a háziorvos székhelye nem ott található. Az epidemiológiai adatokkal összehasonlítva az a kedvezőtlen kép rajzolódik ki, hogy a magas halandósággal és krónikus betegségek gyakoribb előfordulásával jellemezhető hátrányos térségekben a legmagasabb a betöltetlen praxisok aránya. Míg a háziorvosi székhellyel rendelkező települések 96%-ában a halálozás nem haladja meg az országos átlag másfélszeresét, addig a háziorvosi székhellyel nem rendelkező települések 12%-ában a halálozás magasabb, mint az országos átlag (Állami Számvevőszék, 2011). 2009. évi adat szerint háziorvosi praxis a székhelytelepülések 53%-án, házi gyermekorvosi szolgálat 14%-án található. Az 500 fő alatti aprófalvak mindössze 6,5%-ban tartanak fenn önálló egészségügyi ellátást. A praxisok 3%-ában helyettesítéssel látják el a rendeléseket, a kistelepüléseken ez az arány eléri a 13%-ot (Tokaji K.-né, 2011).

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés elsősorban a szakemberek és az intézmények regionális elérhetőségének eltéréseiből fakad. A hiányok szorosan összefüggnek a területek hátrányos helyzetével. Az orvosi ellátás és az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége nem csupán a szolgáltatás fizikai elérhetőségének nehézségei miatt okozhat gondot a családoknak, hanem azért is, mert e szolgáltatásokhoz való hozzájutás nagyobb anyagi terhet is jelent a család számára (Kereki és Lannert, 2009a).

A Semmelweis Terv külön fejezete foglalkozik az alapellátás, ezen belül a házi gyermekorvosi ellátás humánerőforrás-problémáival, új, más szervezettségű ellátási formák kialakításának lehetőségével (például csoportpraxisok, többszakmás egészségügyi központok). Az Országos Alapellátási Intézet praxisprogramjainak célja, hogy a tartósan betöltetlen felnőtt és vegyes háziorvosi körzetekben is biztosítva legyen az orvosi ellátás (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011). Ugyanakkor 2012-ben a Svájci–Magyar Együttműködési Program keretében, Észak-Alföld és Észak-Magyarország régiókban 24 alapellátási praxis bevonásával 4 praxisközösség került kialakításra. A program célja a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, a helyi közösségeket – különösen a roma lakosságot – bevonó egészségügyi alapellátási modell kidolgozása és tesztelése, szorosan együttműködve a helyi és nemzetiségi önkormányzatokkal, a helyi egészségügyi és szociális szolgálatokkal és orvosi karokkal (Szabó, 2013). Kutatási adatok szerint a gyermekes családok közel tizedénél (8%) fordult elő 2009-ben, hogy nem jutott pénze az orvosi ellátással összefüggő költségekre, utazásra vagy gyógyszerre, gyógyászati segédeszközökre. Ez a vizsgálat szerint a szegénységben élő családok 21%-ánál, a roma szülők 26%-nál tette lehetetlenné, hogy gyermekük megkapja a megfelelő orvosi ellátást (Ferge és Darvas, 2010). Két hátrányos helyzetű kistérségben (hevesi és bátonyterenyei) a gyermekes családok reprezentatív mintájában ennél jóval magasabb a kirekesztődés aránya: majdnem ötödüknek (18%) nem jutott pénze orvosi ellátásra. A szegény és a roma családok körében ez az arány 29, illetve 30% volt (Ferge és Darvas, 2011).

A házi gyermekorvos/háziorvos kapcsolatrendszere és jelzőrendszerben betöltött szerepe

A házi gyermekorvos/háziorvos széles kapcsolati hálóval rendelkezik, amely más ellátókkal, szolgáltatókkal, hatósággal, felügyeleti szervvel, háttérintézményekkel stb. kapcsolja össze (lásd *7–18. ábra*).



7–18. ábra: A házi gyermekorvoslás kapcsolatrendszere.
Forrás: dr. Ahorjai Péter, 2014 [TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program] alapján

Ebben a kapcsolatrendszerben megjelenik a házi gyermekorvos/háziorvos jelzőrendszeri szerepe is. Az alapvető jogok biztosának 2013-as jelentése szerint a jelzőrendszer más szerveitől (például rendőrség, áldozatsegítő szolgálat) érkezett adatok azt mutatják, különös tekintettel a gyermekjóléti szolgálatok által közölt információra, hogy a gyermekbántalmazásra utaló jelzések a házi gyermekorvosoktól/háziorvosoktól érkeznek a legritkábban. A gyermekbántalmazás prevencióját kevésbé tekintik feladatuknak, mint a sérülések ellátását (Szabó, 2013). Egy korábbi átfogó vizsgálat eredménye szerint a gyermekjóléti szolgálat felé érkező jelzések 0,2%-át teszik ki a házi gyermekorvosok/háziorvosok jelzései, amely az összes jelzést tevő között a legalacsonyabb jelzési arány (Rajzinger, Tóth és Zeller, 2010). Ugyancsak ezt támasztják alá az egészségügyi gyermekalapellátás szakemberei körében 2013-ban végzett attitűdvizsgálat eredményei is, amelyek szerint a házi gyermekorvosok, háziorvosok kevéssé élnek jelzőrendszeri szerepükkel (Bársonyné Kis és mtsai, 2014).

7.1.1.3 Járó- és fekvőbeteg-szakellátás

A 2013-ban megjelent *„Vasgyúró" gyermekegészségügyi program* (a továbbiakban: „Vasgyúró" program), amely pozitív fejleményként a gyermekegészségügyet önálló alrendszerként kezeli, összefoglalja a szakorvosi ellátásra és képzésre vonatkozó legfontosabb

teendőket és elképzeléseket. Leszögezi, hogy a gyermekek egészségügyi ellátásának struktúrája *az egységes alrendszer és a progresszív ellátás elvével* határozható meg. A 2012. július 1-jén életbe lépett új fekvőbeteg-struktúra ennek megfelelően szerveződött, hiszen alrendszerekben gondolkodik, az egyes szubspecialitásokat önálló egységként kezeli. Önálló szakmakódokon, elkülönített kapacitásokon alapszik, progresszivitási szintenként megállapított hézag- és átfedésmentes területi ellátási kötelezettséggel jelenik meg a korábban is különálló csecsemő- és gyermekgyógyászat, valamint a gyermeksebészet mellett például a gyermekpszichiátria, a neonatológia / újszülött intenzív ellátás, a gyermekneurológia, a gyermek-fül-orr-gégészet és a gyermekrehabilitáció. Így a feladatok, a szolgáltatói ellátási felelősség és a betegutak szakterületenként is egyértelműbbé váltak. A stratégiai anyag kiemeli, hogy finanszírozási ösztönzőkkel, a gyermekek ellátására jutó források csökkentése nélkül kívánatos elérni, hogy minél több gyermek egészségügyi szakellátása korszerű formában (sürgősségi, nappali vagy járóbeteg-ellátás) valósuljon meg. Az egészségpolitika a csecsemő- és gyermekgyógyászatot hiányszakmaként ismerte el. Mivel a korábbi csecsemő- és gyermekorvosi rezidens keretszámokat csak a szakellátás adataira alapozva állapították meg, és nem kalkuláltak az idősödő házi gyermekorvosok pótlásával, ma komoly gond, hogy kritikusan alacsony a feladatokhoz mért csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok száma („Vasgyúró" program, 2013). A program legutolsó gondolatát alátámasztani látszanak az országos nyilvántartási adatbázisból és a KSH Tájékoztatási adatbázisából nyert adatok, amelyek alapján nemcsak nagy hiányok azonosíthatóak bizonyos szakterületek vonatkozásában, de a hozzáférést tekintve jelentős területi egyenlőtlenségek is tapasztalhatóak. Hat szakterületet tekintetbe véve (audiológia, csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégészet, gyermek- és ifjúságpszichiátria, gyermekneurológia, gyermekszemészet és neonatológia) 2014-ben egy gyermekszemészre, egy csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégészre, valamint egy gyermekneurológusra jutott a legtöbb 0–4 éves korú gyermek, de ez nem jelenti azt, hogy a többi szakterületen jó lenne a szakember-ellátottság (lásd a *7–2. táblázatot* a 180. oldalon). Az érzékszervi vizsgálatok esetében, ha nincs gyermekszemész vagy gyermek-fül-orr-gégész a területen, ráépített szakvizsga nélküli fül-orr-gégész és szemész szakorvosok látják el a gyermekeket is.[264] A gyermekneurológiai vizsgálatokra pedig sokszor hónapokat kell várni. Szakterületenként rangsorolva a régiókat, az ellátottság szempontjából legkedvezőtlenebb a helyzet a Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon, míg a többi régióval összevetve Közép-Magyarország az, amely szinte valamennyi érintett szakterület vonatkozásában az egy szakorvosra jutó legalacsonyabb átlagos gyermeklétszámot mutatja.

264 A 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről még tartalmazza a gyermekszemészetet mint ráépített szakvizsgát, a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről már nem jeleníti meg külön ráépített szakvizsgaként.

7–2. táblázat: Egy szakellátó szakorvosra jutó 0–4 évesek száma regionális bontásban (fő), 2014

Rang-sor	Régió	Audio-lógus	Csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégész	Gyermek- és ifjúságpszichiáter	Gyermek-neurológus	Gyermek-szemész	Neonato-lógus
1.	Közép-Magyar-ország	1 324	3 401	2 302	3 118	6 506	1 425
2.	Dél-Alföld	1 403	6 665	1 859	4 443	8 887	1 568
3.	Dél-Dunántúl	1 215	5 012	2 506	5 728	10 025	2 005
4.	Nyugat-Dunántúl	2 014	3 845	4 230	3 845	14 099	1 839
5.	Észak-Alföld	3 296	6 293	3 461	4 327	7 692	2 036
6.	Észak-Magyar-ország	2 452	5 995	6 744	7 708	17 984	2 452
7.	Közép-Dunántúl	1 999	9 595	4 797	6 853	23 987	2 822
	Országosan	1 674	4 742	2 881	4 215	9 104	1 785

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa, valamint a KSH Tájékoztatási adatbázis alapján Kereki Judit számítása

A szakterületenként megnézett megyei rangsorok összképét mutatja a *7–3. táblázat*. 2014-ben Komárom megye bizonyult a hat szakterület vonatkozásában a szakorvossal legrosszabbul ellátott megyének, mellette Nógrád megyében tapasztalhatók még a legnagyobb hiányok. Budapest és Csongrád megye érintett korcsoportos népessége van a legkedvezőbb helyzetben a hozzáférés szempontjából, ezeken a helyeken jut egy szakorvosra a legkevesebb 0–4 éves korú gyermek.

7–3. táblázat: Az egy szakorvosra jutó 0–4 éves gyermekek száma megyei bontásban (fő), 2014

Rang-sor	Megye	Audio-lógus	Csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégész	Gyermek- és ifjúságpszichiáter	Gyermek-neurológus	Gyermek-szemész	Neonato-lógus
1.	Budapest	906	2 241	1 812	2 366	4 055	1 039
2.	Csongrád	813	2 845	1 004	2 845	4 267	898
3.	Baranya	1 025	4 101	1 823	5 468	4 101	1 262
4.	Vas	2 571	2 057	10 283	3 428	5 142	1 714
5.	Hajdú-Bihar	4 140	6 210	2 070	4 140	6 210	1 242
6.	Zala	1 563	3 642	2 732	3 642	10 927	1 093
7.	Somogy	1 161	4 256	2 553	6 384	*	2 553
8.	Jász-Nagykun-Szolnok	2 416	4 229	2 819	4 229	8 457	8 457
9.	Fejér	1 912	4 780	3 186	4 780	19 118	3 186
10.	Heves	1 314	6 569	3 285	13 138	6 569	2 628
11.	Győr-Moson-Sopron	2 109	7 029	4 217	4 217	*	3 012
12.	Veszprém	1 660	14 944	7 472	4 981	14 944	2 491
13.	Bács-Kiskun	2 268	22 676	3 239	5 669	22 676	2 061
14.	Szabolcs-Szatmár-Bereg	3 434	9 157	13 736	4 579	9 157	2 289
15.	Békés	1 940	13 578	2 716	6 789	13 578	3 395
16.	Tolna	1 602	9 613	4 807	4 807	*	4 807
17.	Borsod-Abaúj-Zemplén	3 267	5 444	10 888	6 533	32 665	2 333
18.	Pest	3 394	10 748	3 583	5 374	32 243	2 804
19.	Nógrád	4 075	8 150	8 150	8 150	*	2 717
20	Komárom-Esztergom	2 782	*	6 956	*	*	2 782
	Országosan	1 674	4 742	2 881	4 215	9 104	1 785

*Az adott szakvizsgával rendelkező orvos hiánya miatt nem értelmezhető.
Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa, valamint a KSH Tájékoztatási adatbázisa alapján Kereki Judit számítása

A csecsemő- és gyermekellátás területének általános jellemzéséhez meg kell említenünk, hogy a teljes minimumfeltétel-rendszer a Szakmai Kollégium gyermekellátással foglalkozó tagjainak vezetésével és a gyermekegészségügyben dolgozó munkatársak széles körének bevonásával megújult és a szubspecialitásokra is kiterjedt. A gyermek fekvőbeteg-szakellátás finanszírozását átgondolatlannak tartják, a helyzet az elmúlt évtized változásai miatt más szakágakhoz viszonyítva is méltánytalanul romlott. A finanszírozási szabályok nem fogadják be azt a tényt, hogy a csecsemők és gyermekek ellátása az öngondoskodási képesség hiányában nagyobb munkaerőigényű. A gyermekek járóbetegként való ellátását mind a családok, mind pedig az egészségügyi rendszer hatékonyabb működése érdekében kiemelten szükséges támogatni, ami finanszírozási ösztönzőkkel érhető el („Vasgyúró" program, 2013).

Szülészet, újszülött- és csecsemőosztály

Az egészséges életkezdet támogatásához a szakemberek olyan környezet biztosítását tartják szükségesnek a szülészeti intézményekben, amely a szoptatást normaként támogatja. Az Egészségügyi Világszervezet az UNICEF-fel közösen 1991-ben engedte útjára a Bababarát Kórház kezdeményezést, felismerve azt, hogy a szoptatás későbbi kimenetelére jelentős befolyással van, hogy mi történik a kórházban a szülést követő első napokban.

A 2005-ben újjáalakult Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság egyik fő célkitűzése a Bababarát Kórház program elterjesztése, illetve annak elérése, hogy a kórházak a Bababarát Kórház program szellemében dolgozzanak, melynek része például a *rooming-in*ben való elhelyezés, a szoptatás normává tétele és szakszerű támogatása, a bőrkontaktus[265] biztosítása (Németh T. és mtsai, 2015). A „Vasgyúró" program című stratégiai anyag is állást foglal a kérdésben, kiemeli, hogy a várandósság során a szoptatásra való felkészítés meg kell hogy történjen a szülészeti intézmény és az alapellátás azonos szemléletű hozzáállása mellett. A szülészeti intézményből történt hazabocsátás után az anya-csecsemő páros hatékony szoptatástámogatásához szükség van arra, hogy az alapellátás, a civil szervezetek és támogató anyacsoportok mellett a NEAK által finanszírozott laktációs szakambulanciák létesüljenek, és az intézményekhez rendelt teamben nemzetközi képesítéssel rendelkező szakember is részt vegyen. A stratégiai anyag arra is kitér, hogy a nemzetközi ajánlásokat és a gyakorlatot követve az orvos, a védőnő, szülésznő és egyéb egészségügyi szakdolgozók alapképzésébe, illetve az anya-csecsemő párossal foglalkozó valamennyi szakember továbbképzésébe fontos lenne beépíteni a laktáció és szoptatás elméleti és gyakorlati kérdéseit, valamint hangsúlyozza a családbarát munkahelyek létrehozásának fontosságát, amelynek része kell hogy legyen a munkába visszatérő anyák szoptatásban való támogatása („Vasgyúró" program, 2013).

265 Kutatások szerint a megfelelő ideig biztosított bőrkontaktus biztosítása csökkenti az anya és csecsemő stresszszintjét, az első szoptatás pozitívan befolyásolja a későbbi szoptatást, annak hatékonyságát és időtartamát, valamint pozitívan befolyásolja a szülő-csecsemő kapcsolat alakulását, és csökkenti az anyai posztpartális vérzést (Carter, 2014, idézi Németh T. és mtsai, 2015).

Perinatális (neonatális) intenzív centrumok

A perinatális (neonatális) intenzív centrumokban (a továbbiakban: PIC) a különleges beavatkozást igénylő, sok esetben gépi lélegeztetésre szoruló koraszülötteket, az alacsony születési súlyú, fejlődési rendellenességgel, illetve szülési sérüléssel világra jött újszülötteket látják el. Évente nagyjából 6000-7000 újszülött kerül az intenzív centrumokba.[266] A neonatológiai ellátási szintek közül a perinatális (neonatális) intenzív centrumok végzik a legmagasabb, III. szintű neonatális intenzív ellátást. Ahol 50 km-en belül nem működik ilyen speciális intenzív ellátást végző centrum, az ellátás a kórházak II. szintű intenzív neonatológiai osztályain történik. Jelenleg az országban 21 perinatális (neonatális) intenzív centrum működik, egy részük egyetemi klinikákon, más részük közkórházakban. Emellett megemlítendő a rendkívül fontos munkát végző, mozgó intenzív osztályként működő Peter Cerny Alapítvány, amely szervezetét és funkcióját tekintve eltérően működik a többi intézménytől, amennyiben a koraszülöttek első ellátásával és szállításával foglalkozik. A felvevőterület szempontjából a megyei kórházakban működő perinatális (neonatális) centrumok viszonylag homogének, általában az adott megye intenzív ellátásra szoruló újszülötteit látják el. Az egyetemi intézmények esetében (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged) jóval nagyobb a felvevőterület, szinte az ország minden területéről érkeznek ezekbe az intézményekbe súlyosabb állapotú vagy speciális ellátást igénylő gyermekek. Közép-Magyarországon látják el az intenzív ellátásba bekerülő gyermekek egyharmadát (Kereki, 2010a). Az ország négy megyéjében nem működik perinatális (neonatális) intenzív centrum, Nógrád, Heves, Somogy és Tolna megyében, ami a transzport távolságának és a posztnatális mortalitásnak a szoros összefüggését tekintve az érintett megyék súlyos állapotú újszülötteit rendkívül kedvezőtlenül érinti. A két északi megye koraszülötteit Budapesten látják el, míg a Dél-Dunántúl megyéiből elsősorban Pécsre szállítják a gyermekeket. Országosan jellemző, hogy a PIC-ek betegfelvétele összehangolt, és folyamatosan kisegítik egymást, ha valamelyik PIC éppen nem tud több beteget fogadni az ágyhiány, a lélegeztetési kapacitás korlátai vagy akár a nővérhiány okán (Kereki és Lannert, 2009a).

A 2008-ban lezajlott TÁRKI-TUDOK-kutatás során a perinatális (neonatális) intenzív centrumok működéséről heterogén kép bontakozott ki mind az ellátott gyermekek száma, mind az infrastrukturális ellátottság és a munkaerő-ellátottság vonatkozásában (Kereki és Lannert, 2009a). Az intenzív centrumok eltérő intézményi feltételek között dolgoznak. Az intézmények fele működik csak a szülészet közvetlen közelében, a másik fele kórházon belül, de nem a szülőszobával egy épületben, illetve gyermekklinikák osztályaként található (Mészáros, 2007). Egy felmérés adatai szerint 2008-ban 843 koraszülött jött a világra a 24-34. várandóssági héten olyan kórházban, ahol nincs intenzív centrum (Princzkel és Péter, 2011). Miközben a gyermek életesélyeinek szempontjából fontos az intenzív centrum elhelyezkedése, hiszen a szállítás távolsága komoly összefüggést mutat

266 A koraszülöttek aránya az elmúlt 3 évben (2012–2014) országosan átlagosan 9% volt, ezeknek a gyermekeknek nagyjából háromnegyed része kerül be a perinatális, neonatális intenzív centrumokba (KSH Tájékoztatási adatbázis, ÁEEK Tauffer-jelentés és a NEFI Perinatális, neonatális intenzív centrumok adatbázisa, NEFI).

a posztnatális mortalitással. Minél messzebbről szállítják az újszülötteket a perinatális (neonatális) intenzív centrumba, annál inkább csökkennek az életben maradás kilátásai. Ha egy másik városból történik a szállítás, a posztnatális mortalitásnak másfélszer akkora az esélye (6,4%), mint ha épületen belül transzportálják a gyermeket (3,8%), de ha épületen belül szállítják (5,1%), akkor is meghaladja a halálozás az országos átlagot (4,6%) (Kereki, 2011).

A műszerezettség terén történt előrelépés a korábbiakhoz képest, 2011-ben uniós támogatással megvalósuló pályázat segítségével sikerült lecserélni az elavult műszerpark jó részét. A szakember-ellátottság tekintetében azonban továbbra is komoly gondokkal küzdenek az intézmények. Korábbi adatok szerint az intenzív centrumokban 20%-kal kevesebb orvos dolgozik, mint amennyire szükség lenne, a neonatológus szakvizsgával rendelkezőket tekintve pedig 40%-os a létszámhiány. A szakdolgozók létszáma alapján a minimumfeltételekhez képest 40%-os hiánnyal küzdenek az intézmények (Mészáros, 2007). A 2008-as feltáró vizsgálatból az derült ki, hogy az olyan intézmény sem ritka, ahol a szükséges létszámnak csaknem a felével dolgoznak, messze elmaradva a nyugat-európai normáktól. Más szakterületek (fejlődésneurológia, kardiológia, szemészet, gyermeksebészet, audiológia) speciálisan képzett konziliárusi stábjairól nem állnak rendelkezésre rendszerezhető adatok. A nyugat-európai intézményekben kritériumként megjelölt és a megfelelő ellátáshoz nélkülözhetetlen pszichológus, lelkész vagy mentálhigiénés szakember (gondoljunk a gyakori halálozások miatt mind a szülők, mind a dolgozók mentálhigiénés gondozására) szinte teljesen hiányzik a hazai palettáról. A szülők mindennapi életének segítésében és a nekik járó juttatásokról való informálásban nélkülözhetetlen szerep jutna a szociális munkásoknak, akik szintén hiányoznak a PIC-osztályok nagy részéről (Kereki és Lannert, 2009a).

Az aktuális létszámadatokról nincs pontos információ, de ha abból a közölt adatból indulunk ki, hogy 2015 szeptemberéig a neonatológus szakorvosok negyede-harmada külföldre távozott, és a szakápolók fele hiányzik (Nádor Csaba szóbeli közlése), komoly kihívással kell szembenéznie hazai koraszülött intenzív ellátásnak. Néhány intenzív centrumban alkalmaznak ún. ultrakorai intervenciót *(ultra early intervention)*, amely a koraszülöttekre ható stresszt*é*nyezők csökkentésével (hang-, fényingerek stb.), a szülők aktív, 24 órás jelenlétével, a korai anyatejes táplálás bevezetésével, illetve a kengurumódszer[267] alkalmazásával támogatja a koraszülött babák egészségesebb fejlődését.

Az utógondozás fontossága

Az *ab ovo* rizikóbabákként azonosított koraszülöttek, a méhen belül sorvadt újszülöttek és azok az érett újszülött gyermekek, akiknek megszületésük után bármilyen okból perinatális (neonatális) intenzív ellátásra volt szükségük, nyomon követést igényelnek. Ezeknek a gyermekeknek abban az esetben is szükségük lenne a nyomon követésre, ha az intenzív ellátó intézményből őket hazaadó gyermekgyógyász szakorvos, illetve a házi

267 A kengurumódszer lényege, hogy az édesanyák a mellkasukon hordozzák a koraszülött gyermeküket, amivel nemcsak azok testhőmérséklete, légzése, keringése, vércukorszintje stabilizálódik, hanem a kötődés kialakulása is lényegesen jobb feltételek között indul meg (Chiu és Anderson, 2009).

gyermekorvos/háziorvos nem észlel problémát, vagy ha a védőnői szűrővizsgálat nem azonosít semmilyen eltérést. Sajnos, kapacitás hiányában ez nem megvalósítható.

Több perinatális (neonatális) intenzív centrum mellett működik koraszülött utógondozó. A jogszabály nem tartalmaz a koraszülött utógondozásra vonatkozó kitételt, tevékenysége, feladatai nem szabályozottak, működésére vonatkozóan nincs eljárásrend, szervezettsége esetleges. Ennek megfelelően a különböző intézményekben eltérő protokollok mentén és eltérő életkorig hívják be a gyermekeket. A bekerülésnél elvileg minden esetben fejlődésneurológiai kivizsgálás történik, és amennyiben a gyermekek állapota indokolja, megkezdődik a terápiás ellátás. 2008-as kutatási eredmények szerint az intenzív centrumok mellett működő utógondozók nagy részében (több mint háromnegyedében) valamilyen szintű szervezett korai terápiás ellátás folyik. Az intézmények 70%-a foglalkoztat gyógytornászt, 30%-a gyógypedagógust (ami elsősorban logopédust jelent), 23%-a konduktort és 23%-a gyermekpszichológust (Kereki és Lannert, 2009a). A szakemberek nehezményezik, hogy az utógondozók sokszor csak a maradványtünetek kiszűrésére alkalmasak, hiányolják a komplex utógondozást, amely érzékszervi és magatartászavarok esetében is nyújt ellátást, illetve helytelenítik a fejlesztések eltérő időtartamát (Pinczkel és Péter, 2011).

A szakemberek szerint még a problémamentes gyermekek kontrollvizsgálatnak való alávetése is az első három évben minimum évente 1-2 alkalommal lenne szükséges. Ezt a gyakoriságot egyrészt az ún. „szunnyadó rizikó" vagy „alvó hatás" jelensége indokolja, amely a fejlődés korábbi állomásából fakadó, de csak később manifesztálódó zavarok esetén nyilvánul meg (Wrape, 2003). Másrészt az ettől differenciáltabb megközelítésű „mozgó rizikó" (Gordon és Jens, 1988) jelensége is indokolttá teszi, amely alapján a probléma nyomai a fejlődés folyamán eltűnnek ugyan, de ez nem garantálja, hogy az érintett gyermekek a későbbiekben – bizonyos körülmények hatására, de az eredendő rizikótényezőktől nem függetlenül – újra veszélyeztetetté ne váljanak, és a megnyilvánuló tünetek visszatérően elő ne forduljanak (Ribiczey és Kalmár, 2009; Kalmár, 2008). Éppen emiatt iskoláskorig szükséges lenne az utánkövetés, melynek során a belgyógyászati és a fejlődés-neurológiai feladatok szétválasztása indokolt lenne. A belgyógyászati tennivalók speciális gyermekorvosi ismereteket igényelnek, és ellátásuk akkor optimális, ha a kórházi és laboratóriumi háttér is biztosított számukra. A fejlődésneurológiai nyomon követés pedig multidiszciplináris feladat, amelyet a gyermekneurológus koordinál. A neurológiai vizsgálat nem alkalmas a csecsemő pszichomotoros fejlettségének felmérésére, ezt a feladatot erre speciálisan képzett gyógypedagógus vagy pszichológus kell hogy ellássa, tehát az utógondozásban ők is részt kell hogy vegyenek (Bod és Hajtó, 2012). Amennyiben a gyermekneurológiai utánkövetés nem oldható meg szakemberhiány miatt, akkor a gyermekrehabilitációs szakvizsgával rendelkező orvosok ellátásba való bevonása helyettesítheti ezt (Vekerdy és Mramurácz, 2006). A házi gyermekorvos, háziorvos tájékoztatása és az utógondozásban való szerepvállalása fontos feladat. A maradványtünetekkel gyógyulók esetében az utógondozás döntően befolyásolja a későbbi életminőséget. Jól szervezett, országos utógondozói hálózatra lenne szükség, megfelelő finanszírozás mellett.

Gyermekhabilitáció és -rehabilitáció

Az elmúlt évek rehabilitációs beruházásainak ellenére a gyermekrehabilitációs ellátás országosan strukturálisan egyenetlenül szervezett, kapacitásai elégtelenek. Pozitívum, hogy a gyermekrehabilitációs ellátás önálló szerveződésének biztosítására a *struktúra átalakításakor* szakmakódot kapott, a kapacitások és progresszivitási szintek rögzítésre kerültek, ezekhez ellátási kötelezettségeket rendeltek („Vasgyúró" program, 2013). A habilitációs, rehabilitációs tevékenységet végző intézmények között egyedi helyet foglal el a Szent János Kórház Fejlődésneurológiai Osztálya, ahol a veleszületett idegrendszeri károsodások kivizsgálásával és habilitációs ellátásával foglalkoznak. Fejlődésneurológiai szakrendelők ugyan más kórházakban is működnek, de igazából nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás. Miközben a fejlődésneurológiai kivizsgálás fontosságát elengedhetetlennek tartják a szakemberek minden esetben, amikor felmerül a központi idegrendszeri károsodás lehetősége, hiszen a veszélyeztetett újszülöttek az ún. elsődleges, szelektált, speciális idegrendszeri szűréssel elkülöníthetőek, vagy a későbbiekben másodlagos célzott idegrendszeri szűréssel kiszűrhetők (Fekete, 2006). Pontos diagnózis esetén a gyermekneurológusok neuroterápiás ellátást javasolnak.

A régóta működő gyermekrehabilitációs központok mellett, mint például a miskolci Gyermekegészségügyi Központban működő Gyermekrehabilitációs Osztály vagy a debreceni VESZ Gyermekrehabilitációs Központ, bővült a gyermekrehabilitációs részlegek száma, néhány éve alakultak rehabilitációs centrumok Zalaegerszegen, Keszthelyen, valamint Budapesten két intézményben: a Heim Pál Gyermekkórházban, valamint a Bethesda Gyermekkórházban. A *„Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program* szerint a gyermekkorúaknak legalább a 6%-a, de legfeljebb a 10%-a igényel rövidebb-hosszabb ideig neuroterápiás, illetve rehabilitációs szolgáltatásokat. Évente 8-15 ezer súlyos állapotú gyermek van, akinek ellátása kórházi körülményeket igényel. Az ellátókapacitás az igény egytizedének kielégítésére is szűkösen elegendő, ráadásul igen egyenetlenül oszlik el az országban („Közös kincsünk a gyermek" program, 2005). Ugyanakkor az országban jelenleg összesen 9 gyermekrehabilitációs szakorvost tartanak nyilván, amely elenyésző szám a feladatokhoz képest, de kevés a nem szakorvosi személyzet, és hiányosak a rehabilitáció egyéb feltételei is. A rehabilitációs ellátásban is nagyon fontos a gyermekek nyomon követése, ellenőrzése.

Gyermek-fül-orr-gégészet, gyermekszemészet

A gyermek-fül-orr-gégészeti ügyeleti rendszer a kórházi rendszerhez kötötten alapellátási feladatot végez. A hazai *gyermek-fül-orr-gégészeti*, illetve csecsemő- és gyermekgyógyászati ellátás fejlődése a képzés hiányosságai okán nehezen kezelhető problémákhoz vezetett. A csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképzésből hiányzik a gyermek-fül-orr-gégészeti gyakorlati képzés, ezért a szakorvosok nem képesek a külső- és középfül egyszerű betegségeinek diagnosztizálására. Emiatt a gyermek-fül-orr-gégészeti ellátórendszer extrém mértékű alapszintű járóbeteg-ellátásra kényszerül a fekvőbeteg- és szakmaspecifikus (például audiológia) kompetenciákat igénylő ellátáson túl. Ez a lakosságarányosan kevés szolgáltatóval rendelkező területeken túlterheléshez, a szakemberek hiányához és az ellátórendszer

működési zavaraihoz vezet. A kérdéskör komplex kezelése szükséges a csecsemő- és gyermekgyógyász, valamint a fül-orr-gégészeti szakmai kollégiumi szervezetek együttműködésével. Az átalakítás során ennek a rendszernek az észszerűsítése, hatékonyságának javítása, alapellátási környezetbe illesztése lenne indokolt („Vasgyúró" program, 2013).

A kötelező *objektív újszülöttkori hallásszűrés* feltételei nem minden intézetben adottak. Ugyanakkor 2015-ben megjelent az Egészségügyi Minisztérium új, korszerűsített szakmai irányelve, *A 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről*. Emellett *A 0–18 éves életkorú gyermekek látásfejlődésének követése, a kancsalság és a fénytörési hibák felismerése* irányelv is korszerűsítésre került, amelynek megjelenése még várat magára. Fontos momentumként említést érdemel a Peter Cerny Alapítvány és a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikája által öt éve üzemeltetett Csecsemő-Szem-Mentő program, amelynek keretében egy távdiagnosztikai eszköz lehetővé teszi a helyszíni vizsgálatot és az azonnali képtovábbítást a szemészspecialista felé.

Gyermek- és ifjúságpszichiátria

A nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a 4–17 éves korú gyermekek között a mentális kórállapotok átlagos prevalenciája 15,8%, azaz a népbetegség szintjét éri el. Önmagában a mentális és viselkedészavarok a 0–4 évesek körében a korcsoportos népességen belül 1,2%-ot tesznek ki (KSH Tájékoztatási adatbázis, 2011). Ugyanakkor hazánkban nem áll rendelkezésre a hatékony ellátást biztosító szakemberhálózat és infrastruktúra. Az ellátóhelyek hiánya és területi egyenetlensége miatt a betegek jelentős többsége nem jut megfelelő gyermekpszichiátriai diagnosztikához és terápiához. A 8 egészségügyi térségből 3-ban nincs *gyermekpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás*, így az északkelet-magyarországi, északközép-magyarországi és a nyugat-magyarországi térségben gyermekpszichiátriai osztály kialakítására van szükség ahhoz, hogy országosan lefedett legyen az ellátás. 2013-ban az egészségpolitikai elképzelések között szerepelt bizonyos gyermekpszichiátriai betegségcsoportok és ellátások kapcsán országos központok létrehozása, így a gyorsan emelkedő esetszám miatt igény merült fel egy önálló gyermek- és ifjúsági pszichoszomatikus/evészavar speciális intézményre, amely magában foglalja a járóbeteg-ellátást, az akut fekvőbeteg-ellátást és a rehabilitációt egyaránt. Ugyanígy a sürgősségi esetek ellátását szolgáló (high security részlegek) létrehozását is tervezték, valamint a kiemelt finanszírozású intenzív rehabilitáció kialakítását (skizofrénia, autizmus, evészavarbetegek stb. számára) („Vasgyúró" program, 2013).

Az egészségügyi ellátórendszer átalakításával kapcsolatos elképzelések között örvendetesen nagy fontosságot kapott a gyermekek mentálhigiénés állapotának *javítása*, ennek érdekében a „Vasgyúró" program szükségesnek tartja a *gyermek-mentálhigiéné területén a térségi koordináció* rendszerszerű szervezését, amely irányítaná a régió elsődleges, másodlagos és harmadlagos mentálhigiénés preventív szolgáltatásait, beleértve a közösségi gyermekpszichiátriát, a gyermekpszichiátriai gondozói hálózatot és a gyermekpszichiátriai aktív és rehabilitációs osztályos hátteret is. Az elképzelések között szerepel egy mobil multidiszciplináris team felállítása (pszichológus, gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos,

gyógypedagógus, pszichoterapeuta), akik a szükséges ellátást bizonyos napokon kiviszik a kistérségekbe is („Vasgyúró" program, 2013). Ugyanakkor a 2014–2020-as fejlesztési időszak Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) projektjei között is helyet kapott „A lakosság lelki egészségének támogatása" című alkonstrukció az *Átfogó népegészségügyi fejlesztések* keretén belül.

Speciális szakellátás

A krónikus beteg gyermekek[268] jellemzően speciális járóbeteg-, illetve speciális fekvőbeteg-szakellátás keretében kapnak ellátást. Amerikai vizsgálati eredmények szerint 1994 és 2006 között a krónikus gyermekkori betegségek prevalenciája (a betegségben szenvedők aránya a teljes populáción belül) 12,8%-ról 26,6%-ra emelkedett, amiért többek között elsősorban a gyermekkori asztma és az elhízás a felelősek (Van Cleave, Gortmaker és Perrin, 2010). A krónikus betegségek vezető haláloknak számítanak a felnőtt lakosság körében, de hasonló tendencia figyelhető meg a gyermekellátás területén is (Központi Statisztikai Hivatal, 2014a). Orvosi megfigyelések alapján egyes, korábban a felnőttkor betegségének tartott krónikus betegségek (például 2-es típusú cukorbetegség) is megjelennek gyermekkorban. A szövődményes, krónikus betegség miatti gyakoribb, hosszas kórházi bennfekvések kapcsán a hospitalizáció tünetei is megjelenhetnek.

A *gyermekgyógyászatból a felnőttellátásba történő átmenet kérdése* jelenleg esetlegesen biztosított. A krónikus beteg gyermekek felnőttgondozásba való átadása önálló diszciplínává válik Nyugat-Európában. Különösen a tartós károsodással élő gyermekek családjai fordulnak ma is elsősorban a gyermekellátó rendszer felé. A felnőttek ellátására specializálódott intézetek nem készültek fel a gyermekek ellátására („Vasgyúró" program, 2013). A kórházban fekvő krónikus beteg gyermekek számára a gondozás ideje alatt nyújtott pedagógiai támogatás megszervezése nem megfelelő, az ún. kórházpedagógiai hálózat kiterjesztésével, illetve szükség esetén kiegészítő gyógypedagógiai segítség nyújtásával kell biztosítani a gyermekek ellátását. Jelentős előrelépés az intellektuális képességzavart mutató és az autista gyermekek altatásban végezhető fogászati ellátásának megszervezése.

7.1.1.4 Szülők tájékoztatása, kommunikáció

A fejlődési rendellenességgel született, eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek szülei az egészségügyi ellátórendszer nyújtotta, feléjük irányuló jelzéssel, tájékoztatással kevéssé elégedettek. 2008-ban a kora gyermekkori intervenciós ellátásba bekerült gyermekek szüleinek 40%-a ítélte meg úgy, hogy nem kapott megfelelő jelzést az egészségügyi szereplőktől, vagy nem időben kapta azt. A szülők majdnem egyötöde elégedetlen volt a várandósság alatti jelzéssel, vagy azért, mert ugyan a várandósság alatt voltak problémák, de azt senki nem jelezte számukra, vagy ha kaptak is jelzést, azt nem találták kielégítőnek. A szülés utáni jelzés, illetve tájékoztatás tekintetében is megosztottak a szülők. A 60%-nyi válaszadó közül, akiknek gyermekénél valamilyen perinatális károsító

268 A krónikus betegségek körébe a hosszan tartó és lassú progressziót mutató kórállapotok tartoznak.

tényező derült ki, egyharmadukkal a kórházban senki nem beszélt arról, hogy milyen kockázatok merültek fel a szülés közben vagy közvetlenül utána. Az információátadás hiányosságain túl a tájékoztatás miként je is mély nyomokat hagy a szülőkben, hiszen sok esetben az empátia teljes hiányát érzékelték a diagnózis közlésekor (Kereki és Lannert, 2009a). A probléma megmondása, az ún. „rossz hír közlése" az egészségügyi ellátórendszerben az érintett szakorvos feladata, de más diagnosztikus helyszíneken, például a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságainál is gyakran szembesülnek azzal a helyzettel, hogy a szülő tudomására kell hozni a gyermek befolyásolhatatlan állapotát. Ám nemcsak a diagnózis közlése, hanem a gyanú megfogalmazása is kihívás lehet az egyes szakemberek számára, például a védőnő, házi gyermekorvos, háziorvos esetében. A probléma megfelelő kommunikálásának, a hiteles megmondási stratégia megválasztásának a fontosságára több szakember is felhívja a figyelmet (Lányiné Engelmayer, 2009/2012, 2017; Radványi, 2013), de vannak referenciaként használható protokollok is (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2010; Ritka és Veleszületett Rendellenességgel élők Országos Szövetsége, 2011). A graduális és posztgraduális képzések tematikájában mindenképpen fontos lenne ennek az elemnek a megjelenése.

7.1.2 A szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szolgáltatások

7.1.2.1 A falu- és tanyagondnoki, valamint támogató szolgáltatás

Az aprófalvak és a külterületi lakott helyek intézményhiányból vagy az infrastruktúra kiépületlenségéből eredő települési hátrányok enyhítésére, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása céljából jött létre a falu- és tanyagondnoki szolgáltatási hálózat. A támogató szolgálat ugyancsak a hozzáférés tekintetében nyújt segítséget, konkrét célcsoportra fókuszálva, hiszen a fogyatékos személyeknek biztosítja az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutást, illetve az egészségügyi-szociális ellátásokhoz, fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeit.

A falu- és tanyagondnoki ellátás Nyugat-Dunántúlra, illetve Dél-Dunántúlra és Észak-Magyarországra koncentrálódik, ami nem meglepő, hiszen az aprófalvak száma ezeken a területeken a legmagasabb (lásd *7–4. táblázat*). Magyarország helységnévtára alapján számított adatok azt mutatják, hogy Nyugat-Dunántúlon 504, Dél-Dunántúlon 503, és Észak-Magyarországon 350 db 1000 fő alatti település található. A megyék között Baranya megyében (260), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (227) és Zala megyében (219) nehezíti leginkább a hozzáférést a kistelepülések magas száma.[269] Támogató szolgáltatást leginkább Észak-Alföldön, legkevésbé pedig Dél-Dunántúlon és Nyugat-Dunántúlon vesznek igénybe.

269 Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, Magyarország közigazgatási helynévkönyve, 2016. január 1.

7–4. táblázat: A falu- és tanyagondnokok száma, illetve támogató szolgáltatásban részesülők száma regionális bontásban (fő), 2015

	Falugondnokok száma	Tanyagondnokok száma	Támogató szolgáltatásban részesülők száma
Közép-Magyarország	2	52	1 807
Közép-Dunántúl	102	17	1 382
Nyugat-Dunántúl	280	20	1 107
Dél-Dunántúl	270	75	1 029
Észak-Magyarország	192	20	1 800
Észak-Alföld	57	102	4 219
Dél-Alföld	23	184	2 012
Összesen	926	470	13 356

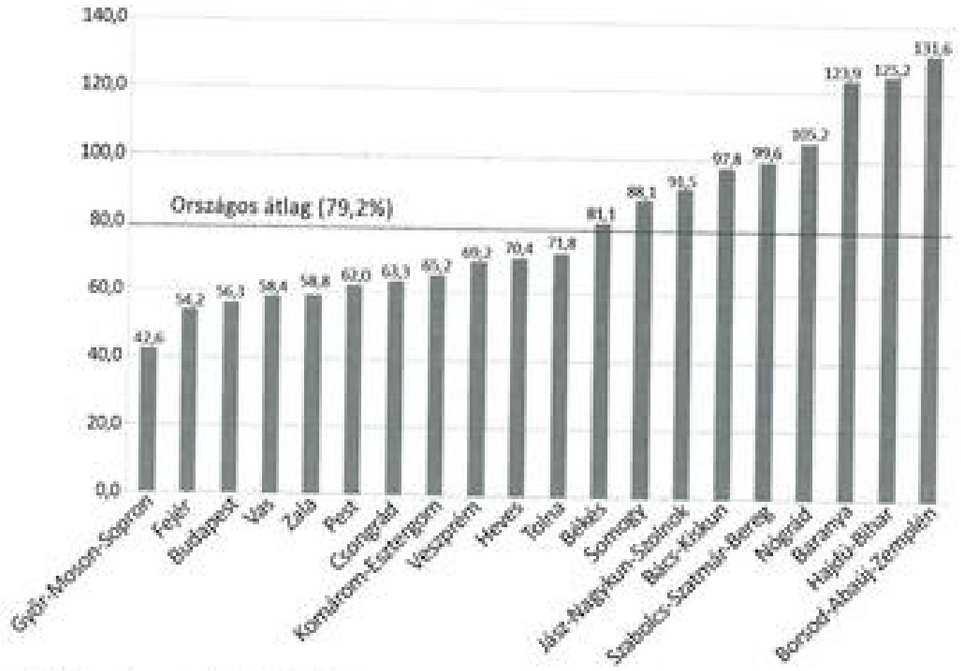
Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015

7.1.2.2 Családsegítő, gyermekjóléti szolgáltatások

A *Legyen jobb a gyermekeknek!* nemzeti stratégia leszögezi, hogy a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások tekintetében számos hatékonysági, hozzáférési probléma azonosítható. A gondok abból is adódnak, hogy ezek a rendszerek viszonylag későn fejlődtek ki, és máig számos megoldatlan nehézséggel kell szembenézniük, mint például a megfelelően képzett szakemberek hiánya, az egyenlőtlen területi hozzáférés, a standardok és az ellenőrzés hiánya, valamint számtalan szemléleti hiányosság. A stratégia kiemeli annak fontosságát, hogy a szolgáltatások színvonalának javítása nem csak pénzkérdés, a tapasztalatok szerint a pénzbeli és természetbeli ellátások hatásosságát, hatékonyságát is növelni lehet, ha személyes szolgáltatásokkal párosulnak (Legyen jobb a gyermekeknek!, 2007). Nagyon hasonló megállapításokat tett az állampolgári jogok országgyűlési biztosa is, aki 2009–2010-ben egy átfogó vizsgálatot indított a gyermekvédelmi jelzőrendszer működésének feltárására. A beérkező adatok szerint – bár kedvező tény, hogy a legtöbb helyen szervezett a gyermekjóléti szolgáltatás – a szakemberszám, a kapacitás nem minden esetben felel meg a jogszabály szerint előírtaknak, ami a hátrányos helyzetű területekre jellemző elsősorban. Különösen a családgondozók esetében jelent ez problémát, ahol a gondozott családok, illetve gyermekek száma sokszor jóval meghaladja a jogszabályban maximalizált létszámot. A vizsgálatban több jelzőrendszeri szerv megfogalmazta aggodalmát arra vonatkozóan, hogy a gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltató nem ad a jogszabályban megadott visszajelzést a jelzőrendszer tagjai számára. A visszajelzés hiányában a jelzőszervnek nincs információja arról, hogy veszélyeztetettség esetében az általa tett jelzést követően történt-e intézkedés, és ha igen, milyen jellegű volt, és mi volt az eredménye (Lux, 2011; Rajzinger, Tóth és Zeller, 2010). Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a bántalmazás és az elhanyagolás látenciája igen magas, a jelzőrendszer nem elég érzékeny a problémákra, a sértett gyermek nem tudja, hová fordulhat segítségért, illetve a bántalmazott gyermek és családja nem kerül a gyermekvédelmi rendszer látókörébe. A potenciális jelzést tevők idegenkednek a családok

belügyeibe való beavatkozástól, nem kívánnak rendőrségi eljárásban részt venni, vagy egyszerűen nincsenek tisztában azzal, hogy hol kellene bejelentést tenniük (Babity, 2005).

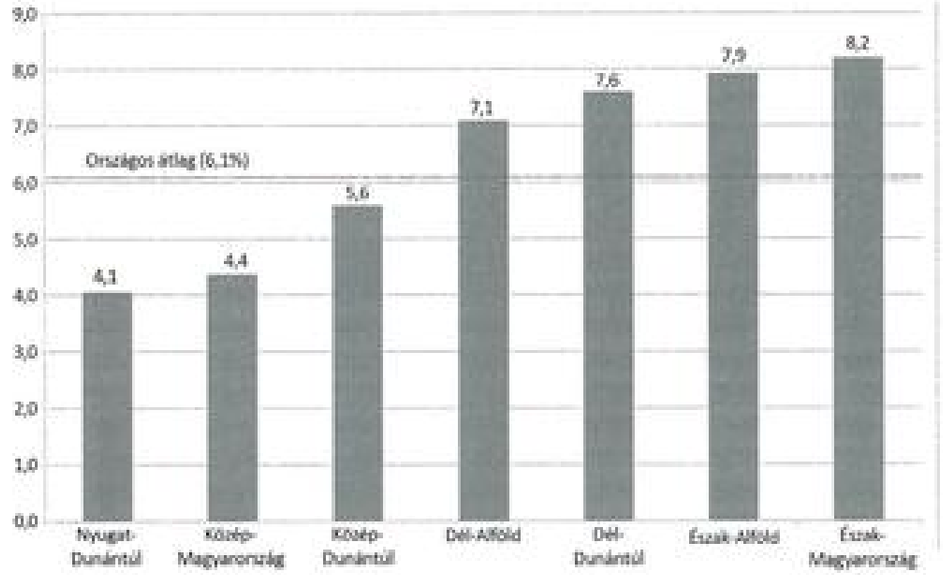
A gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltatók által észlelt veszélyeztetett kiskorúak száma 2015-ben összesen 135 890 volt, ezer lakosra 79,2 veszélyeztetett gyermek jutott. A legmagasabb átlagszám Észak-Magyarországra (112,1), illetve Dél-Dunántúlra (99,8) jellemző, míg a legkevesebb ezer lakosra jutó veszélyeztetett gyermeket Nyugat-Dunántúlon találjuk (56,1).[270] A megyei számadatok megoszlását tekintve Borsod-Abaúj-Zemplén megye (131,6), Hajdú-Bihar megye (125,2) és Baranya megye (123,9) kiugróan magas értékekkel rendelkezik. Legkisebb a veszélyeztetett gyermekek aránya Győr-Moson-Sopron megyében (42,6) (lásd *7–19. ábra*).



7–19. ábra: A gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltatók által észlelt, nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak ezer azonos korú lakosra jutó száma (fő), 2015. Forrás: KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015

2015-ben a gyermekjóléti szolgáltatást igénybe vett 0–2 éves korú gyermekek száma 14 032 fő, a 3–5 éveseké 19 131 fő volt. A 0–5 éves gyermekek az összes 18 év alatti ellátott egynegyedét teszik ki. A négy hátrányos helyzetű régióban magasabb a szolgáltatásba bevont 0–5 évesek aránya az országos átlagnál, Észak-Magyarországon legmagasabb ez a szám (8,2%), de jelentős különbség nincs a többi nehezebb helyzetű régióhoz képest (lásd *7–20. ábra*).

270 KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015.



7–20. ábra: A gyermekjóléti szolgáltatást igénybe vevő 0–5 éves gyermekek aránya a korcsoportos népességen belül, regionális bontásban (%), 2015. Forrás: KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015

Korábbi adatok szerint a leghátrányosabb helyzetű településeken a szociális, gyermekvédelmi alapszolgáltatások elérhetősége nem biztosított megfelelően. 2011-ben a települések kevesebb mint felébe nem jutott el családsegítő, gyermekjóléti szolgálat a települések kétötödében működött.[271] A szolgáltatói rendszer átalakításának következtében bekövetkező változásokról és az áralakítás hatásairól egyelőre nem áll rendelkezésre megfelelő minőségű információ.

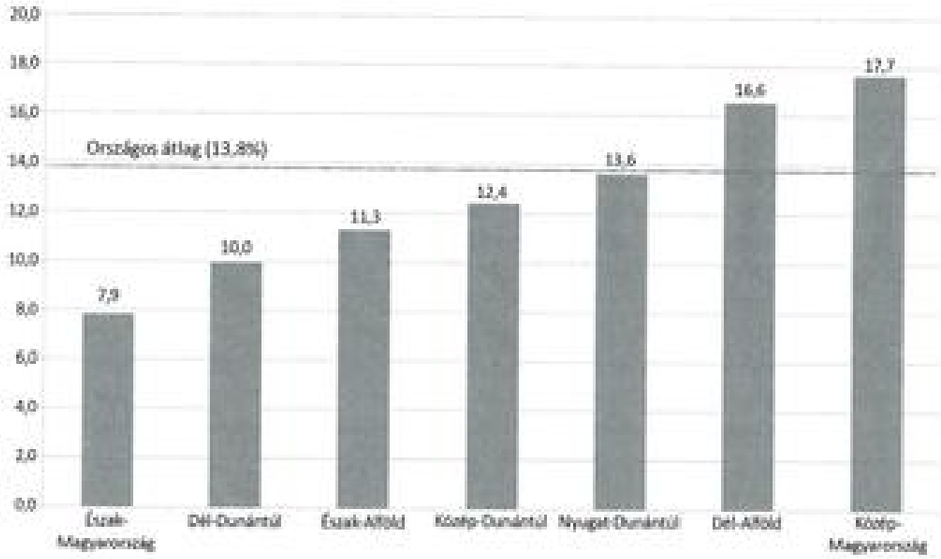
7.1.2.3 Bölcsődei ellátás

A családpolitikai elképzelések között a hosszú évek óta csökkenő tendenciájú gyermekvállalási kedv megfordítása érdekében több olyan intézkedés szerepel, amely hosszú távon, komplexen gondolkodik a családtámogatásról és az ehhez szükséges eszközökről. Ezek között megjelenik a család pénzbeli támogatása, a munka és a családi élet összeegyeztetésének támogatása, a lakhatás és a családbarát környezet megteremtése. A munka és a családi élet összeegyeztetése érdekében a családpolitikai intézkedések között szerepel a gyermekek napközbeni ellátásának biztosítása, illetve, az anyák hozzásegítése a munkahelyre való mielőbbi visszatéréshez. Az Európai Unióban részmunkaidővel segítik a gyermeket ellátó nők munkába való visszatérését. Magyarországon a részmunka-lehetőségek korlátozottsága – és értékrendi okok – miatt az érintett nők gyakran teljes mértékben kiszorulnak a munka világából. Hivatkozott adatok szerint az Európai Unióban a 15–64 éves női korosztály 19,3%-a dolgozik részmunkaidőben, hazánkban ez az arány 5,0%, közülük

271 Alapadatokat lásd: LHH-adatbázis.

a gyermek vagy gondozásra szoruló felnőtt ápolása miatt 100 nőből 5,3 fő részmunkaidős az Európai Unióban, míg nálunk csupán 0,5 fő (Szilas, 2015).

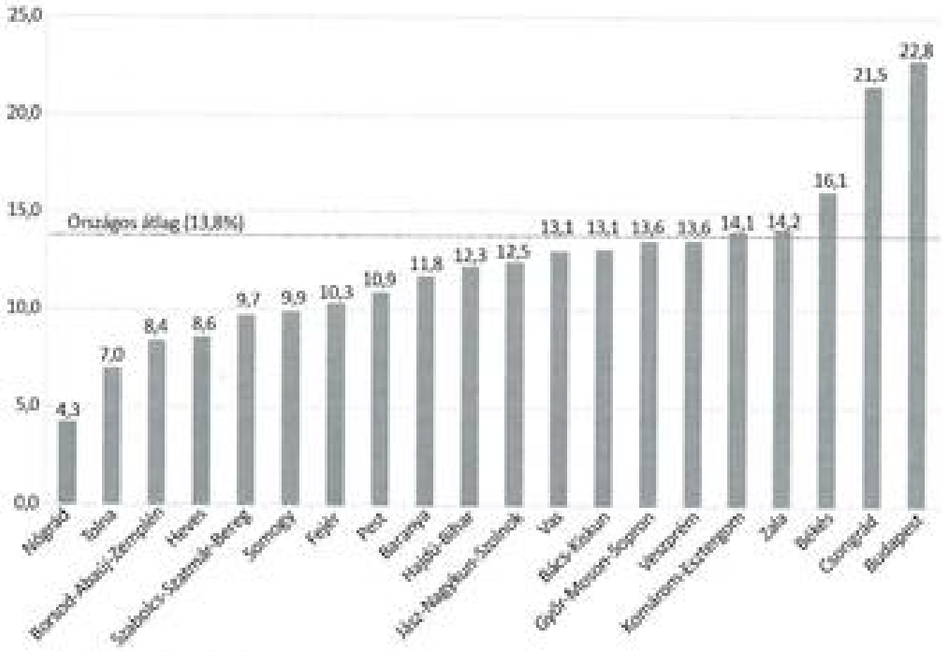
Hazánkban ugyanakkor a gyermekek napközbeni ellátását tekintve országosan hiány tapasztalható. A bölcsődei ellátás mértéke ugyan nagyjából két évtizedig erős csökkenést mutatott, de 2008 és 2015 között megfordult a folyamat, és a szociálpolitikai intézkedések hatására a működő bölcsődék száma 594-ről 749-re nőtt. A bölcsődéskorúaknak biztosított férőhelyek száma is másfélszeresére emelkedett, ami 2015-ben közel 40 000 férőhelyet jelentett. Míg 2008-ban a korcsoportos népesség 7%-a, addig 2015-ben közel 14%-a tudta igénybe venni a szolgáltatást.[272] Ez az arány még mindig alatta marad az Európai Tanács által kívánatosnak tartott 33%-os aránynak (Szilas, 2015). A bölcsődét igénybe vevők létszámadatait tekintve az intézményi ellátottságban regionálisan jól láthatóak a különbségek: Észak-Magyarországon a legkevésbé biztosított a bölcsődei ellátás (7,9%), de a vizsgált régiók közül csak a Dél-Alföldön és Közép-Magyarországon magasabb az átlaghoz képesti igénybevételi arány, nagyjából minden hatodik gyermeknek van helye a bölcsődékben (lásd 7-*21. ábra*). Más megközelítésben, Észak-Magyarországon az országos átlagot (12 fő) jóval meghaladó gyermekszám (20 fő) jut egy bölcsődei férőhelyre. A Dél-Dunántúlon 16 ez a szám, de máshol is meghaladja az átlagot, kivéve Közép-Magyarországot, ahol 9, és a Dél-Alföldet, ahol 10 az egy férőhelyre jutó gyermekszám.[273]



7–21. ábra: A bölcsődét igénybe vevő 0–4 éves gyermekek aránya a korcsoportos népességben, regionális bontásban (%), 2015. Forrás: KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015 és KSH-táblák (STADAT)

272 KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015.
273 KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015.

A megyék tekintetében nagy a szórás. Legrosszabb a helyzet az észak-magyarországi Nógrád megyében, ahol a korcsoportos gyermekek 4,3%-a tudja igénybe venni a bölcsődei szolgáltatást, de gyakorlatilag ebben a tekintetben a megyék több mint kétharmada alatta marad az átlagnak (13,8%), míg Budapesten és Csongrád megyében a bölcsődei férőhelyeket igénybe vevő gyermeklétszám a többi megyéhez képest kiugróan magas (nagyjából egyötödnyi), de még így sem éri el a kívánt arányt (lásd *7–22. ábra*). A legkedvezőtlenebb helyzetű Nógrád megyében gyakorlatilag 5 bölcsődei intézmény található, egy bölcsődei férőhelyre 38 gyermek jut, több mint háromszorosa a 12-es országos átlagnak. A szolgáltatáshoz való hozzáférés szempontjából legkedvezőbb helyzetű Budapesten és Csongrád megyében 7, illetve 8 gyermek jut egy férőhelyre.[274]



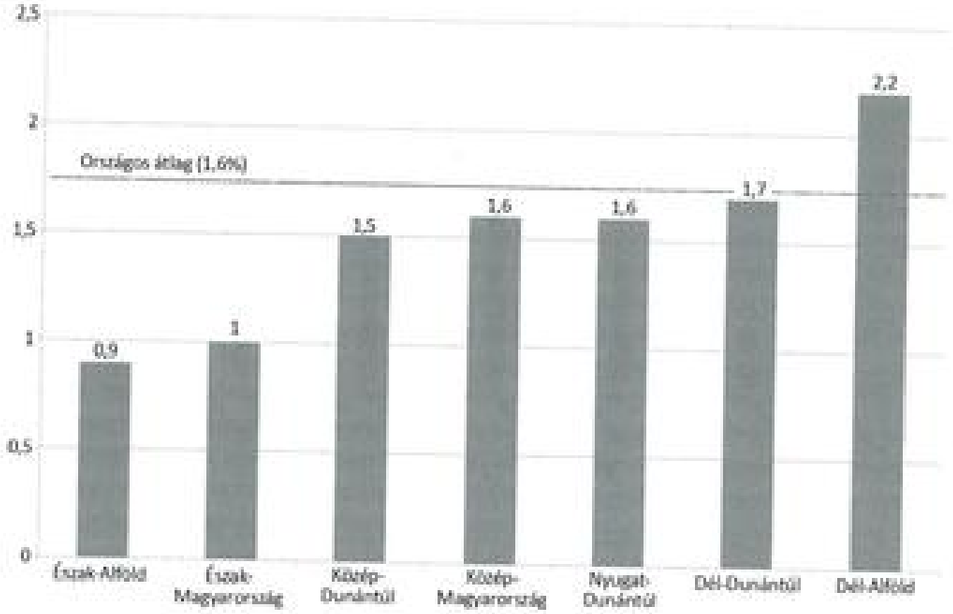
7–22. ábra: A bölcsődét igénybe vevő 0–4 éves gyermekek aránya a korcsoportos népességben, megyei bontásban (%), 2015.
Forrás: KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015 és KSH-táblák (STADAT)

A legfiatalabb korosztály nappali ellátásának gondjain alig enyhítenek a családi napközik és a házi gyermekfelügyeletek, amelyek országosan összesen 1%-kal emelik a korcsoportos népességen belül az ellátott gyermekek arányát,[275] bár kétségtelen, hogy az utóbbi öt évben

274 KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015.

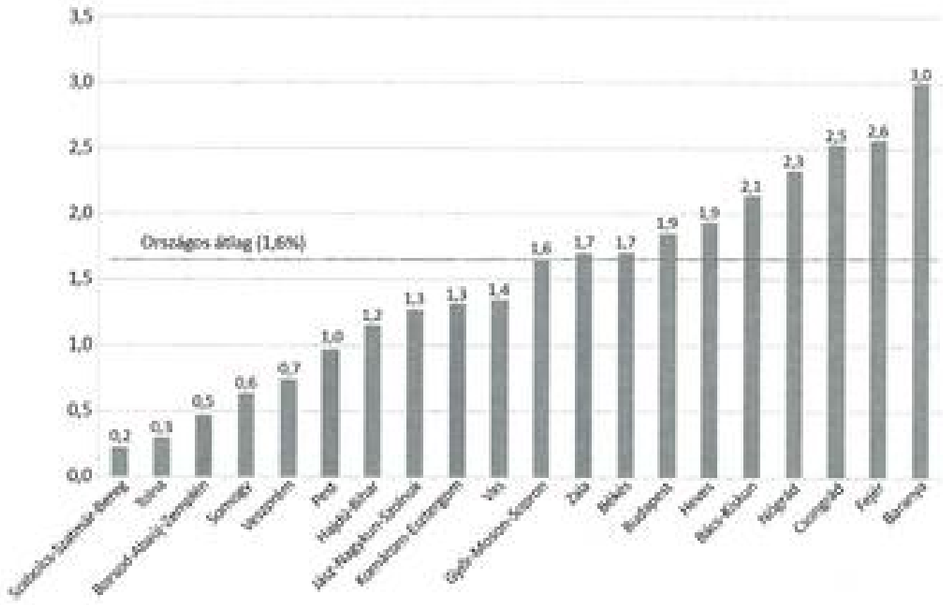
275 A KSH STADAT-táblái, illetve a Szociális Statisztikai Évkönyv alapján 2015-ben 7344 gyermeket írattak be családi napközibe, házi gyermekfelügyelet keretében pedig 120 gyermeket látnak el. Az összesen 7464 gyermekből 5286 fő volt bölcsődéskorú.

megugrott ez az arány, és ezt az emelkedést bizonyára a családi napközik működésének tudatosabb szabályozása, módszertani támogatása is segíti.



7–23. ábra: A bölcsődében ellátott, sajátos nevelési igényű gyermekek a bölcsődét igénybe vevő gyermekek arányában, regionális bontásban (%), 2015.
Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015 és KSH-táblák (STADAT)

Azokban a bölcsődékben, ahol vállalják a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátását, ott az érintett gyermekek hatéves korukig jogosultak bölcsődei ellátásra. (Bővebben lásd a *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezetet.) 2015-ös adatok alapján az országban a bölcsődét igénybe vevő 62 874 gyermek közül 1,9% volt sajátos nevelési igényű (a korábbi statisztikák még a fogyatékos szót használták). A régiók közül a Dél-Alföldön látnak el legmagasabb arányban sajátos nevelési igényű gyermekeket (2,2%). Ugyanakkor Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon, ahol különben is ellátási gondokkal küzdenek, a legalacsonyabb a bölcsődékben a sajátos nevelési igényű gyermekek aránya, a bölcsődei szolgáltatást igénybe vevő gyermeklétszám 0,9%-át, illetve 1%-át adják (lásd *7–23. ábra*). A Dél-Dunántúlon, Baranya megye intézményeiben ellátott sajátos nevelési igényű gyermekek az országos átlag nagyjából kétszeresét teszik ki (1,6%). Legalacsonyabb az arány Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (0,2%). (Lásd *7–24. ábra* a 196. oldalon.)



7–24. ábra: A bölcsődében ellátott sajátos nevelési igényű gyermekek a bölcsődét igénybe vevő gyermekek arányában, megyei bontásban (%), 2015.
Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv. 2015 és KSH-táblák (STADAT)

A bölcsődehálózat fejlesztése érdekében a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság kezdeményezésére 2017-től az önkormányzati intézmények mellett már mini, munkahelyi, valamint családi bölcsődék is működnek. A mini bölcsődét akár egy óvodán belül is kialakíthatják, ami után az önkormányzat ugyanolyan mértékű támogatást kap, mint a bölcsőde esetén. Családi bölcsődét egy szülő is létrehozhat a saját otthonában úgy, hogy több gyermek felügyeletét vállalja. A munkáltatók a munkahelyvédelmi akció keretében már évek óta adókedvezményt kapnak a kismamák foglalkoztatásakor, a munkahelyi bölcsődék működtetése esetén is hasonló módon részesülhetnek adókedvezményben. Ugyanakkor a bölcsődei kisgyermeknevelők helyzetét is javítani kívánják. Ennek érdekében 2016. január elsejétől az ilyen munkát ellátó, felsőfokú végzettségű nevelőket is bevonták a pedagógus-előmeneteli rendszerbe.

7.1.2.4 Biztos Kezdet Gyerekházak

A kora gyermekkori esélyteremtésben kulcsfontosságú Biztos Kezdet Gyerekházak hosszú fejlesztési folyamat részeként jöttek létre, elsősorban az Európai Unió és a Norvég Alap által társfinanszírozott projektek keretében. A *Gyerekesély projekt* 2008-ban indult el két fő programmal: egy átfogó, gyermekszegénység elleni, komplex kistérségi programmal,

illetve a Biztos Kezdet Programmal[276], amely a korai gyermekéveket állítja középpontjába, és amelynek keretében a Gyerekházak megkezdték működésüket.

A Biztos Kezdet Program a hátrányos helyzetű térségekben, falvakban, a városi lakónegyedekben, lakótelepeken élő, kisgyermeket nevelő családok komplex támogatását kezdeményezte a gyermekszegénység egészségügyi, szociális és káros mentális következményeinek megelőzése, valamint a kisgyermekek életkori szükségleteinek megfelelő egyenlő ellátása, gondozása céljából (Herczog, 2008a). Alapgondolata, hogy a társadalmi kirekesztődés megelőzésének kulcsa a kora gyermekkori (0–5 éves korban történő) integrált, komplex fejlesztés a család és a tágabb környezet aktív részvételével. Négy stratégiai cél mentén fogalmazódott meg az elképzelés: a gyermek optimális fejlődésének elősegítése, a szülőkkel való jó kapcsolat kialakítása, a helyi közösség és a szakemberekkel való együttműködés megerősítése (Szilvási, 2010). A céloknak megfelelően a gyermekek közvetlen fejlesztésén túl fontos törekvés volt, hogy a szülőket segítsék hozzá az önálló(bb) szülői, családi életvezetési készségek elsajátításához. Ennek érdekében minden egyes program a szülőkkel és gyermekekkel közösen történik, aminek köszönhetően a jelen lévő anyák, apák maguk is könnyebben fejlődhetnek a harmonikus családi élethez nélkülözhetetlen helyzetek kezelésében – a teljesség igénye nélkül: például a gyermekkel történő játék, egészséges ételek készítése, személyes higiéné stb. területén. Mindemellett a Biztos Kezdet Gyerekházak munkatársai kötelezően együttműködnek mindazokkal az intézményekkel, szervezetekkel és szakemberekkel, amelyek/akik az érintett koroszállyal kapcsolatban állnak. Kiemelten fontos partnerek a helyi védőnői, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálat munkatársai, az óvodák, óvónők, valamint azok a helyben, illetve a térségben (megyében, régióban) dolgozó szakemberek, akik a gyermekek fejlesztését, vizsgálatát, szűrését, kezelését végzik, vagy a családok támogatásában részt vesznek (részletesebben lásd: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, 2013). A program törekszik arra, hogy az eltérő fejlődésű (fogyatékos) gyermekek számára biztosítsa a szükséges fejlesztést, terápiás ellátást vagy az ehhez való hozzáférést.

2013 elejétől a Biztos Kezdet Gyerekházak működési feltételei – mint gyermekjóléti alapellátás – jogszabályi szintre emelkedtek, beillesztésre kerültek a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvénybe, majd a szakmai szabályok bekerültek a 15/1998. NM rendeletbe (lásd a *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezetet). 2014. január 1-jétől a Biztos Kezdet Gyerekházak működési finanszírozását már a központi állami költségvetés biztosítja (Koscsóné Kolkopf, 2015). 2009–2015 között országosan összesen 114 gyerekház nyitotta meg kapuit. 2013-ban 1033 0–2 éves és 408 3–5 éves gyermek részesült rendszeres gondozásban a gyerekházakban.[277] Személyes közlés szerint 2014 végéig közel 11 ezren keresték fel ezeket az intézményeket. Nyugat-Dunántúl kivételével minden régióban találunk gyerekházat. 2015 második felében

276 A Biztos Kezdet Program az Egyesült Királyságban az 1990-es évek végén induló „Sure Start" program adaptációjának mondható, felhasználva az egyéb nemzetközi tapasztalatokat, amelyeket a gyermekszegénység újratermelődésének megakadályozására tett intézkedések hatására nyertek a fejlődő országokban (Szilvási, 2010).

277 Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015.

Észak-Magyarországon volt a legtöbb Biztos Kezdet Gyerekház (44), magas számban alakultak még az Észak-Alföldön (34), a legkevesebb a Közép-Dunántúlon található (3). Ugyanebben az évben a gyerekházak rendszeres gondozásában részesülő gyermekek száma 2463 és a gondozott családok száma 2211 volt. A gyermekek közül 1832 0–2 éves és 631 3–5 éves részesült rendszeres gondozásban.

7.1.3 A köznevelés területe

7.1.3.1 Óvodák

A települések több mint 70%-ában található óvoda. A 2015–2016-os tanévre[278] vonatkozó adatok szerint a feladatellátási helyek száma 4564, óvodai nevelésben 321 012 gyermek, a korcsoportos népesség 87%-a részesül. Az óvodások száma az előző évhez képest közel 500 fővel kevesebb, gyakorlatilag a megfelelő korú (3–6 éves) óvodás népesség számának a csökkenését követte. Az óvodáskorúak száma 1,9%-kal, az óvodások száma 0,1%-kal csökkent az előző évhez képest.[279] Egy feladatellátási helyre országosan 70 beiratkozott gyermek jut, ettől sokkal magasabb a szám Közép-Magyarországon (91), ezen belül is Budapesten (92) és Pest megyében (90), de az Észak-Alföld régió mutatója is relatíve magas (73), amelyet erőteljesen emel Hajdú-Bihar megye ellátotti helyre jutó gyerekszáma (87). Legalacsonyabb a mutató Dél-Dunántúlon (54) és Észak-Magyarországon (59), a megyék tekintetében pedig Nógrád (43) és Somogy megyében (47). Egy óvodai csoportra az előző tanévekhez hasonlóan 22 gyermek jut. Az óvodások számának csökkenése az óvodapedagógusok létszámának kismértékű (mintegy 250 fős) növekedésével társul – ezzel létszámuk meghaladja a 31 ezer főt, ebből adódóan az egy pedagógusra jutó gyermeklétszám 10,2 főre javult.[280]

Az óvodák kapacitását jól tükrözi a férőhely-kihasználtsági mutató, ami az óvodába beíratott gyermekek száma az óvodák férőhelyeinek százalékában. E mutató alapján 85%-os az óvodaiférőhely-kihasználtság. A KSH adatai szerint többéves összehasonlításban elmondható, hogy országos szinten nő a férőhelyek kihasználatlansága (Központi Statisztikai Hivatal, 2015). Ugyanakkor helyi, települési szinten sok esetben férőhelyhiány jelentkezik. A területi különbségeket tekintve a férőhelyek kihasználtsága Közép-Magyarországon a legjobb (87,6%), ezen belül Budapesten a legmagasabb (87,6%), míg Dél-Dunántúlon a legalacsonyabb (80,6%), ám ha a megyéket tekintjük, Somogy és Nógrád megye az, ahol a többi megyéhez képest a legkevésbé kihasználtak a fenntartott óvodai férőhelyek (77,4%). Az óvodabővítési program keretében az önkormányzatok uniós és hazai forrásokra is pályázhatnak az óvodai férőhelyek számának bővítése és a férőhelyhiány megszüntetése céljából, amelyre a 3 éves kortól kötelezővé váló óvodai nevelés miatt növekvő igény jelentkezhet.

278 Adatok forrása: KSH Tájékoztatási adatbázis.
279 Köznevelési Statisztikai Évkönyv, 2015/2016.
280 KSH Tájékoztatási adatbázis alapján számolt.

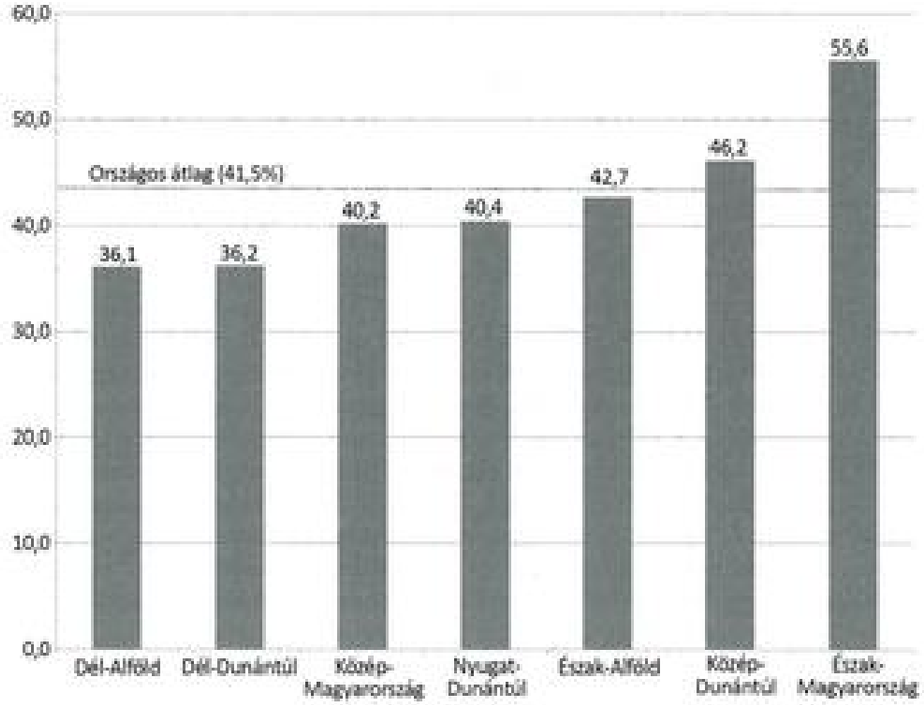
A sajátos nevelési igényű (SNI) óvodás gyermekek száma a 2015 októberében leadott statisztikai adatok alapján a 2015/2016-os tanévben az előző tanévhez képest 0,2 százalékpontos növekedéssel, 8052 főre emelkedett, többségük (81%) integrált nevelésben részesül.[281] Ugyanakkor még mindig magas arányban azonosíthatóak azok a gyermekek, akiknek iskolába lépésük előtt nem derült ki a sajátos nevelési igényük.

A köznevelési statisztika alapján összevetettük a 2015-ben integráltan és gyógypedagógiai tanterv szerint nevelt óvodai csoportokba járó nagycsoportos és a 2016 szeptemberében első osztályba került SNI gyermekek létszámát. 2015-ben nagyjából 2700 nagycsoportos korú, sajátos nevelési igényű óvodás gyermek vett részt az integrált nevelésben (1366 SNI nagycsoportos óvodás és kb. 1400 vegyes óvodai csoportba járó utolsó éves). Ugyanebben az évben a gyógypedagógiai intézmények utolsó óvodai évfolyamán 568 gyermeket találtunk (130 nagycsoportos, az 1269 vegyes csoportos durván egyharmada, azaz 434 gyermek). Tehát összesen kb. 3334 SNI gyermek töltötte utolsó óvodai évét nevelési intézményben. 2016-ban ellenben az első osztályokban 3615 integráltan, illetve 2058 gyógypedagógiai intézményben oktatott sajátos nevelési igényű gyermek tanult. Végeredményben az 5673 SNI gyermekből 2339 újonnan került a sajátos nevelési igényű kategóriába, azaz *az első osztályos sajátos nevelési igényű gyermekek 41%-áról nem tudjuk pontosan, mi történt velük az iskolába lépésig.*[282] Hozzá kell tennünk azonban: nincs tudomásunk arról, hogy hány gyermek kapott ellátást úgy az egészségügy rendszerében, hogy a beiskolázásig nem jutott el a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága elé, valamint azoknál a magánellátóknál megjelenő gyermekekről sem tudunk, akik a bizottságok szakértői véleménye nélkül végzik tevékenységüket.

Ugyancsak figyelembe kell venni azt a tényt, hogy vannak olyan fogyatékosságtípusok, amelyek a beiskolázáskor válnak nyilvánvalóvá, amikor a strukturált és formális oktatási helyzetekkel és tantervalapú követelményrendszerrel szembesül a gyermek. Az enyhe értelmi fogyatékosságot például leggyakrabban 6 és 18 év között állapítják meg, a prevalenciája az iskolai évek során fokozatosan emelkedik, 14-15. évnél eléri a maximumát, majd csökkenő tendenciát mutat (Csákvári és Mészáros, 2012).

Ugyanakkor a területi különbségek azt mutatják, hogy a leghátrányosabb helyzetű régiók egyike, Észak-Magyarország az, ahol a gyermekek több mint feléről csak az iskolába lépéskor derül ki a fejlődésükben megmutatkozó eltérés vagy zavar. A korai felismerés a Dél-Alföldön és a Dél-Dunántúlon tűnik a legeredményesebbnek, ezekben a régiókban a legalacsonyabb azoknak a gyermekeknek az aránya, akiknek a fejlődésében megmutatkozó súlyosabb eltéréseket iskoláskorukig nem ismerték fel (36-36%) (lásd *7–25. ábra*).

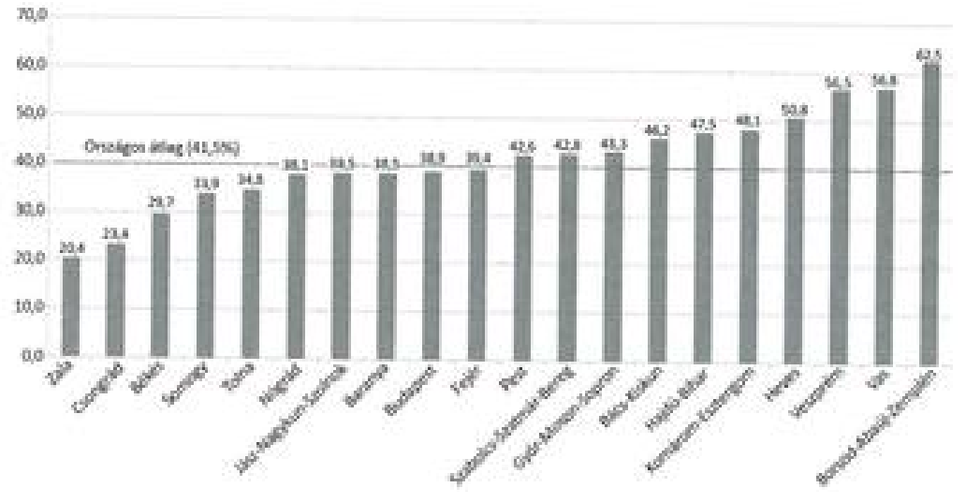
281 Köznevelési Statisztikai Évkönyv, 2015/2016 alapján.
282 Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017.



7–25. ábra: Az iskola első osztályában újonnan sajátos nevelési igényűvé nyilvánított gyermekek aránya regionális bontásban (%), 2015/2016.
Forrás: Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017

A megyék közül Borsod-Abaúj-Zemplén megye az, ahol a legmagasabb, több mint 60% az első osztályban újonnan sajátos nevelési igényűvé nyilvánított gyermek, de Vas, Veszprém és Heves megyében is az érintett gyermekeknek több mint a fele az első osztályban kapta meg ezt a minősítést. Ugyanakkor Zala megyében a legkisebb arányban vannak azok (az elsős sajátos nevelési igényű gyermekeknek egyötöde), akiknek az iskolába lépés előtt még nem ismerték fel a problémáját, vagy az nem vált nyilvánvalóvá, így nem kaptak a köznevelés területén sajátos nevelési igényük okán ellátást (lásd *7–26. ábra*).

Az a probléma, amelyet a korábban gyermekvédelmi feladatok ellátásával megbízott gyermekvédelmi felelősök rendszerből való kikerülése okozott, rendeződni látszik. A 326/2013. (VIII. 30.) Kormányrendelet alapján a finanszírozott nevelő-oktató munkát közvetlenül segítő munkakörök közé bekerült a szociális munkás, illetve a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős munkakör, a már meglévő, finanszírozott szabadidő-szervező munkakör helyett, azonos feltételek mellett választhatóak ezek a munkakörök [326/2013. (VIII. 30.) Kormányrendelet a pedagógusok előmeneteli rendszeréről és a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény köznevelési intézményekben történő végrehajtásáról, 4. melléklet].

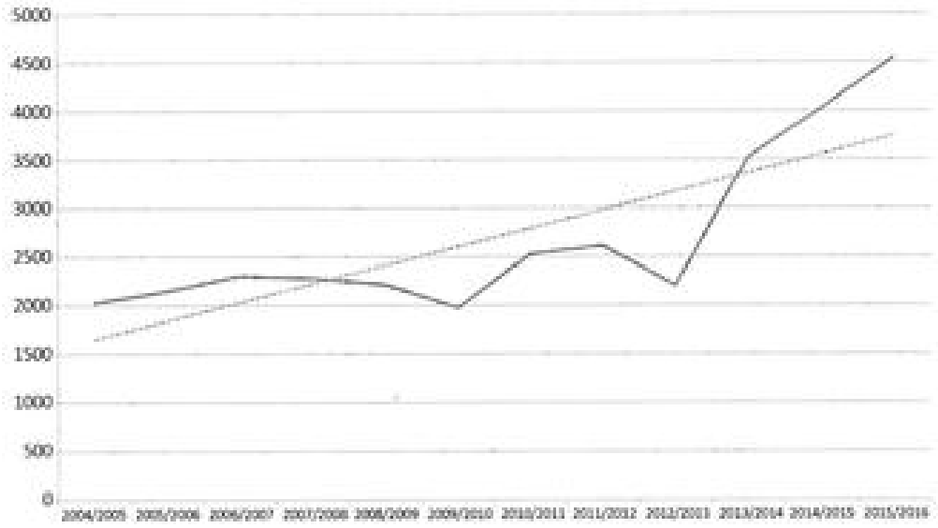


7–26. ábra: Az iskola első osztályában újonnan sajátos nevelési igényűvé nyilvánított gyermekek aránya megyei bontásban (%), 2015/2016.
Forrás: Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017

7.1.3.2 Pedagógiai szakszolgálat

A pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai a 2015–16-os évben összesen 39 526 fő 0–7 éves életkorú gyermeket vizsgáltak, ezeknek a vizsgálatoknak a 41%-a zajlott a megyei és országos szakértői bizottságnál. A többi gyermeket az akkori tankerületi szakértői bizottságok vizsgálták, ezek a gyermekek a 3–7 éves korúak közül kerültek ki. Ugyanebben az évben 4524 gyermek vett részt gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozásban, ez a korcsoportos (0–5 éves) népesség 0,8%-át teszi ki. A korai fejlesztésben ellátott gyerekek kétharmada 3 év alatti. Az eltelt tíz évben az első vizsgált 2004/2005-ös tanévhez képest a szakértői bizottságokon keresztül a korai fejlesztésbe bekerült, 0–5 éves gyermekek száma 2015/2016-ra jóval több, mint kétszeresére emelkedett (lásd *7–27. ábra*).

Korábban történtek becslések arra vonatkozóan, hogy hány 0–6 éves gyermek igényel korai intervenciós ellátást, és nagyjából mennyien kapják meg azt. 2008-ban a kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer feltérképezését végző kutatás alsó becsléssel közelítve mintegy 9-10 ezerre tette az ellátást igénylő 0–6 évesek számát, és közülük kb. 5-6 ezerre azokét, akik a különböző ágazati irányítású intézményekben ellátásban részesülnek (Kereki és Lannert, 2009a). (A vizsgálat évében a KIR-STAT szerint a korai fejlesztésben részt vett 0–5 éves gyermekek létszáma 2278 volt.)



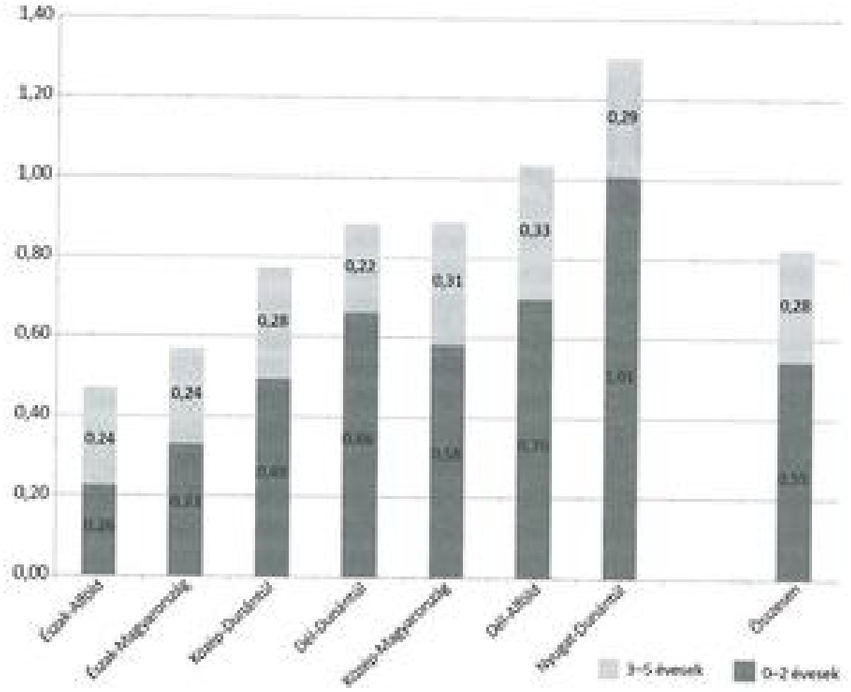
7–27. ábra: Korai fejlesztésben ellátott 0–5 éves gyermekek száma (fő), 2004/2005–2015/2016 között. Forrás: KIR – Hivatalos Intézménytörzs, STAT 2010–2014 –, 2015. 07. 29. és Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2015/2016, 2016/2017

A 2010-ben végzett regionális kutatás ugyan nem vállalkozott újabb becslésre az ellátásra szoruló gyermekek létszámát illetően, azonban egzakt módon felmérte az alacsony születési súlyuk, sérült vagy rendellenes állapotuk következtében a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban ellátott gyermekek körét. Megállapította, hogy az évente átlagosan 6000 különleges ellátást igénylő, ab ovo rizikóbabának tekintett újszülött több mint egyharmada esetében fordul elő olyan súlyos szövődményállapot vagy kockázati tényező, amely nagyon nagy valószínűséggel súlyos, tartós károsodások kialakulásához vezet, és amelyek további kezelése mindenképpen hosszabb idejű korai fejlesztést, terápiás ellátást igényel. Mivel arról nem voltak adatok, hogy hány gyermeket láttak el a II. szintű intenzív neonatológiai osztályokon, és mennyien voltak, akikről az újszülöttosztályokon, illetve otthon derült ki, hogy valami problémájuk van, ezért az ellátást igénylők létszámáról csak annyi mondható el, hogy öt évre vetítve *minimum átlagosan 11 ezer gyermeknek kellett volna ellátást kapnia az ellátórendszerben*, ugyanakkor konzervatív becslés szerint összességében kb. *8 ezerre volt tehető* azoknak a gyermekeknek a száma, akik a vizsgált időszakban egészségügyi, pedagógiai, szociális intézményekben kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesültek (Kereki, 2011). Ugyanebben az évben a szakértői bizottságokon keresztül az eddigi legalacsonyabb létszám, 1974 0–5 éves gyermek vett részt korai fejlesztésben.

Egy 2013-ban zajlott vizsgálat, amely elsősorban szülői attitűdfelmérésre irányult, de védőnői és szülői adatokat tudott összekapcsolni a gyermekek esetében, becslést végzett arra vonatkozóan, hogy a 0–6 éves korosztály körében hány gyermek esetében fogalmazódik meg fejlődési elmaradás a testi, a mozgás-, a beszéd- és az értelmi fejlődés területén.

A vizsgálat eredménye szerint a legalább egy fejlődési területen fejlődésükben elmaradók aránya a korcsoportos népesség 17%-át teszi ki (662 ezerből 115 ezer gyermek). Azoknak a gyermekeknek a száma pedig, akik az összes vizsgált fejlődési területen elmaradást mutatnak: 8 928, az érintett gyermeknépesség 1,3%-a (Bánfai és mtsai, 2014). Ugyanakkor, ha ez utóbbi adattal összevetjük a 2013-as korai fejlesztésben és fejlesztő nevelésben részt vett 0–6 éves gyermekek létszámadatait (3760 fő), akkor megállapítható, hogy a fejlődésükben súlyosabb elmaradást mutatók valamivel több mint 40%-a vesz részt korai fejlesztésben, illetve fejlesztő nevelésben.[283]

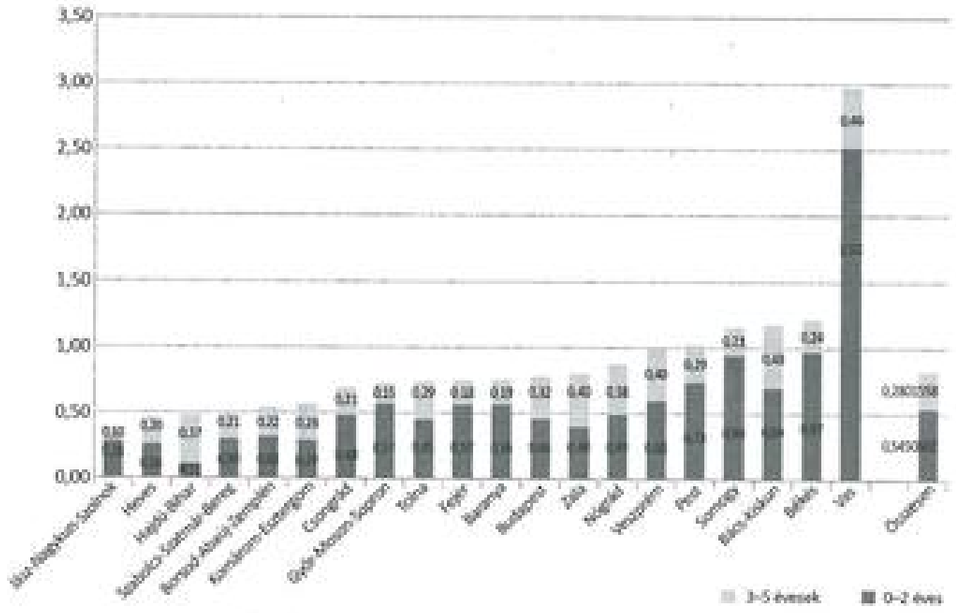
Regionális és megyei bontásban megnézve a pedagógiai szakszolgálatok keretében korai fejlesztésben részt vett gyermekek számát, markáns kép rajzolódik ki. Észak-Alföld és Észak-Magyarország az, ahol az átlagosnál jóval kisebb a 0–5 évesek között a korai fejlesztésben részt vevők aránya (0,5% és 0,6%), míg Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb (1,3%). A korai fejlesztésben részt vett gyermekek korösszetételét tekintve, a legalacsonyabb életkorú gyermekek vonatkozásában gyakorlatilag nagyon hasonló a sorrend, az említett két északkeleti, hátrányos helyzetű régióban a legalacsonyabb a bekerülők között a 3 év alattiak aránya (0,2%-0,3%), míg Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb (1%). (Lásd *7–28. ábra.*)



7–28. ábra: Korai fejlesztésben részt vevő gyermekek korösszetétele a 0–5 éves korcsoportos népesség arányában, regionális bontásban (%), 2015/2016. Forrás: Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017

283 KIR – Hivatalos Intézménytörzs, STAT 2010–2014 – 2015. 07. 29.

A megyék közül Vas megyében kiugróan magas arányban látnak el korai fejlesztésben gyermekeket (2,98%), ezen belül is a 0–2 éves ellátottak aránya jóval magasabb (2,52%), mint más megyékben. A legfiatalabb gyermekcsoport ellátását tekintve Békés megyében van még magasabb ellátotti arány (0,97%). Legkevesebb korai fejlesztésben részesülő gyermeket Jász-Nagykun-Szolnok megyében találunk (0,38%). A fejlesztett 0–2 évesek aránya Hajdú-Bihar megyében a legalacsonyabb (0,11%). (Lásd *7–29. ábra.*)



7–29. ábra: Korai fejlesztésben részt vevő gyermekek korösszetétele a 0–5 éves korcsoportos népesség arányában, megyei bontásban (%), 2015/2016. Forrás: Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017

Korábbi kutatási eredmények szerint a hátrányos helyzetű régiókban az ellátott gyermekek aránya sokkal alacsonyabb volt, mint a fejlettebb régiókban. Különösen Észak-Magyarország mutatott nagy hiányokat az ellátás terén, a védőnők szerint itt a rászoruló gyermekek 60%-a ellátatlan marad (Kereki és Lannert, 2009a). Valószínűsíthető, hogy a hátrányos helyzetből fakadó, kumulálódó akadályozó tényezők, a szegénység, a közlekedési nehézségek, az alapellátáshoz és a speciális ellátáshoz való hozzáférés nehézségei vagy akár a probléma felismerésében való járatlanság mind annak esélyét növelik, hogy ezekről a területekről kevésbé kerülnek be a rászoruló gyermekek az ellátórendszerbe.

A pedagógiai szakszolgálat keretei között az óvodáskor előtti gyermekeket (is) ellátó tevékenységek között a korai fejlesztésen kívül ott találjuk többek között a nevelési tanácsadást, a konduktív pedagógiai ellátást és a logopédiai szolgáltatást. A 2015/2016-os évre

és az azt megelőző évre nem áll rendelkezésre adat a nevelési tanácsadásban ellátott gyermekek korcsoportos megoszlásáról. A legutolsó bontott adatok a 2013/2014-es tanévre vonatkoznak, amikor is nevelési tanácsadásban 69 263-an vettek részt a 0–7 éves (még nem iskolás) korosztályból, ebből 1831 volt a 0–3 éves életkorú gyermek, akik a korcsoportos népesség 0,5%-át tették ki.[284] Konduktív pedagógiai ellátásban 1193 gyermek vett részt, ezeknek a gyermekeknek a 85%-a tartozott a legfiatalabb, 0–3 éves korosztályhoz. Ezenkívül a logopédiai szolgáltatás az, amely elvileg 0 éves kortól lát el gyermekeket, ám a statisztika ebből a szempontból nem életkorcsoportonként tartja nyilván az iskoláskor előtt ellátott gyermekeket, hanem óvodába járó, illetve óvodába nem járó gyermekcsoportra osztja őket. Az első kategóriában 51 116 gyermeket láttak el. Az óvodába nem járók közül 3649-en kaptak logopédiai ellátást, azt viszont, hogy ebből hányan vannak a 0–3 éves gyermekek, nem tudjuk pontosan. Ezért az óvodáskor előtt ellátott korosztály ellátásáról a hivatalos statisztika alapján átfogó képet nem tudunk adni. A rendelkezésre álló adatok szerint mindenesetre a 2015/2016-os tanévben a 3 évesnél fiatalabb gyermekek legalább 1,6%-a (4014 fő) a pedagógiai szakszolgálat érintett tevékenységei keretében ellátást kapott.[285]

A pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei körében hiányként azonosíthatóak azok a jelentős preventív szereppel rendelkező ellátási formák, amelyek a legkorábbi időszakra fókuszálva a korai lelki egészség támogatását szolgálják. Így a szülés-születés időszakát a fogantatástól a következő nemzedék megszületéséig transzgenerációs folyamatként felfogó, és az egészséges élettani folyamatok elakadásait kezelő perinatológiai szaktanácsadó tevékenység (Varga, Andrek és Herczog, 2011) kevéssé ismert terület még. Mint ahogy a csecsemő- és kisgyermekkori érzelmi- és viselkedésszabályozás terén jelentkező problémák felismerésével, kapcsolati diagnosztikájával, a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációval foglalkozó *csecsemő-szülő kapcsolati konzulens* (Hámori E., 2010), illetve a szülő-csecsemő konzultációt/terápiát alkalmazó *integrált szülő-csecsemő konzulens* tevékenységek (Prónay és mtsai, 2015; Németh T., 2010) is keresik a helyüket a rendszerben.

Szakemberlétszám

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben megközelítőleg ötezer szakember dolgozik, a jogszabály szerint előírt létszám ennél körülbelül 1300 fővel több (KIR-STAT, 2016). A terület súlyos szakemberhiánnyal küzd, amely orvosolható új szakképzettséget vagy speciális tudást adó képzések nyújtásával. Ezekben az intézményekben alapvetően más ágazat szakmai irányítása alatt álló szakképzettségű szakemberek (például szakorvos, klinikai szakpszichológus) is megjelennek, akik esetében nem a köznevelési, hanem az egészségügyi továbbképzési paletta nyújt piacképes képzéseket.

284 KIR – Hivatalos Intézménytörzs, STAT2010–2014 – 2015. 07. 29.
285 Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017 adatai alapján.

7.2 AZ INTÉZMÉNYRENDSZER SZEREPLŐI KÖZÖTTI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK ÉS TOVÁBBKÜLDÉSI UTAK

7.2.1 Korábbi tapasztalatok

A gyermek és családja ellátásba kerülésének, a megfelelő, szükségletalapú szolgáltatásokhoz való hozzájutásának az egyik legfontosabb feltétele az eltérő ágazati irányítású intézmények különböző szakterületeit képviselő szakembereinek együttműködése, rendszeres kommunikációja, a rendszerszereplők (köztük a szülők) közti folyamatos információáramlás biztosítása. Mindez egy koordinált szolgáltatásnyújtás keretében tud leginkább működni. Ugyanakkor a területen jellemzően az együttműködések, kapcsolódások jelenlétének hiánya vagy hiányosságai azonosíthatóak. A különböző intézményeken belüli, az ágazatokon belüli intézmények közötti, illetve az ágazatok közötti együttműködésekről korábbi vizsgálatok már beszámoltak (Kereki és Lannert, 2009a; Kereki, 2009, 2010b, 2011, 2013).

Az egyes ágazaton belüli együttműködési anomáliák markáns példája az egészségügyi alapellátók közti kapcsolattartási nehézség. 1993 előtt a védőnők a házi gyermekorvossal/háziorvossal közösen látták el a körzeteket. A szabad orvosválasztással megszűnt ez a fajta szoros együttműködés. A védőnők a védőnői tanácsadóban önállóan működnek, de megmaradt a házi gyermekorvos/háziorvos felé a jelzési kötelezettségük, amelyet jogszabály ír elő. A szabályozás ellenére a kapcsolattartás mégsem működik optimálisan, kifejezetten nehézkesnek mondható. Egy 2010-ben végzett vizsgálat eredményei alapján egy védőnői körzetre átlagosan 11 házi gyermekorvosi/háziorvosi kapcsolat jut, szélsőséges esetben a védőnőnek 40 alapellátó orvossal kell kapcsolatot tartania (Odor, 2011). Az alapellátás másik szereplőjének szemszögéből hasonlóan elmondható, hogy a házi gyermekorvosok esetében igen jelentős a területi ellátási kötelezettségen kívüli bejelentkezettek száma (közel 30%), ami megnehezíti a védőnővel való kapcsolattartást, mivel az ilyen ellátottak esetében 10-12 védőnővel kell együttműködni (Kósa és mtsai, 2014). Az orvos elérhetőségei 80%-ban teljes körűen ismertek a védőnő számára. 2011-ben a védőnői körzetekben a közösen ellátott gyermekekkel kapcsolatban az esetek 47%-ában volt a házi gyermekorvosokkal/háziorvosokkal valamilyen jellegű személyes együttműködés (szóban vagy írásban), az esetek valamivel több mint felében pedig egyáltalán nem volt kapcsolatfelvétel. A nem elégséges minősítésű kapcsolatokban ellátott, 0–6 éves korú, illetve 7–18 éves otthon gondozott (iskolába nem járó) gyermekek számát 137 735 főben jelölték meg a védőnők (Odor, 2011). Ez a szám a nyilvántartott alapsokaságnak nagyjából az egyötöde. Ugyanakkor a 2013-ban végzett egészségügyi alapellátás szakembereinek időmérleg-vizsgálata azt mutatta, hogy a 0–7 éves gyermekek eltérő fejlődési problémáival kapcsolatban a vegyes praxisú háziorvosok kiemelkedően magas arányban konzultálnak a védőnővel (92,9%), és közülük csupán 10,7% konzultál másik háziorvossal az adott problémáról. A házi gyermekorvosoknál is hasonló a tendencia, a jelzett gyermekek esetében gyakori a konzultáció a védőnővel (84%), viszont más házi gyermekorvossal/háziorvossal 20% alatti (Kósa és mtsai, 2014).

Saját ágazaton belül az egészségügyi alapellátóknak az egészségügyi szakellátó orvosokkal való kapcsolattartása az érintett gyermekcsoportot tekintve a szakemberek időmérleg-vizsgálata alapján viszonylag jónak mondható. A házi gyermekorvosok 84%-a, a vegyes praxisú háziorvosok nagyjából 80%-a konzultál a szakellátás szakorvosaival. Ugyanebben a relációban a védőnők 39%-a cserél szakmai információt, de összességében 71%-ukra jellemző, hogy egészségügyi intézmények szakembereivel kapcsolatot tart (Kósa és mtsai, 2014).

A köznevelés és a szociális, gyermekvédelmi területen megnyilvánuló belső kapcsolati, együttműködési, visszacsatolási problémákat korábbi kutatások már azonosították (Kereki, 2012b, 2013). Az igazi kihívást azonban a különböző ágazati irányítású intézményes szereplők közötti együttműködési hiányok jelentik. Az egészségügyi alapellátás más ágazatok felé való nyitása leginkább a gyermekjóléti szolgálattal való kapcsolattartásban nyilvánul meg. A 2013-as időmérleg-vizsgálat szerint a védőnők 96%-a, a vegyes praxisú háziorvosok kétharmada, a házi gyermekorvosok 62%-a jelezte, hogy kapcsolatot tart a gyermekjóléti alapellátást végző intézmény szakembereivel (Kósa és mtsai, 2014). Ezeket az adatokat árnyalja az egészségügyi alapellátó szakemberek körében ugyancsak 2013-ban végzett attitűdvizsgálat, amely a felvételt megelőző évben való kapcsolatfelvételre kérdezett rá. Ebből az derült ki, hogy a vizsgálatot megelőző egy évben a szakemberek (védőnők, házi gyermekorvosok/háziorvosok) kevesebb mint felének volt munkakapcsolata a gyermekjóléti szolgálat szociális munkásával, illetve családgondozójával, és a vele folytatott kommunikációt a válaszadók egyötöde ítélte csak teljesen megfelelőnek (Bársonyné Kis és mtsai, 2014). A más szolgáltatókkal való kapcsolatra alacsonyabb érintkezési arányok jellemzőek. A bölcsődékkel, óvodákkal való kapcsolattartás összefüggésben van azzal, hogy a különböző szakemberek vállalnak-e ezekben az intézményekben feladatokat. A területi védőnők jó részének óvodai feladatai is vannak, átlagosan havi 1,7 alkalommal látogatnak el az óvodákba. A bölcsődékben nincs feladatellátási kötelezettségük. A házi gyermekorvosok jelentős hányada részállásban a gyermekintézmények egészségügyi ellátását is végzi, 34%-uk bölcsődei, 64%-uk óvodai feladatokat is ellát. A vegyes praxisú háziorvosok 6%-a lát el bölcsődéket, 58%-uk óvodákat. A pedagógiai szakszolgálatokkal a védőnők nagyjából egyharmada, a vegyes praxisú háziorvosok egyötöde, a házi gyermekorvosok kevesebb mint egyötöde folytat konzultációt. Szakemberekre lebontva: pszichológussal leginkább a házi gyermekorvos konzultál (nagyjából 44%-uk jelezte ezt), de a háziorvosok és a védőnők nagyjából egynegyede is megteszi ezt. Gyógytornásszal szintén a házi gyermekorvosoknak, illetve a védőnőknek van inkább kapcsolatuk (több mint egyharmaduknak), ez a vegyes praxisú háziorvosok esetében kevesebb mint 20%. A logopédus és a tőle indokolatlanul külön kategóriaként feltüntetett gyógypedagógus[286] esetében a védőnők az aktívabb kapcsolattartók (33%, illetve 20% tart ezekkel a szakemberekkel kapcsolatot), legkevésbé a vegyes praxisú háziorvos keresi velük a konzultációs lehetőséget (Kósa és mtsai, 2014). A szakember-attitűdvizsgálatból az derül ki, hogy az utóbbi négy foglalkozás

286 A logopédusok a gyógypedagógiai képzésben szereznek diplomát, ennek ellenére az egészségügyben dolgozó szakemberek különválasztják a logopédiai szakirányon végzett szakembereket a gyógypedagógusoktól.

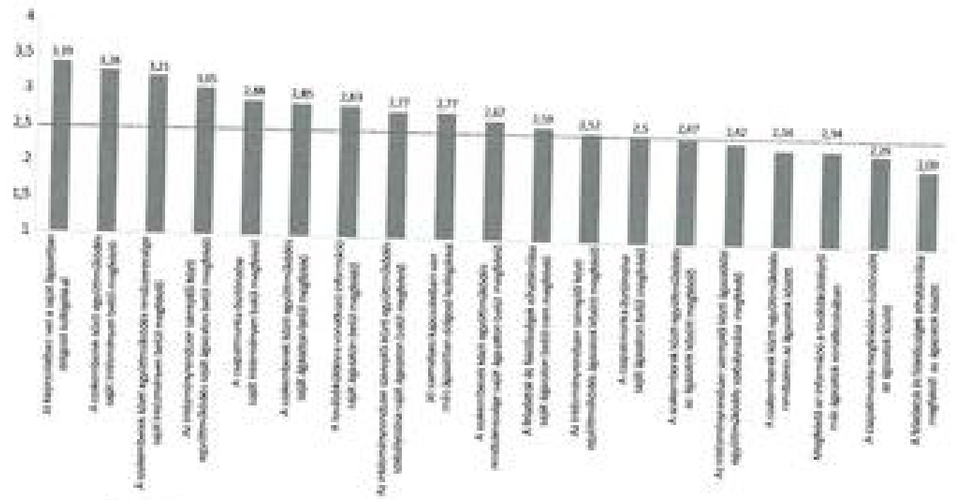
esetében a vizsgálatot megelőző egy évben történt is kapcsolatfelvétel (Bársonyné Kis és mtsai), ami nemcsak látensen jelen lévő, hanem mozgósítható kapcsolatokra utal.

Összességében a gyakorlatban dolgozók visszajelzései alapján elmondható, hogy az oda-vissza jelzési utak nem működnek optimálisan. Ez problémát jelent az egészségügyi alapellátók, az egészségügyi alapellátók és a szakellátók, az egészségügyi ellátók és a szociális/gyermekvédelmi terület között. Az egészségügyi alapellátók szerint, ha ők jelzéssel élnek a gyermekjóléti szolgálat felé, a visszajelzés nem minden esetben valósul meg, és azt sem lehet tudni pontosan, hogy a jelzésnek van-e következménye. Ugyanakkor a gyermekjóléti szakemberek is megfogalmazzák a számukra érkező jelzések és visszajelzések hiányát (Kereki és mtsai, 2014). Más ágazati szereplők felé való visszacsatolások szinte teljesen hiányoznak a rendszerből, például a házi gyermekorvost/háziorvost a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága nem tájékoztatja a vizsgálati eredményekről, az ellátásba utalásról, sem az ellátó intézmény nem jelez az egészségügyi alapellátónak az ellátás megkezdéséről. Döntően az informális csatornákon beérkező információk jelentik a szakemberek számára a tájékozódási pontokat. A különböző ellátók között a koordinációs szerepet a szülő végzi, bár a jó érdekérvényesítő képességgel rendelkező szülők ragaszkodnak is ehhez a szerephez, hiszen saját kezükben tudják tartani gyermekük sorsát, tudatos, megfelelő információk birtokában meghozott döntések mentén egyengetve további útjukat.

7.2.2 Ágazatközi együttműködések jellemzői

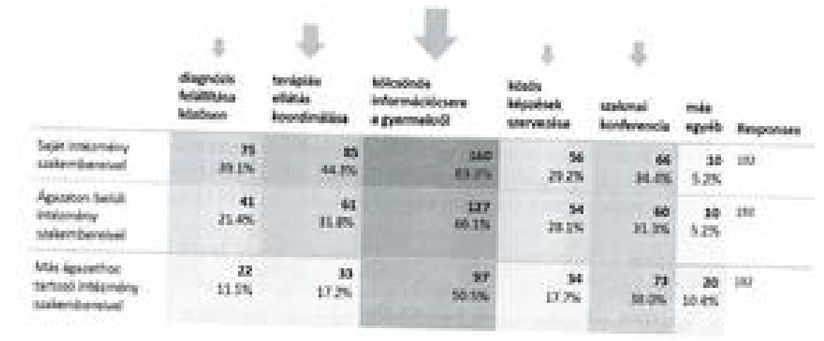
2014-ben két megyére kiterjedően lezajlott egy vizsgálat (Kereki, 2015a), amely egy optimális kliensútmodell kialakításának előzményeképpen a terepen dolgozó különböző ágazati irányítású intézmények szakembereinek véleménye alapján többek között arról alakított ki képet, hogyan vélekednek a különböző szakterületek képviselői a többi szakember tevékenységéről, miként alakul a különböző ágazati szereplők kapcsolata és együttműködése. Az együttműködések átlagos értékelése alapján kifejezetten pozitív értékelést kaptak a saját intézményen belüli együttműködésekre vonatkozó állítások, bár leginkább pozitívabban a saját ágazatban dolgozó kollégákkal való jó kapcsolatot ítélték meg (4-es skálán 3,39-es értékelést adtak). A saját ágazaton belüli kapcsolatokat a semlegesnél valamivel jobbnak értékelték a szakemberek, míg az ágazatok közötti intézményközi szakmai együttműködésről és kapcsolatokról alkotott vélemények a semlegesnél valamivel negatívabbak voltak – különösen a feladatok és felelősségek ágazatok közötti elhatárolásával elégedetlenek a szakemberek (2,09). (Lásd *7–30. ábra.*)

Általában jellemző, hogy az együttműködés és a kapcsolatok tekintetében a szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi ágazat válaszadóinak értékelése a legpozitívabb. Az ágazatközi kapcsolatok megítélése esetén is ezt tapasztaljuk, az átlagos értékelés a szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi ágazatba tartozók között kifejezetten pozitív (3,25), a köznevelési területhez tartozó szakemberek szerint enyhén pozitív (2,89), az egészségügyi területen dolgozók átlagos értékelése inkább semleges (2,55).



7–30. ábra: Vélemény a kora gyermekkori ellátórendszeren belüli együttműködésről az adott állítással való egyetértés átlagában (1=egyáltalán nem ért egyet, 4=teljesen egyetért).
Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015a)

A szakemberek tipikus együttműködési területeit tekintve a válaszlehetőségek közül a megkérdezettek minden vizsgált dimenzióban a leggyakrabban a gyermekről szóló információcserét említették. Ezt követte a terápiás ellátás koordinálása, a szakmai konferencia, a diagnózis felállítása és végül a közös képzések szervezése (lásd *7–31. ábra*).

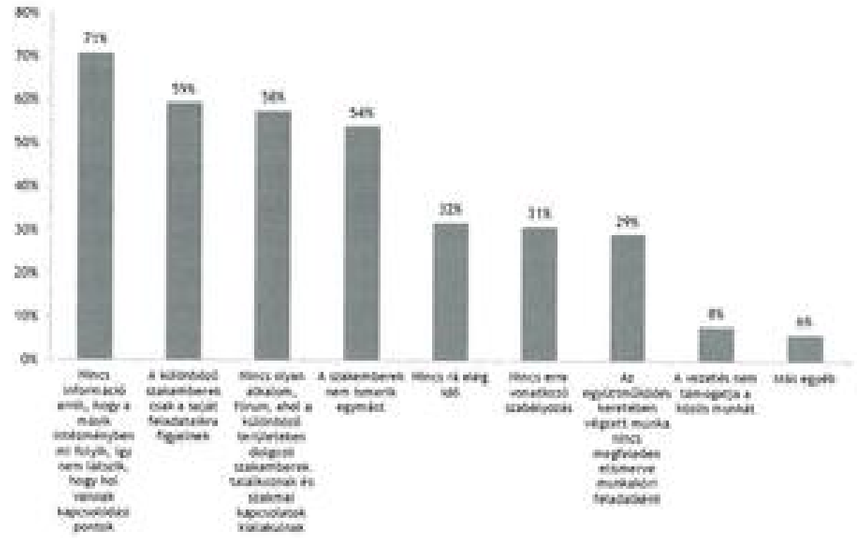


7–31. ábra: Tipikus együttműködési területek.
Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015a)

A már azonosított tendenciát a fenti ábra is tükrözi: a kapcsolatok a saját intézményen belül a legintenzívebbek, ezt követik az ágazaton belüli együttműködések, végül legkevésbé erősnek, illetve legkevésbé gyakorinak az ágazatközi együttműködés keretében megvalósuló közös tevékenységek bizonyultak, egy kivételével, hiszen a konferenciákat kicsit nagyobb arányban jelölték meg a más ágazathoz tartozó intézmények szakembereivel való együttműködési

formaként, mint az ágazaton (és az intézményen) belüli kapcsolódási pontként. A szakemberek egyéb együttműködési lehetőségként a teammegbeszéléseket, az esetmegbeszéléseket, a hospitálást, a szakmai munkaközösségekben végzett közös munkát jelölték meg.

Azok a szakemberek, akik kritikusan nyilatkoztak a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek közötti együttműködésről, legnagyobb arányban a más intézményekben folyó munkáról való kevés tudást, ezáltal a kapcsolódási lehetőségek ismeretének csekély voltát, az egymás munkájára való odafigyelés elégtelenségét, a találkozási fórumok és az ismeretség hiányát jelölték meg akadályozó tényezőként (lásd *7–32. ábra*). A válaszok végül is bizakodásra adnak okot, hiszen ezek mind olyan indokok, amelyek akarattal, tudatos hozzáállással megváltoztathatóak.



7–32. ábra: Mit gondol, mi az oka annak, hogy a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek között nem megfelelő az együttműködés? – Az együttműködés akadályai. Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015a)

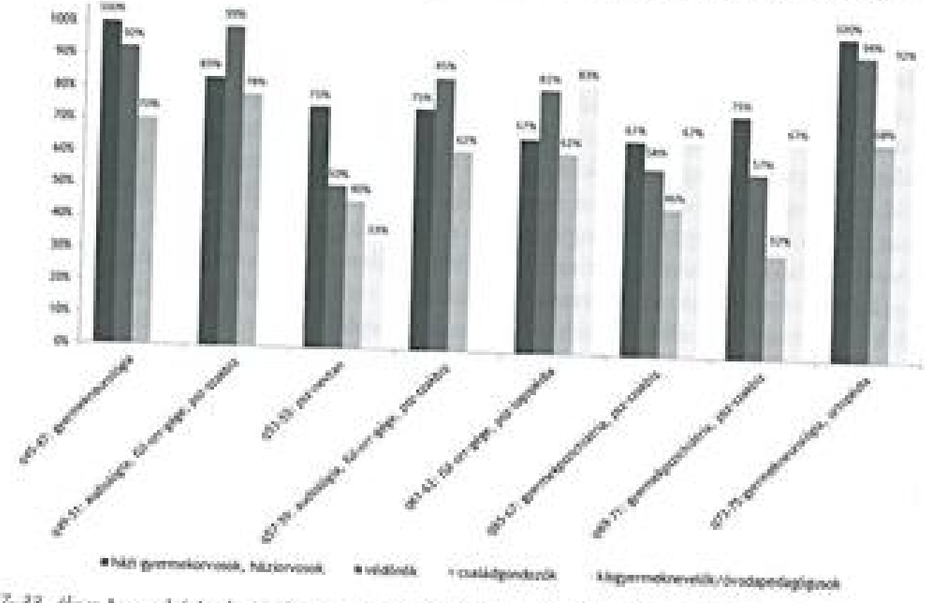
A rendszer működése szempontjából fontos jellemző, hogy hogyan valósulnak meg az ellátórendszer szereplői közti oda- és visszajelzések. A vizsgálat eredményei alapján minden szereplő úgy érzi, hogy ő mindig vagy legalábbis nagyon gyakran visszajelez annak, aki a gyermeket hozzá küldte. A másik felet megkérdezve, ezt a válaszadók általában nem erősítik meg, például a védőnők ritkábbnak érzik a visszajelzést mindenkitől. A visszajelzések gyakoriságát tekintve két relációban volt igazán „egyetértés": a házi gyermekorvos és a szakellátás szakorvosa között, valamint az óvoda/bölcsőde és a pedagógiai szakszolgálat között.

A szereplők az egymás közti kapcsolatokat általában jónak ítélik meg, kiemelkedően jó értékelést kapott a területi védőnőkkel, a falu- és tanyagondnoki szolgálattal, az óvodával, a családsegítő és gyermekjóléti szolgálattal, a bölcsődével, a házi gyermekorvosokkal/vegyes praxisú háziorvosokkal és a kórházi védőnőkkel való együttműködés.

Összességében a kora gyermekkori ellátórendszer szereplői között lévő kapcsolatok általános pozitív értékelése jó alap az együttműködés jövője és erősítése szempontjából.

7.2.3 Továbbküldési utak

A fentebb említett 2014-es kutatás a továbbküldési utakat is vizsgálta. A szakemberek által követett/feltételezett kliensútra vonatkozó elképzelések felmérése kapcsán konkrét esetleírásban megfogalmazott tünetcsoportok esetén kellett eldönteniük a különböző ellátórendszerek szakembereinek, hogy hová küldenék tovább a gyermeket és családját. Az egyes esetekben a tüneti kép alapján a felismerés szintjén nem mindig egyértelmű, hogy mi a probléma, de azért elmondható, hogy egyes továbbküldési irányok inkább a megfelelő utat jelentik, amely mentén viszonylag gyorsan és hatékonyan adható diagnózis, míg más utak esetleg felesleges vizsgálatot, egyfajta „bolyongást" implikálnak. A legnagyobb biztonsággal megnevezett útvonal a mozgásfejlődési elmaradást mutató, néhány hónapos csecsemő esetében mutatkozott meg (45-47-es eset), de más mozgásfejlődési eltérés esetén is egyértelmű az útvonal (izomdisztrófia – 73-75-ös eset), valamint ez látszik a hallás fejlődésének eltérése esetén is (49-51-es eset). A legkevésbé egyértelmű továbbküldési irány a magatartási nehézség (53-55-ös eset) és az autizmus spektrum zavar tüneteit bemutató eseteknél fordult elő (65-67-es, illetve a 69-71-es eset). Átlagos módon ismerték fel a problémát a szakemberek a rejtett szájpadhasadék (61-63-as) és a kognitív funkciók eltérő fejlődése (57-59-es) esetében (lásd *7–33. ábra*).



7–33. ábra: Az esetleírás alapján hová irányítaná tovább a gyermeket? – A megfelelő kliensút választásának aránya a jelzőrendszer egyes fő szereplői esetén (az ábrán az esetleírás sorszáma és a javasolt továbbküldési utak szerepelnek). Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015a)

Bár a választás hatékonysága az esetleírás, illetve az abban vázolt viselkedés/tünet egyértelműségétől is függhet, érdekes látni, hogy a nyolc kérdésből még az orvosok is csak kettő esetében választották 100%-ban a legjobb utaknak legalább az egyikét. A többi szakember esetében a hatékony útválasztás általában kevésbé volt sikeres, bár három kérdés esetében a védőnők valamivel jobban választottak, mint az orvosok (ez a különbség azonban nem volt szignifikáns). A nem orvosok csoportjában a válaszadók közel 10%-a a házi gyermekorvost is megjelölte továbbküldési irányként. Azokban az esetekben, ahol összehasonlítható adatokkal rendelkeztünk minden szakterületről, jól látható, hogy az eltérő, megkésett fejlődés tüneteinek felismeréséről és/vagy a továbbküldési utakról a gyermekjóléti terület családgondozóinak van a legkevesebb tudása. A hatékony továbbküldést választók arányát mutató ábrán látható kép vonatkozásában azonban nem az az érdekes, hogy az egyes esetleírások esetén mennyien „találták el" a jó megoldást. A tanulság inkább az, hogy egy jól kidolgozott modell, a megfelelő, ágazatközi küldési utakat is figyelembe vevő protokollok megléte, a tájékoztatás, az informálás, a képzés és a szakemberek közti kapcsolatok, továbbá az együttműködés erősítése sokat javíthat a helyzeten.

Egy másik, szintén a továbbküldési utakat vizsgáló kérdéscsoport esetében nem egy konkrét eset került leírásra, hanem 27 olyan jól körülhatárolt jogosultságcsoport kapcsán történt meg a továbbküldési út lekérdezése, ahol már a diagnózisalapú besorolás birtokában minden esetben sajátos továbbküldési út rendelhető egy-egy csoport mellé. Az elemzés megállapította, hogy a válaszolók az említett jogosultsági csoportok háromnegyed részénél elsődlegesen az egészségügyi ellátás keretében látják a megoldást. Vannak bizonyos jogosultsági csoportok (tanulási és viselkedészavar, intellektuális képességzavar, kognitív funkciók eltérő fejlődése, kommunikáció eltérő fejlődése, beszédfogyatékosság és a szociális kapcsolatok zavara), amelyek esetében minden résztvevő elsődlegesen a pedagógiai szakszolgálatot jelölte be továbbküldési útként. Szinte valamennyi problémacsoportnál jellemző, hogy a pedagógiai szakszolgálathoz való irányítást az összes szakember közül az óvodapedagógusok szorgalmazzák leginkább, alkalmazkodva a jogszabályok adta lehetőségekhez. A legkevésbé egyértelmű továbbküldési utak a hospitalizáció, a poszttraumás stressz, illetve a szorongás és hangulatzavar esetében azonosíthatóak. Két jogosultsági csoport esetében a legkevésbé jut eszükbe a megkérdezetteknek, hogy pedagógiai szakszolgálathoz irányítsanak: az alvászavar és az érzékszervek károsodása esetén.

A kora gyermekkori ellátás jelzőrendszerének szereplői nem mindig tudják, hogy mi lehet a (legalább az egyik) legjobb választás a továbbküldésre, még akkor sem, ha a probléma nem a tünetek alapján felmerülő gyanúként, hanem már az arról adott diagnózis formájában kerül megfogalmazásra. Mindazonáltal az itt kirajzolódó kép a konkrét esetleírásoknál megfogalmazott értékelést erősíti. A védőnők, valamint az óvodapedagógusok, a kisgyermeknevelők és a családgondozók esetében, de még a házi gyermekorvosok/háziorvosok vonatkozásában is látszik, hogy azok a szakemberek, akik a vizsgálat lebonyolítása után egy képzés keretében megismerkedtek a különböző ágazatok együttműködését erősítő kliensútmodellel, és a Kliensút Kalauzban (Kereki, 2015b) foglalt továbbküldési irányokat megismerték, ezután jobban átlátták az egész ellátórendszer működését, más szakterületekről való tudásuk teljesebb lett, szorosabban működtek együtt más ágazatok

szakembereivel. A velük készült interjúk alapján elmondható: mindezek hozzájárultak ahhoz, hogy a gyermekek hamarabb bekerültek az ellátórendszerbe, szervezettebbé, tudatosabbá vált az együttműködések kialakítása és fenntartása, ettől hatékonyabbá vált a rendszer működése (Kereki, 2015b).

7.3 Összefoglalás

A hazai kora gyermekkori intervenciós rendszer magában foglalja mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézményeket és ezeknek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a gyermekekkel, illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek, különös tekintettel a speciális támogatást igénylő gyermekekre és családjaikra. A jelenlegi működés aktuális áttekintése több lényeges hiányosságra hívja fel a figyelmet, az ellátás szembetűnő területi egyenlőtlenségei markánsan azonosíthatók. Az egészségügyi ellátás mutatóit tekintve évek óta Észak-Magyarország tekinthető a legkedvezőtlenebb helyzetű régiónak. A minőségi, hatékony védőnői támogatás épp azokon a hátrányos helyzetű területeken garantált a legkevésbé, ahol a gazdasági, társadalmi mutatók és az egészségügyi ellátás mutatói alapján a legnagyobb szükség lenne a preventív jellegű tevékenységre. Hasonló a helyzet a házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú háziorvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférést tekintve. A tartósan betöltetlen álláshelyek elsősorban a hátrányos helyzetű régiókban okoznak ellátási gondokat, különösen Észak-Magyarország esetében. A szakellátásban dolgozó csecsemő- és gyermekgyógyászok csökkenő létszáma veszélyezteti a minőségi ellátást. Hiányzik a szervezett, rendszerszinten működő koraszülött utógondozói hálózat, a fejlődésneurológiai, gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén egyenlőtlen az ellátáshoz való hozzáférés, a kapacitások szűkösek.

A gyermekjóléti szolgáltatásokat tekintve is kapacitásproblémák azonosíthatóak. Bár a legtöbb helyen szervezett a gyermekjóléti szolgáltatás, a szakemberszám nem minden esetben felel meg a jogszabály szerint előírtaknak, ami különösen a hátrányos helyzetű területeken dolgozó családgondozókat érinti, ahol a gondozott családok, illetve gyermekek száma többszöröse lehet a jogszabályban maximalizált létszámnak. Ugyanakkor a gyermekek napközbeni ellátását biztosító szolgáltatásokat tekintve is hiányosságok tapasztalhatóak, jelenleg a bölcsődék a gyermekek mindössze 14%-ának tudnak férőhelyet biztosítani, és ezt az arányt az egyéb napközbeni ellátási formák sem tudják jelentősen befolyásolni. A regionális ellátást tekintve Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon a legkevésbé biztosított a bölcsődei ellátás. Az óvodák tekintetében sokkal kedvezőbb a helyzet, a települések több mint 70%-ában található óvoda, a kihasználtságuk 85%-os. Ugyan országos szinten nő a férőhelyek kihasználatlansága, egyszersmind helyi, települési szinten sok esetben férőhelyhiány jelentkezik.

A korábbi évekhez hasonlóan még mindig magas arányban azonosíthatóak azok a gyermekek, akiknek iskolába lépésük előtt nem derül ki a sajátos nevelési igényük. Az első osztályos sajátos nevelési igényű gyermekek több mint 40%-áról nem tudjuk pontosan, mi történt velük az iskolába lépésig; különösen a leghátrányosabb helyzetű régiók egyikében,

Észak-Magyarországon a legtöbb az első osztályban újonnan SNI-jogosultságot kapó gyermek, ahol a gyermekek feléről csak az iskolába lépéskor derül ki a fejlődésükben megmutatkozó eltérés vagy zavar. Jellemzően ebben a régióban az országos átlagnál jóval kisebb a 0–5 évesek között a korai fejlesztésben részt vevők aránya. Valószínű, hogy a hátrányos helyzetből fakadó, halmozottan jelentkező akadályozó tényezők növelik annak esélyét, hogy ezekről a területekről kevésbé kerülnek be a rászoruló gyermekek az ellátórendszerbe, illetve nagyobb a valószínűsége annak, hogy problémájuk az intézménybe kerüléssel az iskolai teljesítményzavarok megjelenése kapcsán válik nyilvánvalóvá, diagnosztizálhatóvá.

A különböző intézményrendszereket összekötő ellátási utak ismerete hozzájárul ahhoz, hogy az érintett gyermekek és családok minél előbb megkapják a szükségletük alapján őket megillető szolgáltatásokat. A szakemberek tudása a gyermeki fejlődésről és a különböző ellátási lehetőségekről azonban nagyon heterogén, nem ismerik a más ágazatokban dolgozó szakemberek tudását, kompetenciáit, együttműködéseik korlátozottak, emiatt a továbbküldési lehetőségek leszűkülnek, az ellátórendszer működésének hatékonysága alacsony fokú. A képzések, a szakmai információk elérhetősége és a kora gyermekkori ellátórendszer szereplői közti kapcsolatok ismerete, illetve megfelelő átlátása sokat segíthet a működés hatékonyabbá, eredményesebbé tételében.

8 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓT ÉRINTŐ STRATÉGIAI ELKÉPZELÉSEK ÉS PROGRAMOK

A kora gyermekkori intervenció jelenlegi kontextusának értelmezéséhez elengedhetetlen, hogy összegezzük a témára vonatkozó hazai stratégiai koncepciókat, fejlesztési folyamatokat. Az elmúlt évek fontos fejleményeként ugyanis a kormányzati fejlesztések között megjelentek olyan programok, amelyek a gyermekek egészséges fejlődésének támogatását, illetve a korai ellátórendszer szolgáltatásaihoz való hozzáférés javítását célozták. Több kormányzati fejlesztési program fókuszál a gyermekek egészséges életkezdetének támogatására, illetve az iskoláskor előtti gyermekeket és családjukat ellátó rendszer korszerűbb, hatékonyabb, az ellátási szükségletekhez jobban igazodó működésének kialakítására.

A meghatározó stratégiai elképzelések különböző ágazatok égisze alatt futó fejlesztési tervek, programok formájában öltek testet. Mindhárom ágazatban – a köznevelési (közoktatási), a szociális és az egészségügy területén – is több olyan program, kutatási-fejlesztési projekt indult és zárult le, amely a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódott, célul tűzve ki egyrészt a speciális támogatást igénylő, iskoláskor előtti gyermekek és családjaik szolgáltatásokhoz való hozzáférési lehetőségeinek feltérképezését, valamint az ellátások, szolgáltatások hatékonyabb működésének/működtetésének megvalósítását. A fejlesztések első üteme 2007 és 2013 decembere között zajlott, majd 2013 után – az előző ciklus tapasztalatait beépítve – a különböző ágazati elképzeléseket és tevékenységeiket összehangolva további fejlesztések valósultak meg.

A fejezet áttekintést nyújt a publikus információk alapján elérhető fejlesztési elképzelésekről, stratégiai anyagokról a 2007 és 2015-ös időszakra vonatkozóan, majd összegzi egyrészt a 2007-től 2013 decemberéig lezárult kutatási és/vagy fejlesztési programok eredményeit, másrészt a 2013 decemberét követően a megvalósítást megkezdő (és időközben befejeződő) fejlesztési programok célrendszerét, tevékenységeit és publikus eredményeit.

8.1 A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ SZEMPONTJÁBÓL RELEVÁNS FEJLESZTÉSI ELKÉPZELÉSEK, STRATÉGIAI ANYAGOK 2007–2015 KÖZÖTT

A szociális ágazat területén született meg a 2007–2013 időszakra szóló *Országos Fogyatékosügyi Program*, amelyet a 10/2006. (II. 16.) OGY-határozat, a hozzá kapcsolódó első, 2007–2010 közötti időszakot felölelő intézkedési tervet pedig az 1062/2007. (VIII. 7.)

Kormányhatározat tartalmazza. Hosszú távú, 25 évre szóló stratégiai anyag a *„Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia 2007–2032*, amelyet a 47/2007. (V. 31.) OGY-határozatban fogadtak el.

Az egészségügy területén több stratégiai anyagot találunk: a még 2005-ben elkészült, majd 2008-ban újra felelevenített *„Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Programot*, majd a 2011-ben elkészült *Semmelweis Tervet* és a 2013–2016 közötti időszakot felölelő, gyermekegészségügyre vonatkozó elképzeléseket tartalmazó *„Vagyúró" gyermekegészségügyi programot*. A köznevelés (közoktatás) területén a 2004-ben született – és az általunk vizsgált időszakra átnyúló – középtávú közoktatás-fejlesztési stratégia, majd a 2013-ban, illetve a 2014-ben megjelenő, 2020-ig tartó évekre vonatkozó, az Európai Unió *Európa 2020* stratégiájának kiemelt célkitűzéseivel összhangban megfogalmazott köznevelés-fejlesztési stratégiák adták meg az irányt[287]. A *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiát* 2011 novemberében fogadta el a kormány[288], felelőse a KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkársága, időtávja 2020-ig terjed, összhangban az Európai Unió *Európa 2020* stratégiájával.

8.1.1 A stratégiák és programok célrendszere

Az *Országos Fogyatékosügyi Program* komoly törvényi háttérrel bír, hiszen *A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló, 1998. évi XXVI. törvény* 26. §-a alapján tárgyalta meg és fogadta el az Országgyűlés.[289] Legfontosabb céljai a rehabilitációhoz, a fogyatékos embereket érintő társadalmi szemlélet megváltoztatásához, illetve a fogyatékos személyek és családjuk életminőségének javításához kapcsolódnak. A program tartalmazza azt a szempontot is, hogy nemcsak a fogyatékos személy, hanem annak családja is részese kell hogy legyen a beavatkozásoknak. A dokumentum foglalkozik a fogyatékos személyek társadalmi kirekesztettségének információhiányból következő okaival, valamint az oktatás, a pedagógusképzés szerepével, illetve az ágazati szakemberek speciális képzésével ennek megszüntetésében. A dokumentum a prevenció elvét alapvetőnek tekinti, és fontosnak tartja, hogy az egyes intézkedéseket az egyéni szükségletek alapján kell megtervezni; továbbá a szubszidiaritás elve alapján biztosítani kell, hogy a fogyatékos személyek a szükséges szolgáltatásokhoz a lakóhelyükön vagy ahhoz a lehető legközelebbi településen jussanak hozzá; illetve, hogy a fogyatékos személyekkel kapcsolatos döntések és intézkedések helyi szinten kerüljenek megfogalmazásra és megvalósításra, és abból

287 A közoktatást átfogóan elemző és javaslatokat is tartalmazó, nagy hatást kiváltott Zöld Könyv a magyar közoktatás megújításáért 2008-ban jelent meg, azonban nem vált hivatalos stratégiai dokumentummá (Fazekas, Kőlő és Varga, 2008). Ugyancsak fontos stratégiai jellegű háttéranyagként jelent meg a Bölcsek Tanácsa oktatási szakértői bizottságának és a bizottság által felkért szakértőknek az összefoglaló elemzése a magyar oktatás helyzetéről, a Szárny és teher (Csermely és mtsai, 2009).

288 Az első hároméves intézkedési tervet a 2011. december 13-án kihirdetett 1430/2011. számú kormányhatározat tartalmazza.

289 Lásd 10/2006. (II. 16.) OGY-határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról.

a fogyatékos személyek is kivehessék a részüket. Az integráció elve és az egyenlő esélyű hozzáférés elve hangsúlyozódik benne (A Magyar Köztársaság Kormánya, 2006).

A *„Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia 2007–2032* is megfogalmazott olyan elveket, amelyek részben összecsengenek a Fogyatékosügyi Program által megfogalmazottakkal, mint például a társadalmi beágyazottság elve; a gyermekek mindenek felett álló érdekének elve; a jó kormányzás elve; a társadalmi, helyi együttműködés elve; a komplexitás elve (minden ágazatra kiterjedő intézkedésekre van szükség); az átláthatóság és ellenőrizhetőség elve; valamint olyan speciális alapelvek, mint a prevenció, a fokozatosság vagy az egyenlő hozzáférés elve. Fő céljaként jelölte meg, hogy jelentősen csökkentse a szegény gyermekek és családjaik arányát, felszámolja a gyermeki kirekesztés és mélyszegénység szélsőséges formáit, átalakítsa azoknak az intézményeknek, szolgáltatásoknak a működésmódját, amelyek újratermelik a szegénységet és a szociális kirekesztettséget. A *„Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia* az elveken túl horizontális célokat is megfogalmazott, amelyek közül az egyik éppen a fogyatékossággal élő gyermekek és családjaik helyzetének javítása volt. Mindemellett a jog, ezen belül kifejezetten a gyermeki jogok javuló érvényesítését és a tájékoztatás javítását is célként határozta meg. A stratégia szerint a 0–3 éves korosztályt kiemelten kell kezelni. A dokumentum jelentős mértékben támaszkodott az uniós tagsággal összefüggő irányelvekre, programokra, különös tekintettel az Új Magyarország Fejlesztési Tervre. A stratégia előirányozta, hogy a kormányzati döntések meghozatalakor a gyermekek helyzetének javítása kiemelt szempont kell hogy legyen (Legyen jobb a gyermekeknek!, 2007). A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia (a továbbiakban: NTFS) elfogadásával annak részévé vált.

„Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program arra épült, hogy a foganatástól a gyermek 18 éves koráig terjedő időszak alapozza meg a későbbi életkorok fizikai és szellemi teljesítőképességét, az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének esélyét. Kiemelt célként fogalmazta meg a gyermekek egészségére, valamint a csecsemő- és gyermekegészségügyi ellátórendszerre irányuló figyelem fontosságát. Az egészségkárosodás okozta egyéni, családi, társadalmi és gazdasági károk hangsúlyozásán túl kiemelte, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat szükségletalapon kell megtervezni. Alapelvként itt az életszakasz-megközelítés, az esélyegyenlőség és az ágazatközi szemlélet fogalmazódik meg. Ez utóbbinál megjegyzendő, hogy elsősorban a szociális területtel való együttműködésre fókuszált, a többi tárca (mint például az oktatási) nem kapott ilyen szerepet az anyagban. A program a részletesebb célrendszerhez kötött intézkedési tervet is tartalmazott, feladatleírással és határidőkkel. Önálló célként a program beszélt a gyermekek egészségi állapotára és egészségügyi ellátásának minőségére vonatkozó indikátorok meghatározásának szükségességéről, az adatinfrastruktúra fejlesztéséről (Közös kincsünk a gyermek, 2005).

A *Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére* szakmai koncepció nem tekinthető egyértelműen stratégiának, illetve intézkedési tervnek. A terv elsődleges célja az egészségügyi rendszer megújítása 2018-ig. Ezen belül 2014-re datálja az átalakítás és a konszolidáció befejezését, ezt követően pedig javasolja a rendszer működésének értékelését és finomhangolását. Az anyag a „Közös kincsünk a gyermek" programot a Nemzeti Csecsemő- Gyermek- és

Ifjúsági Stratégia egészségügyi ágazati programjaként definiálja újra, melynek egyik fő prioritása – többek között – a csecsemő- és gyermek-alapellátás megújítása (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011).

2013 nyár elejére készült el a *„Vasgyúró" program*, amely része a Semmelweis Terv megvalósításának, és illeszkedik a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiához. Bár jellegéből adódóan egészségügyi program, de tudatosan figyelmet fordít az ágazatok közötti határterületeken folytatható előrelépésekre. A korábbi években elindított folyamatokhoz szervesen illeszkedve határozza meg a gyermekegészségügyi alrendszer kialakításának és megvalósításának elkövetkező négy évben esedékes feladatait. Konkrét céljai között szerepel például: a gyermekbetegségek megelőzése, korai felismerése, szűrése, kezelése; a koraszülések csökkentése; a gyermekek körében észlelhető egészség-esélyegyenlőtlenségek csökkentése; a gyermekszakellátásban a területi egyenlőtlenségek, hiányszakmák felszámolása; a fekvőbeteg-ellátásban az ellátás minőségének növelése; a finanszírozás javítása; a gyermekpszichiátriai és mentálhigiénés ellátás javítása; sérült, fogyatékos gyermekek habilitációjának, rehabilitációjának támogatása; betegutak meghatározása; az ágazatok közötti együttműködés javítása; egészségfejlesztésre való oktatás; a gyermekek ellátásában résztvevőknél informatikai rendszerek kialakítása és a képzések korszerűsítése („Vasgyúró" program, 2013).

A 2004-ben megjelent Középtávú közoktatás-fejlesztési stratégiát az Európai Unió által elfogadott, átfogó oktatáspolitikai célok mellett a Nemzeti Fejlesztési Terv is meghatározza. A középtávú célok között szerepel az élethosszig tartó tanulás megalapozása a kulcskompetenciák fejlesztése révén, az oktatási egyenlőtlenségek csökkentése, a minőség fejlesztése, a költséghatékonyság és irányítás javítása, a humánerőforrás fejlesztése és a tárgyi feltételek javítása (Oktatási Minisztérium, 2004). A 2014–2020 közötti időszakra vonatkozó Köznevelés-fejlesztési stratégia (Magyarország Kormánya, 2013, 2014) az Európai Unió Európa 2020 stratégiájának kiemelt célkitűzéseivel összhangban a magyar köznevelés helyzetét is értékelve jelöli ki az ágazat fejlesztési irányait. A Köznevelés-fejlesztési stratégia főbb vezérelvei közé tartozik a minden gyermek optimális fejlődését biztosítani képes, minőségi, fenntartható és szakmailag hatékony, valamint a sikeres felnőtté válás feltételeit elősegítő, méltányos köznevelés. Specifikus célként megfogalmazódik a köznevelési rendszer ágazati és fenntartói irányításához kapcsolódó fejlesztések és a tartalmi szabályozókban szereplő követelmények megvalósításának támogatása, a pedagógus hivatás vonzóbbá tétele, valamint az esélyteremtő,[290] a felzárkózást támogató, a tehetségsegítő szerep erősítése a köznevelés minden szintjén. Kiemelt szerepet tulajdonít a stratégia a korai iskolaelhagyás arányának csökkentését célzó intézkedéseknek és a befogadó nevelés támogatásának.

A 2011-ben elfogadott *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia* célkitűzései az európai uniós szegénységi cél Magyarországra lebontott mutatóihoz kapcsolódnak. A dokumentum

290 Az intézményes óvodai nevelés legalább 4 éves kortól való teljes körű kiterjesztése az európai tagállamok az esélyteremtés egyik legfontosabb oktatáspolitikai eszközének tartják. Hazánkban a 3 éves kortól bevezetésre kerülő köteles óvodáztatás összhangban áll az említett törekvésekkel, a korai gyermekkori nevelésbe-oktatásba történő bevonást tekintve kedvező mutatók azonosíthatóak (Köznevelés-fejlesztési stratégia, 2014).

integrálja a Roma Integráció Évtizede Programot (RIÉP) és a *„Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégiát*. A felzárkózás politika célja, hogy csökkenjen a szegénységben vagy társadalmi kizáródásban élők aránya, mérséklődjön a hátrányos helyzetű gyermekek társadalmi lemaradása, gyengüljenek a szegénység átörökítésének tendenciái, legyenek kisebbek a roma és nem roma népesség közötti társadalmi különbségek. A célok elérésében horizontálisan érvényesítendő célkitűzéseket tart meghatározónak, amelyek között szerepel például a gyermekek szegénységének csökkentése; a szocializációs és szociokulturális hátrányok leküzdése; a hátrányos helyzetű területek lemaradásának csökkentése, a területi hátrányokból származó társadalmi hátrányok mérséklése; illetve a romákkal szembeni diszkrimináció csökkentése az intézményekben és a közösségekben (Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia, 2011).

8.2 A stratégiai elképzelések fejlesztési tervekké alakítása, kutatás-fejlesztési programok megvalósulása

2007 óta mindhárom ágazatban (köznevelés (közoktatás), szociális és egészségügyi), valamint a Társadalmi Felzárkóztatásért Felelős Államtitkársághoz kapcsolódva zajlottak/zajlanak olyan, a kora gyermekkori intervenció szempontjából releváns fejlesztési programok, illetve kutatás-fejlesztési tevékenységek, amelyek hosszabb távú stratégiai elképzelésekhez kapcsolódnak. Korábban összehangolatlanul, néha párhuzamosan folytak egymás mellett ezek a projektek, de napjainkban remény van a különböző ágazati projektek együttműködésére, a tartalmi elemek összehangolására.

8.2.1 2007–2013 között megkezdett és lezárult fejlesztési programok

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv, majd 2011-től az Új Széchenyi Terv (ÚMFT, illetve ÚSZT) programjainak akciótervében a 3., 5. és 6. prioritások kapcsolódtak össze a korai életszakasszal, illetve a kora gyermekkori beavatkozási elképzelésekkel. A szociális területen elsősorban a TÁMOP–5.2.1 Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai, módszertani megalapozása, a TÁMOP–5.2.2 A korai beavatkozást középpontba helyező Biztos Kezdet programok elterjesztése országos szinten, kiemelt figyelemmel a leghátrányosabb helyzetű térségekre és a TÁMOP–5.2.3 Integrált helyi programok a gyermekszegénység csökkentésére programokban érhetőek tetten ezek az elképzelések. Ugyancsak ebben a szakaszban valósult meg a szociális/gyermekvédelmi szolgáltatások modernizálását célul kitűző TÁMOP–5.4. 08-as A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása. A köznevelés (közoktatás) területén a TÁMOP–3.1.1 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció kiemelt projekt I. szakasza, valamint az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények[291] fejlesztésére kiírt TÁMOP–3.1.6-os pályázatok érintették

291 Napjainkban: egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény.

a kora gyermekkori intervenció területét. Az egészségügyet tekintve a TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program tervezése 2008-ban megindult, aztán el is akadt, egészen 2012-ig. Az Új Magyarország Fejlesztési Terv alapján elkészült pályázati programok egy részének kiírása a tervezettnél jóval később történt meg, így a lezárás is csúszott.

8.2.1.1 Köznevelés (közoktatás)

A TÁMOP–3.1.1 *21. századi közoktatási – fejlesztés, koordináció* című kiemelt projekt 1. szakasza a 2013-ig tartó Új Magyarország Fejlesztési Terv első két évének feladatait tartalmazta. Az oktatásügy területén megvalósuló kiemelt projektben kapott helyet sok olyan elképzelés, amely a kora gyermekkori intervenció területét is érintette. A projekt célja a közoktatás modernizációja, az intézmények pedagógiai programjának és pedagógiai gyakorlatának átalakítása, az oktatás minőségének és hozzáférhetőségének javítása, az integrációs, inkluziós folyamatok erősítése, a feladatok minőségbiztosítása és nyomon követése volt. A kiemelt program tevékenységei között a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatási szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférését biztosító tevékenységeket találunk, amelyeknek célja például tartalom- és módszertani fejlesztési, szolgáltatási és hálózatkoordinációs tevékenységek számára eszközrendszer biztosítása az együttneveléshez (TÁMOP–3.1.1, 1. szakasz, 2010).

A kiemelt projekt ún. SNI-programja két olyan csomóponttot tartalmazott, amely a kora gyermekkori intervenciós folyamatra vonatkozó fejlesztési elképzeléseket is magában foglalta. Az egyik a szűrési rendszer megújítása, amely azt célozta, hogy minél korábban és pontosabban legyenek diagnosztizálva a gyerekek. Ennek érdekében öt új, nyelvi képességet mérő hazai diagnosztikus mérőeszköz kismintás bemérése történt meg. (Korábban a HEFOP 2.1 központi program keretén belül a diagnosztikai rendszerek megújítása érdekében született egy protokoll a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok számára, elkészült a WISC–IV gyermek-intelligenciavizsgáló eljárás magyar standardja, és képzést is szerveztek a bizottságoknak.) A másik cél pedig egy régiós ellátási modell kidolgozása volt, amely biztosítja, hogy minden gyermek a saját lakóhelyéhez a lehető legközelebb a legjobb minőségű szolgáltatást kapja meg. A hosszú távú elképzelés a kora gyermekkori intervenciós intézményrendszerrel kapcsolatban egy regionális központokkal működő, „hálózat a hálózatban" működési modellt tartalmazott.

A TÁMOP–3.1.1-es kiemelt projektbe bekerült a Biztos Kezdet Óvodai Program (BIKÓP).[292] Tervbe vették kisszámú (10-15), régiónként legalább egy-egy, pályázat útján kiválasztott óvodából álló hálózat kialakítását, melynek fókuszában a hátrányos helyzetű gyermekek és a szüleikkel való hatékony együttműködés áll. Olyan óvodákat (bölcsődéket) szándékoztak a hálózat első intézményeiként kiválasztani, ahol a vezetők és a szakemberek is nyitottak egy társadalmi elkötelezettségű program iránt, széles körű szakmai tudással és tapasztalattal rendelkeznek mind az óvodai nevelés, mind a családokkal való munka területén, különös tekintettel a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetű családokra. Az együttműködést nemcsak a helyi családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokkal,

292 A Biztos Kezdet Óvodai Program nem azonos a Biztos Kezdet programmal, bár kétségtelenül szándékaiban hasonlóan a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek és szüleik támogatását tűzte ki célul.

nevelési tanácsadókkal, védőnői hálózattal tartották szükségesnek, az önkormányzatok aktív és támogató hozzáállását is elengedhetetlennek gondolták. Törekedtek arra, hogy a fejletlenebb régiókban alakuljon egynél több (2-3) hálózati óvoda. A Biztos Kezdet Óvodai Program nagy késéssel indult el (TÁMOP–3.1.1 Biztos Kezdet Óvodai Program, 2010).

A TÁMOP–3.1.1 *21. századi közoktatási – fejlesztés, koordináció* kiemelt projekt fontos eredménye volt, hogy megfogalmazódott a kora gyermekkori intervenció sikeres megszervezéséhez elengedhetetlen ágazatközi együttműködés fontossága, és lépések történtek a különböző területeken zajló intézkedések összehangolását támogató egyeztetések kialakítására.

A kiemelt projekt egy másik TÁMOP-os pályázati konstrukcióval, a TÁMOP–3.1.6-tal szorosan együttműködve a sajátos nevelési igényű gyerekeket oktató, nevelő közoktatási intézmények, az *egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények által nyújtott szolgáltatások fejlesztését* célozta meg, felkészítve őket a különböző képességfejlesztő, integráló, differenciált módszertani szolgáltatások nyújtására. A sajátos nevelési igényű gyermekek sikeres munkaerőpiaci alkalmazkodásához szükséges, az életen át tartó tanulás megalapozását szolgáló képességfejlesztés és kompetenciaalapú képzés, a befogadó szemlélet elterjesztése hozzájárul a foglalkoztatási helyzet javulásához. A pályázat célja az volt, hogy egységes standardok alapján működő, a helyi és területi igényeket figyelembe vevő, megfelelő minőségű és mértékű kapacitással rendelkező, a gyakorlatban jól működő szolgáltatási rendszer épüljön ki, amely hatékonyan képes segíteni az együttnevelést támogató szolgáltatások beépülését a pedagógiai gyakorlatba, egyúttal lehetővé teszi, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók lehetőség szerint lakóhelyükhöz közel kapják meg a különleges gondozási igényükből fakadó szolgáltatásokat (TÁMOP–3.1.6 pályázati útmutató, 2008). Számos, a pályázaton nyertes egységes gyógypedagógiai módszertani intézmény vette fel új tevékenységként a korai fejlesztés és gondozást.

8.2.1.2 Szociális terület

2007 volt a *„Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia* indulásának éve. A romló gazdasági helyzet következtében a gyerekes családok szükségleteire válaszoló stratégia komplex megvalósítását költségvetési források hiányában a kormány mellőzte, egyes elemeinek végrehajtását a szintén 2007-ben induló Új Magyarországi Fejlesztési Terv körébe utalta. Az Új Magyarország Fejlesztési Terv szinte minden operatív programja tartalmazott olyan elemeket, amelyek hatással vannak a gyermekes családok, a gyermekek helyzetére. A *Gyerekesély program* céljai szorosan kapcsolódnak az országgyűlési határozatban elfogadott *„Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia* kiemelt fejlesztési irányaihoz, melyek indokoltságát a gyermekek és családjaik nélkülözésének csökkentése, a szegénységi ciklus megszakítása és a fenntartható gazdasági és társadalmi fejlődés feltételeinek megteremtése jelentik. A projekt a Nemzeti Stratégia olyan fejlesztési irányaihoz kapcsolódott közvetlenül, mint a képességek kibontakoztatását, a sikeres iskolai pályafutást segítő intézmények és szolgáltatások fejlesztése, a szegregáció megszüntetése, a gyermekes családokat célzó személyes szolgáltatások és szakellátások fejlesztése, illetve az egészségesebb gyermekkor biztosítása.

Összefoglaló céljai között szerepelt a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben a gyermekek és családjaik helyzetét javító, komplex helyi programok kidolgozásának és megvalósításának elősegítése, valamint a Biztos Kezdet programok szakmai-módszertani megalapozása és országos elterjesztése (Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program, 2006).

A TÁMOP–5.2.1 *Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása és a program kitérése* kiemelt program a Nemzeti Stratégia két elemének – a kora gyermekkori fejlesztés és képességgondozás, valamint kistérségi komplex gyerekszegénység programok – országos kiterjesztését készítette elő (Gyerekesély program, 2011). Az első körben a TÁMOP–5.2.1/07/1 projektszakasz megvalósítása történt meg; 36 hónap állt rendelkezésre, 2008 és 2011 között zajlott le. A TÁMOP–5.2.1/11/1 kódszámú második szakasz 2011-ben indult, megvalósítására 14 hónap állt rendelkezésre (TÁMOP–5.2.1/07/1 tervezési útmutató, 2008; TÁMOP–5.2.1/11/1 tervezési útmutató, 2011).

A *komplex kistérségi programok* megalapozásával a TÁMOP–5.2.1 projekt célja az volt, hogy a szolgáltatások gyermek- és családbaráttá váljanak. Kulcsfontosságú a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, a szegregáció enyhítése. A Gyermekprogram Iroda a komplex kistérségi programok előkészítésébe tizenegy, a harminchárom komplex programmal támogatott leghátrányosabb helyzetű kistérséghez tartozó, együttműködésre nyitott kistérséget vont be. A fejlesztések eredményeképpen a programban részt vevő kistérségek, települések a gyerekek fejlődését, a hátrányos helyzetű családban élők felzárkózását segítő környezetet biztosítanak az ott élő családok számára (TÁMOP–5.2.1/07/1 tervezési útmutató, 2008; TÁMOP–5.2.1/11/1 tervezési útmutató, 2011).

A komplex kistérségi program megvalósításának feltételeit a TÁMOP–5.2.3 *Integrált helyi programok a gyermekszegénység csökkentésére* konstrukciója igyekezett biztosítani. A TÁMOP–5.2.3/09/1 alapvető célja a szegénység, különösen a gyermekszegénység csökkentése és a szegénység újratermelődésének, átöröklésének megelőzése, mindezt a „Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégiához kapcsolódó, helyi szükségletekre épülő gyermek- és ifjúsági politika kialakításával és megvalósításával a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben. A projekt lényeges törekvésként határozza meg a leghátrányosabb helyzetű kistérségeken a jövőbeni gazdasági és jóléti fejlődést megalapozó humántőkeberuházást a jelenkor gyermekeibe: olyan intézményi, szervezeti és társadalmi működésbeli változások elindítását, amelyek révén megkezdődik a helyi szükségleteken alapuló térségi fejlesztések megalapozása a gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének javítása érdekében. Cél, hogy kistérségi szinten javuljon a gyermekeket és családjaikat segítő szolgáltatások minősége, eredményessége és elérhetősége, hogy a gyermekintézményekben, oktatási intézményekben javuljanak a hátrányos helyzetű, szegénységben élő gyermekek részvételi, tanulási és továbbtanulási, ezen keresztül a szegénységből való kikerülésük esélyei. A gyermekek esélyeinek javítása érdekében fejlődnek a közintézmények és a szülők közötti együttműködések, hatékonyabbá válnak a kistérségben működő, a gyermekeket segítő szolgálatok, intézmények közötti munkamegosztás mechanizmusai, az intézmények és szakmai erőforrások kapacitáskihasználásai, a különféle ágazatokhoz, intézményekhez tartozó szakemberek egymást segítő együttműködési formái (TÁMOP–5.2.3/09/1 tervezési útmutató, 2009).

Szintén a TÁMOP–5.2.1 kiemelt projekt keretében kerültek előkészítésre a korai beavatkozást középpontba helyező *Biztos Kezdet program* szakmai-módszertani elemei. A Biztos Kezdet programok országos elterjesztése a TÁMOP–5.2.2 projektben öltött testet.[293] A gyerekszegénység újratermelődésének megakadályozása érdekében szükséges, hogy az ország egyre több hátrányos helyzetű településén és településrészein legyenek elérhetőek a 0–5 éves korú gyerekek és szüleik számára a korai életévekre irányuló képességgondozó, fejlesztő szolgáltatások. A program során cél volt, hogy a részt vevő tanköteleskorba érő gyermekek elérjék a veleszületett képességeik optimumát, a minden fejlődési területet érintő (mozgás, értelem, érzelem, nyelv és kommunikáció, észlelés), szakmailag megalapozott emberi és tárgyi környezet biztosításával. A Biztos Kezdet program szolgáltatásai között szerepel a korai felismerés, az indirekt értékközvetítés, a spontán-játékos tapasztalatszerzés, együttjátszás, a családok és szülők támogatása, a szülők munkába állásának elősegítése, az egészségkultúra fejlesztése, a sajátos nevelési igényű gyermekek és családjuk támogatása, beleértve a szakosított szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A helyi Biztos Kezdet program helyszíne a gyerekház, ahol a kisgyermekkori fejlődést támogató személyes és tárgyi környezet biztosításával, a szülők aktív bevonásával segítik a gyerekek spontán és aktív, koruknak megfelelő játéktevékenység végzését, a szülő-gyerek kapcsolat erősítését, a szülővel való együttműködést a gyermek megfelelő fejlődése érdekében (Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program, 2006). A Biztos Kezdet programnak – a jelenleg működő napközbeni ellátásokkal ellentétben – a közösségformálás, a közösségek megerősítése is célja. Már a kezdetektől kapcsolódik az egyéb helyi programokhoz (kistérségi komplex programok, szociális földprogram stb.), ami segít abban, hogy az egész település életét is előbbre vigye.

A TÁMOP–5.4.1/08/1 *A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása* kiemelt projekt a 2007–2008-as akciótervi időszakban kezdődött el, és 2011-ben zárult le. Célja a szociális szolgáltatások modernizációjának, a központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítésének, valamint a szociálpolitikai döntések megalapozásának segítése. Mindez egy komplex, az érintett szakterületeken dolgozók bevonására, együttműködésére épülő és öt szakmai pillér mentén szerveződő program számtalan résztevékenységéből áll össze. A témánkat érintő pillérek a szociális és gyermekjóléti (és gyermekvédelmi) szolgáltatások megújításához adnak keretet, a szakmai szabályok fejlesztését, ellátási, jogszabályi környezetének feltérképezését, a konzekvenciák feldolgozását, ajánlásokká fordítását tűzték ki célul. A gyermekút vonatkozásában különösen a tevékenységadminisztrációs fejlesztés figyelemre méltó, amely a szociális szolgáltatások folyamatainak leírását, modellezését, új adminisztrációs űrlaprendszer kidolgozását célozta meg a szociális szolgáltatórendszer átláthatóságának, tervezhetőségének javítása érdekében (TÁMOP–5.4.1/08/1 tervezési útmutató, 2008).

293 A Biztos Kezdet program „Sure Start" néven az Egyesült Királyságban indult 1999-ben, a gyermekszegénység és a társadalmi kirekesztettség visszaszorítása céljából. Magyarországon 2004-ben kezdődtek a modellprogramok a hátrányos helyzetű térségekben, a kisgyermekek életkori szükségleteinek megfelelő ellátásának és az őket nevelő családok komplex támogatásának igényével.

8.2.1.3 Egészségügyi ágazat

A kora gyermekkori intervenciót érintő egészségügyi fejlesztésű *TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) programról* 2008 végéig nem készültek részletes tervek, sőt, akciótervi szintjén sem volt elérhető az NFÜ honlapján, ahol jelezték, hogy ez a szakmai előkészítés alatt lévő, előreláthatóan a 2009–2010-es akciótervben megjelenítendő konstrukció a kiemelt projektek közé tartozik. A programot az országgyűlés 2009-ben fogadta el, az előzetes megvalósítási terv elkészült, ám 2010-ben leállt a koordináció, a projekt csak később indult útjára.

Ebben az időszakban vannak ugyan eredmények a várandósgondozás, a kamaszambulancia, a családtervezési programok, a szoptatás népszerűsítése, a szűrések kiterjesztése terén, de az egészségügy szereplői nagyon fontosnak tartanák, hogy a megelőzésen legyen a fő hangsúly, és kevésbé az utólagos kármentésen. A „Közös kincsünk a gyermek" program értékelése során több javaslat is felmerült, amelyek elsősorban a prevenciót kívánták erősíteni, kistérségi centrumok létrehozásával. Ezenkívül kamaszambulanciák beillesztését javasolták a járóbeteg-szakellátásba, gyermek és ifjúsági mentálhigiénés és pszichiátriai ellátás fejlesztését szorgalmazták, régiónként komplex gyermekrehabilitációs ellátás kialakítását tervezték, valamint a multidiszciplináris/multiszektorális együttműködést igénylő népegészségügyi feladatok erősítését és a gyermekek egészségi állapotára, egészségügyi ellátásának minőségére vonatkozó indikátorok meghatározását (például HBSC) indítványozták (Közös kincsünk a gyermek, 2010).

Eredmény, hogy a perinatális, neonatális intenzív centrumok régiónként 200 millió forint műszertámogatást kaptak a TIOP program keretén belül, a Budapesten működő intenzív centrumok pedig egy másik konstrukcióban részesültek az eszköztámogatásból.

8.2.2 Kutatás-fejlesztési projektek

A kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer működéséről a legelső széles körű, feltáró jellegű kutatást 2008–2009-ben a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megbízásából, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány (FSZK) *Korai Intervenciós Központok fejlesztése* című programja keretében a TÁRKI-TUDOK Zrt. kutatóintézet bonyolította le. A vizsgálat az intézményrendszer felvérképezése mellett a rendszer működésében megjelenő problémák elemzését végezte el, javaslatokat tett az intézményrendszer korszerűsítésére, fejlesztési elképzeléseket fogalmazott meg.[294] Többek között becslést tett a kora gyermekkori intervenciót igénylő és abban részesülő gyerekszámra,[295] megállapította, hogy a szabályozási és finanszírozási háttér bizonytalan, a rendszerszerű működés elégtelenségéből adódóan szétaprózott és áttekinthetetlen az intézményrendszer, nincsenek egyértelmű gyermekutak, óriási az információhiány, hiányoznak az együtt-

294 A kutatási eredményeket részletesen lásd: Kereki és Lannert, 2009b.

295 A kutatási eredmények szerint a kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló 6 éven aluli gyerekek száma alsó becsléssel közelítve mintegy 9-10 ezerre tehető, s közülük kb. 5-6000 részesül intézményes ellátásban (oktatási, szociális, egészségügyi intézményekben). A későbbi kutatások magasabb létszámadatokról számoltak be, akár a rászorultak körét, akár az ellátottak számát tekintve.

működések, a minőségi standardok, az egységes diagnosztikai rendszer és az egységes informatikai háttér. Új vizsgálóeljárásokra, átfogó protokollok, irányelvek kidolgozására, korszerűbb eszközök biztosítására, a képzésbeli hiányosságok felszámolására van szükség. Az ellátást, hozzáférést tekintve nagy területi egyenlőtlenségek tapasztalhatóak, de az intézménytípusok, a településtípusok és a szülők iskolázottsága alapján is azonosíthatóak különbségek (Kereki és Lannert, 2009b).

A kutatáshoz kapcsolódóan 2009-ben készült egy másodelemzés, amely megyei szinten vizsgálódott, és a kora gyermekkori intervenciós rendszer működését új megvilágításból, egy anomáliákkal küzdő terület (Borsod-Abaúj-Zemplén megye), egy átlagos (Jász-Nagykun-Szolnok megye) és egy jól működő hálózat (Baranya megye) összehasonlításán keresztül közelítette meg. Az alapkutatás adatain alapuló elemzés rávilágít arra az összefüggésre, hogy a jelzőrendszer működésében, a tájékoztatásban, az információhoz való hozzáférésben megnyilvánuló különbségeknek igen fontos differenciáló tényezője az egészségügyön belüli, illetve az egészségügyi, oktatási és szociális intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége (Kereki, 2010).

A kutatások eredményeinek figyelembevételével 2009–2012 között a TÁMOP–3.1.1 *21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció* kiemelt projekt I. szakaszában a kora gyermekkori intervenció (szűrési és ellátórendszer) hazai viszonyainak további vizsgálatát és fejlesztését célzó, három kutatás-fejlesztési pályázat valósult meg. 2010-ben egyrészt a kora gyermekkori intervenció rendszerszerű megalapozásához regionális helyzetelemzés készült (Kereki, 2011), másrészt három régióban egy pilot program zajlott le egy modell kipróbálására (Czeizel, Kemény és Tóth, 2011). Végül pedig 2012-ben, a jövőbeni fejlesztési elképzeléseket megalapozandó, a kora gyermekkori intézményrendszer teljesítményértékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint a protokollok egységes, átfogó alkalmazására tett stratégiai szemléletű javaslatcsomagok készültek.[296]

A regionális helyzetértékelés ráirányította a figyelmet, hogy a szabályozási szemlélet megújítására lenne szükség, amely az ágazati megközelítéssel koherensen nehezen lefedhető kora gyermekkori intervenciót komplex területként kezeli. A kora gyermekkori intervenciónak egységes rendszerként való értelmezése, ennek a szemléletnek a szabályozásban való tükröződése, valamint a jogszabályok harmonizációja egy kliensközpontú ellátórendszer kialakulását segíti elő. A helyzetelemzés arra is rámutatott, hogy a jogszabályok által meghatározott finanszírozási logika nem illeszkedik megfelelően a korai ellátás finanszírozási igényeihez, a keretek nem alkalmasak az ellátási egyenlőtlenségek felszámolására. Az intézmények együttműködésére és a különböző intézményekben folyó, egymást követő vagy egymással párhuzamos tevékenységek összehangolására, illetve az információk megosztására, kezelésére nincsenek központilag meghatározott protokollok, amelyek a felismeréstől az ellátásba kerülésig pontról pontra rögzítik a gyermek útját, a különböző

296 A Koncepció kialakítása és javaslatok kidolgozása a kora gyermekkori ellátás intézményrendszere teljesítményértékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint koncepció kialakítása az ellátórendszerben használatos protokollok egységes, átfogó alkalmazására című kutatás-fejlesztési programot az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. megbízásából az A.I.M. 2011 konzorcium valósította meg, a kutatást Kereki Judit vezette.

ágazati irányítás alá tartozó intézmények kapcsolódási pontjainak meghatározását. A különböző intézményekben folyó kora gyermekkori intervenciós munkára vonatkozó minőségi előírások nincsenek összehangolva, ezek nem alkotnak egységes, koherens rendszert (Kereki, 2011).

A kutatás eredményei szerint a kora gyermekkori intervenció egységes rendszerének hatékony működése érdekében szükségesnek látszik az ellátásban részt vevő intézmények teljesítményének mérése, összehasonlítása, a jó gyakorlatok azonosítása. A kliens fejlődését mérő és végigkísérő adatgyűjtés, illetve az erre épülő teljesítményértékelési rendszer nélkülözhetetlen az intézmények működésére vonatkozó objektív kép és az összehangolt, egységes minőségen alapuló működési gyakorlat kialakításához (Kereki, 2011).

A kora gyermekkori intervenció rendszerszerű működésének megalapozásához végzett program közvetlen célja az volt, hogy három kiválasztott régióban (Észak-Magyarország, Dél-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl) megvalósított pilot tapasztalatai alapján javaslatot tegyen a kora gyermekkori intervenciós hálózati rendszer kialakítására. Fő célként annak vizsgálatát tűzték ki, hogy a jelenlegi rendszer résztvevői képesek-e a kora gyermekkori intervenció szolgáltatásrendszerében megjelenő feladatigények együttműködésben történő ellátására, valamint hogy megtalálják a jelenleg működő struktúra gyenge pontjait, és feltérképezzék, hogy milyen beavatkozásokra lehet szükség. Egymásra épülő alapképzések biztosításával és folyamatos szupervízióval vállalták a rendszer résztvevőinek „érzékenyítését", támogatását (Czeizel, Kemény és Tóth, 2011).

Az ellátás egységes minőségi kereteinek kialakítása érdekében végzett 2012-es kutatás-fejlesztési program célja egyrészt az intézményi szintű értékelési modell/módszertan alapjainak körvonalazása, másrészt az intézményi szintű adatgyűjtés rendszerének kialakítása, harmadrészt pedig koncepció kidolgozása és javaslatok megfogalmazása volt a kora gyermekkori ellátás protokolljainak egységes alkalmazására. A program a kora gyermekkori intervenció témáját univerzálisan ágazatokat (egészségügyi, szociális, oktatási) átfogó szemléletben közelítette meg.

Feladatai között szerepelt a teljesítményértékelés, az adatgyűjtési rendszer és a kora gyermekkori ellátásához köthető protokollok területén azonosítható nemzetközi jó gyakorlatok és ezek hazai adaptálhatóságának vizsgálata, a hazai kora gyermekkori ellátáshoz köthető intézmények (egészségügyi, szociális, oktatási) értékelési gyakorlatának azonosítása, az intézményi adatgyűjtési rendszer feltérképezése és a különböző ágazatokban használt protokollok alkalmazásának feltárása, továbbá a korai ellátás teljesítményértékelési alternatív megoldásainak, a különböző adatgyűjtési rendszerek összehangolási lehetőségeinek, az adatbázisok összekapcsolási, integrálási lehetőségeinek, valamint egységes szemléletű protokollok kialakításának vizsgálata. A vizsgálatok eredményeiből javaslatcsomagok készültek, amelyek részint az intézmények nemzetközi és hazai – az egészségügyi, szociális és oktatási ágazatban azonosított – értékelési gyakorlata alapján tettek javaslatokat.[297] Ezek

297 A javaslatcsomagokat megalapozó háttértanulmányokat írták: Bakonyi Anna, Danis Ildikó, Gábos András, Horn Dániel, Kereki Judit, Németh Tünde, Micski Judit, Sidlovics Ferenc, Surányi Éva, Szvatkó Anna, Tátrai Annamária, valamint a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara Gazdaság és Vállalkozáselemző Intézetének munkatársai és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet munkatársai.

között olyan tételek fogalmazódtak meg, mint hogy a családokra vonatkozó értékelésben az ellátórendszer hatékonyságának jelzője nem az kell legyen elsősorban, hogy a családok általában elégedettek-e a szolgáltatásokkal, hanem az, hogy a szakembereknek a támogató tevékenységük során sikerül-e megerősíteniük a családok belső erőforrásait a nehézségek hatékony és önálló leküzdése érdekében. Ugyancsak megfogalmazódott a javaslatok között, hogy az ellátórendszer társadalmi hatásainak *(outcome)* mérése ne csupán a gyermekek fejlődésének nyomon követésére irányuljon, hanem terjedjen ki a családok egészének életében bekövetkező változások, valamint az őket körülvevő társadalmi mikrokörnyezet fogadókészségének értékelésére is. Felhívja a figyelmet arra a nagyon fontos tényre, hogy a családi szükségletek komplexitása miatt az ellátórendszer hatékonyságának jellemzésében kiemelt témakör kell hogy legyen a szakmaközi együttműködések megvalósulása. Azt sem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a korszerű elképzelések szerinti szolgáltatások minőségének meghatározásában minden érdekeltet meg kell szólaltatni: egyrészt a szülőket és a gyermekeket, másrészt a finanszírozó szerveket, a szakmai szervezeteket, valamint a kutatókat, szakértőket (Kereki, 2012a; Kereki és Surányi, 2012; Surányi és Kereki, 2012).

A kutatás-fejlesztési program összehasonlította a kora gyermekkori ellátásban részt vevő intézmények által használt adatgyűjtő kérdőíveket, és a nemzetközi jó gyakorlatok adaptálható elemeinek figyelembevételével javaslatot tett a kérdőívek egységes struktúrájára és tartalmi elemeire, valamint az érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) intézményi adatbázisainak összehangolására, a megvalósítás lépéseire. Javaslatot tett továbbá egy egységes adatgyűjtési rendszer kiépítésére, amelyet a korszerű informatikai eszközpark biztosításával és szolgáltatások kialakításával egyidejűleg kell megalapozni, mivel az adatgyűjtés egységesítésének csak az elektronikus adatgyűjtés mellett van értelme. Az egységes adatgyűjtési rendszer költséghatékony megoldását célszerű a feltehetően hosszabb távon heterogén informatikai eszközparkhoz és a modern internetes kommunikációs technológiákhoz igazítani. Az egységes keretrendszerbe integrált adatgyűjtést az információk összekapcsolásával lehet elérni; egyéni azonosító alapján jelennek meg az adatok, amelyek használatára a szakember jogosult. Az adatgyűjtés a munkafolyamatba integrált, a rendszer az individuális adatok alapján generálja a kimutatásokat. A javaslatok között szerepelt egy olyan adatgyűjtési metódus kialakítása, amelynek során a szakember – például a védőnő – ún. felhőszolgáltatás segítségével egy erre a célra kialakított szolgáltatási oldalon vezeti az adatokat, amelyeket egy központi szerveren tárolnak.[298] A bevitt adatokhoz való hozzáférés pontosan szabályozott, a más terület számára fontos adatok meghatározott jogosultságok alapján érhetőek el (Kereki, 2012b, 2012c, 2012d, 2012h).

Több javaslatcsomag tartalmazott a hazai kora gyermekkori ellátás egységes szemléleten alapuló protokolljainak kialakításához megfogalmazott ajánlásokat, amelyek a nemzetközi jó gyakorlatok alapján azonosított, adaptálható elemek segítségével kísérletet tettek a különböző ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) által használatos

298 Ez a javaslat a TÁMOP-6.1.4 kiemelt projektben megvalósítására került.

protokollok összehangolására, az egységes szemléletű protokoll struktúrájának és tartalmi elemeinek meghatározására. Egyértelműen megfogalmazódott egy szabályozott gyermekút kialakításának, a szűrési és a jelzőrendszer újragondolásának, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív kifejlesztésének szükségessége (ami a TÁMOP–6.1.4 projektben azóta már megvalósult). Kiemelt hangsúlyt kapott, hogy a családközpontú megközelítésnek egyre inkább teret kell kapnia a kora gyermekkori intervencióban, ahol nemcsak a gyermek, hanem a család, illetve annak szűkebb környezete áll a szolgáltatás fókuszában, és amely erőteljesen épít a család kompetenciáira és erőforrásaira. Egy működőképesebb rendszer az integrált szolgáltatói hálózat kialakításával, a gyermek és család köré szerveződő interdiszciplináris szakértői team közreműködésével, a családot a felismeréstől az ellátásba kerülésig nyomon követő „kulcsszemély" részvételével érhető el. A team vezetését mindig az a szakember vállalja, aki leginkább kompetens a probléma kezelésében. A szülőkkel való együttműködés, a szülőknek a folyamatokba való bevonása fontos eleme a korszerű kora gyermekkori ellátásnak. Szükség van az ellátásban résztvevők közötti kapcsolattartás formáinak szabályozására (Kereki, 2012e, 2012f, 2012g, 2012i).

Az ellátások minden gyermek és család számára egyenlő elérhetőségét biztosító finanszírozási rendszer kialakítására van szükség. A normatív finanszírozási rendszert úgy kell átalakítani, hogy az a jelenleginél hatékonyabban garantálja az ellátásokhoz való egyenlő hozzáférést. Az átalakítás az ágazati, igazgatási és költségvetési jogszabályok összehangolását igényli. A kora gyermekkori intervenciós tevékenység finanszírozásának nem az intézményhez kellene kötődnie, hanem az ellátásban részesülő gyermekhez. Célravezető lenne, ha a gyermek szükségleteihez igazítva az ellátási formát, egy szolgáltatási csomagot kínálnának fel neki, illetve a családnak, ehhez kalkulálva az egyedi ellátási költségeket. Az összeget a család kapná kézhez például egy utalvány formájában, és a javasolt helyszíneken az ellátásokat, terápiákat ennek segítségével vehetnék igénybe, illetve a juttatásokat is ez a csomag tartalmazná. Fontos továbbá világos stratégiát kialakítani az állami intézményes ellátórendszer és a magánjellegű ellátások közötti viszony rendezésére – mind a szakmai standardok, mind pedig a finanszírozási támogatásokhoz való hozzájutás tekintetében. Az ellátórendszer információhiányossága miatt a jelzőrendszer sok esetben nem az állami ellátásokba irányítja a családokat, hanem azokhoz a magánellátásokhoz, melyekért fizetniük kell. A teljesítményértékelés és az intézmények szakmai beszámolási kötelezettsége szükséges, hogy a magánellátásokra is kiterjedjen (Kereki, 2012f).

A megvalósuló kutatási projektek eredményeként 2013-ra egyrészt több részterületre vonatkozóan is alapos helyzetkép állt rendelkezésre a kora gyermekkori intervenció magyarországi helyzetéről – különös tekintettel annak a köznevelést érintő tevékenységeiről, legsürgetőbb, megoldásra váró problématerületeiről –, másrészt olyan konkrét, kidolgozott javaslatok születtek, amelyek – összhangban a köznevelési rendszer átalakulásával – bemenetet biztosítottak a 2012 utáni időszak fejlesztési elképzeléseihez.

8.2.3 A 2013 végéig és azt követően a megvalósítást megkezdő fejlesztési programok célrendszere, tevékenységei és publikus eredményei 2015 végéig

8.2.3.1 Köznevelés

A 2012–2015 között zajló TÁMOP–3.1.1 *21. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) II. szakasz* kiemelt projekt átfogó célja a közoktatás-fejlesztés szakmai, informatikai támogatása, minőségbiztosítása és nyomon követése volt, a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvénynek és az új tartalmi szabályozóknak megfelelően a köznevelés (közoktatás) információs rendszeréhez kapcsolódóan. A megújuló köznevelés jegyében az óvoda-iskola átmenet, az esélyteremtés, a hátránykompenzáció területén kiemelt célként fogalmazódott meg, hogy valamennyi tevékenységben jelenjenek meg az esélyteremtést és a sajátos nevelési igényű, valamint a beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzdő gyermekek egyenlő hozzáférését támogató programelemek. Ennek megfelelően a projekt részét képezte a diagnosztikus eszközök fejlesztése, a kora gyermekkori ellátórendszer és a munkaerőpiaci átvezetés támogatására kutatás-fejlesztési pályázatok kiírása és megvalósítása, a hiányterületeken képzési programok fejlesztése és szervezése, illetve információs felület működtetése szakemberek, intézmények és családok számára. A Köznevelési Információs Rendszer (KIR) működését megalapozó szolgáltatások újragondolása és az elérhetőségét biztosító infokommunikációs megoldások korszerűsítése, valamint a digitális írástudás fejlesztése mellett az elképzelések az óvodai fejlesztésekre fókuszáltak. Az óvodai fejlesztés két releváns terület feltárására és fejlesztésére koncentrál: a kutatási program az eredményes óvoda-iskola átmenet és a hátránycsökkentés hazai tudásait és jó gyakorlatait elemzi nemzetközi kitekintéssel, adaptálható elemek bevonásával. A kutatás-fejlesztés intézményi szintű és rendszerszintű javaslatokkal támogatja a jogalkotót: a specifikált – intézményi szintű és rendszerszintű – javaslatok alapján stratégiai dokumentum készül a területek hosszú távú fejlesztése érdekében. A feltárt eredmények és tudások tartalma alapján óvodapedagógusok, köztük óvodai szakértők képzésére került sor (TÁMOP–3.1.1 II. szakasz, é. n.).

A kiemelt projekt korai ellátásra vonatkozó részében kidolgozásra és kipróbálásra került a kora gyermekkori intervenció rendszerében használható kliensútmodell, amely elsősorban a különböző ágazati szereplők együttműködésének hatékonyabbá tételét, a kompetenciák bővítését és a minél korábbi ellátásba kerülést célozta (Kereki, 2015c). Szintén a kiemelt projektben került kifejlesztésre a kora gyermekkori intervenció köznevelési feladatait szabályozó öt specifikus protokoll is (Bacsa, 2014; Meló J.-né, 2014; Szabóné Harangozó, 2014; Varga D., 2014), továbbá standardizálásra került öt, nyelvi képességet vizsgáló hazai fejlesztésű vizsgálóeljárás. A pedagógiai szakszolgálatok mindezeket az anyagokat megkapták további felhasználásra.

A TÁMOP–3.4.2/B *Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)* című kiemelt projekt a pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásainak korszerűsítésére, a szakemberek tudásának bővítésére irányult. Ebbe beletartozott a szakszolgálati

intézményrendszer átalakulásához nyújtott szakmai segítség, az intézmények infrastrukturális fejlesztése, korszerű eszközfejlesztés, a szakmai tudások bővítése, a szakemberek továbbképzése, valamint a szakszolgálati munkát segítő integrált nyomon követő rendszer (INYR) kiépítése is. A projekt célja volt, hogy országos szinten legyen biztosított, hogy a pedagógiai szakszolgálati intézményekben a gyermekek, a tanulók és családjaik Magyarország egész területén, azonos színvonalon, helyben vagy a lakóhely körzetében jussanak elérhető, korszerű, komplex, tudatosan szervezett ellátáshoz (TÁMOP–3.4.2, é. n.). A pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeinek támogatására tíz protokoll készült el, köztük a kora gyermekkori intervencióra és a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás tevékenységére kifejlesztett szakterületi protokoll (lásd *Hazai szabályozási és finanszírozási környezet* című fejezet).

8.2.3.2 Szociális ágazat

A 2008 óta folyamatosan működő TÁMOP–5.2.1 kiemelt projekt célja a helyi innovatív gyerekesély projektek módszertani megalapozása, valamint folyamatos szakmai támogatás nyújtása számukra annak érdekében, hogy javuljon a gyermekekre és családjaikra irányuló szolgáltatások és programok színvonala és elérhetősége, ezáltal pedig javuljanak a gyermekek felzárkózási esélyei, növekedjenek a gyermekeket nevelő családok kompetenciái, öngondoskodási ereje, és hosszú távú, konstruktív együttműködés alakuljon ki a helyi szereplők között. A kiemelt projekt támogatja a következő, már megvalósítás alatt álló helyi gyerekesély projekteket: (1) a TÁMOP–5.1.1/1/2 és TÁMOP–5.2.2 konstrukciók alapján létesült *Biztos Kezdet Gyerekházak* (44 gyerekház); (2) a *TÁMOP–5.2.3 Integrált helyi programok a gyerekszegénység csökkentésére* komplex kistérségi gyerekesély projektek (5 LHH kistérség); (3) TÁMOP–5.2.3/A *Integrált térségi programok a gyerekek és családjaik felzárkózási esélyeinek növelésére* (6 LHH kistérség). A kiemelt projekt támogatja továbbá a helyi kistérségek fejlesztésére irányuló TÁMOP–5.1.1.A–11/1 és TÁMOP–5.1.1.B–11/1 című konstrukció projektjeit is. A TÁMOP–5.2.1 kiemelt projekt és a kapcsolódó helyi gyerekesélyprojektek együttesen alkotják a Gyerekesély programot. A működő Biztos Kezdet Gyerekházak, illetve 11 LHH térségben futó komplex gyerekesély program mellett maximum 15 újonnan belépő, jellemzően a legnehezebb helyzetű térségek felkészítését és projektjeik kísérését kell végeznie a programnak, amelynek keretében új Biztos Kezdet Gyerekház-szolgáltatások is létrejönnek. (TÁMOP–5.2.1/12/1 pályázati útmutató, 2012).

A TÁMOP–5.4.1. modernizációs projekt második, 2011–2014 közötti szakaszában az Akcióterv alapján a modernizációs folyamatba bevont szolgáltatások körének bővítésére került a hangsúly. A TÁMOP–5.4.1/12/1 *A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása* kiemelt projekt a szociális igazgatási rendszer finanszírozási, ellátásszervezési és forráselosztási útjait határozta meg, illeszkedve a szakmai szabályzókhoz. Ebben az időszakban a rendszer működésének minden eleme modellezésre került, biztosítva ezzel a bevezetés sikerességét. Az elképzelések szerint a fejlesztés közép- és hosszú távon kívánta javítani a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok hozzáférését az eddiginél jobb minőségű,

hatékonyabb szociális és gyermekvédelmi szolgáltatásokhoz. A kialakításra került struktúra és a konstrukció keretében végzett munka a szolgáltatási rendszer reformjához igyekezett hozzájárulni, az elkészült szakmai szabályzókat az újonnan kialakítandókkal egy rendszerbe foglalva. Úgy gondolták, lehetővé válik a szolgáltatások szabályozóinak a változóban lévő szociális igazgatás igényeinek megfelelő kialakítása (TÁMOP–5.4.1/12/1 tervezési útmutató, 2012).[299]

A TÁMOP–5.4.1/12/1 kiemelt projekt vállalásai között szerepelt, hogy konzorciumi partnerként szorosan együttműködik a TÁMOP–5.4.2 kiemelt projekt keretében létrejövő ágazati informatikai rendszer kialakításában. A TÁMOP–5.4.2 *Központi szociális információs fejlesztések* program fő célja a szociális ágazati adminisztráció tevékenységeit széles körben támogató, átjárható és egymáshoz illeszkedő informatikai rendszer fejlesztése volt. Célul tűzte ki továbbá egy olyan informatikai rendszer létrehozását, amely megbízható, egységes információkon, adatokon alapul, ezáltal könnyebben követhető a szociális szolgáltatások, ellátások, támogatások igénybevételének módja, szakmai megvalósulásuk, és könnyebben kiszűrhetővé válnak az ellátási és elbírálási rendszer belső ellentmondásai, párhuzamosságai. A központi információs rendszer támogatásával előreláthatólag csökkenthető lesz a papíralapú adminisztráció is. Hosszú távú célként egy olyan országos hatáskörű rendszer kialakítását jelölte meg a projekt, amely a szociális ágazatban érintett személyek, szervezetek számára egy közös információs platformot biztosítana. Fontos feladat, hogy a jelenleg használt rendszereket korszerűsítsék, és integrálják a központi rendszerbe. A rendszer a pénzbeli ellátások, a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások, ellátások finanszírozásának és forráselosztásának, valamint korszerű feladatellátásának átláthatóságát és tervezhetőségét közvetlenül támogató eszköz létrehozását is biztosítja (TÁMOP–5.4.2, é. n.).

A TÁMOP–5.4.9/11/1 *Modellkísérleti program az alapszolgáltatások funkcionális összekapcsolására* pályázati program alapvető célja a szociális és gyermekjóléti alapellátások fejlesztése, működési hatékonyságának javítása olyan szolgáltatási, szolgáltatás-koordinációs kialakításával, mely a lakosság problémáira komplex megoldást nyújt, a felmerülő igényeknek megfelelően működő, problémacentrikus, rövid reakcióidejű szolgáltatások kialakításával. A pályázati programnak és az egyes kedvezményezetteknek – tekintettel a szolgáltatásfejlesztési jellegre – szorosan együtt kell működniük a szociális szolgáltatások modernizációját szolgáló TÁMOP-konstrukciókkal (TÁMOP–5.4.1). Részcéljai között megfogalmazódik a szolgáltatások hatékonyságának növelése annak érdekében, hogy az ellátotti célcsoport szükségleteire épülő, komplex szolgáltatásnyújtás jöjjön létre, és az elért célcsoport erősebb ön-érdekérvényesítő és önellátási képességet alakíthasson ki. Ugyancsak törekszik a szociális szolgáltatások rendszerének egyéb szolgáltatásokkal való kiegészítésére annak érdekében, hogy a problémamegoldó szolgáltatásnyújtás során, az adott szolgáltatáshalmaz egészében adjon választ az ellátott és családja problémájára. Fontos még a hatékony szolgáltatás-koordináció, mely túlnyúlik adott ellátások keretein,

299 A projekt honlapja elérhető az alábbi címen: http://modernizacio.hu/old/index.php?id=13 TÁMOP–5.4.1 Modernizációs Projekt. (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)

és az ellátási területen lévő erőforrások egészére alapoz, illetve a saját lakókörnyezetben való életvitel támogatása (szemben az intézményi elhelyezéssel) (TÁMOP-5.4.9/11/1 pályázati útmutató, 2012).

A TÁMOP-5.2.6 *A korai életszakaszban feltárt fejlődési rendellenességek, lemaradások kezeléséhez való hozzáférések javítása* projekt átfogó célja a kora gyermekkori intervenció területén működő, hangsúlyosan a „szociális" modell szemléletét követő nemzetközi gyakorlatok hazai, elsősorban 0–3 éves korosztályra történő adaptációjával olyan szolgáltatások bevezetése és elterjesztése, amely a problémák mielőbbi, korai életszakaszban történő felismerésével hozzájárul az érintett gyermekek és családok életminőségének javításához. Fontosnak tartja, hogy a szociális területen dolgozó szakemberek képessé váljanak az interdiszciplináris és ágazatközi együttműködés keretein belül a családközpontú, kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások kiterjesztésével, megerősítésével az arra rászoruló gyermekek és családjaik szociális prevenciójára, szociális készségeik fejlesztésére (TÁMOP-5.2.6/13/1 tervezési felhívás, 2014). Ennek érdekében külföldi módszerek hazai adaptálásával képzések lebonyolítására vállalkozott (Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 2015).

8.2.3.3 Egészségügy

Négyéves előkészítő munka után 2012 októberében indult útjára (és 2015. november végén zárult) a TÁMOP-6.1.4 *Koragyermekkori (0–7 év) program elnevezésű kiemelt projekt.* Célja a 0–7 éves korú gyermekek – különösen a speciális támogatást igénylő gyermekek – sikeres és egészséges életkezdésének támogatása, az ehhez szükséges feltételek biztosítása, a gyermekek esélyeinek növelése, a gyermekek fejlődését akadályozó rendellenességek korai életkorban való felismerése és a problémák megoldásában érintett szakemberek figyelmének felhívása, a személyre szabott segítség biztosítása.

A konstrukció középpontjában – mint közvetlen célcsoport – az egészségügyi alapellátás szakemberei (védőnői szolgálat, a házi gyermekorvos, a vegyes praxisú háziorvos), illetve a gyermekek szülei állnak. A projekt magában foglalja a gyermekek fejlődését befolyásoló rizikó- és védőfaktorok felmérését, a gyermekek fejlődésének nyomon követését, az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrését. Ezenkívül támogatást nyújt a szülők számára gyermekük fejlődésének megfigyeléséhez, értékeléséhez, kibontakoztatásához és a felmerülő problémák megoldásához [TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, 2012]. Sok országban használnak szülői megfigyelésen alapuló kérdőíveket a gyermekek fejlődésének nyomon követésére, de világviszonylatban is egyedülálló, hogy Magyarországon a program eredményeként minden csecsemő és kisgyermek fejlődésének követése megvalósul. A projekt által kifejlesztett szülői megfigyelésen alapuló kérdőív egy komplex szűrőrendszer részét képezi. Ehhez tartozik a szintén új elemként megjelenő rizikókérdőív is, továbbá kapcsolódnak hozzá a korszerűsített, egységes védőnői státuszvizsgálatok, életkorhoz kötött orvosi szűrővizsgálatok, valamint az ezekre épülő gondozási tervek [TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, 2014].

A gyermeki fejlődés korcsoportonként és fejlődési területenként való leírásával, a tipikus nevelési problémák ismertetésével, a fokozott gondozást igénylő ellátottak

gondozásának bemutatásával gyakorlatközpontú módszertani kézikönyvek segítik az egészségügyi alapellátók munkáját. A projektben – többek között – nyolc irányelv kifejlesztése is megvalósult, valamint feltárásra és rendszerezésre kerültek a jelenlegi hazai ellátási, fejlesztési lehetőségek, amelyek hatékonyabbá teszik a szakemberek közötti együttműködést, segítik a korai intervencióra szoruló gyermekek szüleit a mielőbbi és megfelelő ellátásba jutáshoz. Szülőknek és szakembereknek kifejlesztett portálokon válnak hozzáférhetővé kulcsfontosságú információk (lásd: www. koragyermekkor.hu és www.gyermekalapellatas.hu).

Ezzel párhuzamosan a projekt az egészségügyi alapellátás szakembereinek hatékonyabb munkavégzését a módszertani anyagok tananyagokká való átültetésével és képzéssel is támogatta. Többféle továbbképzési program szolgálta az alapellátásban dolgozók korszerűbb, egységesebb tudásának megalapozását. A védőnők, a házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok adatgyűjtése a gyermekekről nem megfelelő, illetve a köztük lévő adatáramlás lassú, megbízhatatlan, csak töredéke történik elektronikusan. A projektben ezért egy egységes védőnői informatikai rendszer kifejlesztésére került sor, amely az adminisztráció csökkentését és az adatáramlás megkönnyítését szolgálja. Az alapellátók képzése és az informatikai fejlesztés mellett a projekt a szülők számára is háttértámogatást nyújt a gyermekeik fejlődésének kibontakoztatásához és a felmerülő tipikus nevelési problémák megoldásához [TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, 2012].

A TÁMOP–6.1.4 keretében egy gyermekút-algoritmus kidolgozására is sor került, amely már korábbi kutatás-fejlesztési projektek eredményeire épített (Kereki és Lannert, 2009b; Kereki, 2011, 2012a, 2012b). A projekt lehetséges gyermekút-algoritmus javaslata az azonosított problématerületeket figyelembe véve, a nemzetközi jó gyakorlatok adaptálható elemeit felhasználva egy koncepciójában új modell leírására vállalkozik. Fontos lépésként határozza meg egy koordináló ágazat kijelölését, amelyet a gyermek első három évében az egészségügyi ágazat kompetenciájaként határoz meg. Nemcsak a továbbküldési utakat, de a jelzési utakat és a teendők pontos meghatározását is szükségesnek tartja leírni. Új elem beépítésével (az ún. koordinációs csoport működtetésével) biztosítja a koordináltabb ellátást, a továbbküldési utak áttekinthetőségét (Kereki és mtsai, 2014). (Leírását bővebben lásd a *Perspektívák, megoldási lehetőségek* című fejezetben.)

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal keretei között működtetett Védőnői Módszertani Osztály feladatai közé tartozik a fenntartási időszak alatt többek között: a védőnői szolgálat működésével és a védőnői tevékenységekkel/feladatokkal kapcsolatos országos szakmai-módszertani programok és tevékenységek fejlesztésének, szervezésének és működtetésének segítése; a továbbképzések fejlesztésében, koordinálásában való közreműködés; a társszakmákat képviselő szervezetekkel, testületekkel, intézményekkel való kapcsolatfelvétel, együttműködés, szakmaközi harmonizáció kezdeményezése; az új informatikai keretrendszer indításához a területi védőnők számára szakmai támogatás nyújtása stb. [TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, 2015].

8.3 Összefoglalás

Az elmúlt évek fontos fejleménye volt, hogy a kormányzati fejlesztések között megjelentek olyan programok, amelyek a gyermekek egészséges fejlődésének támogatását, illetve a korai ellátórendszer szolgáltatásaihoz való hozzáférést javítják. Több kormányzati fejlesztési program fókuszált a gyermekek egészséges életkezdetének támogatására, illetve az iskoláskor előtti gyermekeket és családjukat ellátó rendszer korszerűbb, hatékonyabb, az ellátási szükségletekhez jobban igazodó működésének kialakítására.

A meghatározó stratégiai elképzelések különböző ágazatok égisze alatt futó fejlesztési tervek, programok formájában öltöttek testet. 2007 és 2013, illetve 2015 decembere között mindhárom ágazatban, az köznevelés, a szociális és az egészségügy területén is több olyan program, kutatási-fejlesztési projekt indult és zárult le, amely a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódott, célul tűzve ki egyrészt a speciális támogatást igénylő, iskoláskor előtti gyermekek és családjaik szolgáltatásokhoz való hozzáférésének feltérképezését, valamint az ellátások, szolgáltatások hatékonyabb működésének/működtetésének megvalósítását. A programok az előző ciklus tapasztalatait felhasználva, a különböző ágazati elképzeléseket és tevékenységeiket összehangolva próbálták megvalósítani kitűzött céljaikat. A projektek legkésőbb 2015. december végéig lezárultak.

A kora gyermekkori intervencióval kapcsolatos fejlesztések sikerességét és a téma fontosságának felismerését mutatja, hogy 2014–2020-as fejlesztési időszakra vonatkozóan az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) tervezett céljai között a *Társadalmi együttműködések erősítése* prioritáson belül *A minőségi feladatellátást támogató eszközök és alkalmazások fejlesztése, illetve a korai intervenció megerősítése* intézkedésének részét képezi a *kora gyermekkori intervenció rendszerszintű fejlesztése*. A dokumentum megfogalmazza, hogy a több szakterület közös fellépésén alapuló beavatkozás alapvetően szervezési, rendszerfejlesztési és szervezetműködtetési tevékenységekre irányul, és egységes szemléletben valósítható meg. „Ennek érdekében szükséges a szabályozás és finanszírozás átalakítása, közös protokollok kidolgozása, közös gyermekút alkalmazása, a szolgáltatások típusainak bővítése, hálózatos formában való működésének elősegítése, egységes szűrési, mérési, értékelési rendszer kialakítása, továbbá korszerű adatstruktúra kialakítása. Ehhez szükséges a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások ellátási egyenlőtlenségeinek csökkentése, különös tekintettel a kistelepülésekre, a szociálisan hátrányos helyzetű családokra, illetve iskoláskor előtti gyermekekre. Az intézkedésben lehetőség van a beavatkozásokat megalapozó kutatások, tudományos elemzések elvégzésére, módszertani fejlesztésre, a kapcsolódó képzések kidolgozására és lebonyolítására, továbbá az NTFS céljainak szakpolitikai fejlesztésekben való érvényesülését segítő eszközök alkalmazására. Az intézkedés tartalmazza a megfogalmazott célok eléréséhez szükséges informatikai fejlesztéseket is a következő területeken: a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátórendszer összehangolt és költséghatékony működéséhez szükséges informatikai beavatkozások, valamint az egészségügyi intézményi belső és külső folyamatok informatizáltságának növelése, illetve az egészségügyi intézményi rendszerek standardjainak kidolgozása, egységes archiválási gyakorlat kialakítása […] az egészségügyi központi szolgáltatások igénybevételéhez

szükséges infrastruktúra kialakítása, üzemeltetési háttér megteremtése, biztonságának növelése…" (EFOP 2014–2020, 2014).

A megfogalmazott prioritást követve, 2017 februárjától egy átfogó, komplex fejlesztési elképzelést tartalmazó kora gyermekkori intervenciós ágazatközi projekt indult el. A projekt fő célja egy hatékonyabban működő korai ellátórendszer kialakítása. Ennek érdekében megtörténik egy olyan, a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket összekötő gyermekút kialakítása és működési gyakorlatba való átültetése, amely interdiszciplináris együttműködésen alapuló szolgáltatói modell kialakításával együtt valósul meg. Mindemellett a projektet előkészítő szakmai koncepció többek között megfogalmazza, hogy a kisgyermekekkel foglalkozó szakemberek helyi együttműködésének javításához a szabályozás és a finanszírozás egységes szemléletű átalakítása, összehangolása, közös irányelvek, protokollok kidolgozása, szakmai legitimációjának megteremtése szükséges. Továbbá kompetenciáik növeléséhez, egységes szemléletük formálásához, a családokkal való partneri együttműködés kialakításához a különböző ágazatokban dolgozó szakemberek közös képzéseinek lebonyolítása, mentálhigiénés támogatása is elengedhetetlen. Ugyanígy fontos a szülők felkészítése és kompetenciáik növelése, a gyermeki fejlődésről, az eltérések felismeréséről, az ellátórendszer ismeretéről való tudásuk bővítése. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés javításához egyrészt a szolgáltatáshiányos területekre a szolgáltatások eljuttatásához egy komplex mozgó szakszolgálati modell kialakítása, működtetése és hosszú távon való fenntarthatósága a cél. Másrészt az intézménystruktúra működési szempontú korszerűsítése, a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése, a szülők és a szakemberek részére egységes tájékoztatási rendszer kialakítása szükséges. Cél még a korszerű adatstruktúra kialakítása, az adatgyűjtések összehangolása, egységes, a gyermekút nyomon követésére alkalmas informatikai háttér kialakítása, informatikai interface-kapcsolat megteremtése az érintett ágazatok háttérintézményei által kezelt adatbázisok átjárhatóságával, továbbá egységes szűrési módszerek, vizsgálóeljárások bevezetése, új vizsgáló- és fejlesztőeljárások kidolgozása, illetve adaptálása, vizsgáló- és fejlesztőeszközök beszerzése. Végül a megvalósíthatóság érdekében az egyes ágazatok továbbképzési rendszereinek összekapcsolódása, a beszámítási rendszerek harmonizációja szükséges.

9 PERSPEKTÍVÁK, MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK

A kora gyermekkori intervenció működése kapcsán megfogalmazódó problémák, így a széttöredezett intézményrendszer, a különböző ágazati irányítású intézményeket összekötő gyermekút/kliensút rendszerszintű működésének hiánya, az együttműködések összehangolatlansága, az információhoz és az ellátáshoz való hozzáférés nehézségei stb. a szolgáltatás értelmezésének újragondolását, a szolgáltatói rendszer átkeretezését indukálják. A hazai ellátórendszer átalakításánál, illetve korszerűsítésénél – természetesen a jelenlegi gazdasági, társadalmi, intézményes feltételekhez alkalmazkodva – figyelembe kell venni azokat az általános nemzetközi trendeket, amelyek egy korszerűbb szemléleti háttér megalapozásán keresztül biztosítják az ellátás hatékonyságának és eredményességének a növekedését. (Ezeket *A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzete* című fejezetben ismertettük.) Kiemelésre érdemes azonban néhány vonatkozás, amely a hazai ellátórendszer működésének filozófiájában is erőteljesebb hangsúlyt kell hogy kapjon.

9.1 CSALÁDKÖZPONTÚ ELLÁTÁS

Az elmúlt években a *családközpontú szolgáltatások* szerepe felértékelődött, a gyermek mellett a család, sőt a kiterjedt család, annak környezete és körülményei is a szolgáltatások fókuszává váltak (Bernheimer és Weisner, 2007; Coulthard, 2009), a fragmentált szolgáltatásoktól elmozdulás történt a családoknak nyújtott holisztikus megközelítésű, egységes integrált szolgáltatások felé (Guralnick, 2008). A szakértőközpontú megközelítést a családalapú, családfókuszú, illetve családközpontú gyakorlat váltotta fel (Espe-Sherwindt, 2008). Jelenleg a szakirodalomban mindhárom kifejezés használatos, egymás szinonimáiként jelennek meg. A szolgáltatásnyújtásnál általánossá vált az a felismerés, hogy minden család egyedi, a gyermek életében az állandóságot jelenti, és a családtagok a legjobb szakértői a gyermek szükségletei felismerésének, képességei kibontakoztatásának, a fejlődés támogatásának és a gyermek életminősége növelésének (Larkin és Moore, 2005; Bruder, 2010). A szociális élmények megszerzése szempontjából a leghatékonyabb stratégia a gyermek direkt tapasztalatokon keresztüli tanulásának és fejlődésének támogatása, a szülőknek a gyermekük viselkedésére adott érzékeny, válaszkész magatartása, a természetes tanulási környezet biztosítása. A szülőkkel való együttműködést tekintve a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások fő célja a családok támogatása annak érdekében, hogy gyermekük tanulását, fejlődését elősegítő élményeket, megfelelő ingerekkel

teli környezetet biztosítsanak gyermekük számára. A legfontosabb stratégiai elv ebben a tekintetben a szülők és szakemberek közötti együttműködés, a családközpontú gyakorlat, a magas minőségű technikai támogatás (Moore, 2011, 2012).

A kutatások egyértelműen megállapítják, hogy a gyermekek érzelmi jólléte erőteljesen függ a körülöttük lévő, róluk gondoskodó személyek jóllététől. Mentális egészségi problémáik a családjuk és a környezetük kontextusában értelmezhetőek. Szükségleteiket olyan koordinált szolgáltatásokkal lehet a legjobban kielégíteni, melyek teljes kapcsolati környezetüket figyelembe veszik, beleértve a szüleiket, a szélesebben vett család tagjait, a védőnőt, a családgondozót, a korai gondozásban vagy nevelésében részt vevő intézmények érintett szakembereit és/vagy a gyermek mentális egészségével foglalkozó szakembert. Ugyanakkor a gyermeket nevelő felnőtteknek nyújtott mentális szolgáltatásoknak is nagyobb hatásuk van akkor, ha a gyermekük szükségleteit is alapvetően szem előtt tartják (Center on the Developing Child, 2015b; National Scientific Council on the Developing Child, 2008, 2012).

A korábbi hagyományos megközelítéshez képest, amely a gyermek elmaradásaira, hiányosságaira, fogyatékosságára fókuszált, és azt direkt módon kezelte, ma már az erősségek és erőforrások támogatásán van a hangsúly mind a gyermek, mind a szülők szempontjából (Turnbull, Turbiville és Turnbull, 2000). A szakemberek feladata a képességek és erősségek azonosítása, fejlesztése és olyan stratégiák kidolgozása, amelyek ezekre a képességekre építenek annak érdekében, hogy a gyerekek a saját környezetükben tudjanak működni (Moore, 2012). A családközpontú szolgáltatásnyújtásban az összes családtag szükségleteit és erősségeit figyelembe veszik, és építenek rájuk. A család annak érdekében dolgozik együtt a szakemberekkel, hogy közös döntéseket tudjanak meghozni a szükséges szolgáltatásokról és a támogatásokról (Larkin és Moore, 2005). Mindemellett a szakembereknek képeseknek kell lenniük arra, hogy ismerjék a családok általános és specifikus szükségleteit is, megértsék a gyermek eltérő vagy megkésett fejlődésével kapcsolatos, a családtagokat, a szülőket, nagyszülőket, testvéreket érintő érzelmi hatásokat, és ezeket figyelembe is vegyék a szolgáltatás tervezésénél. Fontos a szociális támogatási háló és a közösségi erőforrások azonosítása és mobilizálása, a család kulturális hátterének, a specifikus kultúrának, illetve preferált kommunikációs formáinak ismerete, valamint annak tudása, hogy a kulturális értékek és nézetek hogyan hatnak a gyerekekkel, családokkal és a szakemberekkel való interakciókban. Ugyanígy a családokra hatást gyakorló helyi politikai intézkedések és gyakorlatok ismerete is szükséges (Coulthard, 2009). Ez a szemléler a családokra vonatkozó értékelést is áthatja, hiszen ebben a keretben az ellátórendszer hatékonyságának jelzője nem elsősorban a családok elégedettsége, hanem inkább az, hogy a szakembereknek sikerül-e megerősíteniük a családok belső erőforrásait a nehézségek hatékony és önálló leküzdése érdekében (Robertson és Messenger, 2010b).

9.2 INTEGRÁLT SZOLGÁLTATÓI RENDSZEREK

Egy-egy szolgáltatás általában nem képes egymagában ellátni a komplex családi szükségleteket, erre azok az integrált szolgáltatási rendszerek alkalmasak, amelyek sokféle szükségletre képesek reagálni. A nemzetközi tapasztalatok szerint a működőképes kora gyermekkori

intervenciós rendszerek a koordinált, interdiszciplináris együttműködésen alapuló, integrált szolgáltatói hálózatok kialakítása mellett köteleződtek el. Kétségtelen azonban, hogy ezek inkább a jó gyakorlatok, helyi programok szintjén valósulnak meg, és nem rendszerszintű szervezettség jellemző rájuk (Moore, 2011; KPMG, 2014), továbbá nem is mindig költséghatékonyak, különösen az alacsony és közepes jövedelmű országokban (Woodhead és mtsai, 2014).

Széles körű egyetértés fogalmazódik meg abban a tekintetben, hogy az integráltabb szolgáltatásnyújtás szempontjából a multiszektorális megközelítéstől az interszektorális, azaz az ágazatok közötti irányba való elmozdulás eredményesebben és költséghatékonyabban működő rendszert eredményez. Abban már kevésbé van egyetértés, hogy a kora gyermekkori fejlődéshez köthető rendszerek teljes integrációjának megvalósítása (a szakpolitikától a szolgáltatói rendszerig) mennyire lehetséges. A hatékonyan működő integrált rendszer egyes szintjeit Woodhead és munkatársai egy létra fokaihoz hasonlították (lásd *9–1. ábra*).



5. Az irányítás, a finanszírozás, a szolgáltatásnyújtás, a képzés stb. teljes integrációja; minden szinten a szolgáltatások felhasználóig, a nemzeti politika és/vagy minisztérium vezetésével.

4. Részleges integráció: közös szakpolitikák és/vagy kombinált szolgáltatások, beleértve a nemzeti, helyi önkormányzati vagy közösségi kezdeményezéseket.

3. Aktív ágazatközi együttműködés, például közös tervezés, közös irodai elhelyezés, közös képzés, minőségi standardok, felülvizsgálatok.

2. A szerepek, célok és a szolgáltatásnyújtás alapszintű koordinációja, hatékony ágazatközi kommunikáció minisztériumi és önkormányzati szinten.

1. Ágazati szemléletű szolgáltatás a szakpolitikák, szolgáltatások és személyek stb. közötti minimális kapcsolattal.

0. A szektorok és szolgáltatások minden szintjén jelen lévő szétszórtdezestség.

9–1. ábra: Az integrált rendszer „létrafokai". Forrás: Woodhead és mtsai, 2014

Az integrált, de legalábbis koordinált rendszerekről általában elmondható, hogy holisztikus szemléletűek, a működésüket erőteljesen befolyásolja az a felismerés, hogy a gyermekekre és családokra irányuló beavatkozások nem különíthetőek el egyes ágazatok szerint.

A multiszektorális, integrált szolgáltatások biztosítják leginkább, hogy minden gyermek egyenlő eséllyel elérje fejlődésének teljes potenciálját (Engle és mtsai, 2011; Neuman és Devercelli, 2013; KPMG, 2014), ugyanakkor költséghatékonyság szempontjából az ágazatspecifikus szolgáltatási platformokra épülő integrált ellátás tűnik leginkább célszerű és gyakorlatias útnak (Woodhead és mtsai, 2014).

Woodhead és munkatársai szerint a *horizontális integráció* koordinációt igényel a különböző ágazatok ellátórendszerei között, ám az integráció biztosítása kapcsán felmerülő addicionális kihívásokat még a szektorokon belül is gyakran alábecsülik. Goodwin és Ferrer (2013) elképzelésére hivatkoznak, akik az ellátórendszeren belül a horizontális integráció öt fő típusát különböztetik meg: (1) funkcionális (például források, tervezés, beszámolási és monitoring-rendszer közötti); (2) szervezeti (például különböző intézmények vagy programok közötti); (3) szakmai (például különböző fokozattal rendelkező szakemberek között); (4) program-/gyakorlatközpontú (például a kora gyermekkori szolgáltatások különböző elemei között meghatározott célokkal, módszertannal, folyamattal); valamint (5) fókuszorientált (például a gyermek szükségleteire, jogaira, valamint a szülők és más kliensek inklúziójára vonatkozóan). A hatékony *vertikális integráció* a központi kormányzati politikát köti össze a helyi programokkal, szolgáltatásokkal, a felelősség egyértelmű lehatárolásával és hatékony kétoldalú kommunikációval. Magába foglalja a középszintű irányítást és a pénzforrásokat is, amelyek adott esetben akadályai lehetnek a hatékony reformnak (Woodhead és mtsai, 2014).

A hatékony koordináció kiterjed a szignifikáns (és sok régióban növekvő) fontosságú nem állami szereplőkre is, így a profitorientált magánintézményekre, nonprofit szervezetekre, közösségi alapú szolgáltatókra. Az integrációval kapcsolatos aggodalmak gyakran csak az állami szektorra vonatkoznak, és nem fordítanak gondot nem állami szereplőkre, miközben azok sokszor működnek hatékony irányítási rendszerek nélkül. Gyakran gyengén szabályozottak, és országonként nagyon változó mértékben integráltak (Woodhead és Streuli, 2013). Az integrációt a hatékony szabályozórendszer mellett előmozdíthatja, ha a nem állami szereplők hálózatait nemzeti vagy helyi koordinációs csoportok keretében összehozzák a meghatározó kormányzati szakemberekkel (Neuman és Devercelli, 2013).

Az integrált kora gyermekkori fejlődést támogató rendszerek inkluzívak, szem előtt tartják a méltányosság körültekintő kontrollálását, különösen figyelnek a marginális helyzetben lévő, hátrányos helyzetű, eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekekre. A rendszer biztosítja a folyamatosságot az életkori szakaszok között és az egyenletes átmenetet a különböző életszakaszokhoz kapcsolódó szolgáltatások vonatkozásában. A kapacitásépítés minden szinten prioritás, a szakértők képzése elsődleges fontosságú, szem előtt tartva az integrált kora gyermekkori fejlődésre vonatkozó közös szemlélet megtartását. Az integrált rendszer megvalósítása kontextusfüggő, gyakorlatias és innovatív, az érdekelt személyekkel való partneri munkát hangsúlyozza, beleértve a családot, a közösséget és a gyermeket (Woodhead és mtsai, 2014).

Az ágazatok közötti koordináció nemcsak a nemzeti politika szintjén, de regionális és a helyi szolgáltatásnyújtás szintjén is fontos, különösen igaz ez a decentralizált rendszerekre.

A helyi szolgáltatásnyújtás vonatkozásában különös jelentőséggel bír azokon a területeken, ahol a várandós anyáknak, kisgyermekeknek és családjaiknak nehéz elérni az egészségügyi vagy egyéb szolgáltatásokat, illetve korlátozott a szolgáltatást nyújtó szereplőkkel való kapcsolattartás lehetősége (Neuman és Devercelli, 2013). Annak érdekében, hogy a várandós anyákkal, a szülőkkel és a gyermekekkel való kontaktus a legjobban szolgálja azt a célt, hogy a beavatkozások megfelelőek legyenek, a programok és szektorok közötti szoros koordinációra van szükség (Black, Morris és Bryce, 2003). Amennyiben a szolgáltatást integráltan nyújtják, akár kooperációban, akár azonos helyen, ez csökkenti a szolgáltatásnyújtás költségét azáltal, hogy csökkennek a szolgáltatások eléréséhez szükséges utazási idő- és költségráfordítások (OECD, 2011). A szolgáltatáskoordináció bizonyítottan hatékonyabb hozzáférést, az információk sikeresebb áramlását, a források és pénzbeli támogatások könnyebb elérhetőségét, jobb szakember-szülő kapcsolatot és mindezek nyomán magasabb szolgáltatási minőséget eredményez.

9.3 EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEK A HELYI SZOLGÁLTATÁSNYÚJTÁS SZINTJÉN

Az ellátórendszer csakis akkor tud hatékonyan működni, hogy ha a klasszikusan egymástól függetlenül működő ágazatok konszenzust alakítanak ki arról, hogy a kora gyermekkor és a későbbi gyermekkor időszakában melyek a közös fókuszpontok, elérendő célok és az ennek érdekében tett – optimális esetben integrált, minimális esetben legalább összehangolt – intézkedések. A helyi gyakorlat szintjén az integrált szolgáltatásokat korábban az jellemezte, hogy különböző szakemberek egy időben párhuzamosan, egymástól függetlenül foglalkoztak a gyermekkel, ám ma már a szolgáltatások koordinációja és a szakemberek intenzív együttgondolkodása, a különböző szervezetekkel való partneri kapcsolat, a más szakemberekkel való tudásmegosztás és az összehangolt teammunka segíti a minél hatékonyabb együttműködést (Moore, 2011). Ennek érdekében tisztázni kell azt is, hogy mely szolgáltatónak mely pontokon milyen szerepe, feladata, kötelezettsége van.

A szolgáltatásnyújtás jelenlegi trendje szerint kiemelten fontos tényező, hogy a szolgáltatásoknak együtt kell működni a sérülékeny és hátrányokkal élő gyermekek időben történő és átfogó támogatásához. Minthogy a gyermeki fejlődés számos viselkedési és fejlődési dimenzióban zajlik, azért fontos annak biztosítása, hogy mindezeken a dimenziókon átívelő szolgáltatások integráltak legyenek, a teammegközelítésre és a diszciplínákat átfogó funkciókra épüljenek rá (Bruder, 2010). A kora gyermekkori programoknak és szakembereknek ismerniük kell a támogatást igénylő családdal kapcsolatba kerülő szolgáltatásnyújtókat, és kapcsolatba is kell lépniük velük, mint például a gyermekegészségügyi alapellátás, szakellátás szereplőivel, a gyermekjóléti szolgáltatásokkal stb. Jó példa az együttműködésen alapuló gyakorlatra az univerzális és az elsődleges szolgáltatások, valamint az intervenciós munkát végzők kooperációja a korai felismerés és a jelzés facilitálására. Az ilyen együttműködéseknek célja az is, hogy elősegítsék az érintett családok, gyerekek hozzáférését a rendelkezésre álló különböző családi, közösségi és szakmai

erőforrásokhoz. Ez nemcsak leegyszerűsíti a családoknak nyújtott támogatást, hanem csökkenti a tradicionálisan komplex szociális támogatórendszerrel járó konfúziót és összezettséget, ezzel átláthatóbbá téve a rendszert. Egyben biztosítja azt is, hogy a családok hozzáférjenek a számukra szükséges szolgáltatásokhoz akkor és ott, amikor és ahol ennek igénye felmerül (KPMG, 2014).

9.4 TEAMMUNKA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN

A kora gyermekkori intervencióban érintett gyermeket és családját körülvevő különböző ellátórendszerek és szakterületek eltérő eljárásrendek, folyamatok mentén, különböző kompetenciával rendelkező szakemberekkel dolgoznak, amelyek áttekinthetetlenek a gyermek illetve családja számára. Az eltérő működési logikák és azoknak az összehangolása egy diszciplínákat átívelő, integrált teamszemlélet jelenlétét igényli a szolgáltatói rendszerben, amely az utóbbi években egy evolúciós folyamaton ment keresztül, hiszen a multidiszciplináris megközelítéstől az interdiszciplinaritáson keresztül a transzdiszciplinaritás, illetve az ezen a szemléleten alapuló teamtevékenység kezdett hangsúlyossá válni (Carpenter 2000; Rapport, McWilliam és Smith 2004; Moore 2004; Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005). A teamműködés evolúciós folyamata természetesen nem zárja ki, hogy a különböző típusú teammegközelítések mindegyike egyszerre legyen jelen a nemzetközi gyakorlatban.

9.4.1 Multidiszciplináris team

A multidiszciplináris szemléletű teamtevékenység keretében a szakemberek közös cél érdekében, de egymástól függetlenül végzik a munkájukat. A team minden tagja a saját tudományterülerét reprezentálja, és szakterületének megfelelő, specifikus tudást használ. Az egyéni értékelés, a szolgáltatástervezés és a szolgáltatásnyújtás eredményeit a teamtagok nem feltétlenül osztják meg egymással, minimális közöttük az interakció. A szülők a fejlődésspecifikus területtel kapcsolatos információt kapnak, és a fejlesztési terv is az egyedi diszciplínához kapcsolódva épül fel. Az ilyen típusú modellben lényegében a szakemberek egyedül hozzák meg a kulcsdöntéseket, az intervenció a gyermekre irányul (Walls és O'Connor 2005; Aitken és mtsai, 2009; Cook Pletcher és Younggren, 2011). Amiatt azonban, hogy a különböző szakemberek munkája nem koordinált, megnő a kockázata, hogy a szakemberek olykor egymásnak ellentmondó tanácsokat adnak a családnak, egyértelműen irreális követelményeket támasztanak velük szemben, növelve a stressz kialakulásának esélyét (National Disability Insurance Scheme, 2013). A teamtagok közötti viszonylag alacsony szintű interakció gyakran azt eredményezi, hogy a gyermek és a család ugyanazokat az információkat több szakembernek is el kell hogy mondja. Előfordul, hogy a szolgáltatási terv és a szolgáltatás nyújtása nem a gyermek és a család erősségeinek és szükségleteinek teljes és holisztikus megértésére épül (Aitken és mtsai, 2009). A multidiszciplináris

szemléletű teamtevékenység az erőfeszítések duplikálásához, a szolgáltatások fragmentálódásához, valamely szolgáltatási elem kihagyásához, illetve ellentmondó javaslatokhoz vezethet, ami a család frusztrációját eredményezheti (Evangelista, 2009; KPMG, 2014).

9.4.2 Interdiszciplináris team

A multidiszciplináris modell továbbfejlesztéséből jött létre az interdiszciplináris teammunka, amelynek során a szolgáltatások koordinációja és a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek intenzív együttgondolkodása valósul meg, segítve a minél hatékonyabb közreműködést. A különböző szakterületekről és eltérő szakmai háttérből érkező szakemberek egy átfogó ellátási terv alapján dolgoznak, és bár egymástól függetlenül értékelnek, és nyújtják a szolgáltatásokat, a teamtagok közötti kommunikációnak hangsúlyos szerepe van, a szakemberek az értékelés és a beavatkozás eredményeit megosztják egymással, és rendszeres találkozókat tartanak a szolgáltatási terv koordinálása céljából. Az interdiszciplináris team tagja a szülő is, aki a tervezett és kifejlesztett szolgáltatások különböző szintjein a szakemberek együttműködő partnere, bár bevonódásának mértéke korlátozott marad. Az interdiszciplináris team összetétele a gyermek és a család szükségleteihez igazodik. A team irányításáért felelős személyt a team választja, személye változhat attól függően, hogy a folyamatban melyik szakterületre, milyen tevékenységtípusra helyeződik a hangsúly (Walls és O'Connor 2005; Aitken és mtsai, 2009; King és mtsai, 2009; Cook Pletcher és Younggren, 2011; Government of South Australia, 2014).

9.4.3 Transzdiszciplináris team

A transzdiszciplináris megközelítés a kora gyermekkori intervenció legmagasabb szintű, leghatékonyabban működő együttműködési modellje. Ez a modell veszi leginkább figyelembe a gyermek és a család komplex szükségleteit, sokféle diszciplína bevonásával nyújt integrált és koordinált szolgáltatást a családnak (Hanson és Bruder 2001; Guralnick, 2001; DEECD, 2008; King és mtsai, 2009; Aitken és mtsai, 2009; Schloesser és Kafka, 2009).

A transzdiszciplináris szemléletben dolgozó szakemberek egy integrált, holisztikus megközelítésű szolgáltatási modell keretében működnek együtt. Közös cél által vezérelve módszeresen, lépésről lépésre megtervezik a szerepek megosztását és a szakterületek közötti határok átjárását annak érdekében, hogy maximalizálják a tagok közötti kommunikációt, interakciót és kooperációt (Walls és O'Connor, 2005). Mindvégig együttműködnek a szolgáltatások tervezésében, kivitelezésében és értékelésében, amelynek során folyamatosan figyelembe veszik a gyermek és a család szükségleteit. Az intervenció során sokkal kevesebb számú szakember érintkezik a családdal, mivel az egyes szakemberek már képesek több szakma átívelő tudását és gyakorlatát egyszerre alkalmazni azáltal, hogy a háttérben a team szervezett, összehangolt munkát végez, az egyes szakemberek komplexebben

látják az esetet. A transzdiszciplináris teambe a gyermeket és a családját is integrálják egy koordinátorszerepben lévő szakember segítségével. A koordinátor összehangolja a család és a szakemberek közötti rendszeres kommunikációt, konzultációt. A transzdiszciplináris megközelítés alkalmazásának feltétele, hogy a team tagjai közös célokat jelöljenek ki, a szakmai kompetenciájuk pontosan körülhatárolt legyen, hatékony kommunikáció valósuljon meg közöttük, valamint támogatott legyen a szakemberek továbbképzése (DEECD, 2008; Aitken és mtsai, 2009; Government of South Australia, 2014). A transzdiszciplináris teamtevékenységben a család részvétele kiemelt jelentőségű. A szülők egyenrangú tagjai a teamnek, az tervezésbe, a szolgáltatásnyújtásba és az értékelésbe is integrálják, bevonják őket. A közös partneri munkán keresztül a szülő megerősödik, kompetensebbé válik. Nem meglepő, hogy ez a megközelítés a teamtagok közötti kommunikáció és a bizalom magas szintjét várja el (Rosin és mtsai, 1996; Walls és O'Connor, 2005; Evangelista, 2009).

Ez a modell és különösen annak családközpontú alkalmazása a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások legjobb gyakorlatához kapcsolódik, hiszen egyértelműnek tekinti, hogy a családoknak, illetve a gondozóknak támogatásra van szükségük ahhoz, hogy a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges környezetet és élményeket biztosítani tudják. Egy konkrét esetgazdán *(case worker)* keresztül egyszerűsíti a család kapcsolattartását az ellátásban közreműködő teammel, gondoskodik róla, hogy a tanácsadás jól megtervezett, átgondolt és koordinált legyen, bevonja a családot minden döntésbe. A bizonyítékok alapján ez a megközelítés a család számára kevesebb stresszel jár, és jobb eredményekhez vezet (KPMG, 2014; Moore, 2012).

Az interdiszciplináris és transzdiszciplináris teamtevékenység közötti különbségek többször összemosódnak a szakirodalomban és a napi gyakorlatban is. Előfordul, hogy a két kifejezést szinonimaként használják, bár tartalmilag nem azonosak egymással. Közös bennük, hogy mindkettő koncepcionálisan gondolkodik arról, hogy a család érdekében közös célokért dolgozó szakemberek hogyan működjenek együtt. A különbséget egyrészt az jelenti, hogy bár mindkét megközelítésnek alapvető jellemzője a szakemberek közötti interakció, a transzdiszciplináris modellben ezeknek az interakcióknak a speciális módja is kimunkált (Rapport, McWilliam és Smith, 2004), másrészt az együttműködés során a családok bevonódásának mértéke és módja is eltérő.

9.4.4 A kulcsszemélymodell

A teammunka három ismertetett megközelítése eredetileg a szolgáltatási modell kontextusában fogalmazódott meg, amely alapvetően a szakember-gyermek intervencióra fókuszált, csak korlátozott figyelmet szentelt a gyermek életében szerepet játszó felnőtteknek és a gyermeket körülvevő mindennapi környezet minőségének. A szakemberek felismerték, hogy a kora gyermekkori intervenciónak sokkal inkább a gyermeket gondozó felnőttek támogatására kell irányulnia annak érdekében, hogy a mindennapi élet során optimális élményeket tudjanak nyújtani gyermekeiknek. Az egyik olyan modell, amely e felismerés alapján a kora gyermekkori intervenció újrakonceptualizálásához legjobban

illeszkedik, az ún. kulcsszemély- (key worker) vagy más néven az elsődleges szolgáltatást nyújtó modell[300] (National Disability Insurance Scheme, 2013). Ez a modell hasonlít a transzdiszciplináris modellhez abban, hogy a különböző területek szakemberei közösen dolgoznak, rendszeres találkozókat tartanak, koordinált és átfogó szolgáltatási koncepciót alakítanak ki. A modell célja, hogy a csoport-/teamtagok (különböző) képességeit összehozza annak érdekében, hogy az értékelés és a beavatkozás minél átfogóbb, a szolgáltatások nyújtása pedig minél hatékonyabb legyen (Bruder, 2010).

A kulcsszemélymodell holisztikus, személy-, illetve családközpontú megközelítés. Az Egyesült Királyságban terjedt el leginkább, az 1989-es Children's Act szabályozásának eredményeképpen. A 2000-es évek elejétől elindított Early Support (Korai támogatás) modellben, amely az eltérő vagy megkésett fejlődésű, illetve a fogyatékos gyermekek és családjaik számára szervezett szolgáltatások szakmai tartalmát és kereteit dolgozta ki, a kulcsszemély-szolgáltatások fejlesztése is hangsúlyt kapott.[301] A kulcsszemélymodellt nem egy újabb tevékenységként/szolgáltatásként, hanem egy olyan több funkcióból álló tevékenységhalmazként definiálják, amely a gyermekek és családok integrált támogatását teszi lehetővé, és amelyet legjobb a támogatott családok szükségleteihez és a felmerült helyzetekhez igazítani. A funkciók négy elsődleges terület valamelyikébe sorolhatók:

(1) Érzelmi és gyakorlati támogatás: Ide tartozik a bizalmi kapcsolatban szükség szerint nyújtott érzelmi és gyakorlati támogatás, valamint a gyermeknek, illetve családjának képessé tétele (empowering) a döntések meghozatalára.

(2) Koordináció: A kulcsszemély a különböző ellátókkal való találkozást segíti és szervezi, továbbá koordinálja a szakellátóknak a gyermek és család számára nyújtott szolgáltatásait, „egykapus", rendszeres és kiszámítható kapcsolatot jelent a gyermek és családja számára.

(3) Tervezés és az elért eredmények értékelése: A kulcsszemély támogatást nyújt a tervezéshez és az értékeléshez, valamint felméri és azonosítja a családtagok és a család erősségeit, szükségleteit.

(4) Információs és speciális támogatás: A kulcsszemély informálja az érintetteket, és iránymutatást is ad, ha szükséges. Képviseli a gyermek és családja ügyét, ahol kell, és segítséget nyújt ahhoz, hogy az általános és a speciális klinikai kezelés integráltan történjen (Early Support, 2012).

---

300 A kulcsszemélymodellt több ellátási területen is működtetik, így például az idősellátásban vagy a palliatív ellátásban, de leggyakrabban a speciális támogatást igénylő gyerekek családjainak támogatására használják (Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005).

301 Az Early Support (Korai támogatás) program fókuszában a szülőkkel való partneri együttműködés, a szakembereknek nyújtott tréningprogramok, továbbá a szakemberek és a szülők információcseréjét és együttműködését szolgáló módszertani anyagok fejlesztése állt. A program a családokkal való együttműködésen alapul, támogatja a hatékony és érzékeny jelző- és visszajelző folyamatokat, valamint a rendszeres, több szolgáltatót bevonó teamtalálkozókat, ahol a szakemberek a szülőkkel együtt alakítják ki a család szolgáltatási tervét. Ezenkívül segíti a kulcsszemély-szolgáltatások fejlesztését, a családok és a szolgáltatások közötti kétoldalú információcsere bővítését, valamint olyan több szolgáltatót bevonó tréningeket és képzéseket szervez, amelyek az interdiszciplináris munkáról, a szülőkkel való partneri együttműködésről és az Early Support szakmai anyagainak felhasználásáról szólnak (Council for Disabled Children, 2014).

A kanadai Drennan és munkatársai (2005) összegzése szerint a kulcsszemély szerepe és felelőssége igen széles körű, kiterjedésében és intenzitásában a család szükségleteihez igazodik. A kulcsszemély legfontosabb jellemzői, hogy segíti a családokat az eligazodásban, kalauzolja őket a rendszerben, segíti a szülőket az eredmények, kimenetelek és a szükséges megbeszélések céljának és eredményének megértésében. Ő jelenti a család számára a fő kapcsolati pontot a szolgáltató és ellátó intézmények felé. Együttműködik a különböző szolgáltatások szakembereivel, biztosítja a különböző intézmények és szakemberek által nyújtott szolgáltatások (egészségügyi, oktatási, szociális ellátások, pénzügyi források, közlekedés stb.) és az ezekhez való hozzáférés koordinálását. Feladata, hogy a szülőket képessé tegye (empowerment) saját erőforrásaik mozgósítására azáltal, hogy egyéni szükségleteiknek megfelelően támogatást, erőforrásokat, általános és speciális információkat, érzelmi támaszt nyújt nekik. Abban is segíti a családot, hogy a gyermekről való megfelelő gondoskodáshoz szükséges képességeket és ismereteket megszerezze, bővítse. A felsoroltakon kívül fontos feladata lehet, hogy szükség esetén képviselje a speciális ellátást igénylő gyermekek és családjaik érdekeit a helyi közösség különböző fórumain – ezzel nemcsak a családokat támogatja, hanem ahhoz is hozzájárul, hogy a helyi közösség nem érintett tagjai is megismerjék a családok gondjait, problémáit (Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005).

A kanadai modellhez hasonlóan az ausztrál DEECD Early Childhood Intervention Reform Project szakértői szerint is a transzdiszciplináris megközelítésű ellátásban a kulcsszemély a kapcsolati pont a szolgáltatásokhoz. Támogatja a családot a különböző szakellátókkal való kapcsolatfelvételben és kapcsolattartásban, segíti abban, hogy ismerje a szolgáltatási jogosultságokat, és eligazodjon a rendszerben. A kulcsszemély munkájának eredményeként a családok sokkal konzisztensebb, szükségleteikhez jobban illeszkedő, és időben nyújtott intervenciót, ellátást kaphatnak az ellátó intézményektől. A kulcsszemély a család mellett a szakellátókkal is konzultál a megfelelő beavatkozások biztosítása érdekében. Ennek során visszajelzést is ad a szakellátóknak. A kulcsszemély információkkal, magyarázatokkal segíti a családokat abban, hogy az ellátás különböző szereplőinek kompetenciáját és felelősségeit minél jobban megértsék és megismerjék (Kennedy és mtsai, 2013).

Az efféle feladatot ellátó személyt a gyakorlatban nem mindig kulcsszemélynek hívják. Az elnevezés mellett sokszor más névvel jelölik a hasonló kompetenciájú személyeket, így például: ellátásvezető szakember, szolgáltatásirányító, kapcsolattartó, családi kapcsolattartó, nevesített kapcsolattartó, korai ellátó személy, szolgáltatáskoordinátor, kísérő, kísérő személy, családtámogató személy stb. (Greco és Sloper, 2004; Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005; Mengoni, Oates és Bardsley, 2014). Mindezeket a kifejezéseket azonban besorolhatjuk az egységesen használható kulcsszemély fogalom alá. A kulcsszemély lehet kijelölt vagy nem kijelölt személy, vagy a kettő keveréke. A kijelölt személy esetében kifejezetten ezzel a feladattal foglalkoztatják az illetőt, míg a nem kijelölt esetben a családdal valamilyen más minőségben áll kapcsolatban (például ő a családdal foglalkozó szociális munkás). Az Egyesült Királyságban ezt a feladatot néhol állami, önkormányzati feladatként látják el, más helyeken viszont magán-, önkéntes vagy független ellátók végzik

(Mengoni, Oates és Bardsley, 2014). Kulcsszemély bárki lehet, aki a családdal kapcsolatba kerül az ellátás során: gyakran szociális munkás, nővér, de lehet foglalkoztató terapeuta, fizikoterapeuta, pszichológus, pedagógus vagy más segítő személy (Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005).

A tevékenység megismertetése és sikere érdekében a kulcsszemély feladatával és a modell működésével kapcsolatos információkat a korai ellátás különböző területein dolgozó szakemberekhez és a családokhoz is el kell juttatni. A kulcsszemélyek sikeres munkájának feltétele a képzések, a tréningek, a szupervízió, a kollegiális segítség és az adminisztratív támogatás megléte. Fontos megjegyezni, hogy a kulcsszemély tevékenységének és az általa nyújtott támogatásnak mindig a család adott időpontban érvényes szükségleteihez kell igazodnia. Mivel ez az igény idővel változik, a kulcsszemély feladatában vagy ha az igényekből az következik, akkor a kulcsszemélyi munkát végző személyében is változásra lehet szükség. A kulcsszemély feladata az is, hogy ezeket a változó igényeket felmérje, érzékelje, és a változásokat kezdeményezze, menedzselésükben részt vegyen (Mengoni, Oates és Bardsley, 2014).

A kulcsszemélymodell működését vizsgáló kutatások azt mutatják, hogy azoknak a családoknak az esetében, ahol az ellátást kulcsszemély koordinálja, jobb a kapcsolat a szolgáltatást nyújtókkal, magasabb a családok önbecsülése, kevésbé érzik elszigeteltnek magukat, és kevésbé gondolják megterhelőnek ezt az állapotot. Az információhoz való hozzájutásukban és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben fejlődés tapasztalható, kevesebb a kielégítetlen szükséglet (Liabo és mtsai, 2001). Az ilyen formán támogatott családok véleménye szerint a kulcsszemély segítsége azért fontos, mert számukra időt és energiát takarít meg, csökkenti az érzelmi stresszt, növeli az önbizalmukat és az önállóságukat. A szülőkkel való partneri együttműködés és a helyzetük, nézőpontjuk megértő kezelése révén a kulcsszemély munkája nagyban segíti azt, hogy a szolgáltatást nyújtók és a család között kölcsönösen pozitív viszony alakuljon ki. A kulcsszemély munkája segítségével a család valós igényei pontosabban és hamarabb azonosíthatók. Ennek eredményeként az ellátás sokkal hatékonyabban szervezhető és végezhető, és az időben nyújtott segítség következtében minimalizálható a későbbi nagyobb költségű szolgáltatásokra vonatkozó igény. Mindez természetesen nemcsak a pénzügyi mutatókban jelent eredményt, hanem a szolgáltatás minőségében is (Mengoni, Oates és Bardsley, 2014).

Az amerikai Greco és szerzőtársai fogyatékos gyermekek szüleivel készített interjúk alapján összefoglalták a szülők elvárásait a kulcsszemély felé. Lényeges, hogy a kulcsszemély ismerje a helyi szolgáltatásokat, tudja, hogyan lehet ezeket elérni, és legyen is kapcsolata az ellátókkal, szolgáltatókkal. Rendelkezzen jó kommunikációs képességgel, legyen rendszerezett, szervezett, kitartó, megbízható, képes legyen érdekeket képviselni, vonja be a szülőket a tevékenységekbe, tekintse őket kompetensnek a gyermek körüli kérdésekben, lehetőleg mindig legyen elérhető, és rendszeresen keresse is a családot, továbbá kezelje bizalmasan a családra vonatkozó információkat. Természetesen a szülők nemcsak szakmai kompetenciákat várnak el, hanem személyeseket is. Szeretik, ha a kulcsszemély barátságos, közvetlen, szeretetteli, gondoskodó és lelkes. Odafigyel, meghallgat, de nem ítél, és mindig korrekt a családdal (Greco és mtsai, 2007).

9.4.5 Team a gyermek körül (team around the child)

A *team a gyermek körül* (team around the child) modell az interdiszciplináris és transzdiszciplináris gyakorlat és szolgáltatáskoordináció számára nyújt keretet, ahol a gyermekkel dolgozó szakértők rendszeresen találkoznak a családokkal annak érdekében, hogy kifejlesszenek és megvalósítsanak egy lényegre törő és integrált szolgáltatási tervezetet.

A modellt először 2001-ben írták le, és egyre népszerűbbé vált elsősorban az Egyesült Királyságban, de a világ más országaiban is. A modell a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatásnyújtás egy módja, amelyben a különböző szakterületekről érkező szakemberek egy együttműködő teamet alkotnak a folyamatos és többoldalú intervenciót igénylő gyermekek és családok támogatása érdekében (Limbrick, 2001, 2003, 2004). A modell azon az ethoszon alapul, hogy a teammunkásságának ez a fajta rugalmassága alapvetően szükséges ahhoz, hogy az ellátásban résztvevők a különböző szükségletű gyermekek mindegyike számára képesek legyenek a szükségleteikhez megfelelően illeszkedő szolgáltatást nyújtani (DEECD, 2008). A *team a gyermek körül* modell szerves aspektusa a családközpontú gyakorlat, amelynek során a családtagok a gyermek körül működő team teljes jogú tagjává válnak. A szülők, illetve gondozók, valamint a gyermekek nélkülözhetetlen partnerek a hatékony teammunkásságban. Kiemelt hangsúly van a csapatmunka folyamatán, amely az egyenlőség, tisztelet és bizalom kölcsönösségére épül. A *team a gyermek körül* megközelítés nélkülözhetetlen eleme a kulcsszemély (a helyi gyakorlattól függően hívják vezető szakembernek, összekötő személynek stb.), aki a team egyik tagjaként kapcsolatot tart a család és a többi teamtag között, és koordinálja a team munkáját (Limbrick, 2009). Az eredeti modellben a gyermek körül egy kis létszámú team épül ki (Limbrick, 2011).

A gyermek, illetve család körül működő csoport *(team around the child*, illetve *team around the family)* jó működéséhez is szükség van az „egykapus" koordinációra, a személyes kapcsolattartásra és közvetítésére a támogatott gyermek/család és a körülöttük működő team, illetve az ellátó, szolgáltató szakemberek között (Mengoni, Oates és Bardsley, 2014). Ennek a szemléletmódnak nélkülözhetetlen eleme a *team a gyermek körül* összejövetel/értekezlet, teamülés, ahol gyakorló szakemberek egy kis magcsoportja dolgozik a gyermekkel, valamint szüleivel, gondozóival, hogy erősségeiket és szükségleteiket azonosítsa, kölcsönösen célokat tűzzön ki, normákat állítson fel, cselekvési tervezetet alakítson ki, integrált támogatást nyújtson, és nyomon kövesse a fejlődést. Ám a teamüléseken nemcsak a célok kitűzésére és tevékenységek/cselekvések tervezésére helyeződik a hangsúly, hanem a *team a gyermek körül* kultúra fejlesztésére is figyelmet fordítanak, amely felhatalmazza, képessé teszi a családot a döntések meghozatalára, és támogatja a tiszteletteljes, érzékeny kommunikációt a teamtagok között, különösen azért, mert a bizalmatlanságot és gyér kommunikációt sokszor a sikeres, integrált munka akadályaként említik (Government of South Australia, 2014).

Azt a fajta teammunkát, amelyet a *team a gyermek körül* megközelítés támogat, a kutatók *horizontális működésként* vagy *horizontális integrációként* írják le (Limbrick, 2013; Government of South Australia, 2014). A *team a gyermek körül* összejöveteleken különböző szakmai háttérrel rendelkező, gyakorló szakemberek horizontálisan működnek együtt a szektorok között, mentesen a vertikális és hierarchikus vezetéstől. Peter Limbrick ezt „horizontális

tájképnek" nevezi, amely lehetővé teszi a különböző vertikális rendszerben szervezett intézmények közötti hatékony kommunikációt és a hálózatos együttműködést, valamint a különböző intervenciók koordinálását (Limbrick, 2013). A *team around the family* (TAF) hasonló a *team around the child* modellhez, de a fókusz még inkább az egész család támogatására irányul a gyermek potenciáljának jobb elérése érdekében (Institute of Public Care, 2012).

9.5 HAZAI TOVÁBBLÉPÉSI LEHETŐSÉGEK

A hazai fejlesztési programok a kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer hatékonyabb működését célozva olyan modellek kialakítására tettek lépéseket, amelyek korábbi kutatás-fejlesztési tapasztalatokra (Kereki és Lannert, 2009b; Kereki 2011, 2012a, 2012b, 2013; Czeizel, Kemény és Tóth, 2011), hazai jó gyakorlatokra és nemzetközi tapasztalatokra, eredményesen és hatékonyan alkalmazott külföldi modellek adaptálható elemeire építenek. A Nyugat-Európa országaiban jó tapasztalatokkal alkalmazott *kulcsszemély-modell* és a *team a gyermek körül* modell, ahol a koordinált ellátás keretében komoly interdiszciplináris csapat szerveződik a speciális támogatást igénylő gyermek és családja köré, hasznos kiindulópontként szolgálhat a hazai szolgáltatási modell kialakításához.

Mivel a kora gyermekkori intervenció tipikusan több ágazatot is érint, a modell megvalósíthatóságának legelső lépéseként egy koordináló ágazat kijelölése fogalmazódott meg, amely az iskoláskorig, de legalább az óvodába lépésig vállalja a gyermek és családja ellátásba kerülésének „navigálását" (Kereki és mtsai, 2014). Sok országban a gyermek 3 éves koráig az egészségügyi szektor koordinálja a szolgáltatásokat, arra a tényre építve, hogy az egészségügy találkozik legelőször a gyermekekkel, a várandósgondozás, a születés, a fejlődés nyomon követése kapcsán mint elsődleges belépési pont és kapcsolat a szolgáltatások felé. 3 és 6 éves kor között gyakran az oktatási szektor lép be felelősként, mint a legrelevánsabb terület (Neuman és Devercelli, 2013). Jelenleg a hazai kora gyermekkori intervenció horizontális koordinációjáért a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság felel, amely egységes szemléletű szolgáltatói rendszer megvalósítására törekszik. Ugyanakkor a hazai fejlesztési programok két egymásra épülő modell kialakításával indultak el az optimális szolgáltatói rendszer kereteinek meghatározásában.

9.5.1 A lehetséges gyermekút modell

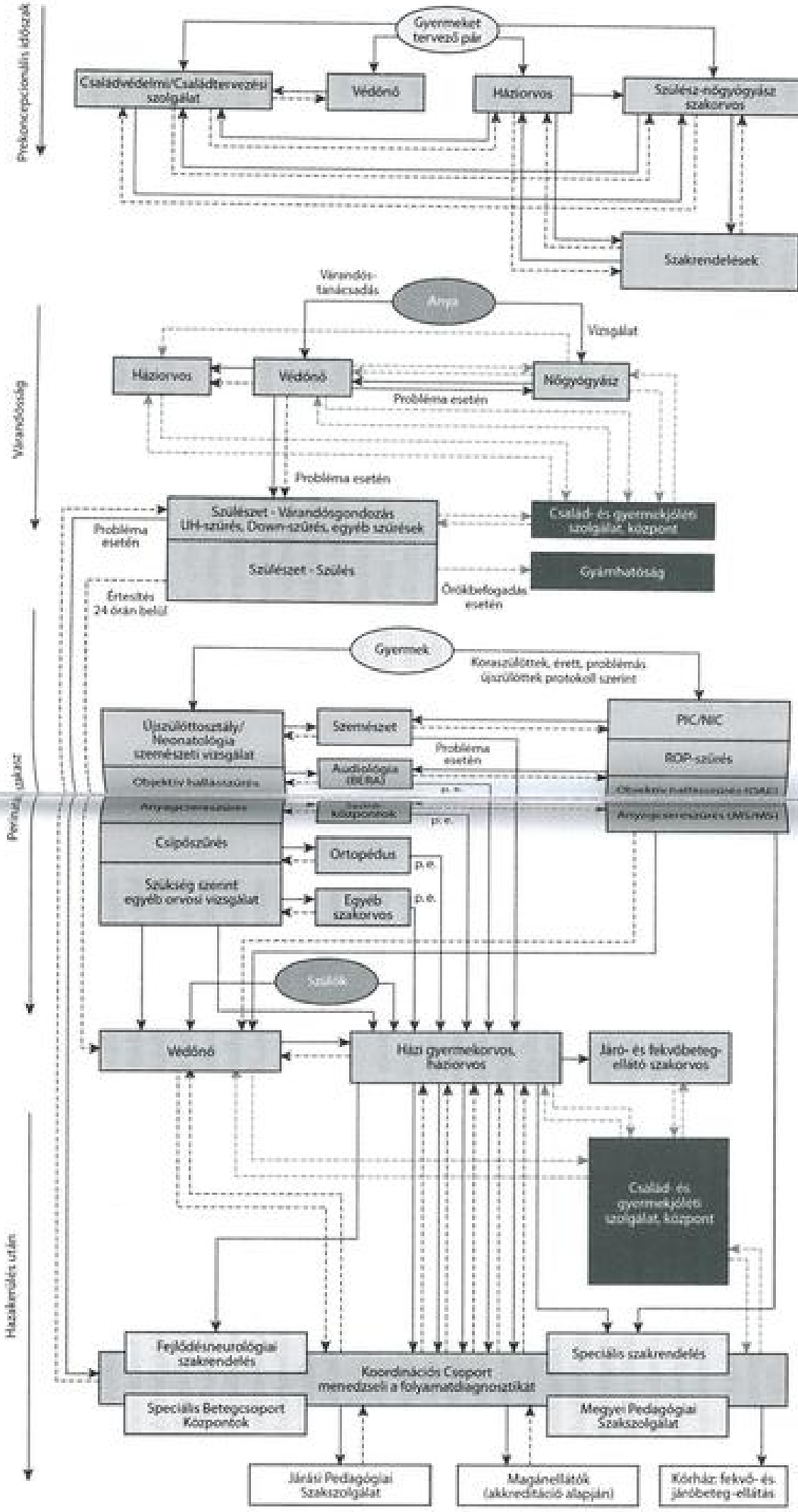
A TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program által fejlesztett *lehetséges gyermekút modell* (Kereki és mtsai, 2014)[302] javaslata szerint az egészségügyi szektor koordinálja a 0–3 éves korosztályú gyermekek ellátását. A gyermek, illetve a család útja már a prekoncepcionális, illetve a perikoncepcionális szakasztól kezdődik, ahol a családtervezésre, illetve a gyermekvállalásra való felkészítéshez az érintettek elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben, a koordinatív szerepet ellátó Családvédelmi és Családtervezési Szolgálattól kapnak támogatást. A várandósági és a perinatális szakaszban, illetve az újszülött hazakerülése után egy ún. *koordinációs csoport* válik érintetté a koordinációban, amely összeállítja a gyermek és családja köré a diagnosztikus teamet, végzi a folyamatdiagnosztikát, szervezi a szükségletalapú ellátást, egyben biztosítja a továbbküldési utak átlátkinthetőségét. Működésében hangsúlyos a gyermek körül kialakított interdiszciplináris teammunka. Az egészségügyi alap- és szakellátás szereplőin kívül a köznevelési intézményrendszer diagnosztikus és fejlesztő, terápiás ellátást végző intézményeivel, a pedagógiai szakszolgálatokkal, az ellátórendszerbe integrált magánellátókkal, valamint a szociális/gyermekvédelmi intézményekkel folyamatos kapcsolatot tart, együttműködnek a szolgáltatások tervezésében, kivitelezésében és értékelésében, melynek során figyelembe veszik a gyermek és a család szükségleteit. Az ellátást a koordinációs csoport ambuláns ellátási fókusszal szervezi meg, akár egyéni, akár csoportos formában, lehetőleg integrált modellben, korcsoport- és sérülésspecifikusan differenciáltan, a pszichoszociális háttér figyelembevételével – szükség esetén otthoni ellátási formában. A koordinált működés megyei, illetve járási szinten valósul meg. A 3 éves kor előtt a koordinációs csoport elé kerülő gyerekek további kontrolljának, nyomon követésének koordinációját is ez a csoport végzi. Az elképzelések szerint a 3 éves koruk után ellátásba kerülő gyermekek és családjaik esetében a koordináció a köznevelés kompetenciájába tartozna.

9.5.1.1 A koordinációs csoport működése

A koordinációs csoport állandó adminisztratív személyzettel működik, megyei vezetőjéhez (aki az elképzelések szerint csecsemő- és gyermekgyógyász) több koordinációs csoport is tartozik. A diagnosztikus vizsgálatok szervezését is a koordinációs csoport végzi, a diagnosztikus csoportba kötelező tagokat, kiegészítő, de kötelezően meghívott tagokat és egyéb tagokat delegál. A koordinációs csoportok a diagnosztika vonatkozásában a speciális betegcsoportközpontokkal, a speciális szakrendelésekkel, a fejlődésneurológiai szakrendelésekkel, valamint a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságaival tartanak szoros kapcsolatot. A diagnosztikai csoport moduláris jelleggel működik, amennyiben más intézetben (szakrendelésen stb.) történt vizsgálat, ezek a diagnosztikai csoport vezetőjének döntése alapján a vizsgálatba beemelhetők, nem feltétlenül szükséges ismételni azokat. A terápiás ellátás megszervezése pedig a kórházak fekvő- és járóbeteg-szakellátásának, a pedagógiai szakszolgálatoknak és a magánellátóknak a segítségével történik, olyan keretek között, hogy a gyermek és családja számára a szükségleteiknek leginkább megfelelő és a lakóhelyhez legközelebb lévő ellátást tudják biztosítani. A magánellátók akkreditációs folyamaton mennek keresztül (ugyanígy az állami ellátók), hogy munkájuk kontrollálhatóvá váljon. A koordinációs csoport esetében nagyon fontos az országos lefedettség elérése.

A koordinációs csoportba beérkező felkérést kezdeményezheti a várandósgondozásban részt vevő szakorvos, a szülő, a neonatológus, a gyermekneurológus, a gyermekpszichiáter, egyéb speciális szakorvosok, valamint a házi gyermekorvos/háziorvos. Felvetődött az a javaslat is, hogy a védőnő is irányíthassa a gyermeket, illetve a várandós nőt a koordinációs csoport felé. (A továbbküldési, jelzési utakat lásd *9–2. ábra* a 250–251. oldalon.)

302 A gyermekút modell fejlesztését vezette: Kereki Judit, a fejlesztői csapatban részt vettek: dr. Bauer Viktor, Gyarmathyné Doma Gabriella, Nyuli Krisztina, dr. Nádor Csaba, dr. Schultheisz Judit, Somodi Andrea, dr. Újhelyi János, Vámos Éva.



9–2. ábra: Továbbküldési és jelzési utak a lehetséges gyermekút modellben. Forrás: Kereki Judit és mtsai, 2014 nyomán

A koordinációs csoport ülését a csoport adminisztratív tagjai hívják össze, az esethez leginkább illeszkedő kompetenciával rendelkező szakemberek részvételével. Az ülés előkészítéséhez tartozik a korábbi leletek, diagnosztikus vizsgálatok eredményeinek áttekintése, előkészítése a diagnosztikai csoport tagjai számára. A szülőkkel, a védőnővel és a házi gyermekorvossal, háziorvossal közösen egy ellátási terv készül, amely tartalmazza a korábbi vizsgálatok rövid összefoglalóját, a várható további vizsgálatokat és a javasolt terápiás, fejlesztő eljárásokat. A szülővel közösen egyeztetnek a szükséges (az érvényes akkreditációs lista alapján elérhető) ellátásokról, figyelembe véve a család szociális helyzetét, a földrajzi, közlekedési viszonyokat. Az ellátási terv elfogadását követően a koordinációs csoport kiadja a megfelelő igazolásokat a szociális juttatások igénybevételéhez, és kijelöli a kontroll koordinációs csoportvizsgálatok időpontját is. Koraszülöttek esetében, amennyiben szükséges (1500 g alatti vagy neurológiai sérülés, fogyatékosság, összetett fejlődési rendellenesség esetén) lehetőség szerint még a perinatális (neonatális) intenzív centrumból való hazaadást megelőzően megtörténik az első csoportülés, ahol a neonatológus ismerteti az esetet, ezáltal biztosítva az ellátás folyamatosságát a gyermek és családja számára. A koordinációs csoportok által az ellátási tervben kijelölt beavatkozásokat végző szolgáltatóval a koordinációs csoport adminisztratív tagjai felveszik a kapcsolatot, és megszervezik a gyermek és a család ellátásba kerülését. A hazakerülés után a beutalási rend és a jelzőrendszer figyelése a házi gyermekorvos/háziorvos feladata. Fontos, hogy olyan információs rendszer működjön, mely lehetővé teszi az összes jelzésre kötelezett ágazat szakembereinek hozzáférését a gyermek adataihoz. Erre hasznos lenne egy egységes, mindenkire vonatkozó módszertani levél megfogalmazása, amelyet a különböző szakembereknek ismerniük kellene. A gyermekkel foglalkozó alapellátóknak, szakellátó szakorvosoknak mindenképpen betekintési joggal kell rendelkezniük a gyermek adataiba. Elengedhetetlen a megfelelő ellátói szinteken való hozzáférés biztosítása például a védőnők, szakellátó szakorvosok, terapeuták számára. A köznevelési intézményeknek jelzési kötelezettséggel kell élniük a koordinációs csoport irányába, emellett pedig kölcsönös tájékoztatási kötelezettség szükséges a koordinációs csoport és a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ, valamint a koordinációs csoport és a házi gyermekorvos, háziorvos, illetve a védőnő között. A védőnő közvetlenül is jelezhet a koordinációs csoportnak, illetve attól közvetlenül is kaphat visszajelzést, feladata a gyermek, illetve a család nyomon követése.

9.5.1.2 További elemek

A gyermekút különböző szakaszain az ellátás eredményesebbé tételét különböző intézkedésekkel lehet segíteni. Így például a várandósság szakaszában fontos a várandósgondozás teljes körűvé tétele, azaz legyen fontos elvárás, hogy már az első trimeszterben, a 12. hétig az egészségügyi ellátásban (szülész-nőgyógyász szakorvosnál és védőnőnél) jelentkezzen a gyermeket váró pár, vagy a perinatális, illetve a megszületés utáni szakaszban a perinatális (neonatális) intenzív centrumba bekerülő újszülöttek esetében az ultrakorai intervenciót (ultra early intervention) minden ellátóhelyen biztosítsák. Fontos lépés az is, hogy a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek (például gyógypedagógus, mozgásfejlesztő/mozgásterapeuta, pszichológus) már a benntartózkodás során felveszik a kapcsolatot a szülőkkel, illetve megtörténnek

az első intervenciós lépések, és ezzel párhuzamosan a család részt vesz a koordinációs csoport első megbeszélésén. Indokolt lenne egy új egészségügyi kiskönyv szerkesztése, amely tartalmazza a teljes várandósgondozási adatsort, valamint a megszületéstől az iskoláskorig az egészségügyi adatokat. Az egészségügyi kiskönyv tartalmi részét az érvényben lévő szakmai irányelvekkel (szülészet-nőgyógyászat, neonatológia, gyermekgyógyászat) is össze kell hangolni. Az egészséges újszülöttnek nincs szüksége külön zárójelentésre, de adatainak részletesen szerepelniük kell az egészségügyi kiskönyvben. Perinatális (neonatális) intenzív centrumban kezelt gyerekek kezelése esetén továbbra is szükséges a zárójelentés. Jelenleg a koordinációs csoport rendszerbe való beemelésének egyik legfontosabb akadályát a megfelelő számú és megfelelő képzettségű szakemberek hiánya jelenti, így például több gyermekneurológusra, gyermekpszichiáterre és a korai diagnosztikában, terápiában képzett, gyakorlatot szerzett gyógypedagógusra, valamint gyógytornászra lenne szükség.

9.5.1.3 Hároméves kor után

Az ismertetett modellben, amennyiben 3 éves kor után merül fel a probléma, az érintett gyermekek és családjuk ellátásának koordinációja a köznevelés kompetenciájába kerül, a pedagógiai szakszolgálatok gyakorlatilag a koordinációs csoporttal azonos szerepkörben végzik ezt a feladatot. A diagnosztizálást a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai végzik, a terápiás, fejlesztő ellátást a pedagógiai szakszolgálatok szervezik. Iskoláskorig a család támogatója és kísérője továbbra is a védőnő. A védőnő végzi az előírt szűrővizsgálatokat, eltérés esetén tájékoztatja a csecsemő házi gyermekorvosát, háziorvosát, egyben hozzá küldi a szülőt is. A házi gyermekorvos, háziorvos a probléma jellegétől függően az egészségügyi szakellátásba és a pedagógiai szakszolgálathoz egyaránt irányíthatja a szülőt. A diagnózist felállító szakrendelő, osztály, illetve a pedagógiai szakszolgálat jelez az alapellátás (házi gyermekorvos, háziorvos és védőnő) felé. Szociális veszélyeztetettség esetén minden érintett orvosnak és szakembernek jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé, és a visszajelzés is kötelező. A 3. életévtől, az óvodába kerüléssel jelenik meg az óvoda (majd ezt követően az iskola) jelzési kötelezettsége, amely lehetővé teszi, hogy a gyermek – szükség esetén hatóság közreműködésével – komplex (gyógy)pedagógiai-pszichológiai-orvosi diagnosztikai vizsgálaton vegyen részt, és a fejlődési szükségleteihez igazodó fejlesztésben, terápiás ellátásban részesüljön.

9.5.2 A kliensútmodell

A TÁMOP–3.1.1 projekt keretében kifejlesztésre és kipróbálásra kerülő *kliensútmodell* (Kereki, 2015a)[303] alapvetően a jelenlegi szolgáltatórendszerre épít. A minél korábbi ellátásba kerülést a különböző ágazatok alá tartozó szereplők továbbküldési útjainak összekötésével, elsősorban az egészségügy és a köznevelés rendszerének összekapcsolásával,

303 A fejlesztőcsoportot vezette: Kereki Judit, a fejlesztőteam tagjai: dr. Ahrojai Péter, Futó Gabriella, Kardos Robertina, Szegedi Tamara, dr. Szvatkó Anna. A modell alapján készült Kliensút Kalauz megírásában ugyanezek a szakemberek vettek részt (Kereki, 2015b).

az átjárhatóság biztosításával, az ágazatközi együttműködések szorosabbra vonásával kívánja elérni. A kliensútmodell fejlesztésénél alapvető szempont volt, hogy nem általános kliensútról beszélünk, amelyen mindenkinek végig kell mennie, hanem az egyes kliensek (a gyermek és a család) egyéni szükségleteihez igazodó utakról. Ennek figyelembevételével a kezelhetőség érdekében a kliensút problémaspecifikus (adott esetben sérülésspecifikus) megközelítésű, 27 különböző *jogosultságcsoport* szükségletei alapján írja le pontról pontra a kliensutakat. A felismerés, szűrés, jelzés, diagnosztika és terápiás, fejlesztő eljárások dimenziói mentén ismerteti, hogy mely szakembernek milyen esetben mi a teendője, és hová kell továbbküldenie az érintett gyermeket és családját. A különböző jogosultságcsoportok esetében a felismerést a probléma, eltérés, fogyatékosság részletes leírása segíti, amely a tüneti kép felől közelít. Szemléletében a multikauzális elem érvényesül, amely támogatja a szakembereket abban, hogy egy adott problémát könnyebben ismerjenek fel, és könnyebben ellátásba juttassák a gyermeket, illetve a családot. Az egyes intézmények, illetve az ott dolgozó szakemberek feladatainak leírása mellett az egyes intézményes szereplők közötti továbbküldési és jelzési utakat is megfogalmazza, pontosan leírva, hogy mely probléma esetén hová kell fordulni, adott esetben kinek mi a teendője, hová küldi a klienst, illetve kinek jelez, de a modell arra is kitér, hogy a jelzést kapó szereplőnek milyen teendője van, miután a jelzés hozzá érkezett. Tehát az oda-vissza jelzési utak leírása nagyon fontos, de figyelmet kell fordítani arra is, hogy hogyan kontrollálható, vagy a teendőket elvégzik-e az adott szereplők. Természetesen ez a fajta működés a szabályozás összehangolását, megfelelő eljárásrendek, protokollok kialakítását, a különböző szakemberek közötti kapcsolattartást, az ellátórendszer szereplőinek ismeretét igényli, amit megfelelő információk átadásával és az együttműködések folyamatos facilitálásával lehet biztosítani.

9.5.2.1 Az ellátórendszerek összekapcsolása

A kliensútmodell fejlesztői arra törekedtek, hogy egy *optimális* kliensútmodellt dolgozzanak ki, amely figyelembe veszi a jelenlegi szabályozási környezetet, a napi gyakorlatot, a jelenlegi intézményrendszert, a rendelkezésre álló forrásokat és munkaerő-kapacitást annak érdekében, hogy az adott feltételek körülhatárolta keretek alapján egy hatékonyabban működő rendszer leírása és kipróbálása valósuljon meg. Cél volt az ágazatközi együttműködések hatékonyabbá tétele, a szakemberek kompetenciáinak bővítése, illetve a gyermekek és családok minél korábbi ellátásba kerülése. A modell lényeges eleme az egészségügyi és a köznevelés rendszerének összekapcsolása, az átjárhatóság biztosítása. Az együttműködés már a perinatális (neonatális) centrumban elkezdődhet, ahol a gyermekek elbocsátása előtt az intenzív centrum neonatológusa és a megyei pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának gyógypedagógusa, mozgásfejlesztő/mozgásterapeuta szakembere, illetve pszichológusa közös vizsgálat keretében, erősségalapú diagnózis felállítása után kijelölik a gyermek és a család szükségleteinek leginkább megfelelő szolgáltatást nyújtó kulcsintézményt. Hazakerülés után jelen modell keretei között az egészségügyi alapellátást végző házi gyermekorvos, háziorvos jól meghatározott, körülírt esetekben a szakorvosi ellátásba utalást és a szakértői bizottsági vizsgálat megindítását akár párhuzamosan is kezdeményezheti, de a probléma jellegéből fakadóan vannak esetek, ahol a pedagógiai szakszolgálathoz való

irányításnak nem kell összekapcsolódnia a szakorvosi vizsgálat kérésével. Ugyanígy javasolhatja adott esetben a két rendszerben való elindulást az összes többi rendszerszereplő (védőnő, bölcsődei kisgyermeknevelő, óvónő, gyermekjóléti szolgálat családgondozója stb.), természetesen figyelembe véve a jelenlegi leírt továbbküldési utat, amely a legtöbb esetben a házi gyermekorvoson, háziorvoson keresztül vezet a szakellátás felé.

A modell kidolgozásának idején (2015) a 18 hónapnál fiatalabb gyermekek a szakértői bizottság külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológus diagnosztikai véleménye alapján közvetlenül elkerülhettek a korai fejlesztést végző intézménybe. A kliensútmodellben kibővült a továbbküldésre jogosult szakorvosi kör, és kiterjedt a 3 év alatti gyermekekre az a lehetőség, hogy a családok a szakorvos véleményével közvetlenül az ellátó intézményt kereshessék fel. Mivel a szakértői bizottságok nagyon leterheltek, és a vizsgálatra való várakozási idő néha több hónapot is igénybe vehet, a minél korábbi ellátásba kerülés érdekében – a modell szerint – a szakorvosnak tájékoztatnia szükséges a 18 hónapos kor alatti gyermek szüleit a köznevelés rendszerébe való bekerülés miértjéről. Fel kell hívni a figyelmüket arra, hogy jelentkezzenek be a megyei szakszolgálat szakértői bizottságához, illetve adott esetben az országos szakértői bizottsághoz a szakorvosi vizsgálat alapján kiállított szakértői vélemény elkérése céljából, minden más esetben a komplex vizsgálat minél korábbi elvégzése érdekében.[304] A jövőben a kapacitásbővítéssel és a megfelelő képzési háttér kialakításával fontos lenne elérni, hogy a várólisták hossza csökkenjen, és a komplex, korai diagnosztikában jártas szakemberek részvételével zajló vizsgálat megelőzhesse a fejlesztő, terápiás munkát, hiszen a legtöbb sajátos nevelési igényű kategória esetében rendkívül fontos már a korai életkorban, de kétéves kor táján biztosan a részletes gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat (például a beszéd- és nyelvi zavarok kapcsán). Amennyiben a 3 éven aluli gyermek állapota alapján nem merül fel a sajátos nevelési igény gyanúja, de megsegítése mégis indokolt (akár a mozgásfejlődés enyhe megkésettsége okán), a járási tagintézményben jelentkező gyermeket és szülőt nem irányítják át a megyei szakszolgálathoz, hanem korai fejlesztés keretében látják el. (Ennek a lehetőségnek a jelenlegi jogszabályi háttere most már egyértelmű, ennek következtében nem kell nevelési tanácsadás keretében bűjtatni az ellátást.) A 3 évnél idősebb gyermekek esetében továbbra is a járási szakértői bizottság feladata lenne a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése, a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megállapítása.

A gyermek és családja ellátásánál fontos szempont a család lakóhelyéhez minél közelebbi, a szükségletekhez leginkább illeszkedő ellátások biztosítása. Ennek a szempontnak és a hétköznapi gyakorlat tapasztalatainak figyelembevételével a terápiás, fejlesztő ellátás megszervezése olyan intézményben kell hogy történjen, ahol mindez biztosítható, függetlenül attól, hogy ez az intézmény állami fenntartású pedagógiai szakszolgálat, egészségügyi fekvő- vagy járóbeteg-ellátást végző intézmény, magánellátó vagy egyházi, illetve alapítványi fenntartású intézmény. A magánellátók integrálása az intézményrendszerbe

304. Megjegyzendő, hogy a szakorvosi kör kibővítésére 2015-ben tett javaslat 2017. március 1-től jogszabályi megerősítést kapott.

fontos mozzanata lenne egy jobb minőségű, hatékonyabban működő ellátórendszer kiépítésének, természetesen annak a feltételnek a teljesülése mellett, hogy a kontrollálhatóság érdekében mind az állami ellátóknak, mind a magánellátóknak megfelelő akkreditációs folyamaton kell keresztülmenniük. Ebből a megközelítésből kiindulva az ellátásra kijelölt hely – legyen ez akár a pedagógiai szakszolgálat tagintézménye vagy egy alapítványi fenntartású korai fejlesztő központ stb. – a modellben kulcsintézményként azonosítható, ahová a diagnosztikus centrum irányítja a gyermeket és családját.

Kérdésként merül fel, mi történik akkor, hogy ha a szülő nem viszi el a szűrésekre, az orvosi vagy a szakértői bizottsági vizsgálatokra, illetve a korai fejlesztésbe, terápiás ellátásba a gyermeket. Erre a szülőt nem kötelezi jogszabály, viszont a nemzetközi egyezményekben lefektetett és hazánk által aláírt, ratifikált, hazai jogszabályi keretbe is beleforgalt gyermekjogok sérülnek, hiszen nem biztosított a gyermek állapota alapján a megfelelő szolgáltatáshoz való hozzáférés. A kliensútmodell esetében, ha a kliensutat nyomon követő szakember azt érzékeli, hogy a feltételek adottak az ellátásba juttáshoz, ám a szülő mégsem viszi a gyermeket a megfelelő szakemberhez, illetve intézménybe, akkor a gyermekjóléti szolgálat felé jelez. Ennek a kérdésnek a megválaszolása más országokban is kihívást jelent. Ausztriában például a várandósgondozási és gyermekegészségügyi kiskönyvben lefektetett vizsgálatokon a megjelenés nem kötelező, azonban a gyermekgondozási támogatásra csak az jogosult, aki a kiskönyvvel igazolni tudja bizonyos vizsgálatokon való részvételét. Az állami támogatásra való jogosultsághoz szükséges legalább öt, várandósság alatti vizsgálaton való megjelenés, valamint a születés utáni első 14 hónapban további öt vizsgálaton történő megjelenés (Caposys, 2015). A vizsgálatok elmulasztása a segély 50%-ának megvonását eredményezi (HELP.gv.at, 2015).

Lényeges szempont még a kulcsfontosságú átmeneti pontok azonosítása a gyermek életében, az érintett intézményes szereplők rendszeres találkozása a zökkenőmentes átmenetek biztosítása érdekében, a gyermekekről szóló, a további ellátást segítő információk megosztása például a bölcsőde-óvoda, óvoda-iskola átmenetek kapcsán, ahol a megnevezett intézmények mellett a pedagógiai szakszolgálat szakemberei, a védőnő, a házi gyermekorvos, háziorvos, illetve, ha érintett, a gyermekjóléti szolgálat szakembere is részt vesz.

9.5.2.2 A kulcsszemély szerepe

A szektorok közötti koordináció kézben tartása indokolja egy olyan személy beemelését a rendszerbe, illetve megnevezését a jelenlegi szereplők közül, aki a nyomon követésben, a szolgáltatások koordinációjában kulcsszerepet játszik. Az ún. kulcsszemély feladata a kliensutak menedzselése, a szolgáltatások összehangolása, az információk begyűjtése, az adminisztratív feladatok elvégzése, az elérhető juttatásokról, támogatásokról való tájékoztatás. Amennyiben a gyermeknek és/vagy a szülőnek bármilyen speciális támogatásra van szüksége, a kulcsszemély eldönti, hogy adott esetben elég-e az ő képzettsége, kompetenciája a probléma megoldásához, vagy más/több szakember bevonása szükséges a folyamatba, és továbbirányítja a gyermeket, családot a megfelelő ellátóhoz, szolgáltatóhoz – végig kézben tartva a folyamatot. Koordináló tevékenységével garantálja az egyes szolgáltatások, szakemberek, szülők közötti együttműködést. Kontaktember, akivel a többi szakember és a család is kommunikál, ő segít nekik a döntéshozásban, és navigálja őket a rendszerben.

Nemcsak a szolgáltatások koordinálásáért, de eredményéért is felelősséget vállal, biztosítja a megoldáscentrikus csomag hatékony végrehajtását. Törekszik a rendszerben lévő párhuzamosságok, átfedések, az inkonzisztencia csökkentésére. Segíti az egyes szolgáltatások közötti átmenetet, hogy biztosítani lehessen a szükséges támogatás folytonosságát, ha a gyermek az egyik ellátórendszerből a másikba kerül.

A kulcsszemély a nemzetközi gyakorlatban bármilyen képzettségű szakember lehet, akinél továbbképzéssel biztosítható a megfelelő kompetencia kialakítása. Személyes jellemzőin, az érzékenységen, empátián, elfogadáson, mások szükségleteinek érzékelésén túl képesnek kell lennie hatékony kommunikációra, sikeres, bizalomteli kapcsolat kiépítésére a gyermekekkel, családokkal egyaránt. Tudnia kell erősíteni, bátorítani a családokat abban, hogy partnerként tudjanak más szakemberekkel együtt dolgozni, képesek legyenek a meglévő információk alapján döntéseket hozni, illetve olyan stratégiát megvalósítani, amely segít, hogy kiteljesítsék a bennük lévő lehetőségeket. A kulcsszemélynek képesnek kell lennie arra, hogy a különböző hátterű kollégákkal hatékonyan működő, jó partneri kapcsolatot építsen ki, a konfliktusokat megfelelően tudja kezelni, és saját tudását hatékony gyakorlatba tudja átfordítani. Saját szakmai hozzáértésén túl tájékozottnak kell lennie a többi szakember munkájáról, kompetenciáiról, az ellátó intézményrendszer működéséről, a fellelhető szolgáltatások választékáról, a különböző ágazati irányítás alá tartozó rendszerekben szabályozott kliensutakról vagy a nem szabályozott bekerülési lehetőségekről, a szűrés, jelzés, diagnosztizálás, az ellátások, juttatások, szolgáltatások egész rendszeréről és annak szereplőiről.

A hazai gyakorlatban a kulcsszemély szerepének azonosítása szempontjából figyelembe kell venni a jelenlegi ellátórendszer működésbeli sajátosságait. Többféle lehetőség vetődött fel a kulcsszemély azonosítására: megfogalmazódott a dinamikus kulcsszemélymodell gondolata, ahol az lesz a kulcsszemély, aki észreveszi a problémát, tehát, ahol a felismerés megtörténik. Az ellátók feladataival azonban nem minden szakterületen egyeztethető össze az új kötelezettségek vállalása, ezért az elképzelés azokra a szakterületekre redukálta a mandátum odaadását, ahol a szakember feladatai között eredendően jelen van a nyomon követés mozzanata. Ezzel a dinamikus modelltől egy statikusabb modell felé tolta el a választás lehetőségét. Észszerű gondolat, hogy a kulcsszemély szerepét olyan szakember töltse be, akinek az új feladat ellátása gyakorlatilag hozzátartozik a munkaköréhez, és a gyermekkel, illetve a családdal a legkorábbi életkorban kerül kapcsolatba. A várandóságtól a gyermek iskolába lépéséig az anya állapotának és a gyermek fejlődésének nyomon követését az egészségügyi alapellátás szakembere, a védőnő végzi, a házi gyermekorvossal, háziorvossal szoros együttműködésben. Különösen a 0–3 éves gyermekek fejlődésének nyomon követésében fontos az egészségügyi alapellátás szereplőinek részvétele, hiszen az intézményes ellátásba kerülés előtt a szülőnek leginkább ők jelentik a támogató jelenlétet. Kézenfekvő tehát, hogy a kulcsszemély szerepét a védőnő töltse be. A védőnő személye mellett szól, hogy a szűrésben és a probléma felismerésében jelentős szerepe van, sok esetben észlelő személy. Mind az egészségügyi, mind a szociálisan veszélyeztetett várandós anyát, illetve a gyermeket „fokozott figyelemmel kíséri", amely tevékenység az alapvető feladatkörében szerepel. Szoros kapcsolatban van a családdal, bizalmas viszonyt

tud kialakítani a családtagokkal, ami lehetővé teszi a fejlődésbeli problémákról való nyílt, gátlás nélküli kommunikációt. A kora gyermekkori intervenció felső „korhatára" ráadásul nagyjából egybeesik a területi védőnői gondozás idejével. Az iskoláskorig kiszűrt gyermekek aránya 5-7%, egy átlag védőnői körzet 200-250 fő. A kulcsszemélyi feladat tehát egy védőnőnek 15-18 gyermeket és családot jelentene, ahol pluszfeladatot kellene ellátnia. Munkáját megfelelő dokumentáció segíti, követhető, számon kérhető nyilvántartással. Ez a dokumentáció (jelentsen ez akár papíralapú, akár elektronikus dokumentációt) biztosítékot jelenthet a zökkenőmentes „átadás-átvétel"-re. A védőnői feladatok korspecifikus (0–3 éves életkorú gyerekekre fókuszáltan), illetve területspecifikus átstrukturálásával lehetne a kulcsszemélyi feladatok elvégzését biztosítani. Mivel a hazai kutatási adatok azt mutatják, hogy a gyermek 3 éves kora utáni szakaszban némileg csökken a védőnői szolgáltatás iránti igény (Bíró, Nagy és Szigeti, 2015), opcionális lehetőségként merült fel, hogy a kötelező óvodáztatás bevezetésével a 3 évnél idősebb gyerekek ellátásának nyomon követését, illetve a kulcsszemélyszerepet az óvónő vegye át.

A kliensútmodell kialakításához kapcsolódó kutatás megerősíti az elképzelések létjogosultságát. A két megyére kiterjedő vizsgálatban a válaszadó 217 szakember elsöprő többsége, 92%-a gondolja úgy, hogy hasznos lenne a kulcsszemély funkció bevezetése. Arra a kérdésre, hogy melyek lennének azok a feladatok, amelyeket egy kulcsszemélynek mindenképpen el kellene látnia, a felsorolt lehetőségek közül a válaszolók legmagasabb arányban a család informálását jelölték meg (90%), de az ellátások koordinálását, a gyermek ellátásának követését és dokumentálását, a család elérhető juttatásokról való tájékoztatását is a szakemberek több mint fele tartotta leginkább ellátandó feladatnak. (Lásd *9–3. ábra.*)



9–3. ábra: A kulcsszemély által ellátandó feladatok a kliensútmodellben.
Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel. AITA, 2014 (Kereki, 2015a)

Az a kérdés is vizsgálat tárgya volt, hogy a szakemberek szerint ki lenne a megfelelő személy a kulcsszemélyi feladatok ellátására. A válaszadóknak a megadott munkaköröket kellett sorrendbe állítaniuk aszerint, hogy ki lenne a leginkább alkalmas kulcsszemély, és mely

szereplőt milyen arányban javasolták, kit preferáltak a legtöbben. Az alábbi táblázatban (lásd *9–1. táblázat*) szereplő szám azt jelzi, hogy az egyes ágazatokhoz tartozó válaszadók közül mennyien tartják megfelelőnek a feladatra az adott munkakörben dolgozó szakembert (a kitöltésnél felállított sorrendből egyes munkaköröket el lehetett hagyni).

9–1. táblázat: A megfelelő kulcsszemély

	Egészségügy (128 fő)	Oktatás-köznevelés (40 fő)	Szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi (46 fő)	Több ágazathoz tartozó, többcélú intézmény (3 fő)	Összes szakember közül (217 fő)
Védőnő	103	28	34	3	168
Gyermekjóléti szolgálat, családsegítő szolgálat szakembere	70	26	31	3	130
Pedagógiai szakszolgálat szakembere	72	26	26	2	126
Házi gyermekorvos, háziorvos	72	11	25	1	107
Óvodapedagógus	54	13	21	1	89
Más személy	39	11	18	1	69
Kisgyermeknevelő	37	9	19	1	66

Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel. AITA, 2014 (Kereki, 2015a)

Az összefoglaló táblázat mutatja, hogy mindenhol a védőnő szerepel az első helyen, különösen az egészségügyben dolgozóknál. A második leginkább megjelölt kategória a gyermekjóléti és családsegítő szolgálat szakembere csak az egészségügyben dolgozóknál kapott kicsit kevesebbet, mint az összességében harmadik szereplő, a pedagógiai szakszolgálat szakembere. A negyedik helyen az összesítésben a házi gyermekorvos / vegyes praxisú háziorvos szerepel, de az oktatás esetében már lényegesen kisebb támogatással. A többi szereplő említése is érdekes, mert azt jelenti, hogy őket is számosan alkalmasnak tartják. Mindenesetre a kulcsszemélyszerep létrehozása esetén, ha általános intézményes megoldást keresünk, akkor a védőnőket célszerű a szerepre kijelölni és felkészíteni.

A kliensútmodell javaslata szerint egy intézményen, illetve egy intézményrendszeren belül is érdemes kijelölni a szolgáltatások koordinációját végző személyt. Az ő munkája hasonló a kulcsszemélyéhez, de egy kisebb ellátói körben szervezi a kliens körüli szolgáltatásokat, a szakemberek közötti rendszeres kommunikációt, konzultációt. Őt nevezzük

koordinátornak. Az ellátó intézményekben célszerű egy kontaktszemély kijelölése, akivel a kulcsszemély és más intézményrendszerek szereplői kapcsolatot tartanak a gyermek, illetve családja érdekében. Ez azonos lehet a koordinátor személyével. Annyiban tehát dinamikusnak nevezhető a modell, hogy a köznevelés területén a diagnosztikus team megszervezését és a fejlesztő, terápiás ellátás megszervezését a kulcsintézmény szakembere végzi, aki adott esetben lehet a kontaktszemély is, de végül az összes információ a védőnő kezében fut össze. A gyermekvédelem területe a jelen jogszabályi környezetben kivételt képez a rendszerbe illeszkedés szempontjából, hiszen a gyermekvédelmi alapellátásban az esetgazda a kulcsszemély, aki menedzseli a gyermek és a család útját, feladata jogszabályban meghatározott, az általa ellátottak köre behatárolható, az ő feladatainak kiterjesztése vagy leszűkítése nem indokolt. Az érintett gyermekek esetében el kell juttatnia az információkat a védőnőhöz, és együtt kell működnie vele a gyermek és a család érdekében.

9.5.2.3 Információforrások, dokumentáció

A kliensútmodellben minden kulcsszemély birtokában kell lennie az összes megyei ellátó címlistájának, azok kontaktszemélyeinek elérhetőségével, és a kontaktszemély kezében is ott kell lennie a kulcsszemélyek nevének, elérhetőségének, valamint az összes releváns *ellátó intézmény listájának*, azok kontaktszemélyeinek nevével és elérhetőségével, hogy abból mindenki kialakíthassa a maga *kommunikációs hálóját*.

A kliensútmodellben az érintett gyermekek ellátásának nyomon követését a védőnő az általa és a többi, ellátásban részt vevő szakember által vezetett közös dokumentum, az ún. *Ellátási lap* segítségével végzi, amely a Gyermekegészségügyi kiskönyvhöz csatolva az összes ellátótól bejövő releváns információkat tartalmazza. Ezenkívül egy jól meghatározott jelzési rendszer biztosítja a kulcsszemély informáltságát, hiszen minden érintett, aki a kliensút bármelyik szakaszában valamilyen kapcsolatba kerül a gyermekkel, jelzi azt a védőnőnek. Ahhoz azonban, hogy a gyermek útja hézagmentesen és hatékonyabb módon követhető legyen, az Ellátási lapot egy *egységes, integrált informatikai rendszer* segítségével kellene kiváltani. Ebben a rendszerben szükség van a különböző ágazatok informatikai rendszereinek összekapcsolására és az érintett szakemberek, illetve a család számára a megfelelő jogosultságok melletti használat biztosítására. A nyomon követést ugyanúgy a védőnő végzi. Ennek biztosítéka egy egységes elektronikus egészségügyi kiskönyv lenne, amely az összes várandósgondozáshoz kapcsolódó adatot, valamint a megszületéstől az iskoláskorig az egészségügyi adatokat, illetve az intervencióhoz kapcsolódó lépéseket, tartalmakat is magában foglalja.

2015-ben készült egy összefoglaló anyag néhány európai ország gyakorlatáról (Egyesült Királyság, Dánia, Németország, Ausztria), amelyből kiderül, hogy a várandósgondozás és a gyermek korai életszakasza egészségügyi eseményeinek figyelemmel kísérése a vizsgált országok mindegyikében fontos része az egészségügyi rendszernek, de országonként jelentősen eltérő formában, tartalommal és meglehetősen különböző mértékű állami szabályozói részvétellel. Németország és Ausztria a magyar gyakorlathoz hasonló, papíralapú, részletesen szabályozott rendszert működtet. Nagy-Britanniában központi szabályozás csak az orvosszakmai területeken létezik, a tényleges, napi gyakorlat területenként

eltérő mélységű, tartalmú. Dánia kiemelkedik a vizsgált országok közül az egységesítés és az elektronizálás terén, ugyanakkor az egyébként példaértékű egészségügyi rendszeren belül jóval kisebb súlyúnak tűnik a várandósgondozás, mint a vizsgált többi országban. Az elektronizálásban világszinten is jelentősen a többi ország előtt járó Dániát kivéve a papíralapú megoldások mindenütt egyeduralkodóak. Az elektronizálási projektek a kialakulás fázisában vannak, vagy csak tervezik őket, esetleg tesztüzemben már működnek, de országosan egységes, teljesen integrált és mindenki számára elektronikusan elérhető rendszer Dánia kivételével általában még tervek szintjén sem létezik (Capsys, 2015).

A kliensútmodell Békés megyében, különös tekintettel Békéscsaba és Gyula városokra egy pilot keretében kipróbálásra is került. A pilotot a különböző ágazatok szakembereire irányuló, vegyes összetételű csoportokban megvalósuló képzések előztek meg. A pilot tapasztalatai azt mutatják, hogy az egészségügyi ellátásból több gyermek érkezett a pedagógiai szakszolgálatok diagnosztikus csoportjaihoz, mint a megelőző időszakokban, ráadásul sokkal magasabb arányban voltak közöttük a fiatalabb életkorú gyerekek, mint a korábbiakban. A szakemberek közti kapcsolati háló kiszélesedett, az informális ismeretségek kialakításának támogatása segítette azt a folyamatot, hogy a különböző szakterületek képviselői bátrabban keressék meg egymást a gyermekekkel, családokkal összefüggő kérdések megbeszéléséhez. Különösen a védőnővel való kapcsolattartás erősödött meg. Néhány intézmény a belső eljárásrendjén is igazított a pilot hatására. Ahhoz azonban, hogy napi rutinná váljon ez a fajta működés, és tartós hatása legyen a megkezdett folyamatoknak, rendszeres facilitálásra, visszacsatolásokra van szükség. A szabályozási keretek kialakítása, módosítása mellett rugalmas, a szakemberek szaktudását és döntési képességeit jobban tiszteletben tartó szemléletmód, az információk, a tájékoztatás horizontális és vertikális szinten egyaránt megvalósuló folyamatos áradása, a jelzési rendszer hatékony működtetése segítheti a megvalósulást.

9.6 ÖSSZEFOGLALÁS

A kora gyermekkori intervenciós rendszer részeként megjelenő intézményes szereplők jogszabályban azonosítható feladatai, kapcsolódásai, a köztük lévő továbbküldési, jelzési utak, valamint ezeknek a gyakorlatban történő megvalósulása több olyan anomáliára és hiányra irányította rá a figyelmet, amelyek kezelése egy hatékony szolgáltatói rendszer kialakítása szempontjából elengedhetetlen. Az azonosított problémák megoldására, illetve az intézményrendszerben zajló átalakítások jelenleg még kedvezőtlen hatásainak ellensúlyozására két olyan, akár egymást kiegészítő módon is megvalósítható modell kifejlesztése valósult meg, amely nemzetközi modellek adaptálható elemeit és a hazai jó gyakorlatok tapasztalatait építette be az elképzelések közé.

Egy működőképesebb rendszer alapvetően az integrált szolgáltatói modell kialakításával, a gyermek és család köré szerveződő interdiszciplináris szakértői team közreműködésével, a családot a felismeréstől az ellátásba kerülésig nyomon követő kulcsszemély részvételével érhető el. Tisztában kell lenni azzal, hogy az elképzelt szolgáltatói modellek

működtetéséhez egy hálózatos felépítésű ellátórendszer kialakítására van szükség, ahol komplex feladatellátásra képes centrumok, illetve a szolgáltatásokhoz való hozzáférést mozgó szolgálatokkal helyben biztosító szakértői csapatok tudják a legeredményesebb ellátást biztosítani. Ezért azt is vizsgálni kell, hogy mennyire vannak meg akár a jelenlegi működésben, akár a tervezett működésben ennek feltételei. Megfelelő dokumentálás mellett az átfedések, a többszörös ellátás kiküszöbölhető. Az interdiszciplináris teammunka, valamint a széles terápiás választék szakmailag ellenőrzött (intézményes) keretek közötti biztosítása elengedhetetlen feltétele a szükségletalapú ellátásnak. Ugyanakkor szintén fontos aspektus a szülők támogatása, információkkal való ellátása a rendszer ismeretét és működését illetően, valamint annak támogatása, hogy a gyermek köré a megfelelő fejlődést biztosító, optimális környezetet tudjanak kialakítani.

Mindemellett meg kell említenünk azokat a rendszereket, ahol a specifikus problémák támogatására a kora gyermekkori intervenciós központok hálózatától az inkluzív közösségalapú szolgáltatásokig jutottak el (Dunst, 2001), és az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekekről olyan napközbeni gyermekellátó intézmények gondoskodnak, ahol inkluzív nevelés keretében képesek fejlődni. A kutatások azt igazolják, hogy az érintett gyermekek fejlődését jelentősen kedvezőbbé teszi, ha részt vehetnek az általános kora gyermekkori és közösségi színtereken szervezett tevékenységekben és nevelésben (Guralnick, 1999; DEECD, 2008; KPMG, 2014).

10 FELHASZNÁLT IRODALOM[305]

Adamaszek, K. és Gnau, E. (2011): *Welche Elterninformationen Sind Für Die Zielgruppe Früher Hilfen Attraktiv?* Ergebnisse Einer Befragung Von Fachkäften. Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Elterninformationen.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 30.) A könyvben idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Nyuli Krisztina.

Adler, N. E. és mtsai (2007): *Reaching for a healthier life: Facts on socioeconomic status and health in the U.S.* MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health, San Francisco, CA.

A Gyermek Jogairól Szóló Genfi Deklaráció (1924). Nemzetek Szövetsége, 1924. http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

A Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozat (1959). Egyesült Nemzetek Szervezete, 1959. november 20. http://www.un-documents.net/a14r1386.htm (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (Convention on the Rights of the Child). Egyesült Nemzetek Szervezete, 1989. november 20. http://www.un-documents.net/crc.htm (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. és Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment.* Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Aitken, L. és mtsai (2009): *Early Intervention Therapy Program Guideline.* Ministry of Children and Family Development, British Columbia.

Állami Számvevőszék (2011): *Jelentés a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről.* Állami Számvevőszék, Költségvetési, Felügyeleti Főigazgatóság, Budapest. http://www.asz.hu/jelentes/1126/jelentes-a-haziorvosi-ellatas-mukodesenek-es-penzugyi-feltetelrendszerenek-ellenorzeserol/1126j000.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 10. 15.)

Almqvist, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Sweden.* European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 07. 31.)

Altorjai Péter (2014): *TÁMOP–6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program, képzési alprojekt. Képzők képzése. Előadás.* TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program, Gyógyszerészeti és Egészségügyi, Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest.

305 Az internetes hivatkozások a letöltés időpontjában elérhetőek voltak.

Altorjai Péter, Bodó Timea, Futó Gabriella, Horváth Ágnes, Kereki Judit, Orosz Katalin, Petőné Csima Melinda, Résőné Mellár Mónika és Tóth Anikó (2014): *Idejében kiderül… Házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok komplex továbbképzése. E-learning tananyag.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest.

Altorjai Péter, Fogarasi András és Kereki Judit (szerk.) (2015): *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. 2. javított kiadás.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Andrews, E. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – UK (England).* European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 07. 04.)

Ariès, P. (1987): *Gyermek, család, halál.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Aszmann Anna és Valek Andrea (2013): *Nemzetközi indikátorok.* Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

A Magyar Köztársaság Kormánya (2006): *Új Országos Fogyatékosügyi Program, 2007–2013.* www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=1295 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

B. Méhes Vera (1996): *Montessori pedagógiai rendszere és alkalmazása az óvodában.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Babity Mária (2005): *A gyermekbántalmazás felismerése, megelőzése, kezelése.* Eötvös József Főiskola, Baja. http://kulvarosialdozatsegites.hu/files/docs/gyermekbantalmazas_megelozes_kezeles.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 15.)

Bacsa Judit (2014): *A kora gyermekkori ellátás protokollja a köznevelési intézményrendszerre vonatkozóan.* Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Bailey, D. B., Bruder, M. B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., Walker, D. és Barton, L. (2006): Recommended Outcomes for Families of Young Children with Disabilities. *Journal of Early Intervention,* 28 (4), 226–251.

Balogh Lászlóné, Barbainé Bérci Klára, Kovácsné Bárány Ildikó, Nyitrai Ágnes, Rózsa Judit, Tolnayné Falusi Mária és Vokony Éva (2012): *A bölcsődei nevelés-gondozás szakmai szabályai. Módszertani levél.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. http://www.feherkereszt.hu/2012/data/userfiles/file/szocialisfuzetbolcsodei.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 03. 10)

Bánfai Bálint, Betlehem József, Deutsch Krisztina, Jeges Sára, Lampek Kinga, Petőné Csima Melinda és Tancsics Dóra (2014): *Összefoglaló tanulmánya TÁMOP–6.1.4/12/1-2012-00001 „Koragyermekkori (0–7 év) program" kiemelt projektben végzett „Szülők gyermekneveléssel kapcsolatos attitűdjének felmérése, a 0–7 éves korú gyermekek alapellátásával kapcsolatos elvárásainak elégedettség-felmérése, szociológiai/szociálpszichológiai típusú felmérés és elemzés" vonatkozásában.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Barros, A. J., Matijasevich, A. és Santos, I. (2010): Halpern R. Child Development in a Birth Cohort: Effect of Child Stimulation is Stronger in Less Educated Mothers. *Journal Epidemiol,* 39 (1), 285–294.

Bársonyné Kis Klára, Masa Andrea, Németh Anikó, Lantos Katalin, Pukánszky Judit, Lobonov Budai Éva és Tobak Orsolya (2014): *Védőnők, vegyes praxisú háziorvosok/házi gyermekorvosok kompetenciáinak, motiváltságának és a családokkal szembeni elvárásainak felmérése a gyermeki fejlődés követésében (szakemberi attitűdvizsgálat).* Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Bass László, Klujber Valéria, Márkné Ribiczey Nóra és Vásárhelyi Anikó (szerk.) (2014): *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Basten, M., Jaekel, J., Johnson, S., Gilmore, C. és Wolke, D. (2015): Preterm Birth and Adult Wealth. Mathematics Skills Count. *Psychological Science,* 26 (10), 1608–1619.

Beke Anna (2000): *Intenzív osztályon kezelt koraszülöttek és veszélyeztetett újszülöttek utánvizsgálata.* Összefoglaló az eredményekről. Kézirat. Budapest.

Bernheimer, L. C. és Weisner, T. S. (2007): 'Let me just tell you what I do all day…' The family story at the center of intervention research and practice. *Infants and Young Children,* 20 (3), 192–201.

Betlen Anna és Pap Enikő (2012): *Módszertani ajánlások a szexuális erőszak áldozatával foglalkozó szakemberek számára.* Keret Koalíció, Budapest.

Bíró Lajos, Nagy Erna és Szigeti Szonja (2015): *Szülői attitűdvizsgálat pilot országos kiterjesztése. Zárótanulmány.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Bíróné Balog Vilma, Bordács Margit és Németh András (1998): Maria Montessori pedagógiája. In: Pukánszky Béla és Zsolnai Anikó (szerk.): *Pedagógiák az ezredfordulón.* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 13–30.

Birtalan Győző (2009–2011): A XVIII. sz. orvostudománya. In: *Fejezetek az orvostudomány egyetemes történetéből.* Elektronikus tankönyv. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest. http://www.tudomanytortenet.hu/tankonyvek/a_kozegeszsegugy_tortenete/index.php?kat=22&cid=08&idd=224 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 03.)

Black, R. E., Morris, S. S. és Bryce, J. (2003): Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year? *The Lancet,* 361 (8376), 2226–2234.

Boavida, J. és Carvalho, L. (2003): A Comprehensive Early Intervention Traning Approach: Portugal. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 213–252.

Boavida, J., Carvalho, L. és Espe-Sherwindt, M. (2009): Early Childhood Intervention in Portugal: Interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In: Carpenter, B., Schloesser, J. és Egerton, J. (eds.) (2009): *European Developments in Early Childhood Intervention.* Eurlyaid–EAECI, 44–67.

Bod Mária és Hajtó Krisztina (2012): Koraszülött Prevenciós Program – új ellátási forma a Korai Fejlesztő Központban. *Fejlesztő Pedagógia,* 23 (4–5), 103–110.

Borbély Sjoukje (1995): Változó szemléletek a korai gyógypedagógiai diagnosztika és intervenció körében. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): *„…önmagában véve senki sem…"*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 186–198.

Borbély Sjoukje (2012): *A szülők és mi*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.

Bowlby, J. (2009): *A biztos bázis – A kötődéselmélet klinikai alkalmazásai*. Animula, Budapest, 9–44, 113–127.

Breia, G. (2009): *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Portugal*. European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

Britto, P. R., Yoshikawa, H., Van Ravens, J., Ponguta, L. A., Oh, S. S., Dimaya, R. és Seder, R. C. (2013): *Understanding Governance of Early Childhood Development and Education Systems and Services in Low Income Countries. Working Paper*. http://harris.uchicago.edu/sites/default/files/ECD%20Governance%20%26%20Finance%20-%20Amalgamated%20Paper.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

Bronfenbrenner, U. (1974): *Is early intervention effective?* Office of Human Development, Washington, D.C.

Bronfenbrenner, U. (1994): Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Elsevier, Oxford. Reprinted in: Gauvain, M. és Cole, M. (eds.): *Readings on the development of children*, 2nd Ed. (1993), Freeman, New York, 37–43. http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/BronfenbrennerModelofDevelopment%28short%20version%29.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 31.)

Bronfenbrenner, U. (2001): Bioecological theory of human development. In: Smelser, N. J. és Baltes, B. P. (eds.): *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Vol. 10. Elsevier, New York, 6963–6970.

Bronfenbrenner, U. és Morris, P. A. (2006): The bioecological model of human development. In: Lerner, R. M. (ed.): *Handbook of child psychology: Vol 1. Theoretical models of human development*. 6th ed. John Wiley & Sons Inc., New York, 793–828.

Bruder, M. B. (2010): Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future. *Exceptional Children*, 76 (3), 339–355.

Burányné Rákóczi Emese és Kun Richárdné (2015): *A továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadási szakszolgálati protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolaraska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/palyaori_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D. és Zentner, A. (2010): *Tackling Chronic Disease in Europe*. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2017. 11. 30.)

Caldwell, B. M. (1973): The importance of beginning early. In: Karnes, M. B. (ed.): *Not all little wagons are red: The exceptional child's early years* (pp2-10). Council for Exceptional Children, Arlington, VA.

Caldwell, B. M. és Bradley, R. H. (2003): *Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual*. Family & Human Dynamics Research Institute, Arizona State University, Tempe, AZ.

Capsys (2015): *Egységes elektronikus Várandósgondozási- és Gyermekegészségügyi kiskönyv bevezethetőségének vizsgálata HH és LHH kistérségekben*. Készült az Országos Tisztifőorvosi Hivatal részére a TÁMOP–6.1.4/12/1-2012-0001 azonosítószámú, „Koragyermekkori (0–7 év) program" című kiemelt projekt keretében. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Carneiro, P. és Heckman, J. J. (2003): Human Capital Policy. In: Heckman, J. és Krueger, A. (eds.): *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* The MIT Press, Cambridge, MA, 77–240.

Carpenter, B. (2000): Sustaining the family: Meeting the needs of families of children with disabilities. *British Journal of Special Education*, 27 (3), 135–144.

Carpenter, B. és Russel, P. (2005): Early Intervention in the United Kingdom. In: Guralnick, M. J. (ed.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*. Brookes, Baltimore, 455–480.

Carpenter, B., Schloesser, J. és Egerton, J. (eds.) (2009): *European Developments in Early Childhood Intervention*. Eurlyaid/EAECI.

Carter, S. C. (2014). Oxytocin Pathways and the Evolution of Human Behavior. *Annual Review of Psychology*, 65, 17-39.

Cashmore, J., Dolby, J. és Brennan, D. (1994): *Systems Abuse: Problems and Solutions*. NSW Child Protection Council, Sydney.

Center for the Study of Social Policy (2005): *The protective Factors Framework*. Center for the Study of Social Policy, Strengthening Families Protective Factors Framework. New York, Los Angeles, Washington. http://www.cssp.org/reform/strengthening-families/basic-one-pagers/Strengthening-Families-Protective-Factors.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)

Center on the Developing Child (2010): *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*. Center on the Developing Child, Harvard University, Cambridge MA. http://developingchild.harvard.edu/resources/the-foundations-of-lifelong-health-are-built-in-early-childhood/ (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

Center on the Developing Child (2015a): *Core Concepts in the Science of Early Childhood Development*. Center on the Developing Child, Harvard University. http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/06/Core-Concepts-in-the-Science-of-Early-Childhood-Development.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 10.)

Center on the Developing Child (2015b): *Early Childhood Mental Health*. Center on the Developing Child, Harvard University. http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 10. 11.)

Centre for Longitudinal Studies (2015a): *Welcome to the 1958 National Child Development Study*. http://www.cls.ioe.ac.uk/page.aspx?&sitesectionid=724&sitesectiontitle=Welcome+to+the+1958+National+Child+Development+Study (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)

Centre for Longitudinal Studies (2015b): *Welcome to the 1970 British Cohort Study.* http://www.cls.ioe.ac.uk/page.aspx?&sitesectionid=795&sitesectiontitle=Welcome+to+the+1970+British+Cohort+Study (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)

Centre for Longitudinal Studies (2015c): *Welcome to the Millennium Cohort Study.* http://www.cls.ioe.ac.uk/page.aspx?&sitesectionid=851&sitesectiontitle=Welcome+to+the+Millennium+Cohort+Study (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)

Chamera, J. (2012): Early Intervention for Children with Disabilities in Countries South of the Sahara: How do Family and Community Involvement and Cultural Values Benefit Intervention Programmes? *Linguistics, Culture & Education,* 1, No. 2, 311–331.

Child Welfare Information Gateway (2004): *Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect.* U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau. https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/riskprotectivefactors.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 10.)

Chiu, S. H. és Anderson, G. C. (2009): Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies,* Sep 2009; 46 (9), 1168.

Cleveland, G. és Krashinsky, M. (2003): *Financing ECEC services in OECD countries.* http://www.oecd.org/dataoecd/55/59/28123665.pdf (letöltés dátuma: 2015. 07. 29.)

Cole, M. és Cole, S. R. (2006): *Fejlődéslélektan.* Osiris Kiadó, Budapest.

Congress of Local and Regional Authorities of the Council of Europe (2013): *Towns and regions: a pact to stop sexual violence against children.* Congress of Local and Regional Authorities of the Council of Europe. http://www.congress-1in5.eu/en/page/158-toolkit-english-version.html (Letöltés dátuma: 2015. 08. 28.)

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, 2006. december 6. http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 20.)

Cook Pletcher, L. és Younggren, N. (2011): Early intervention – IDEA part c: service delivery approaches and practices. In: Maude, S. P. (ed.): *Early Childhood Intervention. Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families. Vol. 2. – Proven and Promising Practices.* ABC-CLIO, Santa Barbara, CA., 1–25.

Coulthard, N. (2009): *Service Trends and Practitioner Competencies in Early Childhood Intervention: A review of the literature.* Victorian Chapter of Early Childhood Intervention Australia (ECIA), Melbourne. http://www.eciavic.org.au/documents/item/26 (Letöltés dátuma: 2015. 08. 15.)

Council for Disabled Children (2014): *Early Support.* http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/earlysupport (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

Council of Europe (2015): *Lanzarote Convention.* http://www.coe.int/en/web/children/lanzarote-convention (Letöltés dátuma: 2015. 08. 28.)

Czeizel Barbara (2009): A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle,* 37 (2–3), 153–159.

Czeizel Barbara, Kemény Gabriella és Tóth Anikó (2011): *Kutatási jelentés a TÁMOP–3.1.1 kiemelt projekt keretében megvalósult „Pilot program kifejlesztése és lebonyolítása három célrégióban a korai gyermekkori intervenció rendszerszerű működésének megalapozásához" c. kutatás-fejlesztési programról.* Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Csákvári Judit és Mészáros Andrea (2012): *Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Csapó Benő (2007): Hosszmetszeti felmérések iskolai kontextusban – az első átfogó magyar iskolai longitudinális kutatási program elméleti és módszertani keretei. *Magyar Pedagógia,* 107 (4), 321–355.

Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium (2010): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A házi gyermekorvos kompetencialistájáról. http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/GYERMEK-a_hazi_gyermekorvos_kompetencia_listaja.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 03. 15.)

Csépe Valéria (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Csermely Péter, Fodor István, Joly, Éva és Lámfalussy Sándor (2009): *Szárny és teher. Ajánlás a nevelés-oktatás rendszerének újjáépítésére és a korrupció megfékezésére.* Bölcsek Tanácsa Alapítvány, Budapest. http://mek.niif.hu/07900/07999/pdf/szarny_es_teher.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 20.)

Csiky Erzsébet (1994): *Kisúlyú újszülöttek fejlődésének nyomon követése. Longitudinális vizsgálatok 1–5 éves korig.* Kandidátusi értekezés. MTA, Budapest.

Csiky Erzsébet (2006a): *A korai intervenció gyógypedagógiai-pszichológiai vonatkozásai.* Kézirat az Illyés Gyuláné emlékkötetbe. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

Csiky Erzsébet (2006b): A korai intervenció pszichológiai vonatkozásai. In: Rosta Katalin (szerk.): *Add a kezed! A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekeknél.* Logopédiai Kiadó, Budapest.

Csiky Erzsébet (2006c): Koraszülöttek utóvizsgálatának eredményei. *Gyógypedagógiai Szemle,* Különszám. Magyar Tudomány Napja, 55–61.

Csiky Erzsébet, Rajk András, Simon Mária és Dorner Márta (1981): Igen kissúlyú újszülöttek utóvizsgálata az iskolaérettség szempontjából. *Magyar Pszichológiai Szemle,* 38 (4), 359–372.

Csóka Szilvia (2008): Életminőség és esélyegyenlőség a korai kötődés tükrében. In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar Lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 179–192.

Danaher, J. (2011): Eligibility policies and practices for young children under Part B of IDEA. The National Early Childhood Technical Assistance Center. *NECTAC Notes,* 27, 1–21.

Danis Ildikó (2015): A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle,* 43 (2), 100–116. http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=53&cjaid=733 (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

Danis Ildikó és Kalmár Magda (2011): A fejlődés természete és modelljei. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A géntől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 76–125.

Danis Ildikó, Farkas Mária és Oates, John (2011): Fejlődés a koragyermekkorban: hogyan is gondolkod(j)unk róla? In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 24–66.

Darvas Ágnes, Farkas Zsombor, Tausz Katalin és Várnai Györgyi (2006): *Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program. Rövid Program, 2006–2008 (2006).* MTA Programiroda, Budapest. www.gyermekszegenyseg_elleni_nemzeti_program.pdf http://www.gyerekesely.hu/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=67:rovid-program&id=6:alapdokumentumok&Itemid=8. (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

Dávid Imre (2014): A stressz és kezelése. In: Dávid Imre, Fülöp Márta, Pataky Nóra és Rudas János: *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok.* Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest.

De Boo, H. A. és Harding, J. E. (2006): The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 46 (1), 4–14.

Delacato, C. H. (1963): *The diagnosis and treatment of speech and reading problems.* Charles C. Thomas, New York.

De Moor, J. M. H. (2012): *Early childhood intervention in Russia.* Eurlyaid–European Association on Early Childhood Intervention. http://www.eurlyaid.eu/index.php?menupos=3 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 12.)

De Moor, J. M. H., Van Waesberghe, B. T. M., Hosman, J. B. L., Jaeken, D. és Miedema, S. (1993): Early Intervention for Children with Developmental Disabilities: Manifesto of the Eurlyaid Working Party. *International Journal of Rehabilitation Research,* 16 (1), 23–31.

DeMause, L. (1982): *Foundations of psychohistory.* Creative Roots, New York. http://web.archive.org/web/20021020174919/http://www.geocities.com/kidhistory/found/contents.htm (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Department for Education and Child Development (2012): *Gifted and Talented Children and Students Policy.* Government of South Australia, Department for Education and Child Development. http://www.decd.sa.gov.au/docs/documents/1/GiftedChildrenandStudents.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 01.)

Department for Education and Skills (2003): *Together From The Start – Practical guidance for profesionals working with disabled children (birth to third birthday) and their families.* Department for Education and Skills, Government of the United Kingdom, London. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/LEA-0067-2003.pdf.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 31.)

Department of Early Education and Childhood Development (DEECD) (2008): *Evaluation of Victorian Children's Centres. Literature Review.* Department of Early Education and Childhood Development, Government of Victoria, Melbourne. https://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/earlychildhood/integratedservice/childcentrereview.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

Department of Health (2008): *Child Health Promotion Programme.* Department of Health, Government of the United Kingdom, London. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DH-286448.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 31.)

Department of Health (2009): *Healthy lives, brighter futures.* Department of Health, Government of the United Kingdom, London. http://www.ncb.org.uk/media/42243/healthy_lives__brighter_futures_vcs_brief.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 31.)

Dickerson, A. és Popli, G. (2012): *Persistent poverty and cognitive development: Evidence from the Millennium Cohort Study.* CLS Working Paper 2012/2. Centre for Longitudinal Studies, London. http://www.cls.ioe.ac.uk/shared/get-file.ashx?itemtype=document&id=1436 (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)

Diken, I. H. és Er-Sabuncuoglu, D. M. (2010): Early Childhood Intervention in Turkey. In: Pretis, M. (Ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges.* Maya, Ankara, 99–111.

Diószegi Gábor (2006): A gyermekkorúak sérelmére elkövetett nemi bűncselekmények. *Belügyi Szemle,* 54 (3), 3–23.

Doidge, N. (2011): *A változó agy.* Park Kiadó, Budapest.

Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J. és Tremblayd, T. R. (2009): Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Economics & Human Biology,*7 (1), 1–6.

Drennan, A., Wagner, T. és Rosenbaum, P. (2005): *The 'Key Worker' Model of Service Delivery.* Keeping Current #1-2005. CanChild Centre for Disability Research, Hamilton, Ontario. http://bluewirecs.tzo.com/canchild/kc/KC2005- 1.pdf (Letöltés dátuma 2015. 04. 10.)

Drlíková, J. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Czech Republic.* European Agency for Development in Special Needs Education.

Duarte, E. D., Silva, K. L., Tavares, T. S., Nishimoto, C. L. J., Silva, P. M. és De Silva, R. R. (2015): Care of Children with a Chronic Condition in Primary Care: Challenges to the Healthcare Model. In: *Texto Contexto Enfermagem,* 24 (4), 1009–1017.

Dunn, J. (1992): *Locke.* Atlantisz Könyvkiadó, Budapest.

Dunst, C. J. (2001): Participation of young children with disabilities in community learning activities. In: Guralnick, M. (ed.): *Early Childhood Inclusion: Focus on Change.* Paul H. Brookes, Baltimore, Maryland.

Dunst, C. J., Trivette, C. M és Deal, A. G. (eds.) (1994): *Supporting and strengthening families.* Brookline Books, Cambridge, MA.

Dunst, C. J., Hamby, D. W. és Brookfield, J. (2007): Modeling the effects of early childhood intervention variables on parent and family well-being. *Journal of Applied Quantitative Methods,* 2 (3), 268–289.

EADSNE (2005): *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_en.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.) Magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2005): *Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások.* Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért, Odense. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_hu.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.) Lásd még: EADSNE, 2005.

EADSNE (2010): *Early Childhood Intervention Analysis of Situations in Europe Key Aspects and Recommendations.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.) Magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2010): Korai fejlesztés – Előrelépés és eredmények 2005–2010. Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért, Odense. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-HU.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.) Lásd még: EADSNE, 2010.

Early Childhood Technical Assistance Center (2015): *States' and territories' definitions of/criteria for IDEA Part C eligibility.* Early Childhood Technical Assistance Center, Chapel Hill, NC. http://www.nectac.org/~pdfs/topics/earlyid/partc_elig_table.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

Early Support (2012): *Key working: improving outcomes for all: Evidence, provision, systems and structures.* Council for Disabled Children, London. http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/media/544482/key_working_position_paper_final_november_2012comp.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

EASNIE: Austria (2013): *Complete National Overview – Austria.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. https://www.european-agency.org/country-information/austria/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: Denmark (2013): *Complete National Overview – Denmark.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. https://www.european-agency.org/country-information/denmark/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: Germany (2013): *Complete National Overview – Germany.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. https://www.european-agency.org/country-information/germany/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: Norway (2013): *Complete National Overview – Norway.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. http://www.european-agency.org/country-information/norway/ national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: Portugal (2013): *Complete National Overview – Portugal.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. http://www.european-agency.org/country-information/portugal/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: Spain (2013): *Complete National Overview – Spain.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. http://www.european-agency.org/country-information/spain/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: Sweden (2013): *Complete National Overview – Sweden.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. http://www.european-agency.org/country-information/sweden/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

EASNIE: United Kingdom (2013): *Complete National Overview – United Kingdom.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Brussels. http://www.european-agency.org/country-information/united-kingdom-england/national-overview/complete-national-overview (Letöltés dátuma: 2015. 09. 06.)

Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. (2012): *A pedagógiai szakszolgálatok fejlesztésének támogatása uniós források felhasználásával.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop342b/Szakszolg_bemutato_anyag.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 03. 25.)

EFOP–1.9.5 Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) keretében megvalósuló A koragyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése című konstrukció szakmai koncepciója (2015). Kézirat.

EFOP–1.9.5–VEKOP–16 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése (2016). Felhívás. https://www.palyazat.gov.hu/efop-195-vekop-16-a-kora-gyermekkori-intervenci-gazatkzi-fejlesztse (Letöltés dátuma: 2017. 03. 25.)

Egyed Katalin (2011): Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 166–205.

Elliott, J. és Vaitilingam, R. (szerk.) (2008): *Now we are 50. A summary report Key findings from the National Child Development Study.* Institute of Education University of London. http://www.cls.ioe.ac.uk/library-media%5Cdocuments%5CNWA%2050%20A5%20Final.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)

Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program. EFOP 2014–2020. 2014. november 7., 80–81. https://www.palyazat.gov.hu/node/56578 (Letöltés dátuma: 2015. 10. 12.)

Emberi Erőforrások Minisztériuma (2014): *Egészségügyi szakmai irányelv – A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba*

vétele céljából. (Érvényesség idő: 2014. 09. 01.–2017. 06. 30.) Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Budapest. http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1997/fajlok/Az_Emberi_Eroforrasok_Miniszteriumanak.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 22.)

Emberi Erőforrások Minisztériuma, (2016a): *Módszertani Útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan.* Emberi Erőforrások Minisztériuma, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság és Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Budapest. http://www.kormany.hu/download/c/72/b0000/modszertani_utm_bantalmazas_megelozes_2.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 03. 17.)

Emberi Erőforrások Minisztériuma (2016b): *Szakmai ajánlás a család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer működésének és működtetésének szabályairól.* Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest. http://www.kormany.hu/download/f/72/b0000/csgyjsz_m%C5%B1k%C3%B6dtetett_jelz%C5%91rendszer_szakmai_aj%C3%A1nl%C3%A1s_1kiad%C3%A1s.pdf (Letöltés ideje: 2017. 12. 06.)

Emberi Erőforrások Minisztériuma (2016c): *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a Down-kór prenatális szűréséről és diagnosztikájáról.* Hatályos: 2016. 12. 22-től. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest. http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2437/fajlok/EMMI_Down_kor.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 12.)

Emberi Erőforrások Minisztériuma (2017): *Szakmai gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre.* Emberi Erőforrások Minisztériuma, Országos Tisztifőorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkár, Budapest. http://feszgyi.hu/letoltesek/GYV_SZGYIR_a_teruleti_vedonok_szamara.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 07. 17.)

Engle, P. L., Grantham-Mcgregor, S., Black, M., Walker, S. és Wachs, T. (2007): How to avoid the loss of potential in 7 over 200 million young children in the developing world. *Child Health and Education,* 1 (2), 68–87. http://www.childhealthandeducation.ca/articles/documents/1-Paper-Eng-Engle.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)

Engle, P. L., Fernald, L. C. H., Alderman, H., Behrman, J., O'Gara, C., Yousafzai, A., Cabral de Mello, M., Hidrobo, M., Ulkuer, N. és the Global Child Development Steer Group (2011): Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet,* Early Online Publication, 2011.

ENSZ (1948): *Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata.* Egyesült Nemzetek Szervezete, Paris. http://www.un-documents.net/a3r217a.htm (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

ENSZ (1966): *Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya.* Egyesült Nemzetek Szervezete, New York. http://www.menszt.hu/informaciok/emberi_jogok/egyezsegokmany_i (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

Eryigit-Madzwamuse, S. és Barnes, J. (2014): Patterns of Childcare Arrangements and Cognitive Development. *Journal of Child & Adolescent Behavior,* 2 (5), 1–9. http://www.familieschildrenchildcare.org/fccc_frames_home.html (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Espe-Sherwindt, M. (2008): Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning,* 23 (3), 136–143.

Eurlyaid (1993): *Assessment within the context of early intervention to children at risk and with disorders and to their families.* Eurlyaid–EAECI. http://www.eurlyaid.eu/docs/eaei_assessment_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 12.)

Eurlyaid (2012): *Standard requirements to organization of early intervention services.* Eurlyaid/EAECI. http://www.eurlyaid.eu/projects/docs/Standards_for_Russian_Early_Intervention.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 12.)

Európa Tanács (2007): *Az Európa Tanács Egyezménye a gyermekek védelméről a szexuális kizsákmányolás és a szexuális bántalmazás ellen.* Európa Tanács Egyezmény Sorozat. Európa Tanács, Lanzarote. https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680046e1d2 (Letöltés dátuma: 2015. 08. 11.)

Európai Bizottság (2011): *A Bizottság közleménye. Koragyermekkori nevelés és gondozás: hogy minden gyermek szilárdan megalapozhassa jövőjét.* Európai Bizottság. http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A52011DC0066 (Letöltés dátuma: 2015. 03. 10.)

Európai Bizottság (2013): *A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Előrelépések a nemzeti romaintegrációs stratégiák végrehajtásában.* Európai Bizottság. http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=CELEX:52013DC0454 (Letöltés dátuma: 2015. 08. 11.)

Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2005): Lásd: EADSNE, 2005.

Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2010): Lásd: EADSNE, 2010.

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations.* European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Odense. http://www.european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early childhood intervention. Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

European Comission (2012): *ECEC for children from disadvantaged backgrounds: findings from a European literature review and two case studies.* European Comission, Brussels. http://ec.europa.eu/education/policy/school/doc/ecec-report_en.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 13.)

European Comission (2013): *Support for children with special educational needs (SEN).* European Comission, Brussels. http://europa.eu/epic/studies-reports/docs/eaf_policy_brief_-_support_for_sen_children_final_version.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 13.)

European Commission/EACEA/Eurydice/Eurostat (2014a): *Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe. 2014 Edition.* Eurydice and Eurostat Report, Publications Office of the European Union, Luxembourg. http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/index_en.php (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

European Comission/EACEA/Eurydice/Eurostat (2014b): *Children face differing conditions in early childhood education and care programmes in Europe.* EACEA, Brussels.

Evangelista, N. J. (2009): Infant Early Childhood Psichology. In: Mowder, B. A., Rubinson, F. és Yasik, A. E. (eds.): *Evidence Based Practice in Infant and Early Childhood Psichology.* John Wiley and Sons Inc., Hoboken, NY, 3–44.

Evans, G. W., Li, D. és Whipple, S. S. (2013): Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin,* 139, 1342–1396.

Falus András (2012): *Epigenetika, a biológiai működés szoftvere.* http://eduvital.net/files/biol-hatteranyag/Falus_Epigenetika.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)

Fazekas Károly, Köllő Miklós és Varga Júlia (szerk.) (2008): *Zöld Könyv a magyar közoktatás megújításáért.* ECOSTAT, Budapest.

Fehér Gyöngyi (2015): *A konduktív pedagógiai ellátás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/konduktiv_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)

Feinstein, L. (2003): Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort. *Economica,* 70 (277), 73–97.

Fekete György (2006): Rehabilitáció a gyermekkorban. In: Huszár Ilona, Kullmann Lajos és Tringer László (szerk): *A rehabilitáció gyakorlata.* Medicina, Budapest, 148–157.

Feldman, M. A. (2004): Introduction: What is Early Intervention? In: Feldman, M. A. (ed.): *Early Intervention.* Blackwell Publishing Ltd., Malden, 1–4.

Felguerias, I. és Breia, G. (2004): *Early Childhood Intervention in Portugal.* European Agency for Development in Special Needs Education. www.european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

Felitti, V. J. (2001): Reverse Alchemy in Childhood: Turning Gold into Lead. *Health Alert,* 8 (1), 1–4.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. és Marks, J. S. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine,* 14 (4), 245–258.

Ferenczi Szilvia Györgyi (2011): A szülő és a gyermek adottságai: temperamentum, személyiség – az egymásra hangolódás lehetőségei. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a korai gyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 282–319.

Ferge Zsuzsa és Darvas Ágnes (szerk.) (2010): *Gyerekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermeknek!" Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2009. évi jelentése.* „Legyen jobb a gyermeknek!" Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottsága, Budapest.

Ferge Zsuzsa és Darvas Ágnes (szerk.) (2011): *Gyerekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermeknek!" Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2010. évi jelentése.* „Legyen jobb a gyermeknek!" Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottsága, Budapest.

F. Lassú Zsuzsa, Glauber Anna, Hajdu Krisztina, Kolosai Nedda és Rózsáné Cigány Enikő (2011): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Fogarasi-Grenczer Andrea és Balázs Péter (2012): A dohányzás és a környezeti dohányfüstártalom kapcsolata a koraszülésekkel. *Orvosi Hetilap,* 153 (18), 690–694.

Foucault, M. [1975] (1990): *Felügyelet és büntetés. A börtön története.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Friedrich Ildikó (2012): XVIII. századi magyar nyelvű kiadványok a gyermekek ápolásáról és neveléséről. In: Gazda István, Bodorné Sipos Ágnes és Láng Veronika (szerk.): *Orvostörténeti olvasmánytár.* Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum és Magyar Tudománytörténeti Intézet. http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/Green/index.php (Letöltés dátuma: 2015. 09. 15.)

Gallai Mária és Vetier Anna (2011): Mozogj, érzékelj, légy aktív és egészséges! – Testi növekedés, motoros és érzékszervi fejlődés, valamint az egészség. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek II. A korai gyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 102–145.

Garmezy, N. (1985): Stress-resistant children: The search for protective factors. In: Stevenson, J. E. (ed.): *Recent research in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Book Supplement,* 4, 213–233.

Geddes, R., Haw, S. és Frank, J. (2010): *Interventions for Promoting Early Child Development for Health: An environmental scan with special reference to Scotland.* Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy, Scotland. http://www.scphrp.ac.uk/wp-content/uploads/2014/03/1454-scp_earlyyearsreportfinalweb.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 25.)

Gereben Ferencné, Fehérné Kovács Zsuzsa, Kas Bence és Mészáros Andrea (2012): *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszédfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Giné, C. G., García-Díe, M. T., García, M. G. és Momplet, R. V. (2005): Early Intervention in Spain: An Overview of Current Practices. In: Guralnick, M. J. (ed.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Brookes, Baltimore, 543–570.

Goodwin, N. és Ferrer, L. (2013): *People-Centred and Integrated Care: What the Evidence May Look Like.* IFIC WHO Literature Review 1 on the Impact of Universal Health Coverage, People Centred Care and Integrated Service Delivery on Key Health System Outcomes. Draft Paper.

Gopnik, A., Meltzoff, A. N. és Kuhl, P. K. (2003): *Bölcsek a bölcsőben.* Typotex, Budapest.

Gordon, B. M. és Jens, K. G. (1988): A conceptual model for tracking high-risk infants and making early service decisions. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics,* 9 (5), 279–286.

Gordosné Szabó Anna (1999): *Gyógypedagógia-történet I.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Gottlieb, G., Wahlsten, D. és Lickliter, R. (2006): The significance of biology for human development: a developmental psychobiological systems view. In: Lerner, R. M. (ed.): *Handbook of child psychology: Vol 1. Theoretical models of human development.* 6th ed. John Wiley & Sons Inc., New York, 210–257.

Government of South Australia (2014): *Team Around the Child – Partnership Collaboration, Coordination. National Partnership Strategy.* Government of South Australia.

Greco, V. és Sloper, P. (2004): Care co-ordination and key worker schemes for disabled children: result of a UK-wide survey. *Child Care Health & Development,* 30 (1), 13–20.

Greco, V., Sloper, P., Webb, R. és Beecham, J. (2007): Key worker services for disabled children: the views of parents. *Children and Society,* 21 (3), 162–174.

Greenough, W. T., Black, J. E. és Wallace, C. W. (1987): Experience and brain development. *Child Development,* 58, 539–559.

Grunewald, R. és Rolnick, A. (2004): A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development, Federal Reserve Bank of Minneapolis. http://www.minneapolisfed.org/publications_papers/studies/earlychild/highreturn.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Guilbault, K. M. (2012): *Early Enrichment for Young Gifted Children. The Maryland Coalition for Gifted and Talented Education.* http://mcgate.org/early-enrichment-for-young-gifted-children/ (Letöltés dátuma: 2015. 08. 20.)

Guitez, P. (2010a): Early Childhood Intervention in Spain: Standard Needs and Changes. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE),* 2 (2), 136–148.

Guitez, P. (2010b): Early Childhood Intervention in Spain: Standard Needs and Changes. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources and National Challenges.* Maya, Ankara, 83–89.

Gunda András, Pataky Orsolya, Pánger Andrea és Somogyiné Kuti Ilona (2015): *A gyógytestnevelés szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/gyogytesi_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28)

Guralnick, M. J. (1998): Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation,* 102 (4), 319–345.

Guralnick, M. J. (1999): The nature and meaning of social integration for young children with mild developmental delay inclusive settings. *Journal of Early Intervention,* 22 (1), 70–86.

Guralnick, M. J. (2001): A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children,* 14 (2), 1–18.

Guralnick, M. J. (2004): Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable Children: A deveplopmental Perspective. In: Feldman, M. A. (ed.): *Early Intervention.* Blackwell Publishing Ltd., Malden, 9–50.

Guralnick, M. J. (2005): An Overview of the Developmental Systems Model for Early Intervention. In: Guralnick, M. J. (ed.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Brookes, Baltimore, Maryland, 3–28.

Guralnick, M. J. (2008): International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of Early Intervention,* 30 (1), 90–101.

Guralnick, M. J. (2011): Why Early Intervention Works. A System Perspective. *Infants Young Child,* 24 (1), 6–28.

Guralnick, M. J. (ed.) (2000): *Interdisciplinary clinical assessment for young children with developmental disabilities.* Brookes, Baltimore.

Guralnick, M. J. (ed.) (2005): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Brookes, Baltimore.

Guralnick, M. J. és Bruder, M. B. (2016): Early Childhood Inclusion in the United States: Goals, Current Status, and Future Directions. *Infants & Young Children,* 29 (3), 166–177.

Gutman, L. M., Sameroff, A. J. és Cole, R. (2003): Academic growth curve trajectories from 1st to 12th grade: Effects of multiple social risk factors and preschool child factors. *Developmental Psychology,* 39 (4), 777–790.

Gyarmathy Éva (2013a): Egyenlő hozzáférés biztosítása az SNI-s, BTM-es és alulteljesítő fiatalok esetében. In: H. Nagy Anna (szerk.): *Szakmai ajánlások pszichológusoknak a tehetséggondozáshoz.* Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest, 35–38.

Gyarmathy Éva (2013b): Sajátos nevelési igényű, valamint a beilleszkedési és tanulási zavarokkal küzdő tehetségek legfőbb érintett csoportjai. In: H. Nagy Anna (szerk.): *Szakmai ajánlások pszichológusoknak a tehetséggondozáshoz.* Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest, 39–42.

GYEMSZI (2013): *A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában.* Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet. http://www.eski.hu/new3/kutatas/zip_doc/2013/kronikus_ellatas_nemzetkozi_v3.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)

Gyurkó Szilvia és Németh Barbara (2013): *Te hogy vagy? Az UNICEF Magyar Bizottság Gyermekjóllléti jelentése.* UNICEF Magyar Bizottság, Budapest.

Hajdu Tamás, Kertesi Gábor és Kézdi Gábor (2014): Roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló a TÁRKI Életpálya-felmérésének 2006 és 2012 közötti hullámaiból. In: *Társadalmi riport, 2014.* TÁRKI, Budapest, 265–302.

Hajdu Tamás, Kertesi Gábor és Kézdi Gábor (2015): *Roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló a TÁRKI Életpálya-felvételének 2006 és 2012 közötti hullámaiból.* Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézete, Budapest.

Hallowes, A. (2011): *History of the McMillan Sisters.* McMillan Nursery School. http://www.mcmillannurseryschool.co.uk/?page_id=2087 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Hámori Eszter (2010): Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In: Németh Tünde, Bürger Nóra és Kovács Réka (szerk.): *XII. Családbarát Konferencia Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok.* „Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, Budapest.

Hámori József (2005): Az emberi agy plaszticitása. *Magyar Tudomány,* 50 (1), 45–52.

Hanson, M. J. és Bruder, M. B. (2001): Early Intervention: Promises to Keep. *Infants and Young Children,* 13 (3), 47–58.

Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G. és mtsai (2005): Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology,* 162 (5), 397–403.

Harlow, H. F. és Zimmermann, R. R. (1959): Affectional Responses in the Infant Monkey. *Science,* 130 (3373), 421–432. http://web.comhem.se/u52239948/08/harlow59.pdf (Letöltés dátuma: 2016. 09. 02.)

Heckman, J. J. (2000): Policies to Foster Human Capital. *Research in Economics,* 54, 1, 3–56. http://athens.src.uchicago.edu/jenni/dvmaster/FILES/PFHC.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Heckman, J. J. (2008a): The case for Investing in Disadvantaged Young Children. In: First Focus (ed.): *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future.* First Focus, Washington D. C., 49–58.

Heckman, J. J. (2008b). Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry,* 46 (3), 289–324.

Heckman, J. J. (2015): *Human Development is Economic Development. Presentation.* 7th Annual Early Learning Water Cooler Conference in Sacramento, California. http://heckmanequation.org/content/resource/2015-water-cooler-conference-presentation-remarks (Letöltés dátuma: 2015. 09. 02.)

Heckman, J. J., Krueger, A. B. és Friedman, B. M. (2003): *Inequality in America: What Role for Human Capital Policies? Alvin Hansen Symposium on Public Policy series.* The MIT Press, Cambridge and London.

Heckman, J. J. és Masterov, D. V. (2007): *The productivity argument for investing in young children. Working Paper 13016.* National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A. és Yavitz, A. (2010): The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics,* 94 (1–2), 114–128.

Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde (2011): Alkalmazkodj a világhoz! – Az újszülött és a csecsemő alkalmazkodása. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 68–101.

Heinämäki, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Finland.* European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

Heinämäki, L. és Lindqvist, J. (2004). *Early Childhood Intervention in Finland.* European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

Heincz Ervin [1959] (2000): Népesedéspolitikai intézkedések 1945 előtt. *Demográfia,* 43 (4), 477–498.

Helgevold, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Norway.* European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

HELP.gv.at – Bundeskanzleramt Österreich (2013): http://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082200.html (Letöltés dátuma: 2015. 08. 15)

HELP.gv.at (2015): *Before Giving Birth to a Child.* HELP.gv.at. https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/143/Seite.1430100.html#child (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)

Herczog Mária (2007): *Koragyermekkori fejlesztés.* http://oktatas.magyarorszagholnap.hu/wiki/Herczog_Mária:_Koragyermekkori_fejlesztés (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

Herczog Mária (2008a): A koragyermekkori fejlesztésre, programokra vonatkozó nemzetközi kutatásokról. *Család, Gyermek, Ifjúság,* 17 (1), 21–27. http://www.csagyi.hu/images/stories/kiadvanyok/folyoirat/CsaGyI_2008_1.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 03. 01.)

Herczog Mária (2008b): A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas Károly, Köllő János és Varga Júlia (szerk.): *Zöld könyv. A magyar közoktatás megújításáért.* Ecostat, Budapest, 33–52.

Herczog Mária (2009a): Intézményi erőszak és rendszerabúzus. In: Borbíró Andrea és Kerezsi Klára (szerk.): *A kriminálpolitika és a társadalmi bűnmegelőzés kézikönyve – 2009. I.* TÁMOP–5.6.2 projekt, 347–361. http://bunmegelozes.easyhosting.hu/dok/tamop_tk_1_alt+gyfk.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 05.)

Herczog Mária (szerk.) (2009b): *Kézikönyv a gyermekjogi egyezmény alkalmazásához.* Család, Gyermek, Ifjúság Egyesület, Budapest.

Herczog Mária (szerk.) (2013): *Figyeljetek ránk! A gyermekjogok helyzete Magyarországon 2006–2012.* Család, Gyermek, Ifjúság Egyesület, Budapest.

Herman, J. L. (2003): *Trauma és gyógyulás. Az erőszak és hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig.* Háttér Kiadó, Budapest.

Hirshleifer, J., Glazer, A. és Hirshleifer, D. (2009): *Mikroökonómia.* Osiris, Budapest, 669–678.

Hollósi Hajnalka (2008): Gyermekkép, gyermekvilág, gyermekfelfogás változásai pedagógiai megközelítésben. *Iskolakultúra Online,* 2, 92–103.

Horváth Éva, Lengyel Judit, Ónody-Molnár Dóra és Tóth Melinda (2011): *Gyermekek szexuális bántalmazása. Adatgyűjtésen, felméréseken, esetelemzésen alapuló jelentés a magyarországi helyzetről, a Pandóra Szelencéje nevű nemzetközi projekt részeként.* Független Médiaközpont, Budapest.

Hsia, T-H. S., McCabe, H. és Li, B-J. (2003): Cultural Issues and Service Provision in Rural Areas: People's Republic of China. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman,

M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 27–48.
Huang, J., Vaughn, M. G. és Kremer, K. P. (2016): Breastfeeding and child development outcomes: an investigation of the nurturing hypothesis. *Maternal and Child Nutrition*, 12 (4), 757–767.
Hunyady Györgyné, M. Nádasi Mária és Serfőző Mónika (2006): *Fekete pedagógia.* Argumentum Kiadó, Budapest.
ICsSzEM (2005): *Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról.* Kézirat. MicroVA Bt., Budapest.
Individuals with Disabilities Education Act of 2004 (IDEA) (2004). http://www.asha.org/uploadedFiles/advocacy/federal/idea/Rprt108779IDEAconf.pdf http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo_items/PL108-446.pdf http://idea.ed.gov/part-c/regulations/1 (Letöltés dátuma: 2015. 05. 15.)
Ingemarsson, M. (2004): *Early Childhood Intervention in Norway.* European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 08. 14.)
Institute of Public Care (2012): *Early Intervention and Prevention with Children and Families. Getting the Most from Team around the Family Systems.* Oxford Brookes University, UK.
Itard, J. M. G. (1802): *An Historical Account of the Discovery and Education of a Savage Man: Or, the First Developments, Physical and Moral, of the Young Savage Caught in the Woods Near Aveyron in the Year 1798.* https://archive.org/details/anhistoricalacc00itargoog (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)
Izsóné Szecsődi Ildikó és Hujber Tamásné (2015): *A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/tehetseg_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28)
Jacobson Chernoff, J., Flanagan, K. D., McPhee, C. és Park, J. (2007): *Preschool: First findings from the preschool follow-up of the Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B) (NCES 2008-025).* U. S. Department of Education, National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences, Washington D.C.
Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A. és Tully, L. A. (2005): Nature X nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17 (1), 67–84. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768347/ (Letöltés dátuma: 2015. 05. 12.)
Jakobi, J. (2005): A gyermek évszázada javított változatban. Az Ellen Key-recepció újraértelmezése. *Iskolakultúra*, 15 (9), 17–27.
Johnson, M. H. (2005): Sensitive periods in functional brain development: Problems and prospects. *Developmental Psychobiology*, 46 (3), 287–292.
Johnston, M. V. (2004): Clinical disorders of brain plasticity. *Brain and Development*, 26 (2), 73–80.

Johnston, M. V. (2009): Plasticity in the Developing Brain: Implications for Rehabilitation. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15 (2), 94–101.
Johnston, M. V. (2015): Brain plasticity and its Disorders. In: *Clinical Gate.* http://clinicalgate.com/brain-plasticity-and-its-disorders/ (Letöltés dátuma: 2015. 09. 10.)
Kachlihné Simon Márta (2015): *A védőnői hivatás története.* Medicina, Budapest.
Kádár Ferenc, Kálmán Mihály, Paksy László és Paksy András (2011): Gyermekorvosok és háziorvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása. *Hírvivő*, 16 (11), 6–9.
Kádár Ferenc, Paksy László, Kálmán Mihály, Póta György és Dolowschiák Annamária (2010): Ki látja el a gyerekeket 2020-ban? *Hírvivő*, 15 (4), 2–4.
Kálmán Zsófia és Kõnczei György (2002): *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig.* Osiris Kiadó, Budapest.
Kalmár Magda (2002): Az intelligencia alakulása gyermekkorban: egy 10 éves longitudinális vizsgálat módszertani tanulságai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57 (1), 171–209.
Kalmár Magda (2007): *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
Kalmár Magda (2008): *Az értelmi fejlődés és a viselkedésszervezés egyidejű és longitudinális összefüggésmintázatai a perinatális rizikó és a környezeti feltételek függvényében: koraszülött és időre született gyerekek követése iskolakorig.* Zárótanulmány. OTKA. http://real.mtak.hu/1168/1/43637_ZJ1.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 15.)
Kalmár Magda (2011): Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A géntől a társadalomig: a korai gyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 206–229.
Kalmár Magda és Boronkai Judit (2001): Az otthoni környezet minőségének szerepe koraszülött gyerekek hosszúrávú értelmi fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56 (3), 387–410.
Kalmár Magda és Csiky Erzsébet (1994): A koraszülöttség fejlődéslélektani implikációi. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34 (3–4), 139–170.
Kapronczay Károly (2009–2011): Fejezetek az anya- és csecsemővédelem, valamint a gyermekvédelem hazai történetéből. In: *Fejezetek az orvostudomány egyetemes történetéből.* Elektronikus tankönyv. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest. http://www.tudomanytortenet.hu/tankonyvek/a_kozegeszsegugy_tortenete/index.php?kat=43&id=0&idd=439 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)
Kapronczay Károly (2010): Az anya- és csecsemővédelem, valamint a gyermekvédelem 1945 előtti történetéből In: Kapronczay Károly (szerk.): *A magyarországi közegészségügy szakterületeinek történetéből, 1876–1944.* Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Budapest, 193–198.
Kapronyi Ágnes és Zelenka Zsófia (2015): *A fejlesztő nevelés szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/fejleszto_nev_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)

Karlsson, M. és Almqvist, L. (2004): *Early Childhood Intervention in Sweden.* European Agency for Development in Special Needs Education, Brussels. www.european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 08. 14.)

Karmiloff-Smith, A. (1992, 1994): *Beyond Modularity: A Developmental Perspective on Cognitive Science. I. chapter: Taking Development Seriously.* The MIT Press, Cambridge, MA.

Karmiloff-Smith, A. (1996): Túl a modularitáson. A kognitív tudomány fejlődéselméleti megközelítése. In: Pléh Csaba (szerk.): *Kognitív tudomány.* Osiris, Budapest, 254–281.

Karoly, L. A., Kilburn, M. R. és Cannon, J. S. (2005): *Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise.* RAND Corp., Santa Monica, Arlington, Pittsburgh.

Katona Ferenc (2001): *Az öntudat újraébredése.* Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

Kaul, S., Mukherjee, S., Ghosh, A.K., Chattopadhyay, M. és Sil, U. (2003): Working with Families to Implement Home Interventions: India. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 111–128.

Kennedy, A., McLoughlin, J., Moore, T., Gavidia-Payne, S., Forster, J. és Moore, T. G. (2010): *DEECD Early Childhood Intervention Reform Project Revised literature review.* Prepared by: Centre for Community Child Health; Murdoch Childrens Research Institute; The Royal Children's Hospital, Melbourne.

Kereki Judit (2009): *A korai intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata.* Kézirat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

Kereki Judit (2010a): A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In: Kolosi Tamás és Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Riport.* TÁRKI Kiadó, Budapest, 348–371.

Kereki Judit (2010b): *A gyógypedagógia modern elméletei.* Előadás. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

Kereki Judit (2010c): A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle,* 38 (1), 32–45.

Kereki Judit (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (2012a): *Az egységes szemléletű korai ellátórendszer megvalósítása felé tett lépések.* Háttértanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Kereki Judit (2012b): *A kora gyermekkori intervenciós intézményrendszer működésének legfontosabb problématerületei.* Háttértanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Kereki Judit (szerk.) (2012c): *A kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények által használt adatgyűjtő kérdőívek egységes struktúrájára és tartalmi elemeire tett javaslat(ok), amely a kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények által használt adatgyűjtő eszközök összehasonlító elemzésén alapszik, feltárva az abban rejlő esetleges adathiányokat.*

Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_adatgyujtes_korai_1.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (szerk.) (2012d): *Javaslatok adaptálható elemek beépítésére a hazai kora gyermekkori intézményes adatgyűjtési rendszer számára, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_adatgyujtes_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (szerk.) (2012e): *Javaslat(ok) adaptálható elemek beépítésére a hazai kora gyermekkori ellátás egységes szemléleten alapuló protokolljainak kialakításához, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit.* Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_1.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (szerk.) (2012f): *Javaslatok adaptálható elemek beépítésére a hazai kora gyermekkori intézményes értékelési rendszer számára, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertekeles_korai_1.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (szerk.) (2012g): *Javaslat(ok) az egységes szemléletű protokoll struktúrájának és tartalmi elemeinek meghatározására.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (szerk.) (2012h): *Javaslatok érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatási) intézményi adatbázisainak összehangolására, amely a kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények adatgyűjtési rendszerének elemzésén alapszik.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_adatgyujtes_korai_3.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (szerk.) (2012i): *Javaslat(ok) érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatási) által használatos protokollok összehangolására.* Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle,* 41 (1), 23–38.

Kereki Judit (2014): *Majd kinövi (?) – A koragyermekkori intervenciós rendszer és a korai fejlesztés.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Gyógyszerészeti és Egészségügyi, Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest.

Kereki Judit (2015a): A koragyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. *Gyermeknevelés. „Korai intervenció" különszám,* 55–76. http://gyermekneveles.tok.elte.hu/6_szam/pub/kereki.html (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)

Kereki Judit (2015b): *Kutatás-fejlesztési program megvalósítása a koragyermekkori ellátási rendszer, valamint a köznevelési rendszerében biztosított kora gyermekkori ellátás optimális*

kliensút modelljének kifejlesztésére. Kutatási jelentés (beszámoló a teljes kutatási programról) és fejlesztési javaslatcsomag. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/korais_kliensut_kutatasi_jelentes.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)

Kereki Judit (szerk.) (2015c): *Kliensút Kalauz.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Kereki Judit és Lannert Judit (2009a): A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése. *Fogyatékosság és társadalom,* 2 (2), 189–210.

Kereki Judit és Lannert Judit (írta és szerk.) (2009b): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK Zrt.–Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest. http://fszk.hu/kiadvany/a-korai-intervencios-intezmenyrendszer-hazai-mokodese/ (Letöltés dátuma: 2015. 08. 20.)

Kereki Judit és Surányi Éva (szerk.) (2012): *Javaslatok az érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatási) értékelési gyakorlatának összehangolására, amely a kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények értékelési gyakorlatának elemzésén alapszik.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertekeles_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)

Kereki Judit, Bogár Petra és Czap Zoltán (2013): *Országos védőnői informatikai felmérés. A védőnők ellátottsága informatikai eszközökkel.* Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Kereki Judit, Bauer Viktor, Gyarmathyné Doma Gabriella, Kujalek Éva, Nádor Csaba, Nyuli Krisztina, Schultheisz Judit, Somodi Andrea, Újhelyi János és Vámos Éva (2014): *Gyermekút – Jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell.* Kézirat. TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Kereki Judit és Szvatkó Anna (2015): *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/korai_fejlesztes_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)

Kereki Judit és Vargáné Molnár Márta (szerk.) (2015): *Fokozott gondozást igénylő várandós nő és gyermek gondozása.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Kéri Katalin (1992): *A kisgyermeknevelés története Nyugat-Európában* (Adalékok a középkortól a XIX. sz. végéig). A szocializációs zavarok korai megelőzése, Kisgyermeknevelési Konferencia, JPTE BTK Neveléstudományi Tanszék, Pécs, 270–284. http://iqdepo.hu/dimenzio/12/b402-007.html (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Kéri Katalin (2013): „Okos asszony nem marad gyermek nélkül" – Anyai szerep, gyermeknevelés a 17–19. századi Magyarországon. In: Bús István (szerk.): *Tanulmányok a gyermekkultúráról.* PTE IGYK – Gyermekkultúra Kutatócsoport, Szekszárd, 25–53. https://archive.org/stream/OkosAsszonyNemMaradGyermekNelkul/KK-Okos-asszony-nem-marad-gyermek-neklkul-Bus-Imre-Tanulmanyok-a-gyermekkulturarol-Szekszard-2013-25-53old.txt (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Kertesi Gábor és Kézdi Gábor (2008): A roma és nem roma fiatalok középiskolai továbbtanulása. Első eredmények a TÁRKI-Educatio Életpálya-felmérése alapján. In: Kolosi Tamás és Tóth István György (szerk.): *Társadalmi riport.* TÁRKI, Budapest, 344–362.

Kertesi Gábor és Kézdi Gábor (2010): Iskolázatlan szülők gyermekei és roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló az Educatio Életpálya-felmérésének 2006 és 2009 közötti hullámaiból. In: Kolosi Tamás és Tóth István György (szerk.): *Társadalmi riport 2010.* TÁRKI, Budapest, 371–407.

Kertesi Gábor és Kézdi Gábor (2012): *A roma és nem roma tanulók teszteredményei közti különbségekről és e különbségek okairól.* Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaságtudományi Intézet Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék, Budapest.

Key, E. (1976): *A gyermek évszázada.* Pedagógiai Források sorozat. Tankönyvkiadó, Budapest.

Khouzam, N., Chenouda, E. és Naguib, G. (2003): A Family Partnership Model of Early Intervention: Egypt. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 151–170.

King, G., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S. és Shillington, M. (2009): The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants and Young Children,* 22 (3), 211–223.

Király Gabriella, Vecsei Tünde, Arató Domonkos és Lugosiné Pál Ildikó (2015): *A nevelési tanácsadás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/nevtan_tordelt_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)

Király Ildikó (2011): Figyelj, emlékezz, gondolkodj! – A kognitív képességek fejlődése. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 226–269.

Kiss Balázs (1994): Michel Foucault hatalomfelfogásáról. *Politikatudományi Szemle,* 3 (1), 43–68.

Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L. és Shonkoff, J. P. (2006): Economic, Neurobiological and Behavioral Perspectives on Building America's Future Workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 103 (27), 10155–10162.

Komp Bálint (2014): Adalékok az egyes nemi erkölcs elleni bűncselekmények elméletéhez és bizonyításával kapcsolatos gyakorlati nehézségekhez. *Diskurzus,* 4 (1), 15–25.

Kósa Zsigmond, Gyulai Anikó, Jávorné Erdei Renáta, Nagy Józsefné, Rákóczi Ildikó, Sárváry Andrea, Sárváry Attila, Takács Péter és Vincze Ferenc (2014): *Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Kósa Zsigmond, Gyulai Anikó, Jávorné Erdei Renáta, Nagy Józsefné, Rákóczi Ildikó, Sárváry Andrea, Sárváry Attila, Takács, Péter és Vincze Ferenc (2013) *Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat.*

TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Koscsóné Kolkopf Judit (2015): Biztos Kezdet Gyerekház program. *Gyermeknevelés*, 3 (2), 161–175. http://gyermekneveles.tok.elte.hu/6_szam/pub/koscsone.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)

Kovács Zsolt (2014): *Beszámoló az alapvető jogok biztosának és helyetteseinek tevékenységéről 2013.* Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest.

„Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program (2005). Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest. http://www.ogyci.hu/upload/files/K%C3%B6z%C3%B6s%20kincs%C3%BCnk%20a%20gyermek.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 10.)

„Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program aktualizálása (2010). Készítette: az OGYEI által koordinált szakértői team. Kézirat. ÁNTSZ Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.

Központi Statisztikai Hivatal (2011): Csecsemőhalandóság Magyarországon. *Statisztikai Tükör*, V, 70, 1–11.

Központi Statisztikai Hivatal (2013a): A relatív jövedelmi szegénység és a társadalmi kirekesztődés (Laeken-i indikátorok, 2012.). *Statisztikai Tükör*, 7 (66), 1–4. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/laekindikator/laekindikator12.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 11.)

Központi Statisztikai Hivatal (2013b): *Magyarország közigazgatási helynévkönyve*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. http://www.ksh.hu/docs/hun/hnk/hnk_2013.pdf (Letöltés dátuma. 2015. 04.11.)

Központi Statisztikai Hivatal (2014a): *A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000–2012.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 11.)

Központi Statisztikai Hivatal (2014b): *A háztartások életszínvonala*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinv/hazteletszinv.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

Központi Statisztikai Hivatal (2014c): *Szociális Statisztikai Évkönyv, 2013.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.

Központi Statisztikai Hivatal (2015): Oktatási adatok, 2014/2015. *Statisztikai Tükör*, 9 (31), 1–4. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1415.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 12. 06.)

KPMG (2014): *Early childhood intervention – an overview of best practice*. KPMG International Cooperative. http://www.communityservices.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/635695/Early-Intervention-Best-Practice.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 05.)

Lacey, R., Bartley, M., Pikhart, H., Stafford, M., Cable, N. és Coleman, L. (2012): Parental separation and adult psychological distress: Evidence for the 'reduced effect' hypothesis? *Longitudinal and Life Course Studies*, 3 (3), 359–368. https://pdfs.semanticscholar.org/6c2c/846c1fd1b721a2e3ab7a02e17e7f14fa97ff.pdf (Letöltés dátuma: 2016. 09. 02.)

Lakatos Krisztina (2011): A gének és a környezet szerepe az emberi viselkedésben. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek 1. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 146–179.

Lányiné Engelmayer Ágnes (2005): Gyógypedagógiai pszichológia. In: Bagdy Emőke és Klein Sándor (szerk.): *Alkalmazott pszichológia*. Edge Kft., Budapest.

Lányiné Engelmayer Ágnes (2009/2012, 2017): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Medicina, Budapest.

Lányiné Engelmayer Ágnes és Takács Katalin (2004/2010): A fogyatékosság jelensége a pszichológiában. In: Zászkaliczky Péter és Verdes Tamás (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, 235–268.

Larkin, H. és Moore, T. (2005): *„More than my child's disability…" A comprehensive literature review about family-centred practice and family experiences of early childhood interventionservices*. SCOPE Ltd., Glenroy, Victoria. http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30010364/larkin-morethanmychild-2005.pdf%20 (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)

Lau, J. (2004): *Early Childhood Intervention in Denmark*. European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

Lee, S. H. (2003): Community-Based Inclusion: South Korea. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world*. Brookes, Baltimore, 49–68.

Legyen jobb a gyermekeknek! (2007). 47/2007. (V. 31.) OGY-határozat a „Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégiáról, 2007–2032. http://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=a07h0047.OGY (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

Leyendecker, B., Lamb, M. E. és Schölmerich, A. (1997): Studying Mother-Infant Interaction: The Effects of Context and Length of Observation in Two Subcultural Groups. *Infant Behavior and Development*, 20 (3), 325–337.

Liabo, K., Newman, T., Stephens, I. és Lowe, K. (2001): *A Review of Key Worker System for Disabled Children and Development of Information Guides for Parents, Children and Professionals*. Wales Office of R&D for Health and Social Care, Cardiff, UK.

Libro Blanco (2000): *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2000*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Socales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid. http://www.fcsd.org/file-69992_69992.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 07. 06.) A könyvben idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Kereki Réka.

Libro Blanco (2005): *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2005*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Socales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid. http://www.fcsd.org/file-69992_69992.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 07. 06.) A könyvben idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Kereki Réka.

Limbrick, P. (2001): *The Team around the Child: Multi-agency service co-ordination for children with complex needs and their families.* Interconnections, Worcester, UK.
Limbrick, P. (2003): *An Integrated Pathway for Assessment and Support: For children with complex eeds and their families.* Interconnections, Worcester, UK.
Limbrick, P. (2004): *Early Support for Children with Complex Needs: Team Around the Child and Multiagency Keyworker.* Interconnections, Worcester, UK.
Limbrick, P. (2009): A Question for Parents: Do you Need the Team Around the Child Approach? *TAC Journal,* 2 (7), 1–3.
Limbrick, P. (2011): *TAC for the 21st Century: A unifying theory about children who have a multi-faceted condition.* Interconnectons, Worcester, UK. http://www.teamaroundthechild.com/allnews/developmentsintreatment/1406-tac-for-the-21st-century-a-unifying-theory-about-children-who-have-a-multifaceted-condition-an-essay-by-peter-limbrick.html (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)
Limbrick, P. (2013): *TAC, keyworkers and empowerment. TAC and keyworking. Members'.* Briefing Paper in March 2013 in the Equity and Childhood Program of the Youth Research Centre at Melbourne University, Australia. http://teamaroundthechild.com/allnews/developmentsintreatment/1044-tac-keyworkers-and-empowerment-a-briefing-paper-by-peter-limbrick.html (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)
Lindeboom, G-J. és Buiskool, B-J. (2013): *A koragyermekkori nevelés és gondozás minősége.* Európa Parlament, Belső Politikák Főigazgatósága, B. Tematikus Osztály: Strukturális és Kohéziós Politikák. Brussels. http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/495867/IPOL-CULT_ET(2013)495867(SUM01)_HU.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 03. 10.)
Locke, J. [1689] (1979): *Értekezés az emberi értelemről.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
Lukács Ágnes és Kas Bence (2011): Érts és értesd meg magad! – A nyelvi fejlődés folyamata és elmaradásai. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 180–225.
Lumpkin, H. G. és Aranha, M. S. F. (2003): The Right to a Good and Supportive Start in Life: Brazil. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 129–150.
Luttropp, A. M., Nordling, M. B. és Balton, M. (2007): *Intervention practice for preschool children in need of special support: A comparative analysis between South Africa and Sweden.* http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/6274/Luttropp_Intervention(2007).pdf?sequence=1 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 10.)
Lux Ágnes (szerk.) (2011): *Gyermekjogi projekt.* AJOB-projektfüzetek, Országgyűlési Biztos Hivatala, Budapest. http://www.ajbh.hu/documents/10180/124838/gyermekjogi.pdf/b5b9c894-9dea-492b-b02c-cb9d8f4b4c7a?version=1.0 (Letöltés dátuma: 2011. 09. 15.)
Magyar Adél (2015): Stigmatizálás, kirekesztés, elidegenítés, elzárás – Az értelmi fogyatékos emberről alkotott kép változása és az elzárás intézményrendszerének kialakulása az újkori Európában. In: Torgyik Judit (szerk.): *Szászrégi pedagógia.* International Research Institute, Komárno.

Magyarország Kormánya (2013): *Köznevelés-fejlesztési stratégia.* Magyarország kormánya, Budapest. http://2010-2014.kormany.hu/download/d/72/21000/köznevelés%20fejl%20strat.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 10. 12.)
Magyarország Kormánya (2014): *Köznevelés-fejlesztési stratégia.* Magyarország kormánya, Budapest. http://www.kormany.hu/download/6/fc/20000/Köznevelés-fejlesztés.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 10. 12.)
Main, M. és Solomon, J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M. T., Cicchetti, D. és Cummings, E. M. (eds.): *Attachment in the Preschool Years.* University of Chicago Press, Chicago, 121–160.
Mann, E., Reynolds, A., Robertson, D. és Temple, J. (2001): Age 21 Cost-Benefit Analysis of the Title I Chicago Child-Parent Center Program. *JAMA,* 285, 2339–2346.
Marlin, K. és Simic, N. (eds.) (2012): *Nordic children Development of Nordic family centres. Results of the 'Early intervention for families' project.* Nordic Centre for Welfare and Social Issues. http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/415/Inspirationshäften/6ENG_LR.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 23.)
Marlow, N., Wood, N. S., Costeloe, K., Gibson, A. T. és Wilkinson, A. R. (2006): Outcome following extremely preterm birth. *Current Obstetrics and Gynaecology,* 3 (16), 141–146.
Maródi László (2013): *Gyermekgyógyászat.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
Marton-Dévényi Éva, Szerdahelyi Márton, Tóth Gábor és Keresztesi Katalin (2005): *Alapozó Terápia. Tanulmány (1994–1999).* Alapozó Terápiák Alapítvány, Budapest.
McMillan, M. (1919): *The Nursery School.* Dent and Sons, London. https://archive.org/details/nurseryschool00mcmiuoft (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)
Megvalósíthatósági tanulmány az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése c. pályázati felhívásához, 2016.
Meijer, Cor J. W. (szerk.) (1999): *Financing of Special Needs Education. A seventeen-country Study of the Relationship between Financing of Special Needs Education and Inclusion.* European Agency for Development in Special Needs Education, Brussels. http://www.european-agency.org/publications/ereports/financing-of-special-needs-education/Financing-EN.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 29.)
Meisels, S. J. és Shonkoff, J. P. (2000): Early Childhood intervention: A Continuing Evoluation. In: Shonkoff, J. P. és Meisels, S. J. (eds.): *Handbook of early childhood intervention.* Cambridge University Press, Cambridge, 3–31.
Meló Jánosné (2014): *A kora gyermekkori fejlesztő és terápiás munka protokollja a köznevelési intézményrendszerre vonatkozóan (az egyes életkorokban és állapotokban szükséges fejlesztő és terápiás eljárások alkalmazásának protokollja).* Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
Mengoni, S., Oates, J. és Bardsley, J. (2014): *Developing Key working.* The Open University. http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/media/554082/developingkeyworkingfinal.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)

Mészáros István, Németh András és Pukánszky Béla (2005): *Neveléstörténet – Bevezetés a pedagógia és az iskoláztatás történetébe.* Osiris Kiadó, Budapest.
Mészáros József (2007): *Újszülöttellátás, szállítás, PIC.* OGYEI, Budapest. http://www.ogyei.hu/letoltheto/publikacio/ (Letöltés dátuma. 2015. 04. 11.)
Miller, A. (2002, 2014): *Kezdetben volt a nevelés.* Pont Kiadó, Budapest.
Montessori, M. (2011): *A gyermek felfedezése.* Cartaphilus Könyvkiadó, Budapest.
Moore, T. G. (2004): *Blazing new trails: Finding the most direct routes in early childhood intervention.* Proceedings of the Sixth Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, Melbourne, Victoria. http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/TM_ECIAConf04_Blazing_new_trails.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 29.)
Moore, T. G. (2005): *Evolution of early childhood intervention practice. ECIA (VC) Consultative Forum Moving Towards Outcomes in Early Childhood Intervention – How do We Do This?* http://complexneeds.org.uk/modules/Module-1.3-Talking-to-families---listening-to-families/All/downloads/m03p030c/evolution_eci_practice.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01)
Moore, T. G. (2008): *Early childhood intervention: Core knowledge and skills. CCCH Working Paper 3.* Centre for Community Child Health, Parkville, Victoria.
Moore, T. G. (2011): *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review December 2010.* Programs and Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development, Melbourne.
Moore, T. G. (2012): *Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice.* Pauline McGregor Memorial Address presented at the 10th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, and the 1st Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference, Perth, Western Australia. http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_National_Conference_2012.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 27.)
Moravcsik-Kornyicki Ágota és Szőllősi Gergő József (2014): *Rizikótanulmány.* Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
Morvai Krisztina (2002): A „gyermekekkel szembeni rossz bánásmód" (erőszak, elhanyagolás, visszaélés) Magyarországon az ezredfordulón – büntetőbírósági ítéletek tükrében. *Collega,* 6 (3), 13–20.
Mustard, J. F. (2007): Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young, M., E. és Richardson, L. M. (eds.): *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity.* The World Bank, Washington, D.C.
Næss, Ø., Claussen, B. és Smith, G. D. (2004): Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *Journal of Epidemiol Community Health,* 58 (7), 597–598.
Nagy József (2008): Az alsó tagozatos oktatás megújítása. In: Fazekas Károly, Köllő János és Varga Júlia (szerk.): *Zöld Könyv – A magyar közoktatás megújításáért. Oktatás és Gyermekesély Kerekasztal.* Ecostat, Budapest, 53–70.

Nagy Olga (1999): *Erőszak a családban.* TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok 12, TÁRKI, Budapest.
Nagyné Réz Ilona, Csepregi Ágnes, Puhala Ildikó és Bozsikné Vig Marianna (2015): *A szakértői bizottsági tevékenység protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/szakertoi_biz_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)
National Association for Gifted Children (2013): *University Services for Parents and Families.* National Association for Gifted Children. http://www.nagc.org/sites/default/files/Gifted-by-State/Parent_and_Families_Services_2013.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 23.)
National Collaborating Centre for Mental Health (2013): *Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children an Young People. The Nice Guideline on Recognition, Intervention and Management.* The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London.
National Disability Insurance Scheme (2013): *Teamwork in Early Childhood Intervention Services: Recommended Practices. National Disability Insurance Scheme.* http://www.ndis.gov.au/providers/quality-and-best-practice-framework (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)
National Scientific Council on the Developing Child (2005/2014): *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3.* Center on the Developing Child, Harvard University, Cambridge MA. Updated Edition. http://www.developingchild.harvard.edu (Letöltés dátuma: 2015. 09. 10.)
National Scientific Council on the Developing Child (2008, 2012): *Establishing a Level Foundation for Life: Mental Health Begins in Early Childhood WORKING PAPER 6.* Center on the Developing Child, Harvard University, Cambridge MA. http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2008/05/Establishing-a-Level-Foundation-for-Life-Mental-Health-Begins-in-Early-Childhood.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013): www.fruehehilfen.de (Letöltés dátuma: 2015. 08. 15.)
Némenyi Eszter és Herczog Mária (2011): A korai nevelés színterei: család és intézményes gyermeknevelés. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 420–469.
Németh András (1998): *A reformpedagógia múltja és jelene.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
Németh András és Pukánszky Béla (2004): *A pedagógia problématörténete.* Gondolat, Budapest.
Németh György (szerk.) (2008): *A gyógyító számok. Források és tanulmányok a számok szerepéről az antik gyógyászatban.* Lectum Kiadó, Budapest.
Németh Tünde (2010): Itt és most – A koragyerekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In: Németh Tünde, Bürger Nóra és Kovács Réka (szerk.): *XII. Családbarát Konferencia. Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs*

zavarok. „Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, Budapest.

Németh Tünde, Danis Ildikó, Nagy Ilona és Schneider Katalin Vanda (2015): A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*. 25 (4), 16–26.

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (2015): *Zárókiadvány. A korai életszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2011): *Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció*. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Budapest. http://www.eti.hu/eti/fooldal/4183 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2013): *A Biztos Kezdet Gyerekház működésének módszertani ismérvei*. Nemzeti Erőforrás Minisztériuma, Budapest.

Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia – Mélyszegénység, gyermekszegénység, romák – (2011–2020) (2011). KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság, Budapest. http://romagov.kormany.hu/nemzeti-tarsadalmi-felzarkozasi-strategia-dokumentumok (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

Network of Independent Experts on Social Inclusion (2014): *Investing in children: Breaking the cycle of disadvantage*. European Commission, Brussels. http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=22 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)

Neuman, M. J., Devercelli, A. E. (2013): *What Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper*. Systems Approach for Better Education Results (SABER) working paper series; no. 5. World Bank, Washington, D.C. © World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20174/901830NWP0no5000Box385307B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letöltés dátuma: 2015. 05. 11.)

O'Connell, M. E., Boat, T. és Warner, K. E. (2009): *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. The National Academies Press, Washington, D.C.

Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.) (2003): *Early intervention: Practices from around the world*. Brookes, Baltimore.

Odor Andrea (2007): *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása*. Tanulmány. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Odor Andrea (2008): *Koragyermekkori Program (0–7 évesek állapotszűrése) tájékoztatási a területi védőnői feltételek felmérésének eredményeiről*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Odor Andrea (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás" megvalósulásának védőnői tapasztalatairól*. Kézirat. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, Budapest.

OECD (2001): *Starting Strong. Early Childhood Education and Care*. OECD Publishing, Paris.

OECD (2006): *Starting Strong II Early Childhood Education and Care: Early Childhood Education and Care*. OECD Publishing, Paris.

OECD (2011): *Starting Strong III: A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care*. OECD Publishing, Paris.

OECD (2012): *Starting Strong III A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care*. OECD Publishing, Paris.

Oktatási Minisztérium (2004): *Az Oktatási Minisztérium középtávú közoktatás-fejlesztési stratégiája, 2004*. Oktatási Minisztérium, Budapest. http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/om_kozeptavu_kozoktatas-fejlesztesi_strategiaja_040506.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 10. 12.)

Országos Alapellátási Intézet (2017): *Tájékoztató a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekről*. http://www.oali.hu/praxiskezelo-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoeltetlen-haziorvosi-koerzetekrol (Letöltés dátuma: 2017. 07. 26.)

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (2008): *Thema Entwicklungsneurologische Nachkontrollen 1*. http://www.docs4you.at/Content.Node/OEGKJ/Konsensuspapiere/entwicklungsneurologische_nachkontrolle.php (Letöltés dátuma: 2015. 08. 15.) A könyvben idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Nyuli Krisztina.

Paladiy, T. (ed.) (2013): *Early Childhood Services for Children from Birth to Three Years Old. Survey Report*. International Step by Step Association, Leiden.

Pálinkás János (2002): Michel Foucault Felügyelet és büntetés című könyvéről. *Kultúra és Közösség*. 6 (2), 137–141.

Park, M. és McHugh, M. (2014): *Immigrant parents and Early Childhood Programs*. Migration Policy Institute, Washington D.C.

Peterander, F. (2003): Supporting the Early Intervention team: Germany. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.). (2003): *Early intervention: Practices from around the world*. Brookes, Baltimore, 301–332.

Peterander, F. (2004) *Early Childhood Intervention in Bavaria (Germany)*. European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 07. 10.)

Peterander, F. (2009): *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Germany (Bavaria)*. European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 07. 10.)

Piaget, J. (1988): *A viselkedés mint a fejlődés hajtóereje*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Pléh Csaba (1992): *Pszichológiatörténet*. Gondolat Kiadó, Budapest.

Pléh Csaba (2010): *A lélektan története*. Osiris Kiadó, Budapest.

Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1966). Egyesült Nemzetek Szervezete, 1966. http://www.menszt.hu/informaciok/emberi_jogok/egyezsegokmany_ii (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

Pollak, S., Messner, M., Kistler, D. J. és Cohn, J. F. (2009): Development of perceptual expertise in emotion recognition. *Cognition*, 110, 242–247.
Pollock, L. (1989): A gyermekekkel kapcsolatos attitűdök. In: Pukánszky Béla és Vajda Zsuzsanna (szerk.): *A gyermekkor története. Szöveggyűjtemény.* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 176–210.
Ponte Mittelbrunn, M. J. (2004): *Early Childhood Intervention in Spain.* European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 07. 30.)
Pretis, M. (2004) Early *Childhood Intervention in Austria.* European Agency for Development in Special Needs Education. www. european-agency.org (Letöltés dátuma: 2015. 09.12.)
Pretis, M. (2005): A Developmental Communications Model within the Early Intervention System in Austria. In: Guralnick, M. J. (ed.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Brookes, Baltimore, 425–438.
Pretis, M. (2009a): Early Childhood Intervention in Austria: An Overview of 30 Years of Development and Future Challenges. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE),* 1 (2), 127–137.
Pretis, M. (2009b) Early *Childhood Intervention Project update. Country Report – Austria.* European Agency for Development in Special Needs Education, Brussels. https://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention. (Letöltés dátuma: 2015. 07. 30.)
Pretis, M. (ed.) (2010a): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges.* Maya Akademi, Ankara.
Pretis, M. (2010b) Early Childhood Intervention in Austria. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges.* Maya Akademi, Ankara, 11–23.
Pretis, M. (ed.) (2010c): *International Journal of Early Childhood Special Education,* 2 (2), Special Issue, 2010 September.
Pretis, M. (2011): *Eurlyaid in the context of European Early Childood Intervention.* Eurlyaid/European Association on Early Childhood Intervention. http://www.eurlyaid.eu/projects/docs/ppt_pretis_eurlyaid_eci.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 12.)
Princzkel Erzsébet és Péter Ferenc (2011): A perinatális intenzív centrumok helyzete hazánkban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle,* 16 (2), 55–57.
Prónay Beáta, Góczán-Szabó Ildikó, Daritsné Rajzó Éva, Jánosiné Kakuk Sarolta és Németh Tünde (2015): Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő–csecsemő/kisgyermek-konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle,* 43 (1), 1–12.
Pukánszky Béla (2001): *A gyermekkor története.* Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
Pukánszky Béla (2005a): *A gyermek a 19. századi magyar neveléstani kézikönyvekben.* Iskolakultúra könyvek 28., Pécs.
Pukánszky Béla (2005b): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében. *Educatio,* 14 (4), 703–715. http://www.edu-online.eu/hu/letoltes.php?fid=tartalomsor/1274 (Letöltés dátuma: 2015. 01. 02.)

Pukánszky Béla (2005c): Rousseau gyermekszemlélete és a „fekete pedagógia". *Iskolakultúra,* 15 (9), 192–213.
Pukánszky Béla és Németh András (1994, 1996): *Neveléstörténet.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
Radványi Katalin (2013): *Legbelső kör – a család.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
Rajzinger Ágnes, Tóth Krisztina és Zeller Judit (2010): Rendszer – elmélet? A gyermekvédelmi jelzőrendszer átfogó vizsgálatáról. *Család, Gyermek, Ifjúság,* 19 (2), 37–48.
Rapport, M. J., McWilliam, R. A. és Smith, B. J. (2004): Practices Across Disciplines in Early Intervention. The Research Base. *Infants and Young Children,* 17 (1), 32–44.
Rédai Dorottya, Sáfrány Réka és Tóth Herta (2005): *Családon belüli erőszak és bűnelkövetés. A családon belüli erőszak jelenségének kutatása női és férfi fogvatartottak körében.* Magyarországi Női Alapítvány, Budapest.
Regjeringen.no (2015): Departementene. https://www.regjeringen.no/no/id4/ (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)
Resource Guide (2013): *Preventing Child Maltreatment and Promoting Well-Being: A Network for Action.* Department health and Human Services, Washington D.C. https://www.childwelfare.gov/pubs/guide2013/guide.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)
Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B., Ou, S. R. és Robertson, D. L. (2011): Age 26 CostBenefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development,* 82 (1), 379–404. http://tssi.org/files/doi101111j14678624201001563x.pdf. (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)
Ribiczey Nóra (2010): Környezeti hatások és intellektuális fejlődés – Különböző megközelítések a környezet releváns aspektusainak megragadására. *Gyógypedagógiai Szemle,* 38 (1), 46–60.
Ribiczey Nóra és Kalmár Magda (2009): „Mozgó rizikó" koraszülött gyerekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia,* 10 (1–2), 103–123.
Ritka és Veleszületett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége (2011): *Ritka rendellenességek diagnózisközlésének protokollja.* Ritka és Veleszületett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége, Budapest.
Rivas, A. (2013): Traumatic childhood incidents could put people at risk for premature death. *The Medical Daily.* http://www.medicaldaily.com/traumatic-childhood-incidents-could-put-people-risk-premature-death-256148 (Letöltés dátuma: 2017. 02. 25.)
Robertson, C. és Messenger, W. (2010a): Early Childhood Intervention in the UK: Family, Needs, Standards and Challenges. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources and National Challenges.* Maya, Ankara, 112–126.
Robertson, C. és Messenger, W. (2010b): Evaluaing and enhancing the quality of provision in early childhood intervention: exploring some european perspectives. *European perspectives on internationalization. Specialissue,* 159–173.
Rósa Ágnes, Molnárné Tóth Magdolna, Aszmann Anna, Huszár András, Tigyiné Pusztafalvi Henrietta és Csabáné Lénárt Borbála (2013a): *Egészségügyi ellátási szükségletek a gyermekjóléti és köznevelési rendszerekhez tartozó napközbeni ellátást nyújtó gyermekintézményekben.*

TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest. http://www.gyermekalapellatas.hu/kompetenciak_feladatok/kompetenciak/szakmai_kompetenciahatarok.html (Letöltés dátuma: 2017. 02. 20.)

Rósa Ágnes, Molnárné Tóth Magdolna, Huszár András, Tigyiné Pusztafalvi Henriëtta és Csabáné Lénárt Borbála (2013b): *Ellátási szükségletek a prekoncepciondális életkortól az iskoláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás az egészségügyi alapellátásban.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Rósa Ágnes, Molnárné Tóth Magdolna, Huszár András, Tigyiné Pusztafalvi Henrietta, Szánthó András és Csabáné Lénárt Borbála (2013c): *A gyermekjóléti alapellátás és a gyermekvédelmi szakellátás rendszere és a háziorvosi/házi gyermekorvosi és területi védőnői szolgálatokkal való együttműködése.* TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest. http://www.gyermekalapellatas.hu/kompetenciak_feladatok/kompetenciak/szakmai_kompetenciahatarok.html (Letöltés dátuma: 2017. 02. 20.)

Rosin, P., Whitehead, A. D., Tuchman, L. I., Jesien, G. S., Begun, A. L. és Irwin, L. (1996): Partnerships in Family-Centered Care: *A Guide to Collaborative Early Intervention.* Brookes, Baltimore.

Rousseau, J-J. [1762] (1978): *Emil vagy a nevelésről.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Rutter, M. (1979): Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine,* 8 (3), 324–338.

Rutter, M. (2000): Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications. In: Shonkoff, J. P. and Meisels, S. J. (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge University Press, Cambridge, 651–682.

Rutter, M. (2012): Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopatology,* 24 (2), 335–344.

Rutter, M. és Sroufe, L. A. (2000): Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology,* 12 (3), 265–296. https://www.researchgate.net/publication/12308470_Developmental_psychopathology_Concepts_and_challenges (Letöltés dátuma: 2015. 08. 02.)

Sabates, R. és Dex, S. (2012): *Multiple risk factors in young children's development.* CLS Working Paper. Centre for Longitudinal Studies, London.

Sameroff, A. J. (1998): Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics,* 102 (5 Suppl.), 1287–1292.

Sameroff, A. J. (2005, 2013): Early Resilience and Its Developmental Consequences. In: *Encyclopedia on Early Childhood Development.* http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/SameroffANGxp.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)

Sameroff, A. J. (2006): *Identifying risk and protective factors for healthy child development.* In: Clarke-Stewart, Dunn, J. (eds.): *Families Count: Effects On Child and Adolescent Development.* Cambridge University press, Cambridge, 53–76.

Sameroff, A. J. (2010): A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development,* 81 (1), 6–22.

Sameroff, A. J. és Chandler, M. J. (1975): Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Horowitz, F. D., Herberington, E. M., Scarr-Salapatek, S. és Siegel, G. M. (eds.): *Review of child development research. 4.* University of Chicago Press, Chicago, 187–244.

Sameroff, A. J. és Fiese, B. (2000): Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In: Shonkoff, J. P. és Meisels, S. J. (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge University Press, Cambridge, 135–159.

Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M. és Greenspan, S. (1987): Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics,* 79 (3), 343–350.

Schloesser, J. és Kafka, M. (2009): Transdisciplinarity: a key to a holistic intervention approach. In: Carpenter, B., Schloesser, J. és Egerton, J. (eds.): *European Developments in Early Childhood Intervention.* Eurlyaid/EAECI, UK, 44–67.

Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A. és Li, S. (2010): *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress.* Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Washington, D.C.

Seguin, E. [1866] (1997): Idiocy: and its Treatment by the Physiological Method. In: Simpson, M. K. (ed.): *Idiocy.* William Wood & Co., New York, 39–77. http://www.personal.dundee.ac.uk/~mksimpso/SegIdio.htm (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)

Selye János (1983): *Stressz distressz nélkül.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Shahar, S. (2000): *Gyermekek a középkorban.* Osiris Kiadó, Budapest.

Shonkoff, J. P. és Phillips, D. A. (2000): *From neurons to neighbourhood. The science of early childhood development.* National Academy Press, Washington.

Shonkoff, J. P., Boyce, W. T. és McEwen, B. S. (2009): Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA,* 301, 2252–2259.

Singh, D. (2008): *How Can Chronic Diseas Management Programmes Operate Across Care Settings and Providers?* World Health Organization, Geneva. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)

Skeels, H. M. és Dye, H. B. (1939): A study of the effects of differential stimulation on mentally retarded children Proceedings. *American Association on Mental Deficiency,* 44 (1), 114–136.

Sohns, A. és de Camargo, O. K. (2009): The Early-Aid-System in Germany. In: Carpenter, B., Schlosser, J. és Egerton, J.: *European Developments in Early Childhood Intervention.* Eurlyaid/EAECI, 153–165.

Sohns, A., Hartung, A. és de Camargo, O. K. (2010): The Early-Aid-Sytem in Germany. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges.* Maya Akademi, Ankara, 50–64.

Speck, O. (1998): *System Heilpädagogik: Ein ökologisch reflexive Grundlegung.* Ernst Reinhardt Verlag, München. A könyvből idézett részeket fordította és rendelkezésre

bocsátotta: Schiffer Csilla (2000): *A gyógypedagógia rendszere: egy ökológiai reflexiv alapvetés.* Kézirat. Látásvizsgáló OSZRB, Budapest.
Spitz, R. A. (1951): The Psychogenic Diseases in Infancy – An Attempt at their Etiologic Classification. *Psychoanalytic Study of the Child,* 6 (1), 255–275.
Stiglitz, J. E. (2000): *A kormányzati szektor gazdaságtana.* KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest, 237–256.
Surányi Éva és Danis Ildikó (2009): *Családpolitika más szemmel. Eltérő nézőpontok, változó gyakorlatok.* Kézirat. MTA KTI, Budapest.
Surányi Éva és Kereki Judit (szerk.) (2012): *Javaslatok a teljesítményértékelés alternatív megoldásaira, ezek bevezetési feltételeire.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertekeles_korai_3.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)
Svendsen, I. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Denmark.* European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)
Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. és Taggart, B. (2004): *The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Findings from Pre-school to End of Key Stage1.* UCL, Institute of Education. https://www.ioe.ac.uk/RB_Final_Report_3-7.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)
Szabó Éva, N. Kollár Katalin és Hujber Tamásné (2015): *Az iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/ipod_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)
Szabó Máté (2013): *Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-1356/2013. számú ügyben.* http://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/201301356.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 05. 25.)
Szabolcs Éva (1990): A család- és gyermekkortörténeti kutatások újabb fejleményei. *Magyar Pedagógia,* 90 (3–4), 170–184.
Szabóné Harangozó Andrea (2014): *Családközpontú kommunikáció és tájékoztatási protokoll.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
Szállási Árpád (1995, 2012): A gyermekgyógyászat önállósulása. In: Gazda István, Bodorné Sipos Ágnes és Láng Veronika (szerk.): *Orvostörténeti olvasmánytár.* Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum és Magyar Tudománytörténeti Intézet, Debrecen. http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/Green/index.php (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)
Szecsődi Ildikó és Hujber Tamásné (2015): *A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
Szent Ágoston [397-398] (2002): *Szent Ágoston vallomásai.* Szent István Társulat, Budapest.

Szilas István (2015): Sikeres-e a magyar családpolitika? *Pénzügyi Szemle On-line.* http://www.penzugyiszemle.hu/vitaforum/sikeres-e-a-magyar-csaladpolitika-3 (Letöltés dátuma: 2015. 08. 25.)
Szilvási Léna (2010): Biztos kezdet a Gyerekházakban. *Család, Gyermek, Ifjúság,* 19 (2), 33–36.
Szilvási Léna (2011): Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – A magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *A génektől a társadalomig. A koragyermekkori fejlődés színterei.* Biztos Kezdet Kötetek I., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 28–77.
Szivós Péter és Tóth István György (2013): *Egyenlőtlenség és polarizálódás a magyar társadalomban. TÁRKI monitor jelentések 2012.* TÁRKI, Budapest.
Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekegészségügyi Intézet (2010): A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról születéshez társuló veszteségek során. *Hivatalos Értesítő,* 104.
TÁMOP–3.1.1 XXI. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció. Biztos Kezdet Óvodai Program. (Bemutató anyag az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. honlapján) (2010) http://www.educatio.hu/bin/content/tamop311/tamop311/eredmenyek/Biztos_kezdet_ovodai_program.html (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)
TÁMOP–3.1.1 XXI. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció. I. szakasz. (Bemutató anyag az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. honlapján) (2010) http://www.educatio.hu/bin/content/tamop311/tamop311/a_projekt.html (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
TÁMOP–3.1.1 XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) II. szakasz. (Bemutató anyag az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. honlapján) (é. n.) http://www.educatio.hu/projektjeink/tamop311_2szakasz (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
TÁMOP–3.1.6 Az Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmények által nyújtott szolgáltatások fejlesztése a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók együttnevelésének támogatása érdekében. Pályázati útmutató. (2008) http://palyazat.gov.hu/doc/1152 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)
TÁMOP–3.4.2.B Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése). Bemutató anyag az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. honlapján. (é. n.) http://www.educatio.hu/projektjeink/tamop342b (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20)
TÁMOP–3.4.2.B Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése). Bemutató anyag az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. honlapján. (é. n.) http://www.educatio.hu/projektjeink/tamop342b (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20)
TÁMOP–5.2.1 Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai, módszertani megalapozása és a program kísérése. Komplex kistérségi gyerekszegénység elleni programok. (2011) www.biztoskezdet.eu/attachments/download/id/14 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
TÁMOP–5.2.1 Kistérségi kiterjesztés. Komplex kistérségi gyerekszegénység elleni programok. Bemutató anyag. (é. n.) http://www.gyerekesely.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=394:kistersegi-kiterjesztes-tamop-521&catid=3:kistersegi-kiterjesztes-tamop&Itemid=62 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)

TÁMOP–5.2.1/07/1 Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása. Tervezési útmutató. (2008) www.nfu.hu/doc/874 (Letöltés dátuma: 2015. 04.)
TÁMOP–5.2.3/09/1 Integrált helyi programok a gyermekszegénység csökkentésére. Tervezési útmutató. (2009) http://palyazat.gov.hu/doc/1950 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
TÁMOP–5.2.6/13/1 A korai életszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása. Tervezési útmutató. (2014) https://www.palyazat.gov.hu/doc/4288 (Letöltés dátuma: 2015. 10. 10.)
TÁMOP–5.4.1 Modernizációs Projekt honlapja. http://modernizacio.hu/old/index.php?id=13 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
TÁMOP–5.4.1 Szociális és gyermekvédelmi szabályozó rendszer kidolgozása pillér (2011): *Gyermekjóléti szociális segítő munka.* TÁMOP–5.4.1/12 „A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása" kiemelt projekt, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. http://modernizacio.hu/old/data/9/01%20Gyermekj%F3l%E9ti%20szoci%E1lis%20seg%EDto%20munka%2079o.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 03. 22.)
TÁMOP–5.4.1/08/1 Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása. Tervezési útmutató. (2008) http://palyazat.gov.hu/doc/1328 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 10.)
TÁMOP–5.4.2/12/1-2012-0001 Központi szociális információs fejlesztések elnevezésű kiemelt projekt bemutató anyaga. (2012) http://modernizacio.hu/?menuId=83&view=replies&parent=14 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
TÁMOP–5.4.9/11/1 Modellkísérleti program az alapszolgáltatások funkcionális összekapcsolására c. pályázati felhívásához. Pályázati útmutató. (2011) http://palyazat.gov.hu/doc/3316 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 15.)
TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program (2013): *Irányelvek.* Kézirat. TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program (2012, 2015). *Kiemelt pályázati útmutató.* https://www.palyazat.gov.hu/doc/3482 (Letöltés dátuma: 2017. 03. 22.)
TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7év) program (2015): *Koncepció a Védőnői Módszertani Egység kialakítására és működésére.* Kézirat. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program (2012): *Megvalósíthatósági tanulmány a Társadalmi Megújulás Operatív Program Koragyermekkori (0–7 év) program c. pályázati felhívásához.* Kódszám: TÁMOP–6.1.4/12/1. Kézirat.
TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program (2014): *Rövid összefoglaló az eredményekről.* Kézirat.
TÁMOP–6.2.5–B/13/1 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben. (2013) Kiemelt projekt útmutató. https://www.palyazat.gov.hu/doc/4253 (Letöltés dátuma: 2017. 03. 22.)

Tarosa Zsuzsanna (2009): *Az Egyesült Nemzetek Szövetsége és a gyermeki jogok érvényesítése, intézményrendszere.* Előadás. UNICEF, Budapest. http://www.gyermek.joghaz.hu/dokumentumok/Gyermekek_jogai_ENSZ_UNICEF.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)
Teferra, T. (2003): Early Intervention Practices: Ethiopia. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.) (2003): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 91–107.
Teicher, M. H. (2004): Soha be nem gyógyuló sebek: A gyermekbántalmazás neurobiológiája. In: Pléh Csaba és Boross Ottília (szerk.): *Bevezetés a pszichológiába.* Osiris Kiadó, Budapest.
The Consultative Group on Early Childhood Care and Development (2012): *Key to Equality. Early Childhood Development.* The Consultative Group on Early Childhood Care and Development. http://www.aserpakistan.org/document/learning_resources/2014/Early_Childhood_Education/Consultative%20Group%20on%20ECCD%20Findings.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 03. 01.)
The Heckman Equation Project (2013): *The Heckman Equation Brochure.* http://heckmanequation.org/content/resource/heckman-equation-brochure-0 (Letöltés dátuma: 2015. 10. 09.)
The Technical Assistance Coordination Center (2015): *Historical State-Level IDEA Data Files.* http://tadnet.public.tadnet.org/pages/712 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)
Thelen, E. és Smith, L. B. (2006): Dynamic systems theories. In: Lerner, R. M. (ed.): *Handbook of child psychology: Vol 1. Theoretical models of human development.* 6th ed. Wiley, New York, 258–312.
Thompson, R. A. és Nelson, C. A. (2001): Developmental science and the media: Early brain development. *American Psychologist,* 56 (1), 5–15.
Thorburn, M. J. (2003): Paraprofessionals in Low-Cost Early Intervention Programs: Jamaica. In: Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A. és Kaul, S. (eds.): *Early intervention: Practices from around the world.* Brookes, Baltimore, 191–212.
Tokaji Károlyné (2011): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás társadalmi egyenlőtlenségei. *Népegészségügy,* 89 (2), 114–125.
Toldi József (2004): Az agykérgi képviselet plaszticitásáról. *Magyar Tudomány,* 50 (1), 17.
Torda Ágnes (2015): *A logopédiai ellátás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/logopedia_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 02. 28.)
Torda Ágnes és Nagyné Réz Ilona (2015): *Alapprotokoll a pedagógiai szakszolgálati tevékenységhez.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
Tornai István (2007): *Gyermekszámlálás.* DEMOS Magyarország Alapítvány, Budapest.
Tóth Ildikó (2011): Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A géntől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 330–373.

Trikic, Z. (2012): *Building opportunities in Early Childhood from the Start*. International Step by Step Association, Leiden. http://www.issa.nl/sites/default/files/AGS%20Good%20Practice%20Guide.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)

Turnbull, A. P., Turbiville, V. és Turnbull, H. R. (2000): Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In: J. P. Shonkoff és S. J. Meisels (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press, Cambridge, 630–650.

UNESCO (1994): *The Salamanca Statement and Framework for Action*. http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009): *Risk and protective factors for mental, emotional, and behavioral disorders across the life cycle*. U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration http://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/Prevention/programs/spfsig/pdfs/IOM_Matrix_8%205x11_FINAL.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)

Underwood, K. és Frankel, E. B. (2012): The Developmental Systems Approach to Early Intervention in Canada. *Infants and Young Children*, 25 (4), 286–296.

UNICEF (2010): *Report on Global Consultation. Closing the Knowledge Gap on Early Childhood in developing Countries*. UNICEF, New York.

UNICEF (2013a): *A gyermekek helyzete a világban 2013. Fogyatékossággal élő gyermekek. Magyar Összefoglaló*. UNICEF Magyar Bizottság, Budapest. http://unicef.hu/fogyatekossaggal-elo-gyermekek-a-vilagban/ (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2013b): *Annual Report*. UNICEF, New York. https://www.unicefusa.org/sites/default/files/2013-Annual-Report.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2013c): *Improving Child Nutrition. The achievable imperativefor global progress*. UNICEF. http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/NutritionReport_April2013_Final_29.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)

UNICEF (2014a): *Child Rights Education Toolkit: Rooting Child Rights in Early Childhood Education, Primary and Secondary Schools*. UNICEF Private Fundraising and Partnerships Division (PFP), Geneve. http://www.unicef.org/crc/files/UNICEF_CRE_Toolkit_FINAL_web_version170414.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2014b): *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children*. UNICEF, New York. http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2014c): *Kézikönyv a gyermekjogi nevelésről: A gyermekjogok bevezetése a kora gyermekkori nevelésbe, az általános és a középiskolákba*. UNICEF Magyar Bizottság, Budapest. http://unicef.hu/wp-content/uploads/2015/11/CRE_4_Pager_hu.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2014d): *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2014*. UNICEF, New York. http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/unicef-2013-child-mortality-report-LR-10_31_14_195.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2014e): *Szemünk előtt, mégis láthatatlan. A gyermekek ellen elkövetett erőszak statisztikai elemzése*. UNICEF Magyar Bizottság, Budapest. http://unicef.hu/unicef_ENDViolence_szemunk-elott_lathatatlan.docx (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

UNICEF (2015a): *Annual report 2014*. UNICEF, New York. http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Annual_Report_2014_Web_07June15.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)

UNICEF (2015b): *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. UNICEF, New York. http://www.unicef.org/publications/files/APR_2015_Key_Findings_8_Sep_15.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)

UNICEF Innocenti Research Centre (2012): *Measuring Child Poverty: New league tables of child poverty in the world's rich countries'*. Innocenti Report Card 10, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc10_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 01.)

United Nations (2010): Status of the Convention on the Rights of the Child: report of the Secretary-General. In: *Sixty-fifth General Assembly of the United Nations, New York, 2 August 2010*. New York, United Nations, 2010 (A/65/206) http://www.ecdgroup.com/pdfs/news-UNGA65_Status%20on%20the%20Convention%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child_SG%20Report%20_August%20 2010.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)

United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993). United Nations. http://www.un-documents.net/a48r96.htm (Letöltés dátuma: 2015. 07. 05.)

Van Cleave, J. L., Gortmaker, S. M. és Perrin, J.: (2010): Dynamics of Obesity and Chronic Health Conditions Among Children and Youth. *JAMA*, 303 (7), 623–630.

Varga D. Gabriella (2014): *Koragyermekkori gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálati (diagnosztikai) protokoll a köznevelési intézményrendszerre vonatkozóan*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Varga Katalin, Andrek Andrea és Herczog Mária (2011): A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In: Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 230–281.

„Vasgyúró" gyermekegészségügyi program, 60 lépés gyermekeink egészségéért 2013–2016. (2013) Kézirat. Budapest.

Védőnői Szakmai Kollégium (2009): *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A területi védőnő feladatai a 0–6 hónapos csecsemő gondozásáról*. (Érvényessége: 2011. december 31.) Védőnői Szakmai Kollégium, Budapest. https://kollegium.aeek.hu/conf/upload/oldiranyelvek/GYERM-ALAP_teruleti%20vedono%20feladatai%20a%200-6%20honapos%20csecsemo%20gondozasarol_mod0-MEGJ%20ALATT_v0.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)

Veerman, E. R. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Spain.* http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)
Vekerdy Zsuzsa és Mramurácz Éva (szerk.) (2006): *Elemző tanulmány a „Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program VIII. céljához. „Régiónként komplex gyermek-rehabilitációs ellátás kialakítása, feltételeinek megteremtése".* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (2008): Az egészségügyi ellátás sajátosságai értelmi fogyatékos gyermekek és felnőttek körében. In: Bass László (szerk.): *Amit tudunk és amit nem… az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon.* Kézenfogva Alapítvány, Budapest, 21–51.
Vella, M. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Malta.* European Agency for Development in Special Needs Education, Brussels.
Venetianer Pál (2014): Mi az epigenetika? *Természet Világa,* 145 (12), 540–541.
Vetterová, J. (2015): *A kora gyermekkori intervenciós elmélet és gyakorlat Magyarországon és Szlovákiában.* Kézirat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
Vida Mária (1995): A szervezett védőnőszolgálat történelmi előzményei. *Eszencia,* Jubileumi különszám, 13–15.
Vigotsky, L. S. [1930] (2004): *Mind in Society.* Harvard University Press, Cambridge, MA. Transcribed: by Andy Blunden and Nate Schmolze. http://www.cles.mlc.edu.tw/~cerntcu/099-curriculum/Edu_Psy/EP_03_New.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 09.)
Walls, M. és O'Connor, M. (2005): Building Blocks to Best Practice. Introducing an „Integrated Holistic Model" of Early Intervention with Children and Families. In: Schonfeld, H., O'Brian, S. és Walsh, T. (eds.): *Question of Quality.* The Centre for Early Childhood Development and Education, Dublin, 393–409.
Walsh, T. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Ireland.* European Agency for Development in Special Needs Education, Brussels.
Wang, L.W. Wang, S. T. és Huang, C. C. (2008): Preterm Infants of Educated Mothers Have Better Outcome. *Acta Paediatrica,* 97 (5), 568–573.
Warren, J. (2010): Economist's Plan to Improve Schools Begins Before Kindergarten. *The New York Times,* 2010. 12. 23.
Werling Józsefné Forrai Márta (2000): A magyarországi bábaképzés főbb állomásai. In: Kéri Katalin (szerk.): *Ezerszínű világ (Dolgozatok a nevelástörténet köréből).* Pécsi Tudományegyetem–Tanárképző Intézet, Pécs. http://vmek.oszk.hu/01800/01887/html/ezersz13.htm (Letöltés dátuma: 2015. 10. 15.)
Werner, E. E. (2000): Protective Factors and Individual Resilience. In: Shonkoff, J. P. és Meisels, S. J. (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge University Press, Cambridge, 115–132.
Werner, E. E. (2005): Resilience and Recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health: *Resilience and Recovery,* 19 (1), 11–14.

WHO (2005): *Preventing Chronic Diseases a vital investment.* World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
WHO (2007): *International classification of functioning, disability and health: children and youth version.* World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
WHO (2008): *Global Health Observatory (GHO) data.* World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/gho/immunization/en/ (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)
WHO (2012a): *Early Childhood Development and Disability: A discussion paper.* World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
WHO (2012b): *Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review.* Discussion paper. World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97942/1/9789241503549_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)
WHO (2012c): *Early Childhood Development and Disability: A discussion paper.* World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 09. 04.)
WHO (2014): *Global Status Report on noncommunicable diseases.* World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 20.)
WHO (2015a): *Global Immunization Data.* World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Global_Immunization_Data.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)
WHO (2015b): *Key Facts from JMP 2015 Report.* World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/JMP-2015-keyfacts-en-rev.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2015. 09. 25.)
Wise, S., Da Silva, L., Webster, E. és Sanson, A. (2005): *The efficacy of early childhood interventions.* Australian Institute of Family Studies, Melbourne. https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/aifsreport14.pdf (Letöltés dátuma: 2015. 04. 27.)
Woodhead, M. és Streuli, N. (2013): Early Education for All: Is there a role for the private sector? In: Britto, P. R., Engle, P. L. és Super, C. M. (eds.): *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy.* Oxford University Press, Oxford.
Woodhead, M. Featherstone, I.; Bolton, L. és Robertson, P. (2014): *Early Childhood Development: Delivering Intersectoral Policies, Programmes and Services in Lowresource Settings. Topic guide, November (2014).* Health & Education Advice & Resource Team (HEART), Oxford.
Wrape, P. (2003): *Prematurity Research Disproves that Premies Catch Up By Age Three.* http://www.prematurity.org/research/not-catchingup2.html (Letöltés dátuma: 2015. 08. 27.)
Zrinszky László (1998): „Aki gyerekeket akar nevelni, tönkre akarja tenni őket". In: Pukánszky Béla és Zsolnai Anikó (szerk.): *Pedagógiák az ezredfordulón.* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 193–178.

JOGSZABÁLYOK[306]

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről.
1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről.
1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról.
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról (nem hatályos).
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.
1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról.
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról.
2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.
2008. évi XXI. törvénya humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól.
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről.
2015. évi CCXXIII. törvény egyes szociális, gyermekvédelmi, családtámogatási tárgyú és egyéb kapcsolódó törvények módosításáról.
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.
2015. évi CXXXIII. törvény egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról.
2016. évi XC. törvény Magyarország 2017. évi központi költségvetéséről.
10/2006. (II. 16.) OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról.
47/2007. (V. 31.) OGY határozat a „Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégiáról, 2007–2032.
149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról,
43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.
63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet a pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól.

306 Tekintettel arra, hogy az eredeti és az átdolgozott kötet kéziratának lezárása közti időszakban alapvető jogszabályi változások mentek végbe az ellátórendszert érintően, a jogszabályok letöltési dátumát nem jelöljük. A hatályos jogszabályokra a kézirat lezárakor (2017. augusztus 31.) hatályos szövegükkel hivatkozunk, melyek forrása a Nemzeti Jogszabálytár: http://www.njt.hu/. Az egyes fejezetek részletesen, akár szövegszerűen is kitérnek a jogszabályi változásokra.

29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól.
316/2012. (XI. 13.) Korm. rendelet a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságról.
326/2013. (VIII. 30.) Korm. rendelet a pedagógusok előmeneteli rendszeréről és a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény köznevelési intézményekben történő végrehajtásáról.
363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az Óvodai Nevelés Országos Alapprogramjáról.
105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről
134/2016. (VI. 10.) Korm. rendelet az állami köznevelési közfeladat ellátásában fenntartóként részt vevő szervekről, valamint a Klebelsberg Központról.
1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről.
1430/2011. (XII. 13.) Korm. határozat a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiáról, valamint végrehajtásának a 2012–2014. évekre szóló kormányzati intézkedési tervéről.
1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozat az eredményes koragyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről.
20/2012. (VIII. 31) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról.
22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről.
32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról.
15/2013. (II. 26.) EMMI rendeletet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.
26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról.
66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről.
4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.
1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról.
60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról.
26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról.
51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
4/2010. (I. 19.) OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról (nem hatályos).

ADATBÁZISOK

Állami Egészségi Ellátó Központ Internetes Magyar Egészségügyi Adattár Regionális Egészségügyi Adattár (ÁEEK IMEA-REA) (2008–2012)
ÁEEK – Tauffer-jelentés
Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa
KIR-STAT adatbázis
KIR – Hivatalos Intézménytörzs, STAT 2010–2014 – 2015. 07. 29.
Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2004
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2005
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2006
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2007
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2008
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2009
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2010
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2011
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2012
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2013
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2014
KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2015
KSH STADAT-táblák
KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015
KSH Tájékoztatási adatbázis
LHH adatbázis, 2007. MTTE Műhely http://mitemuhely.hu/lhh/lhh-dokumentumok,108.html (Letöltés dátuma: 2015. 09. 20.)
NEFI – Perinatális, neonatális intenzív centrumok adatbázisa
OECD Family Database 2016.
http://www.oecd.org/els/soc/oecdfamilydatabasechildwell-beingmodule.htm (Letöltés dátuma: 2017. 05. 05.)
OECD Health Statistics 2016. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Letöltés dátuma: 2017. 05. 05.)
Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakmai Irányítási Osztály Adatbázisa, 2015

Az utóbbi években a kora gyermekkori intervenció ügye egyre nagyobb figyelmet kapott szakmai körökben és a szélesebb közgondolkodásban egyaránt. A korai életszakaszban végzett prevenciós és intervenciós tevékenységek nemcsak a gyermekek fejlődését mozdítják elő és a családok kompetenciáját erősítik, hanem ezen túlmutató pozitív társadalmi következményekkel is járnak. Amellett, hogy elősegítik a gyermekek és a családok társadalmi integrációját, hosszú távú gazdasági hasznuk is jelentős.

Az *Utak* a kora gyermekkori intervenció rendszerszintű, komplex megközelítését nyújtja. Az elméleti keretek bemutatása, a kora gyermekkori intervenció fontosságának alátámasztása, a nemzetközi tapasztalatok, körvonalazható trendek hazai helyzetre is jól adaptálható értelmezése összekapcsolódik a hazai szabályozási, finanszírozási, fejlesztési környezet áttekintésével, a különböző intézményrendszerek működésének ismertetésével, a problématerületek azonosításával, valamint olyan megoldási javaslatok összefoglalásával, amelyek egy jövőbeli, korszerűbb ellátórendszer alapjait képezhetik.

A gyermek és a család körül kiépülő összehangolt intézményhálózat, a szabályozott gyermekút, az ágazat- és szakmaközi interdiszciplináris szakértői csoportok együttműködése mellett a hatékony és eredményes ellátáshoz elengedhetetlen a szakemberek és szülők közötti partneri kapcsolat kialakítása, a családra irányuló figyelem fókuszba állítása és a gyermek saját természetes környezetében való optimális működésének elősegítése. A legfontosabb szempont azonban az, hogy minden intézkedés, amelyre a szabályozás, az ellátórendszer átalakítása vagy a minőségi ellátás megteremtése kapcsán sor kerül, azoknak az érdekeit kell, hogy szolgálja, akikért mindez történik: a gyermekekéit és a családokéit.

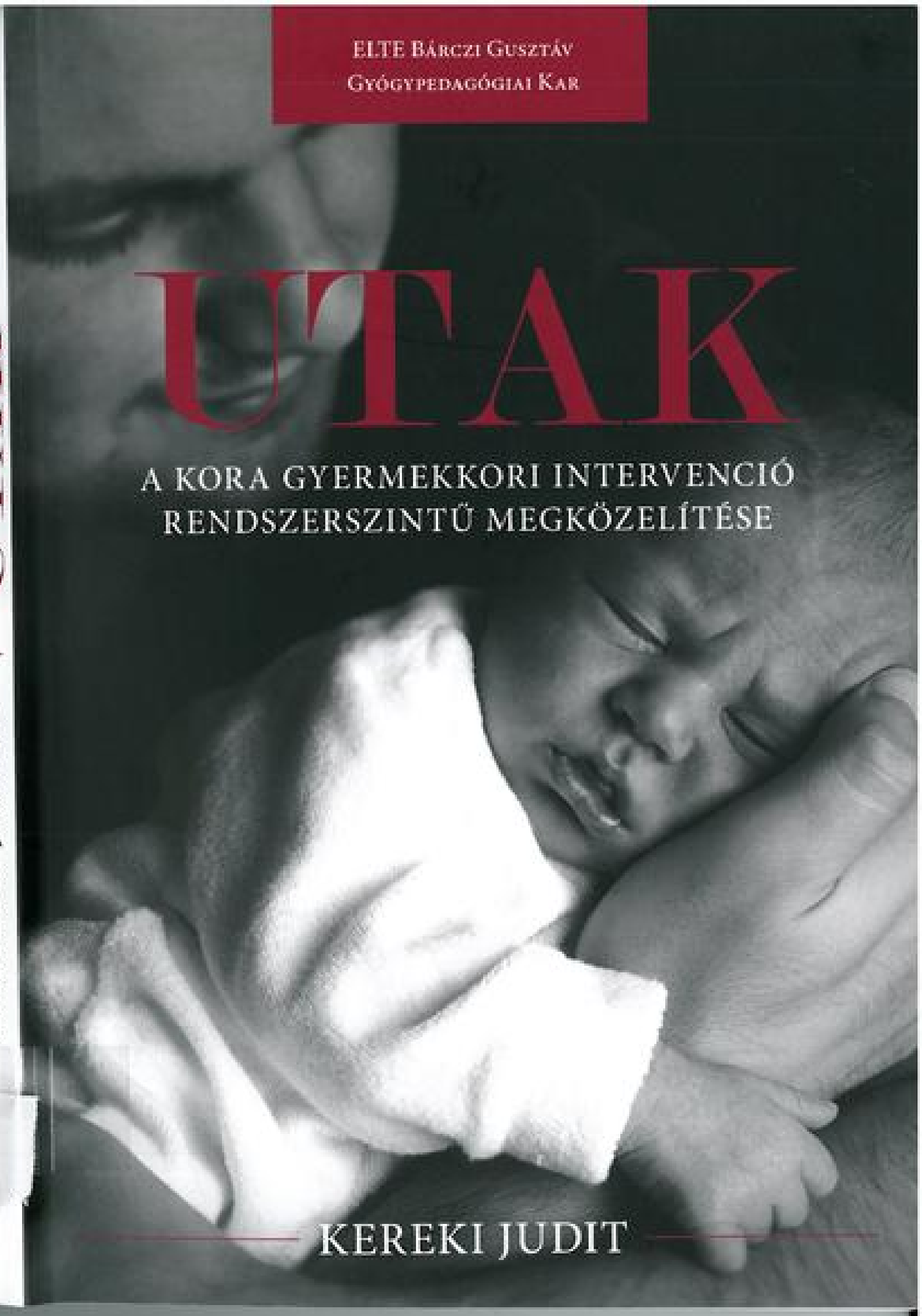
ISBN 978-963-7155-69-7

KEREKI JUDIT | UTAK

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

UTAK

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERSZINTŰ MEGKÖZELÍTÉSE



KEREKI JUDIT