

A koragyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások

Kereki Judit

Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Általános Gyógypedagógiai Intézet és Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

A koragyermekkori intervenció hazai helyzetre adaptálható értelmezése, célcsoportjának meghatározása mellett a tanulmány kitér a tevékenység fontosságának legfontosabb érveire. Rövid nemzetközi kitekintéssel alapozza meg a hazai ellátórendszer működésének bemutatását, fókuszába állítva a különböző, koragyermekkori intervencióban érintett területek (egészségügy, oktatás-köznevelés, szociális/gyermekvédelem) intézményes szereplőinek illetve azok tevékenységeinek, valamint a közöttük lévő kapcsolódásoknak az ismertetését a jelenlegi szabályozás tükrében. A gyermek útja több szakaszra tagolható, a preconcepcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, egészen a gyermek iskolába lépéséig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és közöttük a továbbküldési, jelzési utak is leírhatóak. A hiányzó kapcsolódások azonosítása segít abban, hogy a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, rendszerszinten megvalósuló szabályozott kliensút kialakítására kerülhessen sor.

Kulcsszavak: koragyermekkori intervenció, intézményrendszer, szabályozás, hatékonyság, gyermek- és kliensút

1. Bevezetés

Az utóbbi néhány évben a különböző ágazatok égisze alatt lezajló kutatások, fejlesztési projektek eredményei, a hazai szakemberek elszánt kezdeményezései és az uniós fejlesztési trendek hazánkban is ráirányították a figyelmet a koragyermekkori intervenció fontosságára. Kedvező fejlemény, hogy a kormányzati elképzelések között is egyre hangsúlyosabb szerepet kap a korai életszakasz, a koragyermekkori intervenció témaköre. 2014-ben elkezdődött egy folyamat, amelynek része a koragyermekkori intervenció stratégiai elképzeléseinek megfogalmazása, nagy átfogó fejlesztési projektek tervezése, illetve azoknak a szolgáltatásoknak, ellátásoknak a hatékonyabb működtetésére való törekvés, amelyek az iskoláskor előtti gyerekek és családjaik támogatását hivatottak biztosítani. A koragyermekkori intervenció több ágazat munkamegosztásában zajlik, a köznevelési, az egészségügyi, a szociális és társadalmi felzárkózásért felelős terület, de a család- és ifjúságügy, valamint a közigazgatás is érintett. Eddig nem volt igazán felelőse a területnek, hiányzott az összehangolt döntéshozói együttműködés, ami nehézkessé tette a rendszer működését. 2014-től a Család- és Ifjúságügyi Államtitkárság látja el a koragyermekkori intervenció koordinációjának feladatát.

Ebben a fejlődésre nyitott helyzetben szakmai és közpolitikai szempontból is megkerülhetetlen feladat a koragyermekkori intervenció elméleti kereteinek kialakítása, a különböző intézményrendszerek működésének ismertetése, kapcsolódásaik áttekintése, a rendszerben azonosítható problématerületek leírása, amelyek segítik azt, hogy jól meg-alapozott fejlesztési projektek, modellkísérletek segítségével rendszerszintűvé emelhető

elképzelések valósulhassanak meg. Jelen tanulmányban a koragyermekkori intervenció hazai helyzetére is jól adaptálható értelmezését, prioritássá emelésének legfontosabb érveit ismertetem, rövid nemzetközi kitekintéssel. Majd az intézményrendszer szereplőit, tevékenységeit illetve kapcsolódásait mutatom be a gyermekút állomásain keresztül a jelenlegi szabályozás tükrében, keretezve a legfontosabb problématerületek és az azokra adott megoldási kísérletek összegzésével.

2. Mi a koragyermekkori intervenció?

A nemzetközi szakirodalomban a koragyermekkori intervenció definícióját tekintve eltérő értelmezések találhatók, amelyek mind az ellátási időszak lehatárolásában, mind a célcsoport korosztály szerinti, problématerület szerinti meghatározásában különbséget mutatnak. A European Agency for Special Needs and Inclusive Education nemzetközi szervezet 26 európai ország gyakorlata alapján leírt, konszenzuson alapuló meghatározását (ld. EADSINE 2010) és a hazai terepen szerzett eddigi tapasztalatokat, definíciókat figyelembe véve (ICSSZEM, 2005; Kereki, 2011; Kereki és mtsai, 2014; Kereki és Szvatkó, 2015) összegezhető a jelenlegi értelmezés.

A szélesebb értelemben vett **koragyermekkori intervenció** magában foglalja a prekoncepcionális 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 befordulása érdekében. A koragyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását.

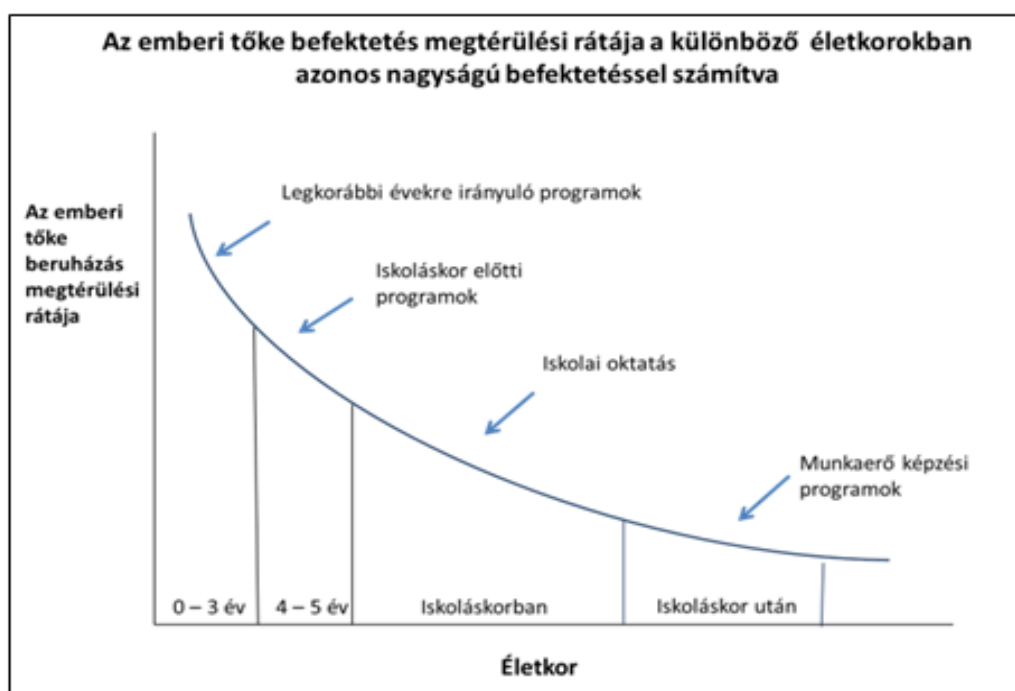
A koragyermekkori intervenció felöleli a minden gyermekre és családjukra kiterjedő prevenció szemléletű, a gyermek korai életszakaszában nyújtott ellátásokat, szolgáltatásokat. Ezen belül a szolgáltatások célzottan több speciális támogatást igénylő csoportra fókuszálnak, így ide sorolhatóak (1) a fejlődési rizikóval született, a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, krónikus beteg; (2) a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett; (3) a szociálisan hátrányos helyzetű, valamint (4) a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait képezik¹. A teljeskörűség gondolatában tehát ott van a differenciált megközelítés is, amely ezeknek a gyerekcsoportoknak illetve családjaiknak a különböző szükségletei felől ragadja meg a prevenció illetve intervenció tevékenységek tartalmát (Kereki, 2011).

¹ A célcsoport kialakításánál szempontként merült fel a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztása. Eszerint a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek körébe tartoznak a hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű, valamint a különleges bánásmódot igénylő gyermekek. Az utóbbi kör három csoportra bontható: a sajátos nevelési igényű gyerekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdők valamint a kiemelten tehetséges gyerekek csoportjára. (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4.§. 13.) A kiemelten tehetséges gyerekek esetében a beavatkozás nem csak a tehetségük kibontakoztatását szolgálja, hanem a gyermekkor védettségének megtartását is.

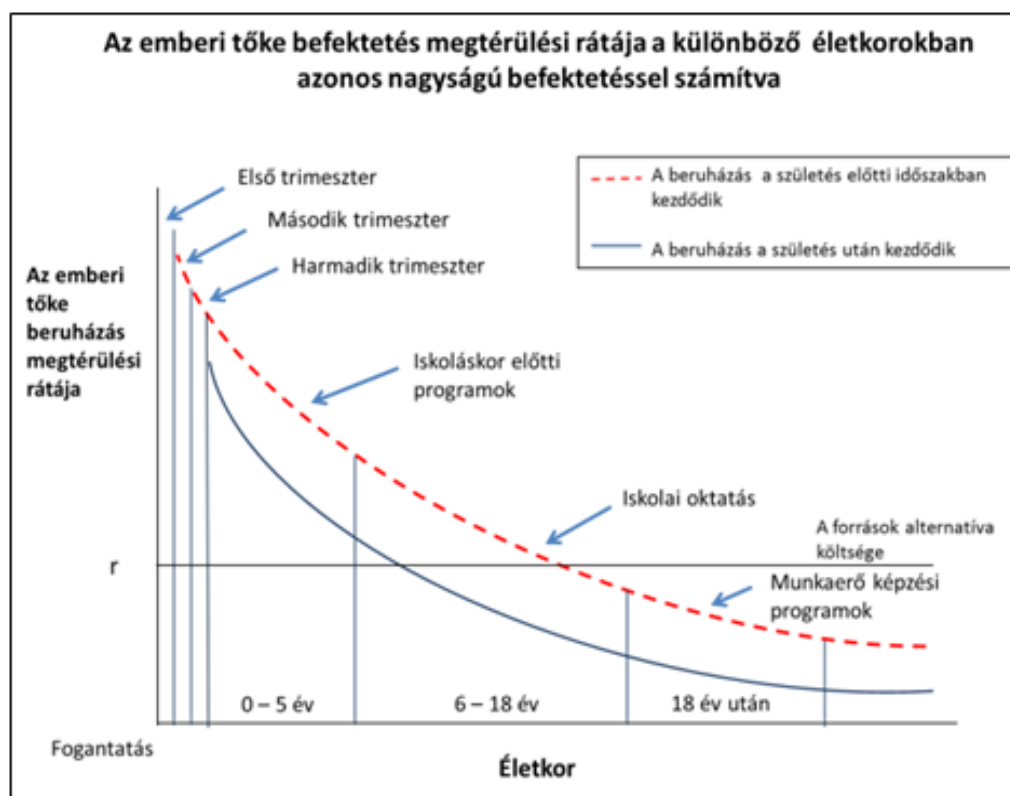
3. A koragyermekkori intervenció fontossága

Az utóbbi évtizedekben a neurobiológia, a viselkedéstudományok és társadalomtudományok területén zajló kutatások nagy előrelépéshez vezettek azoknak a tényezőknek az azonosításában, amelyek a gyerekek életkezdését kedvező vagy kedvezőtlen módon befolyásolják. A fejlődés a korai életszakaszban a leggyorsabb, a megszerzett élmények, tapasztalatok az agyi struktúrákba integrálódva megalapozzák a mozgásos, kognitív, nyelvi funkciók kiépülését, a szociális, önszabályozó képesség valamint az érzelmi biztonság kialakulását (*Shonkoff és Phillips, 2000*). Ugyanakkor a gyerekek sérülékenységének kockázata is ekkor a legnagyobb, az egészséges fejlődést számos tényező veszélyezteti, a biológiai károsodások, a kedvezőtlen szocioökonómiai jellemzők, környezeti feltételek és az érzelmi, pszichés sérülések egyaránt befolyásolhatják azt.

A gyermek fejlődésére ható káros tényezők megelőzésének fontosságán vagy a minél korábbi beavatkozások egyéni fejlődést befolyásoló meghatározó jelentőségén túl nem tekinthetünk el a korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció támogatás hosszú távú társadalmi hasznosságától sem, hiszen ezek – a kutatási eredmények szerint – költséghatékonyabbak, eredményesebbek, mint a később nyújtott beavatkozások. Azok a költséghaszon elemzések, amelyek a korai évekre való befektetések megtérülését vizsgálták, úgy találták, hogy minél korábbi életkorban történnek a beavatkozások, annál magasabbak a beruházások hosszú távú megtérülési rátái. Először *Carnerio és Heckman (2003)* írták le, hogy az iskoláskor előtti beruházások megtérülési rátái magasabbak, mint az iskoláskor utáni ráták (*Carnerio és Heckman, 2003*). Később ez a megállapítás differenciálódott, *Heckman* részletesebb életkor szerinti bontásban írta le az emberi tőke beruházás megtérülési rátájának változását (*Heckman, 2008a, 2008b*) (lásd 1. ábra). Mindez a várandóság szakaszára kivetíthető, hipotetikusán megközelítve, ha a befektetés már a születés előtt kezdődik, akkor annak megtérülési rátája magasabb, mint a születés után megkezdett beavatkozásoké (lásd 2. ábra) (*Doyle, Harmon, Heckman és Tremblay, 2009*).



1. ábra: Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számítva (forrás: *Heckman, 2008a, 2008b*)



2. ábra: Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számítva (forrás: Doyle et al, 2009)

A korai életszakasz prioritása érvényre kell, hogy jusson a gyerekjogokat megfogalmazó hivatalos dokumentumokban, jogszabályokban is. 1959-ben az ENSZ Emberi Jogi Bizottság által előkészített a Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozata határozottan állást foglal a gyermek egészséges fejlődéséhez való jogáról és különleges szükségletei esetén a megfelelő szolgáltatás biztosításának szükségességéről. „A gyermek élvezi a társadalombiztosítás juttatásait. Joga van az egészséges növekedésre és fejlődésre; ebből a célból különleges gondoskodást és védelmet kell biztosítani mind a gyermek, mind az anya számára, beleértve a megfelelő születés előtti és születés utáni gondoskodást. A gyermeknek joga van a megfelelő táplálkozásra, lakásra, szórakozásra és orvosi szolgáltatásokra.” (ENSZ Nyilatkozat a gyermekek jogairól, 1958, 4. alapelv)

Az 1989-es ENSZ Gyermekjogi Egyezmény azokat az alapvető jogokat foglalja össze, amelyeket az egyezményt aláíró államoknak a gyermekek jóléte érdekében biztosítani kell. „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.”² Magyarország 1991-ben ratifikálta a Gyermekjogi Egyezményt³.

Az 1993. december 20-i ENSZ közgyűlésen fogadták el a Fogyatékossággal élő emberek esélyegyenlőségének szabályai c. dokumentumot, amely a korai felismerés

² A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 24. cikkely, 1. bek.) <http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14922> (Letöltés dátuma: 2015. 03.05.)

³ Hazánkban az ENSZ egyezmény az 1991. évi LXIV. törvénnyel került kihirdetésre: 1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről.

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 fogyatékossgágot okozó tényezők.”⁴ Magyarországon ennek a dokumentumnak a felhasználásával készült az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, amelynek a korai ellátásra vonatkozó kitétele szerint: „A fogyatékos személynek joga, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai nevelésben... vegyen részt a vonatkozó jogszabályokban meghatározottak szerint.”⁵

Ugyancsak európai uniós dokumentumok hazai jogrendszerbe való illesztésével született meg az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi XXV. 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”⁶.

Miközben az 1997. évi gyermekvédelmi törvényben a gyermeki jogok között ott találjuk a szülő kötelezettségét, hogy gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket biztosítsa, illetve a gyermek jogát az egészséges fejlődéshez, valamint a fogyatékos gyermek jogát a fejlődését és személyisége kibontakozását segítő különleges ellátáshoz⁷, a szülő nem kötelezhető arra, hogy a köznevelési törvényben biztosított korai fejlesztést igénybe vegye. Ugyancsak rajta múlik, hogy a nem kötelező szűrésekre, az orvosi vizsgálatokra vagy 3 éves kor alatt a szakértői bizottsági vizsgálatokra elviszi-e a gyermekét.

4. Rövid nemzetközi kitekintés a koragyermekkori intervenció gyakorlatáról

Az európai országokban a koragyermekkori intervenció intézményrendszer szerveződése nagyon eltérő formákat ölt. Vannak országok, ahol csak néhány évre tekint vissza a rendszer kialakítása, lassan alakul ki a szervezeti háttér, mint Görögország, Észtország vagy Csehország esetében, és vannak olyanok is, mint például a német nyelvű országok, ahol több évtizedes tapasztalattal rendelkeznek a rendszer működtetéséről.

A német nyelvterületek közös jellemzője, hogy a koragyermekkori intervenció több évtizedes múlttal rendelkező, kiterjedt, és jól működő intézményrendszerre támaszkodik. Az ellátás kulcsfogalmai: a rendszerszemlélet, a szülői részvétel és beleszólási jog. Németországban az ellátás hálózatos formában valósul meg, az egészségügyi (tanácsadás, gyermekellátás), a korai fejlesztő, a gyermekvédelmi és a szociális ellátások intézményei közötti szoros kooperáció segítségével. Amennyiben a család- vagy gyerekorvosok valamilyen fejlődési rendellenesség gyanúját érzékelik, továbbküldik a családot a korai fejlesztő központokba vagy a szociálpédiatriai intézetekbe, amelyek kiterjedt intézményhálózatba szerveződve látják el a gyerekeket, családokat. Egyetlen családnak sem kell 10 kilométernél messzebbre utaznia a legközelebbi ellátó központig. A korai fejlesztő központokban elsősorban mobil és ambuláns ellátás folyik. A mobil ellátás a gyermek otthonában vagy más

⁴ United Nations Organization (1993): The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. New York: UN, 2. szabály, 1. §. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=26> (Letöltés dátuma: 2015. 03.05.)

⁵ 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. §., 1.

⁶ 2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 25. §., 1.

⁷ 1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 12. §, illetve 6. § (1), (2), (3)

természetes közegében (pl. bölcsőde, óvoda) valósul meg. A szociálpédiátriai központok speciális ambulanciák, ahol diagnosztikus, terápiás ellátást biztosítanak, és koordinálják a különböző ellátásokat (0–18 éves korig) (*EADSNE*, 2005, 2010; *Peterander*, 2004, 2009).

A skandináv országok esetében nincs szervezett intézményrendszer, alapvetően az önkormányzatok feladata a koragyermekkori intervenció megszervezése. Az országcsoport közös jellemzője, hogy lényegében nincs külön kiépített koragyermekkori intervenció ellátórendszer, és nincsenek nagy korai fejlesztő központok. Ehelyett integráltan próbálják a koragyermekkori intervencióra szoruló gyermekeket a szociális és oktatási ellátó rendszer főáramában tartani, kortársaik között (*Luttrupp, Norling és Balton*, 2007). A bölcsődei és az óvodai hálózat kiterjedt és jól működik, ami elsősorban annak köszönhető, hogy a gyermekek nagy része már egyéves kora után intézményi ellátásba kerül a szülők korai munkába való visszatérése miatt. A jól kiépített kora- és kisgyermekkori intézményhálózat a koragyermekkori intervenció funkcióinak ellátására is alkalmas. Jellemző a személyre szabott megközelítés, a kliensek személyes felkeresése, nyomon követése (védőnő vagy ifjúsági referens, szociális munkás által.) A gyermekek fejlődését születésüktől egyéves korukig rendszeres orvosi vizsgálatokkal ellenőrzik, probléma esetén a sűrűn kontrollált periódus két és fél évre is meghosszabbítható (*Almqvist*, 2009; *Helgevold*, 2009; *Svendsen*, 2009; *Heinämäki*, 2009).

A mediterrán országcsoport közös jellemzője, hogy a koragyermekkori intézményrendszer működési elveit és a finanszírozás kérdéseit csak jó egy évtizede foglalták jogszabályba. Ennek ellenére (vagy éppen ezért) a mediterrán országok korai ellátása az elmúlt évtizedben látványos fejlődésen ment keresztül, és mára jó példaként hoznak fel több, az ellátórendszer működtetésével kapcsolatos itt alkalmazott gyakorlatot (*Euronews*, 2006). Spanyolországban 2000-ben fogadták el (majd 2005-ben megújították) a Koragyermekkori Intervenció Fehér Könyvet, mely az ágazat holisztikus és komplex megközelítését kívánja elősegíteni. A stratégiai anyag egy átfogó bio-pszicho-szociális modellt alapul véve a koragyermekkori intervenciót a gyermek, a család és a közösség szükségletei kielégítése érdekében kifejtett komplex tevékenységnek tekinti (*Libro Blanco*, 2000, 2005). 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. A támogatásokhoz a regionális önkormányzatokhoz tartozó szociális szolgáltató hálózat szervezi meg a hozzáférést. Valamennyi nyújtott szolgáltatás díjmentes (*Ponte*, 2004; *Veerman*, 2009; *Guitez*, 2010).

Az angol rendszer a decentralizált rendszerek közé tartozik. A törekvések között szerepel, hogy a koragyermekkori intervenció szolgáltatások, ellátások a lehető legközelebb kerüljenek a családokhoz. Az országban nemzeti szűrési program működik, protokollok mentén kapcsolódik össze több különböző szolgáltatással, ennek célja, hogy minél korábban felismerjék a problémát, és minél hamarabb vizsgálatra küldjék azokat a gyerekeket és családokat, ahol a szűrés során felmerül a gyanú (*Andrews*, 2009). Segítik a családok és a velük dolgozó csapatok együttműködését, a szülői partnerségre építenek, rendszeres találkozókat, tréningeket szerveznek, támogatják a szülőt a gyermekét érintő döntések meghozatalában. 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” támogatja rendszeresen a családot (*Early Support*, 2012). Az interdiszciplináris csapatmunka különbözőképpen szerveződik. Néhány helyi fejlesztő központban az utazó tanári szolgáltatások (Portage-modell) az egészségügyi szolgáltatásokkal, az orvosi és a terápiás segítséggel együtt működnek. De ez nem mindenhol van

így. Ezért a szakembereket arra ösztönzik, hogy a koragyermekkori intervenciók centrumokban törekedjenek a stabil interdiszciplináris teamek kialakítására (Carpenter és Russell, 2005; EADSNE, 2005; Robertson és Messenger, 2010).

5. A hazai koragyermekkori intervenciók rendszere

A hazai koragyermekkori intervenciók intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti illetve egyéb intézményeket, valamint mindezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a speciális támogatást igénylő gyermekekkel illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, egyrészt a felismerés, szűrés, jelzés folyamatához, másrészt a diagnosztika szakaszához, harmadrészt az ellátások, juttatások, szolgáltatások rendszeréhez kapcsolódik. A különböző ágazati irányítású illetve egyéb intézmények és szakemberek listáját az összegző táblázat tartalmazza:

Köznevelés ⁸	Egészségügy ⁹	Szociális/ gyermekvédelem ¹⁰	Egyéb intézmények
Óvoda ¹¹	Védőnő - családvédelmi szolgálat védőnője - kórházi védőnő - területi védőnő	Falu- és tanya-gondnoki szolgálat	Magánellátók - egyéb korai fejlesztést végző intézmények, - korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző intézet (eü), - egyéb egészségügyi finanszírozású szolgáltatók
Pedagógiai szakszolgálati intézmény - tankerületi pedagógiai szakszolgálat, - megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat, - országos tagintézmény (országos szakértői bizottság)	Házi gyermekorvos, háziorvos	Családsegítő szolgálat	Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei
		Támogató szolgálat	Önkormányzatok
	Szülészeti	Nappali ellátó intézmény	Kormányhivatal
	Perinatális (neonatólis) intenzív centrum	Fogyatékos személyek otthona	Rendőrség
	Újszülöttszty, csecsemőosztály	Gyermekjóléti szolgálat	Bíróság
	Gyermek rehabilitációs/ rehabilitációs intézmények	Biztos Kezdet Gyerekház	Ügyészség

⁸ A résztvevő 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.

⁹ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum-feltételekről.

¹⁰ A résztvevő intézmények és szakemberek feladatait az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról és az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. sz. melléklet, valamint az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról és a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet, továbbá a 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képzési előírásairól 2. sz. melléklet tartalmazza.

¹¹ A szélesebb értelemben vett koragyermekkori intervenciók intézményrendszer elemei közé tartozik az óvoda is, hiszen az iskoláskor előtti gyerekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával) részt vesz.

Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)	Speciális szakellátás	Napközbeni ellátások: bölcsőde, családi napközi, családi gyermekfelügyelet, házi gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátások	Klebelsberg Kunó Intézményfenntartó Központ
		Gyermekek átmeneti otthon	Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
		Családok átmeneti otthona	
		Gyermekotthon	
		Területi gyermekvédelmi szolgálat	
		Gyámhatóság	
Szakemberek: • óvodapedagógus • értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • logopédus, • látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • pszichopedagógus, • szomatopedagógus • autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • gyógytornász, • konduktor • (klinikai szak)pszichológus • gyermekpszichiáter	Szakemberek: • szülész-nőgyógyász, • neonatológus, • gyermek-neurológus, gyermek-pszichiáter, • klinikai szakpszichológus • genetikus, • szemész, • fül-orr-gégész, • audiológus, • ortopéd szakorvos, • gyermek-rehabilitációs szakorvos, • fogorvos • dietetikus • egyéb szakorvos	Szakemberek: • szociális munkás • családgondozó • csecsemő- és kisgyermeknevelő • óvodapedagógus • pedagógus • értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • logopédus, • látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • pszichopedagógus, • szomatopedagógus • autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógy-pedagógus • gyógytornász, • konduktor • (klinikai szak)pszichológus • gyermekpszichiáter	

1. táblázat: Különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők (forrás: Kereki, 2014)

5.1. Egészségügyi ellátórendszer

A legismertebb ellátórendszer az egészségügyi ellátások rendszere, amelynek keretében működik az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-szakellátás, valamint egyéb egészségügyi ellátási formák. Az **alapellátást** az ellátott személy lakóhelyén, illetve annak közelében kell biztosítani, hogy választása alapján igénybe vehető,

személyes kapcsolaton alapuló folyamatos egészségügyi ellátásban részesülhessen¹². Az egészségügyi alapellátás témánkat érintő legfontosabb intézményei: a háziorvosi, házi gyermekorvosi, valamint a védőnői ellátás. 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 történik (pl. szemészet, fül-orr-gégészet, audiológia, ortopédia, gyermekneurológia, gyermekpszichiátria keretén belül). A fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén történő folyamatos szakorvosi gondozás is ide tartozik¹³.

A **fekvőbeteg-szakellátás** az ellátott lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Igénybevétele az ellátást végző orvos, a kezelőorvos beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg-ellátás jellemzően folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás¹⁴. (Ilyen ellátás zajlik pl. a perinatális (neonatólis) intenzív centrumban, az újszülött- vagy csecsemőosztályon, a gyermek habilitációs/rehabilitációs osztályokon, intézményekben.) Az általános ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttér, illetve a speciális fekvőbeteg-szakellátás biztosítása is szükséges (pl. krónikus beteg gyermekek esetében)¹⁵. A törvényben meghatározott **egyéb egészségügyi ellátások** körébe tartozik többek között az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások, a rehabilitáció, az orvostechikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem-konvencionális gyógyító és életminőség-javító eljárások, egyéb gyógyászati ellátások¹⁶.

Fontos kitétele az egészségügyi törvénynek a prevenció hangsúlyozása, és ebben a társágazatokkal való együttműködés szükségessége. „Az egészségügyi alapellátás és szakellátás területén működő egészségügyi szolgáltatók feladataik ellátása során kiemelt figyelmet fordítanak a gyermekek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. Ennek érdekében együttműködnek a közoktatási, a szociális és családsegítő, valamint a gyermekek védelmét ellátó intézményekkel, személyekkel, és szükség esetén megfelelő intézkedést kezdeményeznek.”¹⁷

5.2. Köznevelés rendszere

Az utóbbi években az intézményrendszer a centralizációs törekvések következtében nagy átalakuláson ment keresztül, amely a köznevelést és a szociális, gyermekvédelmi területet egyaránt érintette. A köznevelés területén 2013 januárjától az egyházi, magán- és alapítványi intézmények kivételével az összes általános iskola, középiskola, szakiskola, kollégium, és pedagógiai szakszolgálat az önkormányzatoktól a Klebelsberg Kunó Intézményfenntartó Központ fenntartása és szakmai irányítása alá került. Jelenleg az eltelt évek kedvezőtlen tapasztalatai nyomán decentralizációs törekvések indultak el, zajlik a működés átalakítása.

¹² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 88. § (1)

¹³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 89. § (1)

¹⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 91. § (1), (2)

¹⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 92. § (1)

¹⁶ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 93. § – 106. §

¹⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. § (5)

A többlétszolgáltatásban részesülő gyerekeket ellátó pedagógiai szakszolgálati intézmények rendszere átalakult, **kétszintű intézményi struktúra** jött létre. Megyéenként (illetve a fővárosban) székhelyintézményként működő **pedagógiai szakszolgálati intézmények** végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén tankerületi illetőségű tagintézmények működnek (járási és fővárosi kerületi szinten), amelyek a jogszabályban meghatározott tevékenységek mellett szintén irányítási, képviseleti, szakmai feladatot látnak el¹⁸. A megyei és fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézmény szakértői bizottságként eljáró országos tagintézménye az országos szakértői bizottság.

Az eddigi elkülönült intézményi keretek között működő tevékenységek a pedagógiai szakszolgálat által ellátandó tevékenységek közé kerültek. A pedagógiai szakszolgálatok látják el a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a fejlesztő nevelés, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az iskola- és óvodapszichológiai ellátás, a kiemelten tehetséges gyerekek gondozása, valamint a későbbi életkorokban a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás feladatát¹⁹. Ebből kilenc tevékenység érinti a korai életszakaszt.

- **A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás** tartalmazza a komplex gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztését, a mozgásfejlesztést és a pszichológiai segítségnyújtást²⁰. Korai fejlesztést csak a megyei szakszolgálatok szakértői bizottságai javasolhatnak, az ellátást a pedagógiai szakszolgálat biztosítja²¹. A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint kell végezni²². Ha a gyermek harmadik életévét betöltötte, akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértő véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe²³.
- **A fejlesztő nevelés** komplex gyógypedagógiai fejlesztés, melynek feladata a gyermek fejlesztő nevelés-oktatásra való felkészítése a szülő bevonásával, a szülő részére tanácsadás nyújtásával²⁴. Ez a súlyosan, halmozottan fogyatékos, sajátos nevelési igényű gyermekeknek nyújtott szolgáltatás, akik attól az évtől kezdve, amelyben az ötödik életévüket betöltik, fejlesztő nevelésben vehetnek részt²⁵

A szakértői bizottsági tevékenység keretében a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága a gyermek (a tanuló) komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint (sajátos nevelési igény gyanúja esetén minden esetben szükséges) orvosi vizsgálat alapján szakértői véleményt készít. A vizsgálat célja lehet (a) az iskolába lépéshez szükséges fejlettség megállapítása, (b) a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása, (c) a sajátos nevelési igény – a mozgásszervi, az érzékszervi (látási, hallási), az értelmi, a beszéd-fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén a halmozott fogyatékos, az autizmus spektrum zavar vagy az egyéb pszichés fejlődési zavar: súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar²⁶ – megállapítása vagy kizárása.

¹⁸ 2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. § (4)

¹⁹ 2011. évi CXCV. köznevelési törvény, 18. § (2)

²⁰ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (1)

²¹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §

²² 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 5. §

²³ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (4)

²⁴ A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 18. § (2) bekezdés b) pontja szerint

²⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 6. § (1)

²⁶ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §

- A **nevelési tanácsadói tevékenység** során a munkatársak segítséget nyújtanak a gyermek családi, és óvodai (valamint a későbbiekben az iskolai) neveléséhez. A szülővel feltáró beszélgetést végeznek, felméri a gyermek adaptív viselkedését, szociális érettségét. A vizsgálat eredményeképpen tanácsadásban részesítik a szülőt, vagy a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességét határozzák meg. A prevenciós tevékenység keretében a nevelési tanácsadás szakemberei együttműködnek a védőnői és gyermekorvosi hálózattal, a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak, valamint az óvodai nevelésben részesülő, negyedik életévüket betöltött gyermekek körében a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából – a szülő előzetes hozzájárulásával – szűrést végezhetnek²⁷.
- A **logopédiai ellátás** feladata a beszédindítás, a hang-, beszéd- és nyelvrejlesztési elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, a diszlexia, a diszortográfia, a diszgráfia, a diszkalkulia kialakulásának megelőzése a logopédiai terápiás foglalkozáson. A logopédiai ellátás igénybevétele – néhány kivételtől eltekintve – önkéntes alapon történik. A logopédiai ellátás keretében el kell végezni az óvodai nevelésben részt vevő, ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének alapvizsgálatát, szűrését, és ennek eredménye alapján szükség szerint a gyermek további pedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatának kezdeményezését²⁸.
- A **konduktív pedagógiai ellátás** a központi idegrendszeri sérült gyerekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. A konduktív pedagógiai ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás keretében nyújtható. A fejlesztő foglalkozás a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint lehet egyéni vagy csoportos foglalkozás. A konduktív pedagógiai ellátás feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet. A konduktív pedagógiai ellátás a tanév rendjéhez igazodik és év közben is megkezdhető²⁹.
- A **gyógytestnevelés** feladata a gyermek (a tanuló) speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha szakorvosi (vagy iskolaorvosi) vizsgálat gyógytestnevelésre utalja. Ennek megszervezését és személyi feltételeinek biztosítását a pedagógiai szakszolgálat végzi a nevelési-oktatási intézményekben³⁰.
- A pedagógiai szakszolgálati intézményben az **óvodapszichológiai (és az iskolapszichológiai) ellátás** feladata a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása és segítése, amelyet az óvodapszichológus (és az iskolapszichológus) feladatok koordinátora lát el. A koordinátor feladatai közé tartozik többek között az óvodai (és az iskolai) preventív szűrések tankerületi szintű koordinációja, a nevelési-oktatási intézményekből érkező pedagógusok számára egyéni tanácsadás és konzultáció biztosítása vagy a pedagógiai szakszolgálatnál bejelentkező, az óvodától (iskolától) független szolgáltatást igénylő szülők és gyermekek óvodai (iskolai) problémákkal összefüggő ellátása³¹.
- A **kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozása** keretében a pedagógiai szakszolgálat feladata a korai tehetség-felismerés, tehetségazonosítás, amelynek során a tehetséggondozó koordinátor a tehetséges gyermek támogatásán túl a szülőknek tanácsadást, a pedagógusok részére konzultációt, a tehetségfejlesztő programok vezetőivel és az óvodapszichológussal (iskolapszichológussal) szakmai kapcsolattartást biztosít³².

²⁷ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §

²⁸ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 25. §

²⁹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 27. §

³⁰ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 28. §

³¹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 29. §

³² 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 30. §

Az **egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (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 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 vagy – az országos és megyei szakértői bizottsági feladatok kivételével – pedagógiai szakszolgálati feladatokat ellátó intézményegységnek³³. Az EGYMI feladata a többségi intézményekben a sajátos nevelési igényű gyermekek integrációjának segítése. Ezt **utazótanári hálózat** megszervezésével és működtetésével látják el. Az utazó tanári feladat ellátás keretében a foglalkozásokon (tanórán) kívüli rehabilitációs/rehabilitációs foglalkozások kerülnek megtartásra. Az ellátást minden gyermek számára sérülésspecifikusan biztosítják.

A koragyermekkori intervenciós intézményrendszer elemei közé tartozik az **óvoda** is, hiszen az iskoláskor előtti gyerekek 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 kezdi³⁴. Ha a gyermek (a tanuló) beilleszkedési, magatartási (tanulási) nehézséggel küzd, fejlesztő foglalkoztatásra jogosult. A fejlesztő foglalkoztatás a nevelési tanácsadás, az óvodai nevelés (a későbbiekben az iskolai nevelés, oktatás) keretében valósítható meg. A sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelése az e célra létrehozott gyógypedagógiai nevelési intézményben, konduktív pedagógiai intézményben, óvodai csoportban, vagy a többi gyermekkel részben vagy egészben együtt, azonos óvodai csoportban történhet. A gyermek külön óvodai nevelését végző óvodai csoportot a sajátos nevelési igény típusának megfelelően hozzák létre. A gyógypedagógiai nevelésben (és oktatásban) részt vevő intézményekben a gyermek egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül³⁵.

5.3. Szociális és gyermekvédelmi rendszer

A szociális ágazatban a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatósághoz került az állami irányítás. A főigazgatóság és területi kirendeltségei látják el a kormányhatározatban leírt szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézmények fenntartói és módszertani feladatait. Ahhoz, hogy akár az egészségügyi alapellátás, akár a köznevelés területén dolgozó szakemberek megfelelő módon segíteni tudják az általuk ellátott gyerekeket és családjaikat, ismerniük kell a **szociális alapszolgáltatásokat** (pl. családsegítő szolgálat, falu- és tanyagondnoki szolgálat, támogató szolgálat), valamint a **szociális ellátások, juttatások rendszerét**. Így a pénzbeli ellátásokat (pl. emelt összegű családi pótlék, ápolási díj, rendszeres szociális segély) vagy a természetben nyújtható ellátásokat (pl. lakásfenntartási támogatás)³⁶.

A társágazati szakemberek a szociális alapszolgáltatások mellett gyakran kerülnek kapcsolatba a gyermekvédelmi ellátás szereplőivel is³⁷. A gyermekvédelmi védőháló alapvetően 3 fő alappilléren nyugszik: az alapellátás, a szakellátás és a hatósági

³³ 2011. évi CXCV. köznevelési törvény, 20. § (9)

³⁴ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 5. § (1)

³⁵ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 47. §

³⁶ Lásd 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

³⁷ Lásd továbbiakban 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

intézkedések intézményén. Itt is találunk pénzbeli és természetbeni ellátási formákat (pl. rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, óvodáztatási támogatás stb.) A **gyermekvédelmi alapellátáshoz** tartoznak a gyermekjóléti szolgáltatások (így maga a gyermekjóléti szolgálat), a gyermekek napközbeni ellátása (pl. bölcsődék, családi napközi, családi gyermekfelügyelet stb.) és a gyermekek átmeneti gondozása (pl. gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, helyettes szülő), valamint a Biztos Kezdet Gyerekházak.

A **gyermekjóléti szolgáltatás** akkor igyekszik minél hatásosabb támogatást nyújtani a családoknak, amikor veszélyben a harmonikus családi élet, de a gyermek kiemelését még nem indokolja a fennálló problémák mértéke. A **gyermekek napközbeni ellátása** keretében a családban élő gyermekek életkorának megfelelő nappali felügyeletét, gondozását, nevelését, foglalkoztatását és étkeztetését kell megszervezni azoknak az esetekben, ahol a szülők, nevelők, gondozók valamilyen okból (pl. munkavégzésük, betegségük) miatt napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni³⁸. A **gyermekek átmeneti gondozása** alapvetően olyan típusú segítségnyújtás, ami szülőknek segít életük rendezésében, ha egészségi állapotuk, életvezetési problémájuk, indokolt távollétük vagy más akadályoztatásuk miatt nem tudják megoldani a családban a gyermekük nevelését. Megszervezhető a gyermekek átmeneti otthonában, a családok átmeneti otthonában, vagy befogadó szülői szolgáltatáson, illetve a gyermekek átmeneti házi gondozásán keresztül. A **gyermekek átmeneti otthona** akkor nyújt segítséget, ha a gyermek megfelelő fejlődése veszélyeztetetté válik. 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. munkavállalás, adósságrendezés, albérlet-keresés stb.). A **befogadó szülői szolgáltatás** minden esetben a szolgáltatást nyújtó személy saját otthonában valósul meg, míg a **gyermekek átmeneti házi gondoskodása** esetén a gyermek saját otthonában maradhat, a segítő szakember a gyermek otthonában végzi a munkáját³⁹.

A preventív szemlélet jegyében érdemes külön kiemelni az ún. **Biztos Kezdet Gyerekházakat**, amelyek jelenleg a Gyerekesély program keretén belül működnek. Olyan alapellátó segítséget kínálnak elsősorban szociálisan hátrányos helyzetű családoknak, amely a hatékony prevenció érdekében 0–5 év közötti **gyerekek és szüleik** együttes jelenlétére épül. A bölcsődei, óvodai ellátás mellett ez az ellátási forma egy olyan alternatív segítséget jelent ezeknek a családoknak, amit a 0–5 éves korú gyerekek a szüleikkel együtt vehetnek igénybe. A Biztos Kezdet Gyerekházak dedikált célja többek között, hogy a szülőket hozzásegítsék az önálló(bb) szülői, családi életvezetési készségek elsajátításához. Ennek érdekében minden program a szülőkkel és gyerekekkel közösen történik, aminek köszönhetően a jelen lévő anyák, apák maguk is könnyebben fejlődhetnek a harmonikus családi élethez nélkülözhetetlen helyzetek kezelésében, pl. a gyermekkel történő játék, egészséges ételek készítése, személyes higiéné stb. területén.

A **gyermekvédelmi szakellátáshoz** soroljuk a családból kiemelt gyerekeknek biztosított **otthont nyújtó ellátást** (pl. nevelőszülő, gyermekotthon), az **utógondozói ellátást** és a **területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást**. Az otthont nyújtó ellátás

³⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 41.§

³⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/A.§.

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 örökbe-fogadásának elősegítését. Az utógondozói ellátás a fiatal felnőttek számára nyújtott szolgáltatás. Érdemes még ismerni a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás intézményét, amely javaslatot tesz a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó ellátást biztosító gondozási helyére. **A gyámhivatalok** képviselik a törvény erejét **hatóságként**. Ők hozzák meg a döntéseket a szükséges gyermekvédelmi intézkedésekről – védelembe vétel, gyermek kiemelése, kapcsolattartás, a gyermek hazagondozása stb.

6. Utak és kapcsolódások

Az egyes ágazatokon belüli továbbküldési, jelzési utak viszonylag jól leírtak a jogszabály alapján, de a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket a felismeréstől az ellátásba kerülésig nem köti össze szabályozott gyermekút. A koragyermekkori intervenciós ellátásokat tekintve az egészségügy rendszere és a szociális, gyermekvédelmi rendszer érintőlegesen kapcsolódik össze, elsősorban a gyermekjóléti szolgálat intézményén keresztül, ugyanakkor a köznevelés rendszerébe az egészségügyi ellátórendszerből nem vezet út. A szociális, gyermekvédelmi terület és a köznevelés között is inkább a jelzőrendszerben való együttműködés, illetve a pedagógiai szakszolgálati tevékenység kapcsán azonosíthatóak érintkezési pontok.

A gyermek útja több szakaszra tagolható, a prekoncepcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, egészen a gyermek iskolába lépéséig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és a továbbküldési, jelzési utak is azonosíthatóak.

6.1. Prekoncepcionális szakasz

A prekoncepcionális időszakban, amikor a szülők még csak tervezik a gyermeket, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kapnak ehhez támogatást. A Családvédelmi Szolgálat védőnője tanácsadást végez, illetve az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi⁴⁰. A területi védőnő szintén a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást végzi⁴¹, az iskolai védőnő pedig az egészségtan oktatásában vesz részt, ahol elsősorban az családtervezés, fogamzásgátlás, szülői szerep, csecsemőgondozás témájára fókuszál⁴². A háziorvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás⁴³. 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 eszközeivel⁴⁴. A gyermeket tervező pár akár a területi védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a Családvédelmi Szolgálathoz fordul, a szülész-nőgyógy-

⁴⁰ 1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről 2. § (2).

⁴¹ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról 3. §

⁴² 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról 3. számú melléklet

⁴³ 4/2000. (II.25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4. § (2)

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

ász szakorvoshoz irányítják őket. Ennek a szakasznak a jelenlegi szabályozás szerint nincs hangsúlyos szerepe, miközben a prekoncepcionális időszakra sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani kiemelkedő prevenció jelentősége okán.

6.2. 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 csecsemőgondozásra való felkészítés a család- és nővédelmi gondozás keretében valósul meg⁴⁵. A várandósgondozás a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő és a védőnő együttműködésében zajlik⁴⁶. A védőnő a gondozás során tudomására jutott mindazon körülményről tájékoztatja a várandósgondozást végző szülész-nőgyógyászt/szülésznőt, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését⁴⁷.

A szociális, gyermekvédelmi intézmények közül a gyermekjóléti szolgálat érintett leginkább ebben a szakaszban. Feladata a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint számára a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutás szervezése⁴⁸. Amennyiben a várandós anya nem vállalja születendő gyermeke felnevelését, tájékoztatják őt a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről⁴⁹. Veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a háziorvosnak, a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé⁵⁰. A gyermekjóléti szolgálat és az illetékes védőnő haladéktalanul tájékoztatják egymást, ha a várandós anya válsághelyzetben van⁵¹. A gyakorlatban azonban ezek az oda-vissza-jelzési utak nem működnek megfelelően. Mindkét fél hiányolja a másik jelzésre adott választát, illetve az érdemi intézkedésről való tájékoztatást.

6.3. Perinatális szakasz

A perinatális szakaszban a gyermek a megszületése után optimális esetben az újszülött osztályra kerül, ahol elvégzik az alapvizsgálatokat és a kiegészítő vizsgálatokat (laboratóriumi, képalkotó, konzíliumok, anyagcsere vizsgálat). A koraszülöttek, illetve az érett, de problémás újszülöttek protokoll szerint a neonatális/perinatális centrumokba kerülnek, ahol szintén lezajlanak a megfelelő szűrővizsgálatok.

Amennyiben a szülő lemond a gyermekéről, a kórház értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról⁵². Veszélyeztetettség esetén a területi védőnő, házi gyermekorvos felé küld jelzést az intézmény, mint az egészségügyi szolgáltatást nyújtók közül a kiemelt jelző szereppel rendelkező ellátók felé (akik pedig a gyermekjóléti

⁴⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 86. § (1) (2)

⁴⁶ 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 6. §

⁴⁷ 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 9. § (2)

⁴⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2)

⁴⁹ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (2)

⁵⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1) (2)

⁵¹ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (3)

⁵² 149/ 1997 (IX.10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 64/A §

szolgáltatnak jeleznek)⁵³. A gyermek megszületéséről, illetve a gyógyintézetből való távozásról a kórházi védőnő írásban értesíti a területi védőnőt valamint a választott házi gyermekorvos vagy háziorvost⁵⁴. A további gondozás során nagyon fontos a két szakterület részéről egymás kölcsönös tájékoztatása (gyermek fejlődése, felmerült problémák stb.).

6.4. Hazakerülés után

A gyermek megszületése után, a kórházból való hazaérkezést követően az újszülöttet meglátogatja a védőnő, majd a szokásjog alapján a házi gyermekorvosa, háziorvosa. A védőnő és a házi gyermekorvos, háziorvos együttműködve végzi a gyermekek ellátását/gondozását, az előírt szűrővizsgálatokat, tanácsadást. Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát, háziorvosát, egyben hozzáküldi a szülőt is. Ha valamilyen probléma merül fel a gyermeknél, járóbeteg-szakellátóhoz vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg intézménybe/osztályra irányítják. Az egészségügy rendszerében a fogadó intézményben történő terápiás ellátás mellett egészségügyi rehabilitációt, rehabilitációt végző magán-ellátók is részt vesznek az ellátásban, házi gyermekorvos, háziorvos és szakellátó szakorvos is irányít oda gyerekeket⁵⁵.

Mivel az egészségügyi és a pedagógiai ellátást végző intézményeket nem köti össze jogszabály, probléma észlelése esetén az egészségügyi ellátó csak javasolhatja a pedagógiai szakszolgálat felkeresését, de nem utalhatja ellátásba a gyermeket. Amennyiben a probléma a gyermek 0–3 éves kora között merül fel, a sajátos nevelési igény megállapítása, illetve a korai fejlesztés megkezdésére való javaslattevés a megyei szakértői bizottság feladata. Ellátási helyszíneként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő tankerületi pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelölik ki. Amennyiben az ellátás ott nem megoldható, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúra-használatra vonatkozó szerződést kötött intézményben kerül sor⁵⁶.

Az utóbbi néhány évben az ágazaton belüli és az ágazatok közötti profiltisztítás jegyében a feladatellátást tekintve több intézményben is változások történtek. Korábban bölcsődék, gyermekotthonok, fogyatékos személyek otthonai és nappali intézményei is végezheték a korai fejlesztés feladatát. Jelenleg ezekben az intézményekben a tevékenységet – amennyiben ehhez a feltételek adóttak – a pedagógiai szakszolgálat szakemberei biztosítják⁵⁷. Az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézményekben – ahol szintén folyhatott korábban korai fejlesztés –, most a szakemberek szakszolgálati keretek között végezhetik a tevékenységet. Alapítványi intézmények, amennyiben szakszolgálati feladatot ellátnak, és szerződést kötnek a fenntartóval illetve a minisztériummal, szintén elláthatják a feladatot. Fontos fejlemény, hogy a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottsága a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás ja-

⁵³ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1) (2)

⁵⁴ 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról 3/A. §

⁵⁵ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §

⁵⁶ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §

⁵⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4.§. (3)

vaslat alapján is elkészítheti⁵⁸. Így minél hamarabb ellátásba kerülhet a gyermek, nem kell hosszú hónapokat várni a szakértői bizottság vizsgálatára ahhoz, hogy a szakemberek megkezdhessék a terápiás, fejlesztő foglalkozásokat.

A 3 évnél idősebb gyerekek esetében a tankerületi szakértői bizottság feladata a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat. Ha a tankerületi szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, továbbküldi a gyermeket a megyei szakértői bizottság felé, annak dokumentációs anyagával együtt⁵⁹. A mozgásszervi fogyatékoság, az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékoság, valamint a beszéd fogyatékoság megállapítását vagy kizárását országos feladatellátási kötelezettséggel az országos szakértői bizottság végzi azzal, hogy a beszéd fogyatékoság megállapítása vagy kizárása a megyei szakértői bizottság feladatai körében is ellátható. Szakértői vizsgálat néhány kivételtől eltekintve a szülő kérelmére, illetve egyetértésével indul. Ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat iránti kérelem elkészítésében⁶⁰.

A gyermekvédelmi törvény alapján, veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. bölcsőde, családi napközi) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) veszélyeztetettség esetén jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgálat felé. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása vagy más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek súlyos veszélyeztető magatartása esetén kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni⁶¹.

7. Az ellátásba kerülést akadályozó rendszerszintű és strukturális problémák

Korábbi kutatási eredmények szerint Magyarországon a koragyermekkori intervenció ellátásra szoruló gyerekek több mint egyharmada nem kapja meg a számára szükséges ellátást, szolgáltatást (Kereki és Lannert, 2009). Ennek többféle oka van, rendszerszintű problémák és strukturális egyenlőtlenségek egyaránt állnak a háttérben. A koragyermekkori intervenció több ágazatot is érint, ám a területet komplexitása miatt nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. Egyelőre hiányzik a koragyermekkori intervenció egységes rendszerként való kezelése és ennek a szabályozásban való tükröződése, a jogszabályok összehangolása. A változó szabályozási környezet mellett a finanszírozási háttér bizonytalansága is gondot okoz a működésben.

Az együttműködések döntéshozói és helyi ellátói szinten is többnyire kialakulatlanok. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit, illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak. Az intézményrendszer átalakulása, a szociális és a köznevelés területén zajló centralizációs törekvések bizonytalanságot okoznak a szolgáltatói hálózatban. A szülők és a szakemberek egyaránt információhiánnyal küzdenek. Mindhárom ágazatban jellemző a minőségi standardok hiánya, a szakmai kontroll gyengesége, de a szisztematikus mérés és visszacsatolás sem működik megfelelően. A rendszerben nagyon sok adat keletkezik, de az adatgyűjtések nem összehangoltak. Hiányoznak a korszerű, standardizált szűrési módszerek, vizsgáló eljárások (Kereki, 2013).

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

59 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. §. (1) (2)

60 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §.

61 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2).

A koragyermekkori intervenciós rendszerben az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák. Az egészségügyi ellátás területén kritikusan alacsony a feladatokhoz mért csecsemő- és gyermek szakorvosok száma, ez az alapellátás és a szakellátás területén is megmutatkozik⁶². A pedagógiai szakszolgálatoknál a szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberek körében az esetszámra jutó szakemberlétszám kevés, folyamatos túlterheltséget okoz, ami meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét (Kereki, 2011). A koragyermekkori intervencióban résztvevő szakembereknek a korai ellátással kapcsolatban megszerzett tudása egyenetlen, képzésbeli hiányosságok azonosíthatók. Az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások megválasztását sokszor nem csak a szakember kapacitás szűkössége határolja be, de a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme is, amely nem feltétlenül igazodik a speciális szükségletekhez (Kereki, 2011).

Az ellátásokhoz való hozzáférést a szolgáltatások biztosításának területi egyenlőtlenségei is erőteljesen befolyásolják, amelyek szinte minden típusú szolgáltatást érintenek. Az egészségügyi ellátás mutatói alapján Észak-Magyarország és Észak-Alföld egészségügyi ellátása a legkedvezőtlenebb. A csecsemőhalandósági mutató Észak-Magyarországon hosszabb ideje kiugróan magas értéket mutat. Nemcsak a házi gyermekorvosokra jutó gyermeklétszám tartozik a legmagasabbak közé, de a szakorvosok is itt a legleterheltebbek. A védőnői támogatás szintén a két északi régióban a legkevésbé biztosított. Országosan hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat, a neuroterápiás, ill. gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás. A gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások hozzáférési, hatékonysági problémákkal küzdenek. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan, a helyzet Észak-Magyarországon a legkritikusabb (Kereki, 2011).

A koragyermekkori intervenciós ellátásban részesülő gyerekek több mint 50%-át Budapesten látják el, jellemző, hogy a nagyvárosokban szerveződnek színvonalas ellátást nyújtó intézmények, de a kisebb településeken, különösen a falvakban lakók számára a speciális szolgáltatások elérhetetlenek (Kereki és Lannert, 2009). Az ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, ahol éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogató segítséget, akik maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében. A szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba való eljutást az utaztatási nehézségek és az anyagi források szűkössége erősen befolyásolja. Gyakorlatilag a családok egy részének anyagi helyzetéből fakadóan elérhetetlenek bizonyos szolgáltatási formák (Kereki, 2010). A szociális, gyermekvédelmi jelzőrendszer (családsegítő, gyermekjóléti szolgálat) sokat tud segíteni abban, hogy az arra rászoruló gyerekek minél hamarabb ellátásba jussanak. Ahol a három különböző ágazat intézményei közötti kapcsolati háló elég kiterjedt és intenzív, gyorsabb az információáramlás, korábban bejutnak a gyerekek a pedagógiai jellegű intézményekbe (Kereki, 2010).

⁶² *Semmelweis terv az egészségügy megmentésére (2011): Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország.* Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

Összefoglalás

A koragyermekkori intervenció rendszerben azonosított problémák megoldására az utóbbi időben több fejlesztési projekt is kísérletet tett.

Az egészségügy égisze alatt zajló TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkor (0–7 év) projekt az egészségügyi alapellátás munkájának támogatására, korszerű tudással való felvértezésére irányul. A gyermekek fejlődését befolyásoló rizikó- és védőtényezők beazonosítása, az eltérő fejlődést mutató gyermekek mielőbbi kiszűrése, a gyermekek fejlődésének nyomon követése kiemelt figyelmet kap a célok között. Új, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív került kifejlesztésre, amely a hozzá kapcsolódó tájékoztató anyagokkal azt szolgálja, hogy a szülők kompetensebbek legyenek saját gyermekük fejlődésének nyomonkövetésében. Ezzel párhuzamosan korszerű módszertani kiadványok, számos tananyag, képzések segítik a védőnők, házi gyermekorvosok/háziorvosok munkájának hatékonyabb végzését⁶³.

A jelenlegi köznevelési területhez kapcsolódik a TÁMOP-3.4.2.B, a „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)” kiemelt projekt, amelynek keretében a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeinek támogatására protokollok készültek, köztük a koragyermekkori intervencióra és a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás tevékenységre kifejlesztett protokoll (*Kereki és Szvatkó, 2015*). A TÁMOP 3.1.1. „XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció)” nevű szintén kiemelt projektben pedig kidolgozásra és kipróbálásra került a koragyermekkori intervenció rendszerében használható kliensút modell (*Kereki, 2015*).

A szociális ágazatban a TÁMOP 5.2.6. – „A korai életszakaszban feltárt fejlődési rendellenességek, lemaradások kezeléséhez való hozzáférések javítása” projekt a korai ellátásban résztvevő szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti intézményekben dolgozó szakemberek tudását bővíti családtámogató törekvések keretében adaptált képzési anyagokkal.

Bár mindezek a törekvések nagy haladást jelentenek a leírt problémák megoldásában, a jövőben számtalan területen kell további lépéseket tenni azért, hogy egy hatékonyan működő, egységes szemléletű koragyermekkori intervenció rendszer működhessen Magyarországon. Többek között szükség lenne a szabályozás és a finanszírozás egységes szemléletű átalakítására, összehangolására, a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, rendszerszinten megvalósuló szabályozott kliensút bevezetésére. Ehhez pedig elengedhetetlen az egységes, integrált elektronikus dokumentáció és az adatszolgáltatás kiépítése, az informatikai felszereltség bővítése, az adatbázisok összekapcsolása. A szükségletekhez jobban illeszkedő szolgáltatásnyújtás érdekében a speciális terápiás, fejlesztő szolgáltatások választékának bővítése, a többoldalú tudással rendelkező szakemberek számának növelése, illetve kompetenciáinak fejlesztése szükséges. A szakemberek tudásbővítéséhez, egységes szemléletük formálásához, a családokkal való partneri együttműködés kialakításához közös képzési programok megvalósítása indokolt. A szülők felkészítése, edukálása, kompetenciáinak bővítése, valamint megfelelő információval való ellátása nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjon, mint ahogy a családok szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáféréseinek biztosítása is sarkalatos pontja kell, hogy legyen a jövőbeni elképzeléseknek.

⁶³ Lásd Gyermek-alapellátási Információs Portál. www.gyermekealapellatas.hu.

Irodalom

- A Gyermekek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (1989): <http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14922> (Letöltés dátuma: 2015. 03.05.)
- Almqvist, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Sweden. European Agency for Development in Special Needs Education.* <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (Letöltve: 2015.03.03.)
- Andrews, E. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – UK (England). European Agency for Development in Special Needs Education.* URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015.03.03.)
- Carneiro, P. és Heckman, J. J. (2003): Human Capital Policy. In: Heckman J. és Krueger A. (eds.): *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* MIT Press. 77–240.
- Carpenter, B. és Russel, P. (2005): Early Intervention in the United Kingdom. In: Guralnick, M. J. (ed.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Brookes, Baltimore, 455–480.
- Czeizel Barbara (2009): A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2–3. 153–159.
- Doyle, O., Harmon, C.P., Heckman, J.J. és Tremblay, T.R. (2009): Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Econ Hum Biol.* 7. March; 7(1): 1–6.
- EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense. <http://www.european-agency.org/> (Letöltés dátuma: 2015. 03.06.)
- EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early childhood intervention. Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, URL: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf (letöltve: 2015. 03.06.)
- ENSZ Nyilatkozat a gyermekek jogairól (1958): http://unicef.hu/c/document_library/get_file?p_l_id=23940&noSuchEntryRedirect=viewFullContentURLString&fileEntryId=24686 (letöltve: 2015.03.05.)
- Early Support (2012): *Key working: improving outcomes for all.* URL: <http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/resources/our-partners-resources/key-working-improving-outcomes-for-evidence-provision-systems-and-structures> (letöltve: 2015.03.10.)
- Euronews (2006): Az Ügynökség „Korai fejlesztés: az európai helyzet elemzése” című projektje. URL: http://www.european-agency.org/news/euronews/euronews-15/euronews15_hu.pdf (letöltve: 2015.03. 06.)
- Guitez, P. (2010): Early Childhood Intervention in Spain: Standard Needs and Changes. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges.* Maya, Ankara, 83–98.
- 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.
- Heinämäki, L. (2009) *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Finland. European Agency for Development in Special Needs Education.* URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015.03.04.)
- Helgevold, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Norway. European Agency for Development in Special Needs Education.* URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015.03.04.)
- ICSSZEM – Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Fogymunkaügyi Főosztály (2005): *Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról.* Kézirat. MicroVA Bt.

- Kereki Judit és Lannert Judit (2009, írta és szerk.): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT – FSZK, Budapest.
URL: http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/koraiintervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanutmany_KORINT.pdf
- Kereki Judit (2010): A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, **38**. (1.) 32–45.
- Kereki Judit (2001, írta és szerk.): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.
URL: http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4pillar/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf
- Kereki Judit (2013): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, **61**. (1.) 23–38.
- Kereki Judit és mtsai (2014): *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori program*, Országos Tisztifőorvosi Hivata, Budapest.
- Kereki Judit (2014): *Majd kinövi (?) A koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés. Hallgatói Kézikönyv. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori program*, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest.
- Kereki Judit (2015, szerk.): *Kliensút Kalauz.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kereki Judit és Szvatkó Anna (2015): *A koragyermekkori intervencióra valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.
- Libro Blanco* (2000): *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2000.* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
URL: <http://www.altxa.com/wp-content/uploads/Libro-Blanco-de-la-Atencion-Temprana.pdf> (letöltve: 2014.11.27.)
- Libro Blanco* (2005): *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2005.* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
URL: http://www.fcsc.org/libro-blanco-de-la-atenci%C3%B3n-precoz_69992 (letöltve: 2014.11.27.)
- Luttrupp, A. M., Norling, M. B. és Balton, M. (2007): *Intervention practice for preschool children in need of special support: A comparative analysis between South Africa and Sweden.*
URL: http://www.up.ac.za/dspace/bitstream/2263/6274/1/Luttrupp_Intervention%282007%29.pdf (letöltve: 2015.03.06.)
- Peterander, F. (2004): *Early Childhood Intervention in Bavaria (Germany).* European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: www.european-agency.org (letöltve: 2015.03.10.)
- Peterander, F. (2009): *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Germany (Bavaria).* European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: www.european-agency.org (letöltve: 2015.03.10.)
- Ponte Mittelbrunn, M. J. (2004): *Early Childhood Intervention in Spain.* European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: www.european-agency.org (letöltve: 2015.03.03.)
- Robertson, C. és Messenger, W. (2010): 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.
- Semmelweis terv az egészségügy megmentésére. (2011): Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország.* Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

- Shonkoff, J. P. és Phillips, D. A. (2000): *From neurons to neighbourhood. The Science of Early Childhood development*. National Academy Press, Washington.
- Svendsen, I. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Denmark*. European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015. 03. 03.)
- United Nations Organization (1993): *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. UN, New York.
URL: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=26> (letöltve: 2015. 03.05.)
- Veerman, E. R. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Spain*. European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015. 03. 03.)

Jogsabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
1991. évi LXIV. törvény a gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről
- 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rend. az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól a végrehajtásáról
- 4/2000. (II.25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól
- 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról