



THE VELUX FOUNDATIONS
VILLUM FONDEN × VELUX FONDEN



ORSZÁGJELENTÉS – MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRTÉKELÉS A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERÉRŐL

KÉSZÍTETTE:
GÉZENGÚZ ALAPÍTVÁNY

2018. JÚLIUS

Tartalomjegyzék

1. ÖSSZEFOGLALÁS	3
2. Bevezetés	3
2.1. A projekt bemutatása, tárgya, céljai	3
2.2. Az országjelentés célja	4
3. Metódus	5
3.1. Elméleti kutatás	5
3.2. Kvalitatív adatgyűjtés	5
3.2.1. A kutatás során alkalmazott kérdőívek	5
3.2.2. Eljárási folyamat	6
3.2.3. Participants (how many participants, brief background information about the participants)	6
4. Az elméleti kutatás eredményei	8
4.1. Aktuális országos helyzet	10
4.1.1. Szűrés és beutalás	10
4.1.2. Utánkövetés, monitorozás	13
4.1.4. Interdiszciplináris felmérés	15
4.1.5. A családokat érő potenciális stressz faktorok szűrése	15
4.1.7. Az egyéni fejlesztési terv	16
4.1.8. Az egyéni fejlesztési terv monitorozása	16
4.1.9. Új ellátásba kerülés	17
4.1.10. Jogi, politikai és finansziális források	18
4.1.11. Szakemberek képzése	19
4.2. Konklúziók levonása és a kutatás lehetséges nehézségeinek leírása	21
5. A strukturális interjúk eredményei	22
5.1. Az eredmények leírása	22
5.1.1. Szűrés és beutalás	22
5.1.2. A korai intervenciók rendszer alkalmassága	24
5.1.3. Utánkövetés, monitorozás	24
5.1.4. A rendszer hozzáférési pontjai	26
5.1.5. Interdiszciplináris felmérés	26
5.1.6. A családokat érő stressz faktorok szűrése	27
5.1.7. Az egyéni fejlesztési terv	28
5.1.8. Az egyéni fejlesztési terv monitorozása	29
5.1.9. Új ellátásba kerülés	29
5.1.10. Jogi, politikai és finansziális források	30
5.1.11. Szakember képzés	31
5.2. Konklúziók levonása és a kutatás lehetséges nehézségeinek leírása	33
6. Általános konklúziók levonása	33
7. A jövőbeli kutatás kérdései	34
8. Hivatkozásjegyzék	34
9. Függelék	36

1. ÖSSZEFOGLALÁS

Az Agora projekt keretein belül végzett kutatás célja volt a koragyermekkori intervenció működési rendszerének feltárása, továbbá a rendszerben dolgozó szakemberek és az ellátásért folyamodó családok útjában álló nehézségek feltérképezése. A kutatás során alapvetően tizenegy problémakört jártunk körbe: (1) szűrővizsgálat és beutalás, (2) rendszerre való jogosultság, (3) utánkövetés, gondozás, (4) a szolgáltatási rendszer hozzáférési pontjai, (5) interdiszciplináris felmérő vizsgálatok, (6) potenciális stressz tényezők felmérése, (7) személyre szabott terv kidolgozása és megvalósítása, (8) szolgáltatási terv megvalósulásának nyomonkövetése és az eredmények kiértékelése, (9) újfajta szakellátásba történő átadás megszervezése, (10) jogszabályok, törvények és pénzügyi források, (11) személyi felkészülés, képzés. A vizsgálat során tizenöt, a koragyermekkori intervenció ellátórendszer különböző területein (egészségügy, oktatás, szociális szféra) dolgozó, korai fejlesztést nyújtó szakembert kérdeztünk meg ezen témakörökkel kapcsolatban, hogy reális képet kaphassunk az ellátórendszerről. Annak érdekében, hogy ne csak a szolgáltatásnyújtás helyzetéről kapjunk képet, hanem a koragyermekkori intervenció tényleges „főszereplőiről”, az ellátásért folyamodó családok nehézségeiről, helyzetéről is, ezért kikértük a családok véleményét is, szintén ezen területeket körbejárva. A kapott visszajelzéseket kiegészítettük, összevetettük a hazánkban már érvényben lévő protokollokban leírtakkal, szabályozási előírásokkal.

2. Bevezetés

2.1. A projekt bemutatása, tárgya, céljai

Az AGORA projekt célja adekvát korai intervenció rendszer modelljének és megvalósítási stratégiájának kidolgozása helyi és országos viszonylatban egyaránt. A projektben 5 középkelet-európai ország vesz részt (Szlovákia, Lengyelország, Románia, Bulgária és Magyarország), amelyek célul tűzték ki ennek a kihívást jelentő feladatnak a végrehajtását.

A projekt elsődleges célja tehát az 5 középkelet-európai országban működő koragyermekkori intervenció rendszer aktuális helyzetének feltárása, és abból kiindulva:

- olyan átfogó fórum létrehozása, mely lehetőséget ad a korai intervenciós rendszer fő résztvevőinek együttműködésére a magas minőségű koragyermekkori intervenció megvalósítása érdekében
- gyakorlati útmutató, guideline létrehozása, mely előmozdítja a szociális jóléti rendszer átalakulását azáltal, hogy a jogi és politikai kereteket tovább fejleszti regionális, országos és európai szinten
- inspiráló gyakorlati példák bemutatása a többi európai ország számára, illetve egyéb speciális igényű gyermek csoportok számára (például kisebbségi/bevándorló családok)
- a korai intervenciós rendszer hozzáférhetőségének, elérhetőségének vizsgálata az 5 európai országban
- az adott országokban működő korai intervenciós rendszer aktuális helyzetének bemutatása
- a már fentebb említett tizenegy problémakör (1) szűrővizsgálat és beutalás, (2) szolgáltatásra való jogosultság, (3) utánkövetés, gondozás, (4) a szolgáltatási rendszer hozzáférési pontjai, (5) interdiszciplináris felmérő vizsgálatok, (6) potenciális stressz tényezők felmérése, (7) személyre szabott terv kidolgozása és megvalósítása, (8) szolgáltatási terv megvalósulásának nyomon követése és az eredmények kiértékelése, (9) újfajta szakellátásba történő átadás megszervezése, (10) jogszabályok, törvények és pénzügyi források, (11) személyi felkészütség, képesítés feltárása, körbejárása az ellátott családok és a különböző szférában dolgozó, koragyermekkori intervenciót nyújtó szervezetek segítségével
- adatbázis létrehozása a korai intervenciós szolgáltatást nyújtó szervezetekről.

Az ECI Agora projekt Villum Kann Rasmussen által létrehozott Velux Alapítvány támogatásával valósul meg. Az EASPD – European Association of Service providers for Persons with Disabilities – szintén fontos résztvevője a projektnek.

2.2. Az országjelentés célja

A kutatás célja a kora gyermekkori intervenció magyarországi aktuális helyzetének bemutatása. Elsődleges célunk volt az ellátórendszer gyakorlati működésének helyzetfeltárása, a különböző régiók közötti azonosságok és különbségek

bemutatása illetve az elméleti útmutatók, protokollok gyakorlatban való megvalósulásának vizsgálódása. Továbbá célunk volt a jelenlegi szabályozási és finanszírozási, fejlesztési környezet leírása, mivel ezek alapvetően meghatározzák az intézményrendszer működését.

3. Metódus

3.1. Elméleti kutatás

A kutatás során alapvetően figyelembe vettük a 2010 és 2011 között lezajlott, Kereki Judit által írt és szerkesztett a Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához című tanulmányt, mely az EDUCATIO Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. TÁMOP 3.1.1. programiroda által a 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció (TÁMOP-3.1.1-08/1-2008-0002) kiemelt projekt támogatási szerződése alapján a 4. számú „A sajátos nevelési igényű gyermekek esélyegyenlőségének biztosítását segítő szolgáltatások” pillér Korai intervenció hálózati program kidolgozása alprojekt keretében készült. Továbbá forrásként használtuk a Kereki Judit és Szvatkó Anna által írt A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja című tanulmányt, mely a a TÁMOP-3.4.2.B-12-2012-0001 „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)” kiemelt projekt keretében készült. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) - a TÁMOP-5.2.6-13/1-2014-0001 projekt keretein belül - összegyűjtötte a koragyermekkori intervenció területén fellelhető szociális modell szemléletű és a korai felismerésre fókuszáló nemzetközi módszereket és jó gyakorlatokat. Ezt írja le Cs. Ferenczi Szilvia és Csákvári Judit az Új megközelítések a koragyermekkori intervenció témakörében című tanulmány is, mely szintén segítségünkre volt. Továbbá szakmai cikkek, hivatalos weboldalak szolgáltak forrásul az országjelentéshez.

3.2. *Kvalitatív adatgyűjtés*

3.2.1. *A kutatás során alkalmazott kérdőívek*

A kutatás során két fő kérdés fogalmazódott meg, melyekre választ szeretnénk volna kapni:

- Milyen korai intervenciós szolgáltatások érhetőek el az adott országban a speciális igényű/sajátos nevelési igényű gyermekek és családjaik számára?
- Mi az országban működő korai intervenciós szolgáltatások struktúrája és funkciója a szolgáltatást nyújtók, a szülők és a törvényhozók szemszögéből

Az Eurllyaid által kifejlesztett kérdőívek szolgáltak az adatgyűjtés fő eszközeként, melynek felépítése a M. Guralnick által leírt „System Development Model” struktúráját követi. (https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/overview_dev_systems.pdf)

Összefoglalva öt eszközt használtunk a kutatás során: (1) Elméleti kutatás megírásához létrehozott kérdőív, (2) Kérdőív a korai intervenciót nyújtó szakemberek számára, (3) Kérdőív az ellátott családok számára, (4) A kérdőíveket kísérő mellékletek, (5) Szószedet. A kérdőívek nyitott kérdéseket tartalmaztak és kitöltésük körülbelül 1-2 órát vett igénybe. A válaszadás anonim módon történt, a résztvevők adatait bizalmasan kezeltük.

3.2.2. Eljárási folyamat

Az elméleti kutatás a hivatalos beszámolókon, szakvéleményeken valamint a statisztikai adatokon, és jogi szabályozáson alapult, míg a strukturált kérdőívek, interjúk a Gézengúz Alapítvány által felkeresett és megszólított családok és ellátók véleményét, válaszait foglalják össze.

A részvétel önkéntes volt, feltételként szerepelt a személyek együttműködő készsége és a résztvevők beleegyező nyilatkozata. A vizsgálatról a kérdőív kitöltői – mind a szakemberek, mind a szülők - szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptak, utóbbit nyomtatott formában személyesen vagy elektronikus formában mellékelve megkapták a résztvevők, továbbá beleegyezési szándékukat aláírásukkal igazolták a hivatalos beleegyező nyilatkozatunkon.

3.2.3. Résztvevők

Minden országnak legalább 9, a koragyermekkori intervenció területén dolgozó szakembertől kellett a kérdőívben megfogalmazott kérdésekre válaszokat begyűjtenie. Három-három válaszadót kellett toborozni minden szektorból, mind az egészségügy, mind a pedagógia, mind a szociális területről, hogy minél teljesebb képet kapjunk az aktuális ellátórendszeréről. Beválasztási kritériumként szerepelt, hogy minden válaszadónak legalább 1 éves gyakorlati szakmai tapasztalattal kellett

rendelkeznie a koragyermekkori intervenció területén, illetve mindegyiküknek jártasnak kellett lennie a korai fejlesztés területén működő szervezetek koordinátori szerepében.

A szülői kérdőívek tekintetében minden országnak legalább 3 olyan családot/szülőt kellett megszólítania, akiknek speciális nevelési igényű gyermekük van.

Agora projekt keretén belül Magyarországon a Gézengúz Alapítvány 15, a kora gyermekkori intervenció oktatási, egészségügyi és szociális területén tevékenykedő ellátót keresett fel annak érdekében, hogy információt gyűjtsön a hazai gyakorlatról.

A tizenöt kitöltő közül öten az egészségügy, öten a közoktatás és négyen szociális szférában dolgoznak illetve segítségünkre volt egy a magánszférában működő alapítvány is. Az egészségügyi területen osztályvezető főorvosi pozícióban lévő gyermekneurológus szakorvosok, gyermekorvosok valamint egy gyógytornász voltak válaszadóink, fővárosi és a vidéken dolgozó szakemberek, akik 5-10 éves gyakorlati tapasztalattal rendelkeznek. A közoktatási szférában különböző szakvégtzettségű gyógypedagógus ellátókat kérdeztünk ugyancsak több megyéből, több éves szakmai tapasztalattal. A megkérdezett szociális intézmények vezetőit szintén több megyéből választottuk.

A szülői kérdőív kapcsán felkért családokból minden esetben az édesanya volt a válaszadó. Segítségünkre volt egy 3 éves, sclerosis tuberosa diagnózissal élő fiúgyermek édesanyja. A gyermeknek egyaránt fejlődési elmaradása van a motoros és kognitív területen is. Válaszadóink között volt egy 8 éves lánygyermek édesanyja, kislánya koraszülöttként jött világra és 10 napos korában átélt agyvérzés következtében féloldali spasztikus bénulása lett. Ebből kifolyólag a gyermeknek elsősorban mozgásfejlődési lemaradása és látásszervi problémái vannak. Harmadik válaszadóink szintén egy féloldali spasztikus bénulással diagnosztizált 8 éves fiúgyermek és egy 5,5 éves, koordinációs képességeiben érintett kislány édesanyja.

Az ellátórendszer szabályozási, törvényhozási háttéréről szakmai projektben való részvételből, szakmai együttműködésekhez szükséges törvényi keretek naprakész ismeretéből, szakmai konferenciákról és hivatalos weboldalakról, szakmai cikkekből és tanulmányokból tájékozódunk.

4. Az elméleti kutatás eredményei

A korai intervenció olyan szolgáltatás, amely az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról, 30. § (1) szerint jár „attól kezdődően, hogy igényjogosultságát megállapították”, vagyis a sajátos nevelési igényűvé minősítés időpontjától. A törvény megfogalmazza, hogy a különleges gondozás keretében járó korai intervenció az illetékes szakértői és rehabilitációs bizottságok szakvéleményei alapján kell megvalósítani (1993.évi LXXIX.tv. a közoktatásról 30.§.(2) bekezdés). Hazánkban a korai intervencióra való jogosultságot és az ellátási kötelezettséget a közoktatási törvény definiálja, megszervezésének végrehajtását pedig a 4/2010-es OKM rendelet szabályozza. A korai intervenció tehát a szabályozás tekintetében a közoktatás részeként jelenik meg, ebből kifolyólag az intervenciót alapvetően a Pedagógiai Szakszolgálatok végzik, ahol nem foglalkoztatnak egészségügyi végzettséggel rendelkezőket. Azonban a koragyermekkorai intervenció rendszerének intézményes szereplői az oktatási szereplők mellett a szociális és egészségügyi intézmények, illetve annak képviselői is, akik a sérült, fogyatékos, eltérő fejlődésű vagy viselkedésű, illetve lassúbb fejlődésű gyermekekkel és családjával (a gyermek fogantatásától kezdve 5 (6) éves koráig/iskolába lépésig) kapcsolatba kerülnek.

A szakember számára egyértelmű, hogy a korai intervenció rendszere több szakma együttműködését követeli meg; az interdiszciplináris megközelítés és a különböző érintett területet felügyelő tárcák együttműködése, munkájuk koordinációja kulcsfontosságú. Ugyanakkor ennek problémamentes megvalósulása nehéz feladat, mivel jellemzően a hazai ellátásban több szinten foglalkoznak a gyermekkel és családjával (külön oktatási, egészségügyi és szociális területeken), így a különböző területeken dolgozó ellátó szakemberek között nincs kommunikáció, sokszor az is előfordul, hogy nem tudnak egymás szerepéről, kompetenciáiról.

A korai intervencióra szorulóknak számának meghatározását több tényező is nehezíti: egyrészt nincs egyértelműen meghatározva, hogy melyik a célzott korosztály, másrészt az érintettség megállapítása sem egyértelmű. A 2009-ben készült, Kereki Judit által vezetett A korai intervenciók intézményrendszer hazai működése című kutatás zárójelentésében kétféle módon is megbecsülték a korai ellátásra szoruló népesség nagyságát. Az elérhető statisztikák (KSH Népszámlálási adatok, VRONY,

PIC/NIC centrumok adatai, korábbi kutatási eredmények) és a nemzetközi gyakorlatban tapasztalható arányok alapján, egy közepes becslést alapul véve, mintegy 10-15 ezer 0-4 éves korú gyermek szorulhat rá Magyarországon a korai fejlesztésre. Míg a védőnői adatbázis adatai szerint 9030 hat éven aluli korai fejlesztésre szoruló gyermek volt 2009-ben. A fejlesztésben résztvevők számát tekintve vannak hivatalos adatok (szakértői bizottságok adatai), amelyek szerint 2007-ben mintegy 2500 gyermek részesült korai fejlesztésben otthon vagy intézményben. Ugyanakkor a 2009-es kutatás eredményei azt mutatták, hogy ennél jóval több gyermek kap korai fejlesztést: durva becslés szerint mintegy 6000 gyerek lehetett ellátva 2007-ben a korai fejlesztés intézményeiben. **(Appendix 1.)** A kutatás eredményei alapján megállapították, hogy mintegy 9-10 ezer hat év alatti korai intervencióra szoruló gyerek volt 2007-ben és ebből mintegy 5-6000 gyermek kapott intézményes ellátást. Vagyis több gyermek kapott ellátást, mint amiről a hivatalos statisztika beszámolt, ugyanakkor mintegy 30 százalék lehetett az ellátatlan gyermekek aránya. (Kereki-Lannert, 2009., A korai intervenciók intézményrendszer..) A további kutatások során nem vállalkoztak újabb becslésre a kora gyermekkori intervenciók ellátására szoruló gyermekek létszámát illetően. (Kereki, 2011., Regionális helyzetértékelés...)

Az ellátás területi megoszlásának tekintetében 2007-ben a fejlesztett gyermekek majdnem 50 százalékát Budapesten látták el. Több megyében (Hajdú-Bihar, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár, Heves, Borsod- Abaúj-Zemplén) az intézményes fejlesztés arányaiban elmaradt attól a szinttől, amire az adott terület rászoruló gyermekeinek szükségük lett volna. A legnagyobb ellátási gondokat az észak-magyarországi régió mutatta, amelynek megyéi szinte minden mutatóban alatta voltak az országos átlagnak. **(Appendix 2.)** Mintegy 100 korai fejlesztést végző intézmény adatai alapján a korai intervencióban résztvevő gyermekek száma évről évre nő, mintegy 20 százalékpontot emelkedett 2005 és 2007 között. **(Appendix 3.)**

A szakemberhiány több ellátási területen súlyos problémát jelent. A betöltetlen védőnői álláshelyek aránya 2015-ben 8,3% volt. (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL, 2016). Az Országos Alapellátási Intézet 2016. március 1-i adatai szerint a tartósan betöltetlen házi gyermekorvosi és vegyes praxist folytató házi orvosi álláshelyek a praxisok 8,3%-át jelentik. (ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET, 2016). A Pedagógiai

Szakszolgálati intézményekben megközelítőleg ötezer szakember dolgozik, a jogszabály szerint előírt létszám ennél körülbelül 1300 fővel több. (KIR-STAT, 2016) A koragyermekkori intervenció rendszerében dolgozó szakemberek arányát tekintve a Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legkedvezőbb a helyzet, míg Közép-Dunántúlon és az Észak-Alföldön találjuk a legkedvezőtlenebb értékeket. A részletes adatokat tartalmazó táblázat a függelékben található. **(Appendix 4.)** A rendszerben dolgozó terapeuták pontos megoszlásának országos szintű alakulását a függelékben csatolt grafikonok ábrázolják a 2008-as adatok alapján. **(Appendix 5.)**

Hazánkban az 1970-es évek elején a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében kezdtek foglalkozni a kisdedkorú értelmi, érzékszervi és halmozottan sérült gyermekek diagnosztizálásával, s az ezt követő évtizedben a behozott tapasztalatokkal és az itthon elkezdett terápiás és tanácsadói munka hozadékán keresztül sikerült a nyugati országokban folyó kora gyermekkorban nyújtott segítő ellátás színvonalához felzárkózni. A főiskolán a gyakorlati tevékenység az 1980-as évek elején indult egy programmal, amelyben óvodás kor előtti gyerekek mozgásfejlesztését kezdték el végezni, ebből nőtt ki a családokra fókuszáló irányított családi nevelés. (Kereki, 2011, Regionális helyzetértékelés...)

4.1 Aktuális országos helyzet

4.1.1. Szűrés és beutalás

A korai fejlesztés rendszerébe történő bekerülés hazánkban hivatalosan az ún. szakértői bizottságok véleménye alapján lehetséges, a Tanulási Képességet Vizsgáló / Látásvizsgáló / Hallásvizsgáló / Mozgásvizsgáló / Beszédivizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság komplex diagnózisán alapuló „sajátos nevelési igényűvé” való minősítése alapján. Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság regionálisan több helyszínen hozzáférhető, a Látásvizsgáló / Hallásvizsgáló / Mozgásvizsgáló / Beszédivizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság viszont csak egy helyszínen, a fővárosban érhető el. 0–3 éves kor között a sajátos nevelési igény megállapítása, illetve a korai intervenció megkezdésére való javaslatétel a megyei szakértői bizottság feladata. De 18 hónapos kor alatt gyermekneurológus vagy más szakorvos (pl.: neonatológus, ortopéd szakorvos, stb.) diagnosztikai véleménye

alapján is elkészítik a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberei a szakértői véleményt. Ez a korcsoport tehát sajátos helyzetben van az állapotmegismerés terén, mivel a gyermek külön vizsgálata nélkül, szakorvosi javaslattal is megkaphatják a csecsemők a szükséges ellátásokat. A szakértői vizsgálatot minden esetben a szülőnek kell kezdeményezni, erre a gyermekneurológiai vizsgálat során a szülőnek csak javaslatot lehet adni, a szakértői vizsgálatra írásban, kérelemmel, vagy a 15/2013 EMMI rendelet 1. számú mellékletének kitöltésével lehet jelentkezni az illetékes Szakértői Bizottságoknál.

0-3 éves kor között, indokolt esetben (pl. súlyosan halmozottan sérültek) 5-6 éves korig ellátási helyszíneként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő tankerületi pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelölik ki, az ellátás tartalmazza a komplex gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztését, mozgásfejlesztést és pszichológiai segítségnyújtást. Azonban a gyermek szakorvosi nyomonkövetése és fizioterápiája itt nem lehetséges. Ennek okán a szülők kénytelen más intézményeket is felkeresni, ahol a gyermek neurológiai illetve egyéb szakorvosi nyomonkövetése, valamint gyógytornája és egyéb mozgásterápiája, kiegészítő speciális terápiája (evés terápia, művészetterápia...) megvalósulhat. A több intézménybeli ellátás a koordinált munka létrejöttének akadályát képezi.

A 3 évnél idősebb/óvodai ellátásba kerülő gyerekek esetében az ún. Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézetek feladata a teljes körű, további ellátás.

Magyarországon az újszülöttkori szűrővizsgálatokat az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet ("A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és a korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatokról"), illetve ennek 2005-ös módosítása - a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet - részletesen szabályozza az életkorhoz kötött kötelező és önkéntesen igénybe vehető szűrővizsgálatokat. Mellékletében tételesen felsorolja a 0-6 éves korban elvégzendő szűréseket. Ezeknek egy részét a házi gyermekorvosok feladatkörébe rendeli, másik részét pedig védőnői (területileg illetékes szakember, aki a 0-18 éves kor közötti gyermekek alap egészségügyi nyomonkövetését végzi) feladatkörbe utalja. Az egészségügyi ellátásban már a várandósság szakaszában zajlanak bizonyos típusú szűrések, a születés után pedig a gyermek különböző alap- és kiegészítő vizsgálatokon esik át, melyek optimális esetben az újszülött-osztályon

történnek 0–4 napos életkorban. Ezen támogatással igénybe vehető szűrővizsgálatok: teljes fizikális vizsgálat, fejlődési rendellenességek szűrésére, testtömeg, testhossz, fej-/mellkas körfogat mérése és a hazai standardok szerinti értékelése, ideggyógyászati vizsgálat, csípőficam szűrése (speciális műfogásokkal, olykor ultrahanggal vagy röntgennel), érzékszervek működésének vizsgálata körében a hallás és a látás (vörös visszfény, pupilla-reakció, látásmagatartás) vizsgálata, öröklődő anyagcsere-betegségek vizsgálata. A koraszülöttek, illetve az érett, de problémás újszülöttek protokoll szerint a neonatális/perinatális centrumokba kerülnek, ahol szintén lezajlanak a megfelelő szűrővizsgálatok. Hazakerülés után a védőnő fontos feladatot kap a szűrésben, a TÁMOP 6.1.43 kiemelt projekten belül kifejlesztésre került egy szűrési rendszer, amelyben egyrészt a védőnő különböző vizsgálatokat végez, másrészt a szülő megfigyelésen alapuló kérdőívet tölt ki tizenöt életkorban (1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 hónapos, 2, 2,5, 3, 4, 5, 6, 7 éves), ezáltal vizsgálva a 0–7 éves gyermekek pszichomotoros fejlődését. A szűrés kiterjed a nagymotoros mozgás, a finommotoros mozgás, a hallás, a látás, a receptív, expresszív nyelvi készségek, a beszéd, a szociális, az emocionális készségek, a viselkedés és az iskolai készségeket megalapozó háttérképességek, a figyelem, az adaptív gondolkodás feltérképezésére. A 49/2004. (V.21) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról külön is rendelkezik a védőnő által elvégzendő szűrővizsgálatokról. A házi gyermekorvos, házi orvos is rendszeres időközönként az ő feladataként megjelölt szűréseket (mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése, idegrendszer vizsgálata, rejtett heréjűség vizsgálata) elvégzi.

Ugyancsak szűrővizsgálatot végezhetnek a nevelési tanácsadóknál dolgozó szakemberek is a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából - a szülő előzetes hozzájárulásával -, azon gyermekek körében, akik óvodai nevelésben részesülnek és negyedik életévüket betöltötték. Továbbá a logopédiai ellátás keretében el kell végezni az óvodai nevelésben részt vevő, ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének alapvizsgálatát, szűrését, és ennek eredménye alapján szükség szerint a gyermek további pedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatának kezdeményezését. (15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §)

A szülő nem kötelezhető arra, hogy a köznevelési törvényben biztosított korai fejlesztést igénybe vegye, valamint ugyancsak rajta múlik, hogy a nem kötelező szűrésekre, az orvosi vizsgálatokra vagy 3 éves kor alatt a szakértői bizottsági vizsgálatokra elviszi-e a gyermekét.

Az ellátás súlypontja Budapest, ahová a kora gyermekkori intervenciók ellátására szoruló gyerekek több mint 50 %-a koncentrálódik. Az intézményes ellátás széles választéka miatt nagy távolságból is felutaznak ide a családok, akik számára nincs elérhető közelségben megfelelő intézmény, vagy információ hiányában nem ismerik a közelebbi lehetőségeket. Sajnos a kisebb településeken, különösen a falvakban lakók számára a specializált szolgáltatások elérhetetlenek, mivel többnyire a nagyvárosokban szerveződtek az ellátást nyújtó intézmények. Az elérhetőség korlátainak problémáit jelenti a fizikai távolság, az anyagi források szűkössége és az utaztatás nehézségei. A rendszer bonyolultsága mindenesetre nemcsak a tájékozódást, de a bejutást is megnehezíti, nincs tipikus, egyértelműen szabályozott út (Kereki-Lannert 2009). A hozzáférhetőség elősegítése érdekében indult el 2008-ban a Gyerekesély projekt, uniós forrásokra építve. Az ágazatközi együttműködésen alapuló és civil szerveződésekkel együttesen működtetett Biztos Kezdet program a 0–6 éves korú gyermekek esélyegyenlőségének megteremtésére irányuló, helyi kezdeményezéseken keresztül megvalósuló program. Arra törekszik, hogy a hátrányos helyzetű térségekben, falvakban, városi lakónegyedekben, lakótelepeken élő, kisgyermeket nevelő családok komplex támogatását szolgálja a gyermekszegénység egészségügyi, szociális és káros mentális következményeinek megelőzése, valamint a kisgyermek életkori szükségleteinek megfelelő egyenlő ellátása, gondozása céljából (Herczogh 2008).

4.1.2. Utánkövetés, monitorozás

A rendszerbe való bekerülést követően az utógondozás kiemelt jelentőséggel bír. A koraszülöttek, a méhen belül sorvadtt újszülöttek, és minden olyan érett újszülött, akiknek megszületése után bármilyen okból intenzív ellátásra volt szükségük, nyomon követést igényelnek, abban az esetben is, ha az őket hazaadó neonatológus, illetve a házi gyermekorvos nem észlel problémát, vagy ha a védőnői szűrővizsgálat kapcsán nem azonosítható náluk semmiféle eltérés. A „problémamentes” gyermekek

kontrollvizsgálatnak való alávetése az első három évben minimum évente 1-2 alkalommal szükséges. Iskoláskorig szükséges lenne az utánkövetés, ám a kontrollvizsgálatok módját, menetét, gyakoriságát nem szabályozza eljárásrend. A nyomon követés során fontos feladat a belgyógyászati és a fejlődésneurológiai feladatok szétválasztása, a házi gyermekorvos tájékoztatása és az utógondozásba való bevonása. Amennyiben a szakember hiány következtében a gyermekneurológiai utánkövetés nem oldható, akkor a gyermekrehabilitációs szakvizsgálóval rendelkező orvosok ellátásba való bevonása indokolt. (Vekerdy Zs.–Mramurác É. 2006.) Az utógondozásba pszichológus vagy gyógypedagógus, illetve mozgásterapeuta bevonása szükséges.

A Pedagógiai Szakszolgálatoknál a korai intervencióban részesülő gyermekek fejlődését a fejlesztési év végén értékelik a szakemberek. Amennyiben a rendszeres ellátás után a gyermek állapota rendeződött, és további ellátása nem indokolt, összegző értékelési lap kiállításával elbocsátható a rendszerből. Amennyiben a 18 hónapos kor alatti gyermeknél a szakorvos diagnózisa és terápiai javaslata a megyei és a járási szakértői bizottság is vizsgálat nélkül kiállította a szakértői véleményt a korai fejlesztés és gondozás megkezdését követő első tanév során el kell végezni a felülvizsgálatot. A szakértői véleményt az első hivatalból történő felülvizsgálat után addig, amíg a gyermek korai fejlesztés és gondozásban részesül, minden második tanévben hivatalból felül kell vizsgálni. A 18 hó és 3 év közötti gyermekek esetében az alapvizsgálat után 1 évvel hivatalból történő felülvizsgálat következik. Ezután, ha a gyermek enyhe értelmi fogyatékos, illetve egyéb pszichés fejlődési zavarral küzd, a szakértői véleményt az első hivatalból történő felülvizsgálat után addig a tanévig, amelyben a 10 éves életkort betölti minden 2., azt követően és egyéb fogyatékos, valamint autizmus spektrum zavar esetében, illetve ha a kliens beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzd, addig a tanévig, amelyben a tanuló a 16. életévét betölti, minden 3. tanévben hivatalból felül kell vizsgálni.

4.1.3. A rendszer hozzáférési pontjai

A korai intervenciószolgáltató rendszer hozzáférési pontja Magyarországon a területileg illetékes regionális Pedagógiai Szakszolgálat Szakértői Bizottsága, illetve speciális esetben az országos hatáskörű Látás-, Hallás-, Beszéd- illetve Mozgásvizsgáló Szakértői Bizottságok.

4.1.4. Interdiszciplináris felmérés

Magyarországon 2009-től több szakember több projekten és pilot projekten alapuló munkájából fogalmazódott meg az alábbi elméleti háttér a kitűzött reformtörekvések megalapozásához és még a jelenleg is kidolgozás alatt álló folyamatszabályozáshoz.

A koragyermekkori intervenciók ellátását csak olyan diagnosztikai gondolkodásmóddal lehet végezni, amely holisztikus alapokon nyugszik. Ennek értelmében a szűrővizsgálatok és a beutalási folyamat során a rendszer a csecsemőt és kisgyermeket nem magában, hanem bio-pszicho-szociális vonatkozásaiban egyszerre látja és olyan nyelvet beszél, amelyet a különböző ágazatok képviselői megértenek, és munkájukban használni tudnak. (Kereki Judit-A koragyermekkori intervenció rendszere - utak és kapcsolódások) Az utóbbi évtizedekben, a koragyermekkori intervencióban egyre nagyobb hangsúly került a családközpontúságra, a családi környezet fontosságára. Lényegessé vált a család kapacitásainak, képességeinek, erőforrás szervezésének és önképviselésének mértéke. Ennek értelmében a korai intervenció minden területén bevonásra kerül maga a család is: maga az állapotmegismerési tevékenység a szülő kérésére történik és a felmérő vizsgálat módszereiről a szülő előzetes tájékoztatást kap, az ő beleegyezésével végezhető el, a szülők jelen lehetnek a vizsgálatoknál; állapotfelmérés során figyelembe veszik a szülői észrevételeket, megfigyeléseket; az interdiszciplináris team tagja a szülő is, aki a tervezett és kifejlesztett szolgáltatások különböző szintjein a szakemberek együttműködő partnere, bár bevonódásának mértéke korlátozott marad; az interdiszciplináris team összetétele a gyermek és a család szükségleteihez igazodik. (Kereki, Szvatkó, 2015, A koragyermekkori intervenció ...protokollja)

4.1.5. A családokat érő potenciális stressz faktorok szűrése

A családi stressz tényezők, családi erőforrások felmérésére a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti intézményekben a szakemberek a közös társas térben részt vevő, feltáró jellegű megfigyelést végeznek. A gyermekjóléti szolgálat szakemberei probléma-felismerés esetén esetkonferenciát hívhatnak össze az érintett szakemberek között. Az egészségügyi ellátáson belül, a szakorvosi vizsgálat során részletesen tájékozódnak a szakemberek az otthoni körülményekről, a család helyzetéről (mind szociális, mind pszichés viszonyok). Amennyiben a beszélgetés

során komoly stressz tényezők merülnek fel, úgy mind a családdal, mind a házi (gyermek) orvossal, védőnővel, szükség esetén pedig a gyermekjóléti szervekkel (gyermekjóléti és családsegítő szolgálat) veszik fel a kapcsolatot.

4.1.7. Az egyéni fejlesztési terv

A szakértői vizsgálat során feltárt eltérések alapján szakértői vélemény készül, melyben a fejlesztéshez szükséges óraszámot a köznevelési törvény alapján szabják meg. A korai fejlesztés lehetőség szerint a szakértői bizottságok által előírt óraszámokban, heti rendszerességgel történik, egyénre szabott fejlesztési terv alapján, szoros együttműködésben a családokkal. A szakértői vizsgálat lezárásaként konzultációra kerül sor, melyen megismeri a szülő a vizsgálati eredményeket, megállapításokat, a diagnózist, a fejlesztési javaslatokat, a szakvélemény várható tartalmát, valamint amennyiben szükséges, javaslatot tehet a további kiegészítő vizsgálatok elvégzésére. Az ambuláns ellátásban a szülők is részt vesznek a foglalkozásokon, a bölcsődei fejlesztésben ez nem lehetséges, itt a rendszeres szülői, valamint a kisgyermeknevelőkkel történő konzultációk biztosítják a közös gondolkodás lehetőségét. A szakértői vizsgálat eredményét a szülő írásban elfogadhatja, de el is utasíthatja azt. A szakemberek a családtagokat is bevonva Családtámogatási/Szolgáltatási tervet készítenek. A Családtámogatási terv tartalmazza a kiindulási állapot leírását, azokat a célokat, feladatokat, szolgáltatásokat, amelyek segítik a gyermeket/családot a folyamat során. A 4/2010-es rendelet részletesen ír az ellátó intézményben a gyermek fejlődését nyomon követő dokumentáció szükségességéről, és a szakértői bizottságok kontrollszerepéről. (Kereki, 2015, A koragyermekkorai intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja)

4.1.8. Az egyéni fejlesztési terv monitorozása

A Pedagógiai Szakszolgálatban korai fejlesztést végző szakember a szakértői vélemény alapján egy évre szóló fejlesztési tervet készít, melynek egy példányát a szakértői és rehabilitációs bizottságnak elküldi és a fejlesztést ez alapján végzi. A bizottság a fejlesztési tervet megvizsgálja, és szükség szerint kezdeményezi az átdolgozását. A szakember központilag kiadott nyomtatványon egyéni fejlesztési naplót vezet, és a fejlesztési év végén, szintén központi nyomtatványon (értékelési lapon) értékeli. Az

értékelési lapot három példányban kell kitölteni, melyek közül egy a fejlesztő intézménynél marad, s egy-egy példányt a szülőnek, illetve a szakértői bizottságnak kell megküldeni. A szakértői és rehabilitációs bizottság az értékelési lap megállapításai vagy a gyermek vizsgálata, felülvizsgálata alapján szükség szerint módosítja a szakvéleménynek a korai fejlesztés és gondozás megszervezésével kapcsolatos előírásait. A szakértői és rehabilitációs bizottságnak - évente legfeljebb egy alkalommal - el kell végezni a gyermek felülvizsgálatát, amennyiben azt a szülő vagy a korai fejlesztés és gondozás feladataiban részt vevő intézmény kezdeményezi. A bizottság hivatalból folytatja le a gyermek felülvizsgálatát, amennyiben fogyatékosok ápoló, gondozó otthonában helyezték el, továbbá, ha azt az egyéni fejlesztési terv és az értékelő lap alapján indokoltnak látja. A felülvizsgálat eredményeképpen a bizottság szakértői véleményét szükség szerint módosítja, vagy a felülvizsgálat tényét jegyzőkönyvben rögzíti. A szakértői és rehabilitációs bizottság kezdeményezi a fenntartónál a korai fejlesztés és gondozás feladataiban részt vevő intézmény szakmai ellenőrzését, ha az értékelő lap vagy a felülvizsgálat alapján azt indokoltnak tartja. (Kereki, 2015, A koragyermekkorai intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja)

4.1.9. Új ellátásba kerülés

A 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet szerint a bölcsődébe a gyermek húszhetes korától harmadik életévének, fogyatékos gyermek az ötödik életévének betöltéséig, illetve annak az évnek a december 31-éig vehető fel, amelyben a gyermek a harmadik életévét, a fogyatékos gyermek az ötödik életévét betölti. A fogyatékos gyermek rehabilitációs céllal a korai fejlesztés feltételeivel rendelkező bölcsődébe abban az esetben vehető fel és gondozható, ha a szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleményében erre javaslatot tesz, és a bölcsődei gondozás során nem veszélyezteti sem maga, sem társai testi épségét. A gyermek képességeiről ötödik életévének betöltésekor a szakértői bizottságnak szakvéleményben kell ismételtlen nyilatkoznia, annak meghatározása céljából, hogy a gyermeknek óvodai nevelésben vagy fejlesztő felkészítésben kell-e részt vennie. Ha a gyermek intézményt változtat, a szakértői véleményt, az egyéni fejlesztési tervet és az értékelési lapot a küldő intézmény megküldi a fogadó intézménynek. (Kereki, 2015, A koragyermekkorai

intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja). Fogyatékos gyermeket bölcsődébe próbaidővel lehet felvenni, melynek legrövidebb időtartama egy hónap. A próbaidő letelte után a gyermekkel közvetlenül foglalkozó szakmai csoport (orvos, gyógypedagógus, gondozónő) együttes véleménye figyelembevételével kell dönteni a gyermek további gondozásáról. A fogyatékos gyermek bölcsődei elhelyezése történhet egészséges gyermekekkel közös csoportban és speciális bölcsődei csoportban. A speciális csoportban elhelyezett gyermekek állapotától függően kell meghatározni az egy gondozó által ellátható gyermeklétszámot, ez azonban gondozónként három gyermeknél több nem lehet. Egy bölcsődei csoportban legfeljebb 12, fogyatékos gyermeket is ellátó csoportban legfeljebb 10, a kizárólag fogyatékos gyermeket ellátó csoportban legfeljebb 6 gyermek gondozható. (Kereki, 2011., Regionális helyzetértékelés...)

4.1.10. Jogi, politikai és pénzügyi források

A sérült, illetve eltérő fejlődésű gyermekek korai ellátását egyfelől ágazati alaptörvények és végrehajtási rendeletek, az 1993. évi közoktatási törvény és a 4/2010 OMKM rendelet, az 1993. évi szociális törvény és az 1/2000. SZCSM rendelet, az 1997. évi gyermekvédelmi törvény és a 15/1998 NM rendelet, az 1997. évi kötelező egészségbiztosításról szóló törvény – és számos további miniszteri- és kormányrendelet szabályozza. Összekapcsolódásukat részben biztosítja a 4/2010. OKM rendelet, mely a korai fejlesztés intézményrendszerére nézve tartalmaz közös szabályokat. Az egészségügy szabályozása azonban csaknem teljesen független a másik két ágazat részben összekapcsolódó rendszerétől. A korai fejlesztés és gondozás részletes szabályait a 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet tartalmazza.

A kora gyermekkori intervenciót ellátó intézmények finanszírozása igen eltérő képet mutat. Egyrészt ágazati szinten, hiszen a szociális és oktatási intézmények finanszírozása különbözik a társadalombiztosítás keretében finanszírozott egészségügyi intézményekétől. Másrészt fenntartó szempontjából is eltérés tapasztalható, az önkormányzati (települési és megyei fenntartású intézmények) és többcélú kistérségi fenntartású intézmények finanszírozása jelentősen különbözik a nem önkormányzati és nem többcélú kistérségi intézményekétől. A bevételek három

szintről folynak be az intézményekbe, egyrészt az állami költségvetés szintjéről, másrészt a fenntartói szintről, harmadrészt olyan egyéb forrásokból, amelyek az intézményi szinthez kötöttek (pl. adományok, szülői hozzájárulások). A jelenleg érvényes finanszírozási kereteket a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről szóló 2009. évi CXXX. törvény határozza meg. A korai fejlesztés és gondozás állami finanszírozása alapvetően a feladatot ellátó önkormányzatok normatív költségvetési támogatásán keresztül valósul meg. A költségvetési törvény tartalmazza a korai fejlesztés, gondozás évi fajlagos összegét (jelenleg 240 ezer Ft/fő), valamint az igénylés kritériumait. Az állami központi költségvetés felől alapvetően három csatornán át érkezik pénz a kora gyermekkori intervenciók ellátást nyújtó intézményekhez: a szaktárcák költségvetési keretéből az önkormányzatoknak és kistérségi társulásoknak járó normatív típusú hozzájárulásokon, a NEAK-ból egyenesen az intézményekbe érkező, beavatkozás alapú társadalombiztosítási hozzájárulásokon illetve a különféle pályázati lehetőségeken keresztül. Az első csatorna az oktatási és szociális ágazati irányítás alá tartozó, míg a második az egészségügyi intézménytípusok számára elérhető. A pályázati lehetőségek általában konkrétan a kora gyermekkori intervenció szakterületéhez kapcsolódó eszközberuházásokat vagy szakirányú képzéseket céloznak. (Kereki, 2011., Regionális helyzetértékelés...)

4.1.11. Szakemberek képzése

A hazai koragyermekkori intervenciók intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti illetve egyéb intézményeket, valamint mindezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a speciális támogatást igénylő gyermekekkel illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek. Ebből a megfontolásból az intézményes szereplők közé soroljuk az egészségügy területén a szülészorvost, a neonatológust, a perinatális/neonatólis intenzív centrumokat, a kórházak csecsemő és/vagy újszülöttsztyályait, gyermekrehabilitációs szakorvost, a házi gyermekorvosokat, védőnőket, gyermek-neurológusokat, korai rehabilitációt/habilitációt végző intézményeket, gyermekpszichiátriákat, klinikai szakpszichológust, genetikust, szemészorvost, fül-orr-gégészt, audiológust, ortopéd szakorvos és egyéb szakorvosokat, dietetikust és gyógytornászt; a szociális területen a gyermekjóléti

szolgálatokat, falu- és tanyagondnoki szolgálatokat, családsegítő központokat, gyermekotthonokat, a napközbeni ellátást biztosító bölcsődéket, családi napközit, családi gyermekfelügyeletet, házi gyermekfelügyeletet, területi gyermekvédelmi szolgálatot és a gyámhatóságot, szociális munkásokat, családgondozókat, csecsemő- és kisgyermeknevelőket; míg a köznevelés területén a Pedagógiai szakszolgálati Intézményeket (tankerületi, megyei, országos), óvodákat, szakértői bizottságokat, Egységes gyógypedagógiai és konduktív pedagógiai módszertani intézményt (EGYMI), óvodapedagógust, gyógypedagógust, pszichopedagógus, szomatopedagógus, konduktort. Egyéb intézmények közé tartoznak a magánellátók, Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei. A korai intervenció rendszere több tárca és szakma együttműködését követeli meg. Az interdiszciplináris megközelítés és a különböző érintett területet felügyelő tárcák közötti együttműködés és koordináció tehát kulcsfontosságú. Ugyanakkor ennek zökkenőmentes megvalósulása szinte mindenütt probléma Európában is. Jellemzően a hazai ellátásban, ha több szinten foglalkoznak is a gyermekkel és családjával, az ellátó szakemberek között nincs kommunikáció, sokszor az is előfordul, hogy nem tudnak egymás szerepéről. Az ellátórendszerben folyó szakmai munka ellenőrzését ma (ágazatonként eltérő struktúrában és intenzitással) szakfelügyelők biztosítják, akik hagyományos szerepkörükben azt ellenőrzik, hogy a szolgáltatások a standardoknak megfelelően és megfelelő szakmai színvonalon végzik-e a működésüket. A gyakorlatban az adott tagintézményben a team-vezetők, míg intézményi szinten a munkaközösség-vezetők koordinálják a szakmai munkát és felügyeletükkel biztosítják a színvonalas munkavégést. A korai fejlesztést hazánkban alapvetően, hivatalosan, normatív finanszírozással a Pedagógiai Szakszolgálatok végzik, ezek szakmai felügyelete a tankerületek vezetőinek illetve a megyei szakszolgálatok vezetőinek feladata.

Olyan szakmai felügyelet, mely a tágabb értelemben vett kora gyermekkori intervenciók tevékenységeinek minőségét ellenőrzi, jelenleg nem működik hazánkban.

Hazánkban a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek között képzés tekintetében igen széleskörű a felhozatal. Képzéssel kapcsolatban a hazai elvárás, hogy a kivizsgálásban és a terápiában résztvevő egészségügyi szakembereknek érvényes és szabályos működési engedéllyel, nyilvántartási számmal kell rendelkezniük. Korábbi kutatások alapján elmondható, hogy a hazai viszonylatban

a szociális ágazati irányítás alá tartozó bölcsődékben és a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonaiban dolgozik a legtöbb érettségivel rendelkező korai ellátásban foglalkoztatott alkalmazott. Egyetemi végzettséggel rendelkező szakembereket pedig legmagasabb arányban az egészségügyi intézményekben találunk, illetve a korai fejlesztő központokban és a gyermekotthonokban. A legiskolázottabb munkaerőt a multifunkcionálisan integrált és az alapítványi fenntartású intézményeknél foglalkoztatják. Hazánkban a korai intervencióban részt vevő szakemberek számára számos akkreditált posztgraduális képzés áll rendelkezésre. Ezek a tanfolyamok az Emberi Erőforrások Minisztériuma által engedélyezett és az Oktatási Hivatala által akkreditált továbbképzési programok. A 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet - az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól - alapján az egészségügyi tevékenységet végző személyek kötelesek egészségügyi szakmai továbbképzéseken részt venni. A köznevelési területen 7 évenként kötelező a pedagógusok számára legalább 120 tanórai foglalkozáson való részvétel. (Kereki, Lannert, 2009., A hazai intervenciók intézményrendszer hazai működése)

4.2. Konklúziók levonása és a kutatás lehetséges nehézségeinek leírása

A kutatási folyamatban nehézséget jelentett, hogy a szakmán belül nincs tiszta definíciója a korai fejlesztés, korai intervenció vagy korai rehabilitáció fogalmának. A célzott korosztály meghatározása sem pontos. Ugyancsak nehezítette munkánkat az, hogy a hazai ellátásban több szinten foglalkoznak a gyermekekkel és családjaikkal - külön oktatási, egészségügyi és szociális területeken - mindegyik a maga szabályozása szerint, és nem látható a közös célra irányuló tevékenység, kommunikáció. További hátráltató tényező volt az adatbázisok, leíró és összehasonlító statisztikák hiánya, melynek következtében nehezen látható át a teljes intézményhálózat. Szintén problémát jelentett az eltérő működés, miszerint az intézmények eltérő ágazati hovatartozásuk miatt különböző időszakokra vonatkozó statisztikával rendelkeznek a gyerekekről. Mindezen tényezők a kutatás korlátját képezték.

5. A strukturális interjúk eredményei

5.1. Az eredmények leírása

5.1.1. Szűrés és beutalás

Az oktatás területéről pedagógiai szakszolgálatok tagintézményeinek vezetői voltak válaszadóink több megyéből. A kapott válaszok alapján igen eltérő képet kaptunk a pedagógiai szakszolgálatok működéséről. Vannak olyan tagintézmények, ahol egyáltalán nem végeznek szűrővizsgálatot, míg más intézményekben gyógypedagógus által vezetett szűrés jellegű állapotfelméréssel döntenek arról, hogy szükséges-e további vizsgálat. Ezen szűrővizsgálatok részét képezi a részletes anamnézis felvétel, szülői kérdőív a gyermek aktuális állapotáról, konduktív operatív megfigyelés és a SEED Fejlődési Skála vagy a Bayley III szűrőtesztjének felvétele. A beérkezett válaszok alapján elmondhatjuk, hogy leggyakrabban a védőnők, házi orvosok jelzése, javaslata alapján a szülők önként – személyesen, e-mailen vagy telefonon – jelentkeznek a pedagógiai szakszolgálatokhoz. Ide a korai fejlesztésre való bejelentkezéshez nem szükséges beutaló, de egyes esetekben előfordul, hogy a család gyermekorvostól, szakorvostól kapott beutalóval érkezik. A pedagógiai szakszolgálatok működését, ellátási rendjét a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet szabályozza, ennek értelmében a Pedagógiai Szakszolgálatokban történő hivatalos koragyermekkorai intervenció rendszerébe való bekerülés csak szakértői vélemény alapján lehetséges, azonban vannak intézmények, melyek szülői kérésre vagy orvosi javaslatra is fogadják a családokat (és nem korai fejlesztés címszó alatt, de mégis ellátják a gyermekeket) és csak “szükség esetén” (hosszabb, intenzív beavatkozás valószínűsége) kéri a szakértői bizottság véleményét.

Az egészségügyi szférából válaszadóink többsége gyermekgyógyász, gyermekneurológus szakorvos (osztályvezető főorvosi pozícióban) volt illetve segítségünkre volt egy gyógytornász-fizioterapeuta végzettségű szakdolgozó, aki egy vidéki korai fejlesztő intézmény vezetője. A kapott visszajelzések alapján elmondhatjuk, hogy házi orvosi javaslatra vagy szülői felkeresésre (magánellátás) történik a gyermekneurológiai vizsgálat, amely egy, a fejlődésneurológiában jártas gyermekneurológus vezetésével és egyes helyeken gyógytornász/gyógypedagógus/klinikai szakpszichológus/elektrofiziológus, elektroterápiás szakasszisztens/nővérek segítségével történik, a kompetencia határok

betartásával és a fejlődésneurológia protokollja szerint. Szükség esetén a szakorvosok a gyermeket az organikus károsodás kizárása céljából részletes fejlődésneurológiai vizsgálatra a Szt. Margit Kórház Fejlődésneurológiai Osztályára vagy más gyermek szakintézménybe (pl. MRE Bethesda utcai Gyermekkórház, Semmelweis Egyetem Gyermekklinikai) küldik további kivizsgálásra. A vizsgálat során nyert tapasztalatokat, eredményeket és amennyiben szükséges, a javasolt kezelést minden esetben részletesen megbeszéljük a szülővel, családtagokkal. Általánosságban elmondható, hogy a szakemberek az érvényben 2017.11.13. óta hatályos „Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a fejlődésneurológiáról és a neuroterápiáról” c. 2017. EüK. 18. szám EMMI klinikai egészségügyi szakmai irányelvet követik.

Kutatásunk során azt az eredményt kaptuk, hogy az általunk kérdezett korai fejlesztést végző alapítványokban, fejlesztő központokban sem végeznek szűrővizsgálatokat. Ezekbe az intézményekbe a családok többnyire orvosi javaslatra, beutalóval érkeznek, habár ez nem feltétele az ellátásnak - “minden hozzánk irányított gyermeket fogadunk valamilyen formában” -, a családok önállóan is folyamodhatnak ellátásért. Azonban amennyiben egy család az alapítvány/fejlesztő ház által finanszírozott terápiában kíván részesülni, abban az esetben a gyermeknek terápiás ellátásra irányuló gyermekneurológus szakorvosi/pedagógiai szakszolgálati javaslattal kell rendelkeznie. A szociális területen működő intézmények esetében szintén nem beszélhetünk tényleges szűrővizsgálatról. Az ide érkező gyermekek fejlődését a mindennapi élettevékenységek és a különböző klubtevékenységek (pl. mozgás, éneklés/mondókázás, kreatív foglalkozások) során tudják felmérni a szakemberek. Bizonyos esetekben (pl. egyes gyermekotthonok) a csecsemőket, kisgyermeket ellátó gondozónők és gyógypedagógusok mellett időnként gyermekorvos, védőnő és pszichológus is felméri a gyermekek állapotát. Amennyiben bármelyik szakember problémát észlel, úgy megkezdődik a gyermekek kivizsgálása. Az érintett gyermekeket a Pedagógiai Szakszolgálat szakmai team-je vizsgálja ki, ennek során szakvélemény születik, amivel megkezdődhet később a komplex korai fejlesztés. A gyermekotthonok esetében a korai fejlesztést általában a Nevelési Tanácsadó munkatársai végzik, a szakértői véleményben előírt időtartamban és módon, de az otthonban dolgozó pedagógus végzettségű szakemberek is segítik az ellátást. Amennyiben az intézményben dolgozik gyógypedagógus/konduktor végzettségű szakember és a

Szakértői Bizottság alkalmasnak találja a szociális intézményt a gyermek ellátására, abban az esetben a bizottság kijelölheti az adott szociális intézményt is a korai fejlesztés biztosítására.

Mivel nincs egyértelműen szabályozott betegút, a családok általában probléma esetén párhuzamosan keresik fel az egészségügyi és köznevelési intézményeket, nincsenek tisztában azzal, hogy hova kell fordulniuk. Az egészségügyi intézményekhez háziorvosi vagy szakorvosi beutaló szükséges, ennek kiadása ingyenes, a Pedagógia Szakszolgálatokhoz való felvételhez ennek megléte nem feltétel. A szülők visszajelzése szerint mindkét területen részletes diagnosztikai vizsgálatot végeztek gyermekükön.

5.1.2. A korai intervenció rendszer alkalmazása

A szociális területről egyöntetűen azt a visszajelzést kaptuk, hogy az ebben a szférában dolgozó szakembereknek nem kompetenciája megállapítani koragyermekkori intervenció igénybevételére való jogosultságot, csupán ajánlásokat fogalmazhatnak meg a család felé.

A közoktatás esetében - amennyiben az 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 4.§ (2a) bekezdés hatálya alá tartozik az adott család -, a járási tagintézmény állapítja meg a jogosultságot, tehát az oktatási szférához tartozó intézményeknek hatáskörébe tartozik a jogosultság megállapítása .

Az egészségügyi szférában ez a kérdés összetettebb: az egészségügyi dolgozók közül csupán a szakorvosoknak van jogköre a jogosultság megállapítására. „Azonban a 18 hónapos életkor betöltését követően csupán javaslatot tudnak adni a szülőnek a kora gyermekkori intervencióra, ez esetben szakértői bizottsági vizsgálat szükséges a rendszer igénybe vételéhez, melyet a szülőnek/gondviselőnek írásban kell kezdeményeznie az illetékes megyei vagy fővárosi Pedagógiai Szakszolgálatnál vagy speciális esetben az országos hatáskörű Látásvizsgáló, Hallásvizsgáló, Mozgásvizsgáló, Beszédivizsgáló Szakértői Bizottságnál.”

5.1.3. Utánkövetés, monitorozás

A korai fejlesztést igénylő gyermekek utánkövetését az egészségügyi intézményekben minden esetben biztosítják. A kontrollvizsgálatok ütemezését a várható terminushoz korrigált 1, 2, 4, 6, 9, 12 és szükség szerint 15, 18 hónapos korban/ problémától

függően 3hó, fél vagy egy éves intervallumokban végezik el a szakemberek. Súlyos esetekben a kontrollvizsgálatok heti rendszerességgel vagy 2 hetente is történhetnek. A gondozás lezárását problémamentes esetekben az önálló járásig ütemezik. Preventív szemlélet alapján azokat a gyermekeket, akiknél magas a fejlődést gátló kockázati tényezők aránya (pl. koraszülöttek, kis súlyú újszülöttek, terhelő családi vagy perinatalis anamnézisű gyermekek), minden esetben nyomon követik az egészségügyben, attól függetlenül, hogy a gyermek jogosult-e a korai intervencióra. Amennyiben csecsemő- és kisdedkorban nincs lényegi fejlődési elmaradás és a gyermek nem kerül be a koragyermekkori intervenció rendszerébe, abban az esetben a védőnői ill. családgondozói hálózatra bízzák a gyermeket illetve az óvodába kerülés előtt szakértői vizsgálatot javasolnak a későbbi óvodai fejlesztések (gyógypedagógia, logopédia, mozgásterápia) elbírálása céljából.

A köznevelés területén a gyakorlatban a folyamatos utánkövetés nevelési tanácsadás formájában valósul meg, azoknál a gyermekeknél, akik a továbbiakban Beilleszkedési, Tanulási, Magatartási problémák státuszt kapnak (már nem Sajátos nevelési igény). Amennyiben a 3 éves kori illetve óvodakezdés előtti kontroll vizsgálat szakvéleménye alapján nem indokolt a további fejlesztés, akkor lényegében hivatalos utánkövetés nincs, személyes kapcsolatok befolyásolják, hogy a családok visszajeleznek-e az életük alakulásáról, a gyermek fejlődéséről. Amennyiben további fejlesztés indokolt, SNI-s lesz a gyermek, akkor a Szakértői Bizottság a jogszabályban előírt időközönként kontrollvizsgálatot végez, de ez sem egyenlő az utánkövetéssel vagy gondozással. Az utánkövetés és gondozás minden alkalommal a család igényei és az intézet kapacitása alapján, a szülőkkel egyeztetve történik, így a minden esetben a probléma jellege és az adott szakember szempontrendszer szerint történik, szükség esetén a komplex vizsgálat megismétlésével.

A szociális szférában tényleges utánkövetés nem történik, például a gyermekotthonokból kikerült gyermekek esetén. De a rendszeresen járó családok/édesanyák esetében partnergondozás keretében a gyermek(ek) és a család pszichoszociális és biológiai változásai folyamatos monitoring alá esnek.

A családok nem minden esetben tudnak a különböző területek kompetenciáiról, nem tudják milyen esetekben, milyen feltételekkel tudnak támogatásért folyamodni.

Problémaként jelezték, hogy a szakszolgálatok által előírt biztosítandó fejlesztésekhez nem feltétlenül tudnak mindenhol megfelelő szakembert biztosítani.

5.1.4. A rendszer hozzáférési pontjai

A korai intervenciós szolgáltató rendszer hozzáférési pontja Magyarországon a területileg illetékes Pedagógiai Szakszolgálat Szakértői Bizottsága, illetve speciális esetben az országos hatáskörű Látás-, Hallás-, Beszéd- illetve Mozgásvizsgáló Szakértői Bizottságok. Az egyes intézmények hozzáférési pontja pedig leggyakrabban a telefonos elérhetőség, weboldal és az e-mail. A családoknak nincs tudomása olyan hivatalról, amelyhez támogatási ügyben hivatalosan információért fordulhat.

5.1.5. Interdiszciplináris felmérés

A köznevelés keretében elvégzett interdiszciplináris felmérő vizsgálatok általában gyógypedagógus és konduktor – szükség esetén pszichológus segítségével -, bio-, pszicho-, szociális komplex intervenciós szemlélet alapján zajlanak le. Ennek során a Bayley III. vagy SEED Fejlődési Skálát, konduktív operatív és a gyógypedagógiai, valamint pszichológiai megfigyelési rendszert alkalmaznak. Már az első interjú során tájékoztatást kapnak a szülők a vizsgálati lehetőségekről, illetve a használt módszerekről. A szülők az értékelésnek is aktív résztvevői, a felmérő vizsgálat során általában végig jelen vannak és észrevételeik megosztásával segítik a szakemberek munkáját. Szükség esetén a szakemberek a szakértő bizottság felé irányítják a családot a sajátos nevelési igény megállapítására/kizárására.

Az egészségügyi szférában a felmérő értékelés többnyire a gyermekneurológiai vizsgálat keretén belül történik, a Magyarországon érvényes protokoll az Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Felelős Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégiumának Egészségügyi Szakmai Irányelve „A fejlődésneurológiáról és a neuroterápiáról” alapján. Ennek során a szakemberek részletes anamnézist vesznek fel majd a gyermekneurológiai vizsgált eszközeivel felméri a gyermek aktuális állapotát. A vizsgálat gyermekneurológus vezetésével történik és az intézmény lehetőségei szerint gyógytornász, gyógypedagógus, klinikai szakpszichológus, elektrofiziológus szakasszisztens, elektroterápiás szakasszisztens és csecsemő ápolók segíthetik. Az eredményekről illetve a vizsgálat és véleményezés valamennyi lépésről tájékoztatják a szülőket.

A szociális területen kevésbé jellemzőek az interdiszciplináris felmérő vizsgálatok, intézménytől függően eltérőek a bevált gyakorlatok. A Szakértői javaslatra felvett gyermekek fejlesztő foglalkozásai általában egy hosszabb megfigyelési szakasszal kezdődnek, ahol a gyógypedagógus a különböző foglalkozások alkalmával igyekszik felmérni az adott gyermek képességeit, készségeit, figyelembe véve a szülők beszámolóját és a szakértői véleményt. Egyes egyesületeknél pszichológus, gyermekorvos, védőnő és mentálhigiénés szakember tart egyéni és kiscsoportos tanácsadásokat meghatározott gyakorisággal, illetve kérés esetén egyéni időpontokban.

A gyakorlatban, a szülői visszajelzések arról számoltak be, hogy a felmérő vizsgálatok során inkább csak utólag, az eredményekről tájékoztatják a családokat, a felmérés módszereiről általában nem kapnak előzetes ismertetést, magyarázatot. A szülők minden esetben jelen voltak a felmérő vizsgálaton, amit a vizsgálat jellegétől függően egy vagy több szakember végzett.

5.1.6. A családokat érő stressz faktorok szűrése

Mivel a szociális területen a tényleges felmérő vizsgálat sem bevált gyakorlat, ezért a potenciális stressztényezők szűrése sincs külön felmérési rendszerük. A szociális intézményekbe érkező családokat a szakemberek a különböző segítő foglalkozások során megismerik, betekintést nyernek a családi erőforrásokba, stressztényezőkbe.

A köznevelési szférában a szakértői bizottsági vizsgálatok míg az egészségügyben a gyermekneurológiai vizsgálatok keretein belül az élettörténet (nyelv-, beszéd- és mozgásfejlődési anamnézis, orvosi-biológiai anamnézis, a funkciófejlődés, a szocioökonómiai státusz, az érzelmi-szociális és kognitív fejlődés, jelentős életesemények, otthoni és intézményes nevelés, eddigi intervenciós próbálkozások, familiáris adatok) átbeszélése során térképezik fel a szakemberek a családokban potenciálisan jelentkező stressz tényezőket, a családtámogatási hálózatokat és a családi erőforrásokat. Továbbá a gyermekorvosi, védőnői és a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció ad lehetőséget a család erőforrásainak, stressztényezőinek felmérésére. A megkérdezett családok is arról számoltak be, hogy a felmérő vizsgálatok alkalmával a szakemberek alaposan kikérdezték őket a család aktuális helyzetéről, erőforrásairól, aggodalmairól.

5.1.7. Az egyéni fejlesztési terv

Magyarországon a korai fejlesztést alapvetően az oktatási rendszerhez tartozik, így a hivatalos szolgáltatási terv is ennek a szférának a feladata. A szakértői vizsgálat során feltárt eltérések alapján szakértői vélemény készül, melyben előírják a szükséges fejlesztési óraszámot, heti rendszerességet. A korai fejlesztést ez alapján az egyéni fejlesztési terv alapján kell végezni, melyet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről ír elő. A vizsgálat lezárásaként konzultációra kerül sor, melyen a szülővel ismertetik az eredményeket, megállapításokat, a diagnózist, a fejlesztési javaslatokat, a szakvélemény várható tartalmát. A vizsgálat eredményét a szülő írásban elfogadhatja, de el is utasíthatja azt. Elméletben mindhárom terület korai fejlesztést végző szakembereinek a Szakértői Bizottság által megállapított szolgáltatási tervet kellene követnie a fejlesztés során, de hatáskörük csak a pedagógiai szférára terjed ki.

Általában az egészségügyi intézményekben is készítenek egy "kivizsgálási és kezelési tervet", javaslatot: ebben a folyamatban elsősorban a gyermekneurológus vesz részt, de munkáját teamben gyógytornász, klinikai szakpszichológus/gyógypedagógus, elektrofiziológiai szakasszisztens, elektroterápiás szakasszisztens, csecsemőápoló segíti.

A szociális intézményekben pedig ún. egyéni gondozási-nevelési tervet készítenek, mely a gyermeket érintő fontos tényezőket, feladatokat, felelősöket és határidőket tartalmazza. A terv a nevelésbe vételkor az otthon munkatársai állítják össze és kb. félévente aktualizálják.

A kérdőívben megfogalmazott Szolgáltatási tervvel kapcsolatos kérdésre - „Miután a gyermek felvételt nyert valamilyen korai fejlesztésre, vázoltak-e egy tervet azokról a szolgáltatásokról, amelyeket a továbbiakban igénybe vehet? Létezik-e előírás szerinti kötelezettség ilyen tervre az Önök országában?” – az alábbi válaszokat adták a szülők: “Nem tudok ilyen tervről és előírás szerinti kötelezettségről sem.”, “Nem tudok előírt kötelezettségről. A vizsgálatokat követően meghatározták a javasolt terápiákat.” A javasolt terápiákat inkább magán úton, térítéses szolgáltatások keretében vették igénybe. A visszajelzések szerint a neurológus, illetve a fejlesztő szakemberek folyamatosan követik a gyermekek fejlődését, ezek alapján határozzák meg a szükséges fejlesztéseket és azok gyakoriságát, a szülőkkel egyeztetve. Mivel a fejlesztő

foglalkozások általában nem egy intézményen belül valósulnak meg, összességében inkább a szülők koordinálják a folyamatot.

5.1.8. Az egyéni fejlesztési terv monitorozása

A hivatalos szolgáltatási terv monitorozása az alábbiak szerint történik: "Ha a gyermek a szakértői vizsgálat során korai fejlesztés rendszerében bekerült, a szakértői bizottság 18 hónapos korban, 3 évesen illetve egy, két vagy három évente, 16 éves koráig felülvizsgálja. A szakértői vélemény érvényessége időben meghatározott, melyet a szakértői vélemény tartalmaz. Rendkívüli felülvizsgálat ezen időintervallumon belül, indokkal kezdeményezhető." Emellett természetesen az egészségügyben dolgozó szakorvosok is nyomonkövetik a diagnosztizált gyermekeket, általában 3 vagy 6 havonta hívják vissza a gyermeket kontrollvizsgálatra, de súlyosabb esetekben ez az idő lehet kevesebb is.

5.1.9. Új ellátásba kerülés

"A megyei és/vagy az országos (érzékszervi és mozgásfogyatékos gyermek esetén) szakértői bizottsági tehet javaslatot korai fejlesztésből óvodába való átkerülésre." Jelenlegi jogszabályi előírás, hogy a körzeti nevelési intézmény fogadja be a sajátos nevelési igényű kisgyermekeket, amennyiben az alapító okirata tartalmazza az adott fogyatékosági csoportba tartozó populáció integrálását. Ha a szülő nem a körzeten kívüli óvodába szeretné gyermekét beiratni, a választott intézménytől befogadó nyilatkozatra van szükség. Bizonyos esetekben szegregált óvodai csoportban történik a gyermekek további sérülésspecifikus nevelése, fejlesztése, rehabilitációja, rehabilitációja. Az óvodába kerülést a korai intervencióban dolgozó szakemberek és szülők a gyermekek fejlődési ütemét figyelembe véve választják ki. Azonban az új szakellátásba kerülés egy hosszú folyamat, így a gyakorlatban általában a fejlesztést végző pedagógiai intézmény kapacitás és a család igényei szabja meg, hogy milyen mértékben vesznek részt a szakemberek a folyamatban.

Az egészségügyi intézmények kevésbé vesznek részt ebben a feladatban, szükség esetén egy átfogó leírást adnak a gyermek állapotáról, az intézményben történő fejlesztésről, a kiindulási és elért eredményekről, hogy az új intézmény munkáját megkönnyítsék. Szülői oldalról azt a visszajelzést kaptuk, hogy a gyakorlatban saját maguk intézik az újfajta szakellátásba kerülést, keresik meg a lehetőségeket,

intézményeket. A szakértői bizottság felé, amely hivatalosan jogosult az intézménykijelölésre, már általában a befogadó nyilatkozatot viszik a szülők, amiben az óvoda, iskola nyilatkozta, hogy a gyermek integrációját, fejlesztését meg tudja oldani és vállalja.

5.1.10. Jogi, politikai és pénzügyi források

A korai fejlesztést Magyarországon alapvetően a regionális és megyei Pedagógiai Szakszolgálatok végzik, munkájukat a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet szabályozza. A pedagógiai szakszolgálat által biztosított szolgáltatások, így a kora gyermekkori intervenciós szolgáltatások is ingyenesek. A pedagógiai intézmények állami költségvetésből gazdálkodnak: központi költségvetés alapján az intézmény saját költségvetést készít, a fenntartó finanszírozza a működést, a források nincsenek elkülönítve a szakfeladatra. A szakemberek finanszírozása folyamatosan biztosított, új eszközök beruházása erősen korlátozott. Továbbá uniós források igénybevételére van lehetőség kormányzati szinten. Az egészségügyi intézmények az Egészségügyi jogszabályokat, betegjogokat és gyermekjogokat figyelembe véve működnek. Részletesen: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről, 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről, 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, Gyermek-alapellátási útmutató a 0-7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest 2014. Az állami fenntartású egészségügyi intézmények OEP finanszírozás alapján, országos területi ellátási kötelezettséggel működnek, társadalombiztosítás nélkül a jogszabályban rögzített térítés ellenében biztosítanak

ellátást. Az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározását, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételeket, valamint a teljesítmények elszámolását a 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet tartalmazza ("Járóbeteg-szakellátási Szabálykönyv"). Az egészségügyi magánrendelők/intézmények esetében a családok finanszírozzák a fejlesztéseket. A szociális területen működő intézmények finanszírozási rendszere hasonló képet mutat. Az állami fenntartású intézményekben az ellátás ingyenesen igénybe vehető, míg a civil működésű intézmények esetében a szolgáltatás térítési díj ellenében zajlik. Egyes intézmények pályázati és saját forrásokból tartják fenn magukat.

A szülői válaszok alapján azt mondhatjuk, hogy egy gyermek korai fejlesztése körülbelül heti 10-15000 Ft-ba kerül. Ez többféle, főképp mozgásterápiát foglal magában, például mozgásfejlesztést/gyógytornát, manuális kezelést, hidroterápiás kezelést/úszást heti egy-két alkalommal. Az államilag finanszírozott Pedagógiai Szakszolgálati ellátásban főképp pedagógiai tanácsadást, gyógypedagógiai fejlesztést tudnak igénybe venni. Sok esetben ezt is magán úton oldják meg, ekkor az összeg arányosan növekszik. A családok támogatásként emelt családi pótlékot kapnak az államtól, mely havonta 10 000 Ft-al jelent több családi pótlékot.

5.1.11. Szakember képzés

A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza, hogy a korai fejlesztés és gondozás tevékenységet pedagógus-munkakörben gyógypedagógus, pszichológus (klinikai gyermek szakpszichológus, klinikai és mentálhigiénés (felnőtt) szakpszichológus, tanácsadó szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus) és konduktor szakemberek végezhetik. A nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő munkakörben gyógytornász segítheti a szakmai munkát, tehát nem végzettségének megfelelő státuszban. A terepen dolgozó szakemberek posztgraduális szintű képzéseken, akkreditált tanfolyami képzésen bővíthetik tudásukat. Hétévenként kötelező a pedagógusok számára, legalább 120 tanórai foglalkozáson való részvétel. Azonban ezeket a továbbképzéseket az állam kevésbé támogatja anyagilag, a tagintézmények "a lehetséges, szűkös eszközeikkel igyekeznek támogatni a szakembereket (pl.:

félévenkénti egy-egy továbbképzési nap idői támogatása)”. Alkalmanként van lehetőség kormányzati szintű, uniós forrásokból megszervezett továbbképzéseken való részvételre, egyébiránt a szakembereknek önköltségesen és a szabadidejükből van módjuk továbbképzéseken részt venni, igény szerint. Azonban gyakoriak a “belső képzések”, melyek során az idősebb, gyakorlottabb kollegák adják át tudásukat az frissen végzett szakembereknek. Adott tagintézményben a team vezetők, míg intézményi szinten a munkaközösség-vezetők koordinálják a szakmai munkát és segítik a professzionális fejlődés valamint a színvonalas munkavégzés megvalósulását. A terület szakmai gondozásáért és ellenőrzésért intézményi szinten egy főigazgató felel, munkáját a tagintézmény-igazgatók és a szakmai munkaközösségen keresztül végzi. Éves helyszíni ellenőrzés történik a jogszabályok betartása és a munkavégzés dokumentálása terén az intézményi vezetőség részéről (főigazgató és főigazgató-helyettesek). A szakterület szakmai ellenőrzését helyi szinten az intézmény Szervezeti és Működési Szabályzata szerint, a belső ellenőrzés részletes szabályai alapján a tagintézmény-igazgató és a szakfeladat közvetlen irányításával és ellenőrzésével megbízott tagintézmény-igazgató helyettes (gyógypedagógusok) rendszeresen végzi, szükség esetén a munkacsoport koordinálására megbízott személy bevonásával történik. A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza, hogy a korai fejlesztés és gondozás tevékenységet nem-pedagógus munkakörben fogyatékoság típusának megfelelő szakorvos vagy gyermek- és ifjúsági pszichiátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, illetve gyermekneurológia szakorvos, gyógytornász, pedagógiai asszisztens, gyógypedagógiai asszisztens végezheti. A kivizsgálásban és a terápiában résztvevő szakemberek érvényes és szabályos működési nyilvántartással rendelkeznek. A 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet - az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól - alapján az egészségügyi tevékenységet végző személyek kötelesek egészségügyi szakmai továbbképzéseken részt venni. A továbbképzési időszak teljesítéséhez az egészségügyi szakdolgozónak e rendelet szerint a továbbképzési időszak alatt a szakképesítésének megfelelő elméleti képzéseken kell részt vennie.

A szociális szférában leggyakrabban gyógypedagógust, nevelőt és pszichológust foglalkoztatnak főállásban, míg a védőnő, gyermekorvos, illetve a gyógytornász megbízási szerződéssel látja el a feladatait. Természetesen a szociális terület

szakembereinek is lehetőségük van továbbképzéseken részt venni, de külön képzés vagy követelmény nincs elvárva tőlük.

5.2. Konklúziók levonása és a kutatás lehetséges nehézségeinek leírása

Az eddigi erőfeszítések dacára a korai intervenció három ágazata még mindig külön menetrend szerint működik, kevés a kapcsolódási pont. Külön fejlesztési tervet készítenek az egyes területeken, párhuzamosan folyik az ellátás, sokszor csak a szülő a közvetítő az ellátók között. A hivatalos államilag finanszírozott korai intervenciót elrendelő Szakértői Bizottságnak nincs hatásköre az egészségügy és a szociális szféra szereplőire. A szervezetében országosan kialakított állami ellátórendszer sok esetben szakember és eszköz hiány miatt nem tudja betölteni a feladatát. Ezért a szülőknek sokkal több pénzt kell áldozniuk gyermekük ellátására, mint amennyivel az állam a családot támogatja (családi pótlék).

6. Általános konklúziók levonása

A kutatás során az volt a célunk, hogy feltérképezzük az ellátórendszer működését, valós képet kapjunk arról, hogy az érvényben lévő elméleti protokollok hogyan valósulnak meg a gyakorlatban, milyen nehézségei adódnak a rendszerben dolgozó szakembereknek és milyen akadályokkal kerülnek szembe a családok a gyermekutak során. Kutatásunk következtetéseként levonhatjuk, hogy nincs tipikus, egyértelműen szabályozott beutalási folyamat, gyermekút, mely egyaránt megnehezíti a családok helyzetét és a szakemberek munkáját. A korai intervenció ellátórendszer hatékony működéséhez elengedhetetlen a különböző szakmák, szakterületek együttműködése, team-munkája, azonban ennek megvalósulása nagy kihívást jelent, mivel a három terület – köznevelés, egészségügy, szociális – szabályozása, finanszírozása, szakembereinek képzése, működése eltérő képet mutat.

A 2009-ben megkezdett reformfolyamat része a 2016-ban elindult EFOP-1.9.5-VEKOP-16 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése című projekt Kereki Judit közgazdász, gyógypedagógus szakmai vezetésével, amelynek azonban elsősorban az óvodás korosztály áll a fókuszában.

7. A jövőbeni kutatás kérdései

A Magyarországon kialakított, országosan elérhető rendszer (Pedagógiai Szakszolgálatok) feladatellátását hogyan lehetne kibővíteni a családok igényeinek leginkább adekvát módon multidiszciplinárisan megfeleltetni.

Előremutató lenne az ellátás minőségirányítási protokollját kidolgozni a családok életminősége és a gyermekek hatékony gyógyítása, állapotjavulása és esélyegyenlőségük (társadalmi beilleszkedés) eléréséért.

8. Hivatkozásjegyzék

Cs. Ferenczi, S., & Csákvári, J. (2015). Új megközelítések a koragyermekkori intervenció témakörében. *Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat* (5).

Herczogh, M. (2008). A koragyermekkori fejlesztésre, programokra vonatkozó nemzetközi kutatásokról. *Védőnő*, 13 (4), 3-10.

Kereki, J. (2017). Fejlesztési célok és irányok a koragyermekkori intervencióban. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Általános Gyógypedagógiai Intézet és Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet. *Gyógypedagógiai Szemle*, 45 (2).

Kereki, J. (2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához (Kutatási zárójelentés). A tanulmány az EDUCATIO Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. TÁMOP 3.1.1. programiroda által a 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció (TÁMOP-3.1.1-08/1-2008-0002) kiemelt projekt támogatási szerződése alapján a 4. számú „A sajátos nevelési igényű gyermekek esélyegyenlőségének biztosítását segítő szolgáltatások” pillér Korai intervenció hálózati program kidolgozása alprojekt keretében készült.*

Kereki, J. (2015). A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja. Készült a TÁMOP-3.4.2.B-12-2012-0001 „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)” kiemelt projekt keretében. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. *Gyermeknevelés*, 3 (2), 55-76.

Kereki, J., & Lannert, J. (2009). *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése – kutatási zárójelentés. A tanulmány a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Fogyatékosügyi és Rehabilitációs Főosztályának megrendelésére, a Fogyatékos*

Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány megbízásából készült, a K-4206/08. számú szerződés alapján.

Kereki, J., & Szvatkó, A. (2015). A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja. Készült a TÁMOP-3.4.2.B-12-2012-0001 „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)” kiemelt projekt keretében. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

Vekerdy, Z., & Mramurácz, É. (2006). Elemző tanulmány a "Közös kincsünk a gyermek" Nemzeti Gyermek egészségügyi Program VIII. céljához. "Régióként komplex gyermek-rehabilitációs ellátás kialakítása, feltételeinek megteremtése". . Országos Gyermek egészségügyi Intézet - Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet.

9. Függelék

Appendix 1. – Becslés a korai intervencióban részesültek számára 2007-ben Forrás: Forrás: Kereki, J., & Lannert, J. (2009). *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése – kutatási zárójelentés.*

Becslés a korai fejlesztésben részesülők számára és arányára (intézményi adatbázis alapján, 2007)

A datbázis	Eredeti listából akik fejlesztenek	Átlagos ellátott létszám az adatbázis alapján	Prognosztizált összlétszám	%
ápoló, gondozó otthon	14	5,1	71,1	1,13
gyermekotthon	5	8,9	44,5	0,70
bölcsőde, óvoda, napközi	37	10,4	384,2	6,09
korai rehab.	4	170,5	682,0	10,80
korai fejlesztő	6	235,5	1413,0	22,38
egymi, szakszolg, szakbiz.	31	29,0	897,5	14,22
pszichiátria ¹	22	102,0	2244,0	35,55
egyéb egészségügyi, szociális	14	8,1	113,6	1,80
alapítvány, egyéb	16	29,0	464,0	7,35
Összesen	149	42,3	6313,9	100,01

Halmazórással korrigált (a szülői adatbázis alapján átlagosan 1,4 intézménybe viszik a gyerekeket, ez a valóságban jóval alacsonyabb lehet, miután az iskolázottabbak felülreprezentáltak voltak a kutatásban)

4510,0

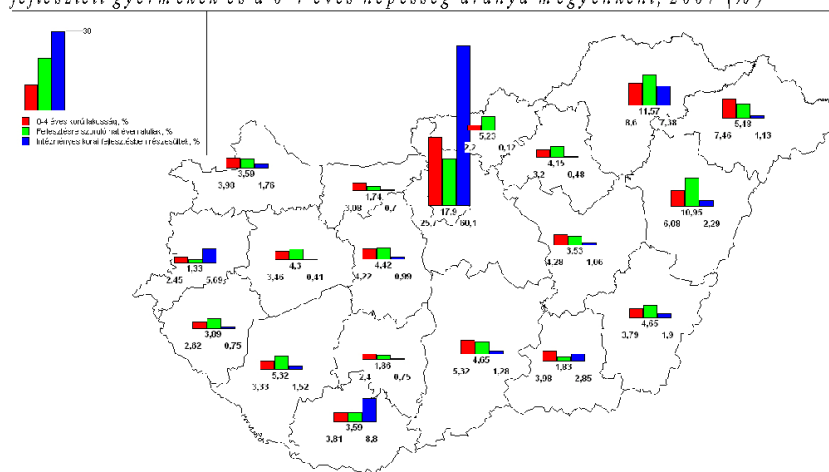
Megjegyzés: Nincs az adatbázisban a Margit Kórház 500 gyermekkel és a Dévény Anna féle intézmény szintén 500 gyermekkel.

Forrás: Intézményi adatbázis, TÁRKI-TUDOK – FSZK

Appendix 2. - Forrás: Kereki, J., & Lannert, J. (2009). *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése – kutatási zárójelentés.*

Térkép

A védőnők szerint fejlesztésre szoruló hatéven aluliak, a korai fejlesztő intézményekben fejlesztett gyermekek és a 0-4 éves népesség aránya megyénkénti, 2007 (%)



Forrás: Népszámlálási adatok, KSH, Intézményi és Védőnői adatbázis, TÁRKI-TUDOK – FSZK

Appendix 3. - Az intézményes korai fejlesztésben részesült gyermekek száma
100 intézmény adatai alapján

Forrás: Kereki, J., & Lannert, J. (2009). *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése – kutatási zárójelentés.*

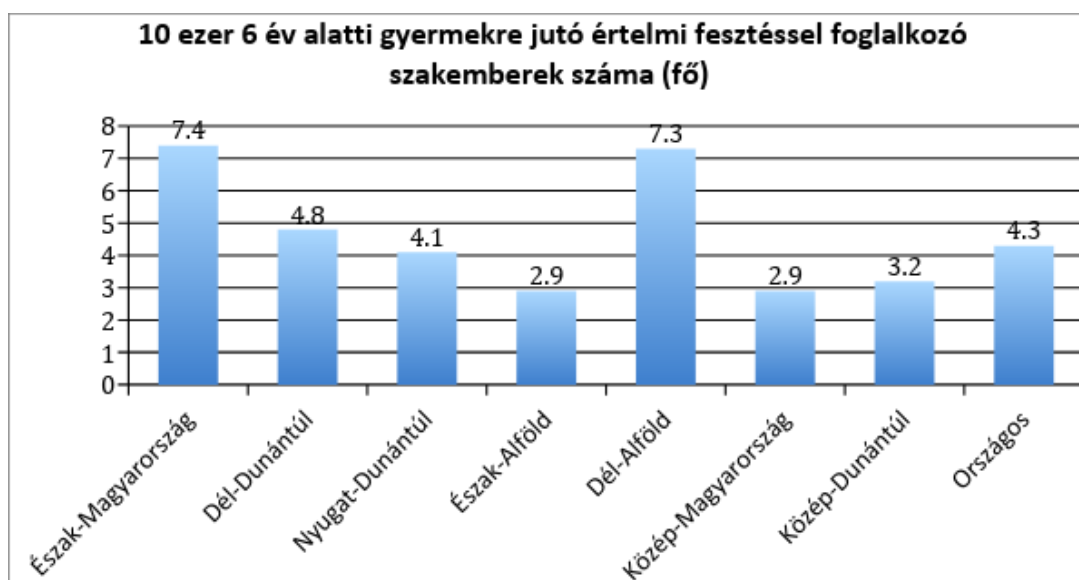
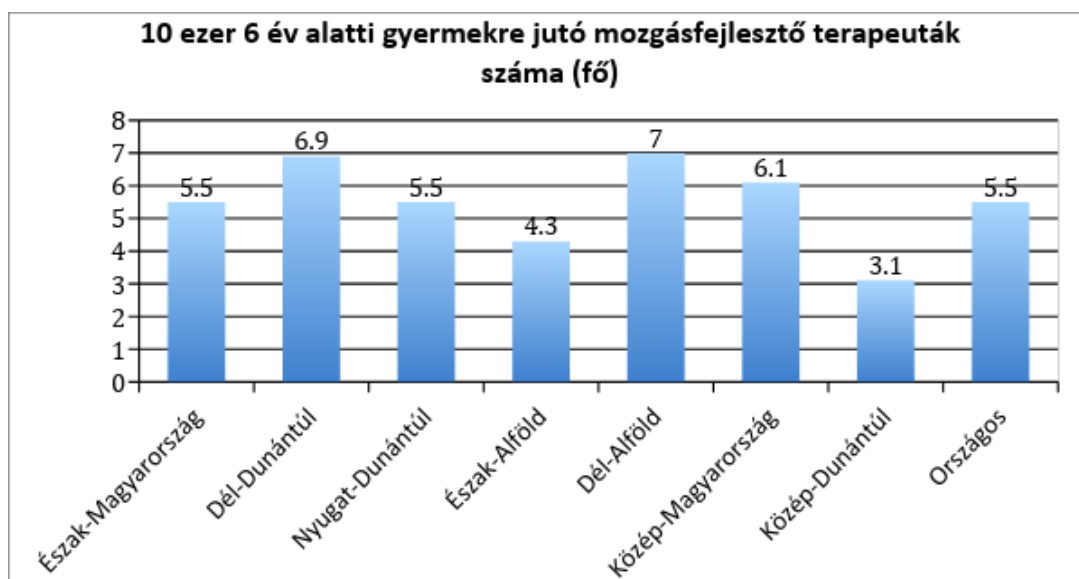
Év	Összesen	Átlag létszám	Szórás
2005	3441	35,11	83,04
2006	3808	38,86	98,46
2007	4147	42,32	108,7
2008. jan.-aug.	3730	38,06	105,6

Appendix 4. - Egészségügyi szakember ellátottság, 2008

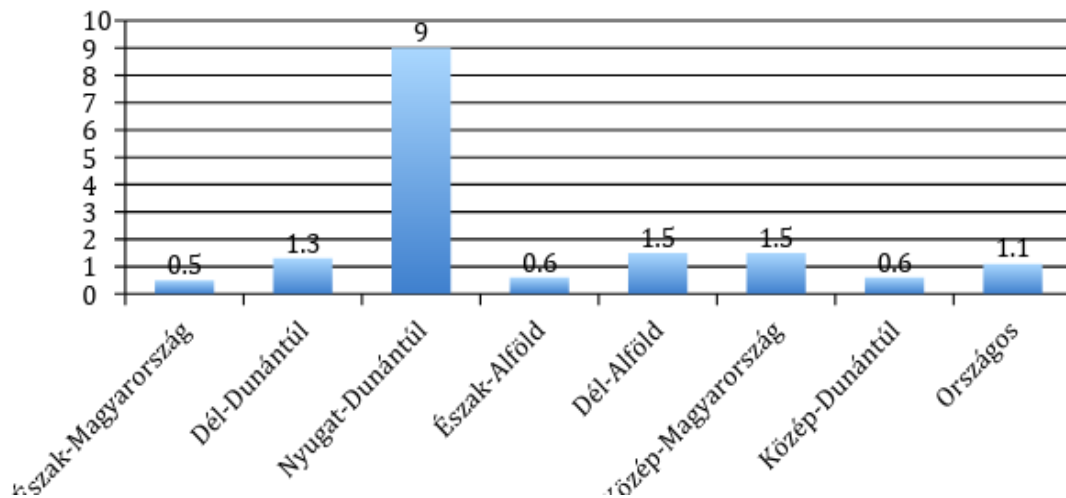
Forrás: Kereki, J. (2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához (Kutatási zárójelentés).*

	100 ezer lakosra jutó szülész-nőgyógyászok aránya	Egy házi gyermekorvosra jutó 0-4 évesek száma	Egy gyermekneurológusra jutó 0-4 évesek száma	Egy gyermekpszichiáterre jutó 0-4 évesek száma	Egy területi védőnőre jutó 0-4 évesek száma
Közép-Magyarország	16,5	278	3048	2286	168
Közép-Dunántúl	9,6	314	7364	5155	131
Nyugat-Dunántúl	12,8	328	4057	6376	114
Dél-Dunántúl	16,7	297	6195	3336	106
Észak-Magyarország	12	371	10030	6687	111
Észak-Alföld	10,7	367	7778	4321	128
Dél-Alföld	13,7	280	5429	2844	116
Országos	13,6	310	4835	3405	130

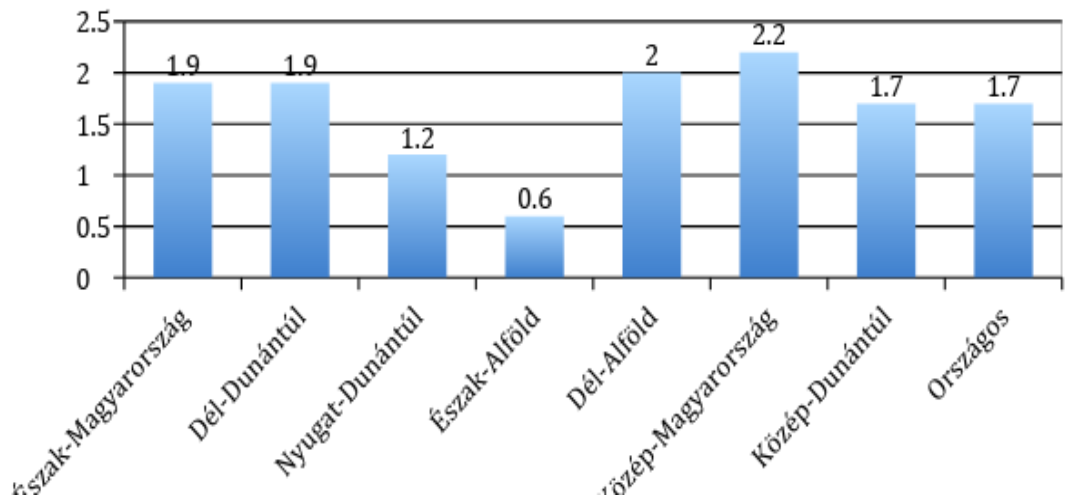
Appendix 5. - Forrás: Kereki, J. (2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához (Kutatási zárójelentés).*



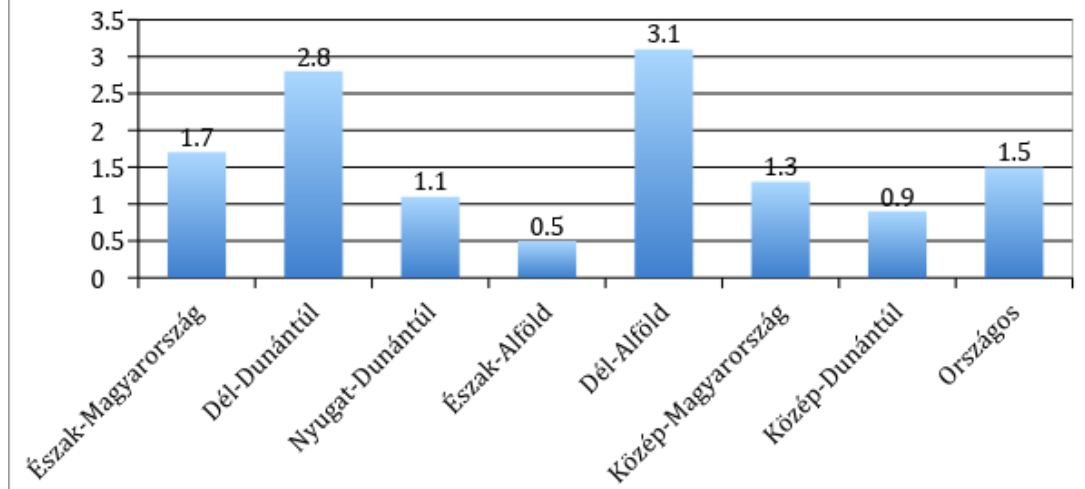
10 ezer 6 év alatti gyermekre jutó érzékszervi fejlesztéssel foglalkozó szakemberek száma (fő)



10 ezer 6 év alatti gyermekre jutó pszichés fejlődés zavarainak kezelésével foglalkozó szakemberek száma (fő)



10 ezer 6 év alatti gyermekre jutó logopédusok száma (fő)



10 ezer 6 év alatti gyermekre jutó szakorvosok száma (fő)

