

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM PEDAGÓGIAI ÉS
PSZICHOLÓGIAI KAR

NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

KEREKI JUDIT

**A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS RENDSZER
MŰKÖDÉSE ÉS FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI AZ
EGYSÉGES ELLÁTÁSI ÚT TÜKRÉBEN**

DOKTORI (PHD) DISSZERTÁCIÓ

2020

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

DOKTORI ISKOLA VEZETŐJE: PROF. DR. HABIL. HALÁSZ GÁBOR, EGYETEMI TANÁR

GYÓGYPEDAGÓGIAI DOKTORI PROGRAM

DOKTORI PROGRAM VEZETŐJE: PROF. DR. HABIL. MARTON KLÁRA, EGYETEMI TANÁR

KEREKI JUDIT

**A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS RENDSZER
MŰKÖDÉSE ÉS FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI AZ
EGYSÉGES ELLÁTÁSI ÚT TÜKRÉBEN**

TÉMAVEZETŐ: DR. ZÁSZKALICZKY PÉTER, FŐISKOLAI TANÁR, ELTE BGGYK

A BIZOTTSÁG TAGJAI

ELNÖK: DR. SZABOLCS ÉVA, EGYETEMI TANÁR, ELTE PPK

BELSŐ BÍRÁLÓ: DR. BÁNFALVY CSABA, EGYETEMI TANÁR, ELTE BGGYK

KÜLSŐ BÍRÁLÓ: LÁNYINÉ DR. ENGELMAYER ÁGNES, C. EGYETEMI TANÁR

TITKÁR: DR. RAPOS NÓRA, EGYETEMI DOCENS, ELTE PPK

TAGOK: DR. MÁRKUS ESZTER FŐISKOLAI DOCENS, ELTE BGGYK

DR. PODRÁCZKY JUDIT, EGYETEMI DOCENS, KAPOSVÁRI EGYETEM

DR. SZEKERES ÁGOTA, EGYETEMI DOCENS, ELTE BGGYK

2020

¹ADATLAP

a doktori értekezés nyilvánosságra hozatalához

I. A doktori értekezés adatai

A szerző neve: Kereki Judit

MTMT-azonosító: 10030169

A doktori értekezés címe és alcíme: A kora gyermekkori intervenciós rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében

DOI-azonosító²: 10.15476/ELTE.2020.054.

A doktori iskola neve: Neveléstudományi Doktori Iskola

A doktori iskolán belüli doktori program neve: Gyógypedagógiai Program..

A témavezető neve és tudományos fokozata: Dr. Zászkaliczky Péter főiskolai tanár

A témavezető munkahelye: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

II. Nyilatkozatok

1. A doktori értekezés szerzőjeként³

a) hozzájárulok, hogy a doktori fokozat megszerzését követően a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban.

Felhatalmazom a Neveléstudományi Doktori Iskola hivatalának ügyintézőjét Kulcsár Dánielt, hogy az értekezést és a téziseket feltöltse az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba, és ennek során kitöltse a feltöltéshez szükséges nyilatkozatokat.

b) kérem, hogy a mellékelt kérelemben részletezett szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentés közzétételéig a doktori értekezést ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;⁴

c) kérem, hogy a nemzetbiztonsági okból minősített adatot tartalmazó doktori értekezést a minősítés (dátum)-ig tartó időtartama alatt ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;⁵

d) kérem, hogy a mű kiadására vonatkozó mellékelt kiadó szerződésre tekintettel a doktori értekezést a könyv megjelenéséig ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban, és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban csak a könyv bibliográfiai adatait tegyék közzé. Ha a könyv a fokozatszerzést követően egy évig nem jelenik meg, hozzájárulok,

¹ Beiktatta az Egyetemi Doktori Szabályzat módosításáról szóló CXXXIX/2014. (VI. 30.) Szen. sz. határozat. Hatályos: 2014. VII.1. napjától.

² A kari hivatal ügyintézője tölti ki.

³ A megfelelő szöveg aláhúzendő.

⁴ A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell adni a tudományági doktori tanácsshoz a szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentést tanúsító okiratot és a nyilvánosságra hozatal elhalasztása iránti kérelmet.

⁵ A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a minősített adatra vonatkozó közokiratot.

hogy a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban.⁶

2. A doktori értekezés szerzőjeként kijelentem, hogy

a) az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba feltöltendő doktori értekezés és a tézisek saját eredeti, önálló szellemi munkám és legjobb tudomásom szerint nem sértem vele senki szerzői jogait;

b) a doktori értekezés és a tézisek nyomtatott változatai és az elektronikus adathordozón benyújtott tartalmak (szöveg és ábrák) mindenben megegyeznek.

3. A doktori értekezés szerzőjeként hozzájárulok a doktori értekezés és a tézisek szövegének plágiumkereső adatbázisba helyezéséhez és plágiumellenőrző vizsgálatok lefuttatásához.

Kelt: Budapest, 2020. 04. 21.

a doktori értekezés szerzőjének aláírása

⁶ A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a mű kiadásáról szóló kiadói szerződést.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton fejezem ki köszönetemet mindazoknak, akik doktori disszertációm elkészülését segítették és támogatták. Köszönöm témavezetőmnek, Dr. Zászkaliczky Péternek türelmét, elfogadását és segítségét abban, hogy a disszertáció megírására maradt időkeretet hatékonyan kihasználhattam.

Köszönetemet fejezem ki Lányiné Dr. Engelmayer Ágnesnek támogató szakmai és emberi ösztönzéséért, a megfelelő időben elhangzott motiváló mondataiért, és lényeglátó szakmai észrevételeiért, amellyel a műhelymunka opponenseként támogatott. Hasonló módon köszönöm Dr. Szekeres Ágotának az előbírálóban megfogalmazott értékes megjegyzéseit, és minden, a vitában résztvevő kollégának a támogató jelenlétét és jobbító tanácsait.

Köszönöm Dr. Marton Eszternek és Dr. Tamás Katalinnak erőt adó biztatásukat, és köszönöm minden más kollégának, aki az írás utolsó hajrájában magától értetődően nyújtott segítő információkat, intézkedett, és hozzájárult, hogy időben befejezzem a munkát. Külön köszönöm Duró Gábornak és Dúl Anitának a formai kivitelezésben nyújtott technikai segítségnyújtást.

Köszönettel tartozom azoknak a társszerzőknek, kutatóknak, szakértőknek, fejlesztő szakembereknek és az összes közreműködőnek, akik a disszertációban szereplő kutatásokban részt vettek és hozzájárultak azok sikeres megvalósításához.

Továbbá köszönöm mindazoknak a szakembereknek, szülőknek, kollégáknak, munkatársaknak és hallgatóknak, akik az elmúlt években javaslataikkal, észrevételeikkel, gondolataikkal, tapasztalataikkal, elképzeléseikkal, információikkal átadásával hozzájárultak a kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer működésének jobb megismeréséhez, és muníciót adtak a korszerűbb keretek megvalósíthatóságának átgondolásához és egyúttal a disszertáció megírásához.

Mindezeket túl pedig megköszönöm családomnak, férjemnek és gyermekeimnek a kitartó, támogató megértést, türelmet és elfogadást, amelyre támaszkodhattam a hosszú évek munkája során, a barátaimnak pedig a tőlük kapott bizalmat és bátorítást.

Tartalom

Ábrák jegyzéke.....	9
Táblázatok jegyzéke.....	10
Mellékletek jegyzéke	10
1. Bevezetés	11
1.1. Az összegző vizsgálat célja.....	14
1.2. Az összegző vizsgálat hipotézisei.....	15
1.3. Az összegző vizsgálat módszerei.....	16
1.3.1. Kvantitatív módszerek.....	17
1.3.2. Kvalitatív elemzés.....	19
2. A kora gyermekkori intervenció értelmezési kerete	24
2.1. A kora gyermekkori és a kora gyermekkori fejlődés.....	24
2.2. A kora gyermekkori intervenció nemzetközi megközelítése.....	26
2.3. Hazai megközelítés	30
2.3.1. Fogalmi tisztázás.....	30
2.3.2. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai.....	33
3. A kora gyermekkori intervenció prioritása.....	40
3.1. A korai életszakasz egyéni fejlődésben betöltött szerepe.....	40
3.1.1. Az idegrendszer fejlődése.....	41
3.1.2. A környezet fejlődésben betöltött szerepének különböző aspektusai.....	43
3.1.3. A rizikó- és védőtényezők szerepe.....	50
3.1.4. Az ellátásba kerülés körülményeinek hatása.....	54
3.2. Társadalmi hasznosság.....	56
3.2.1. Longitudinális vizsgálatok és eredményeik.....	56
3.2.2. Költség-haszon elemzések, a befektetések megtérülése.....	62
3.3. A kora gyermekkori kiemelt szerepe gyermekjogi megközelítésből	65
3.3.1. Gyermekjogok a nemzetközi dokumentumokban	65
3.3.2. Gyermeket érintő jogok a hazai törvényalkotásban.....	70
4. A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzete	73
4.1. Szabályozási jellemzők.....	75
4.1.1. Az Egyesült Államok gyakorlata.....	75

4.1.2. Európai gyakorlatok	76
4.2. Finanszírozás	78
4.2.1. Az állami beavatkozás szükségessége, jellege és eszközei.....	78
4.2.2. Az állami finanszírozás gyakorlata és eszközei.....	80
4.3. Kora gyermekkori intervenciós rendszerek Európában.....	82
4.3.1. Észak-európai országok	87
4.3.2. Délnyugat-európa	93
4.3.3. Német nyelvű országok	96
4.3.4. Angol nyelvű országok.....	101
5. Hazai szabályozási és finanszírozási környezet	105
5.1. A kora gyermekkori intervenciós rendszer az ágazati szabályozás tükrében.....	105
5.1.1. Egészségügyi ellátások rendszere	107
5.1.2. A köznevelési ágazati szabályozás	116
5.1.3. Szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti terület, a családtámogatás rendszer	126
5.1.4. Egyéb szereplők.....	139
5.2. Finanszírozás a hazai gyakorlatban	139
6. A hazai kora gyermekkori intervenciós rendszer működésének jellemzői.....	143
6.1. Rendszerszintű kérdések	143
6.2. Az intézményrendszer jellemzői az ellátásokhoz való hozzáférés szempontjából ..	145
6.2.1. Az egészségügyi ágazati szereplők.....	146
6.2.2. A szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szolgáltatások.....	163
6.2.3. A köznevelés területe.....	167
6.2.4. Az intézményrendszer szereplői közötti együttműködések.....	174
6.2.5. Továbbküldési utak.....	182
7. Perspektívák, megoldási lehetőségek.....	189
7.1. Családközpontú gyakorlat az ellátásban	190
7.2. Inkluzív szemlélet – természetes tanulási környezet.....	191
7.3. Integrált szolgáltatói rendszerek	192
7.4. Az együttműködések különböző aspektusai.....	195
7.4.1. Teammunka a kora gyermekkori intervencióban.....	196
7.5. Hazai továbblépési lehetőségek.....	204
7.5.1. A lehetséges gyermekút modell.....	205

7.5.2. A kliensútmodell.....	210
7.5.3. Gyermekút az ágazatközi fejlesztés tükrében.....	220
8. Összefoglalás	234
Felhasznált irodalom.....	247
Melléklet.....	295

Ábrák jegyzéke

3–1. ábra. Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája az élet kezdetétől számított különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számolva

3–2. ábra. Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a fogantatástól számított különböző életkorokban azonos nagyságú befektetéssel számolva

6–1. ábra. Korai fejlesztésben részt vevő gyermekek korösszetétele a 0–5 éves korcsoportos népesség arányában, regionális bontásban (%), 2015/2016

6–2. ábra. Korai fejlesztésben részt vevő gyermekek korösszetétele a 0–5 éves korcsoportos népesség arányában, megyei bontásban (%), 2015/2016

6–3. ábra. Vélemény a kora gyermekkori ellátórendszeren belüli együttműködésről az adott állítással való egyetértés átlagában (1=egyáltalán nem ért egyet, 4=teljesen egyetért)

6–4. ábra. Tipikus együttműködési területek

6–5. ábra. Mit gondol, mi az oka annak, hogy a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek között nem megfelelő az együttműködés? – Az együttműködés akadályai

6–6. ábra. A rendszerszereplők továbbküldési útjai, 2019

6–7. ábra. Az esetleírás alapján hová irányítaná tovább a gyermeket? – A megfelelő kliensút választásának aránya a jelzőrendszer egyes fő szereplői esetén

7-1. ábra. Az integrált rendszer megvalósulásának szintjei

7–2. ábra. Továbbküldési és jelzési utak a lehetséges gyermekút modellben

7–3. ábra. A kulcsszemély által ellátandó feladatok a kliensútmodellben

7–4. ábra. Továbbküldési és jelzési utak a jogszabályok alapján

7–5. ábra. A gyermekvédelmi szakellátásba kerülés folyamata

Táblázatok jegyzéke

3–1. táblázat. Rizikótényezők

3–2. táblázat. A programokhoz kapcsolódó költség-haszon elemzés eredményei

3–3. táblázat. A különböző szektorok által nyújtott legfontosabb szolgáltatási formák

6–1. táblázat. Egy szakellátó szakorvosra jutó 0–4 évesek száma regionális bontásban (fő), 2014

7–1. táblázat. A megfelelő kulcsszemély

Melléletek jegyzéke

1. melléklet. A kora gyermekkori intervenciók rendszer szereplői

2. melléklet. Egy szakellátó szakorvosra jutó 0–4 évesek száma megyei bontásban (fő), 2014

„Néha felmerül bennem, hogy gondolkodik-e a gyereken valaki, vagy csak egy költségvetési tényező egy kódszámmal, ami azonnal nem termel GDP-t. Mert az, hogy negyven év múlva fog GDP-t termelni, amikor nem egy elfekvőben fekszik, hanem dolgozni tud, az momentán senkit nem érdekel.”⁷

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. Többféle szinten is komoly jelentősége és hatása van az egészséges fejlődés támogatásának és az időben nyújtott prevenciós és intervenciós szolgáltatásoknak: az egyén, a család és a társadalom szintjén egyaránt komoly befolyással bír. A fejlődés a korai életévekben a leggyorsabb, ám a gyermekek sérülékenysége is ekkor a legfokozottabb. A fizikai, lelki, kognitív és szociális 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 (Shonkoff & Phillips, 2000). A biológiai sérülések, a kedvezőtlen érzelmi, pszichés hatások, a hátrányos szociális helyzet mind komoly rizikófaktorai lehetnek a fejlődés menet előnyös alakulásának, veszélyeztethetik a hosszú távú egészséget. Fontos tehát, hogy a jelentkező problémák felismerése időben megtörténjen, hogy a gyermekek és családjaik minél hamarabb elkerüljenek a kora gyermekkori intervenciós rendszerbe, és megkapják a megfelelő színvonalú, szükségletalapú 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, és használja őket, hogy minőségileg jobb életet tudjon élni. Ehhez komoly támogatást tud kapni a családtól, amelynek tagjai a beavatkozások hatására egy tudatosabb, a szükségletekre érzékenyebben reagáló attitűddel tudnak a gyermek felé fordulni, erősödik a megküzdőképességük és az

⁷ Szülői interjúrészlet a 2008-2009-ben a TÁRKI-TUDOK Zrt. által a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány *Korai Intervenciós Központok Fejlesztése* c. programja keretében végzett kutatásból.

összetartó erejük. 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 megtérülésük magasabb, mint a későbbi beavatkozásoké, továbbá az egész társadalom számára hasznos befektetést jelentenek. (Heckman, 2000; Heckman & Krueger, 2003; Carneiro & Heckman, 2003, Grunewald & Rolnick, 2004, Heckman, 2008a, 2008b, Doyle et al., 2009)

Mindezek komoly érvek a kora gyermekkori intervenció jelentősége mellett és egyben ösztönző indokok arra, hogy perspektivikusan gondolkodjunk arról, milyen ellátórendszer érdemes és kell kiépíteni a gyermekek és családjaik köré ahhoz, hogy mindhárom említett szinten megtapasztaljuk a kora gyermekkori intervenció előnyös társadalmi hatásait. Ahhoz azonban, hogy a továbbfejlesztésen gondolkodjunk, ismernünk kell azokat az elméleti alapokat, amelynek keretein belül értelmezhetjük a rendszer működését. Az elméleti megalapozás összekapcsolódik az evidenciaalapú gyakorlati megközelítéssel, a nemzetközi és hazai tapasztalatokkal, a problématerületek pontos meghatározásával, és ezek együtt segítenek bennünket abban, hogy komplexitásában, az elemek összefüggő rendszereként tekintünk rá az ellátórendszerre, annak működésére és a működés megváltoztatásának mikéntjére.

Korábbi kutatási becslések alapján Magyarországon a kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló, 6 éven aluli gyermekek közel 40%-a nem kapja meg a számára szükséges ellátást/szolgáltatást (Kereki & Lannert 2009; Kereki, 2011). Ennek többféle oka van, rendszerszintű problémák és strukturális egyenlőtlenségek egyaránt megtalálhatóak a háttérben. A kora gyermekkori intervenció több ágazatot is érint, ám a terület komplexitása miatt nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. 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 hiányosságából fakadóan áttekinthetetlen az intézmények hálózata. Egyelőre nincsenek kialakult, egyértelműen követhető ellátási utak, vagy ha vannak is, az érintettekhez nem jutnak el a megfelelő információk, mint ahogy a jól kialakult együttműködések is inkább a jó gyakorlat szintjén vannak jelen. Ezen a tényen egyelőre nem változtatott az intézményrendszer 2011 óta zajló átalakítása sem.

A kora gyermekkori intervencióval kapcsolatos feladatokon az egészségügy, a köznevelés, a szociális, valamint a család- és ifjúságügyért felelős terület osztozik, érintett még a társadalmi felzárkózásért, valamint az európai uniós fejlesztésekért felelős terület. A kora gyermekkori intervenció koordináló szerepét jelenleg a családügy végzi. A kora gyermekkori intervenció rendszer kutatása, fejlesztése az elmúlt tíz évben került igazán fókuszba, megtörtént a rendszerproblémák azonosítása, és megindult a főbb problématerületekhez illeszkedő, különböző ágazatok égisze alatt lezajló evidencia alapú fejlesztési programok megvalósítása. Az egymásra épülő fejlesztési projektek keresték egymással a kapcsolódási pontokat, lépésről-lépésre alapozták meg az egységes gyermekút kialakítását célzó tevékenységeket. A bő tíz év alatt (2008–2019 között) lezajló, a kora gyermekkori intervenció rendszerszintű átalakításának megalapozását jelentő kutatások ezekhez a nagy volumenű projektekhez kapcsolódtak. Végül az egymásra épülő kutatási-fejlesztési eredmények 2017-re egy tudatosan felépített fejlesztési ívvé álltak össze, amely jelenleg egy ágazatközi projektben teljeseedik ki.

A fejlesztési programokban és a programokhoz kapcsolódóan lezajlott kutatásokban játszott aktív szerepem megalapozza és lehetővé teszi, hogy a kora gyermekkori intervenció ellátórendszer működéséről nyert empirikus tapasztalatokat összegezzem, különös tekintettel az egységes ellátási út kialakítását célzó eredményekre. Erre építve lehetőség nyílik a továbblépés irányainak megfogalmazására is. Gyakorlatilag a korábbi kutatások feldolgozása, másodelemzése kapcsolódik össze a jelen releváns dokumentumainak, jogszabályainak, statisztikai mutatóinak elemzésével.

Disszertációm egy olyan összegző munka, amely az elmúlt tíz évben, a 2008-2019 közötti időszakban a kora gyermekkori intervenció területén zajló evolúciós folyamatok, a rendszerben történő változások komplex bemutatását kívánja nyújtani, figyelembe véve azt az alapvető tény, hogy a kora gyermekkori intervenció a szűken vett intervenció tevékenységen túl egy olyan rendszert jelöl, amelyben az esélyteremtő, esélykiegyenlítő beavatkozások egymástól időben, szabályozásban, finanszírozásban és az intézményrendszer működése szempontjából is elkülöníthető elemei összefüggő struktúrát alkotnak. Fontos dimenzió, hogy a hazai folyamatokat és az ellátórendszert a nemzetközi folyamatokba, tendenciákba ágyazva szemléljük. Mint ahogy a nemzetközi jellegzetes szabályozási, finanszírozási, intézményes és fejlesztési megközelítések áttekintése is komoly munícióval szolgál a hazai ellátórendszer átalakításához, a korszerű, adaptálható elemek integrálásához. Ugyanakkor a hazai

ellátórendszer ismeretéhez elengedhetetlen a hazai szabályozási, finanszírozási környezet áttekintése, a belső összefüggések feltárása, a fejlesztési környezet illesztése a zajló folyamatokhoz, a különböző intézményrendszerek működésének ismertetése, kapcsolódásaik azonosítása, akár a szabályozás, akár a gyakorlati működés szintjén. Ezek az ismeretek a 2008 óta lezajlott empirikus kutatások, eredményeivel összefonódva – különös tekintettel a saját kutatási eredményekre – segítenek a legfontosabb rendszerjellemzőknek és azok változásainak azonosításában, külön figyelemmel a hozzáférési, hatékonysági problémák detektálására. A rendszer működését leíró, annak változását nyomonkövető kutatásokon belül a gyermekút kialakítását megalapozó eredmények áttekintése, azok újraértelmezése segít a kora gyermekkori intervencióról nyert tudás összegzésében, és a továbblépési irányok kialakításában, az ellátási utak hatékonyabbá tételében, valamint olyan megoldási javaslatok megfogalmazásában, amelyek egy jövőbeli, korszerűbb ellátórendszer alapjait rakhatják le.

A disszertáció arra vállalkozik, hogy a kora gyermekkori intervencióról rendelkezésre álló fragmentált információkat összefüggő keretbe ágyazza, hogy a fontos problématerületeket azonosítsa, és előrelépési irányokat fogalmazzon meg, amelyek az egységes szemléletű kora gyermekkori intervenció rendszer kialakítása és működtetése felé való továbblépést szolgálják. Törekszik a komplex megközelítésre, hangsúlyozza az ágazat- és szakmaközi együttműködések, a kliensorientáltság fontosságát. Alapvetően támaszkodik a saját kutatási eredményekre, és az eddig a témában megjelent saját korábbi publikációs anyagok, különös tekintettel az Utak c. könyv felvetett problematikáira (Kereki, 2017c). Műfaját nehéz meghatározni, hiszen több olyan saját kutatás (vagy társkutatás), illetve saját koncepció alapján mások által elvégzett kutatás, valamint fejlesztési programok eredményei kerülnek összegzésre, amelyek az elmúlt tíz évben egymásra épülve valósultak meg különböző ágazatokban. Mindez a projektek szakmai irányítójaként és kutatóként is óriási tapasztalatot hozott számomra a kora gyermekkori intervenció területén. Mivel az adott időtáv kutatásainak eredményei és adatbázisai mellett a jelenleg zajló *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt kutatásának adatbázisát, valamint aktuális statisztikai adatokat is használtam, célravezető a továbbiakban összegző vizsgálatnak nevezni a munkám.

1.1. Az összegző vizsgálat célja

Az összegző vizsgálat célja, hogy leírja a kora gyermekkori intervenció rendszer működését és annak változásait az utóbbi évtizedben zajló kutatások eredményei és a rendelkezésre álló

szakirodalmak, dokumentumok, jogszabályok tükrében, különös tekintettel az ellátási út értelmezésének változásaira, jövőbeli fejlesztésének kívánatos irányaira.

Az összegző vizsgálat rész céljai a fő cél alapján az alábbiakban határozhatóak meg:

- A kora gyermekkori intervenció elméleti kereteinek kialakítása, értelmezésének nemzetközi és hazai bemutatása, prioritásának az egyén, a család és a társadalom szintjén történő indoklása;
- A kora gyermekkori intervenció nemzetközi szabályozási, finanszírozási kereteinek, az intézményrendszer szerveződésének és működtetésének leírása, a nemzetközi terepen működő modellek hazai gyakorlatba integrálható, adaptálható tapasztalatainak vizsgálata;
- A hazai kora gyermekkori intervenciók rendszer szabályozási, finanszírozási fejlesztési környezetének elemzése, leírása, a fejlesztési környezet érintésével;
- A hazai korai ellátórendszer működésének és a működés változásainak leírása, az utóbbi tíz év kutatás eredményeinek és a rendelkezésre álló jelenlegi statisztikai adatoknak a tükrében, különös tekintettel a szolgáltatáshoz való hozzáférés aspektusaira, az együttműködések és az ellátási út evolúciójának eredményeire;
- Az ellátási út fejlődéstörténetének bemutatása a kutatásokon, fejlesztési programok eredményein és a jogszabályváltozásokon keresztül, javaslatok megfogalmazása a további fejlesztési perspektívák kialakításához.

1.2. Az összegző vizsgálat hipotézisei

1. A kora gyermekkori intervenciót érintő hazai szabályozási környezet és annak 2008-2019 közötti időszakban bekövetkezett változásai nem tudták biztosítani az érintett terület rendszerszerű működését, az ágazatok közötti ellátási út továbbra is hiányosan szabályozott, ami nem segíti kellőképpen az időben történő ellátásba kerülést.
2. A 2008-2019 közötti időszakban a kora gyermekkori intervenció szemléleti átalakulása egy egységesebb irányba mozdult el, a különböző szakterületeket képviselő szakemberek kora gyermekkori intervencióról, az ágazatközi együttműködésről, és a továbbküldési utakról való tudása növekedett, az interdiszciplináris teamszemlélet elterjedtebbé vált, ami összességében növeli az időben történő ellátásba jutás esélyét.

3. A hazai korai ellátórendszer a 2008-2019 közötti időszakban egyre inkább erőforráshiányossá vált, kapacitásproblémák akadályozták a szolgáltatásokhoz való megfelelő szintű hozzáférést.
4. A kora gyermekkori intervenciós intézményrendszerben az ellátásokhoz való hozzáférést tekintve a 2008-2019-es időszakban fennmaradtak a területi egyenlőtlenségek.

1.3. Az összegző vizsgálat módszerei

A felhasznált megvalósult kutatások keretében kvantitatív és kvalitatív vizsgálatok zajlottak. A kvantitatív vizsgálat során rendelkezésre álló statisztikai adatbázisok elemzése történt meg, és kérdőíves adatfelvételek zajlottak le. A kvalitatív vizsgálatok során egyéni interjú és fókuszcsoportos interjúk készítésére kerül sor. A megvalósuló kutatások koncepciójának kidolgozását, egy kivétellel saját magam végeztem, a 2008-2009-es kutatási design kialakítása közös munka volt. Az összes érintett kutatás mindegyikéről elmondható, hogy a kérdőívtervezetek és az interjútervezetek kialakítása alapvetően saját munka, amely aztán egy-egy kisebb kutatói csapat közreműködésével került véglegesítésre és lekérdezésre. Döntő részt vállaltam az interjúk felvételében, az adatok statisztikai feldolgozásában, az elemzések elkészítésében, a következtetések levonásában. A disszertációban az elkészült elemzéseknek az intézményrendszerre és a gyermekútra vonatkozó általam készített részeit használok elsősorban, illetve hivatkozással határolom le a többi közreműködő munkáját. A vizsgálatok technikai lebonyolítását, a beérkezett adatok feldolgozásra való előkészítését: kódolás, adatbevitel, adattisztítás, súlyozás, illetve az általam elemezni kívánt sokdimenziós kereszttáblák egy részének elkészítését felkért szakemberek támogatták, mint ahogy a többváltozós matematikai statisztikai modell kialakításánál is módszertani segítséget vettem igénybe.

A feldolgozásba bevont kutatások az alábbi keretek között zajlottak:

2008-2009 – A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány számára végzett „*Korai intervenciós rendszerek*” c. projekt keretében a korai intervenciós intézményrendszer hazai működésének feltérképezése. (Tárki-Tudok)

2010-2011 – A TÁMOP 3.1.1 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció kiemelt projekt (Educatio) keretében *Helyzetfeltárás, regionális helyzetelemzések* c. kutatás elvégzése (Tárki-Tudok – AITA)

2012 – A TÁMOP 3.1.1 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció projekt (Educatio) keretében a *Koncepció kialakítása és javaslatok kidolgozása a koragyermekkori ellátás intézményrendszere teljesítményértékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint koncepció kialakítása az ellátórendszerben használatos protokollok egységes, átfogó alkalmazására* kutatás elvégzése (A.I.M. 2011)

2014 – *Lehetséges gyermekút modell* kidolgozása, amely a 2012-2015 között zajló TÁMOP 6.1.4. *Koragyermekkor (0-7 év)* program keretében valósult meg (ÁEEK-OTH)

2014-2015 – A TÁMOP 3.1.1 XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) II. szakasz projekt (Educatio) keretében *Kutatás-fejlesztési program megvalósítása a kora gyermekkori ellátórendszer, valamint a köznevelés rendszerében biztosított kora gyermekkori ellátás optimális kliensút modelljének kifejlesztésére* (AITA)

2019 – *Együttműködések a kora gyermekkori intézményrendszerben* kvalitatív vizsgálat, amely az EFOP 1.9.5. *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projektben valósult meg (Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

1.3.1. Kvantitatív módszerek

1.3.1.1. Statisztikai adatbázisok azonosítása, adatok összegyűjtése, elemzése

Az eltelt években a kutatásoknál a terület működésének értékelése szempontjából releváns nemzetközi és hazai adatbázisokat, használtam, amelyekből elemzéseket készítettem, és így ezeknek az elemzéseknek az eredményei becsatornázódtak jelen disszertáció tartalmába. Azokat az adatbázisokat, amelyeket jelen elemzés során is felhasználtam, dőlt betűkkel jelölöm:

- EUROSTAT,
- EURO-PERISTAT,
- Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)
- Organisation for Economic Cooperation and Development OECD,
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)
- World Health Organization (WHO) UNESCO,
- *Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa*
- ESKI REA – Regionális Egészségügyi Adattár On-line
- *Közoktatási Információs Rendszer (KIR-STAT)*
- *Központi Statisztikai Hivatal (KSH), Stadat táblák*

- *Központi Statisztikai Hivatal (KSH), Tájékoztatósi adatbázis*
- *KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv*
- *KSH Demográfiai Évkönyv,*
- *KSH Köznevelési Statisztikai Évkönyv*
- *KSH Oktatás statisztikai Évkönyv.*
- *KSH Szociális Statisztikai Évkönyv*
- *LHH adatbázis*
- *Védőnői adatgyűjtés (NNK)*
- *NEFI, később ÁEEK – Perinatális, neonatális intenzív centrumok adatbázisa*
- *Országos Alapellátási Intézet. Adatok a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetekről*
- *Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TeIR),*
- *Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)*
- *Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, Védőnői adatbázis*

1.3.1.2. Kérdőíves adatfelvételek

A kérdőíves kikérdezés az egyik leggyakrabban alkalmazott kutatási módszer, amelynek keretében lehetőség van a nagyobb alapsokaságtól származó adatgyűjtésre (Babbie, 2008).

A felhasznált kutatások során a kérdőíves lekérdezés alábbi lépéseit követtem:

- Vizsgálat célcsoportjának kiválasztása
- Minta összeállítása
- Lekérdezés módjának kiválasztása
 - o papír alapú – önkitöltős, kérdezőbiztossal megvalósított, telefonos, illetve
 - o elektronikus – online vagy e-mail segítségével megvalósított
- Előinterjúk készítése a kérdőív összeállításához, kérdőív összeállítása, tesztelése pilot vizsgálattal, kérdőív véglegesítése
- Vizsgálat technikai lebonyolítása
- Beérkezett adatok feldolgozásra való előkészítése: kódolás, adatbevitel, adattisztítás, súlyozás
- Adatok statisztikai feldolgozása statisztikai program segítségével (SPSS)
- Elemzés, interpretáció, következtetések

Az összegző vizsgálat során felhasznált adatfelvételek

2008-2009-es kutatás

- On-line kérdezés a védőnők körében (teljes sokaságra végzett lekérdezés, 3800 területi védőnőnek kiküldött kérdőívből 600 értékelhető kérdőív, területi eloszlás alapján súlyozás segítségével a reprezentativitás biztosítása)
- Postai kérdőív a korai ellátórendszer intézményvezetői körében (150 fellelhető ellátó intézményből 100-ból jött vissza válasz)
- Postai kérdőív eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek szüleinek körében (4650 szülőnek az intézményeken keresztül kiküldött kérdőív - 800 visszaérkezett kérdőív)

2010-2011-es kutatás

- Elektronikus kérdőíves adatfelvétel 197 kora gyermekkori intervenció ellátó intézmény körében (68 visszaérkezett kérdőív, 487 szakember, 764 gyermek)
- 224 kora gyermekkori intervenció ellátó intézményről nyert alapadatokat, amelyek egyrészt a 2010-es ellátó intézményekről nyert adatokból, másrészt az ugyanekkor felvett Educatio Kft. humán erőforrás felméréséből származnak

2014-2015-ös kutatás

662 fő korai ellátásban dolgozó szakember lekérdezése két megyében (Békés és Zala) kora gyermekkori intervenció intézményeiben, elektronikus adatfelvétel (217 fő válaszadó)

1.3.2. Kvalitatív elemzés

1.3.2.1. Dokumentumelemzés

A dokumentumelemzés segítségével a közelmúltban vagy napjainkban készült írásos anyagok, dokumentumok meghatározott szempontok alapján való elemzése valósult meg. Jelen vizsgálat esetében:

- nemzetközi releváns jogszabályok áttekintése;
- a hatályban lévő, a kora gyermekkori intervenció tekintetében releváns jogszabályok (egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, költségvetési törvények, rendeletek), irányelvek, protokollok, sztenderdek áttekintése és elemzése;

- fejlesztési elképzelések, stratégiai anyagok (Közös Kincsünk a Gyermekek, Semmelweis terv, Vasgyúró Program, stb.) áttekintése és elemzése;
- 2012-ben a TÁMOP 3.1.1. keretében megvalósuló „Konceptió kialakítása és javaslatok kidolgozása a koragyermekkori ellátás intézményrendszere teljesítményértékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint koncepció kialakítása az ellátórendszerben használatos protokollok egységes, átfogó alkalmazására” c. projektben vezetésemmel elkészült javaslatcsomagokhoz felhasznált dokumentumok áttekintése, az elkészült javaslatcsomagok elemzése;
- 2012-2015 között lezajlott TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program elnevezésű kiemelt projekt keretében megvalósult Gyermekek modellhez kapcsolódó dokumentumok újraelemzése;
- TÁMOP-3.1.1 XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) II. szakasz kiemelt projekt korai ellátásra vonatkozó részében kidolgozásra és kipróbálásra került a koragyermekkori intervenció rendszerében használható optimális kliensútmodellhez kapcsolódó dokumentumok újraelemzése.

1.3.2.2. Interjúk felvétele

Egyéni interjúk készítése

Az általam alkalmazott eljárásrend az egyéni interjúk készítésénél:

- A kutatás tájékoztató, problémafeltáró szakaszában strukturálatlan interjú készítése indokolt, amelynek tartalmi rögzítése is elegendő.
- Abban a szakaszban, amikor már pontosan tudja a kutató, hogy mit akar, strukturált, illetve félig strukturált interjút alkalmaz. A strukturált interjú jellegét tekintve hasonlít a kérdőívhez, lényege az interjútervezet, amely tartalmazza az előre kidolgozott kérdéssort. A strukturált interjú lehetőséget nyújt nyitott kérdésekre is, de ezek behatárolt, viszonylag rövid válaszokat igényelnek. A félig strukturált interjú műfajában az interjúvezető viszonylag erőteljes irányítás mellett vegyíti a teljesen nyitott és a behatároltabb kérdéseket, teret engedve a válaszoló saját belátása szerinti válaszadásának, fő szempont az interjúalany adott témával kapcsolatos gondolatainak, érzéseinek megértése, feltárása. (Szokolszky, 2004).

Lépései:

- Interjútervezet elkészítése
- Interjúalanyok kiválasztása
- Interjúk lebonyolítása, rögzítése, legépelése

- Interjúk elemzése (pl. Atlas.ti segítségével)

Felhasznált interjúk

2008-2009-es kutatás

Összesen készült 87 egyéni interjú a terület irányításában dolgozó szakemberekkel, egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szereplőkkel, ellátó/szolgáltató intézmények szereplőivel, vezetőkkel, terapeutákkal, szülőkkel. Ebből **53 db strukturált mélyinterjú, 34 félig strukturált interjú** volt.

2010-2011-es kutatás

34 db félig strukturált interjú készült, a terület irányításában dolgozó szakemberekkel, önkormányzati felelősökkel, egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szereplőkkel, ellátó/szolgáltató intézmények szereplőivel, vezetőkkel, terapeutákkal.

2012-es kutatás

52 egyéni strukturált és félig strukturált interjú készült, szakpolitikusokkal, önkormányzati felelősökkel, egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szereplőkkel, ellátó/szolgáltató intézmények vezetőivel, szakembereivel, néhány kiválasztott ország korai ellátásában érintett intézmény szakembereivel. (Ebből 14 telefonos interjú)

2014-2015-ös kutatás

17 egyéni, félig strukturált interjú készült egészségügyi intézmények vezetőivel, orvosokkal, védőnőkkel, szakellátásban dolgozó terapeutákkal, pedagógiai szakszolgálat vezetőivel és szakembereivel, óvodák, szociális, gyermekvédelmi alapellátásban és szakellátásban résztvevő intézmények (gyermekjóléti szolgáltató, családsegítő szolgáltató, bölcsődék, szociális módszertani intézmény), illetve civil, többcélú intézmények vezetőivel.

2019-es kutatás

19 egyéni, félig strukturált interjú készült egészségügyi ellátókkal, pedagógiai szakszolgálati feladatot végző állami és civil intézmények vezetőivel és szakembereivel, szociális, gyermekjóléti alapellátásban dolgozó intézményvezetőkkel, szakemberekkel, szakpolitikusokkal, szülői érdekvédelmi szervezet vezetőjével. Ennek az interjú felvételnek az elemzése korábban nem történt meg, a disszertáció megírása közben került rá sor.

Fókuszcsoporthos interjúk készítése

A fókuszcsoporthos a leggyakrabban alkalmazott kvalitatív kutatási módszer, olyan interjútechnika, melynek során a célcsoport megfelelően szelektált tagjai közös beszélgetésen vesznek részt. Egy normál fókuszcsoporthos többnyire 6-12 főből áll. A kutatás tárgya a résztvevők egymással folytatott verbális és non-verbális interakciója. A cél a különféle – tudatos és tudattalan – beállítódások, attitűdök feltárása. Ennél a módszernél fontos szerepet kap a csoporttagok együttes jelenléte: egyrészt a kérdezettek egymás véleményére is reflektálnak, másrészt a módszer egyfajta brainstorming is, ahol a csoporttagok a többiek ötleteit is felhasználva új, kreatív megoldásokkal szolgálhatnak. A csoportok időtartama általában másfél-két óra, de gyakran előfordul hosszabb időtartamú beszélgetés. A fókuszcsoporthosokat erre kiképzett moderátor vezeti. A csoportinterjúk vezérfonal alapján kerülnek levezetésre. (Síklaki, 2006)

Fókuszcsoporthos interjú a kutatásban

A kutatások egyik fő szempontja volt, hogy a megcélzott populációk több módszerrel is megközelíthetőek legyenek, így mind a védőnők, a házi gyermekorvosok, szakellátó szakorvosok, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi intézményvezetők és a szülők körében is sor került fókuszcsoporthos beszélgetésekre, amelyek hangrögzítés, illetve képi rögzítés alapján kerültek elemzésre. Fontos szempont volt, hogy az ország eltérő pontjain, különböző gazdasági, társadalmi háttérű területi egységeken élők véleményei artikulálódjanak.

Lépések:

- A fókuszcsoporthosban résztvevők kiválasztása
- Kérdések összeállítása, vezérfonal kialakítása
- Forgatókönyv megtervezése
- Lebonyolítás, rögzítés, legegélés (video készítése)
- Interjúk elemzése (pl. Atlas.ti segítségével)

Felhasznált fókuszcsoporthos interjúk

2008-2009-es kutatás

Összesen készült **17 fókuszcsoporthos interjú**. Intézményvezetők, intézményi szakemberek, a védőnők, az orvosok, a korai fejlesztésben részesülő gyerekek szülei, valamint a képzési intézmények szakemberei körében.

2014-2015-ös kutatás

6 fókuszcsoportos interjú készült, a megyei és a járási pedagógiai szakszolgálat, az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai intézmény, a családsegítő és gyermekjóléti szolgálat, valamint az önkormányzat szakembereivel, illetve egy vegyes fókuszcsoportos interjú a megyei kórház orvosaival és a megyei pedagógiai szakszolgálat munkatársaival.

Az elemzések segítségével a hipotézisek igazolása és a következtetések levonása mellett stratégiai megközelítésű javaslatok megfogalmazására is sor kerül, amely a kora gyermekkori intervenciók rendszer működésének és az ellátási utak hatékonyabbá tételének elérését célozzák.

2. A kora gyermekkori intervenció értelmezési kerete

2.1. A kora gyermekkor és a kora gyermekkori fejlődés

Egy társadalom fenntartható fejlődése szempontjából, ahol az emberek jóllétének, életminőségének növelésére kerül a hangsúly, a gyermekek egészséges fejlődésének megalapozása alapvető feltétel. A testi-lelki egészségben megélt kisgyermekkor nagyobb valószínűséggel vezet egy egészségesen megélt felnőtt lét felé. A stabil agystruktúrák megalapozása meghatározó a képességek széles körének kialakulásában, az iskolakészültség szilárd alapjainak lerakásában, majd később az iskolai és munkaerőpiaci sikeresség elérésében (Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009).

A *kora gyermekkor* meghatározása a szolgáltatásnyújtás szempontjából nemzetközi terepen eltérő, összefüggésben a helyi tradíciókkal és az iskolarendszer szerveződésével. A gyermekek jogairól szóló ENSZ-egyezmény feloldva az különbözőségeket és figyelembe véve a különféle fejlődésemelvények eredményeit, a 8 éves kor alatti életszakaszt tekinti kora gyermekkornak (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2005). Egyes ajánlások ezt az életkori kimeneten rögzített meghatározást a születéstől értelmezik (Victorian Curriculum and Assessment Authority, 2008; National Association for the Education of Young Children, 2009; Institute of Medicine and National Research Council, 2015), mások a fogantatástól, illetve a prenatális időszakról határozzák meg (Britto et al., 2013; Woodhead, 2014).

A *kora gyermekkori fejlődés* jellemzően a gyermekek kognitív, motoros, szociális, érzelmi és fizikai fejlődésére utaló kifejezés. Ugyanezt a kifejezést azonban gyakran használják programok olyan körének leírására, amelyeknek végső célja a kisgyermekek fejlődési és tanulási képességének javítása. Ezek a programok megjelenhetnek különböző szinteken (például a gyermek, a család vagy a közösség szintjén) és különböző ágazatokban (például egészségügy, oktatás vagy szociális, gyermekvédelmi területen; WHO, 2012a). A kora gyermekkori fejlődés nemzeti és univerzális szinten is prioritássá vált a kutatások, szakpolitikák, programok számára. A kisgyermekek egészsége, a róluk való gondoskodás és a tanulás egymással összekapcsolódó dinamikus növekedési folyamatokat feltételeznek – a születést megelőző időszakról kezdve egészen a korai iskolás évekig. (Woodhead & Moss, 2007; The Science of Early Childhood Development, 2007; Woodhead et al., 2014).

A kora gyermekkori fejlődés sokoldalú mechanizmus, amely a fejlődő *gyermek* és a gyermek fejlődésére ható *kontextus* vonatkozásában magyarázható (Britto et al., 2013) és rendszerben értelmezhető. A gyermeki fejlődés *rendszereszerű modelljeinek* alapja a fejlődés hierarchikus szerveződésének felismerése, valamint azoknak a mechanizmusoknak a megértése, amelyeknek rendszerelemei kölcsönhatásba kerülnek egymással, és olyan alrendszereket képeznek, amelyek létrehozzák a fejlődés folyamatosan változó komplex mintázatát (Guralnick, 2005, 2019). Azok a folyamatok, melyek során a biológiai – különösen a genetikai tényezőkön alapuló – mechanizmusok a környezeti eseményekkel interakcióba lépve hatással vannak a fejlődésre, e rendszermodellek kulcskoncepcióját alkotják (Sameroff, 2010). Ilyen rendszer orientációjú fejlődési modell például a fejlődés *epigenetikai*⁸ *megközelítése* (pszichobiológiai modell) (Gottlieb, Wahlsten & Lickliter, 2006), a *fejlődési pszichopatológiai* perspektíva (Rutter & Sroufe, 2000) vagy a *dinamikus rendszerelmélet* (Thelen & Smith, 2006). Az egyik leggyakrabban emlegetett megközelítés a *fejlődés tranzakciós modellje* (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & 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, így *az 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 & Morris, 2006) komplex keretén belül értelmezhetőek. A modell a gyermek szűkebb környezetén (a szülői, gondozói, családi körön) kívül a tágabb környezet hatását is kiemeli a gyermekek fejlődésében, ahol a gyermek fejlődésére ható rendszerek kölcsönös összefüggésben vannak és hatnak egymásra. Bronfenbrenner a legbelső körből a külső felé haladva megkülönböztet (1) *mikrorendszert*, a közvetlen környezet, amelynek a fejlődő gyermek része (például család, óvoda), (2) *mezorendszert*, amely a gyermekre közvetlenül ható környezeti rendszereket (mikrorendszereket) tartalmazza; (3) *exoendszert*, amely azokat a rendszereket foglalja magában, amelyekben a gyermek közvetlenül nem vesz részt, de amelyek a külső közvetítés révén hatnak a gyermek fejlődésére (például 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

⁸ Az epigenetika arra a kérdésre keres választ, hogy a környezeti tényezőknek a szülőkre gyakorolt hatása milyen molekulárisan igazolható változásokat okoz az utódok génkifejeződését tekintve. (Falus, 2012)

kronorendszer, amely beemeli az idődimenziót, és a személy élete során a történeti időben változó környezetet veszi figyelembe (Bronfenbrenner, 1994).

Guralnick szerint a gyermek egy többretegű szociális rendszer egy eleme, amely rendszer lehet fejlesztő hatású, de zavart keltő, diszfunkcionális is. Így a hatásos beavatkozás az, amikor a kontextust vesszük a beavatkozás alapjául. (Guralnick, 1998) *Fejlődési rendszer megközelítése* (Guralnick, 2005, 2019) arra fókuszál, hogy a sérülékeny gyermekek és családjaik esetében megértse a gyermek fejlődésének mechanizmusát. Olvasata szerint a korai prevenció és intervenció 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 nemzetközi megközelítése

A nemzetközi szakirodalomban a *kora gyermekkori intervenció* nem egyértelműen használt fogalom, többféle megközelítése létezik. Vele párhuzamosan gyakran előfordul a *korai intervenció* kifejezés, amelyet vagy a kora gyermekkori intervencióval megegyező tartalommal használnak (elsősorban az amerikai és brit szerzők, lásd Guralnick, 2005, 2008, 2011, 2019; Carroll, Murphy, & Sixsmith, 2013; McWilliam, 2014, Powell, 2019), vagy a kora gyermekkori intervenció részeként definiálják (Dunst, 2018). Ugyanakkor a korai intervenció fogalom az egészségügyben és (nem egyszer a szociális rizikóval összefüggően) a mentális egészséggel kapcsolatos tematikában is elterjedt (British Medical Association, 2017; Early Intervention Foundation, 2018), és inkább az időben történő beavatkozást értik alatta, nem feltétlenül (csak) a kisgyermekekre célozva. (Dunst, 2019). Vannak olyan megközelítések is – összefüggésben egy-egy adott ország ellátási filozófiájával –, amelyek a *kora gyermekkori nevelés (és gondozás)* gyűjtőfogalom keretében gondolkodnak a kisgyermek ellátásáról, becsatornázva ide az intervenció tevékenységeket is (Sandberg et al., 2010; Ferreira, 2018).

A *kora gyermekkori inrevencióra* vonatkozó értelmezések döntően olyan széleskörű szolgáltatások, ellátások összességéként definiálják a fogalmat (beleértve a speciális ellátásokat, szolgáltatásokat), amelyek a fogantatástól vagy a születéstől a gyermek bizonyos életkoráig (eltérő szükségletek mentén) a gyermekre és családjára irányulnak annak érdekében, hogy a gyermek fejlődési lehetőségei minél inkább kiteljesedjenek, és a család, a szülők kompetenciái megerősödjenek (Shonkoff & Meisels, 2000; Baker & Feinfeld, 2003; Granlund & Björck-Åkesson, 2013; Ionescu & Paul, 2019).

A célzott korcsoport behatárolása függ egy-egy adott ország jogszabályaiban rögzített alapelvektől, az iskolarendszer bemeneti korcsoport meghatározásától, vagy az elméletalkotó törekvései mögött álló filozófiától. Így – elsősorban az amerikai szakirodalomban – a születéstől 3 éves korig tartó életkorban levő korcsoportot jelölik meg célcsoportként (Guralnick, 2005; McWilliam, 2016), más esetekben a fogantatástól vagy a születéstől 5 éves korig definiálják az érintett korosztályt (2019, The Prevention and Early Intervention Network, 2019; ill. Andrews, 2009; Bezzina, 2018). Gyakori (elsősorban európai szerzőknél vagy ausztrál anyagokban) a 0-6 évesek ellátási célcsoportként való meghatározása (Vella, 2009, Wilder, 2015; Purcal et al., 2018; Carvalho et al., 2019), és előfordul a 7 éves korig (Drlíková, 2009; Mental Disability Advocacy Centre [MDAC] & Forum for Human Rights [FORUM], 2016; Ionescu & Paul, 2019); illetve 8 éves korig (Bruder, 2010); vagy egyszerűen az iskolába lépésig tartó korhatár megjelölés (Kennedy et al., 2009; Moore, 2011, 2016; ECIATIC, 2014).

Az ellátási szükségletek felől közelítve, a kora gyermekkori intervenció célcsoportján jellemzően a megkésett fejlődésű, illetve a diagnosztizált fogyatékos, valamint a megkésett fejlődés vagy fogyatékoság kockázatának (biológiai és/vagy környezeti okok miatt) kitett gyermekeket és családjaikat értik, ahol a (speciális) szolgáltatások egy meghatározott életszakaszban a gyermek fejlődésének, jóllétének és közösségi részvételének támogatására, valamint a család, a szülők kapacitásának, kompetenciáinak növelésére irányulnak (Baker & Feinfield, 2003; Feldman, 2004; Guralnick, 2004; Diken & Er-Sabuncuoglu, 2010; ECIA, 2016). A közösségi részvétellel összefüggésben célként megfogalmazódik az egyéni, környezeti és szociális korlátozó tényezők hatásának minimalizálása (Granlund & Björck-Åkesson, 2013).

A fejlődési zavar veszélyeztetettség hátterében a környezeti rizikótényezők jelenlétét is erőteljesen figyelembe vevő elképzeléseken túl vannak, akik az eltérő fejlődésű, fogyatékos, valamint az eltérő fejlődés kockázatának kitett gyermekeken kívül a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekeket és családjaikat külön célcsoportba sorolják. (Pretis, 2009a, 2010b; Frazer, 2016). Mindazonáltal a vulnerábilis gyermekek köre változik. Egyre nagyobb hangsúllyal jelenik meg az ellátandók között a pszichológiai és szocioemocionális problémákat mutató gyermekek és családjaik csoportja (European Agency for Development in Special Needs Education, 2010; House of Commons Science and Technology Committee, 2018). Az sem ritka, hogy a tehetséges gyermekeket vonják be a kora gyermekkori intervenciók 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). Megfogalmazódik a bevándorló csoportok gyermekeinek és családjainak nyújtott speciális támogatás szükségessége (Geddes, Haw, & Frank, 2010; Park & McHugh, 2014; Cycyk & Durán, 2019), továbbá előfordul az is – jellemzően a nordikus országokban –, hogy az elvált szülők gyermekeinek nagy számára tekintettel külön szolgáltatáscsomagot dolgoznak ki az érintett gyermekek és családjaik támogatására (Marlin & Simic, 2012).

Bizonyos megközelítések nem csak a szolgáltatásokra fókuszálnak, hanem mindazokra a tevékenységekre, amelyek befolyással lehetnek a gyermek fejlődésére, így például Kanadában mindazon politikák, programok és szolgáltatások összességét korai intervenciónak nevezik, amelyek a sérülékeny gyermekeket és családjukat támogatják a gyermek egészséges fejlődése érdekében a fogantatásától 6 vagy 7 éves korig (Underwood & 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, illetve a mentális, szociális és viselkedési problémák kialakulásának megelőzését – a pozitív fejlődés és az ellenálló-képesség erősítésével – is (Wise et al., 2005).

A kora gyermekkori intervenció megközelítése kapcsán a *prevenció* fontossága hangsúlyosan szerepel (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005, 2010). Általánosan elmondható, 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 hozzáférhet, nyitott bárki számára, azaz *univerzális* (ezt elsődleges megelőző programnak is hívják). Lehet célzott is, egy meghatározott szükségletű csoportra nézve. Szelektív célzott (más néven másodlagos prevenciós) programok, tevékenységek, amelyek azon gyermekekre vagy családokra fókuszálnak, akiknél magas a problémák kialakulásának kockázata. Azokat a programokat pedig, amelyek már felmerült problémák progressziójának megelőzését célozzák, *indikált célzott* kora gyermekkori intervenció vagy harmadlagos prevenciós programoknak nevezik

(Marlin & Simic, 2012; National Collaborating for Mental Health, 2013, Early Intervention Foundation, 2018).

Szoros összefüggésben a kora gyermekkori intervenció több helyen megfogalmazott céljával, szinte kivétel nélkül minden szakirodalomban a *gyermekre és a családra együttesen* irányuló szolgáltatásnyújtás fontossága kerül fókuszba. A *családközpontúság*, pontosabban a *családközpontú gyakorlat* (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016) széles körben kulcsfogalomként jelenik meg. Ez a megközelítés lehetővé teszi azt, hogy a gyermek kompetenciáira, az interakció családi mintáira és a családi erőforrásokra irányuljon a fókusz (Guralnick, 2011).

Finomabbra hangolják ezt a megközelítést az inklúziós szemléletet érvényre juttató megfogalmazások, amelyek szerint átfogó cél, hogy a szülők és más, a gyermek gondozásában résztvevő személyek olyan élményekkel és lehetőségekkel teli környezetet tudjanak biztosítani a gyermeknek, amely támogatja optimális fejlődését, jóllétét és részvételét a családi és a közösségi életben, a szociális kompetenciák megszerzésében és használatában (Dunst, 2007; Bruder, 2010; Moore, 2011, 2012, 2016; ECIA, 2016), és ezzel együtt segítse a szülők, a család jóllétének megteremtését (Dunst et al., 2006b). 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 rutintevékenységek keretében) biztosítsák azokat a lehetőségeket, ahol a gyermekek állapotmegismerése és tanulása sikeresebben végbemehet (Moore, 2005).

A családközpontú gyakorlat mellett tehát vezérmotívummá válik a *természetes tanulási környezet*, amely a gyermek mindennapi aktivitásainak helyszíne, és az ott megszerzett élmények, cselekvések nyújtják a tanulás forrását (Dunst & Raab, 2004). Bizonyos megközelítések szerint a kora gyermekkori intervenciónak a fogyatékos gyermekekre és családjaikra irányuló szolgáltatásokként való definiálása vitatható, mert kevés evidencia mutat arra, hogy a korai intervenció szolgáltatásalapú megközelítése hatékony lenne, sőt ez a megközelítés még negatív következményekkel is járhat (Moore, 2011, 2012, 2016). A kora gyermekkori intervenció tevékenység gyermek környezetébe való implementálása mellett a mindennapi tevékenységek keretében megvalósuló tanulási módok kell, hogy előtérbe kerüljenek, amelyeknek sokkal pozitívabb gyermek és családi kimenetelei azonosíthatók. (Dunst et al., 2005; Dunst et al., 2006a).

A szakmai közvélekedés a kora gyermekkori intervenciók rendszer, a szolgáltatásnyújtás alapjának a team-et tekinti, amelyben a szakemberek közötti, illetve a szakemberek és a családok, gyermekek, gondozók közötti munka gyökerezik (Carvalho et al., 2019). Így válnak az *interdiszciplináris team* és újabban a *transzdiszciplináris team*, valamint a kapcsolódó kifejezések, mint például *interdiszciplináris/transzdiszciplináris teammunka/team-szemlélet/együttműködés* kulcsfogalmakká (Baker & Feinfeld, 2003; ill. King et al., 2009; Moore, 2011, 2012, 2016), megalkotva a családközpontú gyakorlat, a természetes tanulási környezet mellett a kora gyermekkori intervenció harmadik legfontosabb dimenzióját.

Mindezek figyelembevételével tekinthetünk rá 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 konszenzuson alapuló, általános meghatározására, amely először 19, majd 26 európai ország gyakorlata alapján került leírásra. Ez az értelmezés *kora gyermekkori intervención a kisgyermekek és családjuk számára nyújtott szolgáltatások/ellátások 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.* Ugyanakkor hangsúlyozza annak fontosságát, hogy ezeket a tevékenységeket a gyermek természetes környezetében kell, hogy nyújtsák, lehetőleg helyi szinten, családorientált, interdiszciplináris teammegközelítéssel. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005, 2010)

2.3. Hazai megközelítés

2.3.1. Fogalmi tisztázás

Hasonlóan a nemzetközi színtérhez, Magyarországon sem egyértelmű a különböző terminológiák tartalma és használata. Az utóbbi években egyre elterjedtebbé vált a *kora gyermekkori intervenció* kifejezés, ám nem feltétlenül ugyanazt értik alatta a szakemberek. Ugyanakkor jelentése keveredik a *korai intervenció* és a *korai fejlesztés* fogalmaival. Előfordul, hogy ugyanarra a tevékenységre használják mindhárom kifejezést, de az is megesik, hogy a különböző ágazatok képviselői számára tartalmilag teljesen mást jelentenek. Bonyolítja a képet, hogy szociális, gyermekvédelmi területen a *kora gyermekkori fejlesztés*

szót használják a korai életévekben történő beavatkozásokra, illetve a korai fejlődést elősegítő programokra (Herczog, 2008b). Ugyanakkor elkülönítik a jelentését a korai fejlesztéstől (Herczog, 2008a), és elsősorban a hátrányos helyzetű, a halmozottan hátrányos helyzetű, illetve a valamilyen szociális kockázati háttérrel élő 0–5 éves gyermekeket és családjaikat tekintik célcsoportnak (Herczog, 2007; Surányi & Danis, 2009). Ezen a ponton érdemes elhatárolni a *kora gyermekkori (kisgyermekkori) nevelés (és gondozás)* fogalmát, amely napközbeni ellátás keretében segíti az iskoláskor előtti gyermekeket, különösen a hátrányos helyzetű gyermekeket 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 európai uniós ajánlásokról lásd bővebben: Lindeboom & Buiskool, 2013; Európai Bizottság, 2019).

A *gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás* (röviden korai fejlesztés és gondozás) fogalma elsősorban a közneveléshez kötődik, 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. Egyes szakemberek szerencsésebbnek tartják 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, 2006). Ugyanakkor az egészségügyben dolgozók a korai intervenció kifejezést többnyire az időben történő beavatkozásra használják (Kereki & Lannert, 2009).

A korai fejlesztés fogalma, bár az 1980-as évektől jelen van Magyarországon, hivatalosan 1993-ban került be a jogszabályba. Tartalmában nem volt egységes, jellemzően a születéstől 3-5 (6) éves korú, különböző fokban megkésett vagy eltérő fejlődésű gyermekekre irányuló gyógypedagógiai fejlesztői munkát és szociális tanulást értették alatta, amely a szülők bevonásával, a gyermek és a szülő igényeihez (sic! – inkább szükségleteihez) alkalmazkodva a szocializációt szolgáló mozzanatot hangsúlyozza (Lányiné Engelmayer, 1985; Kissné Haffner, 1998; Galgóczi et al., 2006; Csiky, 2006).

2005-ben egy szakértői munkacsoport a korai fejlesztés koncepcionális kialakítására tett javaslatában a korai fejlesztés fogalmának kora gyermekkori intervencióra való felcserélését javasolta, célcsoportként megjelölve a születéstől a tankötelezettség kezdetéig tartó életszakaszban lévő, eltérő fejlődésű kisgyermekeket és családjaikat (ICsSzEM, 2005). A javaslat mentén hazai szakemberek a kora gyermekkori intervenciót úgy értelmezték, mint a

0–5 (6) éves korú eltérő fejlődésű gyermekek tervszerűen felépített programját; 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).

Célcsoportként tehát egyértelműen a biológiai rizikóval élő, illetve a fejlődést akadályozó biológiai kondíciókkal bíró gyermekcsoportot (és családjaikat) célozza egy komplex ellátási formával. Végül ez a meghatározás nem változtatott azon, hogy a köznevelés továbbra is korai fejlesztésként azonosítja a pedagógiai szakszolgálatok által végzett tevékenységet, viszont tartalmát kitágította: *„A korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex koragyermekkorai 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.”* (15/2013. [II. 26.] EMMI rendeletet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § és 5. §)

Az említett, biológiailag érintett gyermekekre vonatkozó kora gyermekkorai intervenciók meghatározás határait a későbbi értelmezések feszegetni kezdték. Egyfelől a célcsoport bővítéséről indult el gondolkodás, és a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek, illetve a pszichés fejlődés szempontjából vulnerábilis gyermekek és családjaik ellátotti körbe való bevonása vált megfontolandóvá (Kereki, 2011; Danis, 2015), alapozva több korábbi, az adott csoportok szükségéletalapú ellátását előtérbe helyező kezdeményezésre (például Szilvási 2008, 2011; Németh, 2010; Hámori, 2010; Szvatkó, Horváth, & Marton, 2014). Másfelől a tevékenységek időbeli megjelenésének kitágítását ajánlották, először a fogantatástól, majd a pre-, illetve a perikoncepcionális szakasztól a gyermek tankötelezettségének megkezdéséig nyújtott ellátásokat, szolgáltatásokat sorolva ide (Kereki, 2012a; Kereki et al., 2014, Danis, 2015, Németh et al., 2015).

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, összetettebbé vált a meghatározás (Kereki, 2015a; Kereki & Szvatkó, 2015). Eszerint a kora gyermekkorai 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, 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 befolyását.

Ebben az értelemben a korai fejlesztés – amelyet gyakorlatilag tágabb értelemben használ a jogszabály és a szakmai közgondolkodás is, hiszen nem csak egyszerűen a funkció fejlesztését értik alatta, hanem sokkal inkább egy bio-pszicho-szociális látásmódú beavatkozási szolgáltatáscsomagot –, részét képezi a szélesebb értelemben vett, holisztikus megközelítésű kora gyermekkori intervenciónak, annak komplex rendszerébe integrálódva.

2.3.2. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai

A szolgáltatási rendszer megújítása és a szolgáltatástervezés szempontjából a fogalomértelmezés mellett lényeges szempont a célcsoportok meghatározása. A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció **prekoncepcionális szakaszában** a családtervezésre való felkészülés – a személyiségnevelés részeként – a gyermekkortól a serdülőkoron át a családtervezési szándék és a családtervezési gondozás iránti igény megjelenéséig tart (Rósa et al., 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 a 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 például a védőnői ellátás, a bölcsődei gondozás-nevelés vagy az óvodai nevelés, illetve célzottan több különböző, speciális támogatást igénylő csoportra fókuszálók (például a pedagógiai szakszolgálat releváns tevékenységei). Az eltérő szükségletek felől közelítve és a hazai ellátórendszerben megjelenő és jogszabály által is azonosított kategóriákat figyelembe véve rendszerezhetőek a csoportok. Ide sorolhatóak (1) a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintett: a fejlődési rizikóval született (például koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, illetve krónikus beteg, valamint a ritka beteg gyermekek; (2) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny; (3) a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH), valamint (4) a kiemelten tehetséges gyermekek és családjuk, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait alkotják. A teljeskörűség gondolata tehát tartalmazza a differenciált megközelítést is, amely ezeknek a gyermekcsoportoknak, illetve családjuknak különböző szükségletei felől ragadja meg a prevenciós, illetve intervenciós tevékenységek tartalmát (Kereki, 2011), és jogszabály által biztosítja az ellátásukat.

A célcsoportok azonosításánál szempontként merült fel a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztása, amely meghatározza azoknak a gyermekeknek a körét, akik plusz-szolgáltatásokra jogosultak. A jogszabály a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek két nagy csoportját különbözteti meg, a különleges bánásmódot igénylő, valamint a hátrányos helyzetű, illetve halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek csoportját. A különleges bánásmódot igénylő gyermekek közé tartoznak a sajátos nevelési igényű (SNI) gyermekek; a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő, valamint a kiemelten tehetséges gyermekek (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 13). Ugyanakkor a nemzetközi gyakorlatok ismerete és a hazai tapasztalatok is segítettek a főcsoportok kialakítását, amelyeket részletesebben az alábbiakban ismertetünk:

(1) A biológiai hátránnyal, illetve rizikóval élő gyermekek csoportjába tartoznak a fejlődési rizikóval született, megkésett, eltérő fejlődésű, fogyatékos, krónikus beteg, illetve ritka beteg gyermekek.

A *fejlődési rizikó miatt preventív ellátásra jogosultak* köre jelentős, esetükben azokat az előzetes jelzéseket tekinthetjük kockázati tényezőknek, amelyek valószínűleg a későbbi nemkívánatos fejlődési utak, elakadások oki hátterében állnak. A korai fejlődést veszélyeztető

biológiai meghatározottságú rizikótényezők közül az egyik leggyakoribb a koraszülöttség, amely későbbi fejlődési problémák megjelenésének forrása lehet.

A felismert vagy detektált problémák előfordulásakor a legkorábbi életszakaszba tartozó kisgyermeknél nem szívesen használjuk a fogyatékoság kifejezést. A 0–3 éves korosztály döntő többségének esetében az irányadó szakmai álláspont a fogyatékoságcsoporthoz való besorolást nem tartja szerencsésnek. A korai organikus sérülések inkább csak rizikótényezőkként azonosíthatóak, nem tudjuk, hogy a különböző állapotoknak milyen kimenetei várhatók a beavatkozások hatására. Az életkorszpecifikus incidenciaeltéréseket is figyelembe kell venni, hiszen bizonyos fogyatékoságok felismerése eltérő életkorokban valószínűsíthető (például ADHD, autizmus spektrum zavar, értelmi fogyatékoság) (Vekerdy-Nagy, 2008). Átlagtól *eltérő vagy megkésett fejlődésű* csoportokról beszélünk a motoros funkciók, a hallás-, látás-, beszéd-, a kognitív funkciók atipikus fejlődésének előfordulásakor, de az olyan állapotok, rendellenességek esetében is, amelyeknek következménye a fogyatékoság kialakulása, például a szindrómák, a központi idegrendszer rendellenességei.

Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának véleménye alapján a gyermek mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd-fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd, abban az esetben *sajátos nevelési igényűként* azonosítják (lásd 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §, 25). A sajátos nevelési igény nem diagnosztikus kategória, hanem egy gyűjtőfogalom, amely az érintett számára többletjogokat biztosít. Megjegyzendő, hogy a szakemberek egy része nem ért egyet az előbbi kategorizálással, így például a logopédia területéről kezdeményezések indultak el a beszéd-fogyatékos kifejezés megváltoztatására: ehelyett a beszéd-, és nyelvi zavarok gyűjtőfogalmat javasolják (Gereben F.-né et al., 2012).

További jogosultsági kategóriát képeznek a *krónikus beteg gyermekek* (és családjaik). A krónikus beteg gyermekek ellátása elsősorban az egészségügyi ágazathoz kötött, ám megkerülhetetlen az ellátásuk 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 élet évekből eredeztethetőek (WHO, 2005). A gyakoriság alapján elsősorban a kardiovaszkuláris megbetegedésekre, a daganatos betegségekre, a krónikus légzőszervi

megbetegedésekre és a diabéteszre irányul a fókusz (Busse et al., 2010; GYEMSZI, 2013). A WHO egy 2005-ös anyagában ide sorolja a mentális betegségeket, a hallás-, látássérülést, a genetikai rendellenességeket, stb. is (WHO, 2005). A később megjelenő anyagokban ez a kategorizálás nem egyértelmű, inkább a fogyatékosnak 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 (fogyatékoságok) az ellátás több szempontú megközelítését igénylik (Duarte et al., 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 fogyatékoságokról).

A krónikus beteg gyermekek egy része a *ritka betegséggel élő* gyermekek körébe tartozik. Európában egy betegség akkor tekinthető ritkának, ha 2000 lakosból kevesebb, mint egy esetben fordul elő (az USA-ban 1500-ból 1-nél kevesebb, Japánban 2500-ból 1-nél kevesebb előfordulást tekintenek ritkának; Song et al., 2012). Komoly, egyre súlyosbodó betegségek, egyes esetekben akut életet veszélyeztető kórállapotok jelennek itt meg. Többségük együtt jár valamilyen fogyatékosággal: a betegek életminőségét gyakran rontja az önállóságuk csökkenése vagy elvesztése (Pogány, 2019).

(2) A pszichés vagy pszichoszomatikus problémákkal küzdő, illetve a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny gyermekek és családjaik az ellátási szükséglet szempontjából külön csoportba sorolhatók, bár jelentős az átfedésük a többi célcsoporttal. Már a gyermekek legkorábbi életszakaszában előfordulhatnak olyan fejlődési elakadások, amelyeknek következménye többek között regulációs zavarok (a figyelem és megnyugvás zavarai, evészavarok, alvászavarok), majd később viselkedésszabályozási problémák (például agresszió, impulzivitás, túlzott visszahúzóds) vagy az érzelmi-hangulati élet területén megnyilvánuló rendellenességek (például kényszeres és kapcsolódó zavarok, depresszió, szorongásos zavarok) kialakulása. 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).

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, jellemzően nem is a korai életkorban manifesztálódnak. 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.).⁹ Őket nevelési tanácsadás vagy az óvodai nevelés keretében látják el. Egyébiránt a különböző jogosultsági csoportok esetében (SNI, BTM) a pszichés fejlődés sérülékenysége az alapp probléma 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 vet 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 tápláltsági állapot jelentik, a másik csoportot a környezeti rizikótényezők alkotják. Egy-egy rizikófaktor jelenlétéből nem feltétlen következnek hátrányos fejlődési kimenetek, a kockázati tényezők halmozódása nagyobb valószínűséggel vezet későbbi problémákhoz. A veszélyeztető körülmények befolyását védőfaktorok enyhíthetik, vagy akár ellensúlyozhatják a fejlődés egyes területein. 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

⁹ 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 lépés végrehajtásához, amelyhez elengedhetetlen a különböző szakmai csoportok közötti párbeszéd, a konszenzus megteremtése.

sérült voltában, a nem illeszkedő interakciókban stb. nyilvánulhat meg, amely a gyermek fejlődését kedvezőtlenül befolyásolhatja (F. Lassú et al., 2011). A protektív tényezők között tartjuk 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 kimenetel háttérében 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 & 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 családba fogadó gyám alacsony iskolai végzettsége; (2) a szülő vagy a családba fogadó 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 kitételek 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 veszélyeztetettség vagy fejlődési elmaradás formájában manifesztálódnak (Kereki, 2010a), 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 CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 14.). Protokoll alapján a gyermekek 3 éves kortól kapják meg ezt a szolgáltatást (Szecsődi & 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 nem csak a tehetségük kibontakoztatását szolgálja, hanem a gyermekkor megóvását, a személyiségfejlődés támogatását is. Ennek okából sokszor szorulnak a pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadásában dolgozó szakemberek segítségére.

3. A kora gyermekkori intervenció prioritása

A korai életszakaszra, illetve az ekkor zajló prevenció, intervenció 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 prevenció és intervenció szolgáltatásoknak. A korai életszakaszban nyújtott beavatkozások 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. Segítséget kapnak abban, hogy integrálódjanak a közösség életébe, megismerik saját jogait, és képessé válnak érdekeik hatékony képviselőire. (Bailey et al., 2006) Mindezeket 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 megfelelő szintekhez kapcsolódva a korai életszakaszban nyújtott támogatások garanciáját a nemzetközi egyezményeken, dokumentumokon (is) alapuló jogszabályi környezet nyújtja. A gyermekjogok ismerete, azoknak biztosítása szervesen hozzátartozik a kora gyermekkori intervenció kérdésköréhez, mint a méltányosság dimenzió egyik fontos érvényesülési pontja.

3.1. A korai életszakasz egyéni fejlődésben betöltött szerepe

A gyermekek fejlődését jelentősen meghatározzák a fennálló biológiai és környezeti tényezők, illetve ezek interakciói. A biológiai sérülések, a kedvezőtlen érzelmi, pszichés hatások, a hátrányos szociális helyzet, az optimális környezeti feltételek hiánya komoly rizikótényezők, amelyek hátrányosan érintik a fejlődésmenetet, és veszélyeztetik a hosszútávú egészséget. 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 hosszútávon veszélyeztetett.

3.1.1. Az idegrendszer fejlődése

Az 1980-as évek közepétől, a fejlődési kognitív idegtudomány kibontakozásával arra a kérdésre kezdték el keresni a választ, hogyan írható le az a kölcsönös kapcsolat, amely az agy fejlődése és a gyermek viselkedésének változása között feltételezhető, hogy 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 (például érzékelés, észlelés) a neurális fejlődéssel. E szerint az agy maga is a környezetéhez alkalmazkodó, komplex rendszer, szoros interakcióban van a környezeti inputtal, amely jelentős befolyást 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 késve zajlik, az hatással lehet más agyi területek fejlődésére is. Így például egy késve felismert hallási elmaradás a nyelvelsajátítás folyamatát, de más funkciók fejlődését is befolyásolhatja (Karmiloff-Smith, 1994, 1996).

Az agy struktúrájának teljes felépülése hosszú távú folyamat, amely a születést megelőzően elkezdődik és a felnőttkorig folytatódik. Az utóbbi évek kutatásainak eredményei egyértelműen igazolják, hogy az újszülöttek jóval többet tudnak a világról, mint amennyit korábban feltételeztek 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 & Kuhl, 2003; Király, 2011) 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 agy különböző területei folyamatosan átstrukturálódnak (Katona, 2001; Center on the Developing Child, 2015a), az új struktúrákhoz 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 et al., 2006). Ugyancsak jellemző az agy fejlődésére, hogy felépülésének léteznek *szenzitív szakaszai*, minden fontos képesség, készség elsajátíthatóságának megvannak a különösen alkalmas időszakai (Johnson, 2005). 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 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 & Nelson, 2001).

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, olyan fokú neuroplaszticitással rendelkezik, amely sokkal nagyobb 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

idéznek elő a sérülés kockázatát.¹⁰ 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 a rugalmasságát az egész élet folyamán megőrzi, ez a tulajdonsága mégis a korai fejlődés folyamán érvényesül leginkább (Hámori J., 2005), indokolva ezzel a korai prevenciós és intervenciós támogatások eredményesebb voltát.

3.1.2. A környezet fejlődésben betöltött szerepének különböző aspektusai

3.1.2.1. 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 (az agy olyan ingereket vár el, amelyek elérhetőek a faj minden egyede számára), másrészt a *tapasztalatfüggő plaszticitást*, amely az egyén számára sajátos és egyedi környezeti információk beépítését jelenti (Greenough, Black & Wallace, 1987). Tudományos kutatások bizonyították, hogy a szinaptikus hálózat kiépülése nagymértékben tapasztalatfüggő (Gallai & Vetier, 2011), amelynek értelmezésénél a prenatális időszak agyfejlődésre gyakorolt hatását is figyelembe kell vennünk. A tapasztalatalapú agyfejlődés már a méhen belül 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 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 függőséget okozó szerek vagy a korai és a

¹⁰ Példaként hozható fel erre a típusú plaszticitásra, hogy bizonyos körülmények között, például hipoxiás ischaemiás encephalopathia és epilepsziás encephalopathiás szindrómák esetén indukálja az agy sebezhetőségét. (Ismail et al., 2017)

későbbi gyermekévekben az abúzusból és az elhanyagolásból adódó krónikus stressz, a gondoskodó, szeretetteljes környezet hiánya vagy megszűnése, a változatos, önálló, aktív tapasztalatszerzés nélkülözése gátolja a megfelelő agyi struktúrák kiépülésének folyamatát. (Shonkoff & Phillips, 2000; Lakatos, 2011; Egyed, 2011; Kalmár, 2011; Ferenczi, 2011; Tóth, 2011; Danis & Kalmár 2011; Danis, Farkas & Oates, 2011)

3.1.2.2. 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 kihívásokkal való megküzdésre sarkallják a személyt. A *tolerálható vagy elviselhető stressz* a sokkal komolyabb, hosszabban tartó problémák esetén jelentkezik (például egy szeretett személy elvesztése vagy természeti katasztrófa). 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. (National Scientific Council on the Developing Child, 2014).

3.1.2.3. 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 folyamatos pszichés készenlét folyamatos fiziológias készenlégi állapottal és a

stresszhatások iránti fokozott fogékonysággal jár együtt. Az új agyi képző eljárásokkal végzett vizsgálatok és egyéb kísérletek kimutatták, hogy a gyermekkori bántalmazás a fejlődő agy neurális szerkezetében és működésében is maradandó károsodást okoz (Teicher, 2004). Ennek megfelelően mind a tanulási képességek fejlődése, mind az emlékezet működése, valamint a stresszre adott válaszok szabályozása veszélyeztetetté válik (National Scientific Council on the Developing Child, 2014).

Mivel ilyenkor a gyermek egy kiszámíthatatlan és potenciálisan fenyegető környezetben él, a bántalmazás elkerülésére azzal nyílnak esélye, ha képes észrevenni a szülő hangulati állapotának változását, és az első fenyegető jelre mozgósítja rendelkezésére álló eszközeit (Herman, 2003). Agyi elektromos aktivitást mérve a bántalmazott gyermekeknél fokozottabb érzékenységet és gyorsabb feldolgozást tapasztaltak a haragos arc bemutatása esetén (Pollak et al., 2009). A korai elhanyagolás vagy bántalmazás a gyermekeknél hosszú távon befolyásolhatja az érzelemszabályozást (az élettani folyamatok szintjén is) és a társas viselkedést (Lakatos, 2011).

A gyermekkorban elszenvedett traumák a későbbi egészségi állapotra is komoly hatással vannak. A testi, érzelmi, szexuális erőszak, illetve az elhanyagolás; a mentális beteg, alkoholisták, börtönben lévő, szerfüggő vagy öngyilkosságot elkövetett családtag, rokon jelenléte; az egyik vagy mindkét fél szerinti szülő hiánya önmagukban ritkán fordulnak elő. Előfordulásuk szorosan összefügg a leggyakoribb egészségkockázati magatartásformákkal, így az alkoholfogyasztással, dohányzással, drogfogyasztással, öngyilkossági kísérlettel, korán kezdett szexuális élettel, nem kívánt/tizenéves terhességgel. A felsoroltak közül minél többféle gyermekkori traumát él át a személy, annál magasabb esetében a szívkoszorúér-betegség, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a depresszió, a májbetegség, a nemi betegségek, az egészséggel összefüggő rossz életminőség kockázata, valamint annak esélye, hogy magzati korban elveszti gyermekét (Felitti et al., 1998; Felitti, 2001).

3.1.2.4. A kötődés és hiánya

Tudományos evidencia, hogy a korai tapasztalatoknak, a gondoskodó kapcsolatoknak, illetve a környezeti fenyegetéseknek erőteljes hatásuk van a fejlődésre, már a prenatális időszakból. 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. A korai fejlődéssel foglalkozó tudományok számára egyértelmű a *szülőség* (parenting)¹¹ és a rendszeres, gondoskodó kapcsolat fontossága (Shonkoff & 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, empátikus környezet. A kötődés az élet első hónapjaiban alakul ki, a gyermeket és anyát közel tartva egymáshoz. Szeparáció esetén nyugtalanságot okozva mindkettőjüknek. Az anya és csecsemő viselkedésének megfigyelése azt bizonyítja, hogy 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 (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* gyermekeknél a nem megfelelő anyai válaszkészség arra készteti a gyermeket, hogy elkendőzze érzelmeit. Az *ambivalensen kötődő gyermek* nem tekinti az anyát biztonságos háttérnek. Az ilyen anyákat a hétköznapiakban többnyire kiszámíthatatlan viselkedés jellemzi, nem a gyermek jelzéseinek megfelelően, hanem önmaguk belső állapotának függvényében reagálnak (Ainsworth et al., 1978). A negyedik kötődési mintát Main és Solomon adták a csoportosításhoz, bevezetve a *dezorganizált kötődés* fogalmát. Az ilyen kötődésű gyermekek számára az anya egyszerre a félelem és a megnyugvás forrása, és ez az ellentmondás vezet a kötődési rendszer széteséséhez. A dezorganizáltan kötődő gyermekek történetében gyakori a súlyos érzelmi elhanyagolás és a szülői bántalmazás (Main & Solomon, 1990).

¹¹ Az angolszász szakirodalom a szülők nevelési gyakorlatának összefoglaló kifejezésére használja a parenting fogalmat.

A kötődés kialakulása kezdetben automatikus, később az anya-gyermek kettőse alakítja a minőségét. A gyermek is szerepet játszik a kötődés minőségének kialakításánál, például a *temperamentum*ra vonatkozó vizsgálatok megerősítik 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. Ahhoz, hogy a gyermek az érzelmek kifejezésének, az önregulációnak a szabályozását, az automatikus érzelmi válaszok gátlását megtanulja és fejlődni tudjon, időben kapott megfelelő válaszokra van szüksége (Csóka, 2008). Az anya azon képessége, hogy gyorsan, adekvát módon, és megbízhatóan válaszol a gyermek jelzéseire, általánosan összefügg a gyermek értelmi fejlődésével is (Ribiczey, 2010).

Vannak azonban az optimálistól jelentősen eltérő szülői viselkedési formák, amelyek hatással vannak a csecsemő érzelmi szituációkra adott válaszára. Az egyik leggyakrabban előforduló eltérést az anyai depresszió jelenti. A szülés után kialakuló vagy az erre az időszakra is áthúzódó súlyos depresszió a csecsemők agystruktúrájában tartós károsodást idézhet elő (Center on the Developing Child, 2009), továbbá mind a csecsemő érzelmfeldolgozási folyamatait, mind pedig az anya saját érzelmi állapotainak szabályozását erőteljesen befolyásolja (Hédervári-Heller & 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, az komoly hatással lehet a fejlődésére, károsodhat a stresszkezelő központ, aminek következménye a reakciók szabályozásának nehézsége. A hosszú távú károsító hatás jelentkezhet depresszió, visszahúzódás, koncentrációzavar és egyéb pszichés zavarok formájában, de az optimálistól eltérő kognitív és nyelvi fejlődéshez, későbbi iskolai alulteljesítéshez is vezethet (Shonkoff & 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 jelentkehetnek problémák (Egyed, 2011; Neményi & Herczog, 2011).

3.1.2.5. 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 jelentősen befolyásolja a gyermek egészségét, viselkedését, szociális, érzelmi, kognitív és nyelvfejlődési funkcióinak fejlődését.

A gyermekkorban alacsonyabb szocioökonómiai státuszú személyek felnőttkori egészségkockázata sokkal nagyobb, mint a magasabb státuszúaké. Az egészség tekintetében már az intrauterin életben is azonosíthatóak az összefüggések. A hátrányos társadalmi-gazdasági körülmények között élők esetében magasabb százalékban fordulnak elő alacsony születési súllyal született gyermekek (Kertesi & Kézdi, 2012). Az alacsony születési súly jelezheti a méhen belüli alultápláltságot, amely összefüggésben van többek között a felnőttkori magas vérnyomással, elhízással, cukorbetegséggel (De Boo & Harding, 2006). A szociálisan hátrányos helyzetű környezet fokozza a felnőttkori vastagbélrák, a stroke, a szív-érrendszeri megbetegedés, illetve az ezek következtében bekövetkező halálozás kockázatát is (Næss, Claussen & Smith, 2004; Adler et al., 2007). Az összefüggés komplex hatások eredőjeként alakul ki, szerepet játszanak benne például a kedvezőtlen lakhatási feltételek, a gyenge minőségű nevelési, iskolai és természeti környezet, a rossz levegő- és vízminőség, a zsúfoltság, a kevés és gyenge minőségű élelem. Ezek a hatások a gyermekek pszichológiai magatartási, viselkedési és élettani fejlődésében is nyomot hagynak (Adler et al., 2007).

Az anya iskolázottsága önmagában is jelentős rizikó- vagy védőtényező. A legalacsonyabb iskolázottsági kategóriába tartozó anyáknak háromszor nagyobb eséllyel hal meg csecsemőkorban a kisbabájuk, és két és félszer nagyobb valószínűséggel hoznak világra kis súlyú újszülöttet, mint a felsőfokú végzettségű anyák (Kereki, 2010a). Gyermekeik nagyobb valószínűséggel vannak kitéve a fejlődési kockázatoknak, és kisebb eséllyel jutnak hozzá az intervenciók szolgáltatásához, mint a magasabb iskolázottságú anyák gyermekei (Kereki & Lannert, 2009b; Barros, Matijasevich & Santos, 2010). Csecsemőik kevesebb verbális stimulációban részesülnek, az anyák az első fél évben ritkábban reagálnak a gyermek szükségleteire, jelzéseire, vagyis kevésbé mutatkoznak válaszkészek (Leyendecker, Lamb & Schölmerich, 1997). Az anya magasabb iskolai végzettsége védőfaktoroként jelentkezik, hiszen pozitívan hat a gyermek értelmi fejlődésére és későbbi iskolai teljesítményére. Ez azoknak a gyermekeknek az esetében is igaz, akik magas kockázati rizikóval születtek (Wang, Wang & Huang, 2008). A középosztálybeli anyák többet beszélnek gyermekeikkel és kevésbé

irányítóak, ennek következtében gyermekeik nyelvfejlődése gyorsabb tempóban halad, és nagyobb a szókincsük, mint az alsóbb osztálybeli kortársaiké (Lukács & Kas, 2011).

A környezeti sajátosságok hatásának egy más szempontú megközelítése a *stimuláció* mértékére kérdez rá (HOME leltár)¹², és rávilágít arra, hogy a korai időszakban felmért otthoni környezet minősége jól alkalmazható a későbbi fejlődési szint előrejelzésére (Ribiczey, 2010). A stimuláció különböző aspektusai közül az aktív tevékenység ösztönzése, az érzelmi légkör, a fejlődést elősegítő tárgyak és élmények, valamint a családtagoknak a gyermek életében játszott részvétele tűnik az intellektuális fejlődésre ható legfontosabb tényezőknél (Kalmár & 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 a legmagasabb társadalmi státuszú gyermekek körében ugyanez az adat 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 & 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 (négy-öt 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 & Cannon, 2005; Csapó, 2007; Nagy, 2008; Ribiczey, 2010).

¹² 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 & Bradley, 2003).

3.1.3. A rizikó- és védőtényezők szerepe

A kora gyermekkori intervenció során a gyermeket, a családját, a szűkebb és tágabb szociális környezetét komplex rendszerként kezeljük (lásd Bronfenbrenner hunánökológiai modellje). Ebben a rendszerben a fejlődést befolyásoló tényezők kapcsán a rizikó- és védőfaktorok összjátékáról beszélünk. A nemzetközi szemléletben egyre inkább előtérbe kerül a védőtényezők szerepe, az erősségalapú megközelítés, amely elismeri a személy – és ezen továbblépve a család – értékeit és segítséget nyújt ahhoz, hogy ezek a működés fejlődését szolgálják. (Dunst, Trivette & Deal, 1994; Dunst, Hamby & 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 *reziliencia* eredményeként az figyelhető meg, hogy a fejlődés a rizikótényezők jelenléte ellenére megfelelő. A fejlődést befolyásoló rizikó- és védőfaktorok mellett ezek kulcsfogalomként jelennek meg a kora gyermekkori intervenció szemléletben és befolyással vannak az elméleti keretek kialakítására és a megvalósítási gyakorlatra egyaránt.

3.1.3.1. 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 jelenlévő 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. (Rutter, 1979) 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 elválásztás, 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, és kedvezőtlenül befolyásolja a mentális egészséget és az intelligenciát (Sameroff et al., 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 & 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 et al., 2005).

A rizikótényezők két nagy csoportján belül *proximális* (közeleli) tényezőket 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. Disztális tényezők közé sorolható például a szegénység, az alacsony iskolai végzettség, amelyek nem közvetlenül, hanem számos más folyamaton keresztül (például anya-gyermek interakció) fejtik ki hatásukat a fejlődésre. Bronfenbrenner (1994) szerint a proximális folyamatok hatása a fejlődésre sokkal erőteljesebb, mint annak a környezeti kontextusnak a hatása, amelyben ezek a folyamatok zajlanak. A szakirodalomban problématerületektől és célcsoporttól függően sokféle rizikócsoportosítás, található, amelyekre általában jellemző, hogy az individuális, családi és közösségi dimenziókat figyelembe veszik (Information Gateway, 2004; Engle et al., 2007, O'Connell, Boat & Warner, 2009; U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009; Sabates & Dex, 2012). Egy hazai munkacsoport javaslatot tett a rizikótényezők csoportosítására (Bass et al., 2014).¹³ (Lásd. 3–1. táblázat.)

¹³ A TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program kiemelt projekt keretében ez a rizikólista szolgált megalapozásul a védőnők által a várandóssági szakaszban, a gyermek újszülött korában, illetve a későbbiekben felmerülő probléma esetén használt rizikó kérdőívhez.

3–1. táblázat. Rizikótényezők

<p>1. Öröklött tényezők</p> <p>1.1. Örökletes betegségek a családban</p> <p>1.2. Az előző terhességek kimenetele (habituális vetélés)</p> <p>2. Biológiai, egészségügyi, fizikai tényezők</p> <p>2.1. Prenatális – teratogén – tényezők</p> <p>2.1.1 Fizikai ártalmak (sugárzás, hő, mechanikai hatás, UH)</p> <p>2.1.2 Kémiai ártalmak (alkohol, nikotin, vegyi anyagok, gyógyszerek, vitaminok hiánya)</p> <p>2.1.3 Biológiai ártalmak (baktériumok, vírusok, paraziták, magas vércukor)</p> <p>2.1.4 Anyai genetikai, metabolikus faktorok, mechanikai (intrauterin) ártalmak</p> <p>2.1.5 Anya tápláltsága, súlygyarapodása a várandósság alatt</p> <p>2.1.6 Asszisztált reprodukció</p> <p>2.2 Perinatális tényezők</p> <p>2.2.1 Szülés körülményei (például császármetszés, elhúzódozó szülés, oxigénhiány stb.)</p> <p>2.2.2 Koraszülés, alacsony születési súly</p> <p>2.2.3 Túlhordás</p> <p>2.2.4 Alacsony Apgar-érték</p> <p>2.3 Posztnatális tényezők</p> <p>2.3.1 A gyermek táplálása (ezen belül: anyatejes táplálás)</p> <p>2.3.2 Egészséges ivóvíz hiánya, környezetszennyezési állapot</p> <p>2.3.3 K, D vitamin, fluorid tableta</p> <p>3. Szociális tényezők</p> <p>3.1 Anyagi helyzet (tartós szegénység, munkanélküliség)</p> <p>3.2 Lakókörnyezet (szegregált lakókörnyezet, szomszédság, infrastruktúra)</p> <p>3.3 Lakáshelyzet (zsúfoltság, szubstandard lakás, gyakori költözés)</p> <p>3.4 Kulturális környezet (alacsony iskolázottság)</p> <p>3.5 Az otthoni környezet minősége (pl. játékszerek)</p> <p>3.6 Életmód (például higiénés szokások)</p> <p>3.7 Jelentős változás az életkörülményekben</p> <p>4. Pszichés tényezők (szülők, gyermek)</p> <p>4.1 Családtervezés (nem kívánt terhesség, abortusz gondolata, mesterséges megtermékenyítés stb.)</p> <p>4.2 Szülők közötti párkapcsolat (házastársi konfliktusok, szülők közötti erőszak)</p> <p>4.3 Családszerkezet (egyszülős család, válás, új párkapcsolat, 3 és több testvér)</p> <p>4.4 Szülő személyisége (például ingerlékenység, alacsony toleranciaszint, impulzivitás)</p> <p>4.5 Negatív szülői attitűd a gyermek felé</p> <p>4.6 Alacsony szülői kompetenciaérzés</p> <p>4.7 Szülők pszichés, mentális állapota (stressz, depresszió, szorongás, pszichés zavar) rizikó magatartásformák (alkohol-, drogfogyasztás, kriminalitás)</p> <p>4.8 Krónikus stressz a családban, stresszteli életesemények</p> <p>4.9 A gyermek „nehéz” temperamentuma</p> <p>4.10 A gyermek átlagtól való eltérése (a szülő nehezen kezelhetőnek tartja a gyereket)</p>	<p>5. Családi nevelés, gondozás, fejlesztés</p> <p>5.1 Szülő-gyermek kapcsolat, kötődési problémák</p> <p>5.2 Anya-gyermek interakció</p> <p>5.3 A szülői nevelés és bánásmód sajátosságai</p> <p>5.4 Dezorganizált családi környezet, „káosz a háztartásban”</p> <p>5.5 Gyermekbántalmazás</p> <p>6. Intézményi ellátás (hozzáférhetőség, igénybevétel, konfliktusok)</p> <p>6.1 Várandósság előtti gondozás</p> <p>6.2 Várandósgondozás</p> <p>6.3 Szülészeti ellátás</p> <p>6.4 Korai intenzív centrumok</p> <p>6.5 Szűrővizsgálatok, érzékszervi szűrések</p> <p>6.6 Védőnő, házi orvos, házi gyermekorvos</p> <p>6.7 Oltások (kötelezők és ajánlottak)</p> <p>6.8 Kórházi kezelés, sürgősségi ellátás, szakrendelés igénybevétele</p> <p>6.9 Bölcsőde, óvoda</p> <p>6.10 Intézményi ártalmak, bullying</p> <p>6.11 Rendszerbántalmazás</p> <p>6.12 Intézményekkel való együttműködési szándék, illetve diszkrimináció</p> <p>7. Egyéb tényezők</p> <p>7.1 Anya, apa életkora (korai gyermekvállalás, nagy korkülönbség a szülők között)</p> <p>7.2 Etnikai státusz</p> <p>7.3 Erőszak következtében létrejött terhesség</p> <p>7.4 Volt állami gondozott szülő, örökbefogadó szülő, nevelőszülő</p> <p>7.5 A szülő valamilyen szekta tagja</p> <p>7.6 Ikerszülés</p> <p>7.7 Korábbi gyermeki halálozás</p> <p>7.8 Traumatikusan események (PTSD kialakulásának veszélye)</p> <p>7.9 Életesemények (például kórházi tartózkodás, szeparáció a szülőtől, haláleset stb.)</p> <p>7.10 Izolált, támasz nélküli család</p> <p>7.11 Sérült, krónikus beteg testvér vagy családtag</p> <p>7.12 A tágabb családban előforduló pszichiátriai betegség, öngyilkosság</p>
---	--

Forrás: Bass et al., 2014, 8–10. alapján

3.1.3.2. A 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 kimenettel, de csak kifejezetten rizikós minta esetében rendelkeznek védőhatással, nem rizikós környezetben nincs kifejezett szerepük (például könnyű temperamentum) (Gutman, Sameroff & 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), mégis nem várt módon megfelelő fejlődést mutattak (Werner, 2000).

Garnezy az elsők között 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 (Garnezy, 1985b). 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; Garnezy, 1985a). Werner ugyancsak három szinten írja le 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 szociálisabbak, 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). A külső tényezők sorában megjelenik a gondoskodó család, az elfogadó kortárs csoport, a megfelelő iskola, a szomszédság, mint közösség, valamint a pénzügyi források, amelyek mind-mind jótékony hatással bírnak. Sameroff azt is hangsúlyozza, hogy a reziliencia helyzetfüggő, és időben is változik: senki nem reziliens mindig és mindenfajta rizikóval szemben (Sameroff, 2013).

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. Öt fő védőtényező képezi részét ennek a megközelítésnek: (1) a szülői reziliencia, (2) a szociális kapcsolatok, (3) a szülőségről és a gyermeki fejlődésről való tudás, (4) a szükséglet felmerülésekor időben nyújtott konkrét támogatás és (5) 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 (Department of Health & Human Services, 2013).

3.1.4. Az ellátásba kerülés körülményeinek hatása

A korai életszakasz egyéni fejlődésben betöltött szerepének ismerete abból a szempontból is meghatározó, hogy nem mindegy, milyen ellátórendszer épül ki a gyermek köré, mikor jut hozzá azokhoz a prevenciós, intervenciós ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz, amelyek egészséges fejlődése érdekében megilletik őt. 2010-2011-ben a Tárki-Tudok kutatóintézettel közösen végzett kutatás (Kereki, 2011) kapcsán 764 fő 0-6 éves életkorú, különböző ellátó intézményben terápiás, korai fejlesztő, rehabilitációs/rehabilitációs ellátásban részesülő gyermek bemeneti és kimeneti eredményeit vizsgáltuk meg. A cél többek között a gyermekek

állapotjavulását befolyásoló háttértényezők pontos hatásának statisztikai becslése volt. Eredetileg arra voltam kíváncsi, milyen tényezők azok, amelyek leginkább kapcsolatba hozhatók a gyermekek pozitív kimeneteivel, illetve ugyanerre a logikára építve, a különböző terápiás, fejlesztő eljárások közül melyek a hatásosabbak ugyanolyan kezdő állapotú gyermekek esetén. A vizsgálat alapja egy többváltozós, logisztikus regressziós becslés, melyeknek függő változója a gyermekek állapotjavulása, magyarázóváltozói pedig a gyermek állapotjavulását befolyásoló háttértényezők.

A kapott eredmények azt mutatták a *gyermekek állapotjavulására az intézménybe való bekerülési életkor, a bekerülési állapot, a kezdőterápia heti óraszám, illetve a terápiás folyamatban való szülői részvétel hat leginkább:*

- (1) Bár a gyakorlatban a szakemberek nap mint nap megtapasztalják, a kutatási adatok is egyértelműen mutatják, hogy minél korábban kerül be a gyermek az ellátásba, annál nagyobb az esélye az állapotjavulásra. Ha egy gyermek egy évvel később kerül ellátásba, mint hasonló állapotú társai, akkor szignifikánsan csökken az állapotjavulás esélye.
- (2) Ha a gyermek közepsúlyos¹⁴ állapotban kerül be az intézménybe, szignifikánsan kisebb esélye van az állapotjavulásra, mint enyhe állapotú társainak (az esély egy a háromhoz). A súlyosan és halmozottan sérült gyermekeknél ez a hatás még erősebb, csak egy a tízhez az esélyük a javulásra enyhe állapotú társaikhoz képest.
- (3) Minél magasabb a kezdő terápiás folyamatban a gyermek (illetve családja) ellátására fordított heti óraszám, annál valószínűbb, hogy a gyermek állapota javul.
- (4) Annak a gyermeknek, akinek a szülei az egész folyamat során részt vettek a terápiás foglalkozásokon, jelentősen nagyobb lesz az esélye az állapotjavulásra, mint akinél legfeljebb egy terápiás szakaszban vettek részt a szülők. (Kereki, 2011) Ez utóbbi eredmény megerősíti annak a szemléleti megközelítésnek a létjogosultságát, amely a családközpontúságot, illetve a szülő és terapeuta együttműködését hangsúlyozza a kora gyermekkori intervencióban.

Az adatok alapján arra vonatkozóan nem lehetett választ kapni, hogy a terápiák egymáshoz képest mennyire hatásosak.

¹⁴A vizsgálatban használt kategóriák alkalmazása nem pontos definíció mentén történt, a válaszadók saját nyilvántartásuk alapján sorolták be a gyermekeket a súlyossági kategóriákba. Az állapot önvéleményezése is hasznos, szignifikánsan összefügg a vizsgálati, diagnosztikai eredményekkel.

3.2. Társadalmi hasznosság

3.2.1. Longitudinális vizsgálatok és eredményeik

3.2.1.1. Kutatási eredmények Amerikában

Az Amerikai Egyesült Államokban az 1960-as években számos kora gyermekkori intervenciós program indult azzal a céllal, hogy ellensúlyozza a korai életévekben jelentkező különböző stresszokozó tényezőket, 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 értékelték azoknak a programoknak a hatásait, amelyek a legjobban megvalósított vizsgálati konstrukcióknak bizonyultak. 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 nem csak a gyermekre, hanem a szülőkre is irányult. Hatásosabb volt a program, ha intenzívebben végezték, illetve, ha az intézményben, ahol zajlott, egy fő ellátó személyzetre kevesebb gyermek jutott. A hatásvizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy a beavatkozások célcsoportját képező gyermekcsoportokban – például az iskolai sikerességet vagy a későbbiekben biztos családi háttérrel rendelkezők arányát tekintve – hosszútávon kedvezőbb kimenetek voltak azonosíthatók, mint a kontrollcsoport esetében. A tudományos kutatások igazolták, hogy a kora gyermekkori beavatkozások pozitívan hatnak a résztvevő gyermekek és családok életére. Bebizonyosodott, hogy a korai hatások ugyan a kogníció vagy az iskolai eredmény tekintetében idővel fakulhatnak, ám hosszantartó nyereségek lehetnek a tanulmányi előrehaladásban, a munkaerőpiaci kimenetelekben, a szociális függőség¹⁵ csökkenésében és a proszociális viselkedésekben. A résztvevő gyermekek szülei szintén nyertek a kora gyermekkori intervenciós programokból, különösen 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

¹⁵ Például mennyire szorul rá a személy a szociális segélyre.

viszonyítva, teljesen nem szüntetik meg a bevont hátrányos helyzetű gyermekek lemaradását a nagyobb előnnyel rendelkező kortársaikhoz képest (Karoly, Kilburn & Cannon, 2005).

A két legismertebb programról, az *Abecedarian* és a *Perry Preschool* programról Heckman és Masterov részletes összefoglalást adnak 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 hosszútávon 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 & Masterov, 2007).

A *Perry Preschool* program egy 1962 és 1967 között zajló kísérleti program volt, melyben 3–4 éves, hátrányos helyzetű, afroamerikai gyermekek és szüleik vettek részt, heti két alkalommal, 30 héten keresztül. A programba bekerülő gyermekekről 3–11 éves koruk között évente folyt adatgyűjtés, majd 14, 15, 19, 27 és 40 és 50 éves korukban végeztek velük újra adatfelvételeket. Az eredmények azt mutatták, hogy a program hatására az abban résztvevő gyermekek az iskolai sikeresség tekintetében jócskán felülmúlták a kontrollcsoportba 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 & Masterov, 2007).

A *The Child-Parent Center (CPC) Program* 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 háttérű gyermek eredményével hasonlították össze, akik szintén részt vettek az iskola-előkészítő programban, de egyéb támogatásban nem részesültek. Az eredmények egybeesnek 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 résztvevők 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, Reynolds & Temple, 2001).

Az előzőekben említettekén 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 többek között a nyelvi fejlődésre, a korai írástudásra, a matematikai és a finommotoros készségekre terjedtek ki. Az eredmények szerint a nyelvi képességek és a finommozgás terén a lányok ebben az életszakaszban is felülmúlták a fiúkat. A korai írástudástereszteken 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 et al., 2007).

3.2.1.2. Európai vizsgálatok

Európában jóval kevesebb kutatási forrás áll rendelkezésre, mint az Egyesült Államokban. Az európai országok közül Nagy-Britannia az egyik, ahol nagyobb léptékű longitudinális vizsgálatok zajlanak. Ezek közül a leghosszabb ideje zajló, a *National Child Development Study* (NCDS), amely az 1958. március 3. és 9. között született korcsoport 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). Többek között olyan részeredményeket is kimutatott a vizsgálat, hogy a várandósság alatt dohányzó anyák esetében a perinatális halálozás 30%-kal magasabb, mint a nemdohányzó anyák esetében (Elliott & 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 et al., 2012) vagy a gyermekkori trauma, a bántalmazás és a korai halálozás rizikójának összefüggéseivel (Rivas, 2013).

Hasonlóan nagyszabású vizsgálat a *1970 British Cohort Study* (BCS70) és a *Millennium Cohort Study* (MCS), mindkettő a születéstől vállalkozott az életút nyomon követésére. A *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). Születtek a koraszülött populációra vonatkozó eredmények is, amelyek szerint a körükben nagyobb eséllyel előforduló gyengébb kognitív képességek (különös tekintettel a matematikai képességekre) a személyek későbbi anyagi helyzetére is hatással vannak (Basten et al., 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 & Dex, 2012), illetve megállapították, hogy a tartós szegénységben élő gyermekeknek szignifikánsan alacsonyabbak a kognitív teszteken elért eredményei (Dickerson & 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 et al., 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 & 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 fogyatékoság, 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 állapítottak meg náluk (összesen 65%-uknál), mintegy negyedük nőtt fel súlyos fogyatékosággal, a többieknél közepesen súlyos fogyatékoságot állapítottak meg. A leggyakoribb probléma ebben a korosztályban a tanulási és koncentráció képességgel 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 életésélyei, életminősége (Marlow et al., 2006).

3.2.1.3. 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 követte nyomon 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 volt (Kertesi & Kézdi 2008, 2010; Hajdu, Kertesi & Kézdi, 2014, 2015).

Hazánkban jellemzőbb, hogy a korai élet évektől kezdődő longitudinális vizsgálatok az egészségügy területéről indulnak ki, és jellemzően különféle rizikócsoportok fejlődésének utánkövetését végzik. Elsősorban a koraszülöttekre, illetve kis súlyú újszülöttekre irányuló kutatásokat emeljük ki, amelyeknek alapvető célja a biológiai és az erre ráépülő környezeti tényezők komplex összjátéka mentén az érintett újszülöttek pszichés fejlődési sajátosságainak feltárása és összefüggések keresése a kiindulási rizikóállapot és a későbbi megkésett, eltérő fejlődés, 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 dekoncentrátságot és a percepció zavarokat. E sajátos problémák gyakorisága és súlyossága fordított kapcsolatban áll a születési súllyal és a gesztációs hetek számával (Csiky at al., 1981; Csiky, 1994, 2006b). A szocioökonómiai státusznak, illetve az anya iskolai végzettségének meghatározó szerepe van a koraszülött gyermekek kognitív és nyelvi funkcióinak alakulásában (Kalmár & Csiky, 1994; Beke, 2000; Kalmár, 2002). A követéses vizsgálatok erőteljes összefüggést találtak a HOME leltár és a koraszülött gyermekek intelligenciaszintje között, megállapították, hogy a stimulációnak jelentős szerepe van az intellektuális fejlődésben (Kalmár & Boronkai, 2001). A koraszülöttség fejlődésre gyakorolt kedvezőtlen hatása az élet első hat évében több vizsgált életkorban tetten érhető, a koraszülött gyermekek intelligenciahányadosa 7 éves koruk után átlagosan valamivel alacsonyabb (5–15 ponttal) időre született kortársaikhoz képest (Kalmár, 2007). Pszichomotoros fejlődésük jellemzően az enyhén megkésett övezetbe sorolható, ugyanakkor életkorfüggő, hogy van-e, illetve milyen mértékű az időre születettekhez képesti lemaradás (Ribiczey & Kalmár, 2009). A koraszülött gyermekeknél megfigyelt teljesítményingadozás, amely a pszichomotoros fejlődés és a mentális fejlődés terén is megfigyelhető, és életkoronként hullámzóan jelentkezik, a „mozgó rizikó” (Gordon & Jens, 1988) jelenségének tulajdonítható. Ez a jelenség is indokolja a koraszülött gyermekek interdiszciplináris team által megvalósított nyomon követését, az utógondozói hálózat rendszerbe emelését és egységes protokoll alapján való működtetését.

A gyakoribb előfordulású, alacsony rizikójú koraszülött gyermekekre vonatkozó vizsgálatnak is figyelemfelkeltő az eredménye. Ezeknek a koraszülött gyermekeknek a viszonylagos lemaradása az időre születettekhez képest egészen iskolakezdésig megmutatkozik (Ribiczey & Kalmár, 2009). Ez felhívja a figyelmet annak fontosságára, hogy a kevésbé súlyos rizikóval

született koraszülött csecsemőknek is szükségük van intervenció, fejlesztő programokban való részvételre, mely segíthet relatív hátrányuk leküzdésében.

A legújabb nagy volumenű longitudinális vizsgálat egy születési kohorszvizsgálat, amely 2018. január 1-jén indult a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetben és a 2018-ban született gyermekek nyomonkövetését végzi.

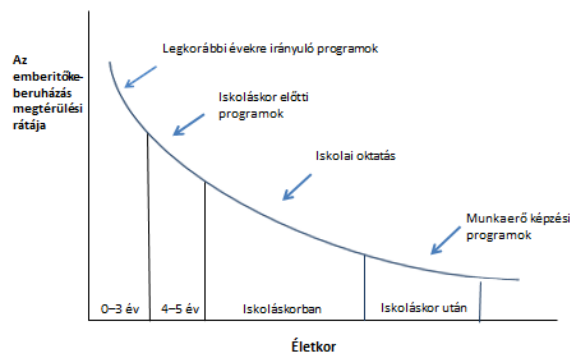
3.2.2. Költség-haszon elemzések, a befektetések megtérülése

Amellett, hogy a kora gyermekkori intervenció elősegíti a gyermek és a család társadalmi integrációját, a hosszútávú gazdasági hasznosság szempontjából is kiemelkedő jelentőségű. 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). A kijelentés árnyaltabb megfogalmazását adta, amikor 2010-ben az Amerikai Egyesült Államokban a tervezett költségvetési reform keretében a költségvetési kiadások csökkentésének lehetőségeit vizsgálták: *„A bizonyítékok teljesen világosan mutatják, hogy humán képességek fejlődésében tapasztalt egyenlőtlenség minden szinten olyan negatív társadalmi és gazdasági hatással jár, amit csak a kora gyermekkori nevelésbe történő befektetéssel tudunk, illetve kell tudnunk megelőzni, különösen igaz ez a hátrányos helyzetű gyermekek és családjuk esetében.”* (Heckman, 2011, 31) Nem a korai életszakaszra irányuló kiadásokat kell tehát csökkenteni, hanem inkább befektetni kell, és majd ez fogja jelentősen és tartósan csökkenteni a későbbi kiadásokat (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 prevenció 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 (Heckman, 2000; Heckman & Krueger, 2003; Grunewald & Rolnick, 2004). Azok a költség-haszon elemzések, amelyek a korábban említett amerikai 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

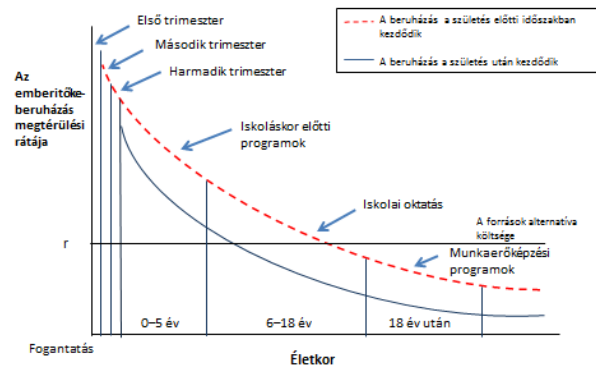
beruházások megtérülési rátái magasabbak, mint az iskoláskor utáni beruházásoké. Később ez a megállapítás differenciálódott, és részletesebb életkor szerinti bontást alkalmaztak, 0–3 és 4–5 éves életkorra tagolva az iskolai oktatásba kerülés előtti életszakaszt (Heckman, 2008a, 2008b). (Lásd 3-1. ábra) Mindez a várandósság szakaszára kivetíthető, hipotetikusán megközelítve, ha a befektetés már a születés előtt kezdődik, akkor annak megtérülési rátája magasabb, mint a születés után megkezdett beavatkozásoké (Doyle et al., 2009). (Lásd 3-2. ábra)

3-1. 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 J.

3-2. ábra. Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a fogantatástól számított különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számolva



Forrás: Doyle és mtsai, 2009, 3. alapján készítette Kereki J.

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 hasznok 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 & Cannon, 2005). (Lásd 3-2. táblázat.)

James Heckman 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 et al., 2010). Nagyon valószínű, hogy sok más kora gyermekkori program is hasonlóan hatékony.

3–2. táblázat. A programokhoz kapcsolódó költség-haszon elemzés eredményei

Programok	A követésben résztvevő populáció kora (év)	A program egy gyermekre jutó bruttó összköltsége (\$)	Az egy gyermekre jutó bruttó haszon társadalmi szinten (\$)	Az egy gyermekre jutó nettó haszon társadalmi szinten (\$)	Haszonköltség 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 J.

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 és az iskolai kiegészítő fejlesztő, korrekciós szolgáltatások elmaradt költségét. Minden befektetett dollár 7 dollár hasznot eredményezett (Mann et al., 2001). A programba bevont személyek 26 éves korban megismételt vizsgálatánál az egyes befektetett dollárok hasznát már 10,8 dollárra becsülték (Reynolds et al., 2011).

Heckman a gazdaságpolitikai döntéshozók számára komoly üzenetet fogalmazott meg. A Heckman-egyenletnek hívott összefüggés szerint három dolog együttes biztosításával, beruházással, fejlesztéssel és fenntartással érhető el a társadalom számára, hogy a jövőben fejlődésre, változásra, új dolgokra 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. Másodsor: a korai időszakban, a gyermekek megszületésétől ötéves korukig gondoskodni kell a kognitív és a szociális készségeik fejlesztéséről. Harmadsor: szükséges, hogy a felnőttkorig tartó hatékony oktatás fenntartsa a korai években megvalósult fejlesztés hatását (Heckman, 2008a, 2008b; The Heckman Equation Project, 2013).

3.3. A kora gyermekkor kiemelt szerepe gyermekjogi megközelítésből

3.3.1. Gyermekjogok a nemzetközi dokumentumokban

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének 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 & Németh, 2013). A gyermekek biztonságos és egészséges életkezdetének támogatása, az időben nyújtott prevenció, intervenció, tevékenységek fontossága és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának kötelezettsége több nemzetközi szervezet dokumentumában 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 (League of Nations, 1924). Ez a dokumentum elsőként ajánlja a gyermeki jogok különleges védelmének szükségességét.

Később az *Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata* (The Universal Declaration of Human Rights) –, bár elfogadásakor nem rendelkezett jogi kötelező erővel az államokra nézve –

meghatározta a gyermekek jogainak védelmére irányuló nemzetközi együttműködés irányát, elismerve, hogy a gyermekkor (és ezzel együtt az anyaság) kivételes támogatottságot igényel.

„Az anyaság és a gyermekkor különleges segítséghez és támogatáshoz adnak jogot...”
(ENSZ, 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. A Nyilatkozat kimondja, hogy 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, méltó körülményeket biztosítva számára:

„A gyermek élvezzi 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.

A fizikailag, szellemileg vagy társadalmilag hátrányos helyzetben levő gyermeknek a helyzete által megkívánt különleges kezelést, oktatást és gondoskodást kell biztosítani.”
(ENSZ , 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 gyermekek¹⁶ jólléte érdekében biztosítani kell. 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); (2) az *ellátás, gondozás* (provision) és a (3) *részvétel* (participation) témái mentén csoportosíthatóak.

¹⁶ 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)

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.” (ENSZ, 1989, 19. cikk, 1. pont)

Az ellátás, gondozás körébe a gyermekek alapvető létszükségleteinek biztosítása tartozik, amely az egészséges testi és lelki fejlődésükhöz szükséges, például a megfelelő táplálék, 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 fogyatékos gyermek 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:

„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.” (ENSZ, 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.” (ENSZ, 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 hozzájárás 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.”
(ENSZ, 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 megfontolás alapján kell engedélyezni.” (ENSZ, 1989, 26. cikk, 1., 2. pontjai)

A részvétel keretében az egyezmény biztosítani kívánja többek között a gyermekek számára 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 fogyatékosokkal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai) c. 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 fogyatékoságot okozó tényezők.” (United Nations, 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, és a speciális nevelési szükségletű kisgyermek állapotfelmérése és ösztönzése. A hat éves 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. Ezeknek a programoknak fel kell ismerniük a befogadás elvét és átfogó módon kell kidolgozniuk az iskola előtti tevékenységek és a kora gyermekkori egészségügyi ellátás ötvözetét.” (UNESCO, 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* (Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény; United Nations, 2006). Az Egyezmény és a hozzá kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv Magyarországon a 2007. évi XCII. törvénnyel került kihirdetésre (2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről). A nemzetközi dokumentumban a résztvevő országok vállalják, hogy hatékony intézkedéseket tesznek a fogyatékos személyekkel kapcsolatos tudatosság társadalmi szinten történő növelése érdekében, a kisgyermek esetében is. A célt szolgáló intézkedések között szerepel:

„A fogyatékosággal élő személyek jogait tiszteletben tartó magatartásforma tudatosításának támogatása az oktatás minden szintjén, ideértve az egészen kiskorú gyermekeket is.” (United Nations, 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 fogyatékoságuk miatt szükséges egészségügyi szolgáltatásokat, beleértve az állapot korai felismerését és – szükség esetén – a beavatkozást, valamint a további fogyatékoságok 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”
(United Nations, 2006, 25. cikk, b. és c.)

„...és biztosítják a fogyatékoságból fakadó szükségletekhez kapcsolódó megfelelő és megfizethető szolgáltatásokhoz, eszközökhöz és más segítségnyújtáshoz való hozzáférést.”
(United Nations, 2006, 28. cikk, 2. pont, a.)¹⁷

3.3.2. Gyermekeket érintő jogok a hazai törvényalkotásban

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

Az 1993-ban elfogadott *Fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének szabályai* c. dokumentum felhasználásával készült Magyarországon az *1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról*, amelynek egyetlen paragrafus tartalmaz a korai ellátásra vonatkozó kitétel:

„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)

¹⁷ A *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* szövegének magyar nyelvű fordítása a 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről c. dokumentumban néhol nincs összhangban a fogyatékoságról vallott korszerű gyógypedagógiai szemlélettel (pl. a fogyatékoságot betegségként aposztrofálja állapot helyett), ezért az eredeti dokumentumot használtam – a szerző.

„A kiskorú fogyatékos személyt megilleti az a jog, hogy fejlesztése késelem nélkül megkezdődjön, amint fogyatékoságát megállapították.” (1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. § [3] bekezdés)¹⁸

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 (gyermek)orvosi szolgáltatáshoz, szakszolgálati ellátáshoz) való egyenlő esélyű hozzáféréseinek biztosítására vonatkozóan is tartalmaz külön kitélt:

„A fogyatékos személy számára – figyelembe véve a különböző fogyatékosági 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*, amely a prevenció és a szűrés, 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 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 után¹⁹ a 2012-ben elfogadott Magyarország Alaptörvénye szintén tartalmazza azokat az alapvető jogokat, amelyek a hátrányos megkülönböztetés tilalma mellett

¹⁸ Az 1998-as törvényre alapozva került be az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat célkitűzései közé a kora gyermekkori intervenció jogi és finanszírozási rendszerének szabályozására vonatkozó célkitűzés, vagyis az egészségügyi, szociális és oktatási rendszerekben a fogyatékos kisgyermekellátását biztosító intézmények és szolgáltatások ellátórendszerének felülvizsgálata, és az állami források célzottabbá tételével a rendszer fejlesztése (10/2006. [II. 16.] OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról).

¹⁹ Az 1949. évi XX. törvény a Magyar Népköztársaság Alkotmányának 1989-es módosítása után (amikor már Magyar Köztársaság Alkotmányáról beszéltünk) 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 családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges.*

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, Szabadság és Felelősség, XVI. cikk [1]) *„Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.”* (Alaptörvény, Szabadság és Felelősség, XXI. cikk [1])

A fenti jogok biztosítása a kisgyermekes családok esetében különös jelentőséggel bír, hiszen a gondoskodó, az 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 szolgáltatásokat igénybevételeit vagy közvetítését biztosítja, meghatározza a veszélyeztetettség megelőzésével, felismerésével és kezelésével kapcsolatos feladatokat. Helyettesítő védelmet biztosít azoknak a gyermekeknek, akik hatósági intézkedések következtében kerültek 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 nyújtsanak a gyermekek törvényben foglalt jogainak és érdekeinek érvényesítéséhez, a szülői köteleességek 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. A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzete

A világ különböző országaiban a kora gyermekkori intervenció értelmezése, tartalma, helye a kormányzati elképzelések között, a működés szabályozása, finanszírozása, illetve az intézményrendszer szerveződése nagyon eltérő formákat ölt. A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzetének megismerését az olyan világszervezetek, mint a UNICEF (UNICEF, 2010, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2016, 2018, 2019a, 2019b; Grojec et al., 2017; UNICEF et al., 2018, UNICEF & WHO, 2019; Drohan & Faustini, 2019), a WHO (WHO, 2008, 2010a, 2012b, 2012c, 2014, 2015a, 2015b, 2018), az OECD (OECD, 2001, 2006, 2012, 2015, 2017, 2018) forrásai mellett a kora gyermekkori intervenciót fókuszba állító nemzetközi szervezet, az *International Society on Early Intervention* anyagai (Odom et al., 2003; Guralnick, 2005, 2011; Underwood & Frankel, 2012; Guralnick & Bruder, 2016; Bruder et al. 2019) vagy a kora gyermekkori szolgáltatások minőségének emelését célként megfogalmazó *International Step by Step Association* tevékenységeinek összefoglalói (például Trikić, 2012; Paladiy, 2013; Ionescu, 2016; SEED Project Consortium, 2019) segítik.

Európában két jelentős szervezet emelhető ki, amely a kora gyermekkori intervenció ügye mellett elköteleződve a különböző országok rendszereinek megismerését, áttekintését, a közös teendők megfogalmazását tűzte 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),²⁰ a másik pedig a *The European Association on Early Childhood Intervention* (Eurlaid, 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 (Bartolo, 2016; Kyriazopoulou et al, 2017; Bellour, 2017). 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 mikéntjét. A jelentések esszenciái összefoglaló anyagok formájában megjelentek (EADSNE, 2005, 2010, magyarul: Európai Ügynökség, 2005, 2010).

²⁰Korábban 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 (EURLY AID, 1993; De Moor és mtsai, 1993; Carpenter, Schloesser és Egerton, 2009; Pretis, 2011; Eurlyaid, 2012; De Moor, 2012; EURLY AID, 2015, Carvalho et al., 2019, Dobrova-Krol et al, 2019). Az Európai Bizottság több nemzetközi konzorciumban megvalósuló projektet támogat, amelyek a kora gyermekkori intervenció helyzetét térképezik fel a különböző országokban (European Commission, 2012; 2013; European Commission et al., 2014a, 2014b; Frazer, 2016). Ezentúl a nemzetközi gyakorlatok leginkább több országot megmozgató projektek tapasztalatainak összefoglalásaként kerülnek nyilvánosságra (Pretis, 2010a, 2010c; Kainz, 2016).

A világ számos országában (gondoljunk elsősorban az afrikai fejlődő országokra) a kora gyermekkori intervenció fejletlen, kiaknázatlan, nincs jogszabályi háttere, az ellátás éppen csak szerveződben van (Chamera, 2012), illetve elterjesztése a tradicionális kulturális és vallási szokásokból fakadóan rendkívül nehézkes. Így például Etiópiában, ahol a helyi, varázslókba vagy gyógyítókba fektetett bizalmat nehéz fölülírni (Teferra, 2003), bár az utóbbi években a kormány egyre nagyobb figyelmet szentel a korai életkort célzó ellátások kapacitásbővítésének (WHO Regional Office for Africa, 2019). Vagy Egyiptomban, ahol a társadalmi előítéletek következtében az eltérő fejlődésű vagy fogyatékos gyermek miatt érzett szégyen a szülők részéről a gyermek elutasításával, illetve az intervenció tevékenység megtagadásával járhat (Khouzam, Chenouda & Naguib, 2003). Vannak azonban olyan fejlődő gazdasággal rendelkező országok, mint például India, ahol eléggé előrehaladott a kora gyermekkori intervenció megszervezése, bár az ellátó intézmények hatékonysága még kétségtelenül problémás (Kaul et al. 2003; Lakhan, 2013). A szintén dinamikusan fejlődő Kínában és az átmenetet képező Dél-Koreában, sok más fejlett 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 intervenció ellátásokat nem támogatják közpénzből (Hsia, McCabe és Li, 2003; Lee 2003; Zheng, 2013). Máshol (például Brazíliában, Jamaicában) nagy előrelépéseket tettek a speciális támogatást igénylő kisgyermekek és családjuk támogatása érdekében, fókuszba állítva a családi

erőforrások kiaknázását, illetve az otthonalapú ellátást (Lumpkin & Aranha, 2003; Thorburn, 2003; The Minister of State in the Ministry of Education, Youth & Information, 2017). Pozitívan értékelhető, hogy akadnak olyan országok is, ahol a közelmúltban élénk aktivitással kezdtek foglalkozni a kora gyermekkori intervenció témájával, és nemzeti akciótervet, illetve stratégiát dolgoztak ki a továbblépés érdekében (például Palesztina, Grúzia) (State of Palestina, 2017; Ionescu & Paul, 2019).

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 intervenciók modellek közötti különbségeket.

4.1. Szabályozási jellemzők

4.1.1. 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 intervenciók 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 (fogyatékoság), illetve akiknek a diagnosztizált fizikai, mentális kondíciói nagy valószínűséggel járnak fejlődési késéssel (fogyatékosággal) (IDEA, 2004). A törvény elég tágan fogalmazza meg a fejlődési késés (developmental delay) fogalmát, a különböző államok maguk döntenek 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, 2018). 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).

4.1.2. Európai gyakorlatok

Az európai országokban szinte sehol sem homogén a kora gyermekkori intervenciós rendszer, jellemzően ágazati szabályozás érvényesül. Tipikusan 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 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).

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 tanköteles 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 intervenció ellátást, ha felmért problémája van. A veszélyeztetettség ténye azonban önmagában nem garantálja a kora gyermekkori intervenció 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 fogyatékoság 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.²¹

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 intervenció terv elkészítésébe, továbbfejlesztésébe és

²¹ Dunne, S., a Jonix Korai Fejlesztő Központ (Dublin, Írország) oktatási igazgatója szóbeli közlése alapján. 2010. 09. 15. Az interjú készítette: McGrath, G.

végrehajtásába. A jogszabályok tartalmazzák a szülők folyamatban való részvételének és egyetértésének fontosságát (például Dánia, Írország) vagy a kora gyermekkori intervenciók 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, Egyesült Királyság [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).

4.2. Finanszírozás

4.2.1. 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,²² azóta is rendszeresen végeznek összehasonlító elemzéseket a téma kapcsán, *Starting Strong* sorozattal publikálva (OECD, 2001, 2006, 2012, 2015, 2017). 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 tapasztalatai 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; 2017).

Érdekes áttekinteni a kora gyermekkori ellátás közgazdasági összefüggéseit is. A kora gyermekkori intervenció – akárcsak a közoktatás vagy a közegészségügy nagy része – egyben gazdasági tevékenység is, mely különféle piaci kudarcok miatt nem képes önállóan működni a piacon. Ez indokoltá teszi az állami beavatkozást szabályozás formájában és a finanszírozás terén egyaránt. A legfőbb piaci kudarc, hogy a korai ellátás externális hatásait²³ a szolgáltatás

²²Tizenkét 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.

²³*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 kudarcoként értelmezhető, és az állam

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 árban²⁴ 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 & Krashinsky, 2003). Az externália miatt azonban világos, hogy a jól megkonstruált társadalmi ösztönzők még inkább segíthetnek 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 mind rövid, mind hosszú távon. Ezeket a többletköltségeket ugyancsak nem veszik figyelembe a szülők a korai ellátással kapcsolatos döntéseik során (Cleveland & Krashinsky, 2003).

Piaci kudarcnak számít a korai intervenció terén az a méretgazdaságossági probléma is, hogy a fejlesztendő gyermekek aránya egy kohorszon belül igen kicsi, ráadásul az 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 & Krashinsky, 2003). A nagy méretű intézmények működtetése azonban földrajzi korlátokba ütközik, mely a keresleti és a kínálati oldalon is gondot okoz.

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 & Hirshleifer, 2009.)

²⁴A rezervációs ár közgazdasági fogalom, azt a legmagasabb árat jelenti, amelyet egy fogyasztó még éppen hajlandó kifizetni egy adott termékért vagy szolgáltatásért.

Az államnak – a piaci kudarcok felszámolása terén – abban van felelőssége, hogy (1) tájékoztatást nyújtson a szülőknek a korai ellátás jelentőségével kapcsolatban; (2) fiskális és nem fiskális támogatás révén segítse, illetve ösztönözze a szülőket, hogy a szolgáltatást a társadalmilag optimális mértékben (és minőségben) vegyék igénybe; végül (3) fiskális és nem fiskális eszközökkel segítse az intézményeket, hogy képesek legyenek rugalmasan alkalmazkodni a változó keresleti igényekhez, és 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).

4.2.2. 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 keresletoldali- és kínálatoldali finanszírozási rendszereket. 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 (EASNIE, 2018g).

A másik megoldás, a kínálatoldali finanszírozás lehet normatív alapon működő és nem normatív alapú, ún. közvetlen szolgáltatásfinanszírozás. A *kínálatoldali normatív támogatás* 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. 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 Írországból 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 (EASNIE, 2018d).

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).

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 nincs semmilyen ösztönző hatás az igénybevételre, illetve a hatékony működésre. (Sandiford et al., 2005) 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 – a piaci mechanizmusokra alapoznak, 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 & Krashinsky, 2003).

4.3. 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 & Weisner 2007; Coulthard, 2009). Ezzel összefüggésben 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 segítség helyett a gyermek és a család erősségeinek és erőforrásainak támogatására helyeződött a hangsúly (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000). Elmozdulás történt a fragmentált szolgáltatásoktól a családoknak nyújtott holisztikus megközelítésű, egységes integrált szolgáltatások felé (Kaufmann & Hepburn, 2007; Guralnick, 2008). A korábban jellemző multidiszciplináris teamműködéstől az interdiszciplináris teammunkán keresztül a transzdiszciplináris megközelítésű teamtevékenység vált követendővé (Carpenter, 2000; Baker & Feinfield, 2003; Rapport, McWilliam & Smith, 2004; Moore, 2004; Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005; King et al.,

2009; Moore, 2011, 2012, 2016). A szegregált alapú szolgáltatási formát az inkluzív, közösségi alapú szolgáltatás (Guralnick, 2001; McNaughton, 2006), a hagyományokon alapuló szolgáltatásnyújtást az evidencia alapokon működő ellátás váltja fel (Dunst, 2007, Guralnick, 2008). A célzott ellátások helyett a természetes tanulási környezet gondolata kerül egyre inkább előtérbe (Dunst & Raab, 2004; Dunst et al., 2005; Dunst et al., 2006a; Moore, 2011, 2012, 2016, ECIA, 2016). 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 fiatal 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 sok évtizedes tapasztalattal rendelkeznek. Kora gyermekkori intervenció 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; 2010).

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 kisgyermek és családjai 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 családjai 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 meglévő 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, Egyesült Királyság [Anglia], Finnország, Hollandia, Németország, Norvégia, Spanyolország, Svájc vagy Svédország). Más országokban azonban a centralizált és a decentralizált rendszert kombinálva alkalmazzák úgy, hogy a felelőségeket és a feladatokat igyekeznek megfelelő módon elosztani az egyes szintek között (lásd például Észtország, Franciaország, Görögország, Írország, Lettország, Litvánia vagy Málta). Általános törekvés, 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 Commission, 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 háttérüktől. Az egyes családoknak a szolgáltatásokért alapvetően nem kell fizetniük (például Írországban vagy 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 az Egyesült Királyságban [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 3–3. táblázat).

3–3. táblázat. A különböző szektorok által nyújtott legfontosabb szolgáltatási formák

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

beleegyeznek, „a családdal és a családban dolgoznak”. Igény szerint természetesen egyéb nevelési intézményekben is végeznek munkát (napközök, 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 (észak-európai, délnyugat-európai, német nyelvű, angol nyelvű 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.

4.3.1. Észak-európai országok

Az észak-európai 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 folyik. Ehelyett, amennyire lehetséges, integráltan próbálják a kora gyermekkori intervencióban érintett gyermekeket a szociális és oktatási ellátórendszer főáramában tartani, kortársaik között. A bölcsődei/óvodai (pre-school) 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 segítyt.) A jól kiépített kora-, illetve kisgyermekkori intézményhálózat a kora gyermekkori intervenció funkcióinak ellátására is alkalmas. Ezekben az országokban már 1-2 éves koruktól intézményes ellátásba kerül 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 kiterjeszhető. 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 ezekben az országokban önkormányzati feladat, amit több település együttesen is elláthat (Karlsson & Almqvist, 2004; Almqvist, 2009; Luttrupp, Norling & Balton, 2007; Ingemarsson, 2004; Helgevold, 2009; Lau, 2004; Svendsen, 2009; Heinämäki & Lindqvist, 2004; Heinämäki, 2009).

4.3.1.1. 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 a medikális vonal volt erősebb, napjainkban egyre fontosabbnak tartják a szociális és az oktatási perspektívákat. A megyei és községi önkormányzatoknak relatív szabad kezük adnak abban, hogyan szervezzék az ellátást (Karlsson & Almqvist, 2004; Almqvist, 2009; EASNIE, 2018e).

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,²⁵ 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 gyermekükkel 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

²⁵A gyermekegészségügyi szolgáltatás céljait 1981-ben deklarálta a Svéd Egészségügyi és Jóléti Nemzeti Bizottság, amely a gyermekkori mortalitás, morbiditás és fogyatékoság csökkentését, a szülőkre és gyermekekre ható káros befolyások csökkentését, a szülőknél a szülői szerepük kiteljesítéséhez való támogatását és aktivizálását tűzte ki célul a gyermek számára nyújtott pozitív életkörülmények kialakításában (Almqvist, 2009).

időközönként protokollban meghatározott vizsgálattal felméri a gyermek fejlődési szintjét. A gyermekegészségügyi szolgálat pszichológust, logopédust is alkalmaz. Amennyiben az intézmény szakemberei eltérő, megkésett fejlődést sejtnek, 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 rehabilitáció célja, 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, egyedi fejlesztési tervet alakít ki, illetve az érintettek intézményi ellátásának megszervezésében vesz részt, terápiás ellátást csak ritkább esetben nyújt. A szülőknek lehetőségük van más utat választani, és a már említett rehabilitációs központokba vinni a gyermeküket. 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 az érintettek 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 (Luttrupp, Norling & 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 a veszélyeztetett hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok. 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. Szükség esetén rövid periódusokra átmeneti otthonok biztosíthatnak ellátást a gyermekeknek. 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).

4.3.1.2. 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; EASNE, 2018b).

Norvégiában szinte minden 1-2 éves gyermek bölcsődébe jár. Az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek prioritást élveznek a bölcsődei felvételnél, így 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 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 gyermekrehabilitációs 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)

4.3.1.3. 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 intervenciók szolgáltatásainak 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 intervenciók szolgáltatásait

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; EASNIE, 2018g).

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 újszülöttsztyálaról 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 intervenciók ellátás, terápiák megkezdésére. A teamek 1–6 (8) évesek gondozását végzik. Valamennyi ellátási forma holisztikus megközelítésű, kiemelten fontos a szakemberek és a család közötti szoros együttműködés. Rendszeres találkozókat biztosítanak a szakemberek és a családok között, a szülőket bevonják az értékelési folyamatokba, a döntéshozatalba, az egyéni terv összeállításába és végrehajtásába, folyamatosan informálják 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 szűrőpróbaszerű ellenőrzés is előfordul. A helyi önkormányzat koordinátora segít a családnak a tevékenységek összehangolásában. Preferálják a lakóhely közelében való ellátások kialakítását, biztosítását. A helyben nem biztosítható szolgáltatást megvásárolják a régiós központtól, és ha a családnak feltétlenül utaznia kell, az utazási költséget megtéríti az állam, amit havidíjként kapnak meg a szülők. (Svendsen, 2009; EADSNE, 2010)

4.3.1.4. Finnország

Finnországban hasonlóan az előzőekben ismertetett országokhoz, az kora gyermekkori intervenció nem önálló, elkülönült rendszer, hanem a fő egészségügyi ellátásba integráltan működik. Ide tartoznak a várandós- és gyermekegészségügyi, alap- és speciális egészségügyi szolgáltatások, a szociális és kora gyermekkori gondozási-nevelési szolgáltatások. Ezek minden gyermek és család számára elérhetőek. Az ágazatok között jó a koordináció, ami minden prevenció 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 & Lindqvist, 2004; Heinämäki, 2009; EASNIE, 2018i).

A prevenció munkát a szüléseteken és a gyermekklinikákon végzik, ahol a családok rendszeresen találkoznak orvosokkal és nővérekkel. A várandósság alatt 11-15 vizit zajlik le, a családtervezési program és a prenatális egészségmonitorozás kiemelt fontosságúak. 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 (konzultánsok és speciális pedagógusok 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 intervenció 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 közeli centrumokba, a speciális szolgáltatásokat nagyobb területekre szervezik. A legkiterjedtebb

szolgáltatást a *Suomen Varhaiskasvatus ry* (Finn Kora Gyermekekori Nevelés Intézménye) nyújtja. A napközbeni ellátást biztosító intézményekben 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 finn rendszerben 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).

4.3.2. Délnyugat-európa

Az országcsoport (Spanyolország, Portugália) közös jellemzője, hogy az intézményrendszer működési elveit és a finanszírozás kérdéseit csak jó egy évtizede foglalták jogszabályba. Ilyen értelemben tehát a kora gyermekekori intervenció az állami ellátórendszerek közül még nagyon fiatalnak számít. Ennek ellenére (vagy éppen ezért) ezekben 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.

4.3.2.1. 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 gyermekekori intervenció intézményes keretei. Az 1980-as évek végén a kormány kötelezettséget vállalt a kora gyermekekori intervenciók szolgáltatások biztosítására, kialakult a szektorok közötti koordináció és az állami, valamint a magánszervezetek közötti együttműködés. Az oktatási, egészségügyi és szociális szektor közös felelősséget vállalt a megyei intervenciók központok, valamint a kerületek és a minisztériumok közötti koordinációs csoportok kialakítására. 1999-ben kizárólag a kora gyermekekori intervencióra vonatkozó törvényi rendelkezés született, amely a 0–6 (kiemelten a 0–3) éves 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, működtetni (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010; EASNIE, 2018c).

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 a 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. Az ellátásban fontos szerepet játszik a szülők számára fejlesztett „kiszállítási modell”, amely az otthonközpontú modellt és a szülővel kialakított partneri viszonyt hirdeti. Feladatai: a célok megtervezése és egyéni fejlesztési módszerek alkalmazása; az erőforrások rendszeres szervezése, a szolgáltatók közötti interdiszciplináris együttműködés kialakítása; belső képzési modell és a családlátogatások keretén belüli felügyelet. A korábbi párhuzamos, töredékes és monodiszciplináris fejlesztés (elszigetelt terápia) helyett előtérbe került az interdiszciplináris teammunka, az integrált, szervezetek közötti együttműködés, a részvétel és a családközpontú gyakorlat, amely a családot tekinti az intervenció munka legkisebb egységének (Boavida & Carvalho, 2003; Felguerias & Breia, 2004; EADSNE, 2005; Breia, 2009; Boavida et al., 2009).

4.3.2.2. 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, 2018d). 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 biopszichoszociális 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 (Grupo de Atención Temprana, 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 (Grupo de Atención Temprana, 2005).

A spanyol egészségügyben a gyermekek védelme a várandósság alatti rizikófaktorok felismerésével és a szülésre felkészítő tanfolyammal 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 preventív 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 et al., 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 regionális önkormányzatokhoz tartozó szociális szolgáltató hálózat szervezi meg a hozzáférést, amelynek feladata az eltérő fejlődés, fogyatékoság felmérése és a támogatások megállapítása. Valamennyi szolgáltatás díjmentes. A gyermekek szociális védelméről a kerületi gyermekvédelmi csoportok gondoskodnak. (Ponte Mittelbrunn, 2004; Veerman, 2009; Guitez, 2010a; Guitez, 2010b)

4.3.3. 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.

4.3.3.1. 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 változatosak. A finanszírozás legfőbb csatornái a helyi hatóságok (tartományi oktatási minisztériumok, tartományi szociális minisztériumok), az egészségbiztosítás és – német sajátosságként – az alapítványok, valamint különböző adománygyűjtő, jótékonyági szervezetek. Az ellátások ingyenesek (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010; EASNIE, 2018h). 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, és a szociálisan

hátrányos helyzetű gyermekek (Peterander, 2009). A kora gyermekkori intervenció területén a preventív intézkedésekre és az interdiszciplináris együttműködésekre egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek (EASNIE, 2018h).

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 kontrollpontra 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 intervenció központba vagy a szociálpediátriai intézetbe,²⁶ amelyek kiterjedt intézményhálózatba szerveződve látják el a gyermekeket, családokat. Egyetlen családnak sem kell 10 kilométernél messzebbre utaznia a legközelebbi kora gyermekkori intervenció 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 intervenció 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 a diagnosztikus vizsgálatokat csak a szociálpediátriai intézetek és a kora gyermekkori intervenció központok 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 állapotra, 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

²⁶A szociálpediátriai intézmények a gyermekegészségügyi központok egy típusát képezik, ahol olyan kórképekkel foglalkoznak, amelyeknek háttérében súlyos szociális problémák húzódnak meg.

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 & De Camargo, 2009; Sohns, Hartung & 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. 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 teammegbeszélés, amelyre elkülönített költségvetés áll rendelkezésre. 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 anyagok állnak a szülők rendelkezésére, amelyek bemutatják a tipikus fejlődésmentet, segítséget nyújtanak a szülőknek abban, hogy milyen elmaradások esetén kell jelezniük a gyermekorvosnak. Tekintettel a bevándorlók megjelenésére, akik nehezen vagy egyáltalán nem beszélnek 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 & Gnau, 2011).

4.3.3.2. 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 az eltérő, megkésett fejlődésű, illetve fejlődési kockázatnak kitett, valamint a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek számára nyújtanak. 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 bevándorló, valamint a szülők mentális állapota miatt veszélyeztetett, 0–6 éves gyermekek (Pretis, 2009a; EASNIE, 2018a).

Ausztriában a kora gyermekkori intervenció fókuszában az áll, hogy a csecsemő első néhány hónapjában kiderüljön, hogy szüksége van-e valamilyen beavatkozásra, vagy sem. A korai ellátás különösen hangsúlyos része, hogy az ellátásra szoruló gyermek családjá a lehető legtöbb segítséget megkapja – legyen szó orvosi, pszichológiai vagy pedagógiai támogatásról. A kora gyermekkori intervenció alapja tehát a kórházak (szülészetek), a gyermekorvosok, a házi orvosok 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 intervenció első állomása, az egészségügyi törvényeknek megfelelő protokollok szerint történik. A gyermekgondozási díj feltétele, hogy az anya a várandósság folyamán legalább öt, majd a gyermek 14 hónapos koráig további öt vizsgálaton részt vegyen (oesterreich.gv.at, 2020). A pre-, peri- vagy posztnatális történések szempontjából veszélyeztetett gyermekek esetében az *Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde* (Osztrák Gyermek- és Ifjúságégeszségügyi Társaság) ajánlást készített az érintett gyermekek fejlődésneurológiai követésére (*Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde*, 2008). Az első években a gyermekorvosi vizsgálatokra helyezik a hangsúlyt, bár egyes szerzők szerint a házi orvosi 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 fejlesztő központokba (Pretis, 2009a).

Ausztriában három intézménytípusban nyújtanak szolgáltatásokat: (1) általános kora gyermekkori intervenciós központokban (mozgásos, kognitív és érzelmi zavarokkal küzdő gyermekek számára), amelyek születéstől 3 vagy 7 éves korig fogadják a gyermekeket és családjaikat; (2) a látás- és hallássérültek korai központjaiban, ahová születéstől 7 éves korig érkehetnek a gyermekek; (3) klinikai központokban, amelyekből 4 található az országban, és minden életkorú ellátottat fogadnak. A kora gyermekkori intervenciós központokat mind az egészségügy, mind a szociális ágazat irányából el lehet érni, általában civil szervezetek fenntarása alatt állnak, 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. 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 család integráns részeként a gyermek. Az ellátás és a családokra vonatkozó intézkedések, támogatási formák célja az, hogy a sérült, eltérő fejlődésű vagy fejlődési elmaradással küzdő gyermek a lehető legnagyobb önállósággal tudja élni életét. (Pretis, 2004, 2005, 2009a, 2009b, 2010b, 2010c; EADSNE, 2005, 2010).

A korai ellátó központok mellett más szereplők is bekapcsolódnak az ellátásba, így a házi orvos, 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, valamint egy sor magán szolgáltató is rendelkezésre áll a családok támogatására. Ugyan mindhárom szektorban nyújtanak szolgáltatásokat az érintett gyermekek 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 családok jövedelmi helyzetétől függően (Pretis, 2004, 2005, 2009a, 2009b, 2010b, 2010c).

4.3.4. Angol nyelvű országok

4.3.4.1. Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyságban 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. (Campbell, 2004) A 0–5 év közötti gyermekekre vonatkozó fejlődési szttenderdek felállítását az *Early Years Foundation Stage* (korai évek megalapozását célzó program) végzi el, iránymutatást adva a kisgyermekkel foglalkozó szakembereknek, hogy mikor szükséges a gyermeket továbbirányítani (Andrews, 2009; EASNIE, 2018f). 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, illetve, 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. A brit 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

(például Portage-modell²⁷), a szülői edukációnak, illetve a terápiáknak, rehabilitációs eljárásoknak (Robertson & Messenger, 2010a).

Az Early Support nemzeti program a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásainak fejlesztését támogatja, aktívan segíti a családok és a velük dolgozó csapatok együttműködését. A szülői partnerségre építenek, rendszeres találkozókat, tréningeket szerveznek, segítik a szülőket a gyermeküket 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 et al., 2014). 2009-ben már 11 ezer család élvezte a program előnyeit, a szülői visszajelzések alapján a kulcsszemélyek rendszere jól működött, koordinált és folyamatos szolgáltatást, jobb információkat kaptak (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 intervenciók központokban törekedjenek a stabil interdiszciplináris csapatok kialakítására (EADSNE, 2005; Carpenter és Russel, 2005). Az eltérő fejlődésű gyermekek fejlesztésével, terápiás ellátásával foglalkozó helyi szolgáltatók stratégiai felelős menedzsereinek kötelessége biztosítani, hogy az ellátás a gyermek „természetes” környezetében történjen, családközpontú és integrált szolgáltatás keretében. 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. *ágazatközi utalási panel*, amely összehangolja a három ágazat szakembereinek munkáját. Ezek a panelek biztosítják a szülők és a különböző szektorszolgáltatók közötti jó kapcsolatot (Andrews, 2009).

²⁷A Portage-modell egy utazótanári 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 intervenciók célok és stratégiák minden gyermekre és családjukra vonatkozó individualizálását, az anyagi háttérük, prioritásaik és problémáik alapján.

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).

4.3.4.2. 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* (Fogyatékoságügyi törvény) alapján a vizsgálaton átesett gyermek és családja számára egy ún. *service statement*-et (ellátási dokumentumot) állítanak össze, amelyben az értékelő vizsgálatok alapján azonosítják a gyermek és családjának a szükségleteit, és ez alapján összefoglalják, hogy 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, mennyi a szolgáltatások nyújtásának költsége és kapacitásigénye. A közszolgáltatás keretében a fogyatékos személyek részére nyújtott szolgáltatásokkal (*disability service*) párhuzamosan léteznek magánellátók, intervenció 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; EASNE, 2018j).

A különböző országcsoporthoz tartozók gyakorlata eltérő filozófiák mentén szerveződik, de az összes ország vonatkozásában azonosítható néhány olyan tényező, amely mindegyikükre jellemző, tudatos stratégiai elv. Mindenhol a család áll az ellátás fókuszában, törekszenek arra, hogy a gyermekek minél hamarabb bekerüljenek az ellátásba és lakóhelyükhöz minél közelebb megkapják azt. A szolgáltatások ingyenesek, esetleg alacsony térítési díj mellett vehetőek igénybe, mindenki számára hozzáférhetőek, és változatosak, hogy minél inkább illeszthetőek legyenek a felmerülő szükségletekhez. Az interdiszciplináris team jelenléte alapvető feltétel, a családdal közösen alakítják ki az ellátási tervet és folyamatosan együttműködve dolgoznak annak megvalósításán.

5. Hazai szabályozási és finanszírozási környezet

5.1. A kora gyermekkori intervenciós rendszer az ágazati szabályozás tükrében²⁸

Magyarországon a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorú gyermekek és családjaik ellátása a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan elsősorban három ágazat, az egészségügyi, az oktatási (köznevelési) és a szociális szektor munkamegosztásában zajlik. Érintett még a család- és ifjúságügy, a társadalmi felzárkózásért, valamint az európai uniós fejlesztésekért felelős terület. A három kiemelt ágazat 2010 óta az Emberi Erőforrások Minisztériumának irányítása alá tartozik, a társadalmi felzárkózásért felelős terület 2019-ben a Belügyminisztériumhoz került át. A kora gyermekkori intervenciót érintő ágazati elkülönítettséget a 2015-ös kormányhatározat igyekszik feloldani, amely az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedéseket tartalmazza, és megfogalmazza az egységes szabályozási, finanszírozási rendszer kialakításának szükségességét.²⁹

A kora gyermekkori intervencióban érintett gyermekcsoportok és családjaik ellátását egyfelől ágazati alaptörvények és végrehajtási rendeleteik szabályozzák, másrészt számos további törvény és miniszteri vagy kormányrendelet. Legfontosabb ágazati törvények és rendeleteik:

- 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;
- 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.

²⁸ A jogszabályok a 2020. január 1-i állapotot tükrözik.

²⁹ 1246/2015. (IV. 23.) Kormányhatározat az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről.

Mindemellett az egészségügy területén az egészségügyi ellátás minőségét, hatékonyságát és eredményességét célzó szakmai irányelvek segítik az ellátók munkáját.³⁰ A szociális területen jellemzően standardok, a köznevelés területén protokollok vannak érvényben.³¹

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 jobbra 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 szinten 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, és az egyes ágazatokon belüli, valamint az ágazatok közötti továbbküldési, jelzési utakat.

A hazai kora gyermekkori intervenció intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézményeket, valamint ezek képviselőit, amelyek (akik) a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a gyermekekkel, illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek (Kereki, 2011). Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, a felismerés, szűrés, jelzés folyamatához, az állapotmegismerés, diagnosztika szakaszához, valamint az ellátások, szolgáltatások, juttatások rendszeréhez kapcsolódik. A kora gyermekkori intervenció legfontosabb szereplői közé tartoznak a gyermekek és családjaik, akik nem csak résztvevői a folyamatoknak, de aktív formálói is. A továbbiakban a hazai jogszabályok áttekintése alapján mutatjuk be a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket, illetve szakembereket, a korai életkorra vonatkozó tevékenységekre fókuszálva (Az intézmények illetve szakemberek listájáról készült összesített táblázatot lásd az 1. mellékletben.)

³⁰ Az egészségügyben külön jogszabály szabályozza az irányelvek kidolgozásának és közzétételének folyamatát: lásd 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól.

³¹ Ez utóbbi területen a pedagógiai szakszolgálatokra vonatkozó protokollok formai, tartalmi egységesítésére 2014–2015-ben került sor (Torda és Nagyné Réz, 2015). 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).

5.1.1. Egészségügyi ellátások rendszere

5.1.1.1. Gyógykezelés céljából igénybevett egészségügyi ellátások

Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. Részei az alapellátás, a szakellátás, ezen belül a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás, valamint az egyéb egészségügyi ellátási formák.³² Mindezen ellátások jellemzően térítésmentesek, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által finanszírozottak.

Az *egészségügyi alapellátásról* külön törvény, a 2015. évi CXXIII. törvény rendelkezik, megerősítve az ellátási forma fontosságát. Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.³³ Az egészségügyi alapellátás körében beszélünk a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, valamint az iskola-egészségügyi ellátásról.³⁴ Azokon a területeken, ahol házi gyermekorvos nem található, a vegyes praxisú háziorvosok látják el a gyermekeket. A védőnői szolgáltatáson belül megkülönböztetünk területi védőnőket, iskolai védőnőket, kórházi védőnőket. A szakmai felügyeletet megyei, járási szintű vezető védőnők látják el.

Az *általános járóbeteg-szakellátás* keretében a szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás zajlik, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy az egyén jelentkezése alapján történik³⁵ (ilyen például a gyermekneurológiai, a gyermekszemészeti, az audiológiai, a gyermekpszichiátriai szakrendelés). A *speciális járóbeteg-szakellátás* speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igénylő ellátás³⁶ (például a speciális gyermekszemészeti járóbeteg szakrendelés/szakambulancia koraszülött gyermekek ellátására).

A *fekvőbeteg-szakellátás* a beteg lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a

³² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 87. §.

³³ 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 1. §.

³⁴ Uo. 5. §

³⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 89. § (1).

³⁶ Uo. 90.§. (1), (2).

kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy kezdeményezése alapján történik. A beteg folyamatos benttartózkodása mellett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást végez.³⁷ Ilyen ellátás zajlik pl. a perinatális (neonatólis) intenzív centrumokban, az újszülött- vagy csecsemőosztályokon, a gyermekhabilitációs/rehabilitációs osztályokon, intézményekben. Az általános ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttér, illetve a speciális fekvőbeteg-szakellátás biztosítása is szükséges (például gyermekreumatológia, immunológia, ritka csontbetegségek szakambulancia).³⁸ A fekvőbeteg ellátásban megjelenik a kórházi védőnői szerepkör is, munkája elsősorban az újszülött-, illetve csecsemőosztályhoz kötött, de közreműködik a gyógyintézet és az alapellátás közötti kapcsolat kialakításában.³⁹

A törvényben meghatározott *egyéb egészségügyi ellátások* körébe tartozik az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, az egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások, a hospice ellátás, a rehabilitáció, az orvostechikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem-konvencionális eljárások, valamint az egyéb gyógyászati ellátások.⁴⁰

5.1.1.2. 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.⁴¹

Az egészségügyi jogszabályokban megjelenő szemlélet sajátossága, hogy az ellátásról a prekonceptcionális, illetve a perikonceptcionális szakasztól kezdve gondolkodik. A prekonceptcionális időszakban a Családvédelmi Szolgálat védőnöje szervezi az oktatási (sic! –

³⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 91. § (1), (2).

³⁸ Uo. 92. § (1).

³⁹ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3/A. §.

⁴⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 93. §–105. §.

⁴¹ Uo. 79. §.

helyesen: köznevelési) intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését,⁴² míg a nevelési-oktatási intézményekben az iskolavédő az, aki ennek az időszaknak az egyik kulcsszereplőjeként részt vesz a családtervezéssel, fogamzásgátlással, a szülői szerepre való felkészítéssel, a csecsemőgondozással kapcsolatos témák egészségügyi keretében történő oktatásában.⁴³

A perikonceptcionális 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).⁴⁴ 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.⁴⁵ Elvileg alapszintű ellátást nyújtó intézmények és megyei/regionális intézmények alkotják a szakmai ellátás szintjeit.⁴⁶ 2014-től a fogamzáskor betöltött 37. életévtől kezdve kötelezően a várandósgondozás része a genetikai tanácsadás.⁴⁷ Az egészségügyi törvény külön kitér a várandósgondozás ideje alatt elvégzendő család- és nővédelmi gondozás feladatainak megfogalmazására, amely erőteljes prevenció szemléletéről 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.⁴⁸ 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 szülésfelkészítés, a szülő-gyermek kapcsolatépítés, a korai kötődéssel, a fejlődéssel kapcsolatos ismeretek átadása területén.*⁴⁹

⁴² 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről, 2. § (2).

⁴³ 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 3. számú melléklet.

⁴⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 41. §.

⁴⁵ 2008. évi XXI. törvény a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól, 6. §.

⁴⁶ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a Down-kór prenatális szűréséről és diagnosztikájáról. Hatályos: 2016. 12. 22-től.

⁴⁷ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 1. melléklet.

⁴⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 86. § (1), (2)..

⁴⁹ 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.).

Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól rendelkezik a betegségek (sic! – az eltérő, megkésett fejlődés) 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.⁵⁰ 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.⁵¹ A 0–6 éves korosztályra külön lebontásban tartalmazza az elvégzendő, életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat. A 0–4 napos életkorban végzett szűréseket a fekvőbeteg-gyógyintézet végzi.⁵² A továbbiakban a rendelet egységes keretben tartalmazza a védőnő és a házi gyermekorvos, házi orvos által elvégzendő szűrővizsgálatokat, de jelzi, kinek milyen feladata van ezzel kapcsolatban. 2017. október 31-ig a védőnő a gyermek 1, 3, 6 hónapos korában, majd 1 éves életkorban és aztán 6 éves korig évente végzett szűrővizsgálatot, a házi orvos hasonló módon, ugyanezeknél a korcsoportoknál végzett szűréseket. Rizikószűrés nem volt a feladataik között. A 2015 végén befejeződött TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program keretében – a nemzetközi gyakorlatot figyelembe véve – a védőnői munka támogatására egy egységes szemléletű rizikó kérdőív került kifejlesztésre, amelyet a védőnő a várandósság ideje alatt, a gyermek egyhónapos korában, valamint a későbbiekben az életkörülményekben történő egészségi, környezeti változás esetén vesz fel. Ugyancsak kifejlesztésre került egy, a szülői kompetencia megerősítését célzó, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív, amelyet a védőnő tájékoztatását követően 1 hónapos és 7 éves kor között 12 alkalommal (1, 2, 4, 6 és 9, 12 hónapos, 18 hónapos, 2, 3, 4, 5, 6 éves korban) töltenek ki a szülők (ha szükséges, védőnői segítséggel). Három kiegészítő életkorra is rendelkezésre áll szülői kérdőív (15 hónapos, 2,5 éves 7 éves korra), ha a megelőző kitöltésnél felmerült a fejlődési eltérés vagy megkésett fejlődés gyanúja, illetve ha hét éves korban még nem kezdte el a gyermek az iskolai tanulmányait. Emellett a védőnői szűrővizsgálati kérdések is korszerűsítésre kerültek, megtörtént a szülői kérdőívvel való összehangolásuk, így a 3 hónapos kor sem maradt ki a kontrollpontok közül.

⁵⁰ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 10.§ (a), (b).

⁵¹ 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].

⁵² 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).

A házi gyermekorvosok, házi orvosok számára is egységes vizsgálati szempontsorok kerültek megfogalmazásra, amelyeknek elvégzése a védőnőkéhez hasonló gyakoriságú találkozást igényel a gyermekkel.⁵³ 2017 november 1-től a védőnőket jogszabály kötelezi arra, hogy a szülői kérdőíveket felvegyék a szülőkkel, a házi gyermekorvosok, házi orvosok kötelezettségei közé 2019-ben került be a sűrűbb kontrollpontos nyomonkövetés. Az alapellátásnak az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzésében betöltött fontos szerepét az *2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról* külön hangsúlyozza, és tételesen felsorolja az ezzel kapcsolatos házi orvosi, házi gyermekorvosi és védőnői feladatokat, ennek kapcsán kiemelve az egymásnak történő jelzések, visszajelzések fontosságát.⁵⁴

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 segítségét a *49/2004-es ESzCsM-rendelet* garantálja.⁵⁵ 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 fogyatékossgal él,⁵⁶ valamint ha magatartási zavarokkal küzd, a védőnő – együttműködve a házi orvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel – segítséget és tanácsot ad a gyermek és családja életviteléhez.⁵⁷ Az egészségügyi törvény ugyanakkor tartalmazza, hogy az ifjúság-egészségügyi gondozás (amelybe a gyermekek gondozása beleértendő) speciális feladata a veleszületett rendellenességgel élő, krónikus megbetegedésben vagy testi, érzékszervi, értelmi fogyatékossgban szenvedő személyek – a házi orvossal történő együttműködésen alapuló – fokozott ellenőrzése, lelki gondozása és az egészséges közösségekbe történő beilleszkedésének elősegítése.⁵⁸ A házi gyermekorvosok máig használt – bár frissítésre szoruló – kompetencialistájában megjelennek a fejlődési rendellenesség vagy az eltérő fejlődés szűrésére, vizsgálatára, felismerésére vonatkozó

⁵³ Mindezen elemeket lásd a *Gyermek-alapellátási útmutatóban* (Altörjai, Fogarasi & Kereki, 2014/2015).

⁵⁴ 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 8–13. §

⁵⁵ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. § (db).

⁵⁶ 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)].

⁵⁷ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. § (dg).

⁵⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. § (2).

kitételek az általános és egyes szakterületekre vonatkozó feladatokon belül (Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, 2010).⁵⁹

Az egészségügyi törvény a speciális ellátási igényű csoportok részére nyújtott egészségügyi szolgáltatások közé sorolja a rehabilitációt, amely az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodást szenvedett fogyatékos személyt segíti abban, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.⁶⁰ Meghatározásában az *interdiszciplináris szemlélet* érvényesül, 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.⁶¹ 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.⁶² A két fogalomnak egymással való meghatározása ellentmondást takar, hiszen az egyik egy elvesztett, de már korábban kialakult képesség újraépítése (rehabilitáció), a másik pedig egy még ki nem alakult képesség felépítése (habilitáció). Ugyancsak a speciális ellátás részként jelenik meg a pszichológiai segítségnyújtás, amely megfelelő képesítéssel rendelkező szakorvos, illetve klinikai szakpszichológus által nyújtott pszichoterápiás, illetve egyéb támogatás formájában adható.⁶³

5.1.1.3. 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

⁵⁹ A kompetencialista érvényessége: 2013. 12. 31.

⁶⁰ 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.” Lásd 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról 4. (b).

⁶¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 100. § (2).

⁶² Uo. 100. § (3).

⁶³ Uo. 103. §.

szóló 1997. évi XXXI. törvény egyes kitételeire, megfogalmazza a megelőzésben a társágazatokkal való együttműködés szükségességét is.⁶⁴

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.⁶⁵ 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.⁶⁶ 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 védőnővel nem működik együtt, írásban értesítik a család- és gyermekjóléti szolgálatot, a járási kormányhivatalt és a háziorvost, házi gyermekorvost. 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 éves tanácskozásán, eseti megbeszélésein.⁶⁷

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. 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, 2017). Ugyanakkor a gyermekvédelmi terület a jogszabályaiban nem, más dokumentumaiban (útmutató, protokoll) pedig csak részben tükrözi vissza a társágazat protokoll-lépéseit (Emberi Erőforrások Minisztériuma, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság & Nemzeti

⁶⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. § (5).

⁶⁵ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (a).

⁶⁶ 49/2004. (V. 21.) EszCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 6. § (1).

⁶⁷ Uo. 3. §. (de), (gc), (gg), (gh).

Rehabilitációs és Szociális Hivatal, 2016), ami esetlegessé teszi az együttműködést az érintett terület részéről. A gyakorlati tapasztalatok és a 2014-ben elvégzett kutatás szerint az oda-vissza jelzési utak nem működnek megfelelően. Mindkét fél hiányolja a másik jelzésre adott választ, illetve az érdemi intézkedésről való tájékoztatást (Kereki, 2015b).

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 kevésbé 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.⁶⁸ 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 vezetésében⁶⁹. 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 hatósági eljárás kezdeményezése.⁷⁰ 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 szociális helyzet-elemzést (környezettanulmányt) kér arról, hogy otthonába

⁶⁸ Az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, 24. §.

⁶⁹ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 3. számú melléklet.

⁷⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40/A § (2), (ac) és a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. §.

bocsátható-e az újszülött.⁷¹ 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 a korai életszakaszt érintően 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, házi orvos, valamint a védőnő számára is – a szűrővizsgálatokra vonatkozó feladatok kivételével – az iskolai feladatokhoz hasonló tartalommal fogalmazódnak meg.⁷² Érdeemes tudni, hogy a védőnő a szűrővizsgálatokat nem végezheti az óvodában, ugyanakkor a 3 éves kortól kötelező óvodáztatás bevezetése a gyermekek nagy körének esetében leszűkítette azt a napközbeni időtartamot, amikor a szűrővizsgálatokat el tudja végezni. A bölcsődében pedig jogszabályi szinten sem jelenik meg a védőnő (a bölcsődékbe orvosok látogatnak), ez a védőnői szűrések megfelelő elvégzésének lehetőségét szintén csökkenti. (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,⁷³ 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 rendelő és osztály általános minimumfeltételei közé bekerült a gyógypedagógiai és a konduktori tevékenység. Több járóbeteg-szakrendelés, fekvőbeteg-ellátó osztályos szakambulancia, valamint fekvőbeteg-osztály minimumfeltételei között megtalálható a gyógypedagógus és/vagy logopédus és/vagy pszichopedagógus alkalmazási feltétele (például fejlődésneurológiai osztály, gyermek- és ifjúságpszichiátria), a házi orvosi

⁷¹ A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülöttellátásban, 2011 (Védőnői Szakmai Kollégium, hatályos: 2011. december 1. – 2013. december 31.), *Egészségügyi Közlöny*, 61(18), 2688–2699.

⁷² 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 2. számú melléklet, 3. számú melléklet.

⁷³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 100. § (5).

ellátás minimumfeltételei közé pedig frissen bekerült a *korai fejlesztő szakember*.⁷⁴ Ez utóbbi esetben kétségtelen a jószándékú kezdeményezés, még akkor is, ha pontosan nem határolja körül a jogszabály, kiket is sorol ide. Mint ahogy azt sem tisztázza, mit ért gyógypedagógia alatt. 2017-ig tartalmazott a jogszabály egy meghatározást: „A gyógypedagógia szűkebb értelemben inkább az érzéki és értelmi fogyatkozásban szenvedők oktatási eljárásának módját jelenti.”⁷⁵ amely archaikus szemlélettel és nyelven fogalmazódott, végül is kikerült a szövegből a jogszabálmódosítások során.

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 közoktatás (fejlesztés, koordináció) II. szakasz kiemelt projektben az optimális kliensút modell (Kereki, 2015d), amelynek bizonyos javaslatai részben bekerültek jogszabályba, például a szakellátó szakorvosok körének bővítésére tett javaslat, akik 18 hónapos kor előtt korai fejlesztésbe irányíthatják a gyermekeket, de ez a jogszabály kitétel is csak a pedagógiai szakszolgálati rendeletben jelenik meg, egészségügyi rendelet ugyanezt nem tartalmazza.

5.1.2. A köznevelési ágazati szabályozás

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről tartalmazza azokat az alapfeladatokat, amelyek köznevelési feladatként jelennek meg, ide tartozik többek között az óvodai nevelés, a pedagógiai szakszolgálati ellátás, a gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai nevelési-oktatási intézményben vagy az utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózat keretében ellátott feladatok.

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. 2017. január 1-től aztán újabb változás lépett életbe, a köznevelési intézmények fenntartói jogai és kötelezettségei a tankerületi központokhoz kerültek, (58 tankerületi központ, jellemzően 3-4 korábbi tankerület, illetve

⁷⁴ 60/2003. (X. 20.) EszCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

⁷⁵ 60/2003. (X. 20.) EszCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről (2017. február 8-i állapot).

járás összevonásával). Az egykori KLIK azóta Klebelsberg Központ (KK) néven működik tovább, amelyet középírányító szervként jelöl meg a jogszabály. 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.

5.1.2.1. Köznevelési intézmények és tevékenységeik

Óvoda

A kora gyermekkori intervenciók intézményrendszer elemei közé tartozik az *óvoda* is, hiszen az iskoláskor előtti gyermekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával) részt vesz. Az óvodai nevelés szakasza a gyermek hároméves korában kezdődik, és addig az időpontig tart, ameddig a gyermek a tankötelezettség teljesítését meg nem kezdi.⁷⁶ A szülő kérelme alapján annak az évnek az augusztus 31. napjáig, amelyben a gyermek a negyedik életévét betölti, felmenthető a gyermek az óvodai foglalkozáson való részvétel alól.⁷⁷ A gyermek abban az évben válik tankötelessé, melynek augusztus 3. napjáig betölti a hatodik évét.⁷⁸ Friss változás, hogy az eddigi gyakorlattól eltérően, amikor is a gyermeket ismerő óvoda kérhette a szülő egyetértésével a szakértői bizottság iskolaérettségi vizsgálatát, 2020. január 1-től már csak a szülő kérvényezheti az Oktatási Hivatalnál (OH), hogy gyermeke további egy nevelési évig az óvodában maradjon. Amennyiben az OH nem tud maga döntést hozni, kérheti az érintett gyermek vizsgálatát az illetékes pedagógiai szakszolgálatnál.⁷⁹

Ha a gyermek beilleszkedési, magatartási (tanulási) nehézséggel küzd, fejlesztő pedagógiai ellátásra jogosult, amely nevelési tanácsadás és óvodai nevelés keretében valósítható meg. Az érintett gyermekek fejlesztő pedagógiai ellátását, valamint a sajátos nevelési igényű gyermekek egészségügyi, pedagógiai célú rehabilitációs, rehabilitációs foglalkoztatását heti tizenegy órás időkeretben kell biztosítani.⁸⁰ A sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelése különnevelést biztosító gyógypedagógiai vagy konduktív pedagógiai intézményben, vagy a többi gyermekkel részben vagy egészben együtt, azonos óvodai csoportban történhet.⁸¹

⁷⁶ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 5. § (1).

⁷⁷ 229/2012. (VIII. 28.) Korm. rendelet a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról, 38/B.

⁷⁸ Uo. 45. § (2).

⁷⁹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 45. § (2)

⁸⁰ Uo. 8. § (1)–(4).

⁸¹ Uo. 47. § (1), (2), (3).

A pedagógiai szakszolgálati rendszer és tevékenységei

A szülő és a pedagógus nevelő munkáját, valamint a nevelési-oktatási intézmény feladatainak ellátását pedagógiai szakszolgálat segíti, különös tekintettel a különleges bánásmódot igénylő gyermekek ellátására. A pedagógiai szakszolgálati intézmények működését a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szabályozza. A pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer struktúrája kétszintű. Megyénként (illetve a fővárosban) *székhelyintézményként* működő pedagógiai szakszolgálati intézmények végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén *tagintézmények* nyújtják a szolgáltatást. Egyrészt *járásai tagintézmények* működnek (a megyében, a fővárosban, valamennyi járásban, az adott járásra kiterjedő működési körzettel), másrészt *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, és végül vannak a *szakosított tagintézmények*, amelyek legfeljebb két szakszolgálati feladatot látnak el.⁸²

Jelenleg a pedagógiai szakszolgálatok látják el a *gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az iskolapszichológiai és az óvodapszichológiai ellátás és a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának feladatát*.⁸³ Az ellátott kilenc feladat közül nyolc érinti a korai életszakaszban a gyermekek ellátását. A feladatok ellátását egységes, átfogó szakterületi protokollok segítik (Nagyné Réz et al., 2015; Kereki & Szvatkó, 2015; Király et al., 2015; Torda, 2015; Fehér, 2015; Kapronyi & Zelenka, 2015; Gunda et al., 2015; Szabó, N. Kollár & Hujber, 2015; Izsóné Szecsődi & Hujber, 2015; Burányné Rákóczi & Kun R.-né, 2015)⁸⁴

Pedagógiai szakszolgálati feladatot elláthat még az állami felsőoktatási intézmény által fenntartott pedagógiai szakszolgálati intézmény, az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények (EGYMI), továbbá a szakértői bizottsági tevékenység

⁸² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §.

⁸³ 2011. évi CXCV. törvény nemzeti köznevelésről, 18. § (2).

⁸⁴ A pedagógiai szakszolgálati tevékenységek működtetésének támogatására a TÁMOP-3.4.2.B „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja. Szakszolgálatok fejlesztése” kiemelt projekt keretében készültek el a protokollok. A korai fejlesztéshez kapcsolódóan pedig specifikus protokollok megírására került sor (Bacsa, 2014; Meló J.-né, 2014; Szabóné Harangozó, 2014; Varga, 2014).

kivételével az állami köznevelési közszolgálati feladatellátásban az oktatásért felelős miniszterrel kötött köznevelési szerződés alapján egyéb intézmények (például vallási egyesületek, civil szervezetek, alapítványok).⁸⁵

Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás

A korai fejlesztés 6 éves korig nyújtható. 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. (Meghatározását lásd *A kora gyermekkori intervenció értelmezési kerete* c. fejezetben). Megkezdésére a megfelelő vizsgálatok elvégzése után a szakértői bizottság tesz javaslatot. A gyermek 0–18 hónapos kora között a korai fejlesztést nyújtó intézmény a jogszabályban felsorolt szakorvosok diagnosztikai véleménye és terápiás javaslata alapján is megkezdheti az ellátást, a szakértői bizottság a szakértői véleményt az orvosi dokumentumok alapján állítja ki.⁸⁶ 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 rizikógyermeket, akik állapotuk alapján nem minősíthetők sajátos nevelési igényűnek, tehát nem kaphatnak korai fejlesztést, de megsegítésük mégis indokolt (akár a mozgásfejlődés enyhe megkésettisége okán). Több szakszolgálat a jogszabály rugalmas megfogalmazását alapul véve a járási tagintézményben jelentkező gyermeket és szülőt ezekben az esetekben nevelési tanácsadás keretében látta el.⁸⁷ 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 legitimé 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 gyermekük SNI címkét kapjon. Mindezen túl azonban a fenti ellentmondások *felvetik a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeinek tágabb szemléletű, rugalmasabb kategorizálásának a kérdését.*

A korai fejlesztés feladatvégzése kapcsán elmondható, hogy 2013 után az ágazaton belüli és az ágazatok között zajló profiltisztítás jegyében a korábbi széttagoltabb, többféle intézményben is végezhető feladatvállalás megszűnt, jelenleg a feladatot csak a pedagógiai

⁸⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. §.

⁸⁶ Uo. 4. § (2a).

⁸⁷ 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.).

szakszolgálatok láthatják el. A gyermek korai fejlesztése alapesetben a pedagógiai szakszolgálati intézményben történik. Ha a szolgáltatás igénybevétele a pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a gyermek gondozását végző intézményben kerül sor, ahol a pedagógiai szakszolgálati intézmény gondoskodik a szükséges szakemberről. Ennek értelmében 2020. januárjától a bölcsődén, gyermekotthonon, fogyatékosok nappali intézményén, fogyatékosok ápoló-gondozó otthonán⁸⁸ kívül most már a Biztos Kezdet Gyerekházak is nyújthatnak helyszínt a korai fejlesztéshez.⁸⁹ Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat mindemellett mégsem tudná ellátni a feladatát, az önkormányzatok is alkalmazhatnak speciális szakértelemmel bíró szakembert, ha vállalják ennek költségeit.

A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján a szakemberek az egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint végzik.⁹⁰ A szakterületi protokoll már magában foglalja a családközpontú szemléletű családtámogatási terv készítésének javaslatát, amelynek része az egyéni fejlesztési terv 1-3-6-9 hó időtartamra, a szükségletek szerint (Kereki és Szvatkó, 2015). A szakszolgálati rendelet a különböző korcsoportokra nézve heti időkereteket is tartalmaz, amely a gyermek állapotának, szükségleteinek, valamint a család terhelhetőségének függvényében adható, azt a szakértői bizottság állapítja meg.⁹¹ 2017. szeptember 1-től az 5-6 évesekre vonatkozóan legalább heti 5 óra az időkeret. Az időkeretre vonatkozóan mindenképp érdemes tudni, hogy például az egészségügyi jogszabályok nem tartalmazzák a terápiák vagy a rehabilitáció, 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.*

⁸⁸ Ezeket az intézményeket a szociális ágazati jogszabályok a helyesen fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonaként említik. A szaknyelvben a közmegegyezés szerint a politikai korrektség jegyében a fogyatékos kifejezést inkább minőségjelzőként használjuk.

⁸⁹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (8), (3), 5. § (3).

⁹⁰ Uo. 5. § (1).

⁹¹ Uo. 4. § (5), (6), (7).

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.⁹²

A szakértői bizottság diagnosztikus tevékenysége

A köznevelés rendszerében a pedagógiai szakszolgálatok *szakértői bizottságai* végzik a gyermekek komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, szükség szerint orvosi vizsgálatát. Sajátos nevelési igény gyanúja esetén a komplex vizsgálat alapján szakértői véleményt készítenek. A szakértői bizottság vizsgálatának céljai között a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség, illetve a sajátos nevelési igény megállapítása vagy kizárása mellett harmadikként eddig az iskolába lépéshez szükséges fejlettség megállapítása szerepelt. 2020. január 1-től változás történt, helyette a korai fejlesztésre és gondozásra való jogosultság megállapítása vagy kizárása került célként megnevezésre.^{93,94} A szakértői vizsgálat típusa szerint irányulhat az állapot feltárására és lehet nyomon követő felülvizsgálat.⁹⁵

A szakértői bizottsági tevékenységet a pedagógiai szakszolgálat székhelyintézménye és tagintézményei látják el. *A 0–3 éves korú gyermekek esetében a megyei⁹⁶, a 3 év feletti életkorúaknál a járási szakértői bizottságnak van meghatározó szerepe.⁹⁷* A járási szakértői bizottság a harmadik életévét betöltött gyermek (tanuló) teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálatát, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítását vagy kizárását végzi, illetve a 18 hónapnál fiatalabb gyermekek esetében a jogszabályban megnevezett szakellátó szakorvosok által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján szakértői véleményt készít és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatokat látja el. Ha a járási szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, saját vizsgálatának dokumentációját és annak eredményeit megküldi a megyei szakértői bizottság részére.⁹⁸ A sajátos nevelési igény megállapítását 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. A megyei szakértői

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

⁹³ Uo. 7. § (1).

⁹⁴ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 25.

⁹⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 8. §.

⁹⁶ Uo. 12. § (2) a).

⁹⁷ Uo. 11. § (1) a).

⁹⁸ Uo. 9–11. §.

bizottságok tehetnek javaslatot a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is.⁹⁹ A *megyei (fővárosi) szakértői bizottság* a mozgásszervi fogyatékos, az érzékszervi fogyatékos, valamint a beszéd-fogyatékos megállapítását vagy kizárását országos vagy több megyére kiterjedő feladatellátási kötelezettséggel is végezheti.¹⁰⁰ A szakértői munkát diagnosztikus protokollok segítik (Torda, 2012)¹⁰¹

A szakértői vizsgálat a szülő kérelmére, illetve, ha az eljárást nem a szülő kezdeményezi, a szülő egyetértésével indul. Ez utóbbi esetben a nevelési (oktatási) intézmény – az óvoda (iskola), a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ, a bölcsődei ellátást nyújtó intézmény/szolgáltató, a gyermekotthon, a területi gyermekvédelmi szakszolgálat, a nevelőszülői hálózat működtetője, a fogyatékos személyek ápoló, gondozó otthona, a rehabilitációs intézménye és nappali intézménye kezdeményezésére. Ezentúl a vizsgálat indítható hivatalból és hatósági megkeresésre is.¹⁰² A mozgásszervi, valamint az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékos megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat közvetlenül is kérhető, illetve kezdeményezhető a mozgásszervi fogyatékos, az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékos megállapítását vagy kizárását végző szakértői bizottságnál.¹⁰³ A 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.¹⁰⁴

Nevelési tanácsadás

A pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadói tevékenysége a gyermek családi-, és óvodai neveléséhez nyújt segítséget. Komplex pszichológiai és gyógypedagógiai vizsgálattal méri fel a gyermekeket, valamint gondozást, terápiás ellátást, korrekatív megsegítést nyújtanak a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján. Pszichológiai, gyógypedagógiai, pedagógiai tanácsadást biztosítanak, és konzultációs lehetőséget nyújtanak a gyermekek szülei, (óvoda)pedagógusai részére.¹⁰⁵ A prevenció tevékenység keretében a nevelési tanácsadás

⁹⁹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 12. § (2) b)–f).

¹⁰⁰ Uo. 10. § (3)

¹⁰¹ A diagnosztikus protokollok a TÁMOP 3.1.1. 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció kiemelt projekt keretében kerültek kifejlesztésre, amelyek a Diagnosztikai kézikönyvben elérhetőek.

¹⁰² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (2), (3).

¹⁰³ Uo. 13. § (1).

¹⁰⁴ Uo. 17. § (1).

¹⁰⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §. (3).

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.¹⁰⁶ 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 (Király és mtsai, 2015). Az intézményrendszer átalakítása előtt 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 mentálhigiénés támogatást kapjanak a hétköznapi nevelési helyzetekre, aktuális életkori problémákra vonatkozóan.

Egyéb tevékenységek

A *logopédiai ellátás* 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 tevékenység¹⁰⁷, amely 0–18 éves korig, fogyatékossgal élő gyermekek, tanulók ellátása esetén 0–23 éves korig igényelhető (Torda, 2015). Az ellátás keretében kerül sor a harmadik és ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrésére. A *konduktív pedagógiai ellátás* feladata a központi idegrendszeri sérült gyermekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. Az ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás keretében nyújtható. Feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet.¹⁰⁸ Központi idegrendszeri sérülés esetén a mozgássérült csecsemő 3 éves korig korai konduktív nevelésben, 3 éves kor felett pedig konduktív pedagógiai ellátásban részesülhet (Fehér, 2015). *Gyógytestnevelés* óvodás kortól biztosítható (Gunda és mtsai, 2015) szakorvosi (vagy iskolaorvosi) vizsgálat alapján, megszervezését és személyi feltételeinek biztosítását a pedagógiai szakszolgálat végzi a nevelési-oktatási intézményekben.¹⁰⁹ Az *óvodapszichológiai (és az iskolapszichológiai)* ellátás feladata a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása, támogatása, amelybe beletartozik többek között a preventív szűrések járási

¹⁰⁶ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §. (1), (2).

¹⁰⁷ Uo. 25. §. (1), (2), (3).

¹⁰⁸ Uo. 27. §.

¹⁰⁹ Uo. 28. §.

szintű koordinációja, a pedagógusok számára egyéni tanácsadás, konzultáció biztosítása, valamint a szülők és gyermekek óvodai (iskolai) problémákkal összefüggő ellátása.¹¹⁰ A *kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozása* keretében korai tehetség-felismerés, tehetségazonosítás, szülőknek tanácsadás, pedagógusok részére konzultáció zajlik, amelynek feladatát tehetséggondozó koordinátor látja el.¹¹¹ A nevelési-oktatási intézménybe járó gyermekek (tanulók) (3)-5-16 éves kor között, illetve az oktatás befejezéséig, sajátos nevelési igényű gyermekek esetében 23 éves korig kerülhetnek a pedagógiai szakszolgálat és a tehetséggondozó koordinátorok látókörébe. (Izsóné Szecsódi és Hujber, 2015)

Az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)

Az EGYMI a többcélú intézmények közé tartozik, ahol a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók többi gyermekkel (tanulóval) együtt történő nevelésének (oktatásának) támogatását végzik. Minden intézményben működni kell többek között kizárólag a sajátos nevelési igényű gyermekeket (tanulókat) ellátó óvodai (általános iskolai, fejlesztő nevelés-oktatást végző iskolai vagy középfokú iskolai) feladatot ellátó intézményegységnek, továbbá utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózatnak.¹¹² Ez utóbbi a sajátos nevelési igényű gyermek többi gyermekkel részben vagy teljesen együtt, azonos óvodai csoportban történő ellátását végző intézmények számára biztosítja a gyermekek neveléséhez szükséges speciális szakképzettséggel rendelkező szakembereket, amennyiben az adott intézmény nem rendelkezik megfelelő szakirányú gyógypedagógussal vagy konduktorral. Az utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózat megszervezése és működtetése az illetékes tankerületi központ feladata.¹¹³

Különnevelés (speciális intézményekben történő ellátás) esetén a Klebelsberg Központ tankerületi igazgatóinak feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásának biztosítása, így az EGYMI-kben és a gyógypedagógiai óvodákban is. Ezekben az intézményekben a sajátos nevelési igény típusának és súlyosságának megfelelő gyógypedagógus, konduktor foglalkoztatása szükséges. A gyógypedagógiai nevelésben részt vevő nevelési intézményben a gyermek egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül.¹¹⁴ *Együttnevelés (integrált ellátás)* esetén az önkormányzatok által fenntartott

¹¹⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 29. §.

¹¹¹ Uo. 30. §.

¹¹² 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 20.§. (9).

¹¹³ Uo. 15/A. §

¹¹⁴ Uo.47. § (4), (5).

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 lát el. Az utazótanári feladatellátás a foglalkozásokon kívüli rehabilitációs/rehabilitációs foglalkozások megtartását foglalja magában. Az ellátást minden gyermek számára sérülésspecifikusan biztosítják.

5.1.2.2. 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 szolgáltatáson keresztül, a jelzőrendszer tagjaként, illetve azoknak a szolgáltatásoknak az összefüggésében, 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,¹¹⁵ a háziorvos (házi gyermekorvos) által a gyermekről ötéves életkorában kiállított, a fejlődési szint megítélésére szolgáló adatlapot bekéri. A szakértői bizottság az enyhe értelmi fogyatékoságot csak abban az esetben állapíthatja meg, ha azt a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet megfelelő kitétele alapján¹¹⁶ kiállított orvosi adatlap adatai vagy a gyermek fejlődése szerinti folyamatos figyelemmel kísérésének adatai igazolják.¹¹⁷ Az adatlapot a szakszolgálati rendelet tartalmazza,¹¹⁸ 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.*

Az egészségügyi szakellátás viszont folyamatosan a pedagógiai szakszolgálatok látóterében van, hiszen maga a pedagógiai szakszolgálat alkalmazhat egészségügyi ellátót nem

¹¹⁵ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 4. § (2).

¹¹⁶ 4/2000. (II.25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (3) (e).

¹¹⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 21. § (2).

¹¹⁸ Uo. 4. számú melléklet.

pedagógus-munkakörben, így a fogyatékoság típusának megfelelő szakorvost vagy gyermek- és ifjúsági pszichiátert, csecsemő- és gyermekgyógyászt, illetve gyermekneurológus szakorvost, valamint gyógytornászt.¹¹⁹ Sőt, a komplex diagnózis felállítása elképzelhetetlen orvosi vizsgálati dokumentáció, illetve orvosi szakértői vélemény nélkül.¹²⁰ 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 bizonyos szakterületeken (a neonatológia, csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégegyógyászat, audiológia, szemész, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat, valamint gyermekneurológia szakterületen szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.¹²¹ 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 a már korábban említett iskolaegészségügyi rendelet az irányadó (26/1997. (IX. 3.) NM-rendelet). 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.¹²²

5.1.3. Szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti terület, a családtámogatás rendszere

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 kell *személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatásokat*, valamint a *szociális ellátások, juttatások rendszerét*, legyen szó akár a pénzbeli, akár a természetben nyújtható ellátásokról. A társágazati szakemberek a szociális alapszolgáltatások mellett gyakran kerülnek kapcsolatba a *gyermekvédelmi ellátás*

¹¹⁹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 6. számú melléklet.

¹²⁰ Uo. 3. számú melléklet: A szakértői vélemény elkészítésének szakmai követelményei.

¹²¹ Uo. 4. § (2).

¹²² 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 162. § (4), 2. számú melléklet.

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*. A juttatásokat tekintve fontos ismerni még az egészségbiztosítási, illetve a családtámogató ellátási formákat. A szociális ágazatban a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság és megyei, fővárosi kirendeltségei látják el a kormányhatározatban meghatározott szociális és gyermekvédelmi intézmények fenntartói feladatait.

5.1.3.1. Személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások

A szociálisan rászorulóknak részére a *személyes gondoskodást* az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják. A személyes gondoskodás magában foglalja a *szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat*.¹²³ A kora gyermekkori intervencióban a szociális alapszolgáltatások közül a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, a családsegítés, a támogató szolgáltatás és a nappali ellátás, a szakosított ellátások közül pedig az ápolást, gondozást nyújtó intézmények egyike, a fogyatékos személyek otthona vesz részt. A *falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás* célja többek között az aprófalvak, a külterületi vagy a tanyasi lakott helyek intézményhiányából és a közösségi közlekedés nehézségéből eredő hátrányok enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása.¹²⁴ A *családsegítés* a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára nyújtott szolgáltatás. Többek között biztosítja a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást, a pénzügyi, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését, a családban jelentkező működési zavarok megoldásának elősegítését. 2016 óta családsegítés a gyermekjóléti szolgáltatással egy szolgáltató – a család- és gyermekjóléti szolgálat – keretében működtethető.¹²⁵ A *támogató szolgáltatás* célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése (pl. speciális személyi szállítás, szállító szolgálat működtetése), de tevékenységi körébe tartozik az általános egészségi állapotnak és a fogyatékoság jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás biztosítása.¹²⁶ A *nappali ellátás* többek között saját otthonukban élő, harmadik életévüket betöltött,

¹²³ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 56. §

¹²⁴ Uo. 60. § (1), (4).

¹²⁵ Uo. 64. §. (1), (4).

¹²⁶ Uo. 65/C. §.

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.¹²⁷

A *fogyatékos személyek otthonában* azokat a személyeket látják el, akiknek gondozása (oktatása, képzése, foglalkoztatása) főleg intézményi keretek között valósítható meg. Fogyatékos kiskorúak esetében az ápolással, gondozással párhuzamosan biztosítani kell a korai fejlesztést és gondozást vagy a fejlesztő nevelést (sic!), az ellátó területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel való együttműködést, továbbá az iskolai tanulmányok folytatásának segítését.¹²⁸ 2017 óta még a jogszabályt nem sikerült összehangolni a köznevelési területen lezajló változásokkal, ahol már nem beszélünk fejlesztő nevelésről.

5.1.3.2. Személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátás

A *gyermekjóléti alapellátáshoz* tartoznak: a Biztos Kezdet Gyerekházak, a gyermekjóléti szolgáltatások (így a család- és gyermekjóléti szolgálat, a család- és gyermekjóléti központ), a gyermekek napközbeni ellátása (bölcsőde, mini bölcsőde, munkahelyi bölcsőde, családi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátás). Továbbá a gyermekek átmeneti gondozása, amelynek szereplői a befogadó szülő (helyettes szülő, nevelőszülő, speciális nevelőszülő, különleges nevelőszülő), a gyermekek átmeneti otthona és a családok átmeneti otthona.¹²⁹ A befogadó szülő tartós jelleggel, is nyújthat saját háztartásában ellátást, mint a szakellátás résztvevője, nevelőszülőként, speciális nevelőszülőként és különleges nevelőszülőként.

Biztos Kezdet Gyerekház

Preventív jellegű tevékenységet végez a *Biztos Kezdet Gyerekház*, célja a szociokulturális hátrányokkal küzdő, elsősorban a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek egészséges fejlődésének támogatása. Ennek érdekében a gyermek fejlődési lemaradását kompenzáló, a szülői kompetenciákat erősítő, a szülő és az óvodába még nem járó gyermek számára együttesen nyújtott társadalmi felzárkózást segítő megelőző szolgáltatást végez. Az intézmény együttműködik a család- és gyermekjóléti szolgálattal, a

¹²⁷ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 65/F. § (1).

¹²⁸ Uo. 69. § (1), 70. § (2).

¹²⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 14. és 15. § és 38–51. §.

család- és gyermekjóléti központtal, a védőnői szolgálattal, az óvodával, a helyben elérhető egyéb, a gyermekek és a gyermekes családok számára szolgáltatást nyújtó intézménnyel, valamint szükség esetén a gyermekvédelmi jelzőrendszer egyéb tagjaival.^{130, 131} 2013 elejétől emelkedtek jogszabályi szintre a Biztos Kezdet Gyerekházak – mint gyermekjóléti alapellátást végző intézmény – a működési feltételei, beillesztésre kerültek a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvénybe, majd a szakmai szabályok bekerültek a 15/1998. NM rendeletbe. 2014. január 1-jétől a Biztos Kezdet Gyerekházak működési finanszírozását már a központi állami költségvetés biztosítja,

Bölcsődei ellátás

A gyermekek napközbeni ellátásának formái közé tartozik a *bölcsődei ellátás* (további napközbeni ellátási formák a napközbeni gyermekfelügyelet, és az alternatív napközbeni ellátás), amely jellemzően a három éven aluli gyermekek ellátását biztosítja. Bölcsődei ellátást biztosíthat intézményi formában a *bölcsőde*, a *mini bölcsőde*, szolgáltatási formában a *munkahelyi bölcsőde* és a *családi bölcsőde*. (2017-től van jelen a mini, munkahelyi, valamint családi bölcsőde a rendszerben.) Bölcsődei ellátás keretében a sajátos nevelési igényű gyermek, valamint a korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermek nevelése és gondozása is végezhető. Bölcsődei ellátás keretében a gyermek húszhetes korától nevelhető és gondozható. *A bölcsődei ellátásban a sajátos nevelési igényű gyermek, illetve a korai fejlesztésre és gondozásra javasolt gyermek annak az évnél az augusztus 31. napjáig vehet részt, amelyben a hatodik életévét betölti.*¹³² Ha a bölcsődei ellátást nyújtó intézmény, szolgáltató sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermek napközbeni ellátását biztosítja, együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását ellátó, területileg illetékes pedagógiai szakszolgálattal.¹³³

Gyermekjóléti szolgáltatás

A gyermekjóléti szolgáltatás olyan, a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek egészséges fejlődését, családban történő nevelkedésének elősegítését,

¹³⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 38/A. §.

¹³¹ 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. §.

¹³² 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 42. §, 42/A.

¹³³ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 35. § (2), (4), 37. § (2).

veszélyeztettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését.¹³⁴ Feladatai között a gyermek testi, lelki egészségének, családban történő nevelésének elősegítése érdekében már perikonceptcionális teendők is megjelennek, így családtervezési tanácsadás nyújtása vagy az ehhez való hozzájárulás megszervezése. A várandósság ideje alatt feladata a válsághelyzetben lévő várandós anyák segítése, különösen a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz történő hozzájárulásának szervezése.¹³⁵ A *gyermek veszélyeztettségének megelőzése érdekében* többek között a veszélyeztettséget észlelő- és jelzőrendszert működtet; együttműködik a jelzőrendszer tagjaival, óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet biztosít.¹³⁶ A *kialakult veszélyeztettség megszüntetése érdekében* feladata, hogy elősegítse a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását, a családi konfliktusok megoldását.¹³⁷ A gyermekjóléti szolgáltatást településszinten a *család- és gyermekjóléti szolgálat* nyújtja (a családsegítést és gyermekjóléti szolgáltatást közös keretbe foglalva). A család- és gyermekjóléti szolgálat – összehangolva a gyermekeket ellátó egészségügyi és nevelési-oktatási intézményekkel – szervezési, szolgáltatási és gondozási feladatokat végez.¹³⁸ A járási székhelyeken működnek a *család- és gyermekjóléti központok*. Többek között kórházi szociális munkát, gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálatot, pszichológiai tanácsadást, családterápiát, óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet végeznek. Amennyiben szükséges, kezdeményezik a gyermek védelembe vételét vagy súlyosabb fokú veszélyeztettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét. A családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében szociális segítőmunkát koordinálnak és végeznek, feladatuk a szociális diagnózis készítése.¹³⁹

Átmeneti gondozás

A *gyermekek átmeneti gondozása* alapvetően olyan típusú segítségnyújtás, ami 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.¹⁴⁰ Megszervezhető a gyermekek átmeneti otthonában, a családok átmeneti otthonában vagy befogadó, illetve helyettes szülői szolgáltatáson keresztül. A

¹³⁴ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 39. § (1).

¹³⁵ Uo. 39. § (2).

¹³⁶ Uo. 39. § (3), (3a).

¹³⁷ Uo. 39. § (4).

¹³⁸ Uo. 39. § (4), 40. §.

¹³⁹ Uo. 40/A. §.

¹⁴⁰ Uo. 45. §.

gyermek átmeneti otthona akkor nyújt segítséget, ha a gyermek átmenetileg ellátás és felügyelet nélkül marad, vagy ha ellátása, fejlődése a család életvezetési nehézségei miatt veszélyeztetett.¹⁴¹ *A családok átmeneti otthona* a komoly bajba került, de a család egységének 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, pl. 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.¹⁴² 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 résztvevőjeként 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.¹⁴³

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

5.1.3.3. Gyermekvédelmi szakellátás

A gyermekvédelmi szakellátáshoz soroljuk a családból kiemelt gyermekeknek biztosított *otthont nyújtó ellátást* (például nevelőszülő, gyermekotthon), az *utógondozói ellátást* és a *területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást*. 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.

¹⁴¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 50. §.

¹⁴² Uo. 51. §.

¹⁴³ 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).

Otthont nyújtó ellátások

A *nevelőszülő* befogadja – a területi gyermekvédelmi szakszolgálat kijelölése alapján – a beutaló szerv által ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy a gyámhivatal által nevelésbe vett gyermeket.¹⁴⁴ 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.¹⁴⁵ *Speciális nevelőszülő* az, aki a súlyos pszichés vagy súlyos disszociális tüneteket mutató, illetve pszichoaktív szert használó, speciális ellátást igénylő gyermek nevelését végzi. A *különleges nevelőszülő* a tartósan beteg, fogyatékos vagy három év alatti különleges ellátást igénylő gyermek nevelését látja el.¹⁴⁶

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 fogyatékosága miatt ellátást igénylő, első életévét be nem töltött gyermeket. Ha rendelkezik a kora miatt különleges ellátást igénylő gyermek elhelyezésének, ellátásának feltételeivel átmeneti gondozásra befogadhatja a 3 éven aluli, egészségügyi okok miatt ellátást igénylő gyermeket.¹⁴⁷ Ugyanakkor befogadhatja a gyermek otthontalanná vált szülőjét, valamint a válsághelyzetben levő várandós anyát is.¹⁴⁸ A gyermekotthoni ellátás keretében is megkülönböztetünk speciális és a különleges ellátási formákat.^{149, 150} 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 az intézmény együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását vagy fejlesztő nevelését (sic!) ellátó, területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel.¹⁵¹ 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 meg a gyerekek. Érdemes megemlíteni, hogy

¹⁴⁴ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 101. § (1).

¹⁴⁵ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 63. §, 84. §, 86. §, 88. §.

¹⁴⁶ Uo. 54 §, (3), (4).

¹⁴⁷ Uo. 57. § (1) a, (2) c.

¹⁴⁸ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 116. § (3).

¹⁴⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 58. § (6).

¹⁵⁰ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 128/A. § (1), (4).

¹⁵¹ Uo. 127. § (2).

külön szolgáltatásként azonosítja rendelet a kizárólag menekültként el nem ismert, kísérő nélküli kiskorúakat ellátó gyermekotthont és az ideiglenes befogadó férőhelyet¹⁵², amely az aktuálisan felmerülő szükségletet kívánta lefedni.

Más ellátási formák

Érdeemes 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.¹⁵³ A *gyámhivatalok* képviselik a törvény erejét hatóságként. Itt hozzák meg a hatósági erejű döntéseket a szükséges gyermekvédelmi intézkedésekről: védelembe vétel, gyermek kiemelése, kapcsolattartás, a gyermek hazagondozása stb. Az *utógondozói ellátás* a fiatal felnőttek számára nyújtott szolgáltatás.

5.1.3.4. Családtámogatási és egészségbiztosítási ellátások, szociális juttatások

A kora gyermekkori intervenció a különböző szolgáltatások mellett pénzbeli és természetbeni juttatásokat, ellátásokat 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.*

Családtámogatási ellátási formák

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, illetve a gyermekgondozási támogatások, azaz a gyermekgondozást segítő ellátás (gyes), a gyermeknevelési támogatás (gyet) és az anyasági támogatás.

A *családi pótlék* nevelési ellátásra és iskoláztatási támogatásra bontható, célja a tanköteles kor előtti gyermek nevelési, iskoláztatási költségeihez való hozzájárulás. Nevelési ellátásra

¹⁵²15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 135/A §.

¹⁵³ Uo. 75. §, 90–93. §, 136/A. §.

nemcsak a szülő, törvényes képviselő jogosult, hanem a gyermekotthon, illetve a szociális intézmény vezetője, a büntetés-végrehajtási intézet parancsnoka, a javítóintézet igazgatója.¹⁵⁴ A tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket nevelő család 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.¹⁵⁵ Az egészségügy oldaláról az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM-rendelet a *magasabb összegű családi pótlékre jogosító betegségekről és fogyatékoságokról* rendelkezik arról, hogy mely esetekben állapíthatja meg az orvos a tartósan beteg, súlyosan fogyatékos állapothoz kötődő magasabb összegű családi pótlékre való jogosultságot.¹⁵⁶

Gyermekgondozást segítő ellátásra jogosult a szülő többek között a gyermek 3. életévének betöltéséig, vagy a tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek 10. életévének betöltéséig.¹⁵⁷ Bizonyos feltételek mellett a nagyszülő is jogosult lehet a gyermekgondozást segítő ellátásra.¹⁵⁸ *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.¹⁵⁹ *Anyasági támogatásra* jogosult a szülést követően az a nő, aki várandóssága alatt legalább négy alkalommal – koraszülés esetén legalább egyszer – várandósgondozáson vett részt.¹⁶⁰

Egészségbiztosítási pénzbeli ellátások

Csecsemőgondozási díjra jogosult bizonyos feltételekkel a szülő a gyermek megszületését követően.¹⁶¹ *Gyermekgondozási díj pedig* legkorábban a csecsemőgondozás díj, illetve az ennek megfelelő időtartam lejáratát követő naptól a gyermek 2. életévének betöltéséig jár neki. 2014. január 1-től vezették be az ún. *extra gyedet*, amely tartalmazza a gyed és gyes melletti munkavégzés lehetőségét,¹⁶² és ilyen pluszlehetőség a hallgatói vagy diplomás gyed is.¹⁶³ *Örökbefogadói díjra* jogosult az biztosított, aki a második életévét betöltött gyermeket, illetve ikergyermekek esetében a harmadik életévüket betöltött gyermekeket örökbefogadási

¹⁵⁴ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 6–7. §.

¹⁵⁵ Uo. 11. §.

¹⁵⁶ Uo. 11. § (3).

¹⁵⁷ Uo. 20. § (1).

¹⁵⁸ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 20/A. § (1).

¹⁵⁹ Uo. 23–24. §.

¹⁶⁰ Uo. 29. § (1).

¹⁶¹ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 40. §.

¹⁶² 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 20–21. §.

¹⁶³ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 40/A. § - 42/F. §.

szándékkal nevelésbe vette.¹⁶⁴ A közös háztartásban élő gyermek jogán – választásuk szerint – a szülők valamelyike *gyermekápolási táppénzre* szerezhet jogosultságot.¹⁶⁵ 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 igénybevételeivel kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.¹⁶⁶ 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, 2009; Kereki, 2010b).

Pénzbeli szociális ellátások

Az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás a rendszeres szociális segély helyett került bevezetésre 2015. március 1-től, és a hátrányos munkaerőpiaci helyzetű, aktív korú személyek kaphatják, ha 14 éven aluli gyermeket nevelnek, és más, meghatározott támogatásban nem részesülnek.¹⁶⁷ A *gyermekek otthongondozási díjára* jogosult az a vér szerinti vagy örökbefogadó szülő, aki a súlyos fogyatékoságából vagy tartós betegségéből eredően önellátásra képtelen gyermekéről gondoskodik.¹⁶⁸ Az *ápolási díj* a tartósan gondozásra szoruló (súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg 18 év alatti) személy otthoni ápolását, gondozását ellátó nagykorú hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás.¹⁶⁹ 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 *emelt összegű ápolási díjat* is megállapíthat.¹⁷⁰ 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.¹⁷¹ Ugyancsak szociális rászorultság alapján állapítják meg az *egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot*.¹⁷²

¹⁶⁴ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 40/H. §.

¹⁶⁵ Uo. 39. § (7).

¹⁶⁶ Uo. 22. §. (4).

¹⁶⁷ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 37. §.

¹⁶⁸ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 38. §.

¹⁶⁹ Uo. 40. §, 41. §.

¹⁷⁰ Uo. 43. §, 43/A. §.

¹⁷¹ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 49. § (1).

¹⁷² Uo. 54. §.

Pénzbeli és természetbeni gyermekvédelmi ellátások

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 *gyermekétkeztetésre*. Továbbá ide soroljuk a *gyermektartásdíj megelőlegezését is*.¹⁷³

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.

5.1.3.5. 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 szakszolgálatokkal¹⁷⁴ és a fogyatékos személyek segítő, érdekvédelmi szervezeteivel.¹⁷⁵

Kiemelten jelenik meg az együttműködés fontosságának hangsúlyozása a családsegítés tekintetében, ahol megfogalmazódik, hogy a veszélyeztetettséget és a krízishelyzetet észlelő

¹⁷³ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 19. §, 21. §, 22. §.

¹⁷⁴ Ilyen intézménytípust a jogszabály nem ír le, ezért nem lehet tudni pontosan, a jogalkotó milyen intézményt ért gyógypedagógiai, nevelési szakszolgálat alatt.

¹⁷⁵ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 59. §.

jelzőrendszer 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.¹⁷⁶ 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, a menekülteket 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.¹⁷⁷

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 közneveléshez való kapcsolata más konkrét tevékenység keretében is megjelenik, amennyiben a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet biztosít.¹⁷⁸ 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.¹⁷⁹

¹⁷⁶ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 64. § (2).

¹⁷⁷ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §.

¹⁷⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39 §. (3a), (4).

¹⁷⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40/A § (ac) és 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. § (ab).

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).¹⁸⁰ 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 gyermekén végzendő egészségügyi beavatkozásokhoz.¹⁸¹ A gyermekotthonok tekintetében a jogszabály egészségügyi személyzetet nem ír elő, a különleges gyermekotthonok 3 év alatti csoportjainál csoportonként napi 1 szakorvosi órát ír elő, ápolószemélyzet foglalkoztatása pedig nem szerepel előírásként.¹⁸² *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.¹⁸³ A bölcsődeorvos havi 4 órában való alkalmazását és feladatait tekintve

¹⁸⁰ 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 3. számú melléklet és a 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.

¹⁸¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 87. § (b).

¹⁸² 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 1. számú melléklet.

¹⁸³ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 42. §.

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 előfordul, hogy ha a bölcsődei kisgyermeknevelőben felmerül a gyanú a gyermek eltérő vagy megkésett fejlődését illetően, és a szülő nem szeretné korai fejlesztésbe vinni a gyermekét, akkor kevés eszköze van a meggyőzésre. Ilyenkor értelmezheti úgy a szülő elutasító döntését, amennyiben az érintett gyermek emiatt nem kapja meg a kellő fejlesztést, terápiás ellátást, hogy ez veszélyeztetés, tehát jelzési kötelezettséggel kell élnie a család- és gyermekjóléti szolgálat felé.

5.1.4. Egyéb szereplők

Az egyéb szereplők közé tartoznak mindazon szervezetek, intézmények, amelyek nem ágazati szinten kapcsolódnak az intézményrendszerhez, illetve nem állami szerveződések. Így a különböző fenntartók (pl. önkormányzatok, kormányhivatalok, felsőoktatási képzőintézmények, magánellátók, Fogyatékos Emberek Szervezeteinek Tanácsa (FESZT), fogyatékosügyi szervezetek, szülők érdekvédelmi és támogató szervezetei, rendőrség, bíróság, ügyészség, az ellátások finanszírozásához kapcsolódó szervezetek (pl. az egészségügyi finanszírozásban kulcsszerepet játszó Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő), stb. és természetesen a szülők.

5.2. 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 2019-es költségvetési törvény a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás esetében például 21-50 gyermek esetében 5 fő pedagógus, 50 fő felett minden további 10 gyermek esetén további 1-1 fő pedagógus, 200 fő felett 21 pedagógus bére kerül finanszírozásra. (2014-től differenciálták a kategóriákat, akkor 100 fő feletti gyermeklétszám esetében 10 fő pedagógust határoztak meg.)¹⁸⁴ A költségvetés az egyes szociális és gyermekjóléti feladatok támogatására a települési önkormányzatoknak fajlagos összegeket határoz meg. Az ellátottak között 2-szeres szorzóval kell figyelembe venni a sajátos nevelési igényű, valamint korai fejlesztésre, gondozásra jogosult gyermekeket, 1,1-szeres szorzóval kell figyelembe venni a hátrányos helyzetű, és 1,2-szeres szorzóval kell figyelembe venni a halmozottan hátrányos gyermekeket. Bizonyos szociális szakosított ellátások, valamint a gyermekek átmeneti gondozásával kapcsolatos feladatok támogatására átlagbáralapú támogatást nyújt.¹⁸⁵

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 az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban NEAK, volt Országos Egészségbiztosítási Pénztár) által utalt finanszírozási összeg a szolgáltatás működtetésére kerül kiutalásra, legyen az háziiorvosi vagy védőnői szolgálat. A finanszírozási feltételeket meghatározó jogszabály alapján alakulnak ki az egyes területek ellátásához szükséges kapacitások, jelen esetben a háziiorvosi és védőnői körzetek. Ezeket a körzeteket az adott terület lakosság száma 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.¹⁸⁶

¹⁸⁴ 2014. évi C. törvény Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről.

¹⁸⁵ 2019. évi XC. törvény Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről.

¹⁸⁶ Kósa és munkatársai részletesebben ismertetik az egészségügyi alapellátás finanszírozását, még az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt nevezve meg a finanszírozás szerveként (Kósa et al., 2013). 2017. január 1-től az intézmény neve megváltozott, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnek hívják.

A háziiorvosi 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. Gyakorlatilag ennek a megoldásnak az a célja, hogy az alapellátó abban legyen érdekelt, hogy minél inkább egészségesen tartsa a praxis ügyfeleit, így minél kevesebb beavatkozás mellett kisebb költséggel működjön az adott fix bevételhez képest. Ennek a minőségi indikátorokon alapuló teljesítményfinanszírozásnak egyetlen hátulütője van az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekekre nézve. *A degresszív finanszírozás okán a gyermeket ellátó orvos nem érdekelt abban, hogy azt a gyermeket minél hamarabb továbbbírányítsa, aki nem akut betegséggel jelentkezik, hanem csak felmerül nála a gyanú egy esetleges fejlődési késésre vagy eltérő fejlődésre. Inkább az orvos szakmai tudásán és lelkiismeretességén múlik a továbbjuttatás.*

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 ápolat ellátása esetén a NEAK napi ápolási díjat számít. A NEAK szerződésben határozza meg, hány akut és hány krónikus ágya van egy kórháznak.¹⁸⁷

¹⁸⁷ 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

A szabályozás és finanszírozás áttekintése alapján megállapítható, hogy a koragyermekkorai intervenciós intézményrendszer kialakítása, feladatainak és működésének szabályozása jól láthatóan tükrözi a különböző ágazatok önálló szakmai szervezeti, szolgáltatási logikáit, hagyományait és belső fejlődését. Ez azzal jár, hogy a rendszer heterogén, a különböző szereplők közötti kapcsolódás gyakran esetleges. Mindezek eredményezték, hogy az utóbbi évtizedben megjelent az átfogó, ágazatok feletti szemlélet, az ágazatok közötti együttműködés igénye, és bizonyos tekintetben ez is szerepet kapott az elmúlt időszak intézményi fejlődése során. Az intézményrendszer kialakítását azonban továbbra is az ágazati megközelítés jellemzi, a fragmentáltságot egy egységes gyermekút tudja összerendezni egységes egészé.

6. A hazai kora gyermekkori intervenció rendszer működésének jellemzői

A kora gyermekkori intézményrendszer felépítésének, működésének leírását legelőször a 2008–2009-ben lezajlott, a TÁRKI-TUDOK kutatóintézet által megvalósított kutatás végezte el. A vizsgálat egyik lényeges megállapítása az volt, hogy a kora gyermekkori intervenció ellátást igénylő gyermekek több mint egyharmada nem kapja meg a szükségleteinek megfelelő ellátást, szolgáltatást (Kereki & Lannert, 2009a, 2009b; Kereki, 2010a). A kora gyermekkori intervenció rendszerszerű megalapozásához 2011-ben készült regionális helyzetelemzés is közel 40%-ra becsülte az ellátatlan gyermekek arányát, és az előző kutatásra alapozva tovább vizsgálta az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeit, jelentős eltérésekre mutatva rá. (Kereki, 2011) Megállapította, hogy az ellátáshoz való hozzájutás elégtelenségének hátterében rendszerszintű és strukturális problémák egyaránt azonosíthatóak. A további kutatások, fejlesztések és elemzések ezeknek a problémáknak az azonosításában (Kereki, 2009, 2010b, 2012a, 2012b, 2013, 2015b, 2015c.), illetve a megoldási lehetőségek megfogalmazásában (Kereki, 2012c, 2012d, 2012e, 2012f, 2012g, 2015c, 2017b; Kereki & Surányi, 2012; Surányi és Kereki, 2012; Kereki et al., 2014; Kereki és Szvatkó, 2015; Kereki, 2015d; Kereki et al., 2019) léptek tovább.

6.1. Rendszerszintű kérdések

A kora gyermekkori intervenció összetettsége miatt az ágazati megközelítés nem tudja megfelelően szolgálni az egységes szemlélet kialakítását, és az egységes ellátórendszer megteremtését. 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. (Kereki, 2011) Az ágazatok között nincs összehangolt együttműködés, bár a jogszabályok közötti ellentmondások vagy nem megfelelő illeszkedések elemzése többször megtörtént (Kereki & Lannert 2009a; Kereki, 2015c, 2017b) és korrigálásukra, harmonizációjukra történnek is előrelépések (Kiss et al., 2017), valódi összehangolásuk mindmáig várat magára. A harmonizációt többek között akadályozzák a gyakorlatban is jelenlévő terminológiai eltérések, amelyeknek egységesítését egy közös

szakmai nyelv kialakítása, de legalábbis egy konszenzuson alapuló terminológiai szótár segítené.

A jelenleg alkalmazott finanszírozási módszerek többféle logika szerint épülnek fel. Ideális elképzelés lenne egy egységes szemléletű finanszírozási rendszer kialakítása, amely a kliens érdekei mentén biztosítja az egységes minőségű ellátást és az ösztönzőket, ám tudni kell, hogy a finanszírozás módjának a meghatározásában nyilvánvalóan más, különösen fiskális szempontok is szerepet kapnak. Mindezek ellenére érdemes lenne megvizsgálni a finanszírozás átalakításának kérdését (például a keresletoldali finanszírozás bevezethetőségét). Természetesen, minden ilyen átalakítás előzetes tesztelést igényel.

Többször megfogalmazásra kerül, hogy hiányzik a különböző szakágazatok alá tartozó intézményeket összekapcsoló protokoll, mely szabályozza a gyermek, illetve a kliens útját a rendszerben. A szülők és a szakemberek egyaránt információhiánnyal küzdenek. Az ellátórendszerben való eligazodás nehézkes, hiányzik a tájékoztatás, az információáramlás folyamatát segítő egységes integrált, de legalábbis összekapcsolt informatikai háttér, amely a különböző ágazatokhoz tartozó szakemberek munkáját könnyítené meg. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit, illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak. (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2011; 2015c) Az egymásra épülő kutatásoknak és fejlesztési projekteknek köszönhetően az ellátási út leírására sor került (Kereki, 2015d), jelenleg pedig az egységes, szabályozott gyermekút rendszerbe való implementálása, valamint a különböző ágazati informatikai szakrendszerek összekapcsolása zajlik *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projektben (Kereki et al., 2019).

A különböző fenntartású és besorolású intézményekben folyó kora gyermekkori intervenciók munkára vonatkozó minőségi előírások nincsenek összehangolva, ezek nem alkotnak egységes rendszert, holott az ellátásra szorulóknak és családjaiknak egyértelműen ez szolgálná leginkább az érdekeit. Mindhárom ágazatban jellemző a minőségi standardok hiánya, a szakmai kontroll gyengesége, de a szisztematikus mérés és visszacsatolás sem működik megfelelően. (Kereki, 2012b, 2013, 2015a, 2017b) Megemlítendő, hogy a minőségi ellátás területén az elmúlt időszakban született egy hiánypótló munka, a perinatális (neonatólis) intenzív centrumokban zajló koraszülött ellátásra vonatkozóan minőségi indikátorok kidolgozására, és a folyamatos minőségfejlesztés (CQI) leírására került sor (Nádor et al., 2018a).

Az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák, ugyanakkor a részt vevő szakembereknek a korai ellátással kapcsolatban megszerzett tudása egyenetlen, képzésbeli hiányosságok tapasztalhatóak. (Ezen némileg segített a TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkor (0-7 év) program, amely a védőnők és a házi gyermekorvosok, házi orvosok számára nyújtott korszerű módszertan alapján széleskörű képzéseket.) A köznevelés területén 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. (Kereki, 2011) Továbbra is hiányoznak a korszerű, standardizált szűrési módszerek, vizsgálóeljárások.

6.2. Az intézményrendszer jellemzői az ellátásokhoz való hozzáférés szempontjából

A 2008-2009-es és, a 2010-2011-es kutatás (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2010a, 2011), valamint későbbi elemzések (Kereki, 2015c, 2017a) is foglalkoztak az ellátáshoz való hozzáférés kérdésével. Az elemzések megállapították, hogy 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 az 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, családsegítő szolgáltatások és a gyermekvédelmi ellátások terén hozzáférési, hatékonysági problémák azonosíthatóak. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan.

A 2008-2009-es kutatás eredményei markáns területi ellátásbeli különbségeket azonosítottak. Az elemzés megállapította, hogy a korai intervenciós ellátások súlypontja Budapest, ahol az érintett 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. (Kereki & Lannert, 2009) Az ellátórendszer jelenlegi jellemzői az alábbiakban kerülnek ismertetésre, ágazati és – ahol információ áll rendelkezésre – szakterületi bontásban, különös tekintettel a hozzáférési jellemzőkre.

6.2.1. Az egészségügyi ágazati szereplők

6.2.1.1. Védőnői ellátás

A várandós nők és a gyermekek gondozásában kulcsszerepet játszó védőnői szolgálatnál 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, 2019-ben már csak 72 volt a CsVSz álláshelyek száma (ebből 64 a betöltött). A kórházi védőnők többek között a várandós és gyermekágyas anyák ellátásában vesznek részt, csaknem minden szüléssel rendelkező kórházban megtalálhatóak, a 2019-ös adatok szerint 105-en dolgoznak ilyen beosztásban. 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. 2019-ben 4028 területi védőnői álláshelyet regisztráltak, ennek 91%-a a betöltött. Vannak iskola-egészségügyi feladatot főállásban ellátó védőnők is, az 1002 álláshelyből 952-t töltenek be. A védőnői munka szakmai felügyeletét vezető védőnők látják el. Megyei és járási szinten 106 vezető védőnő végzi a feladatot, az eredeti álláshelyek 8%-a nincs betöltve.¹⁸⁸

Az alapvető jogok biztosa már 2013-ban, a gyermekek egészséges környezethez való jogát vizsgáló jelentésében vizsgálta a védőnői ellátáshoz való egyenlő esélyű hozzáférés feltételeit. Megállapította, hogy Magyarországon nagyok a területi eltérések a védőnői ellátáshoz való hozzáférésben, többszáz településen egyáltalán nincs szervezett ellátás, amely sérti a gyermekek egészséghez való jogát. Az ellátáshoz való hozzáférést meghatározzák a személyi, tárgyi, működési feltételek, továbbá a védőnői ellátás igénybevétele, illetve annak lehetősége, és a szükséges ellátásban való részesülés (Szabó, 2013). A preventív jellegű szolgáltatások

¹⁸⁸Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, 2019. Adatközlő Kissné Garajszki Ildikó, akinek ezúton is köszönetet mondok.

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).

Betöltetlen álláshelyek

A 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. 2019-es adatok alapján a minőségi, hatékony védőnői támogatás Észak-Magyarországon a legkevésbé garantált, az álláshelyek 16%-a betöltetlen.¹⁸⁹ Az adat különösen Nógrád megyében kiemelkedően kedvezőtlen, ahol az álláshelyek több mint egyharmada betöltetlen. Egy 2013-as vizsgálat szerint, amely az egészségügyi alapellátók, azaz a védőnő és a házi gyermekorvos, vegyes praxisú házi orvos 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 et al., 2014).

A területi védőnői jelentések alapján az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a él a leghátrányosabb helyzetű (néhány éve kedvezményezettnek hívott)¹⁹⁰ településeken. Éppen ezeken a területeken magas az ellátandó települések száma, és a tartós helyettesítés is alapvetően ezekben a térségekben figyelhető meg (Kósa et al., 2014), amely a megfelelő mértékű és mélységű gondozást, ellátást akadályozza. Kutatási adatok szerint ez a hátrány az említett területeken kb. 77 ezer 0–7 éves életkorú gyermeket érint (Bíró, Nagy & Szigeti, 2015). A védőnői szakfelügyelet tapasztalatai szerint egyre nehezebb a szabad álláshelyek betöltése, különösen a halmozottan hátrányos körzetekben (Odor, 2011). Ugyanakkor ezekben a kistérségekben jellemzően átlagosan több családlátogatást végeznek a

¹⁸⁹ Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, 2019.

¹⁹⁰ 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.

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 & 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,¹⁹¹ illetve a szövődményes eseteket,¹⁹² az újszülötteket, a koraszülötteket, a kis súllyal születetteket, valamint az egészségi és/vagy környezeti ok miatt veszélyeztetett csecsemőket és gyermekeket.¹⁹³ 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,¹⁹⁴ de a környezeti rizikó meghatározása sem egységes (bővebben lásd: Védőnői Szakmai Kollégium, 2009; Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2010; Kereki & Vargáné Molnár, 2015). Ezt oldották fel a TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) programban kifejlesztett egységes rizikókérdőívek (Bass et al., 2014; Moravcsik-Kornyicki & Szöllősi, 2014), amelyeket sikerült implementálni a rendszerbe. (Bővebben lásd a 5. *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 Észak-Magyarország régióban különösen magas a szorosabban nyomon követett gyerekek aránya, hiszen valamivel több mint 30%-uk tartozik

¹⁹¹Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság (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.).

¹⁹²26/2014.(IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 11. §.

¹⁹³49/2004. (V. 21.) EszCsM-rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. § (db).

¹⁹⁴Uo. 3. § (dg).

ide. Ami a megyei adatokat illeti, Borsod-Abaúj-Zemplén megye messze kilóg a sorból, a gyermekek több mint egyharmadát veszélyeztettként tartják nyilván a védőnők (Kereki, 2017a).

A védőnői feladatellátás feltételrendszere

A területi védőnő a kora gyermekkori intervenció szűrési-jelzési szakaszának fontos szereplője. A kora gyermekkori intervenció működését feltáró 2008-2009-es 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. (Kereki & Lannert, 2009) 2018 első félévében az EMMI Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság Prevenációs és Surveillance Osztálya felmérést végzett a védőnők körében a szülői kérdőív használatáról. Kiderült, hogy a védőnők 84%-a teljeskörűen alkalmazza a kérdőívet (Kissné Garajszki & Árváné Egri, 2018), a jelzett év második félévében már 90%-uk szűrte ilyen módon (Kissné Garajszki & Árváné Egri, 2019), jelenleg pedig 95%-os a szűrési arány¹⁹⁵, tehát a szűrések elvégzését tekintve kedvező fejlődés történt. Abban is megmutatkozik az előrelépés, hogy a 2010-es évek elején jellemző 5%-os kiszűrési arány (Kereki & Lannert, 2019a), amelyet a szülői kérdőív tesztelésekor, 2014-ben 7,3%-ra sikerült felvinni (Fogarasi, Kereki & Berkes, 2017), a 2019-es adatok alapján 11%-ra emelkedett¹⁹⁶, amely a nemzetközi, nagyjából egyhatodos arányhoz (Boyle et al., 2011) jobban közelít.

A tanácsadók, rendelők (alap)felszereltségének hiánya és elavultsága nehezíti a megfelelő szintű szolgáltatás elvégzését (Kereki és Lannert, 2009a). 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 régiak 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 informatikaeszköz-ellátottságára irányuló vizsgálatból kiderült, hogy a

¹⁹⁵ Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, Védőnői adatbázis, 2019-es év összesített adatai alapján.

¹⁹⁶ Uo.

körzetek több mint felében a munkavégzéshez egyáltalán nem megfelelőek a feltételek, 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 Kora gyermekkori (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 informatikai rendszer használható legyen.

6.2.1.2. Házi gyermekorvos, házi orvos

A 0–18 éves gyermekek ellátását házi gyermekorvosok és olyan házi orvosok látják el, akik a felnőttek mellett gyermekek ellátását is végzik. 2017-ben a nagyjából 3000 gyermeket ellátó házi orvosból 1426 volt a házi gyermekorvos. Az egy gyermeket ellátó házi orvosra jutó, 0–4 éves korú gyermekek átlagos létszáma 256 fő.¹⁹⁷ 2015-ben 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.¹⁹⁸ (Kereki, 2017a)

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 házi orvos 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 házi orvosok 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 házi orvos praxis.¹⁹⁹ Bár a vegyes praxist folytató házi orvosok a gyermekek ellátására általában felkészültek, a képzési különbségekből adódóan²⁰⁰ kevesebb rutinnal rendelkeznek a kora gyermekkori fejlődés követésében, és a szűrés feladataira is jellemzően kevésbé felkészültek, mint a házi gyermekorvosok (Kádár et al., 2010, 2011). Ezt támasztják alá a

¹⁹⁷ KSH Tájékoztatói adatbázis, 2017

¹⁹⁸ KSH Tájékoztatói adatbázis, 2015 és KSH STADAT-táblák.

¹⁹⁹ KSH Tájékoztatói adatbázis, 2015. Frissebb adatok erről nem állnak rendelkezésre.

²⁰⁰ Míg a házi gyermekorvosok 5 éves gyermekklinikai, kórházi képzésben vesznek részt, a házi orvosok törzsképzési programjában 4 hónap gyermekgyógyászat szerepel, amely tartalmaz gyermekorvosi praxisgyakorlatot is [22/2012. (IX. 14.) EMMI-rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszervezéséről, 2. számú melléklet]. Ennek időtartama jellemzően 6-8 hét.

2014-es kutatási eredmények, melyek szerint a vegyes praxisú házi orvosok 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 et al., 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. (Kereki, 2017a)

Budapesten csak házi gyermekorvosok látják el a gyermekeket. Az ellátott gyermekszámban is tükröződik ez az egyenlőtlenség. Észak-Magyarországon a 0–4 éves életkorú gyermekek 37%-át, Észak-Alföldön 31%-át vegyes praxisú házi orvosok látják el, ugyanakkor Dél-Dunántúlon (25%) és Nyugat-Dunántúl aprófalvas településein (22%) is magasabb ez az arány az átlagnál (18%). (Kereki, 2017a)

2011-ben a Semmelweis Terv felhívta a figyelmet arra, hogy az aktív házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú házi orvosok 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 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 et al., 2014).

Betöltetlen álláshelyek

A házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú házi orvosi 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 napi adatokat közöl, a 2020. április 15-i adatai alapján 425 volt az összes tartósan betöltetlen házi orvosi álláshelyek száma (Országos Alapellátási Intézet, 2020), melyből 96 praxis felnőtteket ellátó házi orvosok, 101 praxis házi gyermekorvosok, és 228 praxis vegyes házi orvosok által ellátott szolgálatok. A házi gyermekorvosok és a vegyes praxist ellátó házi orvosok össz-praxisszámának nagyjából 10%-a betöltetlen. Megjegyzendő, hogy a legutoljára megnézett 2017. augusztus 1-i állapothoz képest is 2 százalékpontos emelkedés detektálható. A hátrányos helyzetű régiók

mindegyikében, de különösen Észak-Magyarországon jelent ez gondot, ahol az országos átlagnak több mint másfélszerese a betöltetlen praxisszám. A gyermekeket ellátó orvosok betöltetlen praxisainak nagyjából egyhatoda (45) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében található.

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 & Lannert, 2009a). 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 & 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 & Darvas, 2011).

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). (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)

6.2.1.3. Járó- és fekvőbeteg-szakellátás

A 2013-ban megjelent „Vasgyúró” *gyermekesegészségügyi program* (a továbbiakban: „Vasgyúró” program), amely pozitív fejleményként a gyermekesegészségügyet 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 alapuló, területi ellátási kötelezettséggel jelenik meg a korábban is különálló csecsemő- és gyermekgyógyászat és a gyermeksebészet mellett például a gyermekpszichiátria, a neonatológia, a gyermekneurológia, a gyermek-fül-orr-gégészet és a gyermekrehabilitáció. Így a feladatok, a szolgáltatói ellátási felelősség és a betegutak szakterületenként is egyértelműbbé váltak. 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* (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013).

A legutolsó gondolatot alátámasztani látszanak a statisztikai 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 6–1. táblázat)

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. 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 (lásd 6–1. táblázat)

6-1. 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	Gyermekneu- rológus	Gyermek- szemész	Neonato- lógus
1.	Közép- Magyarország	1324	3401	2302	3118	6506	1425
2.	Dél-Alföld	1403	6665	1839	4443	8887	1568
3.	Dél-Dunántúl	1215	5012	2506	5728	10025	2005
4.	Nyugat- Dunántúl	2014	3845	4230	3845	14099	1839
5.	Észak-Alföld	3296	6293	3461	4327	7692	2036
6.	Észak- Magyarország	2452	5995	6744	7708	17984	2452
7.	Közép- Dunántúl	1999	9595	4797	6853	23987	2822
	Összesen	1674	4742	2881	4215	9104	1785

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

A szakterületenként megnevezett megyei rangsorok szerint 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. (Lásd 2. melléklet)

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 a szakértők 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 nagyobb munkaerőigényű. A gyermekek járó betegként való ellátását mind a családok, mind pedig az egészségügyi rendszer hatékonyabb működése érdekében kiemelten szükséges támogatni, ami finanszírozási ösztönzőkkel érhető el (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013).

Szülészeti, újszülött- és csecsemőosztály

Az egészséges életkezdet támogatásához a szakemberek olyan környezet biztosítását tartják szükségesnek a szülészeti intézményekben, amely a szoptatást normaként támogatja, tekintettel annak az egészséges fejlődést megalapozó szerepére. 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 bőrkontaktus²⁰¹ biztosítása (Németh és mtsai, 2015).

A „Vasgyúró” program 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 kórházból történt hazabocsátás után szükség van a NEAK által finanszírozott laktációs szakambulanciák létesítésére. A stratégiai anyag arra is kitér, hogy a nemzetközi ajánlásokat és a gyakorlatot követve az orvos, a védőnő, szülésznő és egyéb egészségügyi szakdolgozók alapképzésébe 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 (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013).

Perinatális (neonatólis) intenzív centrumok

A perinatális (neonatólis) intenzív centrumokban (PIC/NIC) a különleges beavatkozást igénylő, sok esetben gépi lélegeztetésre szoruló koraszülötteket, az alacsony születési súlyú,

²⁰¹ 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 et al.,2015).

fejlődési rendellenességgel, illetve szülési sérüléssel világra jött újszülötteket látják el. Évente nagyjából 6000-7000 újszülött kerül az intenzív centrumokba.²⁰² A neonatológiai ellátási szintek közül a perinatális (neonatólis) intenzív centrumok végzik a legmagasabb, III. szintű neonatólis 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 20 perinatális (neonatólis) intenzív centrum működik, egy részük egyetemi klinikákon, más részük közkórházakban. Emellett megemlítendő a rendkívül fontos munkát végző, mozgó intenzív osztályként funkcionáló Peter Cerny Alapítvány, amely szervezetét és funkcióját tekintve eltérően működik a többi intézménytől, amennyiben a koraszülöttek első ellátásával és szállításával foglalkozik. Közép-Magyarországon látják el az intenzív ellátásba bekerülő gyermekek egyharmadát. Az ország négy megyéjében nem működik perinatális (neonatólis) intenzív centrum, Nógrád, Heves, Somogy és Tolna megyében, ami a transzport távolságának és a posztnatólis mortalitásnak a szoros összefüggését tekintve az érintett megyék súlyos állapotú újszülötteit kedvezőtlenül érinti. (Kereki, 2011) 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 kiegészítik 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 2008-2009-ben lezajlott TÁRKI-TUDOK-kutatás során a perinatális (neonatólis) 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 szülészeti közvetlen közelében, a másik fele kórházon belül, de nem a szülőszobával egy épületben, illetve gyermekklinikák osztályaként található (Mészáros, 2007). Miközben a gyermek életésélyeinek szempontjából fontos az intenzív centrum elhelyezkedése, hiszen a szállítás távolsága komoly összefüggést mutat a posztnatólis mortalitással. Minél messzebből szállítják az újszülötteket a perinatális (neonatólis) intenzív centrumba, annál inkább csökkennek az életben maradás kilátásai. Ha egy másik városból történik a szállítás, a posztnatólis mortalitásnak másfélszer akkora az esélye (6,4%), mint ha

²⁰²A koraszülöttek aránya az elmúlt 7 évben (2012–2019) országosan átlagosan 9% volt, ezeknek a gyermekeknek nagyjából háromnegyed része kerül be a perinatális, neonatólis intenzív centrumokba (KSH Tájékoztatói adatbázis, ÁEEK Tauffer-jelentés és a NEFI Perinatális, neonatólis intenzív centrumok adatbázisa, valamint az azóta ÁEEK kezelésében lévő Perinatális, neonatólis intenzív centrumok adatbázisa).

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 2008-2009-es 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. 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 & 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 (Dr. Nádor Csaba szóbeli közlése), komoly kihívással kell szembenéznie a hazai koraszülött intenzív ellátásnak. Néhány intenzív centrumban alkalmaznak ún. ultrakorai intervenciót (*ultra early intervention*), amely a koraszülöttekre ható stressztényezők csökkentésével (hang-, fényingerek stb.), a szülők aktív, 24 órás jelenlétével, a korai anyatejes táplálás bevezetésével, illetve a kengurumódszer²⁰³ alkalmazásával támogatja a koraszülött babák egészségesebb fejlődését.

A koraszülött utógondozó

Az *ab ovo* rizikóbabákként azonosított koraszülöttek, a méhen belül sorvadtt újszülöttek és azok az érett újszülött gyermekek, akiknek megszületése után bármilyen okból perinatális (neonatólis) intenzív ellátásra volt szükségük, nyomon követést igényelnek. Ezeknek a

²⁰³A 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 & Anderson, 2009).

gyermeknek abban az esetben is szükségük lenne a nyomon követésre, ha az intenzív ellátó intézményből őket hazaadó gyermekgyógyász szakorvos, illetve a házi gyermekorvos, háziorvos nem észlel problémát, vagy ha a védőnői szűrővizsgálat nem azonosít semmilyen eltérést. Sajnos, kapacitás hiányában ez nem megvalósítható.

Több perinatális (neonatólis) intenzív centrum mellett működik koraszülött utógondozó. A jogszabály nem tartalmaz a koraszülött utógondozásra vonatkozó kitétel, tevékenysége, feladatai nem szabályozottak, működésére vonatkozóan nincs eljárásrend, szervezetsége esetleges. Ennek megfelelően a különböző intézményekben eltérő protokollok mentén és eltérő életkorig hívják be a gyermekeket. 2008-2009-es kutatási eredmények szerint az intenzív centrumok mellett működő utógondozók több mint háromnegyedében valamilyen szintű szervezett korai terápiás ellátás folyt. Az intézmények 70%-a foglalkoztatott 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 & Péter, 2011). 2018-ban *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében a II-es a III-as progresszivitási szintű PIC/NIC-ek körében kérdőíves felmérés készült, amely az utógondozás jelenlegi státuszát mérte fel. A felmérés alapján megállapítható, hogy mind a 28 intézmény működtet utógondozót, azonban a rizikó újszülöttek utógondozása nem mutat egységes képet. Nem történik meg a kívánatos minimum 8 éves korig tartó követés az esetek 88%-ban, még a legesendőbb, 28. hét előtt született koraszülötteknél sem. Az utánvizsgálók 31%-a 1 éves, 20%-a 2 éves korban lezárja a követést. A gyermekek visszarendelése csak az ambulanciák negyedében teljes körű, számos magas rizikójú koraszülött esik ki a rendszerből. A mozgó rizikó modelljét tekintve a gyermekek későbbi egészsége szempontjából kockázatos, hogy a hazaadáskor kóros tünetet (még) nem produkáló újszülöttek, illetve koraszülöttek nem kerülnek be az utánvizsgálati rendszerbe. Multidiszciplináris team csak kevés helyen áll rendelkezésre. Nem foglalkoztatnak gyermekneurológust az ambulanciák egyharmadában, nincs mozgásterapeuta (akár konduktor, akár gyógytornász) az utánvizsgálók szintén egyharmadában, és nem áll rendelkezésre gyógypedagógus a kétharmadában. A házi gyermekorvosnak, háziorvosnak a PIC-ek többsége csak a kötelező védőnői jelentés illetve a zárójelentés útján adja át a rizikó

újszülötteket, hiányzik a személyes (legalább telefonos) kapcsolatfelvétel, ami kölcsönös információáramlásra és kérdések feltevésére adhatna lehetőséget. (Nádor et al., 2018b)

A szakemberek szerint az első három évben még a problémamentes gyermekek kontrollvizsgálatára is minimum évente 1-2 alkalommal szükség lenne. 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 & Jens, 1988) jelensége is indokoltá teszi, amely alapján a probléma nyomai a fejlődés folyamán eltűnnek ugyan, de ez nem garantálja, hogy az érintett gyermekek a későbbiekben újra veszélyeztetetté ne váljanak, és a megnyilvánuló tünetek visszatérően elő ne forduljanak (Ribiczey & Kalmár, 2009; Kalmár, 2008). Éppen emiatt legalább 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 nekik is részt kell venniük (Bod & Hajtó, 2012). Amennyiben a gyermekneurológiai utánkövetés nem oldható meg szakemberhiány miatt, akkor a gyermekrehabilitációs szakvizsgálóval rendelkező orvosok ellátásba való bevonása helyettesítheti ezt (Vekerdy & Mramurác, 2006). A házi gyermekorvos, házi orvos 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.*

Gyermekrehabilitáció 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 (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013). A rehabilitációs, rehabilitációs tevékenységet végző intézmények között egyedi helyet foglal el a

Szent János Kórház Fejlődésneurológiai Osztálya, ahol a veleszületett idegrendszeri károsodások kivizsgálásával és rehabilitációs ellátásával foglalkoznak (Berényi & Katona, 2013). 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 kiszűrhetőek (Fekete, 2006). Pontos diagnózis esetén a gyermekneurológusok neuroterápiás ellátást javasolnak.

A régóta működő gyermekrehabilitációs központok mellett, mint például a miskolci Gyermek egészségügyi 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 Gyermek kórházban, valamint a Bethesda Gyermek kórházban. A „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi 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 (OGYEI, 2005). Az országban 2014-ben összesen 9 gyermekrehabilitációs szakorvost tartottak nyilván²⁰⁴, 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-gégészeti, 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 miatt 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

²⁰⁴ Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa, 2014. Frissebb adat nem áll a rendelkezésre.

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 fül-orr-gégészeti szakmai kollégiumi szervezetek együttműködésével. Az átalakítás során ennek a rendszernek az észszerűsítése, hatékonyságának javítása, alapellátási környezetbe illesztése lenne indokolt (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 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. 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 népességben 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, 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) (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013).

Az egészségügyi ellátórendszer átalakításával kapcsolatos elképzelések között öröndetesen 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 mentálhigiénés preventív szolgáltatásait, beleértve a közösségi gyermekpszichiátriát, a gyermekpszichiátriai gondozói hálózatot és a gyermekpszichiátriai aktív és rehabilitációs osztályos háttérrel is. Az elképzelések között szerepelt egy mobil multidiszciplináris team felállítása (pszichológus, gyermek- és ifjúságpszichiáter, gyógypedagógus, pszichoterapeuta), akik a szükséges ellátást bizonyos napokon kiviszik a kistérségekbe is (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 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 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, 2014). 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 felnőtt ellátásba történő átmenet* kérdése jelenleg esetlegesen biztosított. A krónikus beteg gyermekek felnőtt gondozásba 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 azonban nem készültek fel a gyermekek ellátására (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 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.

6.2.2. A szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szolgáltatások

6.2.2.1. Családsegítő, gyermekjóléti szolgáltatások

A *Legyen jobb a gyermekeknek!* Nemzeti Stratégia (2007-2032)²⁰⁵ 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. 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 (sic! – ma már családsegítők) esetében jelent ez problémát, ahol a gondozott családok, illetve gyermekek száma sokszor jóval meghaladja a jogszabályban maximalizált létszámot. (Rajzinger, Tóth & Zeller, 2010, Lux, 2011). 2011-ben a leghátrányosabb helyzetű települések kevesebb mint felébe nem jutott el családsegítő, gyermekjóléti szolgálat a települések kétötödében működött.²⁰⁶ Megjegyzendő, hogy a család-és gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó intézmények, bár minden év január 31-ig lejelentik a foglalkoztatottak számát, de ezek a számok önmagukban nem mutatnak rá a felmerülő hiányokra, hisz nem szerepel köztük a be nem töltött státusz. A módszertani tevékenység tapasztalatai, a területen dolgozók beszámolóí és a megyei/fővárosi

²⁰⁵ 47/2007. (V. 31.) OGY határozat a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégiáról, 2007-2032, II. fej. 6. pont

²⁰⁶ Alapadatokat lásd: LHH-adatbázis, 2011.

Kormányhivatalok ellenőrzései alapján elmondható, hogy a fenntartó által finanszírozott munkatársi létszám a legtöbb intézményben nem éri el a releváns rendeletben előírt létszámot, igen sok területen az engedélyezett státuszokat sem tudják betölteni, nincs elég szakképzett és/vagy e területen elhelyezkedni kívánó szakember. (Batta et al., 2018)

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; Pintér & Tóth, 2017). A gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltatók által észlelt veszélyeztetett kiskorúak átlagos száma 2015-ben Észak-Magyarországon és a Dél-Dunántúlon volt a legmagasabb, míg a legkevesebb ezer lakosra jutó veszélyeztetett gyermeket a Nyugat-Dunántúlon találjuk. A megyei szám adatok megoszlását tekintve Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Hajdú-Bihar megye és Baranya megye kiugróan magas értékekkel rendelkezik. Legkisebb a veszélyeztetett gyermekek aránya Győr-Moson-Sopron megyében. A gyermekjóléti szolgáltatást igénybe vett 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%)²⁰⁷ (Kereki, 2017a).

6.2.2.2. 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. A munka és a családi élet összeegyeztetése érdekében a családpolitikai intézkedések között megjelenik 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 a

²⁰⁷ KSH Stadat táblák, 2015.

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 2019 között megfordult a folyamat, és a szociálpolitikai intézkedések hatására a működő bölcsődék száma folyamatosan, 594-ről 789-re nőtt. Ezt kiegészíti az összesen 1141 családi bölcsőde, mini bölcsőde és munkahelyi bölcsőde. Mindezek ellenére a települések 78%-ban nincs helyben bölcsőde. A bölcsődéskorúaknak biztosított férőhelyek száma 2008-tól másfélszeresére emelkedett, ami 2019-ben több mint 41 000 férőhelyt jelent a „klasszikus” bölcsődében, és közel 7500 férőhelyet a többi bölcsődei ellátást nyújtó intézményben, szolgáltatásban. Míg 2008-ban a korcsoportos népesség 7%-ának, 2015-ben közel 14%-ának, addig 2019-ben 17,4%-ának nyújt lefedettséget a bölcsődei rendszer.²⁰⁸ 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 kimutathatóak a különbségek. 2015-ben 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 képest az igénybevételi arány, nagyjából minden hatodik gyermeknek van helye a bölcsődékben. A megyék tekintetében legkedvezőtlenebb 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.²⁰⁹

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-as 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

²⁰⁸KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2008, 2015 és KSH Stadat táblák, 2019.

²⁰⁹Legutolsó elérhető területi adat: KSH Stadat táblák, 2015.

legalacsonyabb a bölcsődékben a sajátos nevelési igényű gyermekek aránya, a bölcsődei szolgáltatást igénybe vevő gyermeklétszám 0,9%-át, illetve 1%-át adják. Megyei szintű összehasonlításban: 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%). (Kereki, 2017)

A bölcsődei férőhelyek erőteljes emelésére irányuló kormányzati törekvések egyik feltétele a megfelelő számú és tudású munkaerő biztosítása. A bölcsődei szakemberek munkájának támogatására 2016. január elsejétől a felsőfokú végzettségű kisgyermeknevelőket bevonták a pedagógus-előmeneteli rendszerbe, ezzel ösztönözve őket a pályán maradásra, illetve a felsőfokú képzésekben való részvételre.

6.2.2.3. Biztos Kezdet Gyerekházak

A 2008-ban induló Gyerekesély programban kezdték el működésüket a Biztos Kezdet Gyerekházak, annak az alapgondolatnak a jegyében, hogy a társadalmi kirekesztődés megelőzésének kulcsa a kora gyermekkori 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. A céloknak megfelelően a gyermekek közvetlen fejlesztésén túl fontos törekvés volt, hogy a szülőket segítsék hozzá az önálló(bb) szülői, családi életvezetési készségek elsajátításához. (Szilvási, 2010). 2009–2019 között országosan összesen 199 gyerekház nyitotta meg a kapuit.²¹⁰ 2018-ban 1788 0–2 éves és 449 3–5 éves, összesen 2237 gyermek részesült rendszeres gondozásban. A 2013-as nyitóadatokhoz képest másfélszeres a létszámnövekedés.²¹¹ Gyakorlatilag most már minden régióban találunk gyerekházat. 2019 második felében Észak-Magyarországon volt a legtöbb Biztos Kezdet Gyerekház (80), magas számban alakultak még az Észak-Alföldön (68), a legkevesebb Nyugat-Dunántúlon található (1).

²¹⁰ Kovács Erikának, az EFOP 1.4.1. Gyerekesély Program szakmai vezetőjének adatközlése, akinek ezúttal mondok köszönetet.

²¹¹ KSH Stadat táblák, 2018.

6.2.3. A köznevelés területe

6.2.3.1. Óvodák

A települések több mint 70%-ában található óvoda. A 2018–2019-es tanévre²¹² vonatkozó adatok szerint a feladatellátási helyek száma 4598, óvodai nevelésben 326 600 gyermek, a korcsoportos népesség 85%-a részesül. Országos átlagban egy óvodapedagógusra 10,4, egy óvodai csoportra 21,8 gyermek jut, mindkét mutató közel megegyezik az előző két évi értékkel.²¹³ Az óvodák kapacitását jól tükrözi a férőhely-kihasználtsági mutató, ami az óvodába beíratott gyermekek száma az óvodák férőhelyeinek százalékában. E mutató alapján 86%-os az óvodai férőhely-kihasználtság. A KSH adatai szerint többéves összehasonlításban elmondható, hogy országos szinten nő a férőhelyek kihasználatlansága (Központi Statisztikai Hivatal, 2019). Ugyanakkor helyi, települési szinten sok esetben férőhelyhiány tapasztalható. A területi különbségeket tekintve a férőhelyek kihasználtsága Pest megyében a legmagasabb (90,2%), míg Somogy megye az, ahol a többi megyéhez képest a legkevésbé kihasználták a fenntartott óvodai férőhelyek (81%).²¹⁴

2018-ban a sajátos nevelési igényű gyermekek aránya 3% az óvodások körében, 0,2 százalékponttal magasabb az egy évvel korábinál. Az érintett közel 10 ezer gyermek 82,2%-a integrált nevelésben részesül.²¹⁵ Ugyanakkor még mindig magas arányban azonosíthatóak azok a gyermekek, akiknek iskolába lépésük előtt nem derült ki a sajátos nevelési igényük. Több évben is összevetésre került az első osztályban újonnan sajátos nevelési igényű kategóriába került gyermekek létszáma az előző évben utolsó éves integráltan és gyógypedagógiai tanterv szerint nevelt óvodai csoportokba járó nagycsoportos gyermekek létszámával. Gyakorlatilag minden egyes alkalommal ugyanaz az eredmény született: *az első osztályos sajátos nevelési igényű gyermekek nagyjából 40%-áról nem tudjuk pontosan, mi történt velük az iskolába lépésig* (Kereki & Lannert, 2009; Kereki, 2011, 2017a)²¹⁶. 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 tény, hogy vannak olyan fogyatékoságtípusok, amelyek csak a beiskolázáskor válnak

²¹² Adatok forrása: KSH Tájékoztatói adatbázis.

²¹³ KSH Tájékoztatói adatbázis alapján számolt.

²¹⁴ Adatok forrása: KIR statisztika, 2019.

²¹⁵ Köznevelési Statisztikai Évkönyv, 2018/2019 alapján.

²¹⁶ Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009; 2009/2010, 2015/2016.

nyilvánvalóvá, amikor a strukturált és formális oktatási helyzetekkel és tantervalapú követelményrendszerrel szembesül a gyermek. Az enyhe értelmi fogyatékoságot 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 & Mészáros, 2012).

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%). 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 vannak a legkisebb arányban 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. (Kereki, 2017a)

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].

6.2.3.2. Pedagógiai szakszolgálat

A pedagógiai szakszolgálatoknál a 2015–16-os évben 4524 gyermek vett részt gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozásban, ez a korcsoportos (0–5 éves) népesség 0,8%-át tette ki. A korai fejlesztésben ellátott gyermekek kétharmada 3 év alatti

(Kereki, 2017a). A 2019/2020-as tanévben az ellátott gyerekek száma 8297²¹⁷, ez a korcsoportos népesség 1,5%-a, tehát arányaiban megemelkedett a korai fejlesztésben részt vettek száma, amely mögött állhat az a szemléletbeli és a jogszabályban is visszatükröződő változás, amely a korai fejlesztés nyújtást a sajátos nevelési igényű kategóriába való besorolás nélkül is támogatja.

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.

A 2010-2011-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 (neonatólis) 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 készített arra

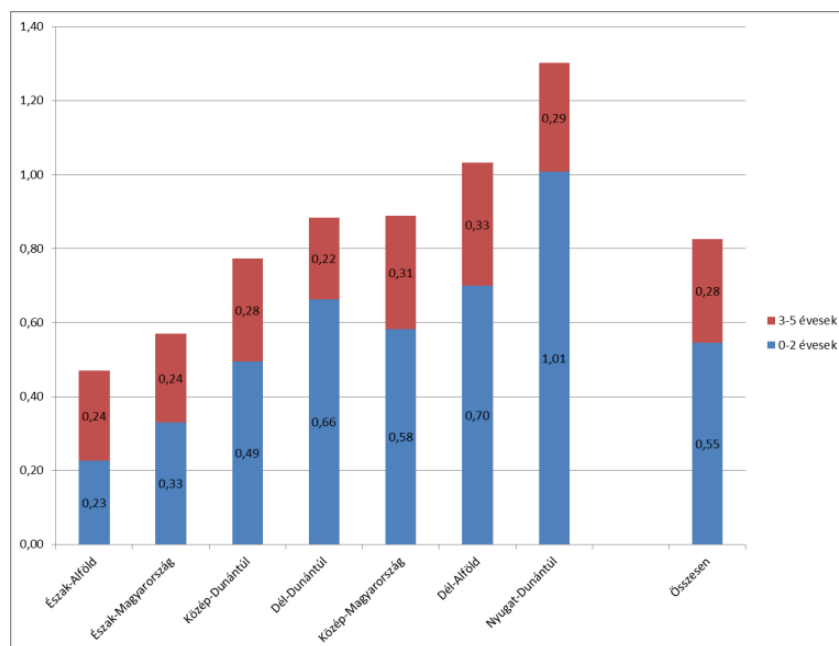
²¹⁷ Forrás: KIR-STAT 2019/2020

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 et al., 2014). Ugyanakkor, ha ez utóbbi adattal összevetjük a 2013-as korai fejlesztésben és (az akkor még külön kategóriaként létező) 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.²¹⁸

Regionális és megyei bontásban (Kereki, 2017a) megnézve a pedagógiai szakszolgálatok által korai fejlesztésben részt vett gyermekek számát, markáns kép rajzolódik ki. Az Észak-Alföld és Észak-Magyarország az, ahol az átlagnál jóval kisebb a 0–5 évesek között a korai fejlesztésben részt vevők aránya (0,5% és 0,6%), míg a 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 a Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb (1%). (Lásd 6–1. ábra.)

²¹⁸KIR–SAT 2010–2014 – 2015 .07 .29.

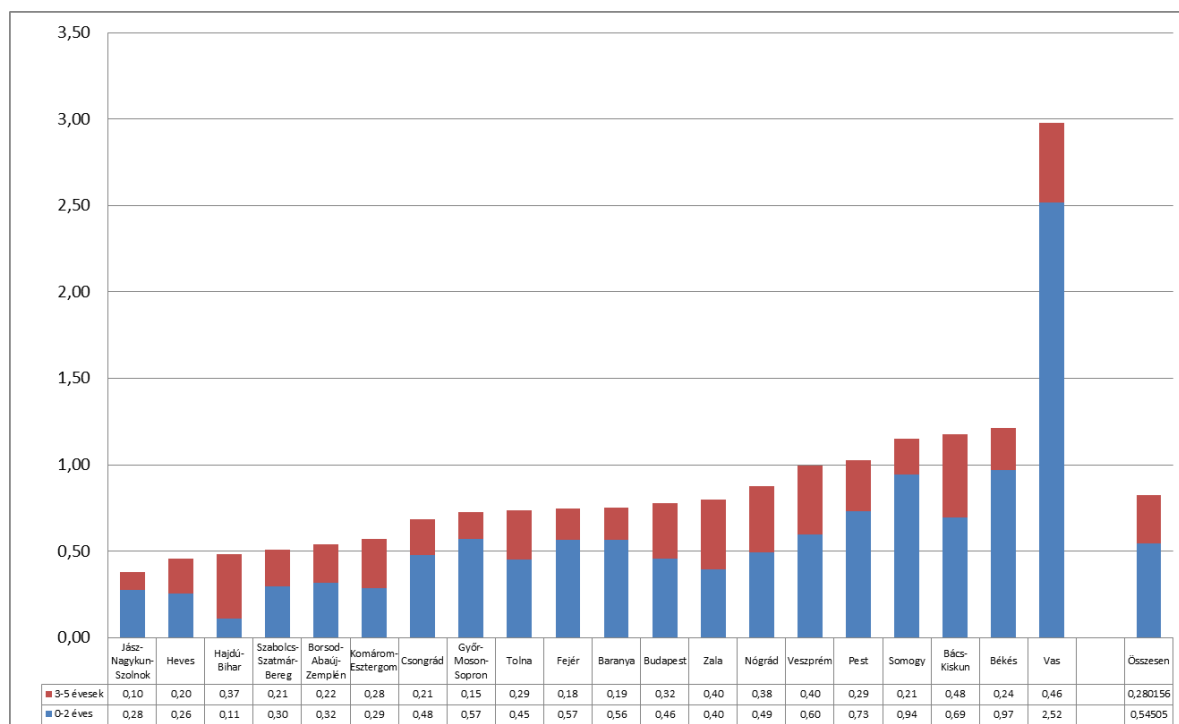
6–1. ábra. Korai fejlesztésben részt vevő gyermekek korösszetétele a 0–5 éves korcsoportos népesség arányában, regionális bontásban (%), 2015/2016



Forrás: Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2015/2016

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 6–2. ábra.)

6–2. ábra. Korai fejlesztésben részt vevő gyermekek korösszetétele a 0–5 éves korcsoportos népesség arányában, megyei bontásban (%), 2015/2016



Forrás: Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2015/2016

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 a nevelési tanácsadást, a konduktív pedagógiai ellátást és a logopédiai szolgáltatást. A 2015/2016-es 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.²¹⁹ 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 lehet 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.²²⁰

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 & Herczog, 2011) kevésbé ismert terület még. Mint ahogy a csecsemő- és kisgyermekkorai 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.

A szakemberlétszámot tekintve ezen a területen is komoly létszámhiánnyal küzd a szakma. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben 2016-ban megközelítőleg ötezer szakember dolgozott, a jogszabály szerint előírt létszámtól ez körülbelül 1300 fővel maradt el.²²¹ Legfrissebb adatok szerint sem változott a helyzet. A 2019/2020-as tanévben 5027 fő dolgozott munkaviszonyban a pedagógiai szakszolgálatoknál a rendeletben előírt 6307 fő helyett.²²² Óraadókkal igyekeznek kipótolni a hiátust. A terület tehát súlyos szakemberhiánnyal küzd, amely orvosolható új szakképzettséget vagy speciális tudást adó

²¹⁹ KIR-STAT, 2010–2014 – 2015. 07. 29.

²²⁰ Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2015/2016 adatai alapján.

²²¹ KIR-STAT, 2016/2017

²²² KIR-STAT, 2016/2017 alapján adatközlő Dr. Kiss László, akinek ezúttal mondok köszönetet.

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.

2008-2009-ben a szakértői bizottságok egynegyede az eszközellátottság hiányosságaira panaszkodott. A bizottságok vezetői a velük készült interjúkban jelezték, hogy az általuk használt *diagnosztikus eljárások korszerűtlenek*, nem standardizálták őket, vagy ha igen, a standardjuk már lejárt. Az egyre nagyobb számban jelentkező, egyre összetettebb problémák diagnosztizálásához új eszközökre van szükség. (Kereki & Lannert, 2009) Időközben több olyan projekt is zajlott, amely enyhített az eszközproblémán. Így a TÁMOP-3.1.1 XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) II. szakasz kiemelt projekt keretében a korai területen standardizálásra került öt, nyelvi képességet vizsgáló hazai fejlesztésű vizsgáló eljárás, vagy a TÁMOP-3.4.2 Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése) című kiemelt projektben a pedagógiai szakszolgálatok korszerű eszközfejlesztésére, sztenderdizált eszközök beszerzésére került sor. Legutóbb pedig A kora gyermekkori intervenció ágazatfejlesztése projekt juttatott el a pedagógiai szakszolgálatoknak hiánypótló diagnosztikus eszközöket.

6.2.4. Az intézményrendszer szereplői közötti együttműködések

6.2.4.1. Általános kapcsolati jellemzők

A gyermek és családja ellátásba kerülésének, a megfelelő, szükségletalapú szolgáltatásokhoz való hozzájutásának az egyik legfontosabb feltétele az eltérő ágazati irányítású intézmények különböző szakterületeit képviselő szakemberek együttműködése, rendszeres kommunikációja, a folyamatos információáramlás biztosítása. Ugyanakkor a rendszer működésére döntően az információhiány jellemző, amely nemcsak akadályozza a különböző intézményrendszerek közötti átjárást, de a szülőket is bizonytalanságban tartja döntéseiket, illetve gyermekük további sorsát illetően. Az intézményekről, a különböző terápiákról, a juttatásokról az érintett szülők leggyakrabban hasonló helyzetben lévő szülőktől, ismerősöktől vagy internetről informálódnak (Kereki & Lannert, 2009a). A különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők is hiányosan informáltak egymás munkájáról, nincsenek tisztában egymás feladataival, kompetenciáival. (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2009,

2010b, 2011, 2013, 2015). A kooperáció és az információk megfelelő áramlása egy koordinált szolgáltatásnyújtás keretében tudna leginkább működni.

A szervezett információáramlás leginkább az egészségügyi intézményes szereplők között jellemző, amennyiben a számukra előírt jelzési kötelezettségeket jogszabály írja elő (pl. a védőnőnek jelzési kötelezettsége van a kezelőorvos, a házi orvos illetve a házi gyermekorvos és a család- és gyermekjólét felé). A szabályozás ellenére a kapcsolattartás mégsem működik optimálisan. A védőnő és a házi gyermekorvos közötti kapcsolattartás kifejezetten nehézkes. A megfelelő együttműködés lazulását a védőnők a szabad orvosválasztás következményének tartják.²²³ (Kereki & Lannert, 2009) Ez azt eredményezte, hogy egy védőnői körzetre átlagosan 11 házi gyermekorvosi / házi orvosi 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 valóban megnehezíti a védőnővel való kapcsolattartást, mivel az ilyen ellátottak esetében 10-12 védőnővel kell együttműködniük (Kósa et al., 2014). Kedvezőbb ott a helyzet, ahol az orvosi rendelő és a tanácsadó egy épületben vagy egymáshoz közel működik (Kereki & Lannert, 2009). Ugyanez a jelenség köszön vissza a 2019-es, különböző ágazati szakembereket megszólító kvalitatív vizsgálatban is, ahol gyakorlatilag minden ágazat képviselői beszámoltak arról, hogy ha egy épületben vagy egymás közvetlen közelségében dolgozik két különböző szakember, vagy ágazat, az nagymértékben segíti a jól működő informális kapcsolatrendszer kiépülését.

Egy korábbi vizsgálat szerint az esetek egyharmadában a védőnő és házi gyermekorvos, házi orvos megfelelő együttműködésének hiánya akadályozza a megfelelő megelőző-gyógyító ellátást (Odor, 2007). 2010-ben egy újabb vizsgálat, amely a területi védőnők körében mérte fel többek között a védőnő és házi gyermekorvos/házi orvos együttműködését, még a korábbinál is gyengébb kapcsolatokat talált, az esetek valamivel több mint felében semmilyen együttműködés nem volt a két szakember között. A nem elégséges minőségű kapcsolatokban ellátott, 0-6 éves korú, illetve 7-18 éves otthon gondozott (iskolába nem járó) gyermekek számát 137 735 főben jelölték meg a védőnők. Ugyanakkor a 2013-ban végzett egészségügyi alapellátás szakembereinek időmérleg-vizsgálata a 0-7 éves gyermekek eltérő fejlődési

²²³ 1993 előtt a védőnők a házi gyermekorvossal / házi orvossal közösen látták el a körzeteket. A szabad orvosválasztással megszűnt ez a fajta szoros együttműködés.

problémáival kapcsolatban sokkal intenzívebb együttműködési hajlandóságot mutatott ki a vegyes praxisú házi orvosokat és a házi gyermekorvosokat tekintve, akik saját bevallásuk szerint kiemelkedően magas arányban konzultálnak a védőnővel (az esetek 92,9%, illetve 84%-ban). (Kósa et al., 2014). Saját ágazaton belül az egészségügyi alapellátóknak az egészségügyi szakellátó szakorvosokkal való kapcsolattartása az érintett gyermekcsoportot tekintve a szakemberek időmérleg-vizsgálata alapján viszonylag jónak mondható. A házi gyermekorvosok 84%-a, a vegyes praxisú házi orvosok nagyjából 80%-a konzultál a szakellátás szakorvosaival. Ugyanebben a relációban a védőnők 39%-a cserél szakmai információt, de összességében 71%-ukra jellemző, hogy egészségügyi szakellátó intézmények szakembereivel kapcsolatot tart (Kósa et al., 2014).

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 házi orvosok kétharmada, a házi gyermekorvosok 62%-a jelezte, hogy kapcsolatot tart a gyermekjóléti alapellátást végző intézmény szakembereivel (Kósa et al., 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 / házi orvosok) 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 et al., 2014). A 2019-ben lezajlott kvalitatív vizsgálat szerint is ellentmondásos a házi gyermekorvosok, házi orvosok gyermekjóléti szolgáltatókhoz való viszonya, van olyan alapellátó orvos, aki sok ismerettel rendelkezik a gyermekvédelmi rendszer működéséről, és van olyan is, aki a gyermekvédelmi vagy a szociális ellátórendszert nem tekinti kapcsolódó rendszerelemnek, és a gyermekek ellátása alatt érezhetően konkrétan a betegségek kezelését érti.

Az egészségügyi alapellátóknak a más szolgáltatókkal való kapcsolatára alacsonyabb érintkezési arányok jellemzőek. A bölcsődékkal, óvodákkal való kapcsolattartás összefüggésben van azzal, hogy a különböző szakemberek vállalnak-e ezekben az intézményekben feladatokat. A pedagógiai szakszolgálatokkal a védőnők nagyjából egyharmada, a vegyes praxisú házi orvosok egyötöde, a házi gyermekorvosok kevesebb mint egyötöde folytat konzultációt (Kósa et al., 2014).

A köznevelés területén jellemző kapcsolati mintázat bontakozik ki, amely a budapesti és a vidéki szakértői bizottságok szerepe közötti különbséget is jól érzékelteti. A vidéki szakértői bizottságoknak, úgy tűnik, általában szoros a kapcsolatuk a jelzőrendszer intézményeivel, ezen belül is a védőnőkkel és a szakorvosokkal rendszeres a kapcsolattartás, a házi gyermekorvosok, háziorvosok tekintetében már megosztottabbak az intézmények. A fővárosi intézmények ellenben hiányolják a védőnőkkel és a házi gyermekorvosokkal való kapcsolatot, hiszen a gyermek útjának erről az állomásáról kerülhetnének be gyerekek, ám ez többnyire kimarad. Úgy tűnik, hogy a jelenségnek az állhat a hátterében, hogy a fővárosban kiterjedtebb a nem állami fenntartású korai fejlesztő hálózat, a védőnők inkább őket ismerik, oda küldik először a szülőket és nem a szakértői bizottsághoz. (Kereki & Lannert, 2009)

Pedig az ellátásba való bekerülésnek igen fontos, ha nem a legfontosabb differenciáló tényezője az egészségügy rendszerén belüli, illetve az egészségügyi-, köznevelési- és szociális intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége, különös tekintettel az informális kapcsolati hálóra. *A szélesebb intézményi kapcsolati hálóval rendelkező közigazgatási egységekben korábban ellátásba jutnak a gyermekek.* A rendszer hatékony működésének egyik indikátora, a gyermekek intézménybe való bekerülésének átlagos életkora azokban a régiókban alacsonyabb, ahol az egészségügyi szereplők (perinatális intenzív centrumok, házi gyermekorvosok, védőnők) és a pedagógiai, szociális intézmények közötti stabil kapcsolódások, a kiterjedtebb kapcsolati háló és gyorsabb információáramlás megkönnyíti a gyerekek bejutását az egészségügyből a pedagógiai jellegű, illetve szociális ellátórendszerbe (Kereki 2009, 2010b). Az átlagos bejutási életkor a dél-dunántúli régióban a legalacsonyabb (itt átlagosan 16 hónapos korukban kerülnek be az ellátásba a gyermekek). Az intézményes ellátásból kikerülő gyerekeknél is ebben a régióban regisztráltak legmagasabb javulási arányt. Azokban a régiókban, ahol a korai ellátás terén a szociális/gyermekevédelmi ellátó intézmények a többi régióhoz képest túlsúlyban vannak (Közép-Dunántúl, Észak-Alföld), magasabb átlagéletkorban kerülnek be a gyermekek az ellátásba, mint a többi régióban (átlagosan 2,7, illetve 2,4 éves korban). (Kereki, 2011)

A személyes ismeretségnek, illetve az informális kapcsolatoknak a rendszert mozgató ereje a 2019-es kutatás interjúból is visszaköszön. Szinte minden interjúalany megemlítette, hogy sokkal szívesebben működik együtt (nem is feltétlenül személyes interakcióban) olyasvalakivel, akit ismer. Ez gyakran azt is jelenti, hogy jobban megbízik ennek a személynek a szakmai tudásában, a munkája minőségében. Egy kórházi szakorvos említette

például ezt érvként arra, hogy miért küld gyerekeket szívesebben az általa ismert korai fejlesztő központ vezetőhöz, mint a pedagógiai szakszolgálathoz. Ugyanakkor egy olyan szempont is megjelent a személyes ismeretség fontossága kapcsán, amelyet az egyik legjelentősebb kapcsolatrendszerrel beszámoló megyei pedagógiai szakszolgálat vezetője vetett fel, aki egyetlen interjúalanyként a tágabb közösséget (megyét, várost) is megemlíti, mint a kapcsolati háló lényeges elemeit, hiszen, ahogy fogalmazott, a jó kapcsolatok kiépítése, a többletmunka, az együttműködési készség demonstrálása mind-mind olyasmi, ami segíthet pályázati pénzekhez jutni, vagy támogatókat találni.

6.2.4.2. Szülők tájékoztatása, kommunikáció

Az együttműködés egy speciális formája a szülők irányába történő tájékoztatást. A 2008-2009-es., az ellátórendszer feltérképezésére irányuló kutatásban külön figyelmet kapott a téma a jelzés tematikájában. A fejlődési rendellenességgel született, eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek szülei az egészségügyi ellátórendszer nyújtotta, feljükk irányuló jelzéssel, tájékoztatással kevésbé elégedettek. 2008-ban a kora gyermekkori intervenciók 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 voltak a szülők. A 60%-nyi válaszadó közül, akiknek gyermekénél valamilyen perinatális károsító 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 mikéntje 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, házi orvos esetében. A probléma megfelelő kommunikálásának, a hiteles megmondási stratégia megválasztásának a fontosságára több szakember is felhívja a figyelmet (Lányiné Engelmayer, 2009/2012/2017;

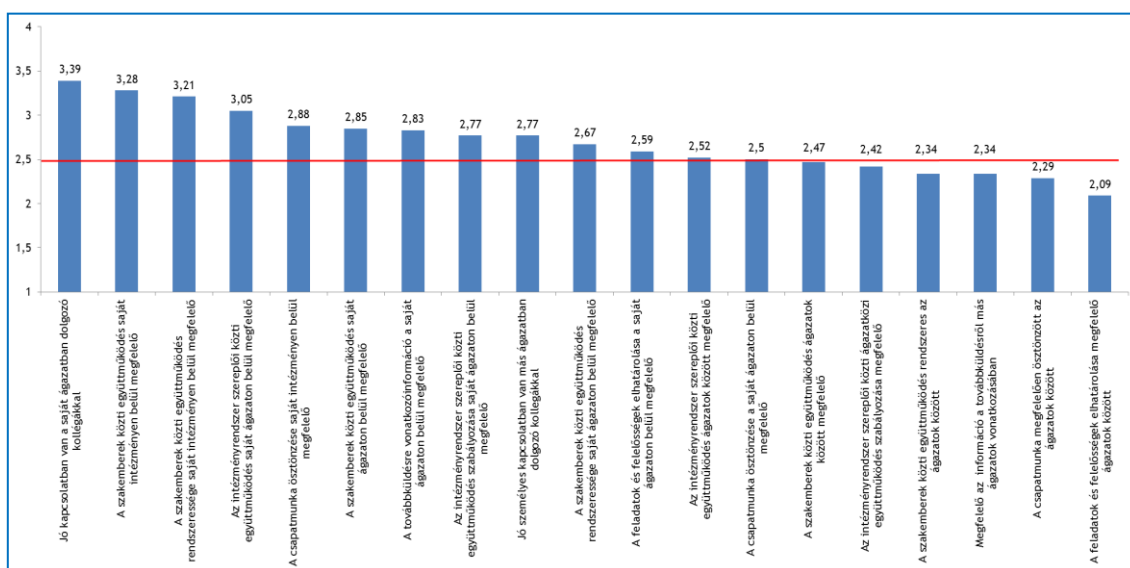
Radványi, 2013), de vannak referenciaként használható protokollok is (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2010; Ritka és Veleszületett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége, 2011). A graduális és posztgraduális képzések tematikájában mindenképpen fontos ennek az elemnek a megjelenése.

6.2.4.3. Ágazatközi együttműködések specifikus jellemzői

A 2014-2015-ös kutatáson belül két megyére (Békés és Zala) kiterjedően lezajlott egy vizsgálat (Kereki, 2015b), amely a terepen dolgozó, különböző ágazati irányítású intézmények szakembereinek megkérdezésével többek között azt vizsgálta, hogyan vélekednek 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, ezen belül is legpozitívabban a saját ágazatban dolgozó kollégákkal való jó kapcsolatot ítélték meg a válaszolók (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 felelőségek ágazatok közötti elhatárolásával voltak elégedetlenek a szakemberek (2,09). (Lásd 6–3. 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 tapasztaltuk, 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).

6–3. ábra. Vélemény a kora gyermekkori ellátórendszeren belüli együttműködésről az adott állítással való egyetértés átlagában (1=egyáltalán nem ért egyet, 4=teljesen egyetért)



Forrás: Optimális kliensútvizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015b)

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 6–4. ábra.).

6–4. ábra. Tipikus együttműködési területek

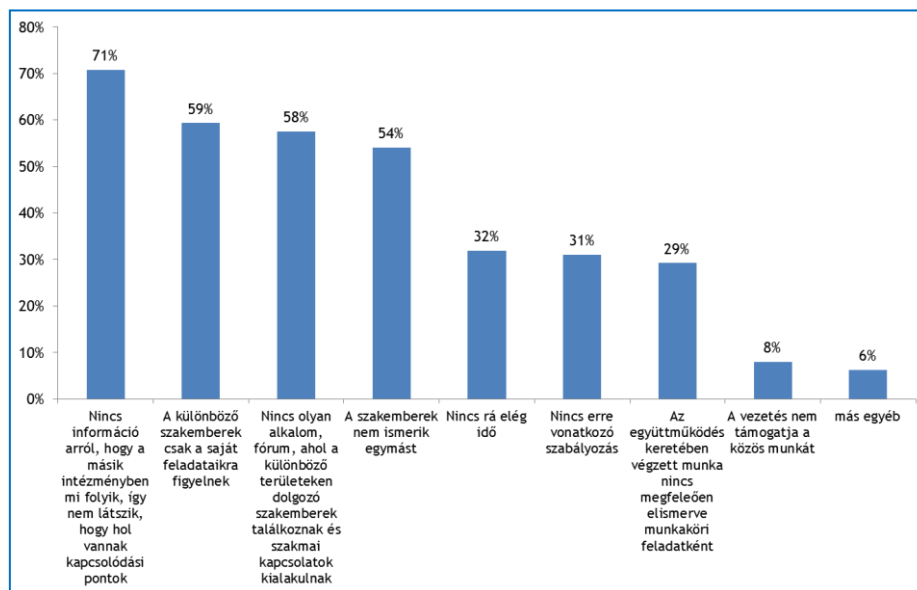
	diagnózis felállítása közös	terápiás ellátás koordinálása	kölcsönös információcsere a gyermekről	közös képzések szervezése	szakmai konferencia	más egyéb	Responses
Saját intézmény szakembereivel	75 39.1%	85 44.3%	160 83.3%	56 29.2%	66 34.4%	10 5.2%	192
Ágazaton belüli intézmény szakembereivel	41 21.4%	61 31.8%	127 66.1%	54 28.1%	60 31.3%	10 5.2%	192
Más ágazathoz tartozó intézmény szakembereivel	22 11.5%	33 17.2%	97 50.5%	34 17.7%	73 38.0%	20 10.4%	192

Forrás: Optimális kliensútvizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015b)

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 (Kereki, 2015b). A 2019-es ágazati szakemberekkel készített interjúk alapján is megállapítható, hogy a kapcsolatok minősége, és a rendszeres közös munka kölcsönösen hatnak egymásra. Ha nincs is különösebb földrajzi közelség, a rendezvények, érzékenyítések, konferenciák megfelelőek arra, hogy a szakemberek megismerjék egymást, és ápolják kapcsolataikat, amelynek segítségével hatékonyabban is tudnak együtt dolgozni. Az egyik járási pedagógiai szakszolgálat vezető említette például, hogy a pedagógiai szakszolgálati rendszer átalakítása után mennyivel könnyebb volt nekik együttgondolkodni a megye többi szakszolgálatának vezetőjével, hiszen már ismerték egymást, míg tudomása szerint Budapesten komoly konfliktust okozott, hogy olyan vezetőknek kellett együtt dolgozniuk, akik előtte nem tudtak egymásról.

A 2014-2015-ös kutatásban azok a szakemberek, akik kritikusan nyilatkoztak a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek közötti együttműködésről, azaz az átlagtól alacsonyabbak voltak az együttműködésre vonatkozó bármelyik állításra adott pontszámuk, 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 6–5. ábra). A válaszok végül is bizakodásra adnak okot, hiszen ezek mind olyan indokok, amelyek akarattal, tudatos hozzáállással megváltoztathatóak.

6–5. 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 kliensútvizsgálat, adatfelvétel, AITA 2014 (Kereki, 2015b)

Összességében azok a szereplők, akik kapcsolatot tartanak valamilyen gyakorisággal egymással, minden más szereplővel való kapcsolatukat az átlagostól jobbnak ítélték meg. Kiemelkedően jó értékelést kapott a területi védőnővel, a falu- és tanyagondnoki szolgálattal, az óvodával, a családsegítő és gyermekjóléti szolgálattal, a bölcsődével, a házi gyermekorvosokkal, vegyes praxisú háziorvosokkal és a kórházi védőnővel való együttműködés. A kora gyermekkori ellátórendszer szereplői között lévő kapcsolatok általános pozitív értékelése jó alap az együttműködés jövője és erősítése szempontjából (Kereki, 2015b).

6.2.5. Továbbküldési utak

6.2.5.1. Általános ellátási utak

A gyermekek ellátási útjának jellegzetességeit a 2008-2009-ben lebonyolított, az egész intézményrendszer működésének leírását végző kutatás tárta fel először. Az előzetes feltevés szerint a gyermek tipikus útja a rendszerben az egészségügyből indul: vagy az újszülött osztályról, vagy a szülő által felkeresett házi gyermekorvostól, házi orvostól egy egészségügyi szakellátó intézménybe vezet, ahol a megfelelő szakorvos (például gyermekneurológus) diagnosztizálja a problémát. Ő küldheti tovább a gyermeket a szakértői bizottság elé, ahonnan

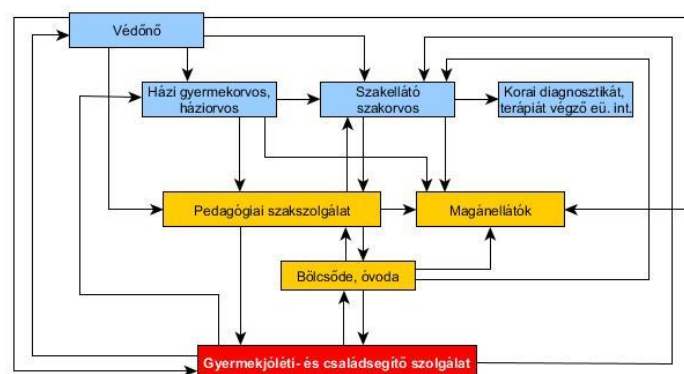
a komplex vizsgálat elvégzése után a megfelelő korai fejlesztést végző intézménybe irányítják. A kapott eredmények szerint ezt az utat a mintában a gyermekek 16,3%-a járta be. A szakértői bizottság vezetőkkel, intézményvezetőkkel és védőnőkkel készült interjúk alapján már a kapcsolatok bemutatása során is láthattuk, hogy vidéken a szakértői bizottságok szerepe hangsúlyosabb, inkább egy kiindulási pontként jelennek meg a korai ellátó rendszer felé vezető úton, mint a fővárosban. Általában az egészségügyből, orvosi papírokkal kerülnek oda a gyermekek, sok helyen kialakult kapcsolatuk van a perinatális intenzív centrumokkal, illetve a koraszülött utógondozóval. A védőnők gyakran küldenek gyermeket vizsgálatra, a gyermekjóléti intézmények is magas számban jeleznek és még a házi gyermekorvosok, háziorvosok is küldenek gyermekeket a szakértői bizottsághoz, még ha nincs is velük kialakult kapcsolat. Budapesten, ahol széles az ellátórendszer kínálata, általában jellemző, hogy hamarabb keresik fel a szülők (akár az egészségügyből indulva, akár saját információk alapján) a korai fejlesztő központot, mint a szakértői bizottságot. (Kereki & Lannert, 2009a)

A kutatási anyagok megfogalmazása szerint tehát, azokban a közigazgatási egységekben, ahol működik korai fejlesztő központ, a „tipikus”-nak hitt út megfordul, hamarabb jutnak el a gyermekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről az ellátó intézménybe, mint a szakértői bizottság elé. A korai fejlesztő központ küldi aztán tovább a gyermeket a szakértői bizottsághoz, sokszor már csak a szakértői véleményért, hiszen több intézményben a komplex diagnosztikai vizsgálatot is elvégzik, és mivel sokat kell várni a bizottság vizsgálatára, elkezdik a fejlesztést. A szakértői bizottságokhoz az esetek túlnyomó többségében nem az egészségügyi szektorból jutnak el a szülők, és gyakori, hogy a szülő a rendszeren kívüli, nem intézményesített szereplőktől (család, ismerős) kap tanácsokat. Tehát valójában *a legtipikusabb út a rendszerben a rendszeren kívüli*. 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 útját. (Kereki & Lannert, 2009a). Kiegészíti a fenti eredményeket egy három megyére fókuszáló kvalitatív vizsgálaton alapuló elemzés, amely megállapítja, hogy ahol az ellátás súlypontja egészségügyi intézmény (gyermek-rehabilitációs központ), ott a rendszer tovább benntartja a gyermekeket az egészségügyi ellátásban, később kerülnek pedagógiai jellegű intézményekbe. Ahol nem működik korai fejlesztő központ, vagy más, centrumszerűen működő intézmény, ott nagyobb szerepe van a szakértői bizottságoknak, és ismertebbek is. Mindezek a kapcsolódások meghatározzák a kliens útját a rendszerben. (Kereki, 2010b)

Az elmúlt tíz évben az ellátórendszer átalakuláson ment keresztül, a köznevelés területén a pedagógiai szakszolgálatok rendszere átalakult, korai fejlesztést állami feladatként a pedagógiai szakszolgálat látja el, a szakértői bizottságok a pedagógiai szakszolgálatokba csatornázódtak be. A megyei és járási szinten pontosan meghatározottak a feladatok és a továbbküldési utak (még ha nem is minden esetben a legegyszerűbbek). A 2019-ben végzett kvalitatív vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a főváros-vidék vonatkozásában mindezek ellenére a továbbküldési utakat tekintve, lényegileg nagyon sok változás nem történt. Vidéken egyértelműbben követhető ellátási utak azonosíthatóak, mint a fővárosban. Budapesten a nem állami fenntartóval rendelkező, a korai fejlesztést szakszolgálati feladatként ellátó központi intézményt, vagy a magánellátót hamarabb felkeresik a szülők, de az egészségügyi alapellátó szakember is előszeretettel irányítja oda a gyermekeket a szülővel. Gyakori az interjúkban annak hangsúlyozása, hogy mivel a szakszolgálatnál sokat kell várakozni, inkább magánúton keresnek fejlesztést a szülők a gyermeknek. Ugyanakkor van olyan megyei pedagógiai szakszolgálat vezető, aki szerint ez náluk nem jellemző, mert a megye lakossága általánosságban véve nem engedheti meg magának az ilyen megoldásokat.

Úgy tűnik, hogy minél speciálisabb szerepet tölt be az egészségügyi ágazatban egy szereplő, annál kevésbé lát rá a többi ágazat elemeire, illetve az oda vezető továbbküldési utakra. A szakellátó szakorvosok jellemzően az egészségügyi továbbküldési utakat említették, vagy a kórházon belüli, illetve más fekvőbetegellátó intézményben működő osztályokra, intézményegységekre, akár rehabilitációs, rehabilitációs tevékenységet végző magánellátókra gondolva. A rendszerben a védőnők „használgják” a legtöbbféle továbbküldési utat. Az alábbi ábra az interjúk alapján készült legmarkánsabb továbbküldési utakat mutatja be (Lásd 6–6. ábra.)

6–6. ábra. A rendszerszereplők továbbküldési útjai, 2019



Forrás: Kereki J.

A rendszer működése szempontjából fontos jellemző, hogyan valósulnak meg az ellátórendszer szereplői közti oda- és visszajelzések, így jelzési utak is kapcsolódnak a továbbküldési utakhoz. Összességében a gyakorlatban dolgozók visszajelzései alapján elmondható, hogy az oda-vissza jelzési utak nem működnek optimálisan. Ez problémát jelent saját ágazaton belül (például az egészségügyi alapellátók között), illetve a más ágazati szereplők felé való visszacsatolásokat illetően (például a házi gyermekorvost, házi orvost a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága nem tájékoztatja a vizsgálati eredményekről, az ellátásba utalásról). (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2011, 2012b, 2013)

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. (Kereki et al., 2014). A jelzőrendszer szereplőinek elégedetlensége már egy korábbi vizsgálatban is megfogalmazásra került, szerintük a gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltató nem ad a jogszabályban megadott visszajelzést a jelzőrendszer tagjai számára. Így 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. (Rajzinger, Tóth & Zeller, 2010).

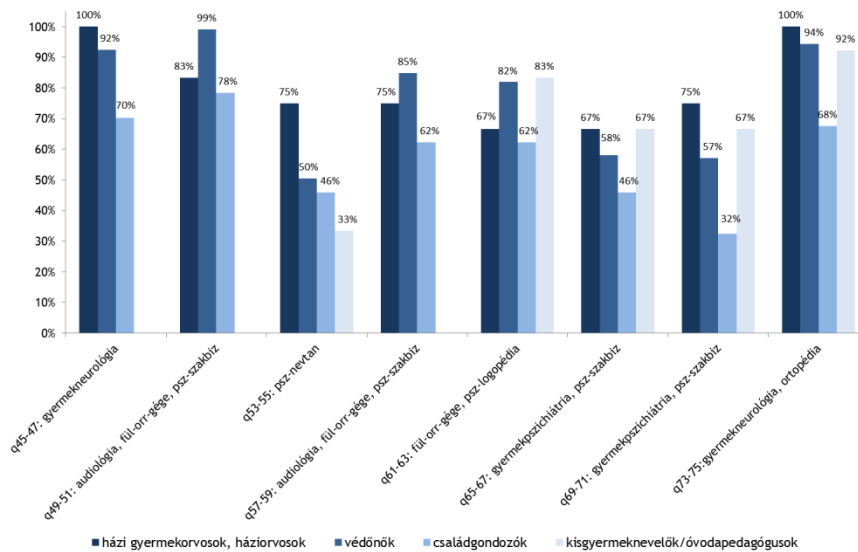
Ugyanakkor a gyermekjóléti szakemberek is megfogalmazzák a számukra érkező jelzések és visszajelzések hiányát, különösen az egészségügyi alapellátás szereplőit említve (Kereki et al., 2014). Az alapvető jogok biztosának 2013-as jelentése szerint a jelzőrendszer más szerveitől (például rendőrség, áldozatsegítő szolgálat) érkezett adatok azt mutatják, különös tekintettel a gyermekjóléti szolgáltatók közölt információira, hogy a gyermekbántalmazásra utaló jelzések a házi gyermekorvosoktól, házi orvosoktól 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 / házi orvosok jelzései, amely az összes jelzést tevő között a legalacsonyabb jelzési arány (Rajzinger, Tóth & Zeller, 2010). Ugyancsak ezt támasztják alá az egészségügyi gyermek-alapellátás szakemberei körében 2013-ban végzett attitűdvizsgálat eredményei is, amelyek szerint a házi gyermekorvosok, házi orvosok kevésbé élnek jelzőrendszeri szerepükkel (Bársonyné Kis et al., 2014). Ugyanakkor a 2019-es interjúk elemzéséből kiderül, hogy sokszor a házi gyermekorvos, házi orvos a védőnő felé küld információt, ha elhanyagolásra vagy bántalmazásra utaló gyanúja van, hogy jelezzen a család- és gyermekjóléti szolgálat szakembereinek, ezért nem jelenik meg ő gyakrabban jelzéstevőként.

A 2014-2015-ös optimális kliensút 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 (Kereki, 2015b)

6.2.5.2. Specifikus ellátási utak ismerete

A 2014-2015-ös kutatáson belül a két megyére kiterjedő vizsgálat a továbbküldési utakra is kiterjedt, ám specifikusabban, a gyermek problémája felől megközelítve azt. A szakemberek által követett/feltételezett kliensútra vonatkozó elképzelések felmérése kapcsán konkrét eseteleírásban megfogalmazott tünetcsoportok esetén kellett eldönteniük a különböző ellátórendszerek szakembereinek, hogy hová küldenék tovább a gyermeket és családját. Az életszerű példa 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” implicálnak. 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 6–7. ábra.).

6–7. ábra. Az esetleírás alapján hová irányítaná tovább a gyermeket? – A megfelelő kliensút választásának aránya a jelzőrendszer egyes fő szereplői esetén²²⁴



Forrás: Optimális kliensút vizsgálat, adatfelvétel, AITA, 2014 (Kereki, 2015b)

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 rendelkezünk 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.

²²⁴ Az ábrán az esetleírás sorszáma és a javasolt továbbküldési utak szerepelnek.

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, beszéd fogyatékoság 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, 2015d) 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 utólagos 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. 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 nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a szolgáltatási rendszereknek minden ágazatban reagálniuk kell a változásokra, módosítani kell a szolgáltatásnyújtás szerkezetét és funkcióit. A kora gyermekkori intervenciók rendszereinek átalakításának szükségességével foglalkozó irodalmakban felvetett tematikák nagyjából az alábbi csomópontok köré csoportosulnak:

- (1) a speciális szolgáltatások integrálása az egyetemes gyermek- és családsegítő szolgáltatások platformjába;
- (2) a hangsúly áthelyezése a szolgáltatási outputokról a szolgáltatási kimenetekre (outcome);²²⁵
- (3) a transzdiszciplináris és kulcsszemély szolgáltatási modellek kipróbálása;
- (4) elmozdulás a közvetlen szolgáltatás nyújtástól a konzultatív szolgáltatások felé. (DEECD, 2008; Moore, 2008; Coulthard, 2009)

A hazai ellátórendszer átalakításánál, illetve korszerűsítésénél – természetesen a jelenlegi gazdasági, társadalmi, intézményes feltételekhez alkalmazkodva – a fenti ajánlások mellett érdemes figyelembe venni azokat az általános nemzetközi trendeket, amelyek egy korszerűbb szemléleti háttér megalapozásán keresztül biztosítják az ellátás hatékonyságának és eredményességének a növekedését. (Ezek *A kora gyermekkori intervenció nemzetközi helyzete* című fejezetben kerültek ismertetésre.) Kiemelésre érdemes néhány vonatkozás, amely a hazai ellátórendszer működésének filozófiájában erőteljesebb hangsúlyt kell, hogy kapjon, ezek: a családközpontú gyakorlat, az inkluzív szemlélet és ahhoz kapcsolódóan a természetes tanulási környezet, az integrált, koordinált szolgáltatói hálózat kialakítása és az interdiszciplináris vagy transzdiszciplináris szemléletben működő teammodellek.

²²⁵ Az outcome-k esetében inkább azon van a hangsúly, a változtatással mit érnek el a különböző fejlődési dimenziókban, képességekben, a gyermek és a család jóllétében.

7.1. Családközpontú gyakorlat az ellátásban

Korábban a szakemberek jellemzően közvetlenül az ellátásra szoruló gyermekkel foglalkoztak, kevésbé vonták be a szülőket a folyamatba, illetve a folyamat során felmerülő a döntések meghozatalába. Az elmúlt években a *családközpontú szolgáltatások* szerepe felértékelődött, a gyermek mellett a család, sőt annak szűkebb, valamint tágabb környezete is a beavatkozások látókörébe került (Bernheimer & Weisner, 2007; Coulthard, 2009). A szakértőközpontú megközelítést a családalapú, családfókuszú, illetve családközpontú gyakorlat váltotta fel (Espe-Sherwindt, 2008). A szolgáltatásnyújtásnál általánossá vált az a felismerés, hogy minden család egyedi, a szülők ismerik legjobban a gyermekeiket, ők tudnak leginkább hozzájárulni szükségletei felismeréséhez, képességei kibontakoztatásához, fejlődése támogatásához és életminősége növeléséhez (Larkin & 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. Mindez a szülők és szakemberek közötti szoros együttműködést, a családközpontú gyakorlat érvényre jutását és magas minőségű technikai támogatást igényel. (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. Szükségeiket 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 (National Scientific Council on the Developing Child, 2008, 2012; Center on the Developing Child, 2015b).

A korábbi hagyományos megközelítéshez képest, amely a gyermek elmaradásaira, hiányosságaira, fogyatékoságára 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 & 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 szolgáltatásnyújtás során az összes családtag szükségleteit, erősségeit és kapacitását figyelembe veszik, és építenek rájuk (Scope, 2004). A család annak érdekében dolgozik együtt a szakemberekkel, hogy közös döntéseket tudjanak meghozni a szükséges szolgáltatásokról és a támogatásokról (Larkin & 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 szemlélet 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 & Messenger, 2010b).

7.2. Inkluzív szemlélet – természetes tanulási környezet

A kora gyermekkori intervenciós rendszerek hosszú utat tettek meg, amíg eljutottak a kora gyermekkori intervenciós központok hálózatától az inkluzív közösségalapú szolgáltatásokig (Dunst, 2001). Az egyéni és családi faktorok mellett a közösségi faktorok szerepe megnőtt, egyre fontosabb lett, hogy olyan napközbeni gyermekellátó intézményeket működtessenek, ahol az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek 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 szintereken szervezett tevékenységekben és nevelésben (Guralnick, 1999; DEECD, 2008; KPMG, 2014; Dunst, 2018).

Ezek a helyszíneken az inklúzió önmagában nem csak azt jelenti, hogy a különleges ellátást igénylő gyermekeket bevonják a közös programokba, hanem azt is, hogy építenek az érdemi tevékenységeikre és részvételükre. A szakértők szerint egy csecsemőnek vagy kisgyermeknek nincs szüksége arra, hogy heti kétszer különféle terápiákra vigyék a növekedése és fejlődése érdekében. A kisgyermeknek a kommunikációs helyzetekre, a mozgásra, a játékra, a függetlenségük fokozatos megélésére van szükségük a mindennapi tevékenységekben, valamint a családtagokkal való interakció ápolására a megszokott helyükön és helyzetükben. A terapeuták a terápiás szakértelmüket erre a célra használva segíthetnek a kisgyermeknek és a családtagjaiknak a kívánt eredmények elérésében. (DEECD, 2008)

Az inkluzív környezet megteremtése felé történő elmozdulást követően jelentősen elterjedt a speciális szolgáltatások és intervenciók tipikus gyermeki és közösségi környezetbe való beintegrálásának gyakorlata, amely támogatja a *természetes tanulási környezetet, mint a gyermek* napi funkcionális készségeinek oktatására és gyakoroltatására szolgáló optimális alkalmazási módot (Moore, 2008a) Az eltérő képességű és ellátási szükségletű gyermekek sikeres bevonására és támogatására az *egyetemes tervezés* koncepciója került előtérbe, ahol az eszközöket, a környezetet, tevékenységeket és a programokat is úgy tervezik, szervezik, hogy azok minden érintett gyermek számára a lehető legnagyobb mértékben hozzáférhetőek legyenek. Ez tapasztalható például az ausztrál és amerikai programokban (DEC, 2007; Moore, 2008; DEECD, 2008; Ring et al., 2019).

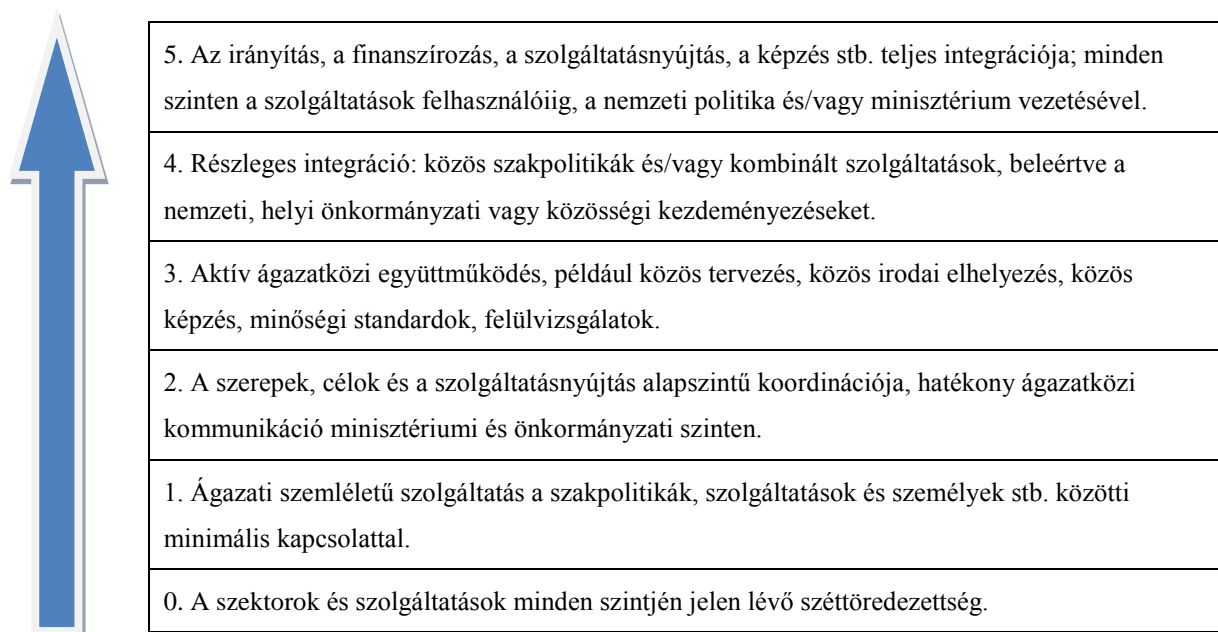
7.3. Integrált szolgáltatói rendszerek

Egy-egy szolgáltatás általában nem képes egymagában ellátni a komplex családi szükségleteket, erre azok az integrált szolgáltatói rendszerek alkalmasak, amelyek sokféle szükségletre képesek reagálni. A nemzetközi tapasztalatok szerint a működőképes kora gyermekkori intervenciók 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 et al., 2014).

Széles körű egyetértés fogalmazódik meg abban a tekintetben, hogy az integráltabb szolgáltatásnyújtás szempontjából a multiszektoralis megközelítéstől az interszektoralis, 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 megvalósulásának egyes szintjeit Woodhead és munkatársai írták le (lásd 77-1. ábra).

7-1. ábra. Az integrált rendszer megvalósulásának szintjei



Forrás: Woodhead et al., 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 különíthetők el egyes ágazatok szerint. A multiszektorális, integrált szolgáltatások biztosítják leginkább, hogy minden gyermek egyenlő eséllyel elérje fejlődésének teljes potenciálját (Engle et al., 2011; Neuman & Devercelli, 2013; KPMG, 2014), ugyanakkor költséghatékonyág szempontjából az ágazatspecifikus szolgáltatási platformokra épülő integrált ellátás tűnik leginkább célszerű és gyakorlatias útnak (Woodhead et al., 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 et al., 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 & 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 & 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 et al., 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 & 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 & 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 pénzügyi támogatások könnyebb elérhetőségét, jobb szakember-szülő kapcsolatot és mindezek nyomán magasabb szolgáltatási minőséget eredményez.

7.4. Az együttműködések különböző aspektusai

Az ellátórendszer akkor tud hatékonyan működni, hogy ha az egymástól független 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 team munka 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 mindezekben 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 pl. 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 együttműködéseknek célja az is, hogy elősegítsék az érintett családok, gyerekek hozzáférését a rendelkezésre álló különböző családi, közösségi és szakmai erőforrásokhoz, a számukra szükséges szolgáltatásokhoz akkor és ott, ahol ennek igénye felmerül (KPMG, 2014).

7.4.1. 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, s ez sokszor áttekinthetetlen a szolgáltatásokat igénylők számára. A szükségletekhez megfelelően igazodó ellátás megteremtése érdekében azonban szükséges a gyermek és családja ellátásában résztvevő, különböző szakterületet képviselő szakemberek együttműködése, folyamatos kommunikációja. Általában jellemzőbb, hogy egy szektoron belül, és még inkább egy intézményen belül sikeres teamműködés valósul meg, ám az olyan példák még ritkák, amelyek a többféle szektor szolgáltatásait egy fedél alá helyezik, így teremtve meg az integrált szolgáltatások és a költség- és szakmai szempontból is hatékony együttműködés alapját.

Az eltérő működési logikák és azoknak az összehangolása egy diszciplínákat átívelő, integrált teamszemlélet jelenlétét igényli a szolgáltatói rendszerben, amely az utóbbi évtizedekben a nemzetközi szintén evolúciós folyamaton ment keresztül. A multidiszciplináris megközelítésű teammunka egyre inkább az interdiszciplinaritás irányába tolódott el, majd annak egy összehangoltabb formája, a transzdiszciplináris teamtevékenység igénye jelent meg. A különböző típusú teammegközelítések egyszerre vannak jelen a nemzetközi gyakorlatban. Ezentúl különböző modellek kerültek kialakításra, amelyek egy-egy szofisztikáltabb teamszerveződést jelenítenek meg, és programszerűen működnek. Jellemzően a hazai ellátásban, ha több szintén foglalkoznak is a gyermekkel és családjával, az ellátó szakemberek között nem feltétlenül van kommunikáció, sokszor az is előfordul, hogy nem tudnak egymás szerepéről. Ez indokolja egy olyan személy beemelését a rendszerbe, illetve

megnevezését a jelenlegi szereplők közül, aki a nyomonkövetésben, a szolgáltatások koordinációjában kulcsszerepet játszik.

7.4.1.1. Multidiszciplináris team

A multidiszciplináris szemléletű teamtevékenység keretében a szakemberek közös cél érdekében, de egymástól függetlenül végzik a munkájukat. A team minden tagja a saját tudományterületét reprezentálja és szakterületének megfelelő, specifikus tudást használ. Egyénileg végzik a gyermek állapotának a felmérését, diagnosztizálását, illetve az intervenciós tevékenységet. Az egyéni értékelés, a szolgáltatástervezés és a szolgáltatásnyújtás eredményeit a teamtagok nem feltétlenül osztják meg egymással, minimális közöttük az interakció. Ez azt eredményezheti, hogy a gyermek és a család ugyanazokat az információkat több szakembernek is el kell, hogy mondja. A szülők a fejlődésspecifikus területtel kapcsolatos információt kapnak, és a fejlesztési terv is az egyedi diszciplinához kapcsolódva épül fel. Mivel a szakemberek munkája nem koordinált, megnő a kockázata, hogy olykor egymásnak ellentmondó tanácsokat adnak a családnak, amely fokozza az ellátást igénylők bizonytalanságát. A multidiszciplináris teamműködésnek a velejárója, hogy a szakemberek lényegében egyedül hozzák meg a kulcsdöntéseket, az intervenció a gyermekre irányul. Előfordulhat, hogy a szolgáltatási terv és a szolgáltatás nyújtása nem a gyermek és a család erősségeinek és szükségleteinek teljes figyelembe vételére épül (Walls & O'Connor 2005; Aitken et al., 2009; Cook Pletcher & Younggren, 2011; National Disability Insurance Scheme, 2013).

7.4.1.2. Interdiszciplináris team

Az interdiszciplináris teamben különböző szakterületekről és eltérő szakmai háttérrel rendelkező szakemberek az általuk – jellemzően inkább egymástól függetlenül – elvégzett vizsgálatok alapján véleményüket megosztva, közösen dolgozzák ki a fejlesztési vagy ellátási tervet (Kapronyi, Zelenka, 2015). Ez alapján az 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 összetétele a gyermek és a család szükségleteihez igazodik. Ennek biztosítását támogatja, hogy az interdiszciplináris team tagja a szülő is, aki a tervezett és megvalósuló szolgáltatások különböző szintjein a szakemberek

együttműködő partnere, bár bevonódásának mértéke korlátozott marad. A team irányításáért felelős személyt a team választja, személye változhat attól függően, hogy a folyamatban melyik szakterületre, milyen tevékenységtípusra helyeződik a hangsúly (Walls & O'Connor 2005; Aitken et al., 2009; King et al., 2009; Cook Pletcher & Younggren, 2011).

Az interdiszciplináris teammunka folyamatában a szolgáltatások koordinációja és a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek intenzív együttgondolkodása valósul meg. Jellemző a közös problémafeltárás és megoldás, a gyakori, kölcsönös konzultáció, életkortól függően a klienssel és szülőkkel egyeztetett célkitűzés és terv készítése. A közös célok minden szakember tevékenységébe integrálva valósulnak meg. A kölcsönös megerősítés szinergikus hatású, ami az eredményességben többet nyújthat annál, mint amit a résztvevők egyenkénti munkájukkal összességében elérhetnek. A teammunka ilyen magasabb minőségének megteremtéséhez jól felkészített csapatra és teamvezetőre van szükség (Kullmann, 2015).

7.4.1.3. Transzdiszciplináris team

A transzdiszciplináris megközelítésű team modell a legmagasabb szintű az eddig ismertetett, modellek közül. Ez a modell veszi leginkább figyelembe a gyermek és a család komplex szükségleteit, sokféle diszciplína bevonásával nyújt integrált és koordinált szolgáltatást a családnak (Hanson & Bruder 2001; Guralnick, 2001; DEECD, 2008; King et al., 2009; Aitken et al., 2009; Schloesser & Kafka, 2009).

A transzdiszciplináris szemléletben dolgozó szakemberek egy 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 & 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 kevesebb számú szakember érintkezik a családdal, mivel az egyes szakemberek már képesek több szakmán átívelő tudást és gyakorlatot 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 koordinátor szerepben lévő szakember (esetgazda) segítségével, aki összehangolja a család és az ellátásban közreműködő szakemberek közötti rendszeres kommunikációt, konzultációt. A transzdiszciplináris megközelítés alkalmazhatóságának 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 et al., 2009, KPMG, 2014).

A szülők egyenrangú tagjai a teamnek, a tervezésbe, a szolgáltatás nyújtásba és az értékelésbe is integrálják, bevonják őket. A közös partneri munkán keresztül a szülő megerősödik, kompetensebbé válik. A transzdiszciplináris teammunka a teamtagok közötti kommunikáció és a bizalom magas szintjét várja el (Rosin et al., 1996; Walls & O'Connor, 2005; Evangelista, 2009; Carvalho et al., 2019).

7.4.1.4. A kulcsszemély modell

A teammunka három ismertetett megközelítése eredetileg alapvetően a szakember–gyermek intervencióra fókuszált, csak korlátozott figyelmet szentelt a gyermek életében szerepet játszó felnőtteknek és a gyermeket körülvevő mindennapi környezet minőségének. Ebben a kérdésben határozott szemléletváltás következett be, a szakemberek felismerték, hogy a kora gyermekkori intervenciónak sokkal inkább a szülők, a gyermeket gondozó felnőttek támogatására kell irányulnia, segítve őket abban, hogy a mindennapi élet során optimális élményeket tudjanak nyújtani gyermekeiknek. (National Disability Insurance Scheme, 2013) Az egyik olyan modell, amely e felismerés alapján a kora gyermekkori intervenció jelentéstartalmának újraértelmezéséhez legjobban illeszkedik, az ún. kulcsszemély (*key worker*) modell.

Ez a modell hasonlóan a transzdiszciplináris modellhez, a különböző területek szakembereinek közös munkáján, együttműködésén, és a köztük lévő kommunikáció- és információ megosztás világos rendszerén alapul. A rendszeres találkozók alkalmával, koordinált és átfogó szolgáltatási koncepciót alakítanak ki. A modell célja, hogy a teamtagok (különböző és egymást kiegészítő) tudását összehangolja koordinált és teljes körű szolgáltatási koncepciót alakítson ki annak érdekében, hogy az értékelés és a beavatkozás minél átfogóbb, a szolgáltatások nyújtása pedig minél hatékonyabb legyen (Bruder, 2010).

A kulcsszemély modell az Egyesült Királyságban a 2000-es évek elejétől elindított Early Support (Korai támogatás) program segítségével terjedt el, amely az eltérő, megkésett fejlődésű, illetve fogyatékos gyermekek és családjaik számára szervezett szolgáltatások szakmai tartalmát és kereteit dolgozta ki, többek között a kulcsszemély szolgáltatásokét. A

kulcsszemély modellt egy olyan több funkcióból álló tevékenység-halmazként értelmezik, amely a gyermekek és családok integrált támogatását teszi lehetővé, igazodva szükségleteikhez és a felmerült helyzetekhez.

A kulcsszemély funkciói négy elsődlegesen meghatározott terület valamelyikébe sorolhatók:

(1) *Érzelmi és gyakorlati támogatás*: Ide tartozik a bizalmi kapcsolatban szükség szerint nyújtott érzelmi és gyakorlati támogatás és a gyermeknek, illetve családjának képessé tétele (empowering) a döntések meghozatalához.

(2) *Koordináció*: A különböző ellátókkal való találkozás támogatása, szervezése, a gyermek és a család számára nyújtott szolgáltatások koordinálása, „egyablakos”, rendszeres és kiszámítható kapcsolat biztosítása a gyermek és családja számára.

(3) *Tervezés és az elért eredmények értékelése*: A tervezéshez és az értékeléshez történő támogatás nyújtása, valamint a családtagok és a család erősségeinek és szükségleteinek a felmérése, azonosítása.

(4) *Információs és speciális támogatás*: Az érintettek informálása, iránymutatás nyújtása. A gyermek és családja ügyének képviselője a megfelelő fórumokon, segítségnyújtás ahhoz, hogy ahol lehet, a klinikai kezelés az általános és a speciális szolgáltatásokba integráltan történjen. (Mengoni, Oates & Bardsley, 2014)

A kulcsszemély legfontosabb feladatai

A kulcsszemély szerep és felelősség igen széles körű, kiterjedésében és intenzitásában a család szükségleteihez igazodik. Kanadai és ausztrál példák hasonló módon fogalmazzák meg a kulcsszemély feladatellátásának a lényegét. Ennek értelmében a kulcsszemély modell a szolgáltatásnyújtás olyan módjaként definiálható,

(1) amelynek része egy olyan személy, aki a családokat kalauzolja rendszerben;

(2) ez a személy jelenti a család számára a fő kapcsolati pontot a szolgáltató és ellátó intézmények felé; valamint

(3) segíti a családot az igénybe vett ellátások és szolgáltatások közötti eligazodásban a rendszer egészében (beleértve az egészségügyi, oktatási, szociális ellátás, pénzügyi támogatások, pihenés, közlekedés, stb. ügyeit is).

Feladatai a három csomóponthoz kapcsolódnak. A transzdiszciplináris megközelítésű ellátásban a kulcsszemély összekapcsolja a családokat a szolgáltató és ellátó intézményekkel, segít az eligazodásban, a szolgáltatási jogosultságok megismerésében, a szükséges megbeszélések céljának és eredményének megértésében. Információkkal, magyarázatokkal segíti a családokat a várható kimenetek értékelése és a megoldásra fókuszáló szolgáltatáscsomag kialakítása érdekében, és hogy az ellátás különböző szereplőinek kompetenciáját és felelősségeit minél jobban megértsék és megismerjék (Drennan, Wagner & Rosenbaum, 2005; DEECD, 2008). Képesé kell tennie (empowerment) a szülőket saját erőforrásaik mozgósítására azáltal, hogy egyéni szükségleteiknek megfelelően támogatást, erőforrásokat, általános és speciális információkat, érzelmi támaszt nyújt nekik. Segíti a családot a gyermekről való megfelelő gondoskodáshoz szükséges képességek és ismeretek bővítésében, a más, hasonló problémákkal küzdő családokkal való kapcsolatépítésben. Szükség esetén képviseli a speciális ellátást igénylő gyermekek és családjaik érdekeit a helyi közösség különböző fórumain. Ezzel nem csak a család támogatását szolgálja, de ahhoz is hozzájárul, hogy a helyi közösség nem érintett tagjai is megismerjék az adott családok gondjait, problémáit (Drennan, Wagner & Rosenbaum, 2005; DEECD, 2008).

Együttműködik a szolgáltatást nyújtó szakemberekkel, koordinálja a különböző intézmények és szakemberek által nyújtott szolgáltatásokat és megszervezi az ezekhez való hozzáférést. Konzultál a szakellátókkal a megfelelő beavatkozások biztosítása érdekében, és ennek során visszajelzést ad nekik. A családközpontú ellátás érdekében fontos, hogy a kulcsszemély személyes és bizalmi kapcsolatot építsen ki a családdal és a gyermekkel. Ezzel hitelesebben vállalhatja szükség esetén a család és a gyermek szószólójának szerepét az intézményrendszer egésze és egyedi szereplői felé. Szerepe kiterjed a kiegészítő támogató szolgáltatások azonosítására és a szolgáltatás igénybevitelére való beleegyezés elősegítésére a gyermek érdekében. Sokszor szükség van kapcsolati közvetítésre is a család és a gyermek, család és a legfontosabb ellátók, illetve az egyéb szolgáltatások nyújtói között. A kulcsszemély munkájának eredményeként a családok sokkal konzisztensebb, szükségleteikhez jobban illeszkedő, és időben nyújtott intervenciót, ellátást kaphatnak az ellátó intézményektől. (Kennedy et al., 2009)

Az amerikai Greco és szerzőtársai felmérték, hogy maguknak a családoknak milyen elvárásaik vannak a kulcsszemély felé. Diagnosztizált fogyatékos gyermekek szüleivel készült interjúk alapján foglalták össze a legfontosabb igényeket. Több említés teljesen összhangban

van a szakemberek által megfogalmazott feladatokkal. A szülők lényegesnek tartották, 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. Értse, hogy milyen helyzet az, ha egy családban fogyatékos gyermek él, és képes legyen a szülőkkel és a gyermekkel is jó kapcsolatot kialakítani. Legyen elérhető, és rendszeresen keresse is a családot, továbbá kezelje bizalmasan a családra vonatkozó információkat. A szülők nem csak szakmai kompetenciákat várnak el, hanem személyeseket is. Szeretik, ha a kulcsszemély barátságos, közvetlen, szeretettel, gondoskodó, lelkes, ha odafigyel rájuk, meghallgatja őket és nem ítélik meg. (Greco et al., 2007)

Ki töltheti be a kulcsszemély szerepét?

A kulcsszemély egy általánosan használható gyűjtőfogalom, nem mindig így hívják az adott kompetenciájú szakembert, a gyakorlatban sokszor használnak eltérő elnevezést, így pl. ellátásvezető szakember, szolgáltatásirányító, kapcsolattartó, családi kapcsolattartó, nevesített kapcsolattartó, korai ellátó személy, szolgáltatáskoordinátor, kísérő, kísérő személy, családtámogató személy, stb. (Greco & Sloper, 2004; Drennan, Wagner & Rosenbaum, 2005; Mengoni, Oates & Bardsley, 2014).

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a kulcsszemély lehet kijelölt vagy nem kijelölt személy vagy a kettő ötvözet. 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 & Bardsley, 2014). Kulcsszemély bárki lehet, aki a családdal kapcsolatba kerül az ellátás során: gyakran szociális munkás, nővér, de lehet foglalkoztató terapeuta, fizioterapeuta, pszichológus, pedagógus vagy más segítő személy (Drennan, Wagner & Rosenbaum, 2005).

A kulcsszemély sikeres munkájának feltétele, ha részt tud venni folyamatos képzéseken, tréningeken, a szupervízió, ha bízhat kollégái segítségével és megkapja a megfelelő adminisztratív támogatást. 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 akár a kulcsszemély 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 & Bardsley, 2014).

A kulcsszemély modell hatása a családok helyzetére

A kulcsszemély modell működését vizsgáló kutatások szerint azoknak a családoknak az esetében, ahol az ellátást kulcsszemély koordinálja, jobb a kapcsolatuk a szolgáltatást nyújtókkal, magasabb a családok önbecsülése, kevésbé érzik elszigeteltnek magukat és kevésbé gondolják megterhelőnek ezt az állapotot. Az információhoz való hozzájutásban és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben fejlődés tapasztalható, kevesebb a kielégítetlen szükséglet (Liabo et al., 2001). 2009-ben a megkérdezett 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)

A támogatott családok oldaláról is kedvező a modell megítélése. Véleményük szerint a kulcsszemély segítsége csökkenti az érzelmi stresszt, növeli az önbizalmukat és az önállóságukat, időt és energiát takarít meg. A helyzetük, nézőpontjuk megértő, partneri kezelése révén a kulcsszemély munkája nagyban segíti azt, hogy a szolgáltatást nyújtók és a család között kölcsönösen pozitív viszony alakuljon ki, és a család valós igényei pontosabban és hamarabb azonosíthatók legyenek. 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 nem csak a pénzügyi mutatókban jelent eredményt, hanem a szolgáltatás minőségében is (Mengoni, Oates & Bardsley, 2014).

7.4.1.5. Team a gyermek körül modell

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 tervet.

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 intervenciók szolgáltatásnyújtás egy módja, amelyben a különböző szakterületekről érkező szakemberek együttműködő csapatot alkotnak a folyamatos és többoldalú intervenciót igénylő gyermekek és családok támogatása érdekében. (Limbrick, 2001, 2003, 2004) A *Team a gyermek körül* modell szerves aspektusa a családközpontú gyakorlat, amelynek során a családtagok a csapat teljes jogú tagjává válnak. A szülők, illetve gondozók, valamint a gyermekek nélkülözhetetlen partnerek a hatékony teamműködésben. A *Team a gyermek körül* megközelítés alapvető eleme a koordináló személy (a helyi gyakorlattól függően hívják vezető szakembernek, összekötő személynek stb.), aki a csapat egyik tagjaként kapcsolatot tart a család és a többi csapat tag között és koordinálja a csapat munkáját (Limbrick, 2009). Ebben az esetben is szükség van az „egyablakos” koordinációra, a személyes kapcsolattartásra és közvetítésre a támogatott gyermek/család és a körülöttük működő csapat, illetve az ellátó, szolgáltató szakemberek között (Mengoni, Oates & Bardsley, 2014).

Azt a fajta teamműködést, amelyet a *Team a gyermek körül* megközelítés támogat, a kutatók *horizontális működésként* vagy *horizontális integrációként* írják le (Limbrick, 2013). A *Team a gyermek körül* összejöveteleken különböző szakmai háttérrel rendelkező gyakorló szakemberek horizontálisan működnek együtt a szektorok között, nincs a vertikális és hierarchikus irányítás. 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 (TAC) modellhez, de a fókusz még inkább az egész család támogatására irányul a gyermek potenciáljának jobb elérése érdekében (Institut of Public Care, 2012).

7.5. Hazai továbblépési lehetőségek

A hazai fejlesztési programok a kora gyermekkori intervenciók ellátórendszer hatékonyabb működését célozva olyan modellek kialakítására tettek lépéseket, amelyek korábbi kutatás-fejlesztési tapasztalatokra (Kereki & Lannert, 2009a, 2009b; Kereki 2011, 2012a, 2012b, 2013, 2015b; Czeizel, Kemény & Tóth, 2011), hazai jó gyakorlatokra és nemzetközi tapasztalatokra, eredményesen és hatékonyan alkalmazott külföldi modellek adaptálható elemeire építenek. A Nyugat-Európa országaiban jó tapasztalatokkal alkalmazott *kulcsszemélymodell* 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 et al., 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, ezért elsődleges belépési pontot és kapcsolatot jelent a szolgáltatások felé. 3 és 6 éves kor között gyakran az oktatásügy lép be felelősként, mint a legrelevánsabb terület (Neuman & Devercelli, 2013). Jelenleg a hazai kora gyermekkori intervenció horizontális koordinációjáért a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság felel, amely egységes szemléletű szolgáltatói rendszer megvalósítására törekszik. A hazai fejlesztési programok két egymásra épülő modell kialakításával indultak el az optimális szolgáltatói rendszer kereteinek meghatározásában.

7.5.1. A lehetséges gyermekút modell

A *lehetséges gyermekút* modell az egészségügyi ágazatban zajló TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) programban került kifejlesztésre (Kereki et al., 2014)²²⁶. A fejlesztői csapat javaslata szerint a 0–3 éves korosztályú gyermekek ellátása az egészségügyi terület koordinációjában zajlik. A gyermek, illetve a család útja a prekonceptcionális, illetve a perikonceptcionális szakasztól kezdődik, ahol a családtervezésre, illetve a gyermekvállalásra való felkészítéshez az érintettek elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben, a koordinatív szerepet ellátó Családvédelmi és Családtervezési Szolgálatól kapnak támogatást. A várandóssági és a perinatális szakaszban, illetve az újszülött hazakerülése után egy új rendszerelemnek, az ún. *koordinációs csoportnak* lesz hangsúlyos szerepe, amely összeállítja a gyermek és családja köré a diagnosztikus csapatot, végzi a folyamatdiagnosztikát, szervezi a szükségletalapú ellátást, egyben biztosítja a továbbküldési utak áttekinthetőségét. Működésében hangsúlyos a gyermek körül kialakított interdiszciplináris teammunka. Az egészségügyi alap- és szakellátás szereplőin kívül a köznevelési intézményrendszer

²²⁶ A lehetséges gyermekút modell koncepciójának kidolgozásában részt vettek Dr. Bauer Viktor, Gyarmathyné Doma Gabriella, Kereki Judit, Dr. Nádor Csaba, Nyuli Krisztina, Dr. Schultheisz Judit, Somodi Andrea, Dr. Újhelyi János és Vámos Éva. Szakmai vezető: Kereki J.

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 gyermekek további kontrolljának, nyomon követésének koordinációját is ez a csoport végzi.

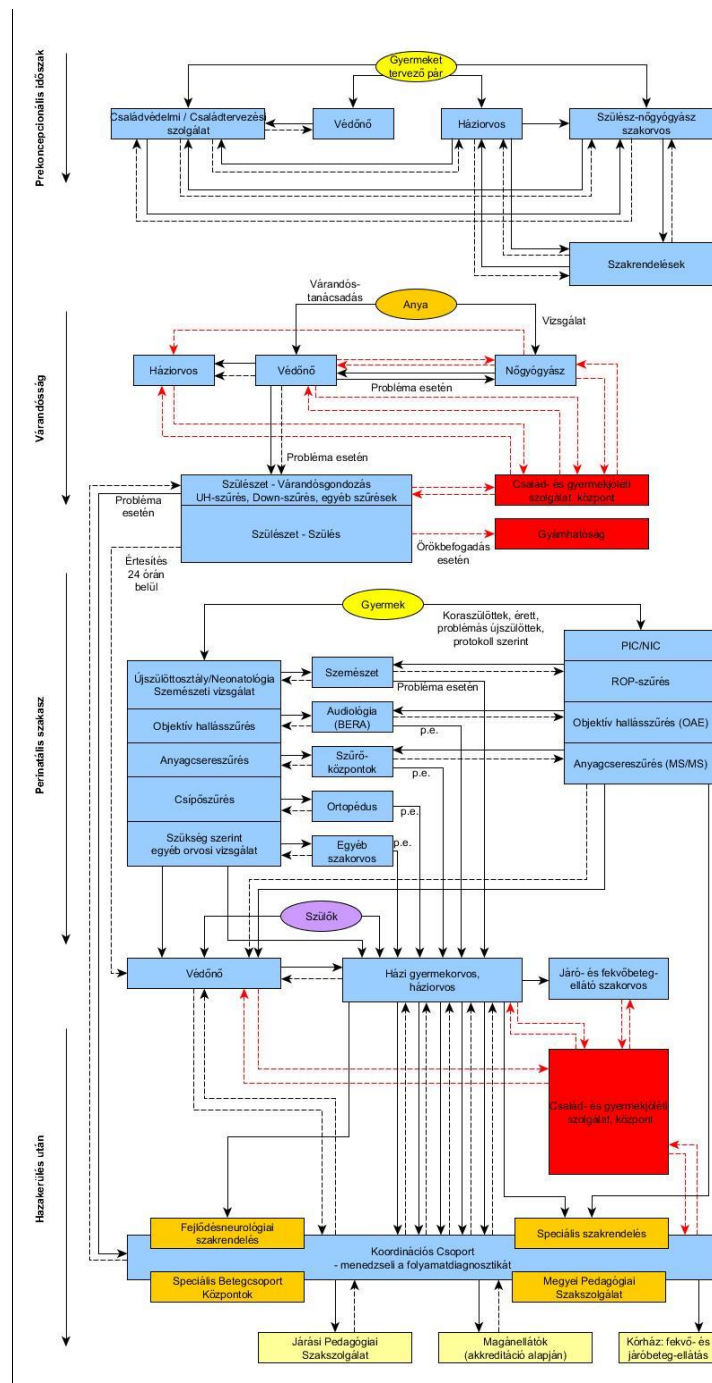
7.5.1.1. A koordinációs csoport működése

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, illetve az országos hatókörrel felruházott szakértői bizottságokkal 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 (az állami ellátóhoz hasonlóan), hogy munkájuk kontrollálhatóvá váljon.

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 a házi gyermekorvos, háziorvos tájékoztatása mellett közvetlenül irányíthassa a gyermeket, illetve a várandós nőt a koordinációs csoport felé, különösen, hogy a modellben koordinációs kulcsszereplőként való megjelenése is indokolt. (A továbbküldési, jelzési utakat mutatja a 7–2. ábra)

7–2. ábra. Továbbküldési és jelzési utak a lehetséges gyermekút modellben



továbbküldési út → jelzési út - ->

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 szülőkkal, 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, fogyatékoság, összetett fejlődési rendellenesség esetén) lehetőség szerint még a perinatális (neonatólis) 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. A gyermekkel foglalkozó alapellátók, szakellátó szakorvosok mindenképpen betekintési joggal kell, hogy rendelkezzenek a gyermek adataiba. Elengedhetetlen a megfelelő ellátói szinteken való hozzáférés biztosítása, például védőnők, család, terapeuta számára. A köznevelési intézményeknek jelezniük kell a koordinációs csoport irányába, emellett pedig kölcsönös tájékoztatási kötelezettségre van szükség 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.

A modellben, amennyiben 3 éves kor után merül fel a probléma, az érintett gyermekek és családjuk ellátásának koordinációja a köznevelés kompetenciája, a pedagógiai szakszolgálatok gyakorlatilag a koordinációs csoporttal azonos szerepkörben végzik ezt a feladatot. Iskoláskorig a család támogatója és kísérője továbbra is a védőnő. A házi

gyermekorvos, házi orvos a probléma jellegétől függően az egészségügyi szakellátásba és a pedagógiai szakszolgálatba egyaránt irányíthatja a szülőt. A diagnózist felállító szakrendelő, osztály, illetve a pedagógiai szakszolgálat jelez az alapellátás (házi gyermekorvos, házi orvos és védőnő) felé.

7.5.1.2. További elemek

A gyermekút különböző szakaszain az ellátás eredményesebbé tételét különböző intézkedésekkel lehet segíteni. Így például fontos, hogy a perinatális, illetve a megszületés utáni szakaszban *a perinatális (neonatólis) intenzív centrumba bekerülő újszülöttek esetében az ultrakorai intervenciót (ultra early intervention) minden ellátóhelyen biztosítsák, és a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek (például gyógypedagógus, mozgásfejlesztő/mozgásterapeuta, pszichológus) már a benn tartózkodás során felvegyék a kapcsolatot a szülőkkel, megtörténjenek az első intervenció lépések, és ezzel párhuzamosan a család részt vegyen a koordinációs csoport első megbeszélésén.* Felmerült egy olyan új egészségügyi kiskönyv szerkesztésének szükségessége, amely tartalmazza a teljes várandósgondozási adatsort, valamint a megszületéstől az iskoláskorig az egészségügyi adatokat. (Jelenleg az Állami Egészségügyi Ellátó Központban zajlik az elektronikus várandósgondozási kiskönyv fejlesztése, amelyet feltehetőleg egységes keretbe vonnak az Egészségügyi könyvvel.) Az egészségügyi könyv tartalmi részét az érvényben lévő szakmai irányelvekkel (szülészet-nőgyógyászat, neonatológia, gyermekgyógyászat) is össze kell hangolni. Az egészséges újszülöttnél nincs szüksége külön zárójelentésre, de adatai részletesen kell, hogy szerepeljenek az egészségügyi kiskönyvben. A perinatális (neonatólis) intenzív centrumban kezelt gyermekek 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.

A modell készítőinek javaslatai további fejlesztésekbe csatornázódtak be, maga a modell jelenleg az EFOP 1.9.5 – *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében specifikus gyermekút néven kerül kipróbálásra.

7.5.2. A kliensútmodell

A TÁMOP–3.1.1 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció II. szakasz kiemelt projekt keretében 2015-ben került kifejlesztésre és egy megyében kipróbálásra a *kliensútmodell* (Kereki, 2015a)²²⁷, amely alapvetően az aktuális szolgáltatórendszert veszi alapul. A minél korábbi ellátásba kerülést a különböző ágazatok alá tartozó szereplők továbbküldési útjainak összekötésével, elsősorban az egészségügy és a köznevelés rendszerének összekapcsolásával, 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 problémaszpecifikus (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, fogyatékoság részletes leírása segíti, amely a tüneti kép felől közelít. Szemléletében a multikauzális elv 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.

²²⁷ A fejlesztőcsoportot vezette: Kereki Judit, a fejlesztőteam tagjai: Dr. Altorjai Péter, Futó Gabriella, Kardos Robertina, Szegedi Tamara, dr. Szvatkó Anna. A modell alapján készült *Kliensút Kalauz* megírásában ugyanezek a szakemberek vettek részt (Kereki, 2015d).

7.5.2.1. Az ellátórendszerek összekapcsolása

A kliensútmodell fejlesztői arra törekedtek, hogy egy olyan *optimális* kliensútmodellt dolgozzanak ki, amely figyelembe veszi az aktuális szabályozási környezetet, a napi gyakorlatot, a fennálló 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 (neonatólis) 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. Amennyiben a hazakerülés után derül ki a probléma, az egészségügyi alapellátást végző házi gyermekorvos, háziorvos – az új protokoll alapján – 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 szakszolgálat felé való irányítás nem kell, hogy összekapcsolódjon 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 leírt továbbküldési utat, amely a legtöbb esetben a házi gyermekorvoson, háziorvoson keresztül vezet az egészségügyi szakellátás felé.

A modell kidolgozásának idején (2015) a 18 hónapnál fiatalabb gyermekek a szakértői bizottság külön vizsgálata nélkül egyedül a gyermekneurológus diagnosztikai véleménye alapján kerülhettek el közvetlenül 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. *Megjegyzendő, hogy a szakorvosi kör kibővítésére 2015-ben tett javaslat 2017. március 1-től jogszabályi megerősítést kapott, ám a korhatár megemelésének megváltoztatása egyelőre az ígéreték szintjén szerepel.* A szakemberek úgy vélik, hogy bár a

jövőben a kapacitásbővítéssel és a megfelelő képzési háttér kialakításával fontos lenne elérni, hogy a várólisták hossza csökkenjen, mégis a magasabb életkorokban biztosítani kell, hogy 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).

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 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. Ez különösen a gyermek 0-3 éves kora között jelent gondot, amíg a gyermek nem kerül be intézményes ellátásba, hiszen addig a szülőn múlik elsősorban, mennyire kooperál a körülötte lévő ellátókkal. Arra nincs kötelezve, hogy elvigye például korai fejlesztésbe a gyermekét, így a nemzetközi egyezményekben lefektetett és hazánk által aláírt, ratifikált, hazai jogszabályi keretbe is belefoglalt 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 jutáshoz, ám a szülő mégsem viszi a gyermeket a megfelelő szakemberhez, illetve intézménybe, akkor a család- és gyermekjóléti szolgálat felé jelez. A javaslat hozzájárult ahhoz a változáshoz, hogy a védőnőket érintően bekerült a jogszabályba a szülőnek a védőnővel való együttműködési kötelezettsége, így a szűrések elmulasztásának

jogkövetkezményei vannak. Igazi megoldást azonban nem jelent a problémára a család- és gyermekjólét bevonása. A kérdés 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 számú vizsgálaton való részvételét. Az állami támogatásra való jogosultsághoz szükséges a várandósság alatt legalább öt, valamint a születés utáni első 14 hónapban további öt vizsgálaton történő megjelenés (Capsys, 2015). A vizsgálatok elmulasztása a juttatás bizonyos százalékának megvonását eredményezi (oesterreich.gv.at, 2020).

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.

7.5.2.2. A kulcsszemély lehetséges szerepe a hazai gyakorlatban

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. (Már a lehetséges gyermekút modellben is megfogalmazódott ez az igény, de ott még a feladatok részletezése nélkül.) A 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, az eredményéért is felelősséget vállal, biztosítja a megoldás-centrikus 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 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 a különböző háttérű kollégákkal hatékonyan működő, jó partneri kapcsolatot kell tudnia kiépítenie, törekednie kell a konfliktusok megfelelő kezelésére, és saját tudásának hatékony gyakorlatba történő átfordítására. Saját szakmai hozzáértésén túl tájékozottnak kell lennie a többi szakember munkájáról, kompetenciáiról, az ellátó intézményrendszer működéséről, az ott fellelhető szolgáltatások választékáról, a különböző ágazati irányítás alá tartozó rendszerekben szabályozott kliensutakról, vagy a nem szabályozott bekerülési lehetőségekről, a szűrés, jelzés, diagnosztizálás, minősítés, 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 kulcsszemély-modell gondolata, ahol az lesz a kulcsszemély, aki észreveszi a problémát, tehát, ahol a felismerés megtörténik. Az ellátók feladataival azonban nem minden szakterületen egyeztethető össze új kötelezettségeknek az elvégzése, az elképzelés ezért azokra a szakterületekre redukálta a mandátum odaadását, ahol a szakember feladatai között ab ovo szerepel a nyomon követés mozzanata, ezzel a dinamikus modelltől egy statikusabb modell felé tolva el a választás lehetőségét. Ésszerű gondolat, hogy a „kulcsszemély” szerepét olyan szakember töltsse be, akinek az új feladat ellátása gyakorlatilag hozzátartozik a munkaköréhez, és a gyermekkel, illetve a családdal a legkorábbi életkorban kerül kapcsolatba.

7.5.2.3. A védőnő, mint kulcsszemély

A várandósságtól 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 *együtműködésben*. 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. A különböző szabályozásoknak köszönhetően Magyarországon minden gyermek alapvető joga a védőnői gondozás. Súlyos veszélyeztető tényezőnek minősül, ha a szülő ezt megtagadja²²⁸. Ilyen módon, köszönhetően a védőnői ellátás megfelelő szervezettségének, minden gyermek fejlődése nyomon követhető már a várandósgondozásba vételtől. 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, mely lehetővé teszi a fejlődésbeli problémákról való nyílt, gátlás nélküli kommunikációt. Feladata, hogy a családot hozzásegítse azokhoz az információkhoz, melyek segítségével a kiszűrt eltérést esetleges diagnózis követi. A diagnózis felállítása után pedig, ha a szülő tanácstalan, el kell juttatni a gyermeket a megfelelő intézménybe, ahol a szükséges fejlesztéseket, terápiás ellátást megkapja. A nyomonkövetés része az is, hogy a szülő biztosítja-e gyermeke számára az ellátásokat, illetve annak feltérképezése, hogy van-e olyan tényező, ami hátráltatja, vagy megakadályozza az ellátás sikerességét. Kézenfekvő tehát, hogy a kulcsszemély szerepét a védőnő töltse be, hangsúlyosan a házi gyermekorvossal, háziorvossal együttműködésben.

A kora gyermekkori intervenció felső „korhatára” nagyjából egybeesik a területi védőnői gondozás idejével. Amennyiben egy 250 gondozottat ellátó védőnői körzetet tekintünk, és figyelembe vesszük a kiszűrt gyermekek arányát – beleértve a születéskor diagnosztizált problémával hazakerült gyermekeket –, amely országosan 7,3% (Fogarasi, Kereki & Berkes, 2017) és 11% (Kissné Garajszki & Árváné Egri, 2019) között mozog, akkor 13-18 gyermek esetében kellene a védőnőnek specifikus feladatot ellátnia. Munkáját megfelelő dokumentáció segíti, lekövethető, számon kérhető nyilvántartással. Ez a dokumentáció (akár papír alapú, akár elektronikus) biztosítékot jelenthet a zökkenőmentes átadás-átvételre. A védőnői feladatok korspecifikus (0–3 éves életkorú gyerekekre fókuszáltnak), illetve területspecifikus átstrukturálásával lehetne a kulcsszemély 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 kulcsszemély szerepét az óvónő vegye át.

²²⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 130.§ (3)

7.5.2.4. Támpontok a kulcsszemély kiválasztásához

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 77–3. ábra.)

7–3. 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 7–1. 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).

7-1. 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, házi orvos	72	11	23	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 házi orvos 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, hogy juttassa az információkat a védőnőhöz, és együtt kell működnie vele a gyermek és a család érdekében.

7.5.2.5. Információforrások, dokumentáció

Az ellátás algoritmusai időnként igen bonyolultak is lehetnek. Ezért szükséges, hogy a kulcsszemély pontos útmutatást kapjon arról, hogy a folyamat egyes pontjain mi a teendője. Szükséges az ellátási folyamat, a potenciális szakemberek körének, az egyes szakemberek kompetenciáinak, illetve az ellátott terület adottságainak, intézményrendszerének pontos ismerete. A kliensútmodellben minden kulcsszemély birtokában kell lennie az összes 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 könyvhöz 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 informatikai rendszer* használatával kell 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. Az összekapcsolt informatikai rendszer, amely az adott egyént egyértelműen azonosítja, lehetőséget biztosít az ellátó ágazatok közötti azonnali kommunikációra. Ez nagyban meggyorsítja a jelzőrendszer működését, illetve csökkenti az rendszerből való eltűnés lehetőségét. Fontos ez abból a szempontból is, hogy a korai fejlődésben az egyik legfontosabb tényező az idő. Erre a felületre kerülnek bejegyzésre az észlelések, a szűrések eredményei, a vizsgálatok eredményei (a diagnózisok), a szükséges terápiák, fejlesztések, illetve a kontroll és felülvizsgálatok időpontjai. Mindezen információk a kulcsszemélynél, adott esetben a védőnőnél megjelennek, aki ennek segítségével

könnyebben tudja nyomon követni a gyermek útját a rendszerben. Tovább lépve a lehetséges gyermekút fejlesztőinek javaslatain, *biztosítékot jelentene egy egységes elektronikus Egészségügyi könyv, vagy még inkább az interdiszciplinaritás szem előtt tartásával alkalmazható Gyermekkönyv, amely nem csak az összes várandósgondozáshoz kapcsolódó adatot, valamint a megszületéstől az iskoláskorig az egészségügyi adatokat tartalmazná, hanem az összes intervencióhoz kapcsolódó lépést, tartalmakat is.*

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 egyeduralgok. 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 került kipróbálásra. A pilotot a különböző ágazatok szakembereire irányuló, vegyes összetételű csoportokban megvalósuló képzések előzték 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 átadása, a jelzési rendszer hatékony működtetése segítheti a megvalósulást.

7.5.3. Gyermekek az ágazatközi fejlesztés tükrében

A 2017-ben induló EFOP 1.9.5 – *A koragyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt célja a korai életszakaszban lévő gyermekek és családjaik hatékonyabb, magasabb színvonalú ellátásához, a szükségletekhez jobban igazodó szolgáltatásokhoz való hozzájutásának biztosítása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletű csoportokra. A komplex fejlesztési folyamat elindítását indokolta, hogy előtérbe került a kora gyermekkori intervenció egységes megközelítésének, az ágazatok közötti együttműködés kialakításának, megerősítésének és az összehangolt jogszabályi, finanszírozási környezet megteremtésének gondolata. Ennek a célnak az elérése érdekében fogalmazódott meg legfontosabb feladatként az *egységes, szabályozott gyermekút* kialakítása. Annak érdekében, hogy ez megvalósulhasson, fontos alapelv, hogy a kisgyermekek szülei, családja és az őket körülvevő ellátórendszerben dolgozó szakemberek *egységes szemléletben* gondolkodjanak a gyermek fejlődéséről, az eltérő fejlődés felismeréséről, az ellátórendszeréről, annak működéséről és az ellátási utakról. Az információk minél közvetlenebb átadását, *a tudásbázis növelését* a rendszer minden szereplőjére kiterjedő, nagy volumenű képzések biztosítják. Az eredményes működést a *szülők és a szakemberek partneri kapcsolatának támogatásával*, a szülői kompetenciák szélesítése szolgálja. Az ellátási egyenlőtlenségek csökkentését a *szolgáltatásokhoz való hozzáférés* javítása, a szolgáltatásoknak a szolgáltatáshiányos területekre mozgó, komplex szolgáltatásnyújtással való eljuttatása hivatott elősegíteni.

A Gyermekút modell gyakorlatilag a korábban bemutatott kliensút kipróbált változatát kívánja a megfelelő módosításokkal implementálni az ellátórendszerbe. A jelenlegi jogszabályi környezetet figyelembe véve, ám azt – a fejlesztési folyamat irányához folyamatosan alkalmazkodva – jogszabálymódosítási javaslatokkal átkeretezve mutatja be a gyermek útját. Az általános keretben megfogalmazott ellátási út mellett 25 jogosultsági csoport esetében ír le olyan gyermekút algoritmust, amely a szakemberek (és a szülők)

számára is egyértelműen követhető, áttekinthető, valamint a felismerés, szűrés; állapotmegismerés, diagnosztizálás, illetve a fejlesztő és terápiás ellátásba kerülés dimenziói mentén meghatározott lépéseket követ. Minden érintett szakember számára lépésről-lépésre előírja, hogy a speciális támogatást igénylő gyermeket és családját a gyanú felmerülésétől milyen módon kell eljuttatni a megfelelő ellátó intézménybe, mikor, kinek, milyen teendője van. Mely esetben hová kell fordulnia vagy tovább küldenie a gyermeket és a családot, hová kell jeleznie, visszajeleznie annak eléréséhez, hogy a gyermek és családja mielőbb a megfelelő, szükséglet alapú ellátást megkapja. (Kereki et al., 2019)

Az ágazati jogszabályokat együtt, komplexen tekintve a kora gyermekkori intervenciók rendszerben a gyermek útja szakaszonként nyomon követhető. A pre-, illetve a perikonceptcionális 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 a – korábbiakban bemutatásra került – intézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és az őket összekapcsoló továbbküldési, jelzési utak szintén leírhatóak.²²⁹ A legfrissebb meghatározó irányelvek, protokollok, módszertani munkák kapcsolódnak az egyes szakaszokhoz, valamint további javaslatok kerültek megfogalmazásra. (A különböző szakaszokra a jogszabályok és a szokásjog alapján leírt gyermekutat a 7–4. ábra szemlélteti.)

7.5.3.1. A pre- és perikonceptcionális szakasz

A gyermeket tervező pár a pre-, illetve perikonceptcionális időszakban, mikor a családtervezésre, illetve a gyermekvállalásra való felkészülés zajlik, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kap támogatást. A Családvédelmi Szolgálat védőnője tanácsadást végez, illetve a köznevelési intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi.²³⁰ A területi védőnő szintén folytat családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást,²³¹ az iskolai védőnő pedig az egészségtan oktatásában vesz részt.²³² A házi orvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás.²³³

²²⁹ A mozgások irányának áttekintésére a 2020. január 1-től életbe lépő jogszabályok mentén került sor.

²³⁰ 1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről, 2. § (2).

²³¹ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. §.

²³² 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 3. számú melléklet.

²³³ 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (2).

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.²³⁴ 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 prevenció jelentősége okán – sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani. Érdemes lenne a Családvédelmi Szolgálatot megerősíteni, és a lehetséges gyermekútban megfogalmazott javaslat alapján koordinációs szerepet adni neki.*

7.5.3.2. 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.²³⁵ A várandósgondozás a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő és a védőnő, valamint a várandós együttműködésében zajlik. A várandósgondozást a szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított (a) alacsony rizikójú várandósság esetén a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy a szülésznő, (b) magas rizikójú várandósság esetén kizárólag a szülész-nőgyógyász szakorvos végzi a védőnő és a háziorvos együttműködésével.²³⁶

A várandósság megállapítása után a kismamának a területileg illetékes védőnőnél kell jelentkeznie, aki gondozásba veszi és kiállítja a Várandósgondozási könyvet. A védőnő a várandósság 34. hetéig rögzíti a várandósgondozási könyvben a várandós nyilatkozata alapján a várandós által választani tervezett házi gyermekorvos vagy a gyermekellátást végző háziorvos nevét és elérhetőségét. A védőnő feladata, hogy kiszűrje az esetleges eltéréseket és az ezeknek megfelelő gondozási központokba irányítsa a kismamákat. A védőnő a gondozás során tudomására jutott mindazon körülményről tájékoztatja a várandósgondozást végző szülész-nőgyógyászt/szülésznőt, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését.²³⁷

²³⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 41. §

²³⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 86. § (1), (2).

²³⁶ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 2. §.

²³⁷ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 9. § (2).

A várandósgondozáson való részvétel – a várandósság ideje alatt legalább négy alkalommal, koraszülés esetén legalább egyszer – az anyasági támogatás folyósításának egyik feltétele.²³⁸

A szociális okból rizikócsoportha tartozó egyének kiszűrését és ennek kapcsán a veszélyeztetettség megállapítását is a védőnő végzi. A várandósgondozás megkezdésekor az első látogatást követően - mely a gondozásba vételt követő két héten belül meg kell, hogy történjen²³⁹ - a védőnő elkészíti az *első rizikókérdőívet* (Rizikószűrés-kérdőív a várandósok körében) (EMMI, 2017). Ennek kapcsán, ha szükséges, megkéri a várandóst az *Edinburgh posztnatális depresszió skála* (EPDS) kérdőív kitöltésére²⁴⁰ (A rizikókérdőív nem tévesztendő össze a várandóssági rizikó besorolással, melyet a szülész-nőgyógyász szakorvos készít el a várandósgondozás megkezdésekor.) Lehetőség van a várandós pszichoszociális állapotának felmérésére a *Paykel teszttel* is.²⁴¹ Ha a védőnő pszichoszociális szempontból veszélyeztető tényezőt észlel, erről tájékoztatja a felelős személyt (ebben az esetben a szülész-nőgyógyászt), aki magas rizikócsoportha sorolja a várandóst.²⁴² Itt érdemes kiemelni azt az iránymutatásban meghatározott konkrétumot, hogy ha a várandós jogosult a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre, vagy lakhatási támogatásra, akkor ez alapján egyértelműen magas rizikócsoportha tartozik.

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.²⁴³ Amennyiben a várandós anya nem vállalja születendő gyermeke felnevelését, a család- és gyermekjóléti szolgálatnál tájékoztatják őt a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről.²⁴⁴ Veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a háziorvosnak, a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé.²⁴⁵

²³⁸ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 29. §, 31-32. §

²³⁹ 49/2004. (V. 21.) ESzCsm rendelet a területi védőnői ellátásról, 3.számú melléklet

²⁴⁰ A skála megtalálható a Gyermekalapellátási-útmutatóban (Altorjai, Fogarasi és Kereki, 2014/2015).

²⁴¹ Pszichoszociális mérőskála várandósok számára (Paykel, rövidített, módosított változat).

²⁴² Megtalálható Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából, 11. oldal, 4. pont,

²⁴³ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2) c.

²⁴⁴ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 13. §.

²⁴⁵ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1) (2).

7.5.3.3. Perinatális szakasz – megszületés után

A perinatális szakaszban a gyermek a megszületése után optimális esetben az újszülött-, illetve a csecsemőosztályra kerül, ahol (0-4 napos korban) elvégzik az alap- és a kiegészítő vizsgálatokat (teljes fizikális vizsgálat, testtömeg, testhossz, fejkörfogat mérése, ideggyógyászati, csípőficam-, érzékszervek, valamint az anyagcsere-vizsgálatokat),²⁴⁶ 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. Intézetben kívüli szülés esetén az újszülött vizsgálatát végző gyermekgyógyász szakorvos feladatkörébe tartozik ezek lebonyolítása.²⁴⁷

A már méhen belül vagy a megszületést követően felismert és megállapított állapotok esetén (pl. szindrómák) azoknak már rendszerint alaposan feltárt panasz- és tünettanának ismeretében, amikor nagy valószínűséggel már megállapítható, illetve megjósolható, hogy az adott gyermeknél milyen téren, milyen mértékű fogyatékoság várható, és a szakorvosok úgy ítélik meg, hogy a gyermeknek korai fejlesztésre, terápiás ellátásra van szüksége, közvetlenül irányíthatják őt a pedagógiai szakszolgálathoz.²⁴⁸

Speciális ellátási utat futnak be a sok esetben gépi lélegeztetésre szoruló koraszülött, valamint a különböző méhen belüli fejlődési rendellenességgel, illetve szülési sérüléssel világra jött újszülöttek. Őket a perinatális, neonatális intenzív centrumokban (PIC/NIC) látják el. A kikerülésük után minden babának fontos lenne, hogy utógondozásban vegyen részt, de nem minden perinatális (neonatális) intenzív centrum mellett működik koraszülött utógondozó. A koraszülött utógondozás tevékenységei, feladatai nem szabályozottak, működésére vonatkozóan nincs eljárásrend, szervezetsége esetleges. Éppen ezért sürgetően merült fel a perinatális, neonatális intenzív centrumokban ellátott újszülöttek esetében az utógondozásukat egységes keretbe foglaló szakmai anyag kialakítása. Az EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt keretében kifejlesztésre került a *Szakmai irányelv a*

²⁴⁶ 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.

²⁴⁷ 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).

²⁴⁸ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendeletet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2a)

rizikó újszülöttek utógondozásáról (Nádor et al., 2018b)²⁴⁹, amely legitimálja, valamint az interdiszciplináris együttműködés elengedhetetlenségének hangsúlyozásával és a minőségi ellátást biztosító feltételek leírásával korszerű, evidencia alapokra helyezi a hazai koraszülött utógondozást. Ugyanakkor egy olyan ellátási utat ír le, amely a komplex gyermekútnak markáns része. Szervesen kiegészíti az irányelvet a *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*, amely szintén a projekt keretében került kifejlesztésre, és a különböző mozgásterápiás, mozgásfejlesztő módszereket foglalja egységes rendszerbe (Szvatkó et al., 2018a).

A gyermekjólét, gyermekvédelem felé tett lépések külön utat képeznek. Amennyiben a kórházban a szülő lemond a gyermekéről, az intézmény értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról. A gyermekosztályon észlelt elhanyagolás, bántalmazás esetén a kórházi szociális munkás feladata a gyermekjóléti szolgáltatás felé jelezni és hatósági eljárást kezdeményezni.^{250,251} A gyermek megszületéséről, illetve a gyógyintézetből való távozásról a kórházi védőnő értesíti a területi védőnőt az elektronikus Születésértesítő rendszeren keresztül, valamint – az anya nyilatkozata alapján – a választott házi gyermekorvost vagy háziorvost.²⁵²

7.5.3.4. Hazakerülés után²⁵³

Az egészségügyi rendszerből a pedagógiai szakszolgálatok felé

A gyermek kórházból való hazaérkezése után az újszülöttet 48 órán belül meglátogatja a védőnő, aki ellenőrzi, hogy megtörténtek-e a szűrővizsgálatok, és gondoskodik a hiányzó szűrővizsgálatok házi gyermekorvos, háziorvos általi elvégzésének megszervezéséről.²⁵⁴ Az újszülöttet a szokásjog alapján a házi gyermekorvos, háziorvos is felkeresi, az ő részére csak

²⁴⁹ Az irányelv kifejlesztői és írói: Dr. Nádor Csaba, Dr. Cziniel Mónika, Bajnok Ildikó, Dr. Elmont Beatrix, Dr. Király Balázs, Dr. Merő Gabriella, Palugyay Dorottya, Dr. Zátanyi Adél. Tanácsadóként Dr. Bod Mária is részt vett a team munkájában.

²⁵⁰ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. §. (1) b.

²⁵¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2).

²⁵² 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3/A. §. f)

²⁵³ A hazakerülés utáni időszakra vonatkozó kliensút modellszerű leírását lásd részletesebben Kereki J. (szerk.) (2015): Kliensút kalauz. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. A kiadványban egy interdiszciplináris team által kifejlesztett kliensút modell alapvetései kerültek leírásra. A fejlesztésben és a megírásban részt vettek: Dr. Altorjai Péter, Futó Gabriella, Kereki Judit, Réder Robertina, Szegedi Tamara és Dr. Szvatkó Anna. Szakmai vezető: Kereki J.

²⁵⁴ 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).

az intézeten kívüli szülés esetében írja elő a jogszabály a szülés megtörténtétől számított 4-7 napon belül történő látogatást.²⁵⁵ A védőnő és a házi gyermekorvos, háziorvos együttműködve végzi a gyermekek ellátását/gondozását, az előírt szűrővizsgálatokat, tanácsadást.

A védőnő három alkalommal rizikókérdőívet tölt ki, illetve a jogszabályban meghatározott kontrollpontokon felveszi a szülői kérdőívet. Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát, háziorvosát, egyben hozzáküldi a szülőt is. Érzékszervi eltérés gyanúja esetén közvetlenül irányíthat az egészségügyi szakellátás felé.²⁵⁶ Amennyiben a házi gyermekorvos, háziorvos valamilyen problémát észlel a gyermeknél, járóbeteg ellátásba vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg intézménybe/osztályra irányítja őt. Mivel az egészségügyi alapellátást és a pedagógiai szakszolgálati ellátást végző intézményeket a továbbküldést illetően még nem köti össze jogszabály, bizonyos fokú eltérések esetén javasolhatja az egészségügyi alapellátó a köznevelési intézmény, azaz a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának felkeresését, de nem utalhatja ellátásba a gyermeket.

Amikor a járó-, illetve fekvőbeteg szakellátásba kerül a gyermek, a vonatkozó jogszabályban megnevezett szakorvosok *a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek* esetében, ha szükséges, közvetlenül javasolhatnak korai fejlesztést a gyermek számára, és egyúttal küldhetik a járási pedagógiai szakszolgálatához, illetve más intézményhez, ahol a korai fejlesztést szakszolgálati feladatként látják el (pl. korai fejlesztő központ). A szakértői bizottság ebben az esetben az orvosi diagnózis és javaslat alapján állítja ki a szakértői véleményt. (A későbbi életkorokban minden esetben a szakértői bizottság vizsgálata után kezdi meg az intézmény az ellátást.) A szakorvosok javasolhatják az egészségügyi ellátórendszerben, így saját fogadó intézményükben is az ellátását, terápiáját (pl. a kórházban alkalmazott gyógytornász vagy konduktor által), és egészségügyi magánellátóhoz is utalhatják, hiszen az állami ellátás mellett jogszabály szerint egészségügyi rehabilitációt, rehabilitációt végző magánellátók is részt vesznek az ellátásban, házi gyermekorvos, háziorvos és szakorvos is irányít oda gyermekeket.²⁵⁷ A szakrendelés felkeresése után a gyermeknek vissza kell mennie az alapellátó házi gyermekorvosához, háziorvosához, aki szakellátásba utalta őt.

²⁵⁵ 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (3) b).

²⁵⁶ A csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészeti és a gyermekszemészet orvosi beutaló nélkül is igénybe vehető (217/1997 [XII.1.] Korm. rendelet az 1997. évi LXXXIII. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról, 2. §)

²⁵⁷ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7.§

Amennyiben a gyermek későbbi életkorában, 18 hónapos – 3 éves kor között merül fel az eltérő fejlődés gyanúja, az egészségügyi ellátórendszerben már vázolt lehetséges utak mellett az egészségügyi ellátónak (legyen az alap- vagy szakellátásban dolgozó szakember) bár jogszabály nem kötelezi, javasolt a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága felé irányítani a gyermeket és a szülőt. Az érzékszervi, mozgásszervi vagy beszéd fogyatékoság gyanúja esetében pedig a több megyére kiterjedő feladatellátási kötelezettséggel bíró megyei pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága, illetve az érintett országos feladatellátási kötelezettséggel bíró szakértői bizottság az illetékes, ahol a korai fejlesztésre való jogosultságról döntenek. Ezekben a helyszíneken a szakértői bizottsági tevékenység keretében egy komplex vizsgálat elvégzése után indokolt esetben sajátos nevelési igényt állapítanak meg (vagy kizárják azt), ez alapján szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására.

3 éves kor után az egészségügyi szolgáltatók a járási pedagógiai szakszolgálat felé kell, hogy irányítsák a gyermekeket (bár ezt jogszabály nem tartalmazza). Amennyiben a járási szakértői bizottság a sajátos nevelési igényt valószínűsíti, akkor a megyei szakértői bizottsághoz vagy az országos hatókörrel bíró szakértői bizottsághoz küldi tovább a gyermeket. A mozgásszervi, valamint az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékoság megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat közvetlenül is kérhető a mozgásszervi fogyatékoság, az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékoság megállapítását vagy kizárását végző szakértői bizottságnál, ezért az egészségügyi szolgáltató ezt a megoldást is javasolhatja a szülőnek.

Bölcsődéből, óvodából és egyéb, nem egészségügyi ellátótól a pedagógiai szakszolgálat felé

Az egységes gyermekutak megrajzolhatósága, bejárhatósága szempontjából az intézményes ellátásba (bölcsődei ellátásba, óvodába) bekerülő gyermekek esetében nagyon fontos, hogy a gyermek megfigyelése, nyomonkövetése ne érjen véget az egészségügyi alapellátók által végzett szűrésekkel, hanem azzal összehangolva, pedagógiai-pszichológiai mérőeszközök is álljanak rendelkezésre a fejlődés komplex módon történő méréséhez.

A bölcsődei kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok előírt feladatai közé tartozik a csoportjukba járó gyermekek fejlődésének nyomon követése. A kisgyermeknevelők a 0–1 éves gyermekekről havonta, az egyévesnél idősebbekről háromhavonta vezetik a *fejlődési napló* nevű kötelező dokumentumot, míg az óvodapedagógusok többféle eszköz közül választhatnak, sőt, egy-egy intézmény nevelőtestülete maga is kidolgozhat a fejlődés nyomon

követésére alkalmasnak tartott eszközt.²⁵⁸ Egységes mérőeszkővel azonban nem rendelkeznek az intézmények. Ez indokolta, hogy a 2017-ben indult *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében a 3 éves kor alatti és a 3-6 (7) éves korosztály fejlődésének nyomon követésére egységes mérőeszköz kerüljön kifejlesztésre és standardizálásra.²⁵⁹ A védőnők által használt szülői kérdőív mellett ennek a gyermekfejlődési kérdőívnek a használata segíti, hogy a szülők is megalapozottabb, sokoldalúbb képet kapjanak gyermekük fejlődéséről. Az eszköz használata során kapott információk további specifikus szűrések vagy vizsgálatok elvégzésének indokoltságára mutathatnak rá, az ellátórendszerben való továbbküldést indukálva. Mindemellett az eltérő, megkésett fejlődés felismerését a *Koragyermekkor (0-7 év)* program és az ágazatközi projekt olyan módszertani kiadványokkal segíti, amelyek a kora gyermekkori intervenciók ellátásában részt vevő szakemberek számára komplex szemléletben közelítik meg a gyermeki fejlődést, a korai fejlődést befolyásoló környezeti hatásokat, a rizikó- és védőfaktorok befolyásoló szerepét, ezzel fontos támpontokat nyújtva az eltérő, megkésett fejlődésmenet figyelemfelkeltő jeleinek felismeréséhez, a szülők, gondozók támogatásához (Kereki & Major, 2014; Kereki & Tóth, 2019).

Amennyiben a gyermeknél 0–3 éves kora között felmerül az eltérő fejlődés gyanúja, de nem rendelkezik orvosi véleménnyel, hanem a szülő kérelmére, vagy a bölcsőde, a család- és gyermekjóléti intézmény/központ, illetve más szociális, gyermekvédelmi intézmény megkeresésére indul szakértői vizsgálat, akkor 3 éves kor alatt csak a megyei/fővárosi szakértői bizottság vizsgálata alapján kerülhet korai fejlesztésbe, tehát az illetékes székhelyintézménynél kérhető vagy kezdeményezhető a szakértői vizsgálat. (Lásd *A pedagógiai szakszolgálati rendszer és tevékenységei* c. alfejezetben.) Jellemzően, amennyiben a 3 év alatti gyermek állapota alapján nem szorul korai fejlesztésre, de megsegítése mégis indokolt, a járási tagintézményben jelentkező gyermeket és a szülőt nem irányítják át a megyei pedagógiai szakszolgálatához, hanem nevelési tanácsadás keretében látják el.

Az óvodai évek során a pedagógiai szakszolgálati munkához kapcsolódva jelenleg két kötelező, jogszabály által előírt köznevelésbeli szűrésen esnek át a gyermekek, mind a két

²⁵⁸ Az iskoláskor előtti korosztály fejlődésének jellemzésére alkalmas, a pedagógusok által használt mérőeszközök közül mindössze az ún. percentil-tábla (magasság és testsúly mérése), valamint a DIFER standardizált.

²⁵⁹ A mérőeszköz a kommunikáció, a társas kapcsolatok és érzelmek, a személyes készségek (önállóság és éntudatosság), a kognitív készségek, a motoros készségek, valamint a tanulási képességek területét méri.

szűrés a logopédia területéhez tartozik.²⁶⁰ Az óvodák ezentúl többféle mérőeszközt alkalmaznak, ki mit preferál vagy kinek melyik áll rendelkezésére. A *koragyermekkorai intervenció ágazatközi fejlesztése* projektben készült protokoll, az *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig* egységes keretbe helyezi az összes használatos szűrőeszközt (Szvatkó et al., 2018b). Ez azért is fontos, mert az óvodai szűrővizsgálati rendszer aztán összehangolásra kell, hogy kerüljön az iskolaérettségi vizsgálati rendszerrel. Az ágazatközi projekt keretében egy új, korszerű, gyermekbarát iskolaérettségi vizsgálat került kifejlesztésre, amely olyan bemért, valid eszköz, ami a korábban említett gyermekfejlődési kérdőívvel is összehangolásra kerül. A korábbi eszközökhöz képest előnye, hogy differenciál az éresbeli problematika és a várható tanulási és viselkedési nehézségek között, illetve képet ad az iskolás korba lépő gyermek szociális és érzelmi fejlettségéről is (Szvatkó et al., 2019).

Amennyiben a 3 évnél idősebb gyermek esetében felmerül az eltérő, megkésett fejlődés gyanúja, akkor a már korábban leírtak szerint járási pedagógiai szakszolgálathoz kell fordulni (Lásd *A pedagógiai szakszolgálati rendszer és tevékenységei* c. alfejezet). Az óvodás gyermek esetében az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat, illetve a szakértői vélemény iránti kérelem²⁶¹ elkészítésében.²⁶² A szülő egyetértése esetén a szülő által aláírt kérelmet az óvoda 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, amennyiben a szülő nem kíván eltekinteni annak részvételétől). Szülői egyetértés hiányában a vizsgálatot kezdeményező intézmény az illetékes járási hivatalhoz fordulhat, amely közigazgatási hatósági eljárás keretében hoz döntést a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség vagy a sajátos nevelési igény megállapításával, illetve a szakértői véleményben foglaltakkal összefüggésben.²⁶³

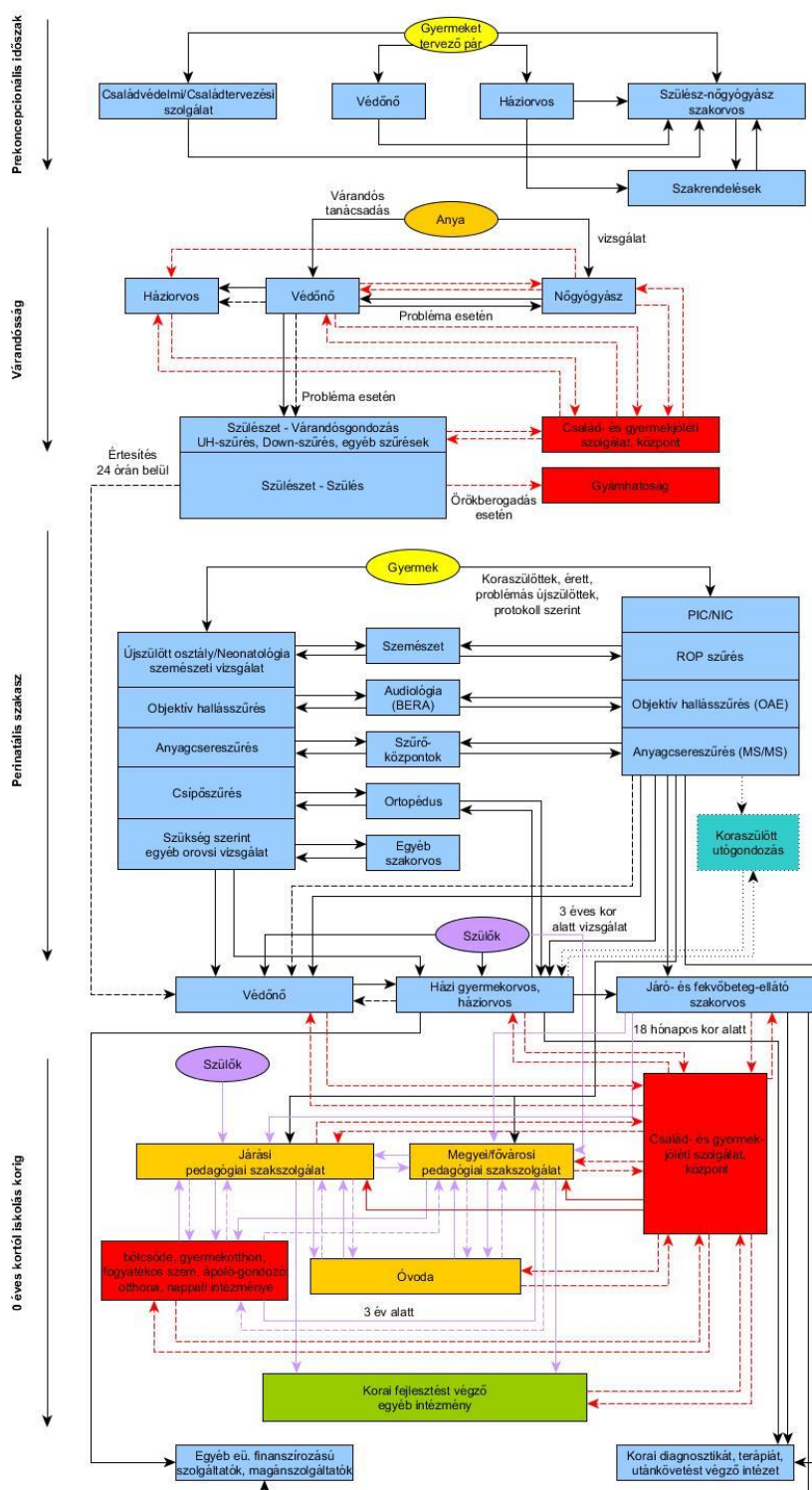
²⁶⁰ 3 éves korban, az óvodába lépés környékén kerül sor a KOFA-3 kérdőív felvételére, amely szülői beszámolón alapuló korai nyelvfajlárdési szűrőeljárás, a gyermek nyelvi fejlettségének megállapítását tűzi ki céljául. Ezzel a korai logopédiai szűrőssel lehetőség van a nyelvfajlárdési késések, elakadások, eltérések korai detektálására. 5 éves korban a Szól-e logopédiai szűrőeljárás használatával végzik az óvodás gyermekek nyelvi fejlettségének szűrését.

²⁶¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. számú melléklet – Szakértői vélemény iránti kérelem.

²⁶² Uo. 13. § (1).

²⁶³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (4) és 229/2012. (VIII. 28.) Korm. rendelet 42. § (1) (2) (3)

7-4. ábra. Továbbküldési és jelzési utak a jogszabályok alapján



→ továbbküldési út - - - -> jelzési út > szokásjog alapján működő út

Forrás: Kereki, 2017a nyomán - KJ

Út a gyermekvédelemben

Fontos alapelv, hogy a gyermek szülői felügyeleti jogot gyakorló szülője jogosult és köteles arra, hogy gyermekét családban gondozza, nevelje és a gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket – különösen a lakhatást, étkezést, ruházattal való ellátást –, valamint az oktatásához és az egészségügyi ellátásához való hozzájutást biztosítsa. Ezentúl jogosult arra, hogy a gyermeke nevelkedését segítő ellátásokról tájékoztatást, neveléséhez segítséget kapjon, és köteles a gyermeke ellátásában közreműködő személyekkel és szervekkel, továbbá a hatóságokkal együttműködni. Amennyiben a szülői felügyeletet gyakorló szülő nem tesz eleget a gyermeke megfelelő gondozásáról-neveléséről, illetve nem hajlandó ennek érdekében a gyermeke ellátásában közreműködő személyekkel, szervekkel és hatóságokkal együttműködni, az hatósági intézkedés lehetőségét veti fel.²⁶⁴

Ahogy már a korábbiakban leírásra került, a gyermek veszélyeztetettsége esetén a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak, háziorvosnak, a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. 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.²⁶⁵ A jelzőrendszeri tagoknak írásban kell megtenniük jelzéseiket (krízishelyzet esetén utólagosan).²⁶⁶ Hogy milyen információkat kell tartalmaznia a jelzésnek, arra vonatkozóan módszertani útmutató ad iránymutatást (EMMI, 2016). Jelzéssel és hatósági eljárás kezdeményezésével bármely állampolgár (pl. szomszéd, rokon stb.) és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet.²⁶⁷ A gyámhatóság pedig hivatalból akkor is indíthat eljárást, ha azt az ítélőképessége birtokában lévő cselekvőképtelen gyermek kéri (amennyiben ez a gyermek érdekében áll).²⁶⁸ 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 képviseléről. Ez különösen fontos azokban az esetekben, ahol a gyermek és törvényes képviselője (pl. a szülő) között érdekellentét áll fenn, pl. a gyermek azt szeretné bejelenteni, hogy saját szülei hanyagolják el vagy bántalmazzák.

²⁶⁴ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 12. §

²⁶⁵ Uo. 17. § (2).

²⁶⁶ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 9. § (1) b)

²⁶⁷ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §.

²⁶⁸ 149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 8. § (2).

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.

A gyermekvédelmi törvény elkülöníti egymástól a szolgáltatásokat és a hatósági munkát. Előbbi azokat a szolgáltatásokat foglalja magában, amelyeket a rászoruló gyermekek, illetve gyermekes családok vehetnek igénybe. Az utóbbi pedig a gyermek és a család sorsát érintő hatósági döntéseket jelenti (pl. a védelembe vétel, a családba fogadás, vagy a nevelésbe vétel).²⁶⁹ (Lásd 7–5. ábra) (Az utógondozás ill. az utógondozói ellátás elrendelése, valamint a megelőző pártfogás elrendelése a kora gyermekkori témakört nem érintő intézkedések.)

Hatósági eljárás kezdeményezése kapcsán a gyermekvédelmi gondoskodás körébe tartozó intézkedések közül a család- és gyermekjóléti központ javaslatot tehet a járási gyámhivatalnak a gyermek védelembe vételére, ideiglenes hatályú elhelyezésére vagy nevelésbe vételére. Mikor a javaslatot megteszi, a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltatónak arra kell elsősorban figyelnie, hogy a hatósági eljárás ügyintézési ideje alatt biztosítva legyen, 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, amelyről a gyámhivatal intézkedik.²⁷⁰ (A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató és a gyámhatóság a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.²⁷¹) A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben írásban tájékoztatja az ismert jelzést tevőt a tevékenységéről, az általa megtett intézkedésekről. (EMMI, 2016)

²⁶⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 15. § (3), (4).

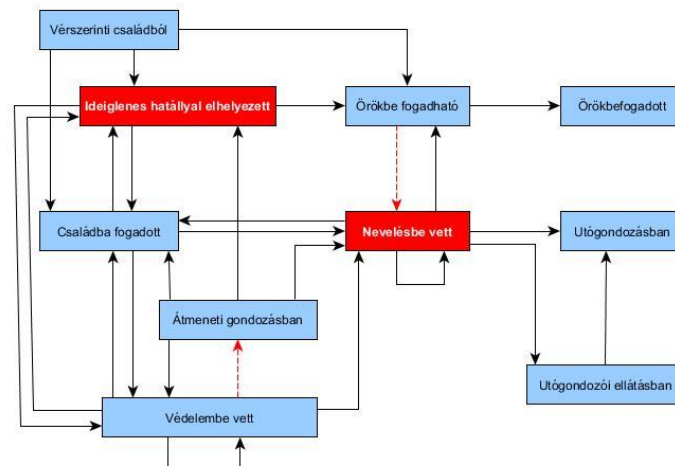
²⁷⁰ Uo. 95. § (1)

²⁷¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2a).

A gyermekvédelmi szakellátásba kerülés két módon történhet, ideiglenes hatállyal elhelyezéssel és nevelésbe vétellel. A lehetséges folyamatok az alábbi utak mentén azonosíthatóak (lásd 7–5. ábra):

- Vér szerinti családból, gyermekjóléti előtörténet nélkül ideiglenes hatállyal történő elhelyezésbe kerülés;
- Védelembe vételből ideiglenes hatállyal történő elhelyezésbe kerülés;
- Védelembe vételből nevelésbe vételbe kerülés;
- Családba fogadásból gyermekjóléti előtörténet nélkül ideiglenes hatállyal történő elhelyezésbe kerülés;
- Családba fogadásból nevelésbe vételbe kerülés;
- Ideiglenes hatállyal történő elhelyezésből nevelésbe vételbe kerülés,
- Átmeneti gondozásból nevelésbe vételbe kerülés.

7–5. ábra – A gyermekvédelmi szakellátásba kerülés folyamata



Ábra: Magyar Gyöngyvér ábrája alapján Dúl Anita készítette (a szerző hozzájárulásával)

A *kliensút* modellre építkező *Gyermekút* ellátórendszerbe való implementálása jelenleg zajlik az EFOP 1.9.5 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében. A szakemberek nagy volumenű képzése és a szülők esetmegbeszélő csoportokkal való támogatása reményt ad arra, hogy az ellátási utak átláthatóbbá váljanak, és minden szereplő tájékozottabb lesz azok ismeretét illetően.

8. 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 (Woodhead & Moss, 2007; *The Science of Early Childhood Development*, 2007; Woodhead et al., 2014). 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 (Guralnick, 2005, 2019).

A szolgáltatási rendszer megújítása és a szolgáltatástervezés szempontjából elengedhetetlen a kora gyermekkori intervenció elméleti alapjainak lerakása, a fogalmak definiálása, a célcsoportok meghatározása. A nemzetközi gyakorlatban is változatos a kora gyermekkori intervenció fogalmának értelmezése, jellemzően tágul a fogalom és a célcsoportok köre is bővül (Pretis, 2009a, 2010b; Frazer, 2016; European Agency for Development in Special Needs Education, 2010; House of Commons Science and Technology Committee, 2018; Guilbault, 2012; Park & McHugh, 2014; Cycyk & Durán, 2019; Marlin & Simic, 2012). A hazai megközelítésben a legszélesebb értelmezésben használjuk a fogalmat, időben és a célcsoportot tekintve is szélesre nyitva annak értelmezési tartományát.. Ennek megfelelően a kora gyermekkori intervenció magában foglalja a pre-, illetve perikonceptcionális 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 ellátások. (Kereki, 2015a; Kereki & Szvatkó, 2015) Ennek a tág értelemben használt kora gyermekkori intervenciónak része a korai fejlesztés, mint egy fontos ellátási forma. Bár a célcsoportok specifikálása a hazai szakmai gondolkodásban és a jogszabályi meghatározásban is szélesedett, hiszen a biológiailag érintett gyermekek mellett a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny, a szociális hátránnyal élő, továbbá a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik egyaránt helyet kapnak benne, *a célcsoportok további differenciálása illetve a célcsoportok bővítése megfontolandó szempont.*

A kora gyermekkori intervenció fontossága

A kora gyermekkor kiemelt szerepe és a korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció 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 (Shonkoff & Phillips, 2000; Thompson & Nelson, 2001; Mustard, 2007, Lakatos, 2011; Center on the Developing Child, 2015). 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 sikerességnek (Shonkoff, Boyce és McEwen, 2009). Az egészséges fejlődést a biológiai és környezeti dimenziók mentén szerveződő rizikó- és védőtényezők összjátéka befolyásolja. A felnőttek gondoskodó, válaszkész magatartása, a kiszámítható interakciók, a biztonságos, stabil kapcsolatokat nyújtó, egészséges környezet, a növekedést segítő tapasztalatok segítik a kisgyermek szilárd agyi struktúráinak kialakulását, az ellenálló képesség megalapozását. (Shonkoff & Phillips, 2000) Ugyanekkor a szignifikáns hátrányok megakaszthatják a fejlődési folyamatot, korlátozzák a gazdasági és társadalmi mobilitást, ezáltal veszélyeztetik a társadalom életképességét, termelékenységét és fenntarthatóságát. Mindezeket figyelembe véve alapvető fontosságú, hogy a tudományos evidenciákat alapvetően figyelembevevő ellátórendszer épüljön ki a gyermek és családja köré, hogy a gyermek időben jusson el a szükségleteihez megfelelően illeszkedő ellátásba és családjával együtt megkapja a minőségileg és mennyiségileg is szükséges szolgáltatást.

Az utóbbi évtizedekben zajló nemzetközi, elsősorban amerikai 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 kontrollcsoportéhoz képest, hanem hosszú távú társadalmi hasznosságuk is jelentős. (Karoly, Kilburn & Cannon, 2005). Részben a programokban részt vevők többlettermelékenysége miatt, 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 prevenció, intervenció

befektetésekre, annál magasabb a befektetések megtérülési rátája, nagyobb a programok társadalmi haszna. (Heckman, 2000; Heckman & Krueger, 2003; Grunewald & Rolnick, 2004; Heckman, 2008a, 2008b; Doyle et al., 2009). *A méltányosság elve alapján, amely az életlehetőségek és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából is fontos esélykiegyenlítő dimenzió, kiemelt szempont, 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, emellett 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.*

A nemzetközi gyakorlat, mint referencia

A nemzetközi gyakorlatban a kora gyermekkori intervenció területén az utóbbi évtizedekben számos trend megfigyelhető, amelyek elsősorban a családközpontú gyakorlat előtérbe kerülése és a koordinált, integrált szolgáltatói modellek felé való továbblépés dimenziói mentén kerülnek megfogalmazásra. A gyermekfókuszú megközelítés a családfókuszú megközelítés irányába tolódott el, ahol a család működése a szűkebb és a tágabb környezet kontextusában értelmezendő (Bernheimer & Weisner 2007; Coulthard, 2009). A deficitorientált megközelítést az erősségalapú megközelítés váltja fel (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000). A széttöredezett szolgáltatásoktól elmozdulás történik a holisztikus megközelítésű egységes, integrált szolgáltatások felé (Kaufmann & Hepburn, 2007; Guralnick, 2008), és ezzel összefüggésben a multidiszciplináris teamműködéstől az interdiszciplináris teammunkán keresztül eljutunk a transzdiszciplináris megközelítésű teamműködésig (Carpenter, 2000; Baker & Feinfield, 2003; Rapport, McWilliam & Smith,

2004; Moore, 2004; Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005; King et al., 2009; Moore, 2011, 2012, 2016). A természetes tanulási környezet, mint az inklúzió fontos aspektusa is kulcsfogalomává válik a fejlett országok kora gyermekkori intervenciót érintő ellátási filozófiájában (Dunst & Raab, 2004; Dunst et al., 2005; Dunst et al., 2006a; Moore, 2011, 2012, 2016, ECIA, 2016).

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 (EADSNE, 2005; EADSNE, 2010). Vannak országok, ahol rövid időszakra tekint vissza a rendszer, ám átgondolt stratégia alapján alakítják ki a szervezeti hátteret (Breia, 2009; Boavida et al., 2009; Veerman, 2009; Guitez, 2010a; Guitez, 2010b). Vannak olyanok is, ahol a korai ellátásokat tekintve több évtizedes tapasztalattal rendelkeznek, mint például a német nyelvű országok, és a legrégebben működő kora gyermekkori intervenciók központokkal rendelkeznek (Peterander, 2004, 2009; Sohns & De Camargo, 2009; Sohns, Hartung & De Camargo, 2010; Pretis, 2010b, 2010c). Az észak-európai (elsősorban a skandináv) országok esetében nincs elkülönült szervezett intézményrendszer, arra törekszenek, hogy az érintett gyermekeket a többségi intézményekben, inkluzív formában lássák el (Luttropp, Norling & Balton, 2007; Almqvist, 2009; Helgevold, 2009; Svendsen, 2009; Heinämäki, 2009). Az angol nyelvű országokban nagy hangsúlyt fektetnek a gyermek, illetve a család körül kiépülő team működésre, a koordinált ellátást kulcsszemély segítségével biztosító szolgáltatási formákra (Department of Health, 2008, 2009; Andrews, 2009; Robertson & Messenger, 2010a; Early Support, 2012; Mengoni et al., 2014).

Bármilyen filozófia mentén is működik a különböző országcsoportokban a kora gyermekkori intervenció, öt lényeges pontban mindenhol teljesen egyetértenek a szolgáltatásnyújtást illetően: minden érintett gyermekhez és családjukhoz a lehető legkorábbi szakaszban jusson el a szolgáltatás; mindenki számára biztosítani kell a hozzáférést; ezek a szolgáltatások ingyenesen, illetve minimális térítéssel igénybe vehetőek legyenek; változatos, interdiszciplináris team jelenléte mellett a különböző szükségletekhez megfelelő módon illeszkedő szolgáltatásokat kell biztosítani. (EADSNE, 2005, 2010)

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 gyakorlatnak egyre inkább teret kell nyernie a kora gyermekkori intervencióban, ahol a szolgáltatás fókuszát kitágul, a szülő, a család, a tágabb család, ill. annak környezete is helyet kap benne, 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.

Hazai szabályozási környezet

A különböző ágazati jogszabályokat áttekintve megállapítható, hogy a legfiatalabb életkorú gyermekek és családjaik ellátására vonatkozó rendelkezések az ágazati törvényeken, rendeleteken belül elszórtan jelennek meg. Az ágazatok szerinti elkülönültség nehezen áttekinthetővé teszi a szabályozást. 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. (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2011, 2015c. 2017a) Az egységes szemléletű, egységes rendszerként működő kora gyermekkori intervenció a jelenlegi ágazati szabályozási filozófia mellett nehezen valósítható meg. A hazai jogalkotási gyakorlatra egyrészt jellemző a gyakori változtatás, és köztudottan, ha a rendszer egyik elemét változtatjuk, hatni fog a többire, tehát újabb és újabb változtatásokat kell tenni, amellyel nem tud lépést tartani az összehangolás szándéka. Másrészt a gyakori jogszabálmódosításokkal is összefüggésben a más ágazatokkal folyó egyeztetések nem minden esetben valósulnak meg, és az sem ritka, hogy saját ágazatban nem kerülnek összehangolásra különböző szintű jogszabályok. Biztosan segítené egy szemléleti változás a jogszabálmódosításokban, amely monitoroz, és az „alulról” jövő tapasztalatokat, visszajelzéseket építi be jogszabálmódosító javaslatokba, hogy minél életszerűbbek legyenek, és az élet minden területe (ágazatonként) úgy legyen elrendezve, hogy az mindenki számára megfelelő legyen és biztosítsa a szükséges támogatásokhoz való hozzáférést is. Segítené talán ebben egy olyan irányelv vagy protokoll, amely ezt az egyeztetésekben és visszacsatolásokban bővelkedő folyamatot leírja. Mindenesetre az is egy *tapasztalati tény, hogy azokban az országokban, ahol egyetlen jogszabály szabályozza az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekekre vonatkozó szolgáltatásnyújtást, átlátható és egyértelmű gyermekutak alakulnak ki.*

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 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, gyermekjóléti, gyermekvédelmi terület is kapcsolódik. Ehhez illeszkedve az egyes ágazatokon belüli továbbküldési utak viszonylag követhetőek a jogszabályok alapján, de a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket alig kötik össze formális ellátási utak (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2011, 2015c; 2017a). Különösen az egészségügyi alapellátásból a köznevelés rendszerébe történő szabályozott út hiányzik, miközben a gyermekkel elsőként az egészségügyi ellátórendszer szereplői találkoznak, nem mindegy tehát, hogy ők mennyire ismerik az ellátórendszerben rejlő lehetőségeket. Az egészségügyi ellátó számára a pedagógiai szakszolgálat, mint az iskoláskor előtti, különösen a 0–3 éves életkorú, eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek fejlesztő, terápiás vagy prevenciós ellátását biztosító intézményeként kevésbé merül fel legitim továbbküldési útként, és csak az egészségügyi ellátó szakember informáltságától függően kerül a továbbküldési lehetőségek közé (Kereki, 2015b). Mivel a különböző jogszabályokban rögzített és különböző ellátóhoz kapcsolódó ellátásokról maga az ellátásra jogosult személy esetlegesen szerez csak tudomást, semmi nem garantálja, hogy szükségletei alapján eljusson az egyik ágazat szolgáltatójától a másik ágazat szolgáltatójához.

Az elmúlt évtized kutatásainak és fejlesztési javaslatainak hatására 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.*

A kora gyermekkori intervenciók ellátórendszer működésének jellemzői

A hazai kora gyermekkori intervenciók rendszerében foglalja magában 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 (Kereki, 2011). A jelenlegi működés aktuális áttekintése több lényeges hiányosságra hívja fel a figyelmet. Különösen a szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén detektálhatóak a problémák. Szinte kivétel nélkül minden szegmenst érint az erőforráshiány, kapacitásgondok akadályozzák az ellátásba jutást. Ez jellemzően a betöltetlen álláshelyek növekvő számából azonosítható. Mind a védőnői körzetek, mind a gyermekeket ellátó háziorvosi praxisok nagyjából 10%-a betöltetlen (Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, 2019, Országos Alapellátási Intézet, 2020). Ugyanígy kapacitáshiány érzékelhető a gyermekeket ellátó szakellátó szakorvosok tekintetében (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013; Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa, 2014); hiányzik a szervezett, rendszerszinten működő koraszülött utógondozói hálózat; a fejlődésneurológiai, gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén egyenlőtlen az ellátáshoz való hozzáférés, a kapacitások szűkösek (OGYEI, 2005; Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2010b, 2011; 2015c; 2017a; Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013). Ugyanilyen problémák jelentkeznek a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtóknál (Batta et al., 2018), vagy a pedagógiai szakszolgálatoknál, ahol 20%-os a létszáshiány (KIR-STAT, 2019).

Ugyanakkor a gyermekek napközbeni ellátását biztosító szolgáltatásokat tekintve is hiányosságok tapasztalhatóak, jelenleg a bölcsődei ellátás a gyermekek mindössze 17,4%-ának tud férőhelyet biztosítani (KSH Statadatok táblák, 2019). Az óvodák tekintetében sokkal kedvezőbb a helyzet, a települések több mint 70%-ában található óvoda, a kihasználtságuk 85%-os (KSH Tájékoztatási adatbázis, 2018). Ugyan országos szinten nő a férőhelyek kihasználatlansága, egyszersmind helyi, települési szinten sok esetben férőhelyhiány jelentkezik (Központi Statisztikai Hivatal, 2019).

A házi gyermekorvosoknál, háziorvosoknál az átlagos életkor folyamatos emelkedése mellett az utánpótlás is probléma. Akadályozó tényező lehet az is, ha a szakembereknek nincs megfelelő végzettsége, tudása, amellyel a gyermek, a család szükségleteinek megfelelő

ellátást nyújthatna. Például a vegyes praxisú házi orvosok gyermekgyógyász végzettség híján, kevesebb tapasztalattal tudnak gyermekeket ellátni (Kádár et al., 2010, 2011), vagy a tanulásban akadályozott pedagógiája szakirányú gyógypedagógus megszerzett tudása alapján a korai fejlesztésben kevésbé járatos, miközben több helyen végzi azt (Kereki, 2011). Az erőforrásproblémák leterheltséget okoznak és meghosszabbítják a vizsgálatra való várakozási időt. Mindezek mellett az utazási nehézségek is akadályozó tényezőkként azonosíthatóak. (Kereki & Lannert, 2009; Kereki, 2011, 2013, 2015c, 2017a)

Az erőforrás és kapacitásproblémáktól nem függetlenül az ellátás szembetűnő területi egyenlőtlenségei azonosíthatók. Az egészségügyi ellátás mutatóit tekintve évek óta Észak-Magyarország tekinthető a legkedvezőtlenebb helyzetű régiónak (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2011, 2015c; 2017a; Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, 2014; KSH Tájékoztatási adatbázis, 2014; KSH Statadatok táblák, 2015). 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 (Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, 2019). Hasonló a helyzet a házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú házi orvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférést tekintve. A tartósan betöltetlen álláshelyek elsősorban a hátrányos helyzetű régiókban okoznak ellátási gondokat, különösen Észak-Magyarország esetében (Országos Alapellátási Intézet, 2020). A szakellátásban dolgozó csecsemő- és gyermekgyógyászok csökkenő létszáma veszélyezteti a minőségi ellátást (Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013), 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 (Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, 2014). A gyermekjóléti szolgáltatásokat tekintve a kapacitásproblémák különösen a hátrányos helyzetű területeken dolgozó családsegítőket érintik, ahol a szolgáltatást igénybevevő családok, illetve gyermekek száma többszöröse lehet a jogszabályban maximalizált létszámnak. (Lux, 2011; Rajzinger, Tóth & Zeller, 2010; Kereki, 2017a) A regionális ellátást tekintve Észak-Magyarországon a legkevésbé biztosított a bölcsődei ellátás (Kereki, 2017a).

A korábbi évekhez hasonlóan magas arányban azonosíthatóak azok a gyermekek, akik az iskolába lépésük után kerülnek *újonnan* a sajátos nevelési igényű kategóriába (nagyjából

40%). Különösen a leghátrányosabb helyzetű régiók közé tartozó Észak-Magyarországon a legtöbb az első osztályban újonnan sajátos nevelési igényű jogosultságot kapó gyermek, ahol a gyermekek feléről az iskolába lépéskor derül ki a fejlődésükben megmutatkozó eltérés vagy zavar. (Kereki & Lannert, 2009a; Kereki, 2011, 2015c, 2017a) Jellemzően ebben a régióban az országos átlagnál jóval kisebb a 0–5 évesek között a korai fejlesztésben részt vevők aránya. (Kereki, 2017a). Valószínű, hogy a hátrányos helyzetből fakadó, halmozottan jelentkező akadályozó tényezők növelik annak esélyét, hogy ezekről a területekről kevésbé kerülnek be korábban a rászoruló gyermekek az ellátórendszerbe, és annak is jelentős szerepe lehet, hogy problémájuk az intézménybe kerüléssel az iskolai teljesítményzavarok megjelenése kapcsán válik csak 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. Lényeges annak a kiemelése, hogy a korcsoportokat tekintve az ellátásba jutás szempontjából éppen a legfiatalabb, 0–3 éves életkorú gyermekek helyzete a leghátrányosabb, hiszen esetükben a szülők leginkább csak 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 (Kereki & Lannert, 2009a; Bánfai et al., 2014). Ugyanakkor az egészségügyi alapellátó szakember döntéseit befolyásolhatja, hogy az egészségügyi alapellátásból 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 bár vannak erre kezdeményezések, még sincsenek ennek kiterjedt jogi biztosítékai. Az intézményes ellátásba kerülve változnak a gyermek lehetőségei, nagyobb eséllyel jut el a megfelelő ellátóhelyre, amennyiben ezt a szülő is támogatja. Az utóbbi hét évben zajló nagy volumenű képzések, amelyek korábban elsősorban az egészségügyi alapellátásban, jelenleg pedig az összes szakterület alap- és szakellátásában zajlik gyermeki fejlődésről, az eltérések felismeréséről és a különböző ellátási lehetőségekről, elősegítik a szakmai információk elérhetőségét és a kora gyermekkori ellátórendszer szereplői közti kapcsolatok kialakítását, amely sokat segít a működés hatékonyabbá, eredményesebbé tételében.

Perspektívák, megoldási lehetőségek

Egy működőképesebb rendszer alapvetően az integrált, koordinált 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, integrált, koordináltan működő intézmények, illetve a hátrányos helyzetű területeken 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. 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 segítése, hogy a gyermek köré a megfelelő fejlődést biztosító, optimális környezetet tudjanak kialakítani. Ezzel összefüggésben kiemelhetőek azok a törekvések, ahol az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekekről olyan napközbeni gyermekellátó intézmények gondoskodnak, ahol inkluzív nevelés keretében képesek fejlődni, *természetes tanulási környezet* kialakításával. A kutatások azt igazolják, hogy az érintett gyermekek fejlődését jelentősen kedvezőbbé teszi, ha részt vehetnek az általános kora gyermekkori és közösségi szintereken szervezett tevékenységekben. (Guralnick, 1999; DEECD, 2008; KPMG, 2014; Dunst, 2018).

A koragyermekkori intervenció egységes rendszerbe szervezése, a fragmentált ellátás elemeinek megfelelő összekapcsolása, különös tekintettel a különböző ágazatok közti kapcsolódások kialakítására fontos lépés a különböző szakterületek együttműködésének előmozdítására. A fokozatosság mellett ebben benne van a tanulás és a belső önszerveződés útján való fejlődés lehetősége. Az ellátás különböző releváns pontjait és szereplőit a kliensek kiszolgálása szempontjából összekötő gyermekút épp ezt az összekapcsolást, összerendezést kívánja megvalósítani. 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. Két olyan ellátási út is kialakításra került, amely modellként tud működni a jövőbeni ellátórendszerben. 2015-ben került kifejlesztésre és Békés megyében kipróbálásra a

kliensútmodell (Kereki, 2015b; Kereki, 2015d), amely alapvetően az aktuális szolgáltatórendszer veszi alapul. A minél korábbi ellátásba kerülést a különböző ágazatok alá tartozó szereplők továbbküldési útjainak összekötésével, elsősorban az egészségügy és a köznevelés rendszerének összekapcsolásával, az átjárhatóság biztosításával, az ágazatközi együttműködések szorosabbra vonásával kívánja elérni. Ez a modell jelenleg *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt* keretében kerül implementálásra az ellátórendszerben. A másik modell, a *lehetséges gyermekút* modell az egészségügyi ágazatban zajló Koragyermekkori (0–7 év) programban került kifejlesztésre (Kereki et al., 2014), itt egy koordinációs csoportnak van hangsúlyos szerepe, amely a folyamatdiagnosztikát és az ellátás megszervezését végzi. Ez a modell kipróbálás alatt áll. Feltételezhetően *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt* megvalósítása várhatóan egy több és színvonalasabb szolgáltatást magában foglaló, hatékonyabban működő ellátórendszer eredményez, ahol átlátható, nyomon követhető gyermekút biztosítja a szakemberek és a szülők számára is az egyértelmű továbblépési lehetőségekről való tudást. A képzések eredményeként nő a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakterületek szakembereinek kompetenciája, egységes tudása, ismertté válnak számukra a közös gyermekúthoz kapcsolódó szakmai elvárások, továbbküldési, jelzési utak. A szülők informáltabb, elégedettebb, gyermeküket jobban ismerő, kompetensebb szülőkké válnak. Ez lehetővé teszi számukra, hogy felismerjék az „elég jó szülőség” értékeit, tudatosabban azonosítsák és támogassák gyermekeik erősségeit, képességeit és jobban eligazodjanak az ellátórendszerben.

Következtetés

Az összegző vizsgálat során négy hipotézis került megfogalmazásra.

Az *első hipotézis* arra vonatkozott, hogy a kora gyermekkori intervenció szabályozási környezete és annak 2008-2019 között bekövetkezett változásai nem tudták biztosítani az érintett terület rendszerszerű működését és az ágazatok közötti ellátási út továbbra is hiányosan szabályozott. Az *első hipotézis beigazolódott*, hiszen jellemzően a rendelkezések az ágazati törvényeken belül még mindig szétszórtan jelennek meg, nehéz bennük az eligazodás. Az ágazati jogszabályok csak néhány ponton kapcsolódnak össze, összehangolatlanok. A kora gyermekkori intervenció egyes szakaszainak tevékenységei több ágazathoz kapcsolódnak, a terminológiák változását sem követik le más ágazati jogszabályok, nem reflektálnak egymásra. A szabályozás ágazati jellege folyamatos jogharmonizációt igényel, amit nem tudnak követni a jogszabálymódosítások. A kora gyermekkori intervenció egységes szemléletű szabályozása az ágazati jogszabályok ilyen mértékű összehangolatlansága mellett

nem tud megvalósulni. Az eltelt tíz év nem hozott megoldást a rendszerszerű működés kialakítására, ezzel az ellátásba kerülés továbbra is akadályozott.

A *második hipotézisnél* abból a feltételezésből indultam ki, hogy az eltelt tizenkét évben a kora gyermekkori intervenció szemléleti átalakulása egységesebb irányba mozdult el, a különböző szakterületeket képviselő szakembereknek a kora gyermekkori intervencióról, az ágazatközi együttműködésről, az interdiszciplináris teamszemléletről és a továbbküldési utakról való tudása növekedett, és ez összességében növeli az időben történő ellátásba jutás esélyét. A 2008-2019 közötti időszakban a kora gyermekkori intervenció érzékelhető szemléleti átalakuláson ment keresztül, komplexebbé, nyitottabbá vált róla való gondolkodás. A különböző szakterületek képviselői jobban keresik egymással a kapcsolatot (például védőnők és a pedagógiai szakszolgálat), jobban rálátnak egymás munkájára. Az informális kapcsolati háló mozgatja alapvetően a rendszer működését. Az interdiszciplináris teamszemlélet mind az ágazaton belül, mind az ágazatok között egyre inkább teret nyer. Az előremutató folyamatok mögött ott van azoknak a fejlesztési projekteknek a hatása, amelyek mindezen területeken nagyvolumenű képzések segítségével juttatta el a korszerű módszertani tudásanyagot az érintett ellátóknak. Az alapellátó szakembereknek a felismerés és a továbbküldés terén nyert tudása korábbi életkorokban juttatja el a gyermekeket a megfelelő ellátásba. Mindezek hozzájárultak, hogy összességében nőttek az ellátásba kerülés esélyei, így megállapítható, hogy a *második hipotézis is beigazolódott*.

A *harmadik hipotézis* arra vonatkozik, hogy 2008-2019 között a terület egyre erőforráshiányosabbá vált és kapacitásproblémák is akadályozták a szolgáltatásokhoz való megfelelő szintű hozzáférést. Az erőforráshiány és a kapacitásproblémák minden szegmensben detektálhatóak, és az eltelt 12 év alatt a helyzet még kritikusabb lett. A jelenséghez kapcsolódóan növekedtek a betöltetlen álláshelyek, ami a dolgozók leterheltségéhez és a várakozási sorok növekedéséhez vezetett. Többször előfordul az is, hogy a szakember képzettsége nem illeszkedik a szükségletekhez. Ezen felül, az utazási nehézségek is szerepet játszanak az ellátáshoz való eljutásban. Összességében tehát kimondható, hogy a hozzáférési problémák növekedtek. Tehát a *harmadik hipotézis is igazolásra került*.

A *negyedik hipotézis* állítása szerint a kora gyermekkori intervenciók intézményrendszerben a 2008-2019-es időszakban fennmaradtak a területi egyenlőtlenségek. A hozzáférést tekintve regionális különbségek azonosíthatóak, különösen Észak-Magyarország kedvezőtlen helyzete

szembetűnő. A leghátrányosabb helyzetű települések lemaradásai továbbra is fennállnak, ezekre a területekre koncentrálnak a betöltetlen álláshelyek, kb. 77 ezer 0–7 éves életkorú gyermeket érint a megfelelő szintű ellátás hiánya. Összefüggésben a kapacitásproblémákkal, de nem kizárólag emiatt, a kora gyermekkori intervenciós intézményrendszerben az ellátásokhoz való hozzáférést tekintve az eltelt tíz évben fennmaradtak a területi és településszintű egyenlőtlenségek, bizonyos vonatkozásban növekedtek is. Így a *negyedik hipotézis is beigazolódtott*.

Bár az utóbbi néhány évben országos szinten számtalan szabályozási, strukturális változás zajlott le, a rendszer korszerűsítése, a szükségletekhez való igazítása további érdemi kormányzati elköteleződést igényel. 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.

Felhasznált irodalom

- Adamaszek, K., & Gnau, E. (2011). *Welche Elterninformationen Sind Für Die Zielgruppe Früher Hilfen Attraktiv? Ergebnisse Einer Befragung Von Fachkräften*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Elterninformationen.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 07. 13.) Az idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Nyuli Krisztina.
- Adler, N. E. at al. (2007). *Reaching for a healthier life: facts on socioeconomic status and health in the U.S.* San Francisco: MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Almqvist, L. (2009). *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Sweden*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B202%5D=202> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 04.)
- Altorjai Péter, Bodó Tímea, Futó Gabriella, Horváth Ágnes, Kereki Judit, Orosz Katalin, Petőné Csima Melinda, Részőné Mellár Mónika, & Tóth Anikó (2014). *Idejében kiderül... Házi gyermekorvosok és vegyes praxisú házi orvosok komplex továbbképzése. E-learning tananyag*. TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet.
- Altorjai Péter, Fogarasi András, & Kereki Judit (szerk.). (2014/2015). *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*. 2. javított kiadás. TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Andrews, E. (2009). *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – UK (England)*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B182%5D=182> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)
- Babbie, E. (2008). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi Kiadó
- Babity Mária (2005). *A gyermekbántalmazás felismerése, megelőzése, kezelése*. Baja: Eötvös József Főiskola.
- Bailey, D. B., Bruder, M. B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., Walker, D., & Barton, L. (2006). Recommended Outcomes for Families of Young Children with Disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28, 226–251.
- Baker, B. L., & Feinfield, K. A. (2003). *Early intervention*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Bánfai Bálint, Betlehem József, Deutsch Krisztina, Jeges Sára, Lampek Kinga, Petóné Csima Melinda, & Tancsics Dóra (2014). *Összefoglaló tanulmány a TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-00001 „Kora gyermekkori (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 Kora gyermekkori (0–7 év) program, Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Barros, A. J., Matijasevich, A., & 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, & Tobak Orsolya (2014). *Védőnők, vegyes praxisú házi orvosok/házi gyermekorvosok kompetenciáinak, motiváltságának és a családokkal szembeni elvárásainak felmérése a gyermeki fejlődés követésében (szakemberi attitűdvizsgálat).* Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Bartolo, P., Björck-Åkesson, E., Giné, C., & Kyriazopoulou, M. (Eds.). (2016). *Inclusive Early Childhood Education: An analysis of 32 European examples.* Odense: European Agency for Special Needs and Inclusive Education.
- Batta Zsófia, Bulyáki Tünde, Dr. Hollódy Katalin, Kissné Erdélyi Gabriella, Dr. Kovács Julianna, Masa Andrea, Papp Krisztina, Dr Sümegi Viktória, & Szy Ildikó (2018). *A szolgáltatáshiányos területen mozgó szakszolgálati hálózatfejlesztés, speciális szolgáltatások nyújtása, szolgáltatásnyújtás lehetőségeinek kidolgozása.* EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság.
- Bass László, Klujber Valéria, Márkné Ribiczey Nóra, & Vásárhelyi Anikó (szerk.). (2014). *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése.* TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Basten, M., Jaekel, J., Johnson, S., Gilmore, C., & 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.
- Bellour, F., Bartolo P., & Kyriazopoulou, M. (Eds.). (2017). *Inclusive Early Childhood Education: Literature Review.* Odense: European Agency for Special Needs and Inclusive Education.
- Berényi Marianne, & Katona Ferenc (2013). Fejlesztések és terápiák. Fogalomzavar, vagy vetélkedés a mindennapokért? *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(3), 174–186.

- Bernheimer, L. C., & 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.
- Bezzina, L. (2018). *Malta Fact Sheet on Social Care & Support Services Sector for Persons with Disabilities*. EASPD.
https://www.easpd.eu/sites/default/files/sites/default/files/Publications/countryreports1/easpd-malta_fact_sheet.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 21.)
- Bíró Lajos, Nagy Erna, & Szigeti Szonja (2015). *Szülői attitűdvizsgálat pilot országos kiterjesztése. Zárótanulmány*. TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Black, R. E., Morris, S. S., & Bryce, J. (2003). Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year? *The Lancet*, 361(8376), 2226–2234.
- Boavida, J., & Carvalho, L. (2003). A Comprehensive Early Intervention Training Approach: Portugal. In Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 213–252.
- Boavida, J., Carvalho, L., & 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.), *European Developments in Early Childhood Intervention*. Eurlyard–EAECI, 44–67.
- Bod Mária, & Hajtó Krisztina (2012). Koraszülött Prevenációs Program – új ellátási forma a Korai Fejlesztő Központban. *Fejlesztő Pedagógia*, 23(4–5), 103–110.
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., Visser, S., & Kogan, M. D. (2011). Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008. *Pediatrics*. 127(6), 1034–1042.
- Bowlby, J. (2009). A biztos bázis – A kötődélmélet klinikai alkalmazásai. Budapest: Animula, 9–44, 113–127.
- Breia, G. (2009). Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Portugal. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B207%5D=207> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 04.)
- Britto, P. R., Yoshikawa, H., Van Ravens, J., Ponguta, L. A., Oh, S.S., Dimaya, R., & Seder, R.C. (2013). *Understanding Governance of Early Childhood Development and Education Systems and Services in Low Income Countries*. Office Research Working Paper No. 2013-07, UNICEF Office of Research, Florence.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *Readings on the development of children*, 2(1), 7–43.

- Bronfenbrenner, U. (2001). Bioecological theory of human development. In Smelser, N. J. & Baltes, B. P. (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Vol. 10. New York: Elsevier, 6963–6970.
- Bronfenbrenner, U., & 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. New York: John Wiley & Sons, Inc., 793–828.
- Bruder, M. B. (2010). Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future. *Exceptional Children*, 76(3), 339–355.
- Bruder, M. B., Catalino, T., & Chiarello, L. A. (2019). More Finding a Common Lens: Competencies Across Professional Disciplines Providing Early Childhood Intervention. *Infants & Young Children*. 32(4), 280–293.
- Burányiné Rákóczi Emese, & Kun Richárdné (2015). *A továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/palyaori_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 02. 28.)
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & 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: 2019. 04. 20.)
- Caldwell, B. M. & Bradley, R. H. (2003). *Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual*. Tempe, Arizona: Family & Human Dynamics Research Institute, Arizona State University.
- Campbell, L. (2004). Early childhood intervention in the United-Kingdom. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B182%5D=182> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)
- Capsys (2015). *Egységes elektronikus Várandósgondozási- és Gyermek egészségügyi kiskönyv bevezethetőségének vizsgálata HH és LHH kistérségekben*. Készült az Országos Tisztifőorvosi Hivatal részére a TÁMOP–6.1.4/12/1-2012-0001 azonosítószámú, „Kora gyermekkor (0–7 év) program” című kiemelt projekt keretében. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Carneiro, P., & Heckman, J. J. (2003). Human Capital Policy. In Heckman, J. & Krueger, A. (Eds.), *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* MIT Press, 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., & Russel, P. (2005). Early Intervention in the United Kingdom. In Guralnick, M. J. (Ed.), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*. Baltimore: Brookes, 455–480.

- Carpenter, B., Schloesser, J., & Egerton, J. (Eds.). (2009). *European Developments in Early Childhood Intervention*. Eurlyaide/EAEICI.
- Carroll, C., Murphy, G., & Sixsmith, J. (2013). The Progression of Early Intervention Disability Services in Ireland. *Infants and young children* 26(1), 17–27.
- Carter, S. C. (2014). Oxytocin Pathways and the Evolution of Human Behavior. *Annual Review of Psychology*, 65, 17–39.
- Carvalho, L., Chaves de Almeida, I., Felgueras, I., Leitato, S., Boavida, J., Santos, P. C., Serrano, A. et al. (2019). *Recommended Practices in Early Childhood Intervention*. A guidbook for professionals. EURLYAID – The European Association of Early Childhood Intervention. <https://indd.adobe.com/view/ce456704-8e75-46a4-a7e6-700b024ed409> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 25.)
- Center for the Study of Social Policy (2005). *Strengthening Families. A protective Factors Framework*. Center for the Study of Social Policy. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/11/About-Strengthening-Families.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 20.)
- Center on the Developing Child (2009). *Maternal Depression Can Undermine the Development of Young Children: Working Paper No. 8*. Cambridge, Massachusetts: Center on the Developing Child at Harvard University.
- Center on the Developing Child (2015a). *Core Concepts in the Science of Early Childhood Development*. Cambridge, Massachusetts: Center on the Developing Child at Harvard University. <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/06/Core-Concepts-in-the-Science-of-Early-Childhood-Development.pdf> (Letöltés dátuma 2019. 09. 10.)
- Center on the Developing Child (2015b). *Early Childhood Mental Health*. Center on the Developing Child. Cambridge, Massachusetts: Harvard University. <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 10. 11.)
- Centre for Longitudinal Studies (2015a). *Welcome to the 1958 National Child Development Study*. <http://www.cls.ioe.ac.uk/page.aspx?&siteid=724&siteidtitle=Welcome+to+the+1958+National+Child+Development+Study> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 27.)
- Centre for Longitudinal Studies (2015b). *Welcome to the 1970 British Cohort Study*. <http://www.cls.ioe.ac.uk/page.aspx?&siteid=795&siteidtitle=Welcome+to+the+1970+British+Cohort+Study> (Letöltés dátuma: 2019. 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(2), 311–331.
- Child Welfare Information Gateway (2004). *Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect*. Washington: 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: 2019. 09. 10.)
- Chiu, S. H., & 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*, 46(9), 1168.
- Cleveland, G., & Krashinsky, M. (2003). *Financing ECEC services in OECD countries*. <http://www.oecd.org/dataoecd/55/59/28123665.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 29.)
- Cook Pletcher, L., C, & 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*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO, 1–25.
- Coulthard, N. (2009). *Service Trends and Practitioner Competencies in Early Childhood Intervention: A review of the literature*. Melbourne: Victorian Chapter of Early Childhood Intervention Australia (ECIA). <http://www.eciavic.org.au/documents/item/26> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 15.)
- Council for Disabled Children (2014). *Early Support*. <http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/earllysupport> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 10.)
- Cycyk L.M., & Durán, L. (2019). Supporting Young Children With Disabilities and Their Families From Undocumented Immigrant Backgrounds: Recommendations for Program Leaders and Practitioners. *Young Exceptional Children*, July 25, 2019.
- Czeizel Barbara (2009). A koragyermekkorai intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2–3, 153–159.
- Czeizel Barbara, Kemény Gabriella, & Tóth Anikó (2011). *Kutatási jelentés a TÁMOP–3.1.1 kiemelt projekt keretében megvalósult „Pilot program kifejlesztése és lebonyolítása három célrégióban a korai gyermekkorai intervenció rendszerszerű működésének megalapozásához” c. kutatás-fejlesztési programról*. Kézirat. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Csákvári Judit & Mészáros Andrea (2012). *Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- 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 kompetencia listája*. <http://docplayer.hu/7970335-Az-egeszsegugyi-miniszterium-szakmai-protokollja-a-hazi-gyermekorvos-kompetencia-listaja.html> (Letöltés dátuma: 2019. 09.12.)
- Csépe Valéria (2005). *Kognitív fejlődés-neuropszichológia*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.

- Csiky Erzsébet (1994). Kissúlyú újszülöttek fejlődésének nyomonkövetése. Longitudinális vizsgálatok 1–5 éves korig. Kandidátusi értekezés. Budapest: MTA.
- Csiky Erzsébet (2006a). A korai intervenció pszichológiai vonatkozásai. In Rosta Katalin (szerk.), *Add a kezéd! A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekeknél*. Budapest: Logopédiai Kiadó.
- Csiky Erzsébet (2006b). Koraszülöttek utóvizsgálatának eredményei. *Gyógypedagógiai Szemle, Különszám (Magyar Tudomány Napja)*, 55–61.
- Csiky Erzsébet, Rajk András, Simon Mária, & Dorner Márta (1981). Igen kissúlyú újszülöttek utóvizsgálata az iskolaérettség szempontjából. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 18(4), 359–372.
- Csóka Szilvia (2008). Életminőség és esélyegyenlőség a korai kötődés tükrében. In Kopp Mária (szerk.), *Magyar Lelekiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 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 kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkorai intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2, 100–116.
- Danis Ildikó és Kalmár Magda (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 76–125.
- Danis Ildikó, Farkas Mária, & Oates, John (2011). Fejlődés a koragyermekkorban: hogyan is gondolkod(j)unk róla? In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 24–66.
- Dávid Imre (2014). A stressz és kezelése. In Dávid Imre, Fülöp Márta, Pataky Nóra & Rudas János: *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
- De Boo, H. A., & Harding, J. E. (2006). The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46, 4–14.
- DEECD (Department of Early Education and Childhood Development) (2008). *Evaluation of Victorian Children's Centres. Literature Review*. Melbourne: Department of Early Education and Childhood Development, Government of Victoria. <https://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/earlychildhood/integratedservice/childcentreview.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 10.)

- De Moor, J. M. H. (2012). Early childhood intervention in Russia. Eurllyaid–European Association on Early Childhood Intervention. <http://www.eurllyaid.eu/index.php?menupos=3> (Letöltés dátuma: 2019. 09.12.)
- De Moor, J. M. H., Van Waesberghe, B. T. M., Hosman, J. B. L., Jaeken, D., & Miedema, S. (1993). Early Intervention for Children with Developmental Disabilities: Manifesto of the Eurllyaid Working Party. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 23–31.
- DEC (Division for Early Childhood) (2007). *Promoting positive outcomes for children with disabilities: Recommendations for curriculum, assessment and program evaluation*. Missoula, MT: Division for Early Childhood.
- Department for Education and Child Development (2012). *Policy Gifted and Talented Children and Students*. Government of South Australia, Department for Education and Child Development. <http://www.decd.sa.gov.au/docs/documents/1/GiftedChildrenandStudents.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 06. 01.)
- Department for Education and Skills (2003). Together From The Start – Practical guidance for professionals working with disabled children (birth to third birthday) and their families. London: Department for Education and Skills, Government of the United Kingdom. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/LEA-0067-2003.pdf.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 31.)
- Department of Health & Human Services (2013). *Preventing Child Maltreatment and Promoting Well-Being: A Network for Action*. 2016 Prevention Resource Guide. Washington: Department of Health & Human Services. <https://www.childwelfare.gov/pubs/guide2013/guide.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 20.)
- Department of Health (2008). *Child Health Promotion Programme*. London: Department of Health, Government of the United Kingdom. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DH-286448.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 31.)
- Department of Health (2009). *Healthy lives, brighter futures*. London: Department of Health, Government of the United Kingdom. http://www.ncb.org.uk/media/42243/healthy_lives__brighter_futures_vcs_brief.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 07. 31.)
- Dickerson, A., & Popli, G. (2012). *Persistent poverty and cognitive development: Evidence from the Millennium Cohort Study*. CLS Working Paper, 2012/2. London: Centre for Longitudinal Studies. <http://www.cls.ioe.ac.uk/shared/get-file.ashx?itemtype=document&id=1436> (Letöltés dátuma: 2019. 06. 27.)
- Diken, I. H., & 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*. Ankara: Maya, 99–111.
- Dobrova-Krol, N., Serrano, A. M., Van Loen, N., Espe-Sherwindt, M., Blackburn, C., Grigороva, S., Kostova, E., Vasileva-Petrova, N., Schultheisz, J., Kereskényi, B., Szalai, J.,

- Donska-Olszko, M., Sobolewska, E., Moraru, A., Szást, T-CS., Gál, J., Mate, V., Tichá, E., Fricová, M. (2019). *Early Childhood intervention in Bulgaria, Hungary, Poland, Romania and Slovakia. A Situation Analysis based on the developmental Systems Model*. Luxembourg: Eurlayid.
- Doidge, N. (2011). *A változó agy*. Budapest: Park Kiadó.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, T. R. (2009). Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Economics & Human Biology*, 7(1), 1–6.
- Drennan, A., Wagner, T., & Rosenbaum, P. (2005). *The 'Key Worker' Model of Service Delivery*. Hamilton, Ontario: Child Centre for Childhood Disability Research, McMaster University.
- Drlíková, J. (2009). Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Czech Republic. European Agency for Development in Special Needs Education.
- Drohan, M., & Faustini, P. (2019). For every child, answers 30 years of research for children at UNICEF Innocenti. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/every-child-answers-2019> (Letöltés dátuma: 2020. 02. 01.)
- Duarte, E. D., Silva, K. L., Tavares, T. S., Nishimoto, C. L. J., Silva, P. M., & de Silva, R. R. (2015). Care of Children with a Chronic Condition in Primary Care: Challenges to the Healthcare Model. *Texto Contexto Enferm*, 24(4), 1009–1017.
- Dunst, C. J. (2001). Participation of young children with disabilities in community learning activities. In: Guralnick, M. (Ed.), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Dunst, C. J. (2007). 'Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities', in Odom, S. L., Horner, R., H., Snell, M., & Blacher, J. (Eds.), *Handbook of developmental disabilities*, 161–180. New York, Guilford Press.
- Dunst, C. J. (2018). Procedures for Developing Evidence-Informed Performance Checklists for Improving Early Childhood Intervention Practices. In Dunst, C. J. (Ed.), *Evidence-Informed Early Childhood Intervention Performance Checklists and Practice Guides*. Asheville, North Carolina: Winterberry Press.
- Dunst, C.J. (2019). Orientaciones y consideraciones futuras en la continua evolución de la atención temprana en la infancia. (In english: Future Directions and Considerations in the Continued Evolution of Early Childhood Intervention.) In Mora, C. E., & Rodriguez Garcia, L. R. (Eds.), *Practicas de Atencion temprana centradas en la familia y en entornos naturales*, 433–458. Madrid: UNED Publisher. <http://www.puckett.org/Future-Directions-ECI-Published-Version.pdf> (Letöltés dátuma: 2020. 02. 20.)
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (Eds.). (1994). *Supporting and strengthening families*. Cambridge, MA: Brookline Books.

- Dunst, C. J., & Raab, M. (2004). Parents' and practitioners' perspectives of young children's everyday natural learning environments. *Psychological Reports*, 93, 251–256. doi:10.2466/pr0.94.1.251-256
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2005). Young children's natural learning environments: Contrasting approaches to early childhood intervention indicate differential learning opportunities. *Psychological Reports*, 96, 231–234.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2006a). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 3–10. doi:10.1111/j.1741-1130.2006.00047
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Hamby, D. W., & Bruder, M. B. (2006b). Influences of contrasting natural learning environment experiences on child, parent, and family well-being. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18, 235–250. doi:10.1007/s10882-006-9013-9
- Dunst, C. J., Hamby, D. W., & Brookfield, J. (2007). Modeling the effects of early childhood intervention variables on parent and family well-being. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 2, 268–289.
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In Reichow, B., Boyd, A., Barton, E. E., & Odom, S. L. (Eds.), *Handbook of early childhood special education*, 37–55. Switzerland: Springer International.
- EADSNE (2005). *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations*. Odense: European Agency for Development in Special Needs Education. 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: 2019. 09. 06.) Magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2005). *Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások*. Odense: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért. 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: 2019. 08. 27.)
- EADSNE (2010). *Early childhood intervention. Progress and Developments 2005–2010*. Odense: European Agency for Development in Special Needs Education. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 06.) Magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2010). *Korai fejlesztés – Előrelépés és eredmények 2005–2010*. Odense: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-HU.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 27.)
- Early Childhood Technical Assistance Center (2015). *States' and territories' definitions of/criteria for IDEA Part C eligibility*. Early Childhood Technical Assistance Center. http://www.nectac.org/~pdfs/topics/earlyid/partc_elig_table.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 06.)

- Early Intervention Foundation (2018). *Realising the Potential of Early Intervention*. Early Intervention Foundation. <https://www.eif.org.uk/report/realising-the-potential-of-early-intervention> (Letöltés dátuma: 2019. 03. 01.)
- Early Support (2012). *Key working: improving outcomes for all: Evidence, provision, systems and structures*. Council for Disabled Children. http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/media/544482/key_working_position_paper_final_november_2012comp.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 10.)
- EASNIE (2018a). *Country information for Austria*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/austria> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)
- EASNIE (2018b). *Country information for Norway*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/norway> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)
- EASNIE (2018c). *Country information for Portugal*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/portugal> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)
- EASNIE (2018d). *Country information for Spain*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/spain> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 06.)
- EASNIE (2018e). *Country information for Sweden*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/sweden> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 06.)
- EASNIE (2018f). *Country information for United Kingdom*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/uk-England> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 06.)
- EASNIE: (2018g). *Country information for Denmark*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/denmark> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)
- EASNIE: (2018h). *Country information for Germany*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/germany> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)
- EASNIE: (2018i). *Country information for Finland*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/finland> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)
- EASNIE: (2018j). *Country information for Ireland*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org/country-information/ireland/legislation-and-policy> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 08.)

- ECIA (2016). *National Guidelines Best Practice in Early Childhood Intervention*. ECIA. <https://www.eciavic.org.au/documents/item/1419> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 24.)
- ECIAVIC (2014). Early Childhood Intervention Best Practice discussion paper. ECIAVIC. <https://www.eciavic.org.au/documents/item/859> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 20.)
- Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2013). „*Vasgyúró*” *gyermekegészségügyi program. 60 lépés gyermekeink egészségéért, 2013–2016*. Kézirat. Budapest.
- Egyed Katalin (2011). Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 166–205.
- Elliott, J., & Vaitilingam, R. (Eds.). (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: 2019. 08. 27.)
- Emberi Erőforrások Minisztériuma, & Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2014). *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából*. Budapest, Emmi.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, & Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2016). *Módszertani Útmutató a gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan*. Budapest: Emberi Erőforrások Minisztériuma.
- EMMI (2017). *Szakmai, gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és együttműködésre*. Budapest: EMMI.
- Engle, P. L., Fernald, L. C. H., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafzai, A., Cabral de Mello, M., Hidrobo, M., Ulkuer, N., & 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*, 378(9799), 1339–1353.
- Engle, P. L., Grantham-Mcgregor, S., Black, M., Walker, S., & Wachs, T. (2007). How to avoid the loss of potential in over 200 million young children in the developing world. *Child Health and Education*, 1(2), 68–87.
- ENSZ [United Nations] (1948). *Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata*. Egyesült Nemzetek Szervezete. <http://www.un-documents.net/a3r217a.htm> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 05.)

- ENSZ [United Nations] (1959). *A gyermek jogairól szóló nyilatkozat*. Egyesült Nemzetek Szervezete, 1959. november 20. <http://www.un-documents.net/a14r1386.htm> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 05.)
- ENSZ [United Nations] (1989). *A gyermek jogairól szóló egyezmény* (Convention on the Rights of the Child). Egyesült Nemzetek Szervezete, 1989. november 20. <http://www.un-documents.net/crc.htm> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 05.)
- Eryigit-Madzwamuse, S., & 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: 2019. 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: 2019. 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: 2019. 09. 12.)
- Eurlyaid (2015). Report about answers to an EURLY AID Questionnaire The Implementation of Early Childhood Intervention (ECI) in 15 European Countries. Luxemburg: The European Association on Early Childhood Intervention.
- Európai Bizottság [European Commission] (2019). *A Tanács ajánlása a magas színvonalú kisgyermekkorai nevelési és gondozási rendszerekről*. 2019. május 22. Európai Bizottság. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/495867/IPOL-CULT_ET\(2013\)495867\(SUM01\)_HU.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/495867/IPOL-CULT_ET(2013)495867(SUM01)_HU.pdf) (Letöltés dátuma: 2019. 09. 10.)
- Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért *lásd* EADSNE
- European Agency for Special Needs and Inclusive Education *lásd* EASNIE
- European Commission (2012). *ECEC for children from disadvantaged backgrounds: findings from a European literature review and two case studies*. European Commission. http://ec.europa.eu/education/policy/school/doc/ecec-report_en.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 13.)
- European Commission (2013). *Support for children with special educational needs (SEN)*. European Commission. http://europa.eu/epic/studies-reports/docs/eaf_policy_brief_-_support_for_sen_children_final_version.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 13.)

- European Commission, EACEA, Eurydice, & Eurostat (2014a). *Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe. 2014 Edition*. Eurydice and Eurostat Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission, EACEA, Eurydice, & Eurostat (2014b). *Children face differing conditions in early childhood education and care programmes in Europe*. EACEA.
- Evangelista, N. J. (2009). Infant Early Childhood Psychology. In Mowder, B. A., Rubinson, F., & Yasik, A. E. (Eds.), *Evidence Based Practice in Infant and Early Childhood Psychology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons Inc., 3–44.
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139, 1342–1396.
- F. Lassú Zsuzsa, Glauber Anna, Hajdu Krisztina, Kolosai Nedda, & Rózsáné Czigány Enikő (2011). *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Falus András (2012). Epigenetika, a biológiai működés szoftvere. http://eduvital.net/files/biol-hatteranyag/Falus_Epigenetika.pdf (Letöltés dátuma: 2020. 02. 28.)
- Fehér Gyöngyi (2015). *A konduktív pedagógiai ellátás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/konduktiv_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 02. 28.)
- Feinstein, L. (2003). Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort. *Economica*, 70, 73–97.
- Fekete György (2006). Rehabilitáció a gyermekkorban. In Huszár Ilona, Kullmann Lajos, & Tringer László (szerk), *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest: Medicina, 148–157.
- Feldman, M. A. (2004). Introduction: What is Early Intervention? In Feldman, M. A. (Ed.), *Early Intervention*. Blackwell Publishing Ltd., 1–4.
- Felguerias, I., & Breia, G. (2004). *Early Childhood Intervention in Portugal*. European Agency for Development in Special Needs Education. www.european-agency.org (Letöltés dátuma: 2019. 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., & 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 & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a*

- koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Budapest Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 282–319.
- Ferge Zsuzsa, & Darvas Ágnes (szerk.). (2010). *Gyerekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermeknek!” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2009. évi jelentése*. „Legyen jobb a gyermeknek!” Budapest: Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottsága.
- Ferge Zsuzsa, & Darvas Ágnes (szerk.). (2011). *Gyerekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermeknek!” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2010. évi jelentése*. „Legyen jobb a gyermeknek!” Budapest: Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottsága.
- Ferreira, M. J. (2018). *Inclusive Early Childhood Education and the Role of Peer Interaction: Brazil and Finland in dialogue*. Tampere: University of Tampere.
- Fogarasi András dr., Kereki Judit, & Berkes Andrea dr. (2017). Szülői megfigyelésen alapuló gyermekfejlődési kérdőív tesztelése. *Gyermekgyógyászat*, 68(4), 246–252.
- Frazer, H. (2016). Prevention and early intervention services to address children at risk of poverty Synthesis. European Commission.
- Galgóczy Anna, Melegné Steiner Ildikó, & Wagner Pálné (2006). Értelmileg akadályozott gyermekek korai fejlesztése. In Rosta Katalin (szerk.), *Add a kezéd! A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekeknél*. Budapest: Logopédiai Kiadó.
- Gallai Mária, & 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, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 102–145.
- Garnezy, N. (1985a). Effects of Residential on Adjudicated Delinquents: A Meta-Analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287–308.
- Garnezy, N. (1985b). Stress-resistant children: The search for protective factors. In Stevenson, J. E. (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press.
- Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2010). *Interventions for Promoting Early Child Development for Health: An environmental scan with special reference to Scotland*. Scotland: Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy. http://www.scphrp.ac.uk/wp-content/uploads/2014/03/1454-scp_earlyyearsreportfinalweb.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 25.)
- Gereben Ferencné, Fehérné Kovács Zsuzsa, Kas Bence, & Mészáros Andrea (2012). *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Giné, C. G., García-Díe, M. T., Garcia, M. G., & 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*. Baltimore: Brookes, 543–570.

- Goodwin, N., & Ferrer, L. (2013). People-Centred and Integrated Care: What the Evidence May Look Like. *International Foundation for Integrated Care*, January–March.
- Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (2003). *Bölcsék a bölcsőben*. Budapest: Typotex.
- Gordon, B. M., & Jens, K. G. (1988). A conceptual model for tracking high-risk infants and making early service decisions. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics*, 9, 279–286.
- Gottlieb, G., Wahlsten, D., & 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. New York: John Wiley & Sons, Inc., 210–257.
- Government of South Australia (2014). *Team Around the Child – Partnership Collaboration, Coordination. National Partnership Strategy*. Adelaide: Government of South Australia.
- Granlund, M., & Björck-åkesson, E. (2013). Early childhood intervention. *Encyclopædia Britannica*. <https://www.britannica.com/science/early-childhood-intervention> (Letöltés dátuma: 2020. 01. 20.)
- Greco, V., & Sloper, P. (2004). Care co-ordination and key worker schemes for disabled children: result of a UK-wide survey. *Child Care Health & Development*, 30, 13–20.
- Greco, V., Sloper, P., Webb, R., & 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., & Wallace, C. W. (1987). Experience and brain development. *Child Development*, 58, 539–559.
- Grojec, A., Hansen, C. B., Rosengaertner, S., Beise, J., & You, D. (2017). *A child is a child. Protecting children on the move from violence, abuse and exploitation*. New York: UNICEF.
- Grunewald, R., & Rolnick, A. (2004). *A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development*. Minneapolis: Federal Reserve Bank of Minneapolis. http://www.minneapolisfed.org/publications_papers/studies/earlychild/highreturn.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 09.)
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2000*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. http://www.fcsd.org/file-69992_69992.pdf (Letöltés dátuma: 2018. 07.06.)
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2005*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. http://www.fcsd.org/file-69992_69992.pdf (Letöltés dátuma: 2018. 07.06.) A könyvben idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Kereki Réka.

- 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: 2019. 08. 20.)
- Guitez, P. (2010a). Early Childhood Intervention in Spain: Standard Needs and Changes. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 2010, 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*. Ankara: Maya.
- Gunda András, Pataky Orsolya, Pánger Andrea, & Somogyiné Kuti Ilona (2015). *A gyógytestnevelés szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/gyogytesi_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 02. 28)
- Guralnick, M. J. (1999). The nature and meaning of social integration for young children with mild developmental delay in 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 developmental Perspective. In Feldman, M. A. (Ed.), *Early Intervention*. Blackwell Publishing Ltd., 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*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes, 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. (2019). *Effective Early Intervention. The Developmental Systems Approach*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. J., & 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., & 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, 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*. Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.

- 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*. Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
- GYEMSZI (2013). *A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában*. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet.
https://era.aeek.hu/zip_doc/kutatas/2013/kronikus_ellatas_nemzetkozi_v3.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 20.)
- Gyurkó Szilvia, & Németh Barbara (2013). *Te hogy vagy? Az UNICEF Magyar Bizottság Gyermejjólleti jelentése*. Budapest: UNICEF Magyar Bizottság.
- Hajdu Tamás, Kertesi Gábor, & Kézdi Gábor (2014). Roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló a TÁRKI Életpálya-felmérésének 2006 és 2012 közötti hullámaiból. In *Társadalmi riport, 2014*. Budapest: TÁRKI, 265–302.
- Hajdu Tamás, Kertesi Gábor, & Kézdi Gábor (2015). *Roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló a Tárki Életpálya felvételének 2006 és 2012 közötti hullámaiból*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézete.
- Hámori Eszter (2010). Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In Németh Tünde (szerk.), *XII. Családbarát Konferencia – Pszichoszomatikus betegségek csecsemő és kisgyermekkorban*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 13–23.
- Hámori Eszter (2010). Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In Németh Tünde, Bürger Nóra, & 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*, 1, 45–52.
- Hanson, M. J., & Bruder, M. B. (2001). Early Intervention: Promises to Keep. *Infants and Young Children*, 13(3), 47–58.
- 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: 2019. 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, 49–58.
- Heckman, J. J. (2008b). Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry*, 46(3), 289–324.
- Heckman, J. J. (2011). The Economics of Inequality: The Value of Early Childhood Education. *American Educator*, 35(1), 31–35.
- 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: 2019. 09. 02.)

Heckman, J. J., & Krueger, A. B. (2003). *Inequality in America: What Role for Human Capital Policies?* Alvin Hansen Symposium on Public Policy series. Cambridge–London: MIT Press.

Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2007). *The productivity argument for investing in young children. Working Paper 13016.* Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., & 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, & Németh Tünde (2011). Alkalmazkodj a világhoz! – az újszülött és a csecsemő alkalmazkodása. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 68–101.

Heinämäki, L. (2009). *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Finland.* European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B210%5D=210> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)

Heinämäki, L., & Lindqvist, J. (2004). *Early Childhood Intervention in Finland.* European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B210%5D=210> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)

Helgevold, L. (2009). *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Norway.* European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B199%5D=199> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 04.)

Herczog Mária (2007). *Koragyermekkorai fejlesztés.* <https://fejlesztok.hu/szekciok/fejlesztopedagogusoknak/79-koragyermekkorai-fejlesztis?showall=1> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 01.)

Herczog Mária (2008a). A koragyermekkorai fejlesztésre, programokra vonatkozó nemzetközi kutatásokról. *Család, Gyermekek, Ifjúság*, 1. http://epa.oszk.hu/03400/03457/00072/pdf/EPA03457_csalad_2008_1_021-027.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 01.)

Herczog Mária (2008b). A kora gyermekkorai fejlődés elősegítése. In Fazekas Károly, Köllő János, & Varga Júlia (szerk.), *Zöld könyv. A magyar közoktatás megújításáért.* Budapest: Ecostat, 33–52.

Herman, J. L. (2003). Trauma és gyógyulás. Az erőszak és hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig. Budapest: Háttér Kiadó.

- Hirshleifer, J., Glazer, A., & Hirshleifer, D. (2009). *Mikroökonómia*. Budapest: Osiris, 669–678.
- House of Commons Science and Technology Committee (2018). *Evidence-based early years intervention Eleventh Report of Session 2017–19*. House of Commons. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmsctech/506/506.pdf> (Letöltés dátuma 2019. 08. 04.)
- ICsSzEM (2005). *Értékelmezési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról*. Kézirat. Budapest: MicroVA Bt.
- Ingemarsson, M. (2004). *Early Childhood Intervention in Norway*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B199%5D=199> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 04.)
- Institute of Medicine and National Research Council (2015). *Transforming the Workforce for Children Birth Through Age 8: A Unifying Foundation*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/19401> (Letöltés dátuma: 2019. 10. 02.)
- Institute of Public Care (2012). *Early Intervention and Prevention with Children and Families. Getting the Most from Team around the Family Systems*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Ionescu, M. (Ed.). (2016). *A Quality Framework for Early Childhood Practice in Services for Children under Three Years of Age*. International Step by Step Association. https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/quality/ISSA_Quality_Framework_0-3_e-version_screen.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 04.)
- Ionescu, M., & Paul, S. (2019). *Georgia. Training Early Childhood Intervention Workers to Close a Workforce Gap*. Early Childhood Workforce Initiative. <https://www.r4d.org/wp-content/uploads/Brief-Georgia.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 10.)
- Ismail, F. Y., Fatemi, A., & Johnston, M. V. (2017). Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain. *European Journal of Paediatric Neurology*, 21(1), 23–48.
- Izsóné Szecsődi Ildikó, & Hujber Tamásné (2015). *A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/tehetseg_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 02. 28)
- Jacobson Chernoff, J., Flanagan, K. D., McPhee, C., & Park, J. (2007). *Preschool: First findings from the preschool follow-up of the Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B) (NCES 2008- 025)*. Washington DC: U. S. Department of Education, National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). Nature X nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17, 67–84.

- Johnson, M. H. (2005). Sensitive periods in functional brain development: Problems and prospects. *Developmental Psychobiology*, 46, 287–292.
- Johnston, M. V. (2004). Clinical disorders of brain plasticity. *Brain and Development*, 26, 73–80.
- Johnston, M. V. (2009). Plasticity in the Developing Brain: Implications for Rehabilitation. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15, 94–101.
- Johnston, M. V. (2015). Brain plasticity and its Disorders. *Clinical Gate*. <http://clinicalgate.com/brain-plasticity-and-its-disorders/> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 10.)
- Kádár Ferenc, Kálmán Mihály, Paksy László, & Paksy András (2011). Gyermekorvosok és háziorvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása. *Hírvivő*, 16(11), 6–9.
- Kádár Ferenc, Paksy László, Kálmán Mihály, Póta György, & Dolowschiák Annamária (2010). Ki látja el a gyerekeket 2020-ban? *Hírvivő*, 15(4), 2–4.
- Kainz, W. (2016). Social Innovations in Early Childhood Intervention Eight European case studies ready to be scaled-up. Zero Project Analysis EASPD and Essl Foundation.
- 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. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- 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 iskoláskorig*. 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, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés szinterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 206–229.
- Kalmár Magda, & Boronkai Judit (2001). Az otthoni környezet minőségének szerepe koraszülött gyerekek hosszútávú értelmi fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(3), 387–410.
- Kalmár Magda, & Csiky Erzsébet (1994). A koraszülöttség fejlődéslelektani implikációi. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34(3–4), 139–170.
- Kapronyi Ágnes, & Zelenka Zsófia (2015). *A fejlesztő nevelés szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/fejleszto_nev_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 02. 28.)

- Karlsson, M., & Almqvist, L. (2004). *Early Childhood Intervention in Sweden*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B202%5D=202> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)
- Karmiloff-Smith, A. (1994). Beyond Modularity: A Developmental Perspective on Cognitive Science. I. chapter: Taking Development Seriously. Cambridge: MIT, 1–29.
- Karmiloff-Smith, A. (1996). Túl a modularitáson. A kognitív tudomány fejlődésméleti megközelítése. In Pléh Csaba (szerk.), *Kognitív tudomány*. Budapest: Osiris, 254–281.
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2005). *Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise*. Santa Monica–Arlington–Pittsburgh: RAND Corp.
- Katona Ferenc (2001). *Az öntudat újraébredése*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Kaufmann, R. K., & Hepburn, K. S. (2007). Early childhood mental health services and supports through a systems approach. In Perry, D. F., Kaufmann, R. K., & Knitzer, J. (Eds.), *Social and Emotional Health in Early Childhood: Building Bridges Between Services and Systems*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.
- Kaul, S., Mukherjee, S., Ghosh, A. K., Chattopadhyay, M., & Sil, U. (2003). Working with Families to Implement Home Interventions: India. In Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 111–128.
- Kennedy, A., McLoughlin, J., Moore, T., Gavidia-Payne, S., Forster, J., & Moore, T. G. (2009). *DEECD Early Childhood Intervention Reform Project*. Literature review. Melbourne: Centre for Community Child Health – Murdoch Childrens Research Institute.
- Kereki Judit (2009). *A korai intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata*. Kézirat. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Kereki Judit (2010a). A fogyatékoság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In Kolosi Tamás & Tóth István György (szerk.), *Társadalmi Riport*. Budapest: TÁRKI Kiadó, 348–71.
- Kereki Judit (2010b). A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36(1), 32–45.
- Kereki Judit (2012a). *Az egységes szemléletű korai ellátórendszer megvalósítása felé tett lépések*. Háttér tanulmány. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki Judit (2012b). *A kora gyermekkori intervenciók intézményrendszer működésének legfontosabb problématerületei*. Háttér tanulmány. Budapest. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki Judit (2013). A kora gyermekkori intervenciók rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 23–38.

- Kereki Judit (2015a). A koragyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. *Gyermeknevelés*. „Korai intervenció” különszám, 55–76. http://gyermeknevelés.tok.elte.hu/6_szam/pub/kereki.html (Letöltés dátuma: 2019. 04. 20.)
- Kereki Judit (2015b). *Kutatás-fejlesztési program megvalósítása a kora gyermekkori ellátórendszer, valamint a köznevelés rendszerében biztosított kora gyermekkori ellátás optimális kliensút modelljének kifejlesztésére. Kutatási jelentés (beszámoló a teljes kutatási programról) és fejlesztési javaslatcsomag*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgaltatok/korais_kliensut_kutatasi_jelentes.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 20.)
- Kereki Judit (2015c). *Utak és lehetőségek. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki Judit (2017a). *Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Kereki Judit (2017b). Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 45(2), 93–113.
- Kereki Judit (írta és szerk.). (2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Kutatási zárójelentés. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_k_ezirat.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 15.)
- 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*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_adatgyujtes_korai_1.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 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*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_adatgyujtes_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 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. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_1.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 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*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
https://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertek eles_korai_1.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 15.)
- Kereki Judit (szerk.). (2012g). *Javaslat(ok) az egységes szemléletű protokoll struktúrájának és tartalmi elemeinek meghatározására*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 15.)
- Kereki Judit (szerk.). (2015d). *Kliensút Kalauz*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki Judit, & Lannert Judit (írta és szerk.). (2009a). *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Budapest: TÁRKI-TUDOK ZRT. – Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány. <http://fszk.hu/kiadvany/a-korai-intervencios-intezmenyrendszer-hazai-mokodese/> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 20.)
- Kereki Judit, & Lannert Judit (2009b). A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése. *Fogyatékoság és társadalom*, 2(2), 189–210.
- Kereki Judit, Bogár Petra és Czap Zoltán (2013). *Országos védőnői informatikai felmérés. A védőnők ellátottsága informatikai eszközökkel*. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kereki Judit, Bauer Viktor, Gyarmathyné Doma Gabriella, Kujalek Éva, Nádor Csaba, Nyuli Krisztina, Schultheisz Judit, Somodi Andrea, Újhelyi János, & Vámos Éva (2014). *Gyermekút – Jogsabályok, gyakorlat, lehetséges modell*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kereki Judit, & Szvatkó Anna (2015). A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki Judit, & Tóth Anikó (2019). *Lépések*. Módszertani kézikönyv a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek számára. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Kereki Judit, Futó Gabriella, Altorjai Péter, Baranyi Ildikó, Csepregi András, Kardos Robertina, Kiss Erika, Szegedi Tamara, & Szvatkó Anna (2019). *Gyermekút*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Kereki Judit, & Surányi Éva (szerk.). (2012). *Javaslatok az érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) értékelési gyakorlatának összehangolására, amely a kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények értékelési gyakorlatának elemzésén alapszik*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyerteke les_korai_2.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 15.)

- Kereki Judit, & Major Zsolt Balázs (szerk.). (2014). *Őrzők. Egészségügyi alapellátók gyakorlatközpontú kézikönyve*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkorai program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kereki Judit, & Vargáné Molnár Márta (szerk.). (2015). *Fokozott gondozást igénylő várandós nő és gyermek gondozása*. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkorai (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kertesi Gábor, & Kézdi Gábor (2008). A roma és nem roma fiatalok középiskolai továbbtanulása. Első eredmények a TÁRKI-Educatio Életpálya-felmérése alapján. In Kolosi Tamás, & Tóth István György (szerk.), *Társadalmi riport*. Budapest: TÁRKI, 344–362.
- Kertesi Gábor, & Kézdi Gábor (2010). Iskolázatlan szülők gyermekei és roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló az Educatio Életpálya-felmérésének 2006 és 2009 közötti hullámaiból. In Kolosi Tamás, & Tóth István György (szerk.), *Társadalmi riport 2010*. Budapest: TÁRKI, 371–407.
- Kertesi Gábor, & Kézdi Gábor (2012). *A roma és nem roma tanulók teszteredményei közti különbségekről és e különbségek okairól*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaságtudományi Intézet Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék.
- Khouzam, N., Chenouda, E., & Naguib, G. (2003). A Family Partnership Model of Early Intervention: Egypt. In Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 151–170.
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & 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, & Lugosiné Pál Ildikó (2015). *A nevelési tanácsadás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/nevtan_tordelt_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 02. 28.)
- Király Ildikó (2011). Figyelj, emlékezz, gondolkodj! – a kognitív képességek fejlődése. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 226–269.
- Dr. Kiss László, Acsainé Végyvári Katalin, Szijszki Ildikó, Dr. Vályi Réka, Galambos Katalin, & Tátrai Anikó (2017). *A kora gyermekkorai intervenciót érintő jogszabályok*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Kissné Garajszki Ildikó, & Árváné Egri Csilla (2018). *Fejlődési zavar – kérdőív*. *Hírvivő*, 22(2), 26-27.
- Kissné Garajszki Ildikó & Árváné Egri Csilla (2019). Szülői kérdőív használatával kiegészített területi védőnői szűrővizsgálatok eredményei. *Védőnő*, 29(3), 5-6.

- Kissné Haffner Éva, & Alkonyi Mária (1998). *Ők és mi. Down szindrómás csecsemők és kisgyermek korai fejlesztése.* Budapest: Magenta.
- Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., & 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.
- Kósa Zsigmond, Gyulai Anikó, Jávorné Erdei Renáta, Nagy Józsefné, Rákóczi Ildikó, Sárváry Andrea, Sárváry Attila, Takács, Péter, & Vincze Ferenc (2013). *Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú házi orvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat.* TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Központi Statisztikai Hivatal (2014). *A halálóki struktúra változása Magyarországon, 2000–2012.* Központi Statisztikai Hivatal, 2014. május.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf> (letöltés dátuma: 2019. 04. 10.)
- Központi Statisztikai Hivatal (2019). Oktatási adatok, 2018/2019. *Statisztikai Tükör*, május 28. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1819.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 04.)
- KPMG (2014). *Early childhood intervention – an overview of best practice.* KPMG International Cooperative. <https://docplayer.net/7618068-Early-childhood-intervention-an-overview-of-best-practice.html> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 05.)
- Kyriazopoulou, M., Bartolo, P., Björck-Åkesson, E., Giné, C., & Bellour, F. (Eds.). (2017). *Inclusive Early Childhood Education: New Insights and Tools – Contributions from a European Study.* Odense: European Agency for Special Needs and Inclusive Education.
- Lacey, R., Bartley, M., Pikhart, H., Stafford, M., Cable, N., & Coleman, L. (2012). Parental separation and adult psychological distress: Evidence for the 'reduced effect' hypothesis? *Longitudinal and Life Course Studies*, 3(3), 359–368.
<http://discovery.ucl.ac.uk/1355608/1/1355608.pdf> (Letöltés dátuma: 2020. 01. 20.)
- Lakatos Krisztina (2011). A gének és a környezet szerepe az emberi viselkedésben. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 146–179.
- Lakhan R., Mario A., Qureshi F. N., & Hall, M. L. (2013). Early intervention services to children with developmental delay in resource poor settings in India. *Nepal Journal of Medical Sciences*, 2(2), July–December.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (1985). A korai gyógypedagógiai fejlesztés személyi, tárgyi feltételrendszere, mint a fogyatékos kisgyermek szocializációját befolyásoló tényező. *Gyógypedagógiai Szemle*, 13 (3).

- Lányiné Engelmayer Ágnes (2009/2012/2017). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Budapest: Medicina.
- Larkin, H., & Moore, T. (2005). „*More than my child's disability...*” *A comprehensive literature review about family-centred practice and family experiences of early childhood interventionservices*. Glenroy, Victoria: SCOPE Ltd., <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30010364/larkin-morethanmychild-2005.pdf%20> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 11.)
- Lau, J. (2004). *Early Childhood Intervention in Denmark*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B190%5D=190> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)
- League of Nations [Nemzetek Szövetsége] (1924). Geneva Declaration of the Rights of the Child. http://cpd.org.rs/wp-content/uploads/2017/11/01_-_Declaration_of_Geneva_1924.pdf (Letöltés dátuma: 2020. 03. 15.)
- Leyendecker, B., Lamb, M. E., & 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., & Lowe, K. (2001). *A Review of Key Worker System for Disabled Children and Development of Information Guides for Parents, Children and Professionals*. Cardiff, UK: Wales Office of R&D for Health and Social Care.
- Limbrick, P. (2001). *The Team around the Child: Multi-agency service co-ordination for children with complex needs and their families.*, Clifford, Herefordshire, UK: Interconnections.
- Limbrick, P. (2003). *An Integrated Pathway for Assessment and Support: For children with complex eeds and their families*. Clifford, Herefordshire, UK: Interconnections.
- Limbrick, P. (2004). *Early Support for Children with Complex Needs: Team Around the Child and Multiagency Keyworker*. Clifford, Herefordshire, UK: Interconnections.
- 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 multifaceted condition*. Clifford, Herefordshire, UK: Interconnections. <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: 2019. 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*. Melbourne: Centre at Melbourne University, Australia. <http://teamaroundthechild.com/allnews/developmentsintreatment/1044-tac-keyworkers-and-empowerment-a-briefing-paper-by-peter-limbrick.html> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 11.)

- Lindeboom, G., J., & Buiskool, B., J. (2013). *A koragyermekkorai nevelés és gondozás minősége*. Európa Parlament, Belső Politikák Főigazgatósága, B. Tematikus Osztály: Strukturális és Kohéziós Politikák.
[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/2013/495867/IPOL-CULT_ET\(2013\)495867\(SUM01\)_HU.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/2013/495867/IPOL-CULT_ET(2013)495867(SUM01)_HU.pdf) (Letöltés dátuma: 2019. 08. 10.)
- Lukács Ágnes, & 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 koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 180–225.
- Lumpkin, H. G., & 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., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 129–150.
- Luttrupp, A. M., Norling, M. B., & 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/Luttrupp_Intervention\(2007\).pdf?sequence=1](http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/6274/Luttrupp_Intervention(2007).pdf?sequence=1) (Letöltés dátuma: 2019. 09. 10.)
- Lux Ágnes (szerk.) (2011). *Gyermekjogi projekt. ÁJOB-projektfüzetek*. Budapest: Országgyűlési Biztos Hivatala.
<http://www.ajbh.hu/documents/10180/124838/gyermekjogi.pdf/b5b9e894-9dea-492b-b02c-cb9d8f4b4e7a?version=1.0> (Letöltés dátuma: 2011. 09. 15.)
- Main, M., & 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*. Chicago: University of Chicago Press, 121–160.
- Mann, E., Reynolds, A., Robertson, D., & Temple, J. (2001). *Age 21 Cost-Benefit Analysis of the Title I Chicago Child-Parent Center Program*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Marlin, K., & 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. https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/02/6ENG_LR.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 23.)
- Marlow, N., Wood, N. S., Costeloe, K., Gibson, A. T., & Wilkinson, A. R. (2006). Outcome following extremely preterm birth. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 3(16), 141–146.
- McNaughton, G. M. (2006). *Respect for diversity: An international overview*. Working Paper 40. Hague: Bernard van Leer Foundation.
- McWilliam, R. A. (2014). Future of early intervention with infants and toddlers for whom typical experiences are not effective. *Remedial and Special Education*, 36, 33–38.

- Meijer, Cor J. W. (Ed.). (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. <http://www.european-agency.org/publications/ereports/financing-of-special-needs-education/Financing-EN.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 20.)
- Mengoni, S., Oates, J., & Bardsley, J. (2014). *Developing Key working*. The Open University. <http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/media/554082/developingkeyworkingfinal.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 11.)
- Mental Disability Advocacy Centre (MDAC) & Forum for Human Rights (FORUM) (2016). *NGO information to the United Nations Committee on the Rights of the Child*. For consideration when compiling the Concluding Observations on the Third Periodic Report of Slovakia under the Convention on the Rights of the Child. Mental Disability Advocacy Centre (MDAC) & Forum for Human Rights (FORUM). https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/SVK/INT_CRC_NGO_SVK_23782_E.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 05. 21.)
- Mészáros József (2007). *Újszülöttellátás, szállítás, PIC*. Budapest: OGYEI. <http://www.ogyei.hu/letoltheto/publikacio/> (Letöltés dátuma: 2015. 04. 11.)
- Ministry of Children and Family Development (2009). *Early Intervention Therapy Program Guideline*. British Columbia: Ministry of Children and Family Development.
- 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: 2019. 08. 29.)
- Moore, T. G. (2008). *Early childhood intervention: Core knowledge and skills*. CCCH. Working Paper 3. Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health.
- Moore, T. G. (2011). *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review December 2010*. Melbourne: Programs and Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development. <https://www.education.vic.gov.au/Documents/childhood/providers/needs/ecislitreviewexecsum.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 15.)
- 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, 9th August. http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_National_Conference_2012.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 27.)
- Moore, T. G. (2016). *DEECD Early Childhood Intervention Reform Project: Revised Literature Review*. Melbourne: Centre for Community Child Health, Murdoch Childrens Research Institute, The Royal Children's Hospital.

https://www.researchgate.net/publication/290438286_DEECD_Early_Childhood_Intervention_Reform_Project_Revised_Literature_Review (Letöltés dátuma: 2019. 04. 27.)

Moravcsik-Kornyicki Ágota, & Szöllösi Gergő József (2014). *Rizikótanulmány*. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

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., & Richardson, L. M. (Eds.), *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity*. Washington DC: The World Bank.

Dr. Nádor Csaba Péter, Dr. Bodrogi Eszter, Dr. Jermendy Ágnes, Dr. Szabó Miklós, & Dr. Valek Andrea (2018a). *Minőségi indikátorok kidolgozása és folyamatos minőségfejlesztés (CQI) az intenzív koraszülött ellátásban*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Nádor Csaba, Cziniel Mónika, Bajnok Ildikó, Elmont Beatrix, Király Balázs, Merő Gabriella, Palugyay Dorottya, & Zátanyi Adél (2018b). *Szakmai irányelv a rizikó újszülöttek utógondozásáról*. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Næss, Ø., Claussen, B., & Smith, G. D. (2004). Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *Journal of Epidemiol Community Health*, 58, 597–598.

Nagy József (2008). Az alsó tagozatos oktatás megújítása. In Fazekas Károly, Köllő János, & Varga Júlia (szerk.), *Zöld Könyv – A magyar közoktatás megújításáért. Oktatás és Gyermekesély Kerekasztal*. Budapest Ecostat: 53–70.

Nagyné Réz Ilona, & Mészáros Andrea (2012). A diagnosztikus protokollok egységes alkalmazásának koncepciója. In Torda Ágnes (szerk.), *Diagnosztikai kézikönyv*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., 5–66.

Nagyné Réz Ilona, Csepregi Ágnes, Puhala Ildikó, & Bozsikné Vig Marianna (2015). *A szakértői bizottsági tevékenység protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgaltatok/szakertoi_biz_nyomda.pdf (Letöltés dátuma_2019.10.15.)

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: 2019. 08. 23.)

National Association for the Education of Young Children (2009). *Developmentally Appropriate Practice in Early Childhood Programs Serving Children from Birth through Age 8*. National Association for the Education of Young Children. <https://www.naeyc.org/sites/default/files/globally-shared/downloads/PDFs/resources/position-statements/PSDAP.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 24.)

- 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: 2019. 05. 11.)
- National Scientific Council on the Developing Child (2008/ 2012). *Establishing a Level Foundation for Life: Mental Health Begins in Early Childhood WORKING PAPER 6*. Cambridge, Massachusetts: Center on the Developing Child, Harvard University. <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2008/05/Establishing-a-Level-Foundation-for-Life-Mental-Health-Begins-in-Early-Childhood.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 11.)
- National Scientific Council on the Developing Child (2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3*. Updated Edition. Cambridge, MA: Center on the Developing Child at Harvard University. https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 10.)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013). www.fruehehilfen.de (Letöltés dátuma: 2019. 07. 03.)
- Neményi Eszter, & Herczog Mária (2011). A korai nevelés szinterei: család és intézményes gyermeknevelés. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 420–469.
- Németh Tünde (2010). Itt és most – A koragyermekkorai regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In Németh Tünde, Bürger Nóra, & Kovács Réka (szerk.), *XII. Családbarát Konferencia. Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok*. Budapest: „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program.
- Németh Tünde, Danis Ildikó, Nagy Ilona és Schneider Katalin Vanda (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*, 25(4), 16–26.
- Németh Tünde, Danis Ildikó, Nagy Ilona, & Schneider Katalin Vanda (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*, 4, 16–26.
- Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2011). *Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció*. Budapest: Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság. <https://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%2520Terv%2520az%2520eg%25C3%25A9szs%25C3%25A9g%25C3%25BCgy%2520megment%25C3%25A9s%25C3%25A9re%2520-%2520Szakmai%2520koncepti%25C3%25B3.pdf> (Letöltés dátuma: 2019.08.05)

- 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. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20174/901830NWP0no5000Box385307B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 11.)
- O’Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, DC: National Academies Press.
- Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A., & Kaul, S. (Eds.). (2003). *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes.
- Odor Andrea (2007). *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása*. Tanulmány. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Odor Andrea (2011). *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás” megvalósulásának védőnői tapasztalatairól*. Kézirat. Budapest: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály.
- OECD (2001). *Starting Strong. Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2006). *Starting Strong II: Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2012). *Starting Strong III: A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015). *Starting Strong IV: Monitoring Quality in Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017). *Starting Strong V: Transitions from Early Childhood Education and Care to Primary Education*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2018). *Engaging Young Children. Lessons from Research about Quality in Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD Publishing
- oesterreich.gv.at (2020). *Before Giving Birth to a Child*. oesterreich.gv.at. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/143/Seite.1430100.html#child> (Letöltés dátuma: 2020. 03. 25.)
- Office of the High Commissioner for Human Rights (2005). *Conventions on the Rights of the Child Fortieth Session*. Geneva, 12–30 September 2005. <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 21.)

- OGYEI (2005). „Közös kincsünk a gyermek.” *Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program*. <https://docplayer.hu/565110-Kozos-kincsunk-a-gyermek.html> (Letöltés dátuma: 2019.09.05.)
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (2008). *Thema Entwicklungsneurologische Nachkontrollen* 1. http://www.docs4you.at/Content.Node/OEGKJ/Konsensuspapiere/entwicklungsneurologische_nachkontrolle.php (Letöltés dátuma: 2018. 08. 15.) Az idézett részeket fordította és rendelkezésre bocsátotta: Nyuli Krisztina.
- Park, M., & McHugh, M. (2014). *Immigrant parents and Early Childhood Programs. Addressing Barriers of Literacy. Cultural and Systems Knowledge*. Washington, D.C.: Migration Policy Institute.
- Peterander, F. (2003). Supporting the Early Intervention team: Germany. In Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 301–332.
- Peterander, F. (2004). *Early Childhood Intervention in Bavaria (Germany)*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B179%5D=179> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 10.)
- Peterander, F. (2009). *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Germany (Bavaria)*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B179%5D=179> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 10.)
- Pintér Ádám, & Tóth Judit Nikolett (2017). A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás. *Statistikai Szemle*, 95(8–9), 847-842.
- Pogány Gábor (2019). A ritka betegségek hazai szervezete – a RIROSZ. In Becskeházi-Tar Judit, Boncz Beáta, Fogarassy Eszter, & Dr. Pogány Gábor (szerk.), *Ritkák. ritka és veleszületett rendellenességgel élők és támogató szervezeteik*. Budapest: Ritka és Veleszületett Rendellenességgel élők Országos Szövetsége.
- Pollak, S., Messner, M., Kistler, D. J., & Cohn, J. F. (2009). Development of perceptual expertise in emotion recognition. *Cognition*, 110, 242–247.
- Ponte Mittelbrunn, M. J. (2004). *Early Childhood Intervention in Spain*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B204%5D=204> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 30.)
- Pretis, M. (2004). *Early Childhood Intervention in Austria*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B200%5D=200> (Letöltés dátuma: 2019. 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*. Baltimore: Brookes, 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.
- Pretis, M. (2009b). *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Austria*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B200%5D=200> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 03.)
- Pretis, M. (2010b). Early Childhood Intervention in Austria. In Pretis, M. (Ed.), *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges*. Ankara, Turkey: Maya Akademi, 11–23.
- Pretis, M. (2011). *Eurlyaid in the context of European Early Childhood Intervention*. Eurlyaid/ European Association on Early Childhood Intervention. http://www.eurlyaid.eu/projects/docs/ppt_pretis_eurlyaid_eci.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 12.)
- Pretis, M. (Ed.). (2010a). *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges*. Ankara: Maya Akademi.
- Pretis, M. (Ed.). (2010c). *International Journal of Early Childhood. Special Education*, 2(2), Special Issue, September.
- Princzkel Erzsébet, & Péter Ferenc (2011). A perinatális intenzív centrumok helyzete hazánkban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 16, április, 55–57.
- Purcal, C., Hill, T., Meltzer, A., Boden, N., & Fisher, K. R. (2018). *Implementation of the NDIS in the early childhood intervention sector in NSW – Final report (SPRC Report 2/18)*. Sydney: Social Policy Research Centre, UNSW Sydney. https://www.arts.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Implementation_of_NDIS_in_early_childhood_intervention_sector_NSW_Final_Report.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 22.)
- Radványi Katalin (2013). *Legbelső kör – a család*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Rajzinger Ágnes, Tóth Krisztina, & Zeller Judit (2010). Rendszer – elmélet? A gyermekvédelmi jelzőrendszer átfogó vizsgálatáról. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 19(2), 37–48.
- Rapport, M. J., McWilliam, R. A., & Smith, B. J. (2004). Practices Across Disciplines in Early Intervention. The Research Base. *Infants and Young Children*, 17(1), 32–44.
- Regjeringen.no (2015). *Departementene*. <https://www.regjeringen.no/no/id4/> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 20.)
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B., Ou, S. R., & Robertson, D. L. (2011). Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development*, 82(1), 379–404.

- Ribiczey Nóra (2010). Környezeti hatások és intellektuális fejlődés – Különböző megközelítések a környezet releváns aspektusainak megragadására. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(1), 46–60.
- Ribiczey Nóra, & Kalmár Magda (2009). „Mozgó rizikó” koraszülött gyerekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, 10(1–2), 103–123.
- Ring, E., Grey, T., O’Sullivan, L., Corbett, M., Sheerin, J., & Heeney, T. (2019). *Universal Design Guidelines for Early Learning and Care Settings: Literature Review*. Dublin: Government of Ireland.
- Ritka és Veleszületett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége (2011). *Ritka rendellenességek diagnózisközlésének protokollja*. Budapest: Ritka és Veleszületett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége.
- Rivas, A. (2013). Traumatic childhood incidents could put people at risk for premature death. *Medical Daily*. <http://www.medicaldaily.com/traumatic-childhood-incidents-could-put-people-risk-premature-death-256148> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 20.)
- Robertson, C., & 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., & Messenger, W. (2010b). Evaluating 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, & Csabáné Lénárt Borbála (2013a). *Egészségügyi ellátási szükségletek a gyermekjóléti és köznevelési rendszerekhez tartozó napközbeni ellátást nyújtó gyermekintézményekben*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkor (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Rósa Ágnes, Molnárné Tóth Magdolna, Huszár András, Tigyiné Pusztafalvi Henrietta, & Csabáné Lénárt Borbála (2013b). *Ellátási szükségletek a prekoncepcionális életkortól az iskoláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás az egészségügyi alapellátásban*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkor (0–7 év) program. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Rosin, P., Whitehead, A. D., Tuchman, L. I., Jesien, G. S., Begun, A. L., & Irwin, L. (1996). *Partnerships in Family-Centered Care: A Guide to Collaborative Early Intervention*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children’s responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine*, 8, 324–338.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335–344.

- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265–296. https://www.researchgate.net/publication/12308470_Developmental_psychopathology_Concepts_and_challenges (Letöltés dátuma 2019. 08. 02.)
- Sabates, R., & Dex, S. (2012). *Multiple risk factors in young children's development*. CLS Working Paper 2012/1. London: Centre for Longitudinal Studies.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty*. In Horowitz, F. D., Hetherington, E. M., Scarr-Salapatek, S., & Siegel, G. M. (Eds.), *Review of child development research*. 4. Chicago: University of Chicago Press, 187–244.
- Sameroff, A. J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 102, 1287–1292.
- Sameroff, A. J. (2006). Identifying Risk and Protective Factors for Healthy Child Development. In Clark- Stewart, A., & Dunn, J. (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development*. Cambridge: Cambridge University Press, 53–76.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 6–22.
- Sameroff, A. J. (2013). Early Resilience and Its Developmental Consequences. In *Encyclopedia on Early Childhood Development*. <http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/SameroffANGxp.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 20.)
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 135–159.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79, 343–350.
- Sandberg, A., Lillvist, A., Eriksson, L., Björck-Åkesson, E., & Granlund, M. (2010). “Special Support” in Preschools in Sweden: Preschool staff’s definition of the construct, *International Journal of Disability, Development and Education*, 57(1), 43–57.
- Sandiford, P., Gorter, A. C., Salvetto, M., & Rojas, Z. (2005). *A Guide to Competitive Vouchers in Health*. Washington: The World Bank.
- Schloesser, J., & 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*. Eurlayid/EAECI, UK, 44–67.
- Scope (2004). *More than my Child’s disability: A study of family-centered practices and family experiences of Scope early childhood intervention services and supports*. Glenroy, Victoria: Scope (Vic) Ltd.

SEED Project Consortium (2019). SEEDs of Change: Supporting social and emotional well-being of children in Early Childhood Education and Care (ECEC) through team reflection. Leiden: SEED Project. <https://www.issa.nl/sites/default/files/u327/SEED-Guidelines.pdf> (Letöltés dátuma: 2020. 01. 09.)

Selye János (1983). *Stressz distressz nélkül*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). Preface. In Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, XVII–XVIII.

Shonkoff, J. P., & Phillips D. A. (2000). *From neurons to neighbourhood. The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.

Shonkoff, J. P., Boyce, W. T.; & 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.

Síklaki István (2006). *Vélemények mélyén. A fókuszcsoport*. Budapest: Kossuth Kiadó.

Singh, D. (2008). *How can Chronic Diseases Management Programmes Operate Across Care Settings and Providers?* World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 25.)

Sohns, A., & de Camargo, O. K. (2009). The Early-Aid-System in Germany. In Carpenter, B., Schlosser, J., & Egerton, J. (2009) *European Developments in Early Childhood Intervention*. Eurlayid/EAEI, 153–165.

Sohns, A., Hartung, A., & de Camargo, O. K. (2010). The Early-Aid-System in Germany. In Pretis, M. (Ed.), *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges*. Ankara: Maya Akademi, 50–64.

Song P., Gao J., Inagaki Y., Kokudo N., & Tang W. (2012). Rare diseases, orphan drugs and their regulation in Asia: Current status and future perspectives. *Intractable Rare Dis Res.* 1(1), 3–9.

State of Palestine: *National Strategy for Early Childhood Development and Intervention 2017–2022*. (2017). Government of the State of Palestine.

Stiglitz, J. E. (2000). *A kormányzati szektor gazdaságtana*. Budapest: KJK–KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., 237–256.

Surányi Éva, & Danis Ildikó (2009). *Családpolitika más szemmel. Eltérő nézőpontok, változó gyakorlatok*. Budapest: MTA KTI.

Surányi Éva, & Kereki Judit (szerk.). (2012). *Javaslatok a teljesítményértékelés alternatív megoldásaira, ezek bevezetési feltételeire*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertekeles_korai_3.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 15)

Svendsen, I. (2009). *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Denmark*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B190%5D=190> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)

Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., & Taggart, B. (2004). *The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Findings from Pre-school to end of Key Stage 1*. UCL, Institute of Education.

Szabó Éva, N. Kollár Katalin, & Hujber Tamásné (2015). *Az iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/ipod_nyomda.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 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.)

Szabóné Harangozó Andrea (2014). *Családközpontú kommunikáció és tájékoztatási protokoll*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

Szecsődi Ildikó, & Hujber Tamásné (2015). *A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

Szilas István (2015). Sikeres-e a magyar családpolitika? *Pézügyi Szemle On-line*. <http://www.penzugyiszemle.hu/vitaforum/sikeres-e-a-magyar-csaladpolitika-3> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 25.)

Szilvási Léna (2008). Egyenlőtlenségek és gyermeki fejlődés – beavatkozási lehetőségek. In Sallai Éva (szerk.), *Társadalmi egyenlőtlenségek, a nem hagyományos családmodell, a szülői viselkedés és a gyermekek fejlődésének összefüggései*. Budapest: Educatio, 13–38.

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, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 28–75.

Szokolszky Ágnes (2004). Kvalitatív stratégia közelnézetben. In Szokolszky Ágnes: *Kutatómunka a pszichológiában*. Metodológia, módszerek, gyakorlat. Budapest: Osiris Kiadó.

Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekegészségügyi Intézet (2010). A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során. *Hivatalos Értesítő*, 104. sz.

Szvatkó Anna, Arató Domonkos, Bodnár Eszter, & Fodorné Földi Rita (2018a). *Mozgásterápiás Protokoll a Kora Gyermekkorú Intervencióban*. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkorú intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Szvatkó Anna, Borovics Brigitta, Eckhardt Dóra, & Somlai Borbála (2018b). *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig*. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkorú intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Szvatkó Anna, Göbel Orsolya, Lapis Andrea, Ódorné Mátyássy Ágnes, & Székely Balázné (2019). *Jó szület! Iskolaérettségi vizsgálat*. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkorú intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Szvatkó Anna, Horváth Ágnes, & Marton Eszter (2014). „Ki emel, ki emel, ringat engemet?” Koragyermekkorú fejlődés-lélektani ismeretek védőnők, házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok számára. Budapest: GyEMSZI.

TÁMOP–3.1.1 21. 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: 2019. 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: 2019. 04. 20.)

TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkorú (0–7 év) program (2012). *Megvalósíthatósági tanulmány a Társadalmi Megújulás Operatív Program Kora gyermekkorú (0–7 év) program c. pályázati felhívásához*. Kódszám: TÁMOP–6.1.4/12/1. Kézirat.

TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkorú (0–7 év) program (2014). *Rövid összefoglaló az eredményekről*. Kézirat.

TÁMOP–6.1.4 Kora gyermekkorú (0–7 év) program (2015). *Koncepció a Védőnői Módszertani Egység kialakítására és működésére*. Kézirat. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

Teferra, T. (2003). Early Intervention Practices: Ethiopia. In Odom, S. L., Hanson, M. J., Blackman, M. A., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 91–107.

Teicher, M. H. (2004). Soha be nem gyógyuló sebek: A gyermekbántalmazás neurobiológiája. In Pléh Csaba, & Boross Ottília (szerk.), *Bevezetés a pszichológiába*. Budapest: Osiris Kiadó.

- The Heckman Equation Project (2013). *The Heckman Equation Brochure*. <http://heckmanequation.org/content/resource/heckman-equation-brochure-0> (Letöltés dátuma: 2019. 10. 09.)
- The Minister of State in the Ministry of Education, Youth & Information (2017). *The early childhood development sector: Jamaica plans and targets*. The Minister of State in the Ministry of Education, Youth & Information. http://www.oas.org/en/sedi/dhdee/DOCs/Nine_Ministerial_Education/7-Jamaica-ENG.pdf (Letöltés dátuma: 2020. 02. 05.)
- The Prevention and Early Intervention Network (2019). Prevention and Early Intervention in Child Health Services: The foundations of a healthy adult life are laid in early childhood. Macro Community Resource Centre. https://www.pein.ie/wp-content/uploads/2019/09/PEIN-Child-Health-Policy-Paper_Every-Childhood-Lasts-a-Lifetime_2019-10.pdf (Letöltés dátuma: 2020. 01. 25.)
- The Science of Early Childhood Development. (2007). National Scientific Council on the Developing Child. <http://www.developingchild.net> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 25.)
- The Technical Assistance Coordination Center (2018). *Historical State-Level IDEA Data Files*. <https://www2.ed.gov/programs/osepidea/618-data/state-level-data-files/index.html> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 04.)
- Thelen, E., & 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. New York: John Wiley & Sons, Inc., 258–312.
- Thompson, R. A., & 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., & Kaul, S. (Eds.), *Early intervention: Practices from around the world*. Baltimore: Brookes, 191–212.
- Toldi József (2004). Az agykérgi képviselő plaszticitásáról. *Magyar Tudomány*, 1, 17.
- Torda Ágnes (szerk.) (2012). *Diagnosztikai kézikönyv*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Torda Ágnes (2015). *A logopédiai ellátás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Torda Ágnes, & Nagyné Réz Ilona (2015). *Alapprotokoll a pedagógiai szakszolgálati tevékenységekhez*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Tóth Ildikó (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 330–373.

- Trikic, Z. (2012). *Building opportunities in Early Childhood from the Start*. International Step by Step Association. <https://www.issa.nl/node/339> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 04.)
- Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press, 630–650.
- 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: 2019. 09. 25.)
- Underwood, K., & Frankel, E. B. (2012). The Developmental Systems Approach to Early Intervention in Canada. *Infants and Young Children*, 25(4), 286–296.
- UNESCO (1994). *Robertson*. UNESCO. http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF (Letöltés dátuma: 2019. 07. 05.)
- UNICEF (2013a). *Annual Report, 2013*. New York: UNICEF. <https://www.unicefusa.org/sites/default/files/2013-Annual-Report.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 01.)
- UNICEF (2013b). *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress*. New York: UNICEF. http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/NutritionReport_April2013_Final_29.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 25.)
- UNICEF (2014a). *Child Rights Education Toolkit: Rooting Child Rights in Early Childhood Education, Primary and Secondary Schools*. Geneva: UNICEF Private Fundraising and Partnerships Division (PFP). http://www.unicef.org/crc/files/UNICEF_CRE_Toolkit_FINAL_web_version170414.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 01.)
- UNICEF (2014b). *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children*. New York: UNICEF. http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 01.)
- UNICEF (2014c). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2014*. New York: UNICEF. http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/unicef-2013-child-mortality-report-LR-10_31_14_195.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 01.)
- UNICEF (2015a). *Annual report 2014*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Annual_Report_2014_Web_07June15.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09.25.)

- UNICEF (2015b). *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/publications/files/APR_2015_Key_Findings_8_Sep_15.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09.25.)
- UNICEF (2016). *The State of the World's Children. A fair chance for every child*. New York: UNICEF. https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 25.)
- UNICEF (2019a). *Annual Report, 2018. For every child for every right*. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/annual-report-2018> (Letöltés dátuma: 2020. 03. 01.)
- UNICEF (2019b). *For every child, every right: The Convention on the Rights of the Child at a crossroads*. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/convention-rights-child-crossroads-2019> (Letöltés dátuma: 2020. 03. 01.)
- UNICEF, & WHO (2019). *Low birthweight estimates: Levels and trends 2000–2015*. Geneva: UNICEF–WHO. <https://www.who.int/nutrition/publications/UNICEF-WHO-lowbirthweight-estimates-2019/en/> (Letöltés dátuma: 2020. 03. 01.)
- UNICEF, WHO, World Bank Group, & United Nations Population Division (2018). *Levels & Trends in Child Mortality*. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019> (Letöltés dátuma: 2020. 01. 20.)
- United Nations (1993). *The United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. <http://www.un-documents.net/a48r96.htm> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 05.)
- United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Optional Protocol*. United Nations. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 07. 20.)
- Van Cleave, J. L., Gortmaker, S. M., & Perrin, J.: (2010). Dynamics of Obesity and Chronic Health Conditions Among Children and Youth. *JAMA*, 303(7), 623-630.
- Varga Katalin, Andrek Andrea, & Herczog Mária (2011). A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, & Szilvási Léna (szerk.), *Biztos Kezdet Kötetek I. A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, , 230–281.
- Védőnői Szakmai Kollégium (2009). *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A területi védőnő feladatai a 0–6 hónapos csecsemő gondozásáról*. (Érvényessége: 2011. december 31.) Budapest: Védőnői Szakmai Kollégium. https://kollegium.aek.hu/conf/upload/oldiranyelvek/GYERM-ALAP_területi%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*. European Agency for Development in Special Needs Education. <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B204%5D=204> (Letöltés dátuma: 2019. 11. 02.)
- Vekerdy Zsuzsa, & Mramurácz Éva (szerk.). (2006). *Elemző tanulmány a „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program VIII. céljához. „Régiónként komplex gyermek-rehabilitációs ellátás kialakítása, feltételeinek megteremtése”*. Budapest: Országos Gyermek egészségügyi Intézet.
- 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*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány, 21–51.
- Vella, M. (2009). *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Malta*. European Agency for Development in Special Needs Education.
- Victorian Curriculum and Assessment Authority (2008). *Analysis of Curriculum/Learning Frameworks for the Early Years (Birth to Age 8) April 2008*. Victorian Curriculum and Assessment Authority. <https://www.vcaa.vic.edu.au/Documents/earlyyears/analysiscurriclearnfwlitreview.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 08. 25.)
- Walls, M., & 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., & Walsh, T. (Eds.), *Question of Quality*. Dublin: The Centre for Early Childhood Development and Education, 393–409.
- Wang, L.W. Wang, S. T., & Huang, C. C. (2008). Preterm Infants of Educated Mothers Have Better Outcome. *Acta Paediatrica*, 97, 568–573.
- Warren, J. (2010). Economist’s Plan to Improve Schools Begins Before Kindergarten. *The New York Times*, December 23.
- Werner, E. E. (2000). Protective Factors and Individual Resilience. In Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 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*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 20.)
- WHO (2007). *International classification of functioning, disability and health: children and youth version*. Geneva: World Health Organization.

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 04. 20.)
- WHO (2008). *Global Health Observatory (GHO) data*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/gho/immunization/en/> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 25.)
- WHO (2012a). *Early Childhood Development and Disability: A discussion paper*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2019. 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*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97942/1/9789241503549_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 04.)
- WHO (2012c). *Early Childhood Development and Disability: A discussion paper*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 09. 04.)
- WHO (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf (Letöltés dátuma: 2019. 08. 25.)
- WHO (2015a). *Global Immunization Data*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Global_Immunization_Data.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2019. 09. 25.)
- WHO (2015b). *Key Facts from JMP 2015 Report*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/JMP-2015-keyfacts-en-rev.pdf?ua=1 (Letöltés dátuma: 2019. 09. 25.)
- WHO (2018). *INSPIRE Handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children> (Letöltés dátuma: 2019. 09. 25.)
- WHO Regional Office for Africa (2019). *Ethiopia promotes effective early childhood interventions to ensure all children survive, develop and reach their full potential*. WHO Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/news/ethiopia-promotes-effective-early-childhood-interventions-ensure-all-children-survive-develop> (Letöltés dátuma: 2020. 02. 05.)
- Wilder, J. (2015). Access and delivery of formal support to young children with developmental delay in Sweden. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2(2), 136–147.

- Wise, S., da Silva, L., Webster, E., & Sanson, A. (2005). *The efficacy of early childhood interventions. Australian Institute of Family Studies.*
<https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/aifsreport14.pdf> (Letöltés dátuma: 2019. 04. 27.)
- Woodhead, M. Feathersone, I.; Bolton, L., & Robertson, P. (2014). *Early Childhood Development: Delivering Intersectoral Policies, Programmes and Services in Lowresource Settings. Topic guide, November (2014).* Oxford: Health & Education Advice & Resource Team (HEART).
- Woodhead, M., & Moss, P. (Eds.). (2007). *Early Childhood and Primary Education: Transitions in the Lives of Young Children. Early Childhood in Focus (2).* Milton Keynes: Open University. <http://oro.open.ac.uk/16667/1/> (Letöltés dátuma: 2019. 05. 04.)
- Woodhead, M., & Streuli, N. (2013). Early Education for All: Is there a role for the private sector? In Britto, P. R., Engle, P. L., & Super, C. M. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy.* Oxford: Oxford University Press.
- 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.)
- Zheng, Y., Maude, S. P., & Brotherson, M. J. (2015). Early Childhood Intervention in China. *Journal of International Special Needs Education*, 18(1), 29–39.

Jogszabályok

- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről
- 1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozat az eredményes koragyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
- 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól
1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
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 Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről
2008. évi XXI. törvény a humán genetikai adatok védelméről, a humán genetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről
2014. évi C. törvény Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről
2015. évi CCXXIII. törvény egyes szociális, gyermekvédelmi, családtámogatási tárgyú és egyéb kapcsolódó törvények módosításáról
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
2019. évi XC. törvény Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszerződéses tisztségviselők képzési előírásairól
- 229/2012. (VIII. 28.) Korm. rendelet a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról
- 326/2013. (VIII. 30.) Korm. rendelet a pedagógusok előmeneteli rendszeréről és a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény köznevelési intézményekben történő végrehajtásáról
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról
- 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképzés megszerzéséről
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről

26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

47/2007. (V. 31.) OGY határozat a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégiáról, 2007–2032

49/2004. (V. 21) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról

5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról

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

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

(IDEA) Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)

Adatbázisok

ÁEEK – Tauffer-jelentés

ÁEEK – Perinatális, neonatális intenzív centrumok adatbázis

Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa

KIR-STAT adatbázis

Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009; 2009/2010, 2015/2016, 2016/2017, 2019/2020

KSH Köznevelési Statisztikai Évkönyv, 2018/2019

KSH Stadat táblák

KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2008

KSH Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015

KSH Tájékoztatási Adatbázis

LHH adatbázis

NEFI – Perinatális, neonatális intenzív centrumok adatbázisa

Nemzeti Népegészségügyi Központ, Egészségügyi Igazgatási Főosztály, Védőnői adatbázis

Országos Alapellátási Intézet (2020). Tájékoztató a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetekről. <https://oali.aek.hu/index.php/praxiskezeko-nyilvantartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/12-tajekoztato-a-tartosan-betoltetlen-haziorvosi-korzetekrol> (Letöltés dátuma: 2020. 04. 15.)

Melléklet

1. melléklet – A kora gyermekkori intervenciók rendszer szereplői

Ágazat/ terület	Ellátási szint	Intézmény	Szakember
Egészségügy ²⁷²	Alapellátás	Házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás	Háziorvos, vegyes praxisú háziorvos, házi gyermekorvos
		Védőnői szolgáltatás	Területi védőnő, iskolai védőnő, kórházi védőnő, családvédelmi szolgálat védőnője, vezető védőnő
	Járóbeteg-szakellátás (szakrendelés és szakambulancia)	Csecsemő- és gyermekgyógyászati szakrendelés és szakambulancia	Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos
		Gyermekszemészeti és orthoptikai járóbeteg szakrendelés és szakambulancia, Speciális gyermekszemészeti járóbeteg szakrendelés/szakambulancia (koraszülött gyermekek ellátására)	Szemészet szakorvos/gyermekszemészet szakorvos Általános asszisztens/szakasszisztens
		Gyermekneurológia szakrendelés/szakambulancia	Gyermekneurológia szakorvos
		Fejlesztésneurológiai szakrendelés	Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos, neonatológia szakorvos vagy gyermekneurológia szakorvos Gyógytornász Konduktor Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus/gyógytornász Csecsemő és gyermek szakápoló, asszisztens Klinikai neurofiziológiai szakasszisztens Fizioterápiás szakasszisztens
		Csecsemő és gyermek fül-orr-gégészeti járóbeteg szakrendelés	Fül-orr-gégegyógyászat szakorvos / csecsemő és gyermek fül-orr- gegegyógyászat szakorvos
		Audiológia járóbeteg szakellátás	Audiológia szakorvos Foniátria szakorvos Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus vagy gyógy(szurdo)pedagógus vagy logopédus
		Foniátria járóbeteg szakrendelés és szakambulancia	Foniátria szakorvos Logopédus
		Ortopédia járóbeteg szakrendelés	Ortopédia szakorvos
		Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt/gyermek szakpszichológiai szakrendelés	Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológus / neuropszichológiai szakpszichológus / klinikai addiktológiai szakpszichológus/pszichológus
		Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt/gyermek szakpszichológiai szakambulancia	Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt/gyermek szakpszichológus Pszichológus/szakpszichológus jelölt (csak szakpszichológusi felügyelettel) Segítő foglalkozású diplomás (pszichológus, gyógytornász) Általános asszisztens/szakasszisztens/szakápoló Szupervizor Pszichiáter szakorvos Gyermekpszichiáter szakorvos
		Neuropszichológiai szakrendelés	Neuropszichológus / szakpszichológus jelölt / pszichológus Neurológia és pszichiátria szakorvos konzultációs lehetőséggel
		Neuropszichológiai szakambulancia	Neuropszichológus Pszichológus/szakpszichológus jelölt (csak szakpszichológusi felügyelettel) Segítő foglalkozású diplomás a terület nagyságától függően (gyógytornász) Általános asszisztens/szakasszisztens/szakápoló Gyermekneurológus szakorvos Szomatikus betegségnek megfelelő szakorvos
		Pszichoterápiás szakrendelés (klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképesítéssel)	Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus pszichoterapeuta / klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus pszichoterapeuta jelölt
		Pszichoterápiás szakambulancia (klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzéssel)	Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus pszichoterapeuta szakpszichológus jelölt / pszichológus, gyógytornász)

²⁷² 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

		Általános asszisztens/szakasszisztens/szakápoló Szupervizor Gyermekpszichiáter szakorvos Szomatikus betegségnek megfelelő szakorvos
	Rehabilitációs tevékenységek és speciális rehabilitációs tevékenységek gyermekkorban	Rehabilitációs szakorvos (mozgásszervi rehabilitáció vagy orvosi rehabilitáció gyermekrehabilitáció területén) csecsemő- és gyermekgyógyászati alapképesítéssel / fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás + csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosa Dietetikus, gyógytornász, fizioterápiás (szak)asszisztens, gyógymasszőr Gyermek, ifjúsági klinikai szakpszichológus/pszichológus Ergoterapeuta / rehabilitációs tevékenység terapeuta Gyógypedagógus Logopédus Szociális munkatárs
	Gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg szakrendelés és gondozás	Gyermek- és ifjúságpszichiátria szakorvos Pszichológus Klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus/gyermekpszichológus / klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus Logopédus Gyógyfoglalkoztató Mentálhigiénés asszisztens Pszichopedagógus, gyógypedagógus Szociális munkás, védőnő Asszisztens
	Genetikai szakrendelés	Klinikai genetikai szakorvos vagy licenszvizsgával rendelkező genetikai tanácsadó orvos
	Genetikai tanácsadás	Klinikai genetikai szakorvos vagy licenszvizsgával rendelkező genetikai tanácsadó orvos Általános asszisztens/szakasszisztens Genetikai szakasszisztens / humángenetikai szakasszisztens (csak a II. szintnél)
Fekvőbeteg-szakellátás	Szülészet-nőgyógyászat	Szülészet-nőgyógyászat szakorvos Orvos rezidens, szakorvosjelölt Szakdolgozók (szülésznő, ápoló, dietetikus, gyógytornász) Védőnő
	Neonatólogiai osztály és „rooming-in” típusú újszülött osztály	Neonatólogia szakorvos* Gyógytornász, dietetikus Védőnő
	Intenzív Neonatólogiai Osztály (Perinatális Intenzív Centrum, PIC II.)	Neonatólogia szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Gyógytornász, dietetikus Védőnő
	Perinatális (neonatólis) intenzív centrum (PIC III.)	Neonatólogia szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Gyógytornász, dietetikus Védőnő
	Csecsemő- és gyermekgyógyászati osztály	Csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos Gyógytornász, dietetikus Gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, szociális munkás Óvodapedagógus Védőnő
	Gyermekszemészeti/szemészeti osztály	Szemészet szakorvos ápoló, dietetikus, gyógytornász
	Csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászati osztály	Csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat szakorvos Dietetikus, gyógytornász
	Gyermekneurológiai osztály	Gyermekneurológia szakorvos Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus ((elérhető intézményen kívül) Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász
	Fejlődésneurológiai osztály	Csecsemő- és gyermekgyógyászat és gyermekneurológia szakorvos legalább 10 éves fejlődésneurológia gyakorlattal Beosztott orvos: csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos, gyermekneurológia szakorvos Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus Gyógypedagógus
	Ortopédia osztály	Ortopédia szakorvos Dietetikus, gyógytornász

		Rehabilitációs tevékenység gyermekkorban fekvőbeteg-ellátás	Rehabilitációs szakorvos (mozgásszervi rehabilitáció vagy orvosi rehabilitáció gyermekrehabilitáció területén) csecsemő- és gyermekgyógyászati alapképesítéssel / fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás + csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosa Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász Ortopéd műszerész Ergoterapeuta (rehabilitációs tevékenység terapeuta, foglalkozásterapeuta) Gyermek, ifjúsági klinikai szakpszichológus/pszichológus Logopédus Pedagógus Egyéb terapeuta
		Gyermekkorú súlyos központi idegrendszeri károsodottak, politraumázáltak és égésbetegek, valamint tetraplegias betegek korai és kómás betegek rehabilitációja	Mozgásszervi rehabilitáció vagy orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat területén és csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosa Rehabilitációs szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász Gyógytestnevelő/konduktor/szomatopedagógus Ergoterapeuta / rehabilitációs tevékenység terapeuta Gyógytárgypedagógus/fejlesztőpedagógus/szociálpedagógus Gyermek és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus Neuropszichológus
		Gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály	Gyermek- és ifjúságpszichiátria szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Pszichoterapeuta Klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus / klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus Pszichológus Pszichopedagógus/gyógytárgypedagógus/logopédus Szociális munkás Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász Foglalkozásterapeuta/művészetterapeuta / rehabilitációs tevékenység terapeuta
		Gyermek- és ifjúságpszichiátriai (GYIP) rehabilitációs osztály	Gyermek- és ifjúságpszichiátria szakorvos; további szakorvos lehet: gyermekpszichiátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, pszichiátria, pszichoterápia, gyermekneurológia, pszichiátriai rehabilitáció szakorvos Pszichoterapeuta Klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus / klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus Gyógytárgypedagógus/logopédus/pszichopedagógus/fejlesztőpedagógus/szociálpedagógus Gyógyfoglalkoztató / rehabilitációs tevékenység terapeuta Pedagógus Mentálhigiénés asszisztens Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász Foglalkoztatásszervező / gyógytárgypedagógiai asszisztens
		Speciális szakambulanciák (gyermekreumatológia, immunológia, ritka csontbetegségek, arthritis)	Reumatológus / reumatológia és fizioterápia szakorvosa Belgyógyász szakorvos Szülés-nőgyógyász szakorvos Általános asszisztens/szakasszisztens Szakápoló Gyógytornász/fizioterapeuta Fizioterápiás asszisztens/szakasszisztens
Köznevelés²⁷³	Alapfeladat	Óvoda ²⁷⁴	Óvodapedagógus, óvodapszichológus/iskolapszichológus, fejlesztő pedagógus, gyógytárgypedagógus (logopédus, oligofrénpedagógia szakos gyógytárgypedagógiai tanár, tanulásban akadályozottak pedagógiája vagy pszichopedagógia szakos/szakirányon végzett gyógytárgypedagógus) Dajka vagy helyette gondozónő és takarító együtt Szakorvos kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekeket nevelő óvodában

²⁷³ A részt vevő intézmények és szakemberek feladatait a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza.

²⁷⁴ Bár a köznevelés rendszerében a gyermek nem részesülhet korai fejlesztésben, de a szélesebb értelemben vett kora gyermekkorú intervenciók intézményrendszer elemei közé tartozik az óvoda is, hiszen részt vesz az iskoláskor előtti gyermekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával).

		<p>Pedagógiai szakszolgálati intézmény</p> <ul style="list-style-type: none"> • járási pedagógiai szakszolgálat • megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat • országos tagintézmény (országos feladatellátási kötelezettséggel bíró szakértői bizottság) 	<p>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 A fogyatékoság típusának megfelelő szakorvos vagy gyermek- és ifjúsági pszichiáter, csecsemő- és gyermekgyógyász, illetve gyermekneurológia szakorvos Pedagógiai asszisztens Gyógypedagógiai asszisztens Neuropszichológiai szakpszichológus</p>
		<p>Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)</p>	<p>Óvodapszichológus/iskolapszichológus, fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus (logopédus oligofrénpedagógia szakos gyógypedagógiai tanár; tanulásban akadályozottak pedagógiája, vagy logopédia, vagy pszichopedagógia szakos gyógypedagógiai tanár vagy terapeuta; gyógypedagógus, tanulásban akadályozottak pedagógiája vagy logopédia vagy pszichopedagógia szakirányon) Dajka vagy helyette gondozónő és takarító együtt Szakorvos kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekeket nevelő óvodában</p>
Szociális²⁷⁵	Alapszolgáltatások	<p>Falu- és tanyagondnoki szolgálat</p>	<p>Falugondnok Tanyagondnok</p>
		<p>Támogató szolgálat</p>	<p>Segítő Gondozó Terápiás munkatárs</p>
		<p>Fogyatékos személyek nappali intézménye</p>	<p>Segítő Gondozó Terápiás munkatárs</p>
	Szakosított szolgáltatások	<p>Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona</p>	<p>Ápoló Gondozó Szociális munkatárs Fejlesztőpedagógus Orvos Terápiás munkatárs (többek között gyógypedagógus: értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon; hallássérültek pedagógiája szakirányon; látássérültek pedagógiája szakirányon; logopédia szakirányon; s pszichopedagógia szakirányon; szomatopedagógia szakirányon; tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon; autizmus spektrum pedagógiája szakirányon; gyógytornász-fizioterapeuta)</p>

²⁷⁵ A részt vevő intézmények és személyek szakmai feladatait az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, valamint az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. számú melléklete tartalmazza.

Gyermekjólét, gyermekvédelem²⁷⁶	Alapellátások	Család- és gyermekjóléti szolgálat ²⁷⁷	Családsegítő (többek között felsőfokú szociális alapvégzettséggel: általános szociális munkás, szociális munkás, okleveles szociális munkás, szociális szervező, szociálpolitikus, okleveles szociálpolitikus, szociálpedagógus; okleveles pszichológus, pszichopedagógus, mentálhigiénés szakember, szociológus, felekezeti szociális munkás, viselkedéselemző végzettségekkel) Szociális asszisztens
		Család- és gyermekjóléti központ	Esetmenedzser/tanácsadó Szociális diagnózist készítő esetmenedzser Óvodai és iskolai szociális segítő Szociális asszisztens
		Biztos Kezdet Gyerekház	Vezető (védőnő és/vagy csecsemő és kisgyermekgondozó és/vagy bölcsődei gondozó/szakgondozó és/vagy óvodapedagógus és/vagy gyógypedagógus és/vagy fejlesztőpedagógus és/vagy gyermekpszichológus és/vagy pszichopedagógus és/vagy szociálpedagógus) Munkatárs (kisgyermeknevelő)
		Bölcsőde	Kisgyermeknevelő Bölcsődei dajka Orvos Gyógypedagógus Gyógytornász Konduktor Gyógypedagógiai asszisztens Szaktanácsadó
		Mini bölcsőde	Kisgyermeknevelő Bölcsődei dajka
		Munkahelyi bölcsőde	Szolgáltatást nyújtó személy/kisgyermeknevelő Segítő személy
		Családi bölcsőde	Szolgáltatást nyújtó személy/kisgyermeknevelő Segítő személy
		Családi bölcsődehálózat	Koordinátor
		Napközbeni gyermekfelügyelet	Szolgáltatást nyújtó személy Nevelő, vagy szakgondozó, vagy gondozó vagy segédgondozó
		Napközbeni gyermekfelügyelet-hálózat	Koordinátor
		Alternatív napközbeni ellátások	Többek között betöltheti felsőfokú szociális szakképzettséggel: pszichológus, pszichopedagógus, gyógypedagógus; pedagógus szakképzettséggel vagy mentálhigiénés szakképzettséggel: óvodapedagógus, csecsemő- és kisgyermeknevelő (alapképzés), Gyermekotthoni asszisztens Gyógypedagógiai asszisztens (OKJ) mentálhigiénés asszisztens (OKJ), pedagógiai asszisztens
		Helyettes szülői hálózat	Szakmai vezető Helyettes szülő Helyettes szülői tanácsadó
		Gyermekek átmeneti otthona	Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő Családgondozó Pszichológiai tanácsadó Gyermekvédelmi ügyintéző vagy növendékügyi előadó
		Családok átmeneti otthona	Szakgondozó, gondozó Családgondozó Pszichológiai tanácsadó, jogász, fejlesztő pedagógiai tanácsadó
	Szakellátások	Nevelőszülői hálózat	Nevelőszülői tanácsadó Nevelőszülő Gyermekgondozó, Növendékügyi előadó Gyermekvédelmi ügyintéző

²⁷⁶ A részt vevő intézmények és személyek szakmai feladatait 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 (1. és 2. melléklet), továbbá a 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól 2. számú melléklet tartalmazza.

²⁷⁷ 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 a veszélyeztettséget észlelő jelzőrendszer koordinálása, a gyermekvédelmi rendszerben szereplők munkájának összehangolása.

		Gyermekotthon	Gyermekotthon és kizárólag menekültként elismert, kísérő nélküli kiskorúakat ellátó gyermekotthon: Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő
			Kísérő nélküli kiskorúakat ellátó (nem menekült) gyermekotthon: Pszichológus vagy pszichológiai tanácsadó Növendékügyi előadó vagy gyermekvédelmi ügyintéző Orvos Ápoló Védőnő Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő
			Speciális gyermekotthon: Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő Pszichológus vagy pszichológiai tanácsadó Gyógypedagógus vagy fejlesztőpedagógus Orvos Növendékügyi előadó vagy gyermekvédelmi ügyintéző
			Különlleges gyermekotthon: Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő 0-3 éveseket is ellátó intézményben: Kisgyermeknevelő Nevelő Tejkonyhavezető Gazdasági nővér Gyermekszakorvos
		Területi gyermekvédelmi szakszolgálat	Pszichológus Örökbefogadási tanácsadó Gyermekvédelmi gyám Jogász Közvetítő Elhelyezési ügyintéző vagy gyermekvédelmi ügyintéző
		Megyei/fővárosi gyermekvédelmi szakértői bizottság	Pszichológus Gyógypedagógus Pszichiáter Orvos Családgondozó
		Gyámhatóság	Szociális és gyámügyi feladatkör
Egyéb		Magánellátók	
		Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei	
		Szülők érdekvédelmi, szülősegítő szervezetei	
		Önkormányzatok	
		Klebelsberg Központ	
		Tankerületi központok	
		Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság	
		Képző intézmények	
		Rendőrség	
		Bíróság	
		Ügyészség	
	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő		
	Szülők		

Készítette: Kereki J.

2. melléklet. Az 1 szakorvosra jutó 0–4 éves gyermekek száma megyei bontásban (fő), 2014

Rangsor	Megye	Audiológus	Csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégész	Gyermek- és ifjúságpszichiáter	Gyermekneurológus	Gyermekszemész	Neonatólogus
1.	Budapest	906	2241	1812	2366	4055	1039
2.	Csongrád	813	2845	1004	2845	4267	898
3.	Baranya	1025	4101	1823	5468	4101	1262
4.	Vas	2571	2057	10283	3428	5142	1714
5.	Hajdú-Bihar	4140	6210	2070	4140	6210	1242
6.	Zala	1561	3642	2732	3642	10927	1093
7.	Somogy	1161	4256	2553	6384	*	2553
8.	Jász-Nagykun-Szolnok	2416	4229	2819	4229	8457	8457
9.	Fejér	1912	4780	3186	4780	19118	3186
10.	Heves	1314	6569	3285	13138	6569	2628
11.	Győr-Moson-Sopron	2109	7029	4217	4217	*	3012
12.	Veszprém	1660	14944	7472	4981	14944	2491
13.	Bács-Kiskun	2268	22676	3239	5669	22676	2061

Rangsor	Megye	Audiológus	Csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégész	Gyermek- és ifjúságpszichiáter	Gyermekneurológus	Gyermekszemész	Neonatólógus
14.	Szabolcs-Szatmár-Bereg	3434	9157	13736	4579	9157	2289
15.	Békés	1940	13578	2716	6789	13578	3395
16.	Tolna	1602	9613	4807	4807	*	4807
17.	Borsod-Abaúj-Zemplén	3267	5444	10888	6533	32665	2333
18.	Pest	3394	10748	3583	5374	32243	2804
19.	Nógrád	4075	8150	8150	8150	*	2717
20	Komárom-Esztergom	2782	*	6956	*	*	2782
	Összesen	1674	4742	2881	4215	9104	1785

*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