

Korai fejlesztés

Az európai helyzet elemzése

Kulcstényezők és ajánlások

Összefoglaló jelentés

**Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók
Oktatásának Fejlesztéséért**



A jelentés a Korai fejlesztés című tanulmány összefoglalása. A kiadvány csak a forrásra való egyértelmű hivatkozás feltüntetésével használható fel.

A jelentést az Európai Ügynökség készítette a programban részt vevő országok kijelölt nemzeti szakértőinek segítségével. Köszönettel és hálával tartozunk a következő szakértőknek munkájukért: *Stefanija Alisauskienė; Lena Almqvist; Josiane Bechet; Alain Bony; Graça Breia; Lesley Campbell; Isabel Felgueiras; Bergþóra Gísladóttir; Liisa Heinämäki; Monica Ingemarsson; Zuzana Kaprova; Maria Karlsson; Jytte Lau; Johanna Lindqvist; Ene Mägi; Theoni Mavrogianni; Ineke Oenema-Mostert; Franz Peterander; Jaime Ponte; Manfred Pretis; Bieuwe Van Der Meulen; Panagiota Vlachou;* valamint *Axelle Cheney*-nek az általa nyújtott segítségért.

Az egyes országok helyzetéről valamint az Ügynökségnek a projektben részt vevő nemzeti képviselőinek és szakértőinek elérhetőségéről részletes információ az alábbi, korai fejlesztéssel foglalkozó weboldalon található:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Szerkesztő: Victoria Soriano

A borítón Marjaana Koskivuori "*Palveluviidakko*" – a Szervezetek Dzsungele című képe látható. A rajtot Marjaana készítette, aki 1988-ban született és ma elismert művész Finnországban. Agyi sérülése miatt Marjaana vezeték nélküli egérrel készíti rajzokat a számítógépén. Alkotásának jelentését a következőképpen magyarázta: "Jobb oldalon az a vörös pont én vagyok, a többi pedig a szervezetek dzsungele". Marjaana köszönetképpen adta a rajtot az Ügynökségnek, amiért részt vehetett a sajátos nevelési igényű fiatalok meghallgatásán az Európai Parlamentben 2003. november 3-án.

A dokumentum elkészítését az Európai Bizottság Oktatásügyi és Kulturális Főigazgatósága támogatta:
http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm

ISBN: 8791500-60-5 (elektronikus)
978-8791500-60-2

8791500-42-7 (nyomtatott)
978-8791500-42-8

2005

Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért

Titkárság:
Teglgaardsparken 102
DK-5500 Middelfart Denmark
Tel: +45 64 41 00 20
Fax: +45 64 41 23 03

Brüsszeli Iroda:
3 Avenue Palmerston
BE-1000 Brussels Belgium
Tel: +32 2 280 33 59
Fax: +32 2 280 17 88

adm@european-agency.org

brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org



TARTALOMJEGYZÉK

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	4
BEVEZETÉS	7
1. KORAI FEJLESZTÉS: ELMÉLETI KERETEK	12
2. KORAI FEJLESZTÉS: A PROJEKT ELEMZÉSE	20
2.1 A különböző országokban biztosított szolgáltatások	20
2.2 Kulcstényezők	24
2.2.1 Célcsoportok	25
2.2.2 Csoportmunka	26
2.2.3 Szakemberek képzése	27
2.2.4 Munkaeszközök	29
2.3 Három jellemző példa a korai fejlesztésre	31
2.3.1 Fő jellemzők	32
2.3.2 Hasonlóságok és különbségek	40
3. AJÁNLÁSOK	43
3.1 Elérhetőség	43
3.2 Közelség	44
3.3 Költségfedezet	46
3.4 Interdiszciplináris munka	46
3.5 Változatosság	48
SZAKIRODALOM	50



VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A korai fejlesztés mind az oktatáspolitikai, mind a gyakorlati szintjén fontos terület. A korai fejlesztés a kisgyerekek és családjaik támogatáshoz való jogának biztosításához kapcsolódik. Célja, a gyerekek és családjaik támogatása és a megfelelő szolgáltatások biztosítása. A korai fejlesztés segít egy befogadó és összetartó társadalom létrehozásában, amely a gyerekek és családjaik jogait is tiszteletben tartja.

Az utóbbi 20-30 évben publikált mérvadó dokumentumok azt mutatják, hogy a korai fejlesztés jelentése bizonyos változáson ment keresztül: a fogalomhoz ma már az egészségügy, az oktatáspolitikai és a társadalomtudományok (elsősorban a pszichológia) is kapcsolódnak. A korai fejlesztés új felfogása a gyermek fejlődését helyezi a középpontba, illetve a társadalmi érintkezésnek az ember, azon belül is elsősorban a gyermek fejlődésére gyakorolt hatását vizsgálja. Míg azelőtt a korai fejlesztés kizárólag a gyermekekre koncentrált, az új megközelítés a gyermeket, a családot és a környezetet egyaránt figyelembe veszi. Ez a változás összhangban áll azzal a kialakuló elgondolással, mely a fogyatékkal élőket a "orvosi" modell helyett egy "társadalmi" modell kontextusába helyezi.

Az Ügynökség projektelemzésének célja a korai fejlesztés új felfogásában releváns fogalmak azonosítása volt, melyek leírása az alábbiakban olvasható.

Elérhetőség, közelség, költségfedezet és változatosság az európai korai fejlesztéssel kapcsolatos szolgáltatások közös vonásai:

- A család kérésére számos különféle elérhető és hozzáférhető szolgáltatás és/vagy ellátás biztosítható.
- Az ellátás vagy a szolgáltatás biztosítására a lehető leghamarabb ajánlatot kell tenni; a szolgáltatások ingyenesek vagy csak minimális terhet róhatnak a családra, és – lehetőség szerint helyi szinten – bárhol és bármikor elérhetőnek kell lenniük. A szolgáltatás a családnak mint egységnek az igényeit tartja szem előtt.



- A különböző országok változatos szolgáltatói tapasztalata azt mutatja, hogy a szolgáltatás színvonalának fenntartásához rendkívül fontos a megfelelő együttműködés valamint a szolgáltatások és források pontos irányítása.

- Az egészségügynek, az oktatásnak és a szociális munkának együttesen kell felelősséget vállalnia a korai fejlesztés gyakorlati megvalósításáért, összhangban annak elméleti hátterével, mely különféle társadalomtudományi alapelvekre épül. A gyermek fejlődése szempontjából az egészségügy, a humán- és a társadalomtudományok kölcsönösen összefüggnek, aminek a gyakorlatban is tükröződnie kell. Nem beszélhetünk tehát egyetlen preferált modellről: a korai fejlesztés újabb felfogásában, mely a gyermekekre, a családra és a tágabb közösségre is figyelmet fordít, számos különböző elmélet nyomai megtalálhatók. Így válhat a "orvosi" megközelítés "társadalmi" megközelítéssé.

A projektgyűléseken megvitatott kulcstényezők a *célcsoportok*, a *csoportmunka*, a *szakértők képzése* és a *munkaeszközök* voltak:

- A szakértők számára az egyik legfontosabb kérdés a társadalmon belüli változásoknak a korai fejlesztés célcsoportjára gyakorolt hatása, valamint a pszichológiai és szocio-emocionális problémákkal küzdő gyermekek növekvő száma volt.

- A szakértők feladata a gyermekek és családjaik támogatása. Mivel a tudomány különböző területeiről érkeztek, célszerű, hogy munkájukat együtt, interdiszciplináris keretek között végezzék. A hatékony csoportmunka megkívánja, hogy a szakértők a kezdeti képzésen túl egy közös képzésen is részt vegyenek, ami további speciális képzés, vagy a szolgálaton belüli képzés részeként valósítható meg. Ez biztosítaná a szakértők kompetenciáját olyan területeken, mint a gyermekek fejlődése, munkamódszerek, együttműködés, csoportmunka, esetek kezelése, személyes képességek fejlesztése és a családdal folytatott munka. A szakértőknek tudniuk kell, hogyan vonhatják be a szülőket és a többi családtagot a munkába, miközben tiszteletben tartják az igényeiket, melyek gyakran eltérhetnek a szakértői véleményétől.



- A szakértők különböző eszközök használatával törekednek egy olyan minőségi folyamat létrehozására, mely törésmentes, a probléma felismerésekor azonnal működésbe lép, és a családok teljes bevonásával és részvételével valósul meg a gyakorlatban. Azokban az esetekben, ahol fejlesztésre van szükség, a család és a szakértői csoport közös munkával készítene egy Egyéni Tervet – az országtól függően ezt Családi tervnek vagy Egyéni Családszolgálati Tervnek is nevezik. A terv a család szükségleteit, erősségeit, a prioritásokat, célokat valamint az elvégzendő és kiértékelendő feladatokat tartalmazza. A dokumentum megkönnyíti az információ áramlását és a folyamatos támogatást, ha a gyermeknek másféle ellátásra van szüksége, vagy ha a család új helyre költözik.

Ezek alapján dolgozhatók ki azok az ajánlások, melyeknek célja a korai fejlesztésben már meglévő szolgáltatások és ellátások összehangolása és fejlesztése. Az ajánlások a dokumentum utolsó fejezetében olvashatók.



BEVEZETÉS

A jelentés célja, hogy összefoglalja az Európai Ügynökség által 2003-2004-ben készített, számos európai ország korai fejlesztésének kulcstényezőit elemző projekt megállapításait. Főleg a területen dolgozó szakértőknek készült a jelentésben olvasható ajánlások listája, amely a gyakorlatban hasznosítható ötleteket ad munkájuk fejlesztéséhez, illetve annak átgondolásához.

A szakértők tudása és a projektben közvetve vagy közvetlenül részt vevő családok hozzáértése nélkül az elemzés nem jöhetett volna létre. Sok fontos anyagot, ötletet, megjegyzést kaptunk az országukban végzett korai fejlesztés helyzetéről, gondolataikkal, kritikájukkal a projekt valamennyi szakaszában nagy segítséget nyújtottak.

A dokumentum **abból a megfontolásból született**, hogy ezt a rendkívül fontos területet további vizsgálódások tárgyává tegye, és folytassa az Ügynökség 1998-ban befejezett munkáját. Összhangban áll továbbá olyan nemzetközi szervezetek alapelveivel is, mint az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) és az UNESCO; mindkettő világosan kifejtette álláspontját a gyermekek és családjaik jogaiért vívott harcban:

Az anyaság és a gyermekkor különleges segítséghez és támogatáshoz adnak jogot (ENSZ 1948, 25 cikkely 2. §).

A gyermeknek joga van ahhoz, hogy egészségben növekedjen és fejlődjön; ezért különleges figyelmet és védelmet kell biztosítani mind számára, mind az anya számára, amibe beletartozik a szülés előtti és utáni gondozás is (ENSZ 1959, 4 alapelv).

Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékos gyermeknek a különleges gondozásához 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 cikkely 2. §).

Az Egyezményben részes államok a sérülés korai felismerését, illetve annak mérését és kezelését célzó programokat biztosítanak, melyeket különböző tudományterületekről érkező szakemberek csoportjai vezetnek. Ezáltal megakadályozhatók, csökkenthetők vagy kiküszöbölhetők a fogyatékossgot okozó tényezők (ENSZ 1993, 2 Szabály 1. §).

A hat éves kor alatti gyermekek számára olyan gondozó- és nevelőprogramokra van szükség, melyek elősegítik a testi, az értelmi és a szociális fejlődést valamint az iskolára való felkészítést. Ezek a programok jelentős gazdasági értéket jelentenek az egyén, a család és a társadalom számára, amennyiben megakadályozzák a fogyatékossgot okozó körülmények súlyosbodását (UNESCO, 1994, 53. §).

Az elemzés során használt **módszertan** megfelel a korai fejlesztés alapelveinek: tudományok közötti környezetben folyó interaktív munka, mely tiszteletben tartja a résztvevők háttérének változatosságát.

A munka az egyes országok információinak összegyűjtése után és az országok helyzetének elemzése alapján készült.

Az Ügynökség képviselői 19 országból jelölték ki azokat a szaktekintélyeket, akik a korai fejlesztés oktatáspolitikai, gyakorlati és kutatási területeit képviselték. Valamennyi szakmai területet is képviselték, az oktatást, a szociális szolgáltatást, és az egészségügyet; a legnagyobb képviselőket az oktatási szolgáltatók kapták. Az egyik munkagyűlés valamint a végső, a jóváhagyási szakasz a családok közvetlen bevonásával zajlott (lásd 10. o).

A projekt során mindösszesen öt találkozót rendeztek: négy munkagyűlést és egy zárószemináriumot. A találkozókra az volt a cél, hogy a résztvevők együtt gondolkodva konkrét javaslatokkal álljanak elő az első találkozó alkalmával vázolt problémák megoldására. Ezek a következők:



- milyen szerepet kell betölteniük a szolgáltatóknak és a szakértőknek a korai fejlesztéssel kapcsolatos ellátás keretein belül;
- a csoportok összeállítása és a szakértők képzése;
- a korai fejlesztés célcsoportjával összefüggő változások;
- mik a legmegfelelőbb eszközök a gyermekekkel és családjaikkal folytatott munka során.

Az előadások és látogatások helyszínei közül háromra azért esett a választás, mert jó példát szolgáltattak a korai fejlesztés ökológiai-rendszerű modelljének alkalmazására, ami a szakterület egyik elismert elméleti és gyakorlati megközelítése (a modell részletes leírása a későbbi fejezetekben található). Továbbá ez a három helyszín közvetlen bepillantást engedett a helyi egyetemek által vezetett, jelenleg is folyó kutatási munkába. Ezáltal lehetővé vált a projekt szakértői számára, hogy a résztvevő országok helyzetének ismeretében vitassanak meg és azonosítsanak a projekthez kapcsolódó jellegzetességeket, erősségeket és a gyakorlatban fejlesztendő részterületeket.

A teljes elemzést megelőző négy munkaszakasz jelentős segítséget nyújtott az összefoglaló jelentés elkészítéséhez.

Információgyűjtés: ebben a szakaszban az első találkozón elfogadott modell szerint strukturált információt gyűjtöttek össze az egyes országokban, így lehetővé vált a résztvevő országok már meglévő ellátási és szolgáltatói rendszereinek összehasonlítása. A szakértőket arra kérték, hogy

- jellemezzék az országukban a korai fejlesztéssel kapcsolatos ellátást és/vagy szolgáltatást, és
- mutassanak be egy általános modellt – az úgynevezett *életutat* – melyet a korai fejlesztésre szoruló gyermek és családja követ a gyermek életének első öt vagy hat évében. Ebben fel kellett tüntetniük a gyermek korától függő ellátás biztosította támogatás nevét és típusát, az ellátásért felelős szervezeteket és saját kommentárjaikat.

Párbeszéd: ebben a szakaszban a korai fejlesztés releváns problémái képezték párbeszéd és vita tárgyát, három gyakorlati



példa alapján: München (Németország), Coimbra (Portugália) és Västerås (Svédország). A három helyszín lehetővé tette a korai fejlesztés különböző gyakorlati alkalmazásainak vizsgálatát és bepillantást engedett az egyes országok ellátási és szolgáltatói rendszerei közötti hasonlóságokba és különbségekbe. A szakértők és a szülők együttes részvétele kétségen kívül gazdagította és elmélyítette a párbeszédet.

Tárgyalási szakasz: a résztvevők megvitatták a korai fejlesztés általános helyzetét és tisztázták a találkozók során összegyűlt anyagot. Részletesen megvitatták az előző három találkozó eredményeit tartalmazó tervezet vázlatát. Ez a szakasz, mely során szakértők és az Ügynökség nemzeti képviselői alaposan megvitatták jelen dokumentum valamennyi aspektusát, nagyban hozzájárult a végső összefoglaló jelentés elkészítéséhez.

Jóváhagyási szakasz: a szakértői csoport és a külső felek által prezentált eredmények nyílt megvitatása és azok jóváhagyása alkotta a zárószeminárium programját, ahová szülőket, szakértőket, politikai döntéshozókat és a korai fejlesztés területén dolgozó kutatókat is meghívtak.

A **korai fejlesztés** kifejezést szándékosan használjuk a dokumentumban, hogy elkerüljük a félreértéseket, és a fogalmi zavarokat. A fejlesztés tágabb értelemben arra a segítségre utal, amelyet a gyermeknek és családjának a nevelés lehető legkorábbi időpontjában meg kell kapnia.

Világossá kell azonban tennünk, hogy a korai fejlesztés a hat évesnél nem idősebb, sajátos nevelési igénnyel rendelkező gyermekekre koncentrál.

Az összefoglaló jelentés a következőképpen épül fel: az **első fejezet** a korai fejlesztés elméleti kereteit vázolja. A téma legfontosabb publikációinak áttekintésével a fejezet definiálja a terület kulcsfogalmait és ismerteti alapvető céljait.

A **második fejezet** a projekt során végzett elemzés eredményeit tartalmazza. Az elemzés a résztvevő országok



korai fejlesztéssel kapcsolatos ellátási és szolgáltatói szervezeteinek gyakorlati tevékenységével foglalkozik. Itt található a három gyakorlati példa megvitatásának kivonata is. A viták eredményeképpen kiemelt figyelmet kapnak a korai fejlesztés területének kulcstényezői, melyek sok munkát és kihívást jelentenek a családoknak és a szakértőknek egyaránt.

A **Harmadik fejezetben** elsősorban a szakértőknek címzett ajánlások olvashatók.

Ez a dokumentum a szakértői vitáknak, a projekt szerves részét képező információ- és tapasztalatcserének csak rövid összefoglalását nyújthatja. A résztvevő országokban folyó korai fejlesztésről, a kapcsolatfelvétel lehetőségeiről és a mérvadó szakirodalomról további információ az Ügynökség honlapján található a korai fejlesztés címszó alatt: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



1. KORAI FEJLESZTÉS: ELMÉLETI KERETEK

A korai fejlesztés az elemzések egyik legfontosabb témája Európában. A Helios II Közösségi Cselekvési terven (1993-1996) belül mind az oktatásügy, mind a rehabilitáció kiemelt figyelmet szentelt ennek a területnek. Az Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért a két szektor eredményei alapján publikálta a korai fejlesztés országonkénti állapotát elemző dokumentumot (1998). Ezek a dokumentumok valamint a Eurlaid - European Association on Early Intervention (Korai Fejlesztés Európai Egyesülete) – Nyilatkozat (1991) és egyéb fontos kiadványok kiváló áttekintést nyújtanak a terület elméleti, politikai és gyakorlati alakulásáról.

Az utóbbi 20-30 évben a korai fejlesztés fogalmát, alapelveit és módszereit tárgyaló európai és nemzetközi dokumentumokban **jelentős elméleti előrelépés** követhető nyomon. Ez az elméleti majd gyakorlati előrelépés annak köszönhető, hogy a szerzők különböző elméleti szempontok alapján foglalkoztak a témával. Ez kettős jelentőséggel bír:

1. A korai fejlesztésnek olyan új felfogása alakult ki, mely közvetlenül kapcsolódik az egészségügy, az oktatáspolitikai és a társadalomtudományok, elsősorban a pszichológia eredményeihez. Ezt megelőzően ezek a szektorok különböző és gyakran nem összefüggő hatást gyakoroltak a korai fejlesztés területén;

2. Az elsősorban a gyermekekre koncentrált fejlesztést egy átfogóbb megközelítés váltotta fel, melyben a gyermekek kívül a család és a tágabb közösség is figyelmet nyert. (Peterander és mások, 1999; Blackman, 2003).

Az egészségügy és a humán tudományok fejlődése valamint az általános társadalmi változások közvetlenül befolyásolták a korai fejlesztés jelenlegi elméletét és gyakorlatát.

Az agyi fejlődésről szóló részletesebb ismeretek megvilágították a korai tapasztalatok fontos szerepét az idegpályák kialakulásában és fejlődésében (Kotulak, 1996). Hasonló eredményekre jutott Park & Peterson (2003): az agyi fejlődéssel



foglalkozó újabb kutatások bizonyítják, hogy a korai gyermekkorban szerzett pozitív és gazdag tapasztalatok hatnak az agyi fejlődésre, segítik a gyermeket a nyelvelsajátításban, a problémamegoldó készség kifejlesztésében, egészséges kapcsolatok kialakításában a kortársakkal és a felnőttekkel, valamint az egész élet során fontos képességek megszerzésében. A születéstől – sőt, a fogantatástól – számított első néhány évben a gyermek egyetlen későbbi életszakasszal sem összehasonlítható mértékben fejlődik (Shonkoff, 2000). A szerző arra is rámutat, hogy a fejlődést bizonyos szociális és érzelmi “sérülések” erősen gátolhatják.

Számos kutatás és szakmai vita foglalkozott a korai fejlődésnek a későbbi fejlődésre gyakorolt közvetlen és visszafordíthatatlan hatásával, bár egyik sem bizonyított egyértelmű és merev ok-okozati hatást. Mindazonáltal általánosan elfogadott nézet, hogy az első hónapok és évek tapasztalatai hatással vannak a gyermek későbbi fejlődésére:

Nem azért fontosak az első évek, mert minden korai károsodás visszafordíthatatlan, mert a kihagyott lehetőségek később nem pótolhatók, vagy mert az első évek kitörölhetetlen emléke befolyásolja a felnőttkort: a korai károsodás gyakran javítható, bizonyos kihagyott lehetőségeket később is pótolhatunk, és felnőtt viselkedésünk sem feltétlenül a korai tapasztalatok eredménye. Ezek az évek sokkal inkább azért fontosak, mert számottevően ronthatják a gyermek kilátásait az életben. A kihagyott lehetőségek pótlása gyakran csak későbbi komoly fejlesztés árán érhető el. Arról van szó, hogy a korai élmények erős vagy törékeny alapot biztosítanak-e a későbbi fejlődésnek (Shonkoff & Phillips, 2000, 384.).

A Természet versus Nevelés dichotómiájától kezdve (mely a gyermek fejlődését nyitott folyamatként gondolta el, afféle *tabula rasa*-ként, ahol minden a felnőttek pozitív vagy negatív befolyásának függvénye) a determinisztikusabb szemléletekig számos pszichológiai és pedagógiai elmélet járult hozzá a korai fejlesztés szélesebb horizontú értelmezéséhez.

A gyermek fejlődésével és tanulási folyamataival foglalkozó elméletek, például Gesell fejlődésközpontú modellje (1943),



Skinner operáns kondicionálása (1968) vagy Piaget fejlődéstani szakaszelmélete (1969) komoly hatást gyakoroltak a korai fejlesztés területére is. A fent említett elméletek közös pontja, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekek esetén a gyermeket és a fejlődést gátló tényezőt a környezettől függetlenül vizsgálják.

Más kutatók az elméleteket továbbgondolva a következő tényezőkre fektettek különös hangsúlyt:

- a) a család és a gondozók szerepe a gyermek fejlődésében – ez az attachment-elmélet (Bowlby, 1980; Ainsworth és mások, 1978);
- b) a szociális interakciók hatása – Bandura szociális tanulás elmélete (1977), a szociális fejlődés elmélete (Vigotszkij, 1978), a tranzakcionális kommunikációs modell (Sameroff és Chandler, 1975; Sameroff és Fiese, 2000);
- c) a környezet és a másokkal folytatott interakciók hatása a fejlődésre – humán ökológia (Bronfenbrenner, 1979).

A legújabb, ökológiai-rendszerű szemlélet több ponton érintkezik a fent ismertetett elméletekkel. Porter (2002) meghatározása szerint ez a megközelítés a következőképpen tekint a gyermek fejlődésére:

Holisztikusan: a fejlődés valamennyi területe - kognitív, nyelvi, testi, szociális és érzelmi – kölcsönösen összefügg;

Dinamikusan: ez a “megfelelés” alapelve, mely kimondja, hogy *a környezetnek, hogy továbbra is segítse az egyént, az egyén változó szükségleteinek megfelelően meg kell változnia* (Horowitz, 1987, idézi Porter, 2002, 9.);

Tranzakcionálisan: Sameroff és Chandler modellje (1975) szerint a kétirányú, kölcsönös interakció a gyermek és környezete között elősegíti a fejlődést. Ebben a kontextusban a fejlődés annak a dinamikus viszonynak az eredménye mely a gyermek viselkedése, a gondozónak a viselkedésre adott válaszai és különféle környezetfüggő változók között bontakozik ki. Ezek a változók mind a gyermekre, mind a gondozóra hatással lehetnek;

Az egyediség szempontjából: a tudás vagy a fejlődés mindig egyedi, hiszen az egyén alkotja saját, csak rá jellemző nézőpontjait.



Az ökológiai-rendszerű megközelítésben lehetőség nyílik mindannak elemzésére, megértésére és rögzítésére, ami a családdal élő gyermekkel és tágabb környezetével történik (Horwath, 2000). A módszer hatással van a kisgyermekeknek szánt tanterv-modellekre is:

A nevelésben nem azon lesz hangsúly, hogy megmondjuk a gyermekeknek, mit kell tudniuk, hanem azon, hogy figyeljünk és reagáljunk életük gazdag tapasztalatvilágára (Porter, 2002, 9.).

Jelenleg az ökológiai-rendszerű megközelítést annyira széles körben alkalmazzák, hogy tekinthetjük a korai fejlesztés általánosan hivatkozott modelljének. Ez annak az eredménye, hogy a fejlesztésnek mint komplex folyamatnak a célja megváltozott: immáron nem csak a gyermek van a középpontban, hanem az ő közvetlen környezete is.

Az ökológiai-rendszerű modell hatása az Egyesült Államok Head Start programjában is nyilvánvaló. A program célcsoportját azok az alacsony jövedelmű családok alkotják, ahol ötévesnél fiatalabb gyermek él. A program korán elkezd a hátrányos helyzetű gyermekek felkészítését az iskolára, hogy ott sikerrel vehessék az akadályokat. A programba, melyet az Amerikai Egészségügyi és Humánszolgálati Minisztérium finanszíroz, bevonták a többségi oktatást és a gyógypedagógiát, az egészségügyi és a szociális szervezeteket valamint a szülőket.

A **korai fejlesztés** itt következő **definíciói** az ökológiai-rendszerű megközelítésben alkalmazott különböző szempontokba kívánnak bepillantást nyújtani.

Guralnick (2001) a korai fejlesztést olyan rendszerként írja le, mely az interakció családi mintái közül azokat támogatja, melyek leginkább elősegítik a gyermek fejlődését. Guralnick a gyermek-szülő tranzakciókra és gyermek családdal kapcsolódó élményeire helyezi a hangsúlyt, valamint a szülőknek nyújtott segítségre, hogy maximálisan biztosíthassák gyermekük egészségét és biztonságát.



Shonkoff és Meisels (2000) számára a korai fejlesztés a gyermekek számára öt éves korig nyújtott multidiszciplináris szolgáltatásokat jelenti. A fő célok: a gyermek egészségének és jólétének biztosítása; a kialakuló kompetenciák erősítése; a fejlődésben jelentkező késések minimalizálása; már meglévő vagy kialakuló fogyatékoságok kezelése; a funkciók hanyatlásának megakadályozása; a szülők alkalmazkodásának és a család működésének elősegítése.

Blackman (2003) úgy véli *“a [korai] fejlesztés célja, hogy a biológiai vagy környezeti kockázati tényezőknek kitett gyermekek esetében megakadályozzuk, vagy a minimálisra csökkentjük a testi, kognitív, érzelmi fejlődést és a gyermek erőforrásait gátló hatásokat”* (2.). A szerző kiemeli, hogy a családok szerepe lehet a siker kulcsa a fejlesztésben.

Dunst (1985) meghatározásában a korai fejlesztés *“hivatalos és nem hivatalos szociális szervezetek tagjai által a kisgyermekes családoknak nyújtott támogatás és egyéb erőforrások, melyek közvetve és közvetlenül hatnak a szülőre, a gyermekre és a családra”* (179.).

Trivette, Dunst és Deal (1997) a korai fejlesztésben a forrásalapú megközelítést szorgalmazzák:

A kortárs [korai] fejlesztés gyakorlatai nagyrészt szolgáltatásalapú formákban próbálnak megfelelni a gyermek és a család igényeinek. Ez azt jelenti, hogy a [korai] fejlesztés programja éppen a program vagy egyéb támogatás (ez magyarázza az ügynökségek közötti koordinációt) által nyújtott szolgáltatások horizontjából fogalmazza meg a gyermekkel és családjával kiépülő kapcsolatot. Ez a megfogalmazás azonban korlátozó és korlátozott, mivel a csak formális szakmai szolgáltatás értékét ismeri el. Ezzel szemben a forrásalapú megközelítés megengedő, mivel a gyermek és a család igényeink megfelelően igyekszik minél több közösségi támogatást mozgósítani (73.).

Az Ügynökség elemzése során a szakértők a korai fejlesztés következő munkadefinícióját javasolták:



A korai fejlesztés a fiatal gyermekek és családjaik számára biztosított, a gyermek bizonyos életszakaszában kérhető szolgáltatások/ellátások összessége, mely bármilyen cselekvést magában foglal, ami

- a gyermek személyes fejlődésének biztosításához,
- a családi kompetenciák erősítéséhez és
- a család és a gyermek társadalmi inklúziójának elősegítéséhez

szükséges.

A szolgáltatásokat lehetőség szerint helyi szinten, a gyermek természetes környezetén belül, családközpontú multidimenzionális csoportmunka keretében kell biztosítani.

A különböző meghatározásokban a fejlesztési munka részeként felbukkan egy fontos elem, a **prevenció**. Simeonsson (1994) prevenciós eljárás szükségessége esetén a prevenció és a fejlesztés három szintjét sorolja fel:

Az *elsődleges prevenció* célja egy, már azonosított feltétel vagy probléma előfordulásának csökkentése a népességen belül, például a veszélyeztetett gyermekek kiszűrésével. Az elsődleges prevenció meggátolja a fogyatékosághoz vezető rendellenesség vagy körülmény kialakulását. (WHO, 1980). Mrazek és Haggerty (1994) szerint az elsődleges prevenció "olyan fejlesztés, mely a rendellenesség kialakulása előtt történik" (23.). Az intézkedés lehet: a) *univerzális*, mint a minden gyermeknek és családnak nyújtott egészségügyi szolgáltatások, például az immunizáló oltások; b) *szelektív*, mely csak a népesség bizonyos részét, például a különösen veszélyeztetett csoportokat érinti; c) *javasolt*, például az azonosított kockázattal élők esetében.

A *másodlagos prevenció* a probléma kialakulása után, de teljes kifejlődése előtt történik, célja a már létező esetek számának csökkentése.

A *harmadlagos prevenció* a már azonosított problémával vagy körülménnyel összefüggő komplikációk csökkentése, és a már kialakult rendellenesség vagy fogyatékoság hatásának csökkentése, illetve korlátozása.

A WHO működőképességről és fogyatékoságról szóló bio-pszicho-szociális modellje alapján a prevenció három szintje



szélesebb kontextusban is értelmezhető (WHO, ICF, 2001.). Eszerint a korai fejlesztésben végzett prevenció során nemcsak az egyén egészségi állapotát, hanem szociális környezetét is figyelembe kell venni:

... az egyén működőképessége egy bizonyos területen az egészségügyi feltételek és kontextuális tényezők (környezeti vagy személyes tényezők) kölcsönhatása vagy komplex viszonya. A kölcsönhatás dinamikus: az egyik területen végzett fejlesztés potenciálisan módosíthat egy vagy több egyéb területet (19. o.).

A korai fejlesztés elméleti alapjainak számbavételekor két jellemző vonást találhatunk, melyek a korai fejlesztést megkülönböztetik a gyermek nevelésének többi szakaszában végzett munkától. A gyermek *kora* valamint a feladat *komplex és összetett jellege*.

A két tényező egyesítése megkívánja:

- az érintett szakmai területek közös erőfeszítését;
- a szereplők interakcióját;
- az érintett szolgáltatói szervezetek együttműködését;
- a szülők (és a többi családtag) közvetlen bevonását és részvételét.

Csak a prevenció és a fejlesztési munka hatékony egyesítése biztosíthatja a korai fejlesztés eredményességét.

Ez a megállapítás egyértelműen a korai fejlesztés **hatására** hívja fel a figyelmet. Egyes szerzők szerint a korai fejlesztés igen hatékony eszköz a további társadalmi és/vagy oktatásügyi kirekesztés ellen (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) kijelenti, hogy a 70-es években végzett kutatás *“demonstrálta a [korai] fejlesztési programok hatékonyságát és megvalósíthatóságát mind a születéskor veszélyeztetett, mind a már fogyatékossgal születő gyermekek esetében”* (xv. o.). A szerző szerint a további kutatásoknak azt kell meghatározniuk, hogy *“az egyén, a körülmények és az elérendő cél figyelembevételével milyen fejlesztés a legeredményesebb”* (Guralnick, 1997, xvi. o.).



A projekt találkozói során tartott vitákon kiderült, hogy a korai fejlesztés hatásának – hatékonyságának – méréséhez a fejlesztésben résztvevő valamennyi szereplőt tekintetbe kell venni:

- *a gyermek* fejlődését és önpercepcióját minden lehetséges alkalommal
- *a család* elégedettségét
- *a szakértők* elégedettségét és kompetenciáját
- *a közösség* elégedettségét, szerzett előnyeit, befektetésének költséghatékonyságát, stb.

A fentiek értékelése szükséges a siker minőségi mutatóinak azonosításához. A külső értékelések gyakran túlszabályozottak, sok időt igényelnek, igen drágák és túl sok figyelmet fordítanak a mennyiségi mutatókra.

Erre az elméleti alapra épültek a viták és a reflexiók a projekt elemzési szakaszában. A következő fejezet témái a korai fejlesztéssel kapcsolatos szolgáltatások és ellátás országokénti szerveződése, a helyi jellegzetességekkel összefüggő megfontolások, valamint azok a nyilvánvaló kihívások lesznek, melyekkel az egyes országoknak szembe kell nézniük.



2. KORAI FEJLESZTÉS: A PROJEKT ELEMZÉSE

2.1 A különböző országokban biztosított szolgáltatások

Ez a rész a különböző országok által nyújtott szolgáltatások szerveződését, fő vonásait, jellemző különbségeit és gyakori kihívásait tekinti át.

Az elemzésben résztvevő európai országokban a korai fejlesztés **szerveződése** nem homogén, de valamennyi ország biztosít szolgáltatást/ellátást és támogatást kisgyermeknek (születésüktől fogva) és családjaiknak. Bizonyos skandináv országokban a születéstől számított első évben minden gyermeket rendszeresen védőnő látogat, aki támogatja a szülőket is, és tanácsokat ad nekik, hogyan oldják meg az új feladatokat. Ha korai problémák adódnak, az egyéves periódus két és fél évre is kiterjeszthető. Más országokban is elérhető ez a szolgáltatás, rendszerint azonban csak másodlagos szinten, azaz, miután már az újszülöttet veszélyeztetettnek nyilvánítják.

A korai felismerést követően számos különféle szolgáltatás vehető igénybe. Bizonyos esetekben speciális kórházi csapat is végezheti a korai fejlesztést, leggyakrabban azonban ezen a ponton a szociális és az oktatási szervezetek kapcsolódnak be a munkába.

Lehetetlen feladat lenne úgy összefoglalni a különböző országok ellátási és szolgáltatási rendszereinek felépítését, hogy valami fontos információ ki ne maradjon. Az országok helyzete iránt érdeklődők az Ügynökség honlapján, a korai fejlesztéssel foglalkozó oldalakon találnak további információt:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

A szolgáltatások sokfélesége ellenére vannak olyan fontos **közös vonások**, melyek figyelmet érdemelnek:

Elérhetőség: minden korai fejlesztés közös célja, hogy a támogatásra szoruló gyermekeket és családokat a lehető leghamarabb elérje. Ez azokban az országokban a



legfontosabb, ahol szórványos a lakosság vagy sok az elzárt, nehezen megközelíthető terület. Minden országban fontos, hogy az erőforrások elérhetőségének tekintetében ne legyenek különbségek a város és a vidék között, valamint hogy a támogatásra szoruló gyermekek és családjaik mindenhol ugyanolyan minőségű szolgáltatásokat vehessenek igénybe.

*Közelség*¹: ez a szempont a szolgáltatások és az ellátás lehető legnagyobb mértékű decentralizációját biztosítja a rászorulóknak kényelme érdekében, így a támogatás mind helyi, mind közösségi szinten közel kerül a családokhoz. Az utóbbi 10-20 évben számos fejlesztés történt azért, hogy a családoknak ne kelljen sokat utazniuk a támogatásért, és a szervezetek is saját otthonukban vagy közösségükben kereshessék fel a családokat. Másfelől a közelség a családcentrikus szolgáltatást jelenti. A család igényeinek megértése és tiszteletben tartása minden tevékenység alapja.

Költségfedezet: a szolgáltatások valamennyi országban ingyenesek vagy csak minimális terhet rónak a családokra². A szolgáltatások finanszírozása történhet államilag az egészségügyi-, szociális- és oktatásügyi hatóságokon keresztül vagy megoldható biztosítótársaságok és non-profit szervezetek társulásával is. A lehetőségek nem zárják ki egymást, és természetesen egyéb opciók is felmerülnek. Néhány országban államilag egyáltalán nem támogatott, kizárólag a családok által fenntartott magánszervezetek is biztosítanak szolgáltatást.

Interdiszciplináris munka: a gyermekek és családjaik közvetlen támogatásával megbízott szakértők különféle tudományok és hivatások képviselői, változatos, sokféle háttérrel rendelkeznek. Az interdiszciplináris munka gyorsítja az információ áramlását a csoporttagok között.

A szolgáltatások változatossága szoros összefüggésben áll a korai fejlesztéshez kapcsolódó tudományterületek

¹ A közelség szó jelentése kettős: közel egy helyhez, illetve közel valakihez.

² Ez az állami és az államilag finanszírozott magánszervezetekre is vonatkozik.



változatosságával. Az egészségügy, a szociális szervezetek és az oktatásügy bevonásában egyetértenek az egyes országok, de itt találhatóak a leglényegesebb különbségek is. A szolgáltatások szerepéről a prevenció szintjeinek előző fejezetben ismertetett osztályozása adja a legátfogóbb áttekintést (pl. lásd: Mrazek & Haggerty, 1994; Simeonsson, 1994). Az elsődleges prevenció a problémák és rendellenességek általános csökkentésére irányuló intézkedéseket foglalja magában. A másodlagos prevenció célja felismert problémák előfordulásainak csökkentése. A harmadlagos prevenció a felismert problémákból vagy rendellenességekből adódó komplikációk leküzdésére irányul. Az elsődleges prevenciót általában valamennyi országban az egészségügyi, szociális és oktatásügyi szervezetek végzik. Bizonyos esetekben a gyakorlati megvalósítás a várandós nők rendszeres egészségügyi és szociális vizsgálatát, vagy a gyermekek fejlődési vizsgálatát jelenti a kórházakban vagy a helyi egészségügyi, illetve oktatási központokban. Ezek a szolgáltatások együttesen biztosítják az első általános szűrést, melyet a biológiai vagy szociális kockázati tényezőkkel élők igényeinek felmérése követ. A folyamatba ezután további szervezeteket és egészségügyi szakértőket vonnak be.

A **különbségek** és a **kihívások** a korai fejlesztési szolgáltatások ellátásával kapcsolatosak. A legfontosabb különbségeket és kihívásokat az alábbiakban négy kérdés köré csoportosítva foglaljuk össze:

1. Mikor történik a korai fejlesztés?

Ez a kérdés közvetlenül kapcsolódik a korai felismerés, a mérés és a továbbítás kérdéséhez. Ahogyan korábban említettük, a projektben résztvevő valamennyi országban elsősorban az egészségügy felelős az elsődleges prevenciót alkotó három lépésért, a szociális és az oktatásügyi szervezetek bevonásával. Valamennyi ország fontosnak tartja a lehető leggyorsabb cselekvést és a szolgáltatások folyamatosságának biztosítását. A nehézségek akkor jelentkeznek, ha a korai felismerés, illetve a mérési és a továbbítási szakaszok között a folyamat megtörik. Ennek számos oka lehet: szociális vagy pszichológiai problémák késői



felismerése; a probléma felismerésének nehézsége az egészségügyi vizsgálat során; vagy az elérhető szolgáltatások és/vagy csoportok közötti koordináció hiánya. Még jelentős fejlődés elérésekor is tendencia lehet a kivárási politikája a kevésbé szembetűnő problémák esetén. Ezek főleg szociális és pszichológiai problémák, melyek később súlyos következményekkel járhatnak.

2. Meddig tart a korai fejlesztés?

Észak-Amerikában a korai fejlesztés a születés utáni első három évben történik, Európában, ezzel szemben változó lehet a fejlesztés időtartama. Elvileg addig jár a támogatás a gyermeknek és családjának, míg a gyermek el nem kezdi iskolai tanulmányait, amikor az oktatást támogató szolgáltatások veszik át a felelősséget. Bizonyos országokban ez a kötelező oktatás kezdetét jelenti. Mindazonáltal nincsen egyértelmű stratégia az átmeneti szakaszt illetően, és a korai fejlesztést végző csoportok szakértői gyakran érzik úgy, hogy rendes munkájuknál többet kell elvégezniük, hogy kompenzálják a koordináció és az elérhető források hiányát.

3. Ki a felelős?

Az ellátásnak számos különböző típusa és helyszíne létezik az európai országokban. A változatosság a marketing szempontjából előnyös: minél több lehetőség közül választhatnak a családok, annál jobb döntéseket hozhatnak a gyermekük érdekében. A valóságban azonban nem mindig ez a helyzet: a családok gyakran nehezen találják meg a legjobb utat a gyermek számára; nem mindig jutnak többszempontú információhoz. Ebből is kitűnik, hogy az ellátás során a szolgáltatások konkrét igények és kérések kielégítését célozzák, nem pedig egy előre tervezett politika eredményei.

A projektben részt vevő országok közül valamennyi rendelkezik különféle korai fejlesztési központokkal. Kivételt a skandináv országok képeznek, ahol a korai fejlesztést az egészségügyi, szociális és oktatásügyi szervezetek végzik el, helyi szinten. Közös irányzat a különböző országokban, hogy bárhol, ahol szolgáltatás vagy ellátás található, a szakértők feladatainak és a munka tervezésének a családok igényeihez és kívánságaihoz



kell igazodnia. A szakértők, amennyiben szükséges és ameddig a család beleegyezik 'a családdal és a családban' dolgoznak. Ha szükséges, természetesen egyéb oktatási intézményekben is végeznek munkát (napközik, óvodák, stb.) és gyógypedagógiai, korai fejlesztési és egyéb központokban is segítenek.

4. Mit kell tenni?

Erre a kérdésre a következő fejezet ad részletes választ. Azt azonban már itt le kell szögezni, hogy a gyermekek fejlesztésének tekintetében az egészségügyi és a szociális megközelítés között az európai országokban még mindig bizonyos kettősség tapasztalható.

2.2 Kulcstényezők

A projekt időtartama alatt szervezett találkozókön lehetőség nyílt a korai fejlesztés számos aspektusának megvitatására:

Célcsoportok: a korai fejlesztési csoportok és szervezetek arról számolnak be, hogy az utóbbi években jelentős változást tapasztalnak a hozzájuk kerülő gyermekek életkorában és tulajdonságaiban, valamint a korai fejlesztés feltételeiben.

Csoportmunka: a korai fejlesztést végző szakértők, szerepük és felelősségük, valamint egyéb oktatási szervezetek részvétele;

Szakértők képzése: a korai fejlesztés szakértőinek kezdeti és további képzése.

Munkaeszközök: egyéni családgondozási terv vagy egyenértékű dokumentum kidolgozása és folyamatos nyomonkövetés.

Megjegyzendő, hogy a szülők bevonása nem képez önálló területet, hiszen a szülők aktív közreműködése a korai fejlesztésnek minden szempontból alapvető feltétele. A szülőknek együtt kell működniük a szakértőkkel, hogy amikor szükséges, erősíthessék saját kompetenciájukat és önállóságukat, és a szakértőkkel együtt megfelelhessenek a gyermek igényeinek. Bár a szülőkön van a fő hangsúly, a többi családtag fontos szerepéről és az általuk nyújtott támogatásról



sem szabad megfeledkezni. Mindezeket szem előtt tartva a projekt során tartott találkozók eredményei a következők.

2.2.1 Célcsoportok

A megbeszélések egyik témája a korai fejlesztési csoportokhoz és szervezetekhez utalt személyek voltak: a biológiai és/vagy szociális kockázati tényezőkkel élő gyermekek és családjaik. A szakértők a következő pontokat emelték ki.

Egyre több gyermek mutat pszichológiai és szocio-emocionális problémákat. Nincsen bizonyíték arra, hogy vajon ezek a problémák valóban nagyobb mértékben vannak jelen a társadalomban vagy a szülői tudatosság mértéke változott. A szülők aggodóbbak, jobban informáltak és érzékenyebbek lehetnek gyermekük fejlődésével kapcsolatban; ebből következik, hogy nagyobb mértékben fordulnak segítségért és támogatásért az illetékes szervezetekhez.

A korai fejlesztés kontextusában *egyre nagyobb figyelmet kapnak a társadalomnak a szó legtágabb értelmében „veszélyeztetett” tagjai.* A projektben részt vevő legtöbb országban a gyermek akkor kaphat korai fejlesztést, ha felmért problémája van. A 'veszélyeztetettség' pusztá ténye önmagában nem garantálja a korai fejlesztést. A társadalom 'veszélyeztetett' tagjait célzó prevenció egyéb szervezetek felelőssége. Ezeknek kell biztosítani a gyermek rendszeres vizsgálatát vagy a nyomon követést, elsősorban a biológiai kockázati tényezők fennállása esetén, illetve az aktív családgondozást, elsősorban a szociális kockázati tényezők esetén. Sok esetben a szülőknek nyújtott hatékony tanácsadás szükségtelessé teszi a további fejlesztést. A kockázati tényezők önmagukban nem teszik szükségessé a korai fejlesztést, amennyiben egyéb védőintézkedések történnek a gyermek és családja érdekében. Hangsúlyozni kell a prevenciót végző szervezetek komplex és bonyolult szerepét: az ő feladatuk, hogy megakadályozzák a további nehézségek kialakulását (ami nem könnyű feladat), és hogy tudatában legyenek a kivárás jelentette veszélyeknek.



Bizonyos országokban problémát jelent, hogy a szülők kérése és beleegyezése nélkül semmilyen fejlesztés nem végezhető. A szülői döntések tiszteletben tartása további kockázatot jelenthet: gyermekek, akiknek szükségük lenne a fejlesztésre, nem tudnak részt venni abban, vagy a hiányzó vagy rosszul összehangolt prevenciók, információk és továbbítási szakaszok következményeképpen a fejlesztés későn kezdődik el.

2.2.2 Csoportmunka

A korai fejlesztési projekt kiindulási pontjai az oktatási szervezetek növekvő bevonása a korai fejlesztésbe, a csoportok összeállítása és a szervezés voltak.

A szolgáltatások szerveződésének tekintetében az egyes országok – ahogyan a fejezet első részében már utaltunk rá – különböznek ugyan, de abban megegyeznek, hogy a korai fejlesztés egészségügyi és szociális modelljeiben egyaránt jelen van az interdiszciplináris megközelítés. A szolgáltatások és az ellátás jelentheti a szakértők egyszerű ‘felsorakoztatását’, de jelentheti az igazi csoportmunkát is, ami magától értetődő a korai fejlesztés ökológiai-rendszerű megközelítésében.

A valódi csoportmunka megszervezése nem egyszerű feladat. Két fő komponense az interdiszciplináris munka és az együttműködés. Golin és Ducanis definíciója szerint (1981) a multidiszciplináris csoport megosztja és koordinálja az információt. A feladatok megoldása egyénileg, a csoporttagok képességeinek megfelelően történik. Az információt úgy osztják meg és használják, hogy minden csoporttag elvégezhesse saját feladatát (Golin & Ducanis, idem). A döntéseket a csoport együtt, az egyéni vélemények figyelembe vételével hozza meg. A szakértők száma egy-egy csoporton belül nincsen meghatározva; a csoport összeállítása a gyermek és a család szükségleteinek függvényében történik.

Az együttműködés elsősorban azt jelenti, hogy a munka során a családot partnerként kell bevonni az egész folyamatba. Jelenti továbbá a közös munkát a csoport többi tagjával, illetve egyéb egészségügyi, oktatási és szociális szervezetekkel és hálózatokkal. Végül magában foglalja a fogalmak és elméleti



hivatkozások közös használatát, és a családok valamint a kollégák elismerését és tiszteletét.

A két komponens megfelelő összekapcsolásához időre van szükség. A csoporttagok csak közös elvek és célok alapján biztosíthatják az együttműködést a csoporton belül csakúgy mint a külső szervezetekkel. A csoportépítés két módon is elősegíthető: egy úgynevezett esetfelelős kijelölésével és az alább ismertetett belső képzéssel.

2.2.3 Szakemberek képzése

Tekintetbe véve, hogy a korai fejlesztésben dolgozó szakemberek különböző tudományterületek képviselői, és talán még soha nem dolgoztak együtt, tisztázni kell, milyen képzést kell kapniuk, hogy együttműködésük problémamentes legyen. A projektmegbeszélések során felmerült, hogy a szakembereknek kínált különféle képzési lehetőségekre kiemelt figyelmet kell fordítani.

Alapképzés: A változatos szakmai háttérrel rendelkező szakemberek képzésekor törekedni kell arra, hogy a közös fogalmak megértésével és elfogadásával a szakemberek kiegészíthessék egymás tudását. A jövő egészségügyi, szociális és oktatási szakértőinek alapképzése során elengedhetetlen a családokkal, csoportmunkával, a gyermek fejlődésével összefüggő tudás elsajátítása. A szakértőkkel szemben elvárás, hogy szakterületükön jó alapképzést kapjanak. Bár a korai fejlesztéssel kapcsolatos speciális ismeretek előnyt jelentenek, a projekt országainak alapképzési formáiban ezek az ismeretek ritkán kapnak helyet. Hollandia, Németország és Luxemburg kivételt képeznek ebből a szempontból. Ezekben az országokban a gyógypedagógusok és a szociális nevelők, pedagógusok és pszichológusok alapképzése tartalmaz bizonyos, a korai fejlesztéshez kapcsolódó speciális elemeket.

Továbbképzés: A korai fejlesztés során végzett munka komplexitása ellenére nem tűnik szükségesnek új típusú szakemberek képzése. Ez ellentmondana a korai fejlesztés olyan alapelveinek, mint az interdiszciplináris megközelítés és a



csoportmunka. Ettől függetlenül a szakembereknek szükségük van egyfajta közös további képzésre, mely során együtt tehetnek szert a munka háttérét képező tapasztalatokra. Ez történhet posztgraduális kurzusokon - például a doktori programok keretében – vagy az egyetemek és egyéb felsőoktatási intézmények programjain speciális képzés formájában. Az egyetemek korai fejlesztéssel foglalkozó csoportok kérésére is szervezhetnek ilyen speciális képzést.

A szakértőktől elvárt munka figyelembe vételével a szakértők további képzésének az alábbi területeket kell lefednie:

- alapvető ismeretek a sajátos nevelési igényű és a többségi gyerekek fejlődéséről, a családi fejlesztésről és ezek elméleti háttéréről;
- speciális ismeretek a korai fejlesztésben folyó kutatásokról, a mérési- és a munkamódszerekről, stb.;
- a családdal és a családban végzett munka valamennyi aspektusához kapcsolódó személyes kompetenciák; csoportmunka; szervezeti együttműködés; valamint olyan személyes képességek fejlesztése, mint az önreflexió, kommunikáció és problémamegoldás.

Belső képzés: ez a forma igen fontos a korai fejlesztésben, mert kiküszöböli a alap képzés esetleges hiányosságait és közvetlenül kielégíti a részt vevő szakemberek igényeit is. A csoport szervezi a csoporton belül, heti gyűlések keretében, ahol a szakértőknek alkalmuk nyílik:

- az „esetek” megvitatására;
- megosztani egymással az ismereteiket és az alkalmazott munkamódszereket;
- speciális ismeretek szerzésére külső szakemberektől;
- az irányítás belső vagy külső szakemberekkel történő megvitatására;
- a külső ellenőrzés biztosítására;
- személyes kompetenciáik fejlesztésére.

Ezek a találkozók javítják a csoportmunkát és a szolgáltatások minőségét. Bár ez az informális, belső képzés megfelel a szakértők közvetlen igényeinek – így is bizonyítva értékét -, hátrányokkal is jár. Az illetékes hatóságok gyakran nem ismerik



el az értékét, és nem tekintik a munkaidő részének, mivel a korai fejlesztés céljai, stratégiái, munkamódszerei helyett gyakorlati, napi problémákra koncentrálnak. Ez azt eredményezheti, hogy az ilyen képzés kezdeményezése és megszervezése az egyes csoportok felelőssége lesz.

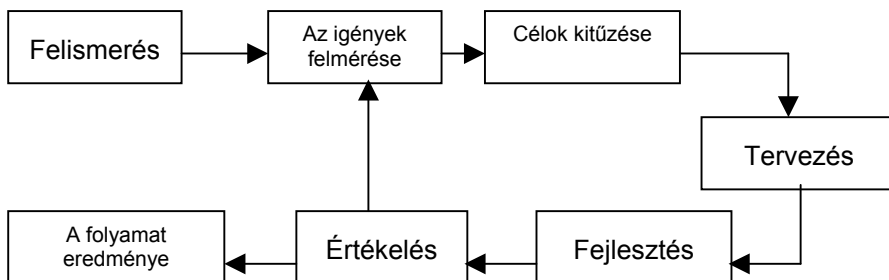
További információ a képzésről és az egyes országok posztgraduális kurzusairól a korai fejlesztéssel foglalkozó weboldalon érhető el:

<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

2.2.4 Munkaeszközök

A munkaeszközökkel kapcsolatban két fő téma került megvitatásra: a mérés és az egyéni tervek készítése.

A **mérés**nek folyamatközpontúnak kell lennie. A mérés követi a probléma felismerését, és dinamikusan, a családdal együtt meghatározza a szükséges fejlesztést az alábbi séma szerint:



A diagnózis a mérési folyamat része, és a korai fejlesztés elején történik meg. A mérés során a gyermek és a család helyzetét *egy bizonyos időpillanatban* vizsgálják, hogy felismerjék az igényeket és az erősségeket. Mivel ez a helyzet változhat, szükséges a mérés folyamatos felülvizsgálata. A mérés eredményeit nem szabad statikusnak vagy állandónak látni, mert ez befolyásolhatja a szakértők és a családok elvárásait és perspektíváit. Ez segít a célok kijelölésében, valamint a szükséges, később értékelendő fejlesztés megtervezésében és meghatározásában. Az értékelés eredményei vagy lezárják a folyamatot vagy megkívánják a továbblépést az igények felmérésének újabb szakaszába. Itt



kell felhívni a figyelmet arra, hogy a családok bevonása és aktív szerepe a folyamatban alapvető fontosságú.

Fontos továbbá annak biztosítása, hogy a folyamat egyes lépései között ne legyen kihagyás. Guralnick (2001) a mérést – *a mindent átfogó, interdiszciplináris mérést* – a fejlődési rendszer modelljének elengedhetetlen alkatrészének nevezi, ami lehetővé teszi, hogy a szakértők lényeges információt kapjanak a felismert vagy valószínűleg problémával élő gyermekről, és ami megkönnyíti a további tervek és ajánlások elkészítését. Guralnick azt tanácsolja a szakértőknek, hogy szükség esetén haladéktalanul folytassák az előzetes korai fejlesztést még a mérési információk teljes összegyűjtése előtt.

A mérési szakasz alapvető fontosságú a szülők és a szakértők közötti együttműködés erősítésének szempontjából. Az együttműködés alapját egyéni tervek vagy egy **Egyéni Családsegítő Terv** képezik.

Számos típusú terv létezik a projektben részt vevő országokban, bár ezeket különbözőképpen hívhatják. Egyes országokban a Családi Tervet a családdal együtt dolgozzák ki, mely, egyfajta 'szerződésként' tartalmazza a teendőket, és azt, hogy későbbiek során mit kell értékelni. Más esetekben a fejlesztésbe bevont szervezetektől függően többféle tervet dolgoznak ki a családdal. Arra is van példa, hogy nem történik meg egy formális terv kialakítása, hanem a családokat folyamatosan informálja a szakértői csoport. Néhány helyen a terv elsősorban a gyermeket, nem pedig a családot tartja szem előtt.

Bárminek is nevezzük, a családnak és a családdal készített terv alapvető fontosságú, hiszen garantálja a család részvételét, felelős döntéseit és igényeinek, prioritásainak és elvárásainak tiszteletét.

A korai fejlesztés országokénti változtatosságának, eltérő időtartamának köszönhetően a dokumentum elkészítésénél fontos tényező lesz a rugalmasság. A dokumentumra nem mindig vonatkozik törvényi szabályozás, és helyzetfüggően,



illetve a gyermeket és a családot támogató szervezetektől függően megváltoztatható, bár a dokumentum tulajdonosának a családot kell tekintetni. Ez segít az információ bizalmas kezelésében, a szükségtelen ismétlések elkerülésében, és jelentős mennyiségű időt takarít meg a gyermek és a család számára.

A dokumentum megkönnyíti az egyik ellátási formából a másikba való átmenetet, elsősorban az iskolai rendszeren belül. Amikor a gyermek elkezdi iskolai tanulmányait, a Családi Tervet követi egy Egyéni Oktatási Terv. Ez gyermekközpontú, és a gyermek sajátos nevelési igényeire koncentrál.

A fejezetben eddig bemutatott témakörök illusztrálására most röviden összefoglalva következnek három gyakorlati példa a korai fejlesztésre.

2.3 Három jellemző példa a korai fejlesztésre

A korai fejlesztés három példájának helyszínei: **München**, **Coimbra** és **Västerås**. A három helyszínen tett látogatások, az információ- és eszmecsere a helyi szakértőkkel és egy västeråsi édesanyával, nagyban hozzájárultak a szakmai dialógus elmélyítéséhez, és megmutatták, hogyan alkalmazható az elmélet a gyakorlatban.

A három példa rövid bemutatására azért kerül sor, mert ezek számot tarthatnak a többi szakértő érdeklődésére. Összehasonlíthatják a példákat saját gyakorlatukkal és újraértékelhetik azt. Az összefoglalókat ne tekintsük a legmegfelelőbb gyakorlat értékelésének vagy megítélésének – ez ellentmondana jelen dokumentum céljának.

A következőkben a három ország – Németország, Portugália és Svédország – korai fejlesztési rendszere kerül bemutatásra, ezt követi majd a három helyszínen végzett fejlesztés fő jellemzőinek leírása. Végül összefoglaljuk a hasonlóságokat és a különbségeket.



2.3.1 Fő jellemzők

Az alábbiakban ismertetett információk az egyes országok vezető kutatóinak munkájából származnak. A dőlt betűs részek egyenes idézetek publikációkból, míg a többi szöveg a kutatók munkájának kivonataként olvasható.

A Münchenre vonatkozó információ forrása Franz Peterander (2003); A Coimbrával kapcsolatos anyag Bairrão, Felgueiras és Chaves de Almeida (1999) valamint Felgueiras és Breia (2004) munkájából származik; a Västeråsról szóló rész elkészítéséhez Björck-Akesson és Granlund (2003) munkáját használtuk.

München (Németország)

Németországban több mint 1000 intézményben végeznek korai fejlesztést fogyatékos gyermekek számára. Ezeket a korai fejlesztési központokat főleg olyan nagyobb nemzeti jótékonyági szervezetek vezetik mint a Caritas, a Diakonie, a Paritätischer Wohlfahrtsverband és a Lebenshilfe. A korai fejlesztés rendszere a szövetségi államtól függően változik, különböző struktúrával, finanszírozási rendszerrel és lehetőségekkel rendelkezik. A rendszer részeit képezik az interdiszciplináris korai fejlesztési központok, a szocio-pediátriai központok, a speciális óvodák, a gyógypedagógiai központok, a nevelési központok és a családi tanácsadók. 1973-ban a Német Oktatási Bizottság kérésére Otto Speck elkészítette a Fogyatékos gyermekek korai azonosítása és fejlesztése című tanulmányt, mely alapján először Bajorországban megalkották az interdiszciplináris korai fejlesztés átfogó rendszerét. A tanulmány javasolta a regionális, családközpontú és interdiszciplináris korai fejlesztési központok kialakítását.

Bajorországban a három év alatti gyermekek 4 százalékának van szüksége fejlesztésre. 2002-ben 123 regionális korai fejlesztési központ jól szervezett hálózata biztosított gyorsan elérhető segítséget; egyetlen családnak sem kellett 10 kilométernél messzebbre mennie, ha el akarta érni a legközelebbi központot. 25000 csecsemő és kisgyermek kap kezelést. 50 százalékuk járóbeteg, 50 százalékuk pedig mobil csoportoktól otthon kap segítséget. A korai fejlesztésben részt vevő gyermekek különféle fogyatékkal élnek. Egyharmad



részüknek van súlyos kognitív vagy testi fogyatékosága. Átlagéletkoruk 3-4 év. Körülbelül 14 százalékuk (a városokban több mint 25 százalékuk) bevándorló.

Az egyéni szükségleteknek megfelelő kezelés két éven keresztül heti egy vagy két alkalmat jelent. Átlagosan 11, különböző szakterületről érkező terapeuta dolgozik együtt egy-egy korai fejlesztési csoportban. A csoport átlagosan 5-7 évet tölt el egy központban, ami biztosítja a kompetens szakértői csoportok kialakulását. A csoportmunka alapvető fontosságú a korai fejlesztésben. A szakértők kiegészítik egymást. Ilyen együttműködés minden esetben komoly szakmai eszmecserét kíván meg; egyetértés szükséges a fogalmak, értékek, célok, speciális területek és szervezési kérdések tekintetében.

A [korai] fejlesztés ingyenes és mindenki számára elérhető. A központok számára finanszírozzák az átlagosan heti egy vagy két alkalommal tartandó fejlesztő foglalkozást, a szülői együttműködést, az interdiszciplináris csoportmunkát és a külső partnerekkel folytatott munkát. A [korai] fejlesztést különféle szervek finanszírozzák: a helyi hatóságok; az egészségbiztosítás; a Bajor Oktatási Minisztérium és a Bajorországi Szociális Ügyek Minisztériuma ...

... A diagnózis és a fejlesztés kizárólag a gyermek egyéni szükségleteihez és környezetéhez igazodik. A fogyatékos- és gyermekközpontú megközelítésben tapasztalható paradigmaváltás eredményeképp kialakult holisztikus-családközpontú modell miatt nincsen általánosan elfogadott tananyag. Az elméleti fogalmak változása a németországi korai fejlesztés gyakorlatát meghatározó elvekben is tükröződik. A szakértők ezen elvek és a [korai] fejlesztés sikeresnek bizonyuló mutatóinak kombinációjára építik a kezelést: természetesen nem hagyják figyelmen kívül az elméleti és fogalmi alapokat sem (a holisztikus megközelítést, a családközpontúságot, a regionális és mobil [korai] fejlesztést, az interdiszciplináris csoportmunkát, a hálózatokat és a társadalmi inklúziót) ...



... Bajorországban a szakértők segítségért fordulhatnak és konzultálhatnak az 'Arbeitsstelle Frühförderung' (Korai fejlesztési munkaállomás) intézményével. Bajorország volt az első állam, ahol ilyen munkaállomás alakult 1975-ben. Az állomás pedagógiai és egészségügyi osztállyal rendelkezik, melyeken különböző szakterület képviselői dolgoznak szoros együttműködésben. A közös cél a korai fejlesztéssel kapcsolatos ismeretek bővítése, a gyakorlati munka támogatása, a különféle korai fejlesztési központok közötti eszmecsere elősegítése, a munka minőségének és az interdiszciplinaritás mértékének javítása. A 'munkaállomás' egyebek mellett számos belső képzésfajtát és egyéni konzultációt biztosít a bajorországi korai fejlesztési központok dolgozói számára (Peterander, 2003b, 302.).

Coimbra (Portugália)

Az 1980-as évek végéig a Portugáliában a sajátos nevelési igényű, még nem iskolaköteles gyermekek gondozása az egészségügyi és társadalombiztosítási szervezetek feladata volt; az Oktatási Minisztérium korlátozott szereppel rendelkezett a kérdésben.

Bár egyre világosabbá vált, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekeknek már kiskorukban szükségük van bizonyos szolgáltatásokra, a gondozás alacsony színvonalon folyt. Történt ugyan néhány kezdeményezés, de ezek is a diagnózisra és a terápiára koncentráltak, az iskolaköteles gyermekek számára készült, akkor uralkodó egészségügyi modellhez hasonlóan. A családok elsősorban anyagi támogatáshoz vagy mentális egészséget biztosító szolgáltatásokhoz juthattak hozzá.

Portugáliában az 1980-as évek végén és a 90-es évek elején nyílt új fejezet a korai fejlesztés történetében. A fogyatékos vagy életük első néhány évében veszélyeztetett gyermekek gondozása jelentősen megújult. A *Coimbrai Korai Fejlesztési Projekt*, mely a társadalombiztosítási, egészségügyi és oktatásügyi szervezetek együttműködésén alapult, valamint a lisszaboni *Korai Fejlesztés Kiszállítási Projekt* az egész országban kedvezően hatott a korai fejlesztés alakulására. A



két projekt fontos szerepet játszott a szakértőknek nyújtott belső képzés biztosításában is.

Ebben a szakaszban nagy szerepet játszott és pozitív hatást gyakorolt a "Kiszállítási Modell Szülők számára". A modell az otthonközpontú modellt és a szülőkkel kialakított partneri viszonyt hirdette és számos új vonással rendelkezett, például: célok megtervezése és egyéni fejlesztési módszerek alkalmazása; az erőforrások rendszeres szervezése ('a források piramisa'); a szolgáltatók közötti interdiszciplináris együttműködés; belső képzési modell és a családlátogatások keretén belüli felügyelet.

Elmondható, hogy a korai fejlesztés fejlődése Portugáliában „alulról felfelé” történt, ami a politikai döntéshozók egyre fokozódó tudatosságához vezetett. A szakértők helyi szinten végzett tevékenysége vezető szerepet játszott a korai fejlesztés alakulásában. Szervezetek közötti együttműködéssel és már létező közösségi programokhoz benyújtott pályázatokkal igyekeztek minél jobban kihasználni a szórványos és gyakran elégtelen erőforrásokat. Ennek eredményeképpen hamarosan az egész országban Integrált Projektek készültek, melyek célja a korai fejlesztés javítása volt.

Ugyanakkor az Oktatási Minisztérium egyre nagyobb részt vállalt a hat évesnél fiatalabb fogyatékos gyermekeket támogató intézkedések gyakorlati megvalósításában. Például 1997-ben az Oktatási Minisztérium létrehozta azt a rendszert, mely erőforrásokat és anyagi támogatást biztosított a helyi korai fejlesztési projektekhez. A rendszer alapja az oktatást támogató szolgáltatók és a magánkézben lévő gyógypedagógiai intézmények közötti együttműködés volt.

Portugáliában a nem-tudományos szervezetek biztosította belső képzés fontos szerepet játszott - és játszik ma is – a korai fejlesztéssel foglalkozó szakértők képzésében. Általában ezek a képzési formák az észak-amerikai elméletet és gyakorlatot, illetve a vonatkozó törvényi szabályozást követik. A korai fejlesztés fontos kérdései segítséget nyújtottak a szakértőknek



abban, hogy a hagyományos gyakorlat helyett a hatékonyabb bizonyítékalapú gyakorlatot alkalmazzák:

- A gyermek- és fogyatékosággközpontú modellt felváltotta a *gyermek természetes közegében végzett* integratív fejlesztés;
- A párhuzamos, töredékes és monodiszciplináris fejlesztés (elszigetelt terápia) helyett előtérbe került az *interdiszciplináris csoportmunka, és az integrált, szervezetek közötti együttműködés és részvétel.*
- A "segítségnyújtás" modell átadta helyét a *nagyobb szabadságot biztosító modelleknek és a családközpontú gyakorlatnak*, melyek a családot tekintik a fejlesztés legkisebb egységének.

A fejlődés ökológiai (Bronfenbrenner; 1979, 1998) és tranzakcionális (Sameroff és Chandler 1975; Sameroff és Fiese, 1990) modelljei a korai fejlesztést a szervezetek közötti együttműködési rendszer felé irányították, amely olyan átfogó programokat jelent, amelyekben a hatékony családi és közösségi részvétel kulcsszerepet játszik.

1999-ben kizárólag a korai fejlesztéssel kapcsolatos törvényi rendelkezés született (891/99 sz. Közös Végrehajtási Szabályzat). Ez tartalmazta a *"fogyatékkal élő és a fejlődésben súlyosan visszamaradt gyermekek korai fejlesztésére vonatkozó szabályzatot és irányelveket a családok számára"*. Fontos lépés volt ez a korai fejlesztés elismerésében és identitásának keresésében.

A törvényi szabályozás integrált támogatási intézkedésként határozza meg a korai fejlesztést, mely gyermek- és családközpontú, prevenciós és rehabilitációs tevékenységen keresztül, konkrétan az oktatás- és egészségügy, valamint a társadalmi jólét hatáskörében valósul meg, azzal a szándékkal, hogy:

- a) biztosítsa a fogyatékkal élő és a fejlődésben súlyosan visszamaradt gyermekek fejlődésének feltételeit;
- b) javítsa a családon belüli interakciót;



- c) erősítse a család kompetenciáját, önállóságát, és képességeit, hogy kezelni tudja a fogyatékoságból adódó nehézségeket.

Először a kormány kötelezettséget vállalt a korai fejlesztési szolgáltatások biztosítására. Kialakult az erőforrások és a támogatások rendszere, a szektorok közötti koordináció és az állami, valamint magánszervezetek közötti együttműködés. Az oktatási, egészségügyi, és társadalombiztosítási szektor közös felelősséget vállalt a megyei *közvetlen fejlesztési csoportok*, a *kerületi koordinációs csoportok* és az *országos minisztériumok közötti csoport* kialakítására.

Az utóbbi években tapasztalt jelentős fejlődés dacára a portugál korai fejlesztési ellátásnak komoly kihívásokkal kell szembenéznie és a szolgáltató szervezetek összefogására van szükség, hogy:

- növeljék a társadalmi lefedettséget (főleg a két évesnél fiatalabb gyermekek körében);
- javítsák a korai felismerés és a továbbítás szakaszait;
- erősítsék az interdiszciplináris és családközpontú gyakorlatot;
- fejlesszék a szakmai képzés minőségét, és
- tudatosítsák a korai fejlesztés értékét és fenntarthatóságát a politikai döntéshozók, a szakértők és a tágabb közösség körében.

A szakképzés, a kutatási eredmények és a gyermekeket és családjaikat támogató folyamatok értékelése mind-mind lényeges a portugál korai fejlesztés fejlődése és minősége szempontjából.

Västerås (Svédország)

Svédországban a gyermekkor filozófiája az ember életében egyedi fejlődési szakasznak tekinti ezt a kort. A gyermekkor saját, önálló értékkel bír, nem pusztán a felnőttkorra való készülődésnek tekintik. Ezért a nevelők legfontosabb feladata, hogy minél több alkalmat biztosítsanak a gyermeknek a játékra.



Az önkormányzatok (összesen 289) felelősek az alapvető szolgáltatásokért, beleértve a gyermekgondozást, az iskolai és szociális szolgáltatásokat. Svédországban 20 megye található, mindegyiket megyei tanács irányítja. Ezek felelősek az egészségügyi és fogászati ellátásért, mely a gyermekek és a fiatalok számára ingyenes.

A korai fejlesztésben a sajátos támogatást igénylő gyermekek vehetnek részt, születésüktől kezdve egészen 6 vagy 7 éves korukig, amikor belépnek az iskolarendszerbe. A korai fejlesztés szolgáltatásait a családban vagy egyéb környezetben élő gyermekek vehetik igénybe. A korai fejlesztés a közösségek és a megyei tanácsok felelőssége, bár céljaik és célcsoportjaik különböznek.

A prevenció elsődleges szintjén a közösség felelőssége a gyermekek és a családok jólétének és az elfogadható élet feltételeinek biztosítása. Másodlagos szinten a közösség felelőssége az iskolás kor előtt, illetve a gyermekellátási programokon végzett fejlesztés. A harmadlagos prevenció során a közösség felelőssége, hogy egészséges környezetet teremtsen a gyermekek és a családok számára. Az elsődleges prevenció során a megyei tanács feladata, hogy egészségügyi és ahhoz kapcsolódó szolgáltatásokat biztosítson a gyermekek és családjaik számára a Gyermekkegészségügyi Szolgálaton keresztül. Az életkörülmények változásával a Szolgálat szerepköre is megváltozott: míg régebben csak általános vizsgálatokat és immunizációs programokat bonyolított le, most már a pszicho-szomatikus és szocio-emocionális problémák kezelése, a változó szülői szerep tudatosítása és a bevándorló családok támogatása is a feladatai közé tartozik. A szülői csoportok létrehozása és a szülők oktatása is itt folyik.

A családközpontúság azt jelenti, hogy a fejlesztés természetes helyzetekben, a mindennapi életben zajlik. Ezért a svédországi korai fejlesztés a kisgyermekek természetes közegében, a családban vagy a közösségi alapú gyermekellátás/iskolai előkészítés keretében történik. A közösségek és a megyei tanácsok egyaránt biztosítanak ilyen szolgáltatásokat. A közösség felelőssége a sajátos fejlesztés az iskolai előkészítés,



vagy a családi gyermekellátás során, valamint személyes asszisztens és iskolahalasztási ellátás biztosítása a sajátos támogatásra szoruló gyermekek és családjaik számára. A megyei tanács feladata, hogy a fogyatékos gyermekek számára szolgáltatásokat szervezzen a Gyermekhabilitációs Központokban.

Svédország hivatalos filozófiája a fogyatékos gyermekek támogatását illetően megegyezik a Funkcionális Fogyatékoság és Egészség Nemzetközi Osztályozása által képviselt nézőponttal (WHO, 2001). Ebben az egyén egészségének és az ahhoz kapcsolódó tényezőknek az aspektusait osztályozzák a testfunkciók, testfelépítés, aktivitás, a részvétel és környezeti tényezők függvényében.

A Nemzetközi Osztályozást használhatjuk a támogatást igénylő gyermekeknek nyújtott svédországi szolgáltatások szervezeti felépítésének leírására is. A megyei tanácsok szolgáltatásai a testfunkciókhoz (Gyermekegészségügyi Szolgálat) és az aktivitáshoz (Gyermekhabilitációs Központ) kapcsolódnak. Ha egy gyermeknek a testfunkciói problémásak, a Szolgáltatón keresztül továbbküldik a gyermekek számára létrehozott egészségügyi szervezetekhez. Ott a gyermeket és családját olyan szakértők várják, akik az egészségügyi modell alapján a testfunkciókat követik figyelemmel, például a szemklinikán, a belgyógyászatban vagy az ortopédián. Ha a gyermek nem fejlődik optimálisan, nem mutat kellő aktivitást, egy Habilitációs Központba irányítják. A rehabilitációs szolgáltatások a fogyatékos gyermekek és családjaik számára érhetőek el, és 'élő párbeszédet' alakítanak ki a szolgáltatás használói és a szakértők között.

A Habilitációs Központokban az egészségügy, az oktatás, a pszichológia és a szociális munka területeiről érkező szakértők együttműködnek a gyermekkel és a családdal. A közösségi szakembereket a támogatást igénylő szerep, vagy rendszer szerint vonják be a munkába, lehetnek például családtámogatók, vagy iskolaelőkészítő konzultánsok. A probléma felismerését követően számos szervezet szakembereit bevonják a sajátos támogatást igénylő



gyermekkel folytatott munkába. Az együttműködés során fontos az ajánlások és a korai fejlesztést eltérő nézőpontból értelmező szakemberek által nyújtott szolgáltatások megfelelő koordinációja.

2.3.2 Hasonlóságok és különbségek

Az egyes országok szakembereitől kapott főttebb ismertített általános információ és a három helyszín szakértőivel folytatott eszmecsere alapján bizonyos hasonlóságok és különbségek mutathatók ki a három gyakorlat között.

Ugyanaz az elméleti modell: a gyakorlat valamennyi példában az ökológiai-rendszerű modell alapelveit vette alapul, és a következő közös vonásokat mutatja:

- ugyanazok az elvek érvényesek a családközpontú megközelítésre, a társadalomközpontú szempontra, a csoportmunkára és a családnak a közelség elve alapján nyújtott szolgáltatásokra;
- a szolgáltatások ingyenesek a családok számára;
- a szakmai képzés nagy fontosságot kap, és ennek megfelelően valamennyi csoporttag részt vesz valamilyen típusú belső képzésen;
- a szakértők odaadó, áldozatos munkát végeznek, kompetenciájuk egyértelmű, és pozitívan tekintenek a csoportmunkára;
- a közös célok megvalósítása érdekében végzett munka jó hangulatot teremt.

Eltérő gyakorlat: az ökológiai modell a gyakorlatban többféleképpen, az országok jellemzőinek függvényében valósul meg. Az alábbi különbségek eltérő módon, a helyszín sajátosságaitól függően nyilvánulnak meg.

A müncheni korai fejlesztési központ biztos alapokon áll és nagy tapasztalattal rendelkezik; a bajor korai fejlesztési központok szilárd hálózatának jeles tagja. Ez az ellátási rendszer 'speciális központokon' keresztül valósul meg, és alapja egy stabil és magasan képzett szakértői csoport a családok közelében. Sok központ létezik, fenntartásukat különféle szervezetek és minisztériumok finanszírozzák.



A szolgáltatások különböző forrásokból történő finanszírozása kihívás lehet, hiszen a szakértőknek valamennyi forrást ismerniük kell. Az ökológiai modell elvei szerint a családok támogatásához és a szükséges források biztosításához produktív együttműködésre van szükség.

Coimbrában *magasan képzett csoport végzi a korai fejlesztést egy úgynevezett ügynökségközi rendszer keretein belül*. A rendszer alapja az egyetértés és együttműködés a helyi és területi egészségügyi, szociális és oktatási szervezetek között. Ezek felelősek a szolgáltatások finanszírozásáért, és a szükséges szakértők biztosításáért.

A rendszer biztosítja az erőforrások hatékony és észszerű használatát, mely során a társadalmilag hátrányos helyzetben lévő családok elsőbbséget élveznek.

Komoly kihívást jelent a minden szinten (helyi, területi, országos) bekapcsolódó ügynökségek megfelelő koordinációja – bármelyik kiesése sebezhetővé teszi a rendszert mind anyagi, mind szakmai szempontból. Az ilyen típusú ellátás számára a csoportok stabilitása a másik nagy kihívás Portugáliában.

A Västeråsban található Közösségi Erőforrások Központjában a szakemberek az iskola előtt álló gyermekeknek (egy éves kortól) és szüleiknek nyújtanak támogatást. Ennek a 'lokális és decentralizált' típusú ellátásnak szilárd szociális rendszer képezi az alapját, mely fontos szociális juttatásokat biztosít a családok számára.

A rendszer láthatóan a szakértők kompetenciájára és az ország egészséges gazdaságára alapozva működik.

Bizonyos kihívásokra fel kell hívni a figyelmet. Mind helyi, mind országos szinten szükség van a szolgáltatások és a szakemberek koordinációjára és együttműködésére, továbbá hangsúlyt kell fektetni arra, hogy a szakértők átfogó képzést kapjanak a kisgyermek fejlődéséről.

Végül mindhárom példa utal a bevándorlás megnövekedett szerepére a korai fejlesztéssel kapcsolatos ellátásban. Ez jó jel,



mivel azt mutatja, a szakértők tisztában vannak a munkájukat befolyásoló társadalmi változásokkal Európában.



3. AJÁNLÁSOK

A következő ajánlások azon az elven alapulnak, hogy a támogatásra szoruló gyermekeknek és családoknak *joga van* a korai fejlesztéshez. Az előző fejezetekben bemutatott elemzési eredményeket tekintetbe véve számos releváns gondolat került felszínre, melyeknek megfelelő gyakorlati alkalmazása igen fontos. A következő ajánlások célja, hogy tudatosítsák a szakértőkben a gyakorlati alkalmazás megfelelő stratégiáit, és segítsék őket a korlátok leküzdésében – ez a családok és a gyermekek érdeke. Ezeket az ajánlásokat a projekt találkozóiin zajló szakmai eszmecsere alapján dolgozták ki, és bár elsősorban a korai fejlesztésben dolgozó vagy dolgozni szándékozó szakemberek számára készültek, a politikai döntéshozók figyelmére is igényt tartanak.

A következőkben a második fejezetben említett fő jellegzetességeket találhatjuk, valamint ajánlásokat, melyek ezek sikeres gyakorlati megvalósítását célozzák.

3.1 Elérhetőség

Annak biztosítására, hogy a korai fejlesztés minden rászoruló család és gyermek számára elérhető legyen, a következő ajánlásokat tették.

A korai fejlesztéssel kapcsolatos politikai intézkedések: politikai döntéseknek kell garantálniuk a rászoruló családok és gyermekek korai fejlesztéshez való jogát helyi, területi és országos szinten egyaránt. A korai fejlesztés politikájának, a fejlesztés minőségének és az értékelés kritériumainak definiálásával elő kell segítenie a szakértők és a családok közös munkáját. Az egyes országok helyzetét tekintve három témakör kíván különös figyelmet:

1. a családoknak és a szakértőknek olyan politikai intézkedésekre van szükségük, melyeket a gyakorlati alkalmazás stratégiái, a célok, eszközök és eredmények tekintetében gondosan koordinálnak;



2. a politikai intézkedéseknek támogatniuk és biztosítaniuk kell a kapcsolódó oktatásügyi, szociális és egészségügyi szervezetek koordinációját. Kerülni kell az egymást átfedő vagy egymásnak ellentmondó intézkedéseket;
3. a politikai döntések vonatkozhatnak a területi és országos korai fejlesztést támogató központok kialakítására, melyek összekapcsolják a fejlesztés politikai, szakmai és felhasználói (családi) szintjeit.

Az információ elérhetősége: ahol szükséges helyi, területi és országos szinten is kiterjedt, világos és pontos információt kell nyújtani a korai fejlesztés keretein belül elérhető ellátásról/szolgáltatásokról mind a családok, mind pedig a szakértők számára. Különösen figyelni kell a pontos és érthető nyelv használatára. Eltérő kulturális háttérrel rendelkező családok esetén az általuk preferált nyelvet kell használni, így számukra is biztosítható a releváns információk elérhetősége és érthetősége.

A célcsoportok egyértelmű meghatározása: a politikai döntéshozók csoportja határozza meg a korai fejlesztés kritériumait, de a szakértők tanácsadói szerepe semmiképpen sem elhanyagolható. A korai fejlesztési központoknak, az ellátásnak, a csoportoknak és a szakértőknek a meghatározott célcsoportokra kell koncentrálniuk a tevékenységüket, mégpedig a helyi, területi és/vagy országos szinten meghatározott prioritásokkal összhangban. A szintek közötti ellentmondások torzulást okozhatnak, aminek következményeképpen a gyermekek és a családok esetleg nem jutnak támogatáshoz vagy nem érik el a megfelelő forrásokat.

3.2 Közelség³

³ A *közelség* szó jelentése kettős jelentéssel bír ebben a dokumentumban: közel egy helyhez, illetve közel valakihez.




A korai fejlesztési ellátás és szolgáltatások földrajzi elérhetőségének és családközpontúságának biztosításához a következő tényezőket kell számításba venni:

A szolgáltatások/ellátás decentralizációja: A korai fejlesztést biztosító szolgáltatásoknak és/vagy ellátásnak a lehető legközelebb kell kerülnie a családokhoz, hogy:

- könnyebbé váljon a család szociális környezetének, feltételeinek megismerése;
- a földrajzi különbségek ellenére a családok ugyanolyan minőségű szolgáltatást kapjanak (pl. szórványosan lakott vagy vidéki területek esetén);
- elkerülhetők legyenek az átfedések és az irreleváns vagy félrevezető módszerek.

A gyermekek és a családok igényeinek kielégítése: a szolgáltató és ellátó szervezeteknek minden erőfeszítést meg kell tenniük, hogy elérjék a családokat és a gyermekeket, illetve kielégíthessék az igényeiket. Ez magában foglalja, hogy:

- a családoknak joguk van az információhoz a támogatásra való igény felismerésének pillanatától kezdve;
- a családoknak joguk van a szakértőkkel együtt döntést hozni a szükséges lépésekről;
- a korai fejlesztés nem erőltethető a családokra, annak garantálnia kell a védendő gyermek jogait. A gyermekek és a családok jogainak egybe kell esnie;
- a családok és a szakértők együttesen értik meg a családnak és a gyermeknek ajánlott fejlesztés jelentését és hasznát;
- egy írásbeli dokumentum (például egy Egyéni Terv vagy Egyéni Családgondozási Terv, esetleg ezzel ekvivalens dokumentum), melyet a szakértők a szülőkkel együtt készítenek el, átláthatóvá teszi a korai fejlesztés folyamatát és elősegíti a közös megegyezést a fejlesztés tervezését, a célok és felelősség kitűzését és az eredmények értékelését illetően;
- a családok kérésre olyan képzést kapnak, amely segíti őket a szükséges képességek és ismeretek



elsajátításában, hogy a szakértőkkel és gyermekükkel hatékonyabban működhessenek együtt.

3.3 Költségfedezet

Ahhoz, hogy a társadalmi és gazdasági hátterek különbözősége ellenére a korai fejlesztési ellátás és szolgáltatások az azokat igénylő valamennyi családot és gyermeket elérjék, arra van szükség, hogy **az ellátás és a szolgáltatások ingyenesek legyenek**. Ez azt jelenti, hogy állami szervezeteknek, biztosítótársaságoknak, non-profit szervezeteknek közpénzből kell finanszírozniuk a korai fejlesztéssel kapcsolatos költségeket. Így teljesülhetnek a minőségi szabványok, melyeket az adott ország a korai fejlesztést szabályozó törvényeiben lefektetett. Abban az esetben, ha a korai fejlesztést – a család költségén – az államilag finanszírozott szervezetekkel karöltve magánszervezetek is végzik, az adott ország korai fejlesztést szabályozó törvényei által lefektetett minőségi szabványoknak a gyakorlatban nekik is meg kell felelniük.

3.4 Interdiszciplináris munka

A korai fejlesztéshez kapcsolódó szolgáltatásokban/ellátásban számos szakterület különböző háttérrel rendelkező képviselője érintett. A következő ajánlások a minőségi csoportmunka biztosítására vonatkoznak.

Együtműködés a családokkal⁴: a családok a szakértők legfontosabb munkatársai, ezért az együtműködés a munka alapvető feltétele. Figyelni kell arra, hogy:

- az együtműködés a szakértők kezdeményezésére történjék. A szakértők nyíltan és tisztelettel viselkedjenek a családdal, hogy megértsék az igényeket és

⁴ Az együtműködés a családok és a szakértők közös munkáját jelenti, mely során mindkét fél saját tudását nyújtja, és közösen tesz erőfeszítéseket és együttesen vállalja a felelősséget.



elvárásokat, és elkerüljék az igények és prioritások eltérő felfogásából adódó félreértéseket, anélkül, hogy saját nézőpontjukat a családra erőltetnék;

- a szakértőknek találkozókat kell szervezni, hogy az eltérő szempontokat megvitassák és együtt készíthessék el az Egyéni Tervet vagy hasonló írásbeli dokumentumot;
- az Egyéni Terv (Egyéni Családgondozási Terv vagy azzal ekvivalens dokumentum) olyan egyetértésben elkészített terv legyen, mely tartalmazza az elvégzendő fejlesztés folyamatát, céljait, stratégiáit, az egyes résztvevők felelősségét valamint az értékelési folyamatot. Az írásbeli tervet a szakértőknek és a családoknak rendszeresen értékelniük kell.

A csoportépítés megközelítése: eltérő szakmai hátterük dacára, saját szakterületüknek megfelelően a korai fejlesztéssel foglalkozó csoportoknak/szakértőknek interdiszciplináris keretek között kell dolgozniuk a feladatok elvégzése előtt és alatt egyaránt. Mindannyiuknak el kell fogadni az alapelveket, a célokat és a munkamódszereket. A különböző megközelítések integrálása és koordinációja egy részekre tagolt munkafolyamat helyett egy átfogó, holisztikus megközelítést céloz meg. Különös figyelmet kell fordítani a következőkre:

- az információt a személyes képességeknek és kompetenciáknak megfelelően meg kell osztani, hogy a csoporttagok kiegészíthessék egymás tudását;
- a döntéshozás a belső eszmecserén és közös megegyezésen alapul;
- egy felelőst kell kinevezni, aki koordinálja a szükséges tevékenységeket. Így biztosítható a családdal való folyamatos kapcsolat, és elkerülhető számos szükségtelen, egyoldalú kapcsolatfelvétel a család és a szervezetek között. A felelősnek beszámolási kötelezettsége van a család és a csoport felé egyaránt. Kinevezése az egyes helyzetek által megkívánt képességeknek megfelelően történjék;
- a különböző szakterületről érkező szakértőknek tisztában kell lenniük azzal, hogyan dolgozhatnak együtt. Tovább- vagy belső képzést kell szervezni, hogy



valamennyi szakértő rendelkezék a gyermekek fejlődésével kapcsolatos alapvető ismeretekkel; a munkamódszerekkel, méréssel kapcsolatos speciális tudással; a családokkal, csoportban, egyéb szervezetekkel folytatott munkához kapcsolódó személyes kompetenciákkal. Fontos, hogy a tagok saját képességeiket is fejleszteni tudják.

A csoporttagok stabilitása: a csoportoknak a lehető legstabilabbnak kell lenniük. Ez elősegíti a hatékony csoport kialakulását és garantálja a minőségi eredményeket. A tagok gyakori és indokolatlan változtatása hatással lehet a támogatás minőségére, a csoportmunkára és a képzésre.

3.5 Változatosság

A következő ajánlások a korai fejlesztési szolgáltatásokban és ellátásban részt vevő egészségügyi, oktatásügyi és szociális szektorok közös felelősségvállalásának biztosítására vonatkoznak.

A szektorok megfelelő koordinálása: a különböző szektorok bevonása megfelelő és koordinált intézkedéseken keresztül garantálja valamennyi prevenció szint céljainak megvalósítását. Ez a következőket jelenti:

- az egészségügyi, oktatásügyi és szociális szervezeteket be kell vonni a korai felismerés és a továbbítás szakaszaiba. Így elkerülhetők a kihagyások és a jelentős csúszások, melyek kihatással lehetnek a további fejlesztésre és a várólisták készítésére, melyekre túlterhelt szolgáltatói szervezetek és csoportok esetén van szükség;
- a fejlődési szűrővizsgálatok valamennyi gyermek számára elérhetők. Ezeket általánosan ismertté kell tenni, és rendszeresen végre kell őket hajtani;
- valamennyi várandós nő számára folyamatos vizsgálatot, tanácsadást és nyomon követést kell biztosítani.



Az ellátás megfelelő koordinálása: a megfelelő koordináció biztosítja a közösségi erőforrások legjobb felhasználását. A megfelelő koordináció a következőket jelenti:

- a szolgáltató szervezeteknek biztosítaniuk kell a szükséges támogatás folyamatosságát, amikor a gyermekek egyik ellátási formából a másikba kerülnek. Szükséges a szülők és a gyermekek lehető legteljesebb bevonása és támogatása;
- az iskolát megelőző intézményeknek helyet kell biztosítaniuk a korai fejlesztési szolgáltatásból/ellátásból érkező gyermekek számára.

Ahogy már említettük, ezek az ajánlások elsősorban a területen dolgozó, vagy ott dolgozni szándékozó szakértőknek íródtak, de a politikai döntéshozókat is érintik. A korai fejlesztéssel kapcsolatos politika értékelése és közzététele elősegíti a szakmai dialógust, és ösztönzően hat a kutatásokra. Ne feledjük: helyi, területi és országos szinten egyaránt igaz, hogy a korai fejlesztéssel kapcsolatos politika a családok, a szakértők és a politikai döntéshozók közös felelőssége.



SZAKIRODALOM

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters E., Wall S. (1978) *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Arnkil, T.E. (2003) *Early Intervention – Anticipation Dialogues in the Grey Zone of Worry*. Reykjavik (Iceland): Nordiska barnavårdskongressen Reykjavik.

Bairrão, J., Felgueiras, I., Chaves De Almeida, I. (1999) Early Intervention in Portugal. In *Symposium on Excellence in Early Childhood Intervention*, Västerås (Sweden): Mälardalens Högskola.

Bairrão, J., Chaves De Almeida, I. (2002) Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal. In *Collecção Apoios Educativos*, Nr. 6, Ministerio da Educação, Departamento da Educação Básica.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Björck-Akesson, E., Carlhed, C., Granlund, M. (1999) *The Impact of Early Intervention on the Family System. Perspectives on Process and Outcome*. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención).

Björck-Akesson, E., Granlund, M. (2003) Creating a Team Around The Child Through Professional's Continuing Education. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

Blackman, J.A. (2003) Early Intervention: An Overview. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., Borges, L. (1999) Community-Based Early Intervention: The Coimbra Project (Portugal). In *Child: Care, Health and Development*, vol. 26:5, Blackwell Publishing.



Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books / Tavistock Institute of Human Relations.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3: *Loss*. New York: Basic Books.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., Morris, P.A. (1998) The Ecology of Developmental Process. In Damon W. (ed). *Handbook of Child Psychology*, 5th ed. New York: John Willy & Sons.

Bruder, M.B. (2000) The Individual Family Service Plan. In *ERIC-Digest*, Nr. E605, Educational Resource Editors Information Centre: Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

Cameron, S., White, M. (1996) *The Portage Early Intervention Model: Making the Difference for Families across the World*. In *Conference Proceedings 1996*, National and International Portage Association.

Detraux, J.J. (1998) *Synthèse du 4ème Symposium Européen sur « Egalité des chances et qualité de vie pour familles avec un jeune enfant handicapé »*. European Association on Early Intervention (Eurllyaid).

Dunst, C.J. (1985) Rethinking Early Intervention. In *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, Vol. 5.

Dunst, C.J. (2000) Revisiting "Rethinking Early Intervention". In *Topics in Early Childhood Special Education*, Nr. 20 (2).

Eurllyaid (1991) *Manifesto of the Eurllyaid working party with a view to future EC policy: Early Intervention for Children with Developmental Disabilities*, Elsenborn: Eurllyaid.

European Agency for Development in Special Needs Education (1998) *Early Intervention in Europe. Trends in 17 European Countries*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in Special Needs Education (2003) *Special Needs Education in Europe*. Middelfart: EADSNE.



Felgueiras, I., Breia, G. (2004) *Early Childhood Intervention in Portugal* (Un-Published).

GALLAGHER, J., CLIFFORD, R. (2000) The Missing Support Infrastructure in Early Childhood. In *Early Childhood Research and Practice*, Vol.2: 1.

GAT, Grupo de Atención Temprana (2000) *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

GENYSI, Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención (1999) *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid; Situación Actual y Documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.

Gesell, A., Ilg F. L., Ames, L.B. (1943) *Infant and Child in the Culture of Today: the Guidance of Development in Home and Nursery School*. New York: Harper.

Golin, A.K, Ducanis, A.J. (1981) *The Interdisciplinary Team, a Handbook for the Education of Exceptional Children*. Rockville, MD: Aspen.

Guralnick, M.J. (1997) *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.

Guralnick, M.J. (2001) A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In *Infant and Young Children*, Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

Hains, A. (1999) *A Comparison of Select Provisions of Individuals with Disabilities Education Act (IDEA Part B, Part C) and Head Start*. Milwaukee: University of Wisconsin Milwaukee.

Helios II (1996a) *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*. Brussels: European Commission.

Helios II (1996b) *Prevention, Early Detection, Assessment, Intervention and Integration: An Holistic View for Children with Disabilities*. Brussels: European Commission.

Horowitz, F.D. (1987) A Developmental View of Giftedness. In *Gifted Child Quarterly*, Vol 31: 4. American National Association for Gifted Children.



Horwath, J. (2000) *The Child's World. Assessing Children in Need*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) / Jessica Kingsley Publishing.

Houston, S. (2002) Re-Thinking a Systemic Approach to Child Welfare: a Critical Response to the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. In *European Journal of Social Work*, Vol. 5: 3. Oxford University Press.

Kotulak, R. (1996) *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*. Kansas City MO: Andrews & McMeel.

Ministry of Education of New Zealand (1996) *Te Whāriki; Early Childhood Curriculum*. Wellington: Ministry of Education of New Zealand and Learning Media Wellington.

Mrazek, P.J., Haggerty R.J. (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.

Nicaise, I. (2000) *The Right to Learn; Educational Strategies for Socially Excluded Youth in Europe*. Bristol: The Policy Press.

Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. (2003) *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

Park, N., Peterson, C. (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. In *Prevention and Treatment*, Vol. 6, article 35, American Psychological Association.

Peterander, F., Speck, O., Pithon, G., Terrisse, B. (1999) *Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe*. Sprimont: Mardaga Publishing House.

Peterander, F. (2003a) La formation du personnel à l'intervention précoce en milieu familial en Allemagne: de nouvelles compétences pour une nouvelle profession. In *La revue internationale de l'intervention familiale*, vol.7: 1.

Peterander, F. (2003b) Supporting The Early Intervention Team. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S.



Early Intervention Practices around the World. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

Piaget, J. (1970) *The Science of Education and the Psychology of the Child*. New York: Grossman.

Piaget, J., Inhelder, B. (1969) *The Psychology of the Child*. New York: Grossman.

Pretis, M. (2001) *Planning, Practising and Evaluating Early Intervention*. Munich: Reinhardt.

Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J.L., Belda, J.C., Gonzalez, T., Vived, E. (2004) *Early Intervention Standards Guide*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temprá / IMSERNO.

Porter, L. (2002) *Educating Young Children with Special Needs*. London: Paul Chapman Publishing.

Ramey, C. T., Landesman-Ramey, S. (1998) Early Intervention and Early Experience. In *American Psychologist*, Vol. 53:2.

Sameroff, A.J., Chandler, M.J. (1975) Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. In *Review of Child Development Research*, Vol. 4, Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A.J., Fiese, B.H. (2000) Transactional Regulation: the Developmental Ecology of Early Intervention. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Meisels, S.J. (2000) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Phillips, D.A. (2000) *From Neurons to Neighbourhood. The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy Press.

Simeonsson, R. J. (1994) *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.



Skinner, B. F. (1968) *The Technology of Teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Trivette, C.M., Dunst C.J., Deal, A.G. (1997) Resource-Based Approach To Early Intervention. In Thurman, S.K., Cornwekk, J.R., Gottwald, S.R. *Contexts of early intervention: systems and settings*, Baltimore: Brookes Publishing.

UNESCO (1994) *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. Paris: UNESCO.

UNESCO (1997) *International Consultation on Early Childhood Education and Special Educational Needs*. Paris: UNESCO.

United Nations Organisation (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. New York: UN.

United Nations Organisation (1959) *Declaration of the Rights of the Child*, New York: UN.

United Nations Organisation (1989) *Convention on the Rights of the Child*. New York: UN.

United Nations Organisation (1993) *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York: UN.

Vygotsky, L.S. (1978) *Mind in Society*. Cambridge MA: Harvard University Press.

World Health Organisation (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.