Majd kinövi (?)

A koragyermekkori intervenciós rendszer és a korai fejlesztés

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

TÁMOP-6.1.4. KORAGYERMEKKORI TOVÁBBKÉPZÉSEK IV.

Koragyermekkori program

Kereki Judit

MAJD KINÖVI (?)

A koragyermekkori intervenciós rendszer és a korai fejlesztés

HALLGATÓI KÉZIKÖNYV

GYEMSZI, Budapest
2014

Szerző:
Kereki Judit

Szakmai lektor:
Dr. Szabó László

A TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt szakmai vezetése
Prof. Fogarasi András szakmai vezető
Kereki Judit szakmai vezető koordinátor

Képzés, humánerőforrás-fejlesztés alprojekt szakmai vezetése
Borbás Krisztina képzési alprojekt szakmai vezető
Patkó Alexandra vezető képzésszervező

V. elemi projekt
Brunner Beáta, elemiprojekt-vezető
Dr. Nagy Ágnes, elemiprojekt-vezető
Császár Barbara, elemiprojekt-asszisztens

A jelen műben megjelenő képek, ábrák, fényképek és illusztrációk a GYEMSZI szerzői jogi tulajdonában állnak vagy engedéllyel használja azokat. Azon képek, ábrák, fényképek és illusztrációk esetében, melyek nem a GYEMSZI tulajdonát képezik, a források megjelölésre kerültek.

© Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, 2014

TARTALOM

I. Köszöntő 9

II. Modul I. Bevezetés, ráhangolódás, motiválás. Terminológiai tisztázás 11
- II./1 Bevezetés, ráhangolódás, motiválás 11
  - II./1.1 Mit hoztam? – Mit szeretnék vinni? 11
- II./2 Problémafelvetés a koragyermekkori intervenciós rendszer működésével kapcsolatban 12
- II./3 Terminológiai tisztázás 13
  - II./3.1 Általános fogalmak 13
  - II./3.2 Köznevelés területéhez kapcsolódó alapfogalmak 15
  - II./3.3 A szociális/gyermekvédelem területéhez kapcsolódó alapfogalmak áttekintése 22

III. Modul II. Korai életszakasz jelentősége. Külföldi modellek. Szabályozás, finanszírozás 27
- III./1 A korai életszakasz jelentősége, a korai beavatkozások indokoltsága. Költség-hasznon elemzések, befektetési megtérülések 27
  - III./1.1 Korai életszakasz fejlődésben betöltött szerepe 27
  - III./1.2 Költség-haszon elemzések, befektetési megtérülések – longitudinális vizsgálatok eredményei 27
  - III./1.3 A gyermekjogok érvényesülése 30
- III./2 Külföldi modellek és integrálhatóságuk a hazai ellátórendszerbe 34
- III./3 Szabályozási és finanszírozási környezet 42
  - III./3.1 Ágazati szerepek a koragyermekkori intervencióban 42
  - III./3.2 Az intézményrendszer változásának tükröződése a jogszabályokban 42
  - III./3.3 Az oktatási ágazati szabályozás 43
  - III./3.4 Az ágazati jogszabályok viszonya 45
  - III./3.5 Finanszírozás 47

IV. Modul III. Az intézményrendszer. A szolgáltatásokhoz való hozzáférést akadályozó tényezők, ellátásbeli egyenlőtlenségek 51
- IV./1 Az intézményrendszer felépülése – különböző ágazati irányítás alá tartozó szereplők kapcsolódásai, ágazatközi együttműködések 51
  - IV./1.1 Milyen intézmények, ágazatok együttműködése szükséges ahhoz, hogy a család a megfelelő ellátáshoz hozzájusson? 51
  - IV./1.2 A különböző ágazati irányítás alá tartozó szereplők kapcsolódásai különböző esetek vizsgálatán keresztül 52

IV./1.3 Intézményrendszer 52
IV./2 Az ellátásba kerülést rendszerszinten akadályozó tényezők, hozzáférési problémák 65
IV./2.1 Melyek azok a tényezők, melyek akadályozzák, hogy a korai életkorban a rászoruló gyermekek hozzájussanak magyarországon az őket megillető ellátásokhoz? 65
IV./2.2 Az ellátásba kerülést rendszerszinten akadályozó problémák 65
IV./3 Ellátásbeli egyenlőtlenségek, területi különbségek. Az ellátásból kiszoruló és az ellátáshoz hozzájutó gyerekek és családok jellemzői 71
IV./3.1 Kik nem kerülnek be a rendszerbe? 71
IV./3.2 Jövőkerék 71
IV./3.3 Ellátásbeli egyenlőtlenségek, területi különbségek. Az ellátásból kiszoruló és az ellátáshoz hozzájutó gyerekek és családok jellemzői 72

V. Modul IV. A koragyermekkori intervenció szakaszai a felismeréstől az ellátásba kerülésig. Szülők segítése 77
V./1 Szülők támogatásának eszközei, szülősegítő szolgáltatások. Ellátások, juttatások rendszere 77
V./1.1 Milyen szülősegítő szolgáltatásokat ismernek? Milyen módon, milyen eszközökkel lehet támogatni a szülőket? 77
V./1.2 Szülők támogatásának eszközei, szülősegítő szolgáltatások 77
V./1.3 Ellátások, juttatások 84
V./2 Szakemberek, kompetenciák 107
V./2.1 Milyen kompetenciákkal rendelkeznek az alábbi szakemberek?107
V./2.2 Szakemberek, kompetenciák 107
V./3 Felismerés, szűrés, jelzés, diagnosztika 113
V./3.1 Ötletbörze. Szűrés alkalmával problémát tapasztal. Mi a teendő ilyenkor? 113
V./3.2 Problématérkép készítése saját védőnői gyakorlatból vett pozitív és negatív példákon keresztül 114
V./3.3 Felismerés, szűrés, jelzés diagnosztika 115
V./4 Terápiás, fejlesztő eljárások a koragyermekkori intervenció rendszerében. Korai fejlesztés 123
V./4.1 Milyen korai fejlesztésben alkalmazott terápiákat, módszereket ismer? Mire jó? 123
V./4.2 Mozgásterápiák, fejlesztő eljárások 123
V./4.3 Az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára kidolgozott terápiás eljárások 126
V./4.4 Az érzékszervi fogyatékosságokhoz kapcsolódó terápiás eljárások 128
V./4.5 Egyéb, a koragyermekkori intervencióban alkalmazott terápiás eljárás, fejlesztő módszer 130

VI. Modul V. Lehetséges gyermekút modell 135
VI./1 Lehetséges gyermekút modell bemutatása 135
VI./1.1 Prekoncepcionális időszak és várandóssági szakasz 136
VI./1.2 Perinatális szakasz és a hazakerülés utáni időszak 137
VI./2 Zárás, befejezés 143

I. KÖSZÖNTŐ

Tisztelt Olvasó!

Az egészségügyi alapellátás szakemberei, a védőnők, a házi gyermekorvosok, a vegyes praxisú háziorvosok a mindennapi gyakorlatuk során többször szembekerülnek azzal a kérdéssel, hogy hová irányíthatóak azok a sérülten született, eltérő-, valamint megkésett fejlődésű, fogyatékos vagy éppen a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett, illetve hátrányos helyzetű gyerekek akiknek problémájára fény derül, ám a megfelelő minőségű, szükségletalapú ellátásuk nem biztosított. Az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakembereknek kevés információ áll rendelkezésükre a más ágazati irányítás alá tartozó intézményekről, az ott dolgozó szakemberek munkájáról, a különböző terápiás, fejlesztő eljárásokról.

Jelen továbbképzés olyan hiánypótló ismeretek átadására vállalkozik, amelyek eddig nem szerepeltek az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek képzési palettáján. Célja, hogy megismertesse Önökkel a 0–7 éves korú, speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik ellátásában résztvevő koragyermekkori intervenciós rendszer működését, hogy széles körű információt adjon más ágazati (oktatási, szociális) irányítás alá tartozó ellátók, szolgáltatók tevékenységeiről, a különböző szakterületeken működő szakemberek feladatairól, kompetenciáiról, együttműködési lehetőségeiről, a korai fejlesztés jelentőségéről. Az egészségügy, a szociális, valamint az oktatásügy koragyermekkori intervenciót érintő legfontosabb fogalmainak értelmezése segít az ágazatközi együttműködések hatékonyabbá tételében, a jogszabályi, finanszírozási háttér áttekintése pedig rávilágít a párhuzamosságokra, az összehangolatlan működés legjellemzőbb elemeire.

A továbbképzésben részt vevők képet kapnak a koragyermekkori intervenció nemzetközi helyzetéről, a hazai ellátórendszer legfontosabb problématerületeiről, az ellátásokhoz való hozzájutást akadályozó tényezőkről, a hozzáférési egyenlőtlenségekről, az érintett gyerekek és családok jellemzőiről. Az ellátások, szolgáltatások széles választékának bemutatása, valamint a legismertebb terápiákról, fejlesztési eljárásokról való tájékoztatás hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi alapellátásban dolgozók jobban tudják támogatni a családokat a minél korábban történő, a gyermek és a család szükségleteihez leginkább illeszkedő ellátáshoz való hozzájutásban. A szülősegítő szolgáltatásokról, a szociális juttatások rendszeréről nyert legfrissebb információkat a saját gyakorlatukban adaptív módon, naprakészen tudják majd használni. Megismerkednek az egészségügyi, szociális, oktatási intézményrendszereken belüli és az intézményrendszerek közötti továbbjutási útvonalakkal, jelzési lehetőségekkel, és egy lehetséges gyermekút modellel, amely a jövőbeni szolgáltatórendszer alapját képezheti majd.

Kívánom, hogy minél több újdonságot, hasznosítható információt nyerjenek a továbbképzés során, amely segíti Önöket munkájuk végzésében, és abban, hogy a különböző területeken dolgozó szakemberekkel való kapcsolatuk megerősödjön, és szorosabban tudjanak együttműködni a gyerekek és családjaik hatékonyabb ellátása érdekében!

Kereki Judit

1. NAP[1]
II. MODUL I. BEVEZETÉS, RÁHANGOLÓDÁS, MOTIVÁLÁS. TERMINOLÓGIAI TISZTÁZÁS

II./1 BEVEZETÉS, RÁHANGOLÓDÁS, MOTIVÁLÁS

II./1.1 Mit hoztam? – Mit szeretnék vinni?

Kérem, fogalmazza meg, mit hozott magával a továbbképzésre, ill. milyen elvárásai vannak, mit vár a három képzési naptól?

Most hoztam	Szeretném vinni

[1] Köszönettel tartozom Marton Eszternek pótolhatatlan munkájáért, amellyel az anyag elkészülését segítette, valamint azért, hogy széles körű oktatásmódszertani tudásával jelentősen hozzájárult a tananyag „élővé" tételéhez. Köszönöm továbbá a projekt munkatársainak, hogy az előkészítés szakaszától folyamatosan és lelkiismeretesen segítették, hogy ez a képzési anyag megjelenhessen. Kereki Judit

II./2 PROBLÉMAFELVETÉS A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓS RENDSZER MŰKÖDÉSÉVEL KAPCSOLATBAN

A 0–7 éves korú gyermekek ellátásával kapcsolatban az erősségek, gyengeségek, lehetőségek, veszélyek összegyűjtése.

	Pozitívumok, segítő tényezők	**Negatívumok, gátló tényezők**
Belső, befolyásolható tényezők	ERŐSSÉGEK	GYENGESÉGEK
Külső, nem befolyásolható tényezők	LEHETŐSÉGEK	VESZÉLYEK

II./3 TERMINOLÓGIAI TISZTÁZÁS

Az alábbiakban a koragyermekkori intervenciós szolgáltatással és a korai fejlesztéssel kapcsolatos alapfogalmak áttekintésére kerül sor. A fogalmak szorosan kapcsolódnak az egészségügy, a szociális, valamint az oktatásügy területéhez. Az ágazatközi együttműködések hatékonyabbá tételéhez feltétlenül szükség lenne egy közös terminológiai szótár kialakítására. Jelenleg a különböző ágazatokat szabályozó jogi háttér gyakran eltérő megnevezéseket használ ugyanannak a fogalomnak a leírására, de az is előfordul, hogy a nagyon hasonló elnevezés mögött egészen más (szűkebben/tágabban értelmezett) tartalom húzódik meg.

II./3.1 Általános fogalmak

ÉSZLELŐ- ÉS JELZŐRENDSZER

A jelzőrendszer a különböző szervezetek, intézmények, magánszemélyek között fenntartott kapcsolatot jelenti, mely segíti a családok problémáiról, szociális helyzetéről szóló információáramlást. A jelzőrendszert a gyermekjóléti szolgálat, ill. a családsegítő szolgálat a családsegítői tevékenység részeként szervezi, működtetésének célja a problémák mielőbbi felismerése, megoldása, a krízishelyzet kialakulásának megelőzése.

A szociális területen megkülönböztetünk külső és belső jelzőrendszert. Ennek alapján a külső jelzőrendszer tagjait alkotják többek között a családsegítő és gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények; az önkormányzatok szakemberei (szociális és egyéb területeken dolgozók); az egészségügy intézményei; az oktatási intézmények; egyházak; civil segítők; társadalmi szervezetek; önkéntes segítők, magánszemélyek, rendőrség stb. A belső jelzőrendszer tagjai: gyermekjóléti szolgálat; családsegítő szolgálat; az integráltan működő intézmények esetében speciális szolgáltatók (1. sz. táblázat).[2]

A gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatokat ellátó intézmények, szervezetek, személyek a gyermekjóléti szolgálat felé jelzési kötelezettséggel tartoznak, amennyiben a gyermek veszélyeztetettségét észlelik. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása esetén hatósági eljárást kezdeményezhetnek.[3]

---

[2] Gáborné, A. A.–Zomboriné, B. M. (szerk.) (2010): *Módszertani ajánlások szociális szolgáltatóknak*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Budapest.

[3] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §

Észlelő- és jelzőrendszer	
külső	belső
• a családsegítő és gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, • az önkormányzatok szakemberei (szociális és egyéb területeken dolgozók), • az egészségügy intézményei, • az oktatási intézmények, • egyházak, • civil segítők, • társadalmi szervezetek, • önkéntes segítők, • magánszemélyek, • rendőrség, • katasztrófavédelem.	• gyermekjóléti szolgálat, • családsegítő szolgálat, • integráltan működő intézmények esetében speciális szolgáltatók.

1. sz. táblázat. Az észlelő- és jelzőrendszer tagjai

HABILITÁCIÓ-REHABILITÁCIÓ

A habilitáció, rehabilitáció fogalmát egymással szorosan összekapcsolva használjuk, annak ellenére, hogy eredeti jelentésük merőben eltér egymástól. A habilitáció fogalma eredendően egyetemi magántanári képesítést jelent, tehát a képesítés, a valamire „képessé tevés" értelmezésében került az egészségügy használatába. Az egészségügy területén a meghatározás szerint a habilitáció az az eljárás (képességfejlesztés, eszközzel való ellátás), amelynek célja az elveszett képességek pótlása.[4] Ugyanakkor a gyakorlatban a habilitáció a ki nem alakult képességek, készségek kialakítását, fejlesztését jelenti orvosi, pedagógiai, szociális, jogi tevékenységek segítségével. Tehát a cél az érintett személy társadalomba való behelyezése a habilitációs tevékenységen keresztül. A rehabilitáció esetében a megmaradt képességekre, ezek fejlesztése által a társadalomba való visszahelyezésre tevődik a hangsúly. Célja az egyén mindennapi életbe történő visszavezetése úgy, hogy a lehető legteljesebb életet tudja élni.[5]

A köznevelés területén erősen megmutatkozik a két fogalom összetartozása, szinte minden esetben „habilitációs és rehabilitációs" ellátásról, foglalkozásról van szó.[6] A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény a rehabilitáció fogalmát az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamatként magyarázza, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése.[7]

A speciális szükségletű gyermekek gondozása során a rehabilitációs munka a társadalmi kirekesztődés folyamatának a megállítását jelenti. Ez mindig egy komplex, több szakterületen dolgozó segítő szakember együttes teammunkáján alapul. A legújabb értelmezések alapján a reha-

[4] Egészségtudományi Fogalomtár http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Habilitáció
[5] Egészségügyi fogalomtár http://www.gyogyinfok.hu/ftar/index.html
[6] 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 47. §
[7] 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4. §

bilitációs tevékenység során nem a kliens áll egyedül a középpontban, hanem az érintett személy szűkebb, ill. tágabb környezete is. [8, 9, 10]

II./3.2 Köznevelés területéhez kapcsolódó alapfogalmak

KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓ

A koragyermekkori intervenció mindazon szolgáltatások/ellátások összessége, amelyek az iskoláskor előtti, speciális segítséget igénylő gyermekekre és családjukra irányulnak. A koragyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a minősítésen és diagnosztizáláson át magában foglalja a különböző terápiás, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenciós elem. A speciális segítségnyújtás egyrészt a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, a család és a gyermek szociális befogadása érdekében történik.[11]

KORAI FEJLESZTÉS

A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei: a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás. A köznevelés rendszere szabályozza a korai fejlesztést és gondozást, amely összességében a 0–5 éves korú gyermekekre irányul. Szűkebben azonban a 0–3 év közötti gyerekek alkotják a célcsoportot, hiszen, ha a gyermek a harmadik életévét betöltötte, csak akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértő véleménye alapján az óvodai nevelésbe nem kapcsolódhat be. A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a pedagógiai szakszolgálati intézmény szakértői bizottsági tevékenységet végző tagjai tesznek javaslatot.[12]

KISGYERMEKKORI NEVELÉS

Magyarországon a kisgyermekkori nevelés kifejezés alatt, a 0–6(7) éves korú gyermekek intézményes gondozását, nevelését értjük. A kisgyermekkori nevelés egyrészt a 0–3 éves korú gyermekek számára nyújtott nappali ellátás, így a bölcsőde; másrészt a 3–6(7) éves korosztály számára biztosított óvodai ellátás keretében zajlik.[13] 2009 óta lehetőség van egységes óvodai-bölcsődei nevelés keretében, a 2–6(7) éves korosztály vegyes csoportokban történő ellátására.[14] Az elmúlt években egyre inkább felerősödött az a szemlélet, miszerint az iskoláskor előtti, kisgyermekkori nevelés nagymértékben befolyásolja és megalapozza a gyermekek iskolai sikerességét, a későbbi

---

8 Büki, P.–Szollár, Zs. (2004): *Speciális szükséglet?! Töprengések a gyermekvédelemről.* Magánkiadás, Budapest.

9 Mesterházi, Zs. (2000): *A gyógypedagógia mint tudomány.* In: Illyés, S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* BGGYTF. Budapest, pp. 68–69.

10 Könczei, Gy. (2009): *A rehabilitáció és a fogyatékosság.* In Könczei, Gy.–Kullmann L. (szerk): *A (komplex) rehabilitáció alapjai.* ELTE GYK, Budapest.

11 EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark.

12 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §

13 Vágó, I.–Simon, M.–Vass, V. (2011): A tanítás-tanulás tartalma. In: Balázs, É.–Kocsis, M.–Vágó, I. (szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról 2010.* OFI, Budapest, pp. 197–272.

14 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 20. §

életkilátásokat.[15, 16] A megőrzésen, a gondozáson túl a kisgyermekkori nevelés magában foglalja a gyermekek testi, szociális, érzelmi, értelmi, anyanyelvi és motorikus képességeinek egyéni és életkor-specifikus fejlesztését, az iskolára való felkészítést.[17]

KORAGYERMEKKORI FEJLESZTÉS

A koragyermekkori fejlesztés a 0–7 éves korú, hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek és családjaik számára biztosított fejlesztés, mely magában foglalja a gyermekek szakirányú gondozását, nevelését, valamint támogatás nyújtását a szülők számára. A gyermekek és a szülők részére szervezett gyermek- és családközpontú programok keretében lehetőséget biztosít a szülői ismeretek, gyermeknevelési készségek fejlesztésére, hozzájárulva ezzel a gyermekek magasabb színvonalú neveléséhez.[18]

A koragyermekkori fejlesztés célja a prevenció, a hátrányos helyzetű gyermekek fejlődését kockáztató tényezők csökkentése. A fejlesztés túlmutat a hátrányos helyzetű gyermekek intézményes nevelésén, komplex módon kiterjed a várandósságra, a szülés körüli időszakra, a születést követően pedig a minél korábban megkezdett, szakemberek által támogatott gondozási, nevelési folyamatra.[19]

Magyarországon a Biztos Kezdet Gyerekházak biztosítják a rászoruló családok számára a koragyermekkori fejlesztést, munkájuk során szorosan együttműködnek a védőnővel és a gyerekjóléti szolgálat szakembereivel, a gyermekorvossal, szociális munkással, óvónővel és gyógypedagógussal.[20]

BEILLESZKEDÉSI, TANULÁSI, MAGATARTÁSI NEHÉZSÉGGEL KÜZDŐ GYERMEK (BTM)

A köznevelési törvény fogalmazza meg a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek (BTM) fogalmát, ennek alapján az tekinthető beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermeknek, aki a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának szakértő véleménye alapján az életkorához viszonyítottan jelentősen alulteljesít, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartásszabályozási hiányosságokkal küzd. Közösségbe való beilleszkedése, személyiségfejlődése nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat.[21] Ellátása pedagógiai szakszolgálati feladat keretében valósul meg.[22]

A gyermekvédelem területén is megfogalmazódik a beilleszkedési zavar (inadaptáció) fogalma, itt azonban a fogalom erőteljesebben a környezethez való alkalmazkodásra, a társadalomba való beilleszkedés hiányára koncentrál.[23]

---

15 *Hatékonyság és igazságosság az európai oktatási és képzési rendszerekben, 2006.* http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/c11095_hu.htm

16 Herczog, M. (é. n.): *Koragyermekkori fejlesztés* http://gyermekbantalmazas.hu/celcsoportok/szuloknek/item/herczog-maria-koragyermekkori-fejlesztes

17 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról, 1. melléklet

18 Herczog, M. (2008): A koragyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas, K.–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért.* ECOSTAT, Budapest, pp. 33–52.

19 Herczog, M. (2008): A koragyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas, K.–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért.* ECOSTAT, Budapest, pp. 33–52.

20 A Biztos Kezdet Gyermekházak hálózatának szolgáltatásai és szervezeti modellje, (2009)

21 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §

22 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 47. §

23 Mogyesz Fogalomtár 2012. (Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete)

SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYŰ GYERMEK (SNI)

Ma Magyarországon a jelenleg érvényben lévő törvények értelmében sajátos nevelési igényű (SNI) gyermek az, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos, valamint halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.[24]

A sajátos nevelési igényű gyermekek nevelése, oktatása történhet a többi, egészséges gyermekkel együtt vagy elkülönült formában, speciális nevelési-oktatási intézményekben is.

Az alábbiakban áttekintésre kerül, hogy mit is értünk mozgásszervi, érzékszervi, értelmi, beszéd-, halmozott fogyatékosság alatt, kik is tartoznak az autizmus spektrum zavarral küzdő-, avagy a pszichés fejlődési zavarral küzdő gyermekek közé.

Mozgásszervi fogyatékos gyermekek

A mozgásszervi fogyatékos gyermekek valamely motoros funkciójukban akadályozottak. A mozgásszervi fogyatékos gyermekek csoportjában mind a kórok (etiológiai), mind a funkcióképesség (súlyossági fok, akadályozottság mértéke) szempontjából az egyének állapotát tekintve nagy változatosságot tapasztalhatunk. A korai életszakaszban bekövetkező központi idegrendszeri károsodások (agyi laesiok, nyitott gerinc), neuromusculáris kórképek (izomdisztrófiák), ortopédiai elváltozásokat eredményező állapotok (pl. végtaghiány, krónikus ízületi gyulladás, üvegcsontúság), balesetek (pl. áramütés) vagy krónikus betegségek következtében kialakult állapotok egyaránt vezethetnek az egyén fizikai cselekvőképességének akadályozottságához. Fontos rávilágítani arra is, hogy vannak állapotromlással járó és relatív állapotromlást mutató állapotok, valamint állapotváltozást nem okozó kórképek. A relatív állapotromlást mutató kórkép tipikus példája a cerebral paresis (CP). A cerebral paresises gyermek korai idegrendszeri károsodása nem változik, ám a gyermek mozgásfejlődése elmarad a kortársakétól, a gyermek életkorának előrehaladásával a motoros képességek területén egyre nagyobb eltérés mutatkozhat.[25] A mozgásszervi fogyatékossággal élő gyermek életútját döntő mértékben meghatározza akadályozottságának súlyossága. Esetükben a korai felismerés, a terápiás eljárások minél korábban való megkezdése kiemelt jelentőséggel bír a későbbi életminőséget tekintve. Fejlesztésüket gyógypedagógus (szomatopedagógus), konduktor, gyógytornász végzi.

Látássérült gyermekek

A látássérülés a szem, a látóideg vagy a látóközpontban történt károsodás következményeként alakul ki, amely megváltoztatja a gyermek megismerő tevékenységét, alkalmazkodó képességét, személyiségét. Orvosi értelemben látássérült mindenki, akinek a látása bármilyen tekintetben és bármilyen fokban sérült. A WHO definíciója szerint látássérült az a személy, akinek ép látásteljesítményét 100%-nak véve [vízus (látásélesség)=1], maximális korrekcióval mérve, a jobbik szemen a látásveszteség a 67%-ot meghaladja (vízus<0,3), illetve látótérszűkülete nem több 20°-nál. Gyógypedagógiai szempontból azok a látássérült gyermekek, akiknek a látásteljesítménye (vízusa) az ép látáshoz (V=1) viszonyítva két szemmel és korrigáltan (szemüveggel) is 0-0,33 közötti. Látássérült az a gyermek is, akinek a látótere - tekintése fixációs pontjától mindkét irányban legfeljebb 10°, azaz teljes szélességében legfeljebb 20°.

---

[24] 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §

[25] Rethlefsen, S.A.–Ryan, D.D.–Kay, R. M. (2010): *Classification Systems in Cerebral Palsy.* Orthop Clin N Am 41 (2010): pp. 457–467.

A látássérült gyermekek között megkülönböztetünk *vak, aliglátó* és *gyengénlátó* gyermekeket. A vak gyermekek még fényt sem érzékelnek, az aliglátó gyermekek között vannak *fényérzékelők, nagytárgylátók ujjolvasók*. A gyengénlátó gyermekek számára a látás a vezető érzékelési mód, esetükben a látás maximális kihasználására kell támaszkodni a fejlesztés során. Az aliglátó gyermekek csoportosítása szigorú kategorikus struktúrát sugall, ez a mindennapi életben nem feltétlenül jelentkezik ilyen mereven. Az aliglátó gyermekek csoportosítása az elmúlt évtizedekben kevésbé jelenik meg. A fókusz az egyéni funkcionális látásteljesítményre és az egyénre szabott speciális megsegítési formákra, lehetőségekre tevődik át. Az újabb definíciók a funkcionalitásra törekszenek, a látássérült személy mindennapi életében megnyilvánuló problémákat tekintik a látássérülés kritériumának. A látásélességen kívül, a következő vizuális funkciók befolyásolják jelentősen a látás működését kontrasztérzékenység, látótér, fényviszonyokhoz való alkalmazkodás, színlátás, szemmozgató funkciók, a vizuális ingerek feldolgozásának agyi funkciói.[26]

A gyermekkori látássérülést okozó leggyakoribb kórképek, pl. a retina megbetegedései (pl. ROP), a fénytörés rendellenességeivel kapcsolatos szembetegségek (pl. myopia), a szemgolyó elváltozásai (pl. glaucoma), a lencse, illetve a látóideg megbetegedései, (pl. cataracta, atrophia nervi optici) stb.

A látássérült gyermekek fejlesztése gyógypedagógiai (látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus-tiflopedagógus által nyújtott) megsegítést igényel, a mielőbbi felismerés, a korai ellátásba való bekerülés jelentősen befolyásolhatja a későbbi életutat.[27]

Hallássérült gyermekek

A hallássérülés az érzékszervi fogyatékosság körébe tartozik, a fül, a hallóideg vagy a hallásközpontban létrejött károsodás következményeként alakul ki. A hallássérülés lehet egy- vagy kétoldali, szerzett (méhen belüli károsodás, koraszülés, fertőző megbetegedések) vagy öröklött.

A hallássérült gyermekek hallásvesztesége a főbb beszédfrekvenciákon olyan mértékű lehet, hogy ennek következtében a beszédnek hallás útján történő megértésére nem vagy csak részben képesek. A halláskárosodás miatt a beszédben az érthető ejtés teljesen elmaradhat vagy erőteljesen sérülhet. Ez a későbbiekben hatást gyakorolhat a fogalmi gondolkodás kialakulására, így módosulhat a gyermek megismerő tevékenysége, személyisége.

Hallássérült gyermekek lehetnek nagyothallók, siketek és cochlea implantált hallássérült gyermekek:

- enyhe fokban sérült, nagyothalló gyermekek hallássérülése akadályozza a hangzó beszéd elsajátítását, a halláscsökkenés mértéke a súlyos kommunikációs zavartól egészen a normál nyelvhasználati szintig terjedhet.
- súlyos fokban hallássérült, siket gyermekek esetében a beszédtartományban mért hallásveszteség mértéke 91 dB feletti, jellemző a hangzó beszéd kialakulásának képtelensége, a beszéd elsajátítása súlyosan nehezített. Természetesen a hallásveszteség mértéke, jellege, valamint a környezeti hatások jelentősen befolyásolhatják a gyermek fejlődését (megismerő funkciók, gondolkodás, személyiség).
- a hallásukat műtéti úton helyreállított (cochlea implantált) hallássérült gyermekek esetében egy-vagy két oldalon elvégzett hallásjavító műtétet követően közel ép hallás érhető el. Speciális orvosi vizsgálat szükséges annak megállapításához, hogy a gyermek alkalmas-e az eljárásra. A későbbiekben képessé válnak a hallásra épített kommunikáció elsajátítására. Fejleszthetőségük döntően függ a attól, milyen életkorban végzik el a műtéti beavatkozást.

[26] Pajor, E. (2010): *Látássérülés – Bevezető ismeretek*. ELTE BGGYK, Budapest.

[27] Gordosné, Sz. A. (2007): A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek. In: Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest, pp. 40–54.

Valamennyi hallássérült gyermek gyógypedagógiai (hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus – szurdopedagógus által nyújtott) megsegítést igényel, a sikeres fejlesztés feltétele a korai felismerés, fejlesztés, valamint a megfelelő készülékkel való ellátottság és a család együttműködése.[28, 29, 30]

Értelmileg akadályozott gyermekek

Az értelmi akadályozottság a középsúlyos, a súlyos és a legsúlyosabb fokú értelmi fogyatékosság összefoglaló elnevezése. Az értelmi fogyatékosság fogalmát újabban az intellektuális képességzavar kifejezés kezdi felváltani, amely azokra a személyekre alkalmazható, akik az intellektuális-kognitív működések, valamint a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartás jelentős akadályozottságával jellemezhetőek. Pszichometriai kritériuma 70 IQ alatt határozható meg. Ezen belül az értelmi akadályozottság határát 50 IQ-nál húzhatjuk meg.[31] Okai között szerepelhetnek örökletes zavarok, anyagcsere betegségek, kromoszóma-rendellenességek, valamint a várandósság alatt az anyát ért károsító hatások.[32] Az értelmileg akadályozott gyermekek ellátása Magyarországon többnyire gyógypedagógiai intézményekben történik.

Tanulásban akadályozott gyermekek

„A tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikai okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak."[33] A tanulási akadályozottság az iskolai tanulási helyzetekben megmutatkozó probléma, melynek gyanúja már az óvodáskor végén is tapasztalható. A tanulásban akadályozott személyek közé soroljuk az enyhén értelmi fogyatékos gyermekeket, valamint a tanulási képességeikben tartósan és súlyosan akadályozott gyermekeket. A gyermekek eltérő fejlődést mutatnak az érzékelés, észlelés, a mozgáskoordináció és a szociális-emocionális területeken egyaránt. Megfigyelést, gondolkodást igénylő feladatokban nehezebben teljesítenek, emlékezetük alacsonyabb szintű kortársaiknál. A tanulásban akadályozott gyerekek ellátása gyógypedagógiai fejlesztés keretében megoldható.[34, 35]

Autizmus spektrum zavarral élő gyermekek

Az autizmus spektrum zavar az egész személyiséget érintő károsodás, kialakulásának jellemzően (de nem kizárólag) biológiai és genetikai okai vannak, de a teljes spektrumot magyarázó etiológiai modelltől még messze járunk. Tünetei, megjelenési formái igen változatosak. Három viselkedési területet érint, a reciprok szociális interakciók, a reciprok kommunikáció és a rugalmas viselkedés-

---

[28] Gordosné, Sz. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

[29] Gordosné, Sz. A. (2007): *A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek.* In: Csobay, M. (szerk.): *A FECSKE Szolgálat kézikönyve.* Kézenfogva Alapítvány, Budapest, pp. 40–54.

[30] 32/2012 (X.8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról

[31] Lányiné Engelmayer, Á. (2012): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés.* Medicina, Budapest.

[32] Gordosné, Sz. A. (2007): *A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek.* In Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve.* Kézenfogva Alapítvány, Budapest, pp. 40–54.

[33] Mesterházi (1998): *Nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése,* BGGYTF, Budapest, pp. 54.

[34] Gaál, É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* BGGYTF. Budapest, pp. 429–461.

[35] Gordosné, Sz. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

szervezés széles skálán történő károsodása figyelhető meg, és ez jellegzetes viselkedésben nyilvánul meg.[36] Az autista gyermekekre jellemzőek a társas viselkedési készségek-, a rugalmas gondolkodás-, kommunikáció területén tapasztalható hiányosságok, az egyenetlen képességprofil, a sztereotip viselkedés. A meglévő tünetek egész életen át megmaradnak, súlyosságuk az életkor előrehaladtával enyhülhet, de akár fokozódhat is. Az autizmus spektrum zavarral élő gyermekek korai, szakszerű ellátása jellemzően gyógypedagógiai fejlesztés keretében valósul meg.[37]

Beszédfogyatékos gyermekek

A nyelvfejlődési zavarral küzdő (korábban akadályozott beszéd- és nyelvfejlődésű) gyermek szenzoros, motoros vagy szenzomotoros problémája miatt a többi gyermekhez képest eltérően fejlődik. A beszédfogyatékos gyermekre jellemző, hogy a hang-, beszéd-, illetve nyelvi fejlődésének mértéke és minősége jelentősen eltér tipikus társaiétól. A beszédfogyatékossághoz vezető beszéd- és nyelvfejlődési zavarok hátterében a hangképzés zavara (pl. orrhangzósság) az artikulációs bázis-, a szókincs-, a nyelvtani rendszer fejlődésének zavara vagy a nyelvhasználat zavara állhat. A beszédfogyatékosságot ritkább esetben a beszédfolyamatosság súlyos zavara esetén is megállapítják, pl. súlyos dadogás vagy hadarás. A beszédfogyatékos gyermekek ellátása minden esetben gyógypedagógiai (logopédiai) fejlesztést, terápiát igényel.[38, 39, 40]

Halmozottan fogyatékos gyermekek

Halmozott fogyatékosságról akkor beszélünk, ha azonos vagy eltérő, időben két vagy több, egymással nem közvetlen oki kapcsolatban álló különböző sérülés, károsodás keletkezett. A halmozódóan, párhuzamosan fennálló fogyatékosságok kialakulásáért leggyakrabban a központi idegrendszer komplex organikus sérülése felelős, aminek következtében egyszerre több fő vagy vezető tünet is kialakul (például mozgáskorlátozottság és értelmi akadályozottság, vagy vakság és siketség stb.). A személyiség különböző funkcióinak sérülése, akadályozott működése több agyi reprezentációs terület károsodására utal, és nem következményesen (másodlagosan, harmadlagosan) kialakult fogyatékosságokkal állunk szemben. A halmozottan fogyatékos személyek között jellegzetes típust képviselnek a súlyosan halmozottan fogyatékosok. Esetükben a leggyakoribb a súlyos, agyi eredetű mozgáskorlátozottság és a motoros beszédzavar kombinálódása, de súlyos értelmi fogyatékosság is előfordulhat. Az elmúlt 10 évben Magyarországon kialakult gyógypedagógiai gyakorlat alapján súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermeknek tekintjük azokat, akik legalább két területen minősülnek fogyatékosnak és ezek közül legalább az egyik területen a legsúlyosabb minősítést kapják.[41, 42] Az érintett gyermekek ellátása

---

36 Csepregi, A.–Stefanik, K.(2012) *Autizmus spektrum zavarral élő gyermekek,tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.

37 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról

38 Gordosné, Sz. A. (2007): *A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek.* In: Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve.* Kézenfogva Alapítvány, Budapest, pp. 40–54.

39 Gereben F.-né. et al. (2012): *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszédfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., 2012 pp. 5–7.

40 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról.

41 Gordosné, Sz. A. (2004) Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

42 Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (2001): Fogyatékos gyermekek jogai; halmozott fogyatékosság; halmozottan fogyatékosok; halmozottan fogyatékosok nevelése; normalizációs elv – szócikkek. In: Mesterházi Zs. (szerk.): Gyógypedagógiai lexikon. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola Kar, Budapest, 83., 108–111., 137–138.

tartós gyógypedagógiai segítséget igényel, amelyet korai fejlesztés, habilitációs, rehabilitációs szolgáltatást végző intézményekben illetve speciális gyógypedagógiai intézményekben kaphatnak meg.

KOMPLEX DIAGNOSZTIKA

A jogszabály szerint a szakértői bizottsági tevékenység keretében a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága a gyermek komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá (szükség szerint, illetve sajátos nevelési igény gyanúja esetén) orvosi vizsgálata alapján szakértői véleményt készít. A komplex vizsgálat segítségével kerül megállapításra a gyermek sajátos nevelési igénye. A komplex vizsgálaton egy orvosból, pszichológusból, gyógypedagógusból álló team különböző vizsgálatok elvégzése alapján megállapítja a korai életszakaszban a megkésett fejlődés vagy a későbbi életkorban a fogyatékosság tényét, típusát, súlyosságát. A komplex diagnosztika keretei között kerül sor az orvosi vizsgálatra, ahol az organikus háttér kerül feltérképezésre. A probléma jellegéből fakadóan gyermek- és ifjúsági pszichiáter, csecsemő- és gyermekgyógyász, illetve gyermekneurológus szakorvos végzi el a gyermek általános egészségi státusával kapcsolatos, valamint a neurológiai-pszichiátriai státus leírásához szükséges vizsgálatokat.

A pszichológiai vizsgálat a különböző személyiség-összetevőkre, a gyermeki értelem fokára, és fejleszthetőségének mértékére mutat rá. A pszichológus a vizsgálati eredmények minőségi értékelését végzi, arra törekszik, hogy a kiderítse a gyermek teljesítménybeli maximumát, minimumát; valamint, hogy az aktuális teljesítmény hátterében milyen képességek, személyiségjegyek vagy a teljesítményt befolyásoló egyéb tényezők állnak.[43]

A gyógypedagógus vizsgálja a gyermek teljesítményét annak tükrében, hogy a gyermeket milyen pedagógiai (kedvező vagy kedvezőtlen) hatások érték; a társuló fogyatékosságainak meglétét, a különleges bánásmód keretében történő ellátásának szükségességét gyógypedagógiai vizsgálati eszközökkel (mozgás, rajz, beszéd, általános tájékozottság, szociális érettség stb.), a számára kedvező fejlesztési, nevelési, terápiás színtér, intézmény lehetőségét, majd arra javaslatot tesz.[44]

A vizsgálat részét képezi – életkortól függően – a gyermek megfigyelése egyéni és csoportos tevékenykedés közben, a szülővel történő beszélgetés, kikérdezés. A felállított diagnózis képezi az alapját a gyermekkel való foglalkozásnak, ez tartalmazza azokat a javaslatokat, melyek segítik a habilitációs, rehabilitációs munkát végző szakembereket.[45] A komplex vizsgálat irányulhat a jelen állapot felmérésére (státuszdiagnosztika), valamint a fejlődés, az állapot nyomon követésére (folyamatdiagnosztika).[46]

A komplex diagnosztikát végző intézmények némelyike mozgásfejlesztő vagy mozgásterapeuta bevonását is fontosnak tartja a diagnosztikát végző teamben.

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZŰRÉS, VIZSGÁLAT

Gyógypedagógusok számos szűrést, vizsgálóeljárást használnak munkájuk során. Óvodáskorban használt eljárások: a gyermekek részképességeinek a vizsgálatára alkalmas Sindelar-féle[47]

---

[43] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, II. sz. melléklet

[44] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, II. sz. melléklet

[45] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, II. sz. melléklet

[46] Lányiné, E. Á. (1992): A pszichológiai és a pedagógiai diagnosztika néhány elméleti kérdése. In: Torda, Á. (szerk.): *Pszichodiagnosztika I.* Tankönyvkiadó, Budapest, pp. 5–12.

[47] Sedla, F.–Sindelar, B (1993) *„De jó, már én is tudom!" Óvodáskorú és iskolát kezdő gyermekek korai fejlesztése. A tanulási zavart okozó részképesség-gyengeségek felismerése és terápiája óvodáskorban és iskolát kezdő gyermekeknél.* BGGYTF. Budapest.

vizsgálóeljárás; MSSST[48] a tanulási zavart jelző szűrőteszt; valamint a különböző mozgásvizsgálatok; Gósy-féle beszédészlelést és beszédmegértés vizsgáló teszt[49], a beszédhangok ejtésének, tisztaságának zavarát vizsgáló logopédiai szűrés[50], diszlexia prevencióra szűrés (DPT) és az artikulációs szűrés.

Ezek a vizsgálóeljárások elsősorban arra alkalmasak, hogy a viszonylag rövid idő alatt információkat szerezzünk a gyermekek részképességeiről, és amennyiben valamilyen probléma áll fenn, egy korai beavatkozással megelőzhetjük a későbbi tanulási és magatartászavarok kialakulását. A különböző vizsgálóeljárásokhoz terápiák, módszerek kerültek kidolgozásra, így a szűrést követően a terápia rögtön el is kezdődhet.[51]

HALLÁSSÉRÜLTEK PEDAGÓGIÁJA SZAKIRÁNYON VÉGZETT GYÓGYPEDAGÓGUS

A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (szurdopedagógus) a hallássérült (siket és nagyothalló) gyermekek ellátását végzik pedagógiai szakszolgálatoknál, illetve speciális vagy integrált nevelési oktatási gyakorlatot folytató köznevelési intézményekben. A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus feladata a hallássérült gyermek beilleszkedésének segítése a társadalomba, gyakorlati segítség nyújtása a gyermekkel foglalkozó óvodapedagógusoknak, különböző segítő szakembereknek. Munkája során szorosan együttműködik a családdal, az audiológus szakorvossal. A szülők számára bemutatja a speciális eszközök működését, valamint tanácsadást nyújt a gyermekkel való helyes foglalkozással kapcsolatban. Segít kiválasztani a hallássérült gyermek a számára legmegfelelőbb (speciális, többségi) nevelési intézményt. A rehabilitációs foglalkozások keretében hallás- és beszédkorrekciós eljárásokat alkalmaz, fejleszti a gyermek hallásfigyelmét, auditív észlelését, kommunikációs képességét. A kiejtésjavítás, szókincsfejlesztés és a helyes ejtés fejlesztése mellett az életkori sajátosságoknak, valamint a gyermek egyéni szükségleteinek megfelelően komplex készség- és képességfejlesztést is végez.[52]

II./3.3 A szociális/gyermekvédelem területéhez kapcsolódó alapfogalmak áttekintése

SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK

A szociális ellátások feltételeinek biztosítása az állam feladata, a juttatás lehet pénzbeli (pl. szociális segély, ápolási díj), természetbeni (pl. közgyógyellátás, önkormányzati segély) és történhet személyes gondoskodást nyújtó ellátások (pl. családsegítés, nappali ellátás) formájában. A gyermekvédelmi alapellátások keretében is adható pénzbeli, ill. természetbeni ellátás (pl. rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, gyermekétkeztetési támogatás), valamint személyes gondoskodás

---

48 Zsoldos, M.–Sarkady, K. (2001): *Szűrőeljárás óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára: MSSST (Meeting Street School Screening Test – MSSST).* Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolai Kar, Budapest.

49 Gósy, M. (1996): *GMP Beszédészlelést szűrő teszt.* Nikol Kkt., Budapest.

50 Murárik, F. et al. (2006): *Mit tegyünk? Logopédiai útmutató az integráló óvodák pedagógusai számára.* Fővárosi Beszédjavító Intézet és EGYMI, Budapest

51 Vargáné, M. L. (2008): A pedagógiai diagnosztika és az együttnevelést segítő szakmaközi együttműködés lehetőségei. In: Balázs, É.–Kőpatakiné, M. M. (szerk.): *Új horizontok az együttnevelésben.* OFI, Budapest.

52 Köntösné, L. E.–Váry, Á (2005): *Módszertani intézményi útmutató.* Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Módszertani Intézmény, Diákotthon és Gyermekotthon. Budapest.

keretében igénybe vehető gyermekvédelmi alapellátás (pl. gyermekjóléti szolgáltatás, családi napközi).[53]

A szociális ellátásokról részletesen az „Ellátások, juttatások rendszere" c. témakörben lesz szó.

HÁTRÁNYOS HELYZET

A gyermekvédelmi törvény alapján hátrányos helyzetű az a gyermek, aki rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult. Ezenkívül a továbbiak közül legalább az egyik jellemző: a szülő/gyám alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik VAGY a szülő/gyám foglalkoztatottsága alacsony VAGY a gyermek olyan lakókörnyezetben él, ahol az egészséges fejlődéshez szükséges feltételek nincsenek meg. Pl. szegregált városrészben; félkomfortos vagy komfort nélküli szükséglakásban él.[54]

HALMOZOTTAN HÁTRÁNYOS HELYZET

Halmozottan hátrányos helyzetű az a gyermek, aki rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult és nevelésbe vett gyermek vagy utógondozói ellátásban részesül. Halmozottan hátrányos helyzetű az is, akinél az alábbi jellemzők közül legalább kettő egyidejűleg fennáll: szülő/gyám alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik; a szülő/gyám foglalkoztatottsága alacsony; a gyermek elégtelen lakókörnyezetben él.[55]

VESZÉLYEZTETETTSÉG

A veszélyeztetettség fogalmát a gyermekvédelem általánosan fogalmazza meg, ami magában hordozza annak a lehetőségét, hogy minden szakember más-más módon értelmezi azt. Ennek alapján a veszélyeztetettség egy olyan állapot, mely veszélyeztető magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében alakul ki, és ez a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza.[56]

A Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete (MOGYESZ) részletesebb állásfoglalást ad arról, hogy mit is ért a fogalom alatt, ez már jobban segíti a gyermekvédelem szakembereit. Ebben a definícióban megfogalmazásra kerül a mulasztás, a körülmény mibenléte:

- ismétlődő/tartós fizikai, lelki bántalmazás, szexuális zaklatás, erőszak, elhanyagolás;
- ártalmas környezeti hatások, rossz interperszonális kapcsolatok.

Az oktatásügy területén a köznevelési törvény érinti a témát, annyiban, hogy a köznevelési intézmény vezetőjét teszi felelőssé a gyermek- és ifjúságvédelmi feladatok megszervezéséért és ellátásáért[57] adatszolgáltatási kötelezettséget ír elő, mely alapján adatokat kell szolgáltatnia a gyermek veszélyeztetettségének feltárása, megszüntetése céljából.[58] Együttműködési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálattal, valamint közre kell működnie a gyermekek veszélyeztetettségének megelőzésében, megszüntetésében.[59]

---

[53] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
[54] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 67/A. §
[55] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 67. §
[56] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 5. §
[57] 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 69. §
[58] 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 41. §
[59] 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 129. §

SPECIÁLIS ELLÁTÁS – KÜLÖNLEGES ELLÁTÁS

Speciális ellátásra szorul tágabb értelemben minden egyes gyermek, aki a gyermekvédelemmel valamilyen módon és formában kapcsolatba kerül. A gyermekvédelmi ellátás szempontjából speciális segítségre az a gyermek szorul,

- akinek családja nem biztosítja a gyermek számára a megfelelő fejlődéshez szükséges testi, lelki, erkölcsi feltételeket (bántalmazó, elhanyagoló család),
- aki olyan családi környezetben él, melynek környezeti hiányai vagy ártalmai miatt nem képes a megfelelő fejlődésre (veszélyeztető család)
- vagy akinek állapota, veleszületett fogyatékossága miatt a család nem tudja biztosítani azokat a környezeti feltételeket, melyben a fejlődése megfelelő lehetne.

A speciális/különleges (egészségügyi, pszichológiai, pszichiátriai, pedagógiai) ellátást a gyermek számára a szükséglet fennállásának kezdetétől folyamatosan biztosítani kell. Ennek hiánya tartós torzulást eredményezhet a gyermek fejlődésében.[60]

A gyermekvédelmi törvény alapján az otthont nyújtó ellátás keretében megkülönböztetünk különleges ellátást és speciális ellátást. *(2. sz. táblázat)* A 0–7 éves korosztályra vonatkoztatva fontos, hogy a három év alatti gyermekek esetében félévente a speciális/különleges ellátás tekintetében felülvizsgálatot kell lefolytatni.

Az otthont nyújtó ellátás keretében	
a) különleges ellátást kell biztosítani	**b) speciális ellátást kell biztosítani**
a tartósan beteg, illetve fogyatékos gyermekek	súlyos pszichés tüneteket mutató gyermekek
a három év alatti gyermek számára	súlyos disszociális tüneteket mutató gyermekek
	pszichoaktív szerekkel küzdő gyermekek számára

2. sz. táblázat. Különleges ellátás-speciális ellátás fogalma a gyermekvédelmi törvényben[61]

Felhasznált irodalom

Büki, P.–Szollár, Zs. (2004): *Speciális szükséglet?! Töprengések a gyermekvédelemről.* magánkiadás, Budapest.

EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention-update/eci-files/ECI-EN.pdf

Egészségtudományi fogalomtár. http://fogalomtar.eski.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 19.)

Egészségügyi fogalomtár. http://www.gyogyinfok.hu/ftar/index.html (letöltés dátuma: 2013. 12. 19.)

Gaál, É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában.* In: Illyés, S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* BGGYTF. Budapest.

Gáborné A. A.–Zomboriné B. M. (szerk.) (2010): *Módszertani ajánlások szociális szolgáltatóknak.* Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Budapest.

[60] Büki, P.–Szollár, Zs. (2004): *Speciális szükséglet?! Töprengések a gyermekvédelemről.* magánkiadás, Budapest.

[61] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 53. §

Gereben F.-né. et al. (2012): *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszédfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., 2012.

Gordosné, Sz. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Gordosné, Sz. A. (2007): A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek. In: Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve.* Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

Gósy, M. (1996): GMP Beszédészlelést szűrő teszt. Nikol Kkt., Budapest.

Hatékonyság és igazságosság az európai oktatási és képzési rendszerekben. 2006 http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/c11095_hu.htm (letöltés dátuma: 2014. 02. 06.)

Herczog, M. (2008): A koragyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas, K.–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért.* ECOSTAT, Budapest.

Herczog, M. (é. n.): *Koragyermekkori fejlesztés.* http://gyermekbantalmazas.hu/celcsoportok/szuloknek/item/herczog-maria-koragyermekkori-fejlesztes (letöltés dátuma: 2014. 02. 04.)

Könczei, Gy. (2009): *A rehabilitáció és a fogyatékosság.* In Könczei, Gy.–Kullmann L. (szerk) A (komplex) rehabilitáció alapjai, ELTE GYK, Budapest.

Köntösné, L. E.–Váry, Á. (2005) Módszertani intézményi útmutató. Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Módszertani Intézmény, Diákotthon és Gyermekotthon. Budapest.

Lányiné, E. Á. (1992) A pszichológiai és a pedagógiai diagnosztika néhány elméleti kérdése. In Torda, Á. (szerk.) Pszichodiagnosztika I. Tankönyvkiadó, Budapest.

Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (2001): *Fogyatékos gyermekek jogai; halmozott fogyatékosság; halmozottan fogyatékosok; halmozottan fogyatékosok nevelése; normalizációs elv – szócikkek.* In: Mesterházi Zs. (szerk.): *Gyógypedagógiai lexikon.* Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola Kar, Budapest, 83., 108–111., 137–138.

Lányiné Engelmayer, Á. (2012): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés.* Medicina, Budapest.

Mesterházi (1998): *Nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése,* BGGYTF, Budapest.

Mesterházi, Zs. (2000) *A gyógypedagógia mint tudomány.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* BGGYTF. Budapest.

Mogyesz Fogalomtár 2012. (Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete)

Murárik, F. et al. (2006): *Mit tegyünk? Logopédiai útmutató az integráló óvodák pedagógusai számára.* Fővárosi Beszédjavító Intézet és EGYMI, Budapest.

Pajor, E. (2010): *Látássérülés – Bevezető ismeretek.* ELTE BGGYK, Budapest.

Rethlefsen, S. A.–Ryan, D. D.–Kay, R. M. (2010): *Classification Systems in Cerebral Palsy.* Orthop Clin N Am 41 (2010):.

Sedla, F.–Sindelar, B (1993): *„De jó, már én is tudom!" Óvodáskorú és iskolát kezdő gyermekek korai fejlesztése. A tanulási zavart okozó részképesség-gyengeségek felismerése és terápiája óvodáskorban és iskolát kezdő gyermekeknél.* BGGYTF. Budapest.

Vágó, I.–Simon, M.–Vass, V. (2011): A tanítás-tanulás tartalma. In: Balázs, É.–Kocsis, M.–Vágó, I. (szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról 2010.* OFI, Budapest.

Vargáné, M. L. (2008): A pedagógiai diagnosztika és az együttnevelést segítő szakmaközi együttműködés lehetőségei. In: Balázs, É.–Kőpatakiné, M. M. (szerk.): *Új horizontok az együttnevelésben.* OFI, Budapest. http://www.ofi.hu/tudastar/egyuttneveles-szakmai/vargane-mezo-lilla (letöltés dátuma: 2014. 02. 04.)

Zsoldos, M.–Sarkady, K. (2001): *Szűrőeljárás óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára: MSSST (Meeting Street School Screening Test – MSSST).* Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolai Kar, Budapest.

Hivatkozott jogszabályok

363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az Óvodai Nevelés Országos Alapprogramjáról, 1. melléklet http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200363.KOR (letöltés dátuma: 2014. 02. 06.)

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV&celpara=#xcelparam (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200020.EMM (letöltés dátuma: 2014. 01. 14.)

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 14.)

32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500002.OM (letöltés dátuma: 2013. 11. 14.)

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 05.)

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

III. MODUL II. A KORAI ÉLETSZAKASZ JELENTŐSÉGE. KÜLFÖLDI MODELLEK. SZABÁLYOZÁS, FINANSZÍROZÁS

III./1 A KORAI ÉLETSZAKASZ JELENTŐSÉGE, A KORAI BEAVATKOZÁSOK INDOKOLTSÁGA. KÖLTSÉG-HASZON ELEMZÉSEK, BEFEKTETÉSI MEGTÉRÜLÉSEK

III./1.1 A korai életszakasz fejlődésben betöltött szerepe

A korai gyermekéveknek meghatározó szerepük van a gyermekek fejlődésében és a későbbi életlehetőségük alakulásában. Az utóbbi évtizedekben a neurobiológia, a viselkedéstudományok és társadalomtudományok területén zajló kutatások nagy előrelépéshez vezettek azoknak a tényezőknek az azonosításában, amelyek a gyerekek életkezdetét kedvező vagy kedvezőtlen módon befolyásolják. A fejlődés a korai életszakaszban a leggyorsabb, a megszerzett élmények, tapasztalatok az agyi struktúrákba integrálódva megalapozzák a mozgásos, kognitív, nyelvi funkciók kiépülését, a szociális, önszabályozó képesség, valamint az érzelmi biztonság kialakulását.[62] Ugyanakkor a gyerekek sérülékenységének kockázata is ekkor a legnagyobb, az egészséges fejlődést számos tényező veszélyeztetheti, a biológiai károsodások, a kedvezőtlen szocioökonomiai jellemzők, környezeti feltételek, az érzelmi, pszichés sérülések, elhanyagoltság külön-külön és együttesen is befolyásolhatják azt.

Nem mindegy tehát, hogy milyen ellátórendszer épül ki a gyermek és családja köré, hogy hozzájutnak-e a szükségleteikhez illeszkedő, megfelelő minőségű ellátáshoz, szolgáltatáshoz. Az időben felismert probléma, az ellátórendszerbe való minél korábbi bekerülés, a megfelelő színvonalú szolgáltatások igénybevételének lehetősége, a család támogatása, gyakorlati segítséggel, információval való ellátása biztosítéka lehet annak, hogy a gyermek könnyebben tudja leküzdeni hátrányait, és a későbbiekben minőségileg jobb életet élhet. Az iskoláskor előtti gyermekek és családjaik a koragyermekkori intervenció rendszerében kapják meg azokat az ellátásokat, szolgáltatásokat, amelyek differenciált szükségleteik alapján megilletik őket.

III./1.2 Költség-haszon elemzések, befektetési megtérülések – longitudinális vizsgálatok eredményei

III./1.2.1 KUTATÁSI EREDMÉNYEK AMERIKÁBAN

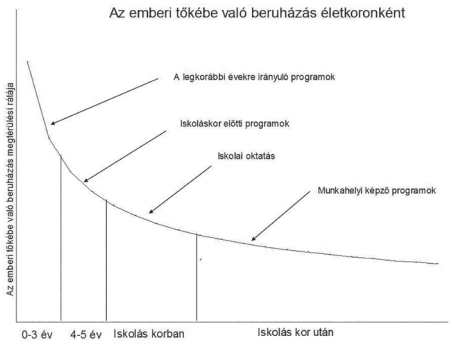
A speciális segítségnyújtás a gyermek személyes fejlődése mellett a család saját kompetenciájának megerősítésére, a család és a gyermek szociális befogadására is irányul. A korai életszakaszban nyújtott prevenciós és intervenciós támogatások azonban nemcsak a gyermek életminőségének javulásához vagy a család életére gyakorolt pozitív hatáshoz járulnak hozzá, hanem hosszú távú

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

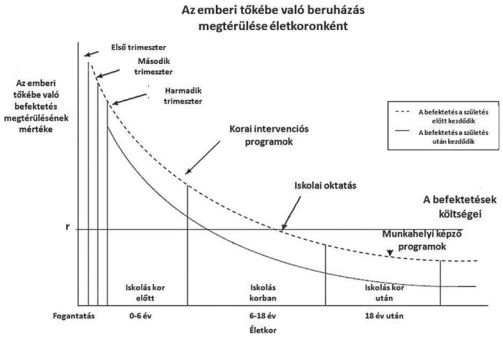
társadalmi hasznosságuk is jelentős, hiszen köztudottan költséghatékonyabbak, eredményesebbek, mint a később nyújtott beavatkozások.

James Heckman amerikai Nobel-díjas tudós szerint a költségvetési deficit visszaszorításának és a gazdaság megerősítésének egyetlen és legbiztosabb módja: a korai gyermekévekbe való befektetés.[63] Azok a költség-haszon elemzések, amelyek a korai évekbe való befektetések megtérülését vizsgálták, úgy találták, hogy minél korábbi életkorban történnek a beavatkozások, annál magasabbak a beruházások hosszú távú megtérülési rátái. *(1. ábra)*

Mindezt a várandósság szakaszát figyelembe véve is vizsgálták, és azt találták, hogy ha a befektetés már a születés előtt kezdődik, akkor annak megtérülési rátája magasabb, mint a születés után megkezdett beavatkozásoké. *(2. ábra)*



1. ábra
Forrás: HECKMAN, 2008[64] – KJ



2. ábra
Forrás: CARNERIO és HECKMAN, 2003[65] – KJ

Amerikában az 1960-as években induló koragyermekkori intervenciós programok mellé rendelt hatásvizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy azokban a gyerekcsoportokban, akikre a beavatkozás irányult, hosszú távon kedvezőbb kimenetek voltak azonosíthatók, mint a kontrollcsoport körében, akár pl. az iskolai sikerességet vagy a későbbiekben biztos családi háttérrel rendelkezők arányát tekintve. A vizsgálatok mellett elvégzett költség-haszon elemzés segítségével kiszámolták, hogy 1 dolláros befektetés évtizedek múltán hány dollár hasznot hozott, tehát mennyi volt a megtérülése. Volt olyan program (a Perry Preschol program), amelynek résztvevőit 40 évig követték nyomon, és nemcsak az derült ki, hogy pl. a bűnelkövetések és a serdülőkorú anyaság gyakorisága ebben a csoportban jóval alacsonyabb, mint a kontrollcsoportban, ahol nem végeztek beavatkozást, hanem az is, hogy az 1 dolláros befektetés ilyen hosszú távon 17 dollár hasznot hozott. A jelenleg folyó legfontosabb program (Early Childhood Longitudinal Studies) eredményei azt mutatják, hogy a gyerekek fejlődésének a legfontosabb differenciáló tényezői között elsősorban a család szocioökonómiai státusa, az anya iskolai végzettsége és a család típusa (egyszülős vagy kétszülős család) szerepelnek. A különbségek már az óvodába lépésnél megmutatkoznak.[66]

[63] WARREN, J. (2010): Economist's Plan to Improve Schools Begins Before Kindergarten. In: *The New York Times.* 2010. 12. 23.

[64] HECKMAN, J. J. (2008): The case for Investing in Disadvantaged Young Children. In: *First Focus (ed.): Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future.* First Focus, pp. 49–58.

[65] CARNEIRO, P.–HECKMAN, J. J. (2003): Human Capital Policy. In: HECKMAN, J.–KRUEGER, A. (ed.): *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* MIT Press, pp. 77–240.

[66] KAROLY, L. A.–KILBURN, M. R.–CANNON, J. S. (2005): *Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise.* Santa Monica, Arlington, Pittsburgh: RAND Corp.

III./1.2.2 EURÓPAI VIZSGÁLATOK

Európában jóval kevesebb kutatási forrás áll rendelkezésre, mint Amerikában. Az európai országok közül Nagy-Britanniában zajlanak elsősorban nagyobb léptékű longitudinális vizsgálatok. Ezek közül a leghosszabb ideje zajló, a National Child Development Study (NCDS), amely az 1958. március 3. és 9. között született korcsoport életét követi születésüktől folyamatosan. Többek között olyan részeredményeket is kimutatott a vizsgálat, amely a várandósság alatti dohányzás hatását a középiskolás korban mért gyengébb matematikai teljesítménnyel tudta összefüggésbe hozni.[67] Szintén Angliában indult az egészségügyi gyökerű, EPICURE 1 nevet viselő longitudinális vizsgálat, amely 1995-ös születésű, extrém koraszülött (23–26 hét között született) babák további életsorsát kísérte 11 éves korukig, 2006-ig. A kutatás problémakörébe a túlélési esélyek vizsgálata, a későbbi egészségi állapot, a fogyatékosság, illetve a későbbi tanulási, viselkedési zavar kialakulásának esélyei, lehetőségei is beletartoztak. A gyerekeken 6–10 éves korban megismételt vizsgálatok azt mutatták, hogy a gyerekek több mint a fele teljesen egészséges vagy enyhe állapotú fogyatékos személy volt (65% összesen), mintegy negyedüknél tapasztaltak továbbra is súlyos vagy közepesen súlyos fogyatékosságot. A leggyakoribb probléma ebben a korosztályban a tanulási és koncentrálóképességgel volt, ami a gyerekek több mint felét érintette és ebben a tekintetben jelentős a különbség a volt koraszülöttek és a terminusra született gyerekek között, még 6 évesen is, így ezt egyértelműen a koraszülöttség hosszú távú következményeként értékelték.[68]

III./1.2.3 MAGYARORSZÁGI VIZSGÁLATOK

Az oktatás területéről a korai életévekre visszanyúló longitudinális vizsgálat Magyarországon még nem indult. Az egyik jelentős iskolai környezetben zajló vizsgálat a 2006-ban indult Életpálya felmérés, amely 10. 000 fiatal életét követi nyomon 2006 őszétől évi rendszerességgel. A vizsgálat egyik legfontosabb célja az iskolai hátrányok és az iskolai lemorzsolódás elemzése.[69, 70] Az egészségügy területéről több, a korai életévekből kiinduló longitudinális vizsgálatot is ismerünk, amelyek különféle rizikócsoportok (kissúlyú, koraszülött, patológiás koraszülött, illetve érett hipotrófiás gyerekek) fejlődésének utánkövetésére irányultak, és összefüggéseket kerestek a kiindulási rizikóállapot és a később azonosítható állapotok, az eltérő fejlődés, de legalábbis a későbbi tanulási zavar vagy nehézség előfordulása, illetve az intelligencia alakulása között.[71, 72, 73]

---

[67] Csapó, B. (2007): *Hosszmetszeti felmérések iskolai kontextusban – az első átfogó magyar iskolai longitudinális kutatási program elméleti és módszertani keretei.* Magyar Pedagógia, 107. évf., 4. sz., pp. 321–355.

[68] Marlow, N.–Wood–Nicholas, S.–Costeloe, K.–Gibson, A. T.–Wilkinson, A. R. (2006): Outcome following extremely preterm birth. In: *Current Obstetrics and Gynaecology,* vol. 3, no. 16., pp. 141–146.

[69] Kertesi, G.–Kézdi, G. (2008): A roma és nem roma fiatalok középiskolai továbbtanulása. Első eredmények a TÁRKI-Educatio Életpálya-felmérése alapján. In: Kolosi T.–Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi riport 2008.* Budapest. TÁRKI, pp. 344–362.

[70] Kertesi, G.–Kézdi, G. (2008): A roma és nem roma fiatalok középiskolai továbbtanulása. Első eredmények a TÁRKI–Educatio Életpálya-felmérése alapján. In: Kolosi T.–Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi riport 2008.* Budapest. TÁRKI, pp. 371–407.

[71] Kalmár, M. (2007): *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, p. 104.

[72] Csiky, E. (2006) *Koraszülöttek utóvizsgálatának eredményei.* Gyógypedagógiai Szemle, Különszám. Magyar Tudomány Napja, pp. 55–61.

[73] Beke, A. (2000): *Intenzív osztályon kezelt koraszülöttek és veszélyeztetett újszülöttek utánvizsgálata.* Összefoglaló az eredményekről. Kézirat. Budapest.

III./1.3 A gyermekjogok érvényesülése

III./1.3.1 A KORAGYERMEKKOR KIEMELT SZEREPE A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI DOKUMENTUMOKBAN

A korai életszakasz prioritásának fontossága az evidenciák igazoló ereje mellett meg kell hogy jelenjen a hivatalos dokumentumokban, jogszabályokban is, biztosítva a gyermekjogok érvényre jutását. A gyerekek egészséges életkezdetének támogatása, az időben elkezdett prevenciós, intervenciós tevékenységek fontossága és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának kötelezettsége több nemzetközi szervezet dokumentumában megjelenik. 1924-ben, a Gyermek Jogairól Szóló Genfi Deklaráció kimondja, hogy az emberiség köteles biztosítani a gyermek egészséges fejlődéséhez szükséges feltételeket, mindenfajta megkülönböztetés nélkül.[74] Később az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata meghatározta a gyermekek jogainak védelmére irányuló nemzetközi együttműködés irányát, elismerve, hogy a gyermekkor (és ezzel együtt az anyaság) kivételes támogatottságot igényel:

> *„Az anyaság és a gyermekkor különleges segítséghez és támogatáshoz adnak jogot….”*[75]

1959-ben jelent meg az ENSZ, az Emberi Jogi Bizottság által előkészített, Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozata, amely nem kötelező erejű, de irányt mutató, nagy jelentőségű okmány. Határozottan állást foglal a gyermek egészséges fejlődéséhez való jogáról és különleges szükségletei esetén a megfelelő szolgáltatás biztosításának szükségességéről:

> *„A gyermek élvezi a társadalombiztosítás juttatásait. Joga van az egészséges növekedésre és fejlődésre; ebből a célból különleges gondoskodást és védelmet kell biztosítani mind a gyermek, mind az anya számára, beleértve a megfelelő születés előtti és születés utáni gondoskodást. A gyermeknek joga van a megfelelő táplálkozásra, lakásra, szórakozásra és orvosi szolgáltatásokra.*
> *A fizikailag, szellemileg vagy társadalmilag hátrányos helyzetben levő gyermeknek a helyzete által megkívánt különleges kezelést, oktatást és gondoskodást kell biztosítani.”*[76]

Az 1989-es ENSZ Gyermekjogi Egyezménye az első olyan konvenció, amely azokat az alapvető jogokat foglalja össze, amelyeket az egyezményt aláíró államoknak a gyermekek jólléte érdekében biztosítania kell.[77] A New York-i Egyezményben részes államok elismerik a speciális ellátási szükségletű gyermekek különleges gondozáshoz való jogát, és kötelezettséget vállalnak arra, hogy a gyermek állapotához alkalmazkodó segítséget biztosítsanak a szülőnek, gondozónak:

> *„Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékos gyermeknek a különleges gondozáshoz való jogát, és a rendelkezésükre álló forrásoktól függő mértékben, az előírt feltételeknek megfelelő fogyatékos gyermeknek és eltartóinak, kérelemre, a gyermek állapotához és szülei vagy gondviselői helyzetéhez alkalmazkodó segítséget biztosítanak.”*[78]

---

[74] Geneva Declaration of the Rights of the Child, 1924.

[75] Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, ENSZ, 1948. 25. cikkely, 2. §

[76] Nyilatkozat a gyermek jogairól – az ENSZ Közgyűlés 1958. november 20. napján kelt, 1386 (XIV) számú határozata, 4., 5. alapelv.

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

[78] A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (New York, 1989. november 20.), 23. cikkely, 2. bekezdés

A segítség a gyermek szüleinek vagy gondviselőinek anyagi erőforrásait figyelembe véve lehetőség szerint ingyenes, és úgy kell alakítani, hogy a fogyatékos gyermek valóban részesülhessen a megfelelő ellátásban, szolgáltatásban. Az egyezményt ratifikáló országok az egészséghez való jog tiszteletben tartására és az egészségügyi szolgáltatásokhoz, illetve a szociális biztonsághoz, a juttatásokhoz való hozzájutás biztosítására is kötelezettséget vállalnak:

> *„Az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától."*[79]
> *„Az Egyezményben részes államok elismerik minden gyermeknek a szociális biztonsághoz, így a társadalombiztosítás juttatásaihoz való jogát, és megteszik a szükséges intézkedéseket arra, hogy hazai jogszabályaiknak megfelelően biztosítsák e jog teljes megvalósulását."*[80]

Az 1993. december 20-i ENSZ közgyűlés a következő mérföldkő, ahol elfogadták a Fogyatékossággal élő emberek esélyegyenlőségének szabályai c. dokumentumot, amelyben a fogyatékos személyek esélyegyenlőségét célzó általános szabályokat fogalmaztak meg. A nemzetközi dokumentum a korai felismerés fontosságára hívja fel a figyelmet:

> *„Az Egyezményben részes államok a sérülés korai felismerését, illetve mérését, kezelését célzó programokat biztosítanak, amelyeket különböző tudományterületekről érkező szakemberek csoportja végez. Ezzel megelőzhetők, csökkenthetők vagy megszüntethetők a fogyatékosságot okozó tényezők."*[81]

III./1.3.2 GYERMEKEKET ÉRINTŐ JOGOK A HAZAI TÖRVÉNYALKOTÁSBAN

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

Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról egyetlen paragrafusa tartalmaz a korai ellátásra vonatkozó kitételt:

> *„A fogyatékos személynek joga, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai nevelésben, iskolai nevelésben és oktatásban, fejlesztő felkészítésben, szakképzésben, felnőttképzésben, továbbá felsőoktatásban vegyen részt a vonatkozó jogszabályokban meghatározottak szerint."*[82]
> *„A kiskorú fogyatékos személyt megilleti az a jog, hogy fejlesztése késedelem nélkül megkezdődjön, amint fogyatékosságát megállapították."*[83]

---

[79] A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (New York, 1989. november 20.), 24. cikkely, 1. bekezdés
[80] A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (New York, 1989. november 20.), 26. cikkely, 1., 2. bekezdés.
[81] United Nations Organization (1993): The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. New York: UN. 2. szabály, 1. §.
[82] 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. § (1) bek.
[83] 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. § (3) bek.

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

> *„Az egyenlő bánásmód követelményét a szociális biztonsággal összefüggésben érvényesíteni kell, különösen az egészségügyi szolgáltatásnyújtás, ezen belül*
> *a) a betegségmegelőző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvétel,*
> *b) a gyógyító – megelőző ellátás* […] *során*[84]

Kulcsdokumentum az ENSZ Gyermekjogi Egyezményével összhangban megfogalmazott 1997. évi XXXI. gyermekvédelmi törvény, amely előtérbe helyezi a gyermekek jogait és érdekeit, és elsőbbséget biztosít a gyermek családban történő nevelkedésnek. Ehhez különböző támogatásokat és szolgáltatások igénybevételét vagy közvetítését biztosítja, meghatározza a veszélyeztetettség megelőzésével, felismerésével és kezelésével kapcsolatos feladatokat. Helyettesítő védelmet biztosít azoknak a gyermekeknek, és gondoskodik teljes körű ellátásukról, akik hatósági intézkedések következtében kerültek ki családjukból. Kiemelt feladatként határozza meg a gyermekek családjukba való visszahelyezését.[85]

Miközben az 1997. évi gyermekvédelmi törvényben[86] a gyermeki jogok között ott találjuk a szülő kötelezettségét, hogy gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket biztosítsa, illetve a gyermek jogát az egészséges fejlődéshez, valamint a fogyatékos gyermek jogát a fejlődését és személyisége kibontakozását segítő különleges ellátáshoz,[87] a szülő nem kötelezhető arra, hogy a köznevelési törvényben biztosított korai fejlesztést igénybe vegye.

Felhasznált irodalom

Beke, A. (2000): *Intenzív osztályon kezelt koraszülöttek és veszélyeztetett újszülöttek utánvizsgálata.* Összefoglaló az eredményekről. Kézirat. Budapest.

Carneiro, P.–Heckman, J. J. (2003): Human Capital Policy. In: Heckman J.–Krueger A. (ed.): *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* MIT Press.

Csapó, B. (2007): *Hosszmetszeti felmérések iskolai kontextusban – az első átfogó magyar iskolai longitudinális kutatási program elméleti és módszertani keretei.* Magyar Pedagógia, 107. évf., 4. sz.

Csiky, E. (2006): *Koraszülöttek utóvizsgálatának eredményei.* Gyógypedagógiai Szemle, Különszám. Magyar Tudomány Napja.

Heckman J. J.–Masterov, D. V. (2007): *The Productivity Argument for Investing in Young Children.* Working Paper 13016, National Bureau of Economic Research. 1050 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02138, April 2007.

Heckman, J. J. (2008): The case for Investing in Disadvantaged Young Children. In: First Focus (ed.): *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future.* First Focus.

Kalmár, M. (2007): *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai.* Budapest. ELTE Eötvös Kiadó.

Karoly, L. A.–Kilburn, M. R.–Cannon, J. S. (2005): *Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise.* Santa Monica, Arlington, Pittsburgh: RAND Corp.

[84] 2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 25. § (1) bek.
[85] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.
[86] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.
[87] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 12. §, illetve 6. § (1), (2), (3) bek.

Kertesi, G.–Kézdi, G. (2008): A roma és nem roma fiatalok középiskolai továbbtanulása. Első eredmények a TÁRKI-Educatio Életpálya-felmérése alapján. In: Kolosi, T.–Tóth, I. Gy. (szerk.): *Társadalmi riport 2008.* Budapest. TÁRKI.

Kertesi, G.–Kézdi, G. (2010): Iskolázatlan szülők gyermekei és roma fiatalok a középiskolában. Beszámoló az Educatio Élretpálya-felmérésének 2006 és 2009 közötti hullámaiból. In: Kolosi T.–Tóth, I. Gy. (szerk.): *Társadalmi riport 2010.* Budapest. TÁRKI.

Marlow, N.–Wood, N. S.–Costeloe, K.–Gibson, A. T.–Wilkinson, A.R. (2006): Outcome following extremely preterm birth. In: *Current Obstetrics and Gynaecology,* vol. 3, no. 16.

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

Warren, J. (2010): Economist's Plan to Improve Schools Begins Before Kindergarten. In: *The New York Times.* 2010. 12. 23.

Dokumentumok

A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (New York, 1989. november 20.) http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14922 (letöltés dátuma: 2013. 01. 05.)

Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, ENSZ, 1948. http://www.menszt.hu/informaciok/emberi_jogok/az_emberi_jogok_egyetemes_nyilatkozata (letöltés dátuma: 2013. 01. 05.)

Geneva Declaration of the Rights of the Child, 1924. http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm (letöltés dátuma: 2013. 01. 05.)

Nyilatkozat a gyermek jogairól – az ENSZ Közgyűlés 1958. november 20. napján kelt, 1386 (XIV) számú határozata http://unicef.hu/c/document_library/get_file?p_l_id=23940&noSuchEntryRedirect=viewFullContentURLString&fileEntryId=24686 (letöltés dátuma: 2013. 01. 05.)

United Nations Organization (1993): *The Standard Rules ont he Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities.* New York: UN. www.euroinfo.hu/europaszerver/szerverindex.html http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=26 (letöltés dátuma: 2013. 01. 05.)

Hivatkozott jogszabályok

10/2006. (II. 16.) OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról. http://www.megvaltozott.hu/docum/jogszabalyok/102006ogy.pdf (letöltés dátuma: 2013. 12. 15.)

1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100064.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 21.)

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 09.)

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 21.)

2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300125.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 21.)

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0700092.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 21.)

2013. évi LXII. törvény A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról 1998. évi XXVI. törvény módosításáról http://fszk.hu/2013-evi-lxii-torveny-a-fogyatekos-szemelyek-jogairol-es-eselyegyenloseguk-biztositasarol-szolo-1998-evi-xxvi-torveny-modositasarol/szolo (letöltés dátuma: 2013. 12. 15.)

III./2 KÜLFÖLDI MODELLEK ÉS INTEGRÁLHATÓSÁGUK A HAZAI ELLÁTÓRENDSZERBE

Az európai országokban a koragyermekkori intervenciós intézményrendszer szerveződése nagyon különböző formákat ölt. Vannak országok, ahol csak néhány évre tekint vissza a rendszer kialakítása, lassan alakul ki a szervezeti háttér, mint Görögország, Észtország vagy Csehország esetében, és vannak olyanok is, mint a német nyelvű országok, ahol több évtizedes tapasztalattal rendelkeznek. Koragyermekkori intervenciós központok szinte valamennyi országban előfordulnak valamilyen formában (kivéve a skandináv országokat), mégis leginkább a német nyelvű országokra jellemzőek elsősorban, mint ahogy az ilyen típusú szervezeteknek itt van a legrégebbi múltja. A skandináv országok esetében nincs szervezett intézményrendszer, alapvetően az önkormányzatok feladata a koragyermekkori intervenció megszervezése.[88]

Skandináv országok
Az országcsoportnak közös jellemzője, hogy lényegében nincs külön kiépített koragyermekkori intervenciós ellátórendszer, és nincsenek nagy korai fejlesztő központok, ahol speciálisan csak a rászoruló gyermekek ellátása folyik. Ehelyett integráltan próbálják a koragyermekkori intervencióra szoruló gyermekeket a szociális és oktatási ellátórendszer főáramában tartani, kortársaik között.[89] A bölcsődei és az óvodai hálózat kiterjedt és jól működik, ami elsősorban annak köszönhető, hogy a gyermekek nagy része már egyéves kora után intézményi ellátásba kerül a szülők korai munkába való visszatérése miatt. A jól kiépített kora- és kisgyermekkori intézményhálózat a koragyermekkori intervenció funkcióinak ellátására is alkalmas.[90]

Svédország
Svédországban minden várandósnak és partnerének jár a várandósgondozás. Az állami egészségügyi alapellátást az ún. Gyermekegészségügyi Szolgáltatás keretében biztosítják. Gyermekgondozó nővér követi a fejlődést, az egészségi állapotot. A szűréseket 12, 18, 36, 56 hónapos korban végzi el. A gyermekorvos időközönként strukturált vizsgálattal felméri a gyermek fejlődési szintjét. Amennyiben felmerül az eltérő, megkésett fejlődés gyanúja, a gyermeket egy gyermekklinikára vagy egy ún. Gyermek Habilitációs Központba utalják.[91] A szűrési és diagnosztizálási folyamat után a gyermek számára szükségleteihez illeszkedő, egyedi fejlesztési tervet alakítanak ki. A korának megfelelő intézményben integrált formában igyekeznek ellátni, megfelelő segítségnyújtás mellett. A szülőknek lehetőségük van más utat választani és gyermeküket a speciális szolgáltatást nyújtó habilitációs központokba vinni, amelyek legtöbbször a helyi kórházhoz csatolva működnek. Koragyermekkori intervencióban a gyermek születésétől 6 (7) éves koráig részesülhet, az ellátás ingyenes.[92]

---

88 European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations.

89 Luttropp A. M.–Norling, M. B.–Balton, M. (2007): *Intervention Practice for Preschool Children in Need of Special Support: A Comparative Analysis Between South Africa and Sweden.*

90 European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Sweden.

91 Almqvist, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Sweden.* European Agency for Development in Special Needs Education.

92 Luttropp A. M.–Norling, M. B.–Balton, M. (2007): *Intervention Practice for Preschool Children in Need of Special Support: A Comparative Analysis Between South Africa and Sweden.*

Norvégia
Norvégiában nincs a sajátos nevelési igényhez és a koragyermekkori intervencióhoz köthető központi intézmény. A feladatellátás kötelezettsége az önkormányzatoké. Norvégiában szinte mindegyik 1-2 éves gyermek bölcsődébe jár. A korai ellátásra szoruló gyermekek prioritást élveznek a bölcsődei felvételnél, tehát a sérült gyermekek többnyire integrált formában jutnak ellátáshoz kortársaik között. Kevesebb, mint 0,5%-uk jár csak speciális bölcsődébe. A szülők kérésére a gyermek otthonában is megkaphatja az ellátást. A terápiák jellemzően heti néhány órától heti 25 óráig terjedhetnek. A gyermekek mellé gyakran személyes segítőt rendelnek. Amennyiben speciális ellátásra van szükség, orvosi beutalóval továbbküldhetik a gyermeket a megyei gyermekhabilitációs központokba, melyek általában kórházi alegységként működnek. Itt multidiszciplináris team fogadja a gyerekeket, melyben valamennyi érintett szakterület képviselteti magát (egészségügyi szakemberek, mozgásfejlesztők, pszichológusok, (gyógy)pedagógusok).[93]

Dánia
Dániában a koragyermekkori intervenció feladata, hogy a decentralizált, interdiszciplináris szolgáltatások a lakóhelyhez közeli elérhetőségben legyenek, azonos minőségű ellátást garantáljanak, biztosítsák az információkat és a szülőképzést. Az egészségügyi alapellátást orvosok, védőnők és a helyhatósági szinten nyújtott egészségügyi szolgáltatások (gondozó otthoni ellátás, a beteg otthonában nyújtott konzultációk) biztosítják. A születést követően, a diagnózis alapján a tartósan sérült- vagy rizikócsoportba tartozó gyerekeket, illetve szüleiket az ún. Gyermek- és Családi Központ felé irányítják, ahol interdiszciplináris szakértői team méri fel a gyermek egyéni szükségleteit, Egyéni Tervet készít a koragyermekkori intervenciós ellátás, terápiák megkezdésére. A családok részt vesznek az egyes beavatkozási formákra vonatkozó javaslattételi folyamatban, és ennek során tanácsadásban részesülnek. Az Egyéni Terv rendszeres találkozókat biztosít a szakemberek és a családok között.[94]

Német ajkú országok
A német nyelvterületek jellemzője, hogy a koragyermekkori intervenció több évtizedes múlttal rendelkező, kiterjedt, és jól működő intézményrendszerre támaszkodik. Jellemzőek a nagy tartományi korai fejlesztő központok. Az ellátás kulcsfogalmai: a rendszerszemlélet, a szülői részvétel és beleszólási jog, valamint a teljes integráció.[95]

Németország
Németországban a koragyermekkori intervenció helyi és regionális szinten szabályozott támogatási rendszer, melynek célcsoportjába a leendő szülők, és a 0–3 éves korú gyerekek tartoznak. Középpontjában a gyermekek egészségi állapotának javítása (primer prevenció), és a veszélyeztetett családok gyermekeinek fokozott figyelemmel kísérése (szekunder prevenció) áll. Az ellátás hálózatos formában valósul meg, az egészségügyi (tanácsadás,

[93] European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Norway.
[94] Svendsen, I. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Danmark.* European Agency for Development in Special Needs Education.
[95] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

gyermekellátás), a korai fejlesztő, a gyermekvédelmi és a szociális ellátások intézményei közötti szoros kooperáció segítségével.[96] Az intézményi struktúra, a finanszírozási rendszer, a felszereltség és a lehetőségek is igen változatosan alakulnak a különböző a tartományokban. Az egészségügyi, szociális vagy egyéb szempontból veszélyeztetett gyermekeket ún. Szociálpediátriai Központokba irányítják, amelyek olyan speciális ambulanciák, ahol diagnózist, terápiát biztosítanak, és koordinálják a különböző ellátásokat (0–18 éves korig). Gyermekorvosok, gyermekneurológusok, pszichológusok, pszichoterapeuták, gyógypedagógusok, fizioterapeuták, neurofiziológusok, dietetikusok dolgoznak az ellátó teamben. Az átfogó segítség érdekében a gyermekorvosi és szakorvosi, valamint az interdiszciplináris team vizsgálatai alapján összefoglaló diagnózis, majd fejlesztési terv készül, amelynek alapján egyénre szabott terápiában, pedagógiai fejlesztésben, valamint szülői tanácsadásban és szociális támogatásban részesülnek a családok. Az interdiszciplináris munka része a képzési tervnek, minden hétre jut egy interdiszciplináris csapatmegbeszélés.[97] A terápiás kezelésekre az jellemző, hogy az egyéni szükségleteknek megfelelően, általában két éven keresztül heti egy vagy két alkalommal, és átlagosan tizenegy különböző szakterületről érkező terapeuta és szakember részvételével szervezik meg. A szakértői csoportok jellemzően állandóak, egy csoport átlagosan 5–7 évet tölt el egy központban együttdolgozva. A regionális korai fejlesztő központok hálózata kiterjedt, egyetlen családnak sem kell 10 kilométernél messzebbre utaznia a legközelebbi központig, ahol az ellátás ingyenes.[98]

Ausztria

Ausztriában a kórházak, a gyermekorvosok, a háziorvosok és a jól kiépített tanácsadó-hálózat együttműködése azt szolgálja, hogy amilyen hamar csak lehet, kiszűrjék a fejlődési problémát, és megadják a gyermeknek és családjának a szükséges segítséget. Az ellátás középpontjában a család áll és a család integráns részeként a gyermek. Az ellátás célja az, hogy a sérült, eltérő fejlődésű vagy megkésett fejlődésű gyermek a lehető legnagyobb önállósággal tudja élni életét. Ausztriában az első években végzett gyermekorvosi vizsgálatokra helyezik a hangsúlyt. Amennyiben a szűrés során problémát tapasztalnak, jellemzően a gyermekorvos irányítja a szülőket a korai fejlesztő központokba, ahol interdiszciplináris vizsgálatok alapján mérik fel a gyermek állapotát, és készítik el a terápiás tervet. Itt tesznek javaslatot arra is, hogy a gyermek ellátását integráló vagy speciális intézményben kell-e megszervezni. A továbbiakban az érintett gyerekeket ezekben a fejlesztő központokban vagy fejlődésneurológiai ambulanciákon látják el, ahol gyermekorvosokból, gyermekneurológusokból, gyógypedagógusokból, pszichológusokból, egyéb pedagógiai és egészségügyi szakemberekből és szociális munkásokból álló team foglalkozik velük. A kontrollvizsgálatok személyre szabottak, általában az első életévben 3 havonta, utána a beiskolázásig félévente.[99]

[96] Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

[97] Peterander, F. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Germany (Bavaria).* European Agency for Development in Special Needs Education.

[98] European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Germany

[99] European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Austria.

Angolszász országok

Anglia

Az angol rendszer a decentralizált rendszerek közé tartozik. A törekvések között szerepel, hogy a koragyermekkori intervenciós szolgáltatások és/vagy ellátások a lehető legközelebb kerüljenek a családokhoz. Az országban nemzeti szűrési program működik, protokollok mentén kapcsolódik össze több különböző szolgáltatással, ennek célja, hogy minél korábban felismerjék a problémát, és minél hamarabb vizsgálatra küldjék azokat a gyerekeket és családokat, akiknek szükségük van a koragyermekkori intervenciós szolgáltatásokra. Az egészségügyi alapellátásban az „általános közösségi nővér" („public healthnurse") feladata az újszülött 28 napos korig való követése, megfigyelése, de általában 10 napos kor körül ezt a feladatot átadja az egészséglátogatónak („health visitor"). Az első 4-5 évben az egészséglátogató feladata, hogy monitorozza a gyermek egészségi és fejlődési állapotát. Ha szükséges, ő küldi tovább a koragyermekkori intervenciós központba. A 0–5 év között felállított fejlődési standardok adnak keretet a kisgyermekkel foglalkozó szakembereknek (és szülőknek), hogy mikor kell koragyermekkori intervenciós ellátásba utalni a gyermekeket. Nagyon sokféle szolgáltató van, ezért a helyi egészségügyi szolgáltatók próbálnak kifejleszteni egy kizárólagos utat, amivel a gyermek a rendszerbe kerül. Ez egy olyan utalási panel (ún. „multi-agency" panel), amely a három szektor szakembereinek együttműködését hangolja össze.[100]

Segítik a családok és a velük dolgozó teamek együttműködését, a szülői partnerségre építenek, rendszeres találkozókat, tréningeket szerveznek, támogatják a szülőt a gyermekét érintő döntések meghozatalában. A család és a szakértői csoport Egyéni Családszolgáltatási Tervet dolgoz ki, amely a család szükségleteit, erősségeit, a célokat, prioritásokat, valamint az elvégzendő és a kiértékelendő feladatokat tartalmazza. Ahol szükséges, ott egy vezető szakember vagy egy „kulcsszemély" támogatja rendszeresen a családot. Az interdiszciplináris csapatmunka különbözőképpen szerveződik. Néhány helyi fejlesztő központban az utazó tanári szolgáltatások (Portage-modell) az egészségügyi szolgáltatásokkal, az orvosi és a terápiás segítséggel együttműködnek. De ez nem mindenhol van így. Ezért a szakembereket arra ösztönzik, hogy a koragyermekkori intervenciós centrumokban törekedjenek a stabil interdiszciplináris teamek kialakítására.[101]

Írország

Írországban az oktatási és az egészségügyi rendszer külön pályán fejlődik, de ennek ellenére törekszenek a szolgáltatások minél szélesebb körű koordinálására, hogy amennyire csak lehetséges, hatékony és magas minőségű ellátást biztosítsanak a gyerekeknek és családjaiknak. Sok esetben a körzeti orvos vagy a „közösségi nővér" veszi észre, hogy valami probléma van, ez gyakran a gyermek 6, 9 és 18 hónapos korában elvégzendő kötelező szűrések kapcsán derül ki. Ekkor elküldik őket az Egészségügyi Minisztérium által támogatott vizsgálatra, amelyet a helyi kórházakban végeznek el. Interdiszciplináris team végzi a vizsgálatot, amelynek tagjai közé gyermekpszichiáter, gyermekpszichológus, mozgásvizsgáló terapeuta, beszédvizsgáló terapeuta tartozik. Itt azt is feltérképezik, hogy a család-

[100] Andrews, E. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – UK [England].* European Agency for Development in Special Needs Education

[101] European Agency for Development in Special Needs Education (2005) United Kingdom (England).

nak szüksége van-e szociális munkásra vagy egyéb más segítségre. Írországban ötéves kor alatt az egészségügyi ellátások és szolgáltatások ingyenesek. A vizsgálaton átesett gyermek és családja számára egy ellátási dokumentumot (ún. Service Statementet) állítanak össze, amelyben az értékelő vizsgálatok alapján azonosítják a szükségleteket, és összefoglalják, hogy a gyermek a szükségletei alapján hol és milyen szolgáltatásban részesül. A körülmények megváltozásával módosítják a dokumentumot is. Ezt minden esetben elkészítik, attól függetlenül, hogy figyelembe vennék, hogy mennyi a szolgáltatások nyújtásának költsége és kapacitásigénye. A közszolgáltatást nyújtó szolgáltatókkal („disability service"-ekkel) párhuzamosan léteznek magánellátók, intervenciós centrumok, amelyeket a családok egy része a jobb minőségű szolgáltatások reményében vagy egyszerűen a közelség miatt keres fel.[102]

Mediterrán országok

Az országcsoport közös jellemzője, hogy az intézményrendszer működési elvei és a finanszírozás kérdései csak jó egy évtizede vannak jogszabályba foglalva. Ilyen értelemben tehát, a koragyermekkori intervenció az állami ellátórendszerek közül még újszülöttnek számít. Ennek ellenére (vagy éppen ezért) a mediterrán országok korai ellátása az elmúlt évtizedben látványos fejlődésen ment át, és mára jó példaként hoznak fel több, az ellátórendszer működtetésével kapcsolatos, itt alkalmazott gyakorlatot.[103]

Portugália

Portugália szép példája a civil kezdeményezésre induló, alulról szerveződő feladatellátás intézményesülésének. Az 1980-as évek végén a kormány kötelezettséget vállalt a koragyermekkori intervenciós szolgáltatások biztosítására. Kialakult az erőforrások és a támogatások rendszere, a szektorok közötti koordináció és az állami, valamint a magánszervezetek közötti együttműködés. A törvényi szabályozás integrált támogatási intézkedésként határozta meg a koragyermekkori intervenciót, 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 biztosítsa a fogyatékos- és a fejlődési zavar veszélyeztetett gyermekek fejlődésének feltételeit, javítsa a családon belüli interakciót és erősítse a család kompetenciáját és önállóságát. Az utóbbi években tapasztalt jelentős fejlődés dacára a portugál koragyermekkori intervenciós ellátásnak komoly kihívásokkal kell szembenéznie. A szolgáltató szervezetek összefogására van szükség ahhoz, hogy növeljék a társadalmi lefedettséget (főleg a kétévesnél fiatalabb gyermekek körében), javítsák a korai felismerés és a továbbítás szakaszait és erősítsék az interdiszciplináris és családközpontú gyakorlatot.[104]

[102] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[103] Euronews (2006) Az Ügynökség „Korai fejlesztés: az európai helyzet elemzése" című projektje.

[104] European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Portugal.

Spanyolország
Spanyolországban jelentős különbségek tapasztalhatók a tartományokban a koragyermekkori intervenciós ellátás megszervezése tekintetében. Az országban 2000-ben fogadták el a Koragyermekkori Intervenciós Fehér könyvet, mely az ágazat holisztikus és komplex megközelítését kívánja elősegíteni. A családokkal való szoros kapcsolatot helyezi előtérbe, melynek keretében egyedi Családi Támogatási Terv kerül kidolgozásra, mely konkrét célokat, intézkedéseket, időzítést és értékelési eljárást tartalmaz. Tekintettel a kapcsolódó egészségügyi, szociális és oktatási feladatokra, a különböző területek között kölcsönös érzékenység kialakítását és megfelelő koordinációt tart szükségesnek. Annak érdekében, hogy ez a multidimenzionális megközelítés megvalósuljon, és hogy a szolgáltatások minden gyermek és család számára elérhetőek legyenek, jól felszerelt és képzett csapattal rendelkező koragyermekkori intervenciós központok létrehozását tűzi ki célul.[105]
A spanyol egészségügyben a gyermekek védelme a várandósság alatti rizikófaktorok felismerésével és a szülésre felkészítő tanfolyamokkal kezdődik. A gyermek alapellátás a védőoltásokkal, táplálással, az egészség és a növekedés felügyeletével foglalkozik. A fogyatékos vagy a veszélyeztetett fejlődésű gyermekek korai fejlesztése, terápiás ellátása főként centrumokban, illetve családközpontú tevékenységek keretében történik. A gyermeket ellátó teamben általában pszichológus vagy pszichopedagógus, logopédus, pszichomotoros terapeuta és gyógytornász, illetve orvos (gyermekneurológus, rehabilitációs szakorvos, pszichiáter), valamint szociális munkás dolgozik. Az érintett családok rendszeresen heti egy vagy két alkalommal keresik fel a centrumot, ahol a gyermek egyéni vagy csoportos foglalkozásokon vesz részt, és a szülők is tanácsot kapnak a mindennapi tevékenységekre vonatkozóan. A gyermekek szociális védelméről, az elhagyott, elhanyagolt vagy bántalmazott gyerekekről és az örökbefogadási eljárásokról a területi gyermekvédelmi csoportok gondoskodnak, ahol szociális munkásokat, pszichológusokat és pszichopedagógusokat foglalkoztatnak.[106]

[105] European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Spain.
[106] Guitez, P. (2010): Early Childhood Intervention in Spain: *Standard Needs and Changes.* International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE), September 2010, 2:2.

Modellek	Közös pontok	Különbségek	Adaptálható elemek
Skandináv modell			
Német ajkú modell			
Angolszász modell			

Felhasznált irodalom

Almqvist, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Sweden.* European Agency for Development in Special Needs Education. https://www.google.hu/search?client=opera&q=Early+Childhood+Intervention+Project+update+Country+Report+%E2%80%93+Sweden&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest (letöltés dátuma: 2013. 07. 31.)

Andrews, E. (2009): *Early Childhood Intervention. Peoject update. Country Report – UK [England].* European Agency for Development in Special Needs Education.

Euronews (2006): Az Ügynökség *„Korai fejlesztés: az európai helyzet elemzése"* című projektje. http://www.european-agency.org/news/euronews/euronews-15/euronews15_hu.pdf (letöltés dátuma: 2010. 08. 27.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations.* http://www.european-agency.org/ (Letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Austria* http://www.european-agency.org/country-information/austria/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Germany* http://www.european-agency.org/country-information/germany/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Norway* http://www.european-agency.org/country-information/norway/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Portugal* http://www.european-agency.org/country-information/portugal/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): *Spain* http://www.european-agency.org/country-information/spain/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Sweden http://www.european-agency.org/country-information/sweden/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

European Agency for Development in Special Needs Education (2005) United Kingdom (England) http://www.european-agency.org/country-information/united-kingdom-england/ (letöltés dátuma: 2010. 09. 06.)

Guitez, P. (2010): *Early Childhood Intervention in Spain: Standard Needs and Changes.* International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE), September 2010, 2:2.

Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

Luttropp A. M.–Norling, M. B.–Balton, M. (2007): *Intervention Practice for Preschool Children in Need of Special Support: A Comparative Analysis Between South Africa and Sweden.* http://www.up.ac.za/dspace/bitstream/2263/6274/1/Luttropp_Intervention%282007%29.pdf (letöltés dátuma: 2010. 09. 29.)

Nationales Zentrum Frühe Hilfen www.fruehehilfen.de (letöltés dátuma: 2013. 08. 15.)

Peterander, F. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Germany (Bavaria).* European Agency for Development in Special Needs Education. http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.european-agency.org%2Fagency-projects%2Fearly-childhood-intervention%2Feci-files%2FECI-update-country-report-DE.doc&ei=jZ_AUvftNaTByQOS-YFw&usg=AFQjCNHX2e3bVKYYQ0aHfmFEOaECkO2-Qw&bvm=bv.58187178,d.bGQ (letöltés dátuma: 2013. 07. 31.)

Svendsen, I. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Danmark.* European Agency for Development in Special Needs Education.

III./3 SZABÁLYOZÁSI ÉS FINANSZÍROZÁSI KÖRNYEZET

III./3.1 Ágazati szerepek a koragyermekkori intervencióban

Közigazgatási szempontból nézve, az európai országokban szinte sehol sem tekinthető homogénnek a koragyermekkori intervenciós rendszer. Magyarországon a 0–5 (6-7) éves korú, speciális segítséget igénylő gyermekek és családjaik ellátása – a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan – elsősorban három szakterület, a szociális, az oktatási és az egészségügyi ágazat munkamegosztásában zajlik, mellettük a közigazgatás és a társadalmi felzárkózásért felelős terület is érintett. A három ágazat szabályozásában (és a stratégiai dokumentumokban is) a koragyermekkori intervenció célcsoportjaként különböző korcsoportokat azonosítanak. Az egészségügyi és szociális területen a törvényi szabályozásban alapvetően a 0–6 éves kort veszik alapul, a köznevelési törvény a korai fejlesztés szempontjából a 0–5 éves korosztályt tartja érintettnek. Ezen belül is elsősorban a 0–3 évesekre fókuszál. A koragyermekkori intervenció rendszerét segítő fejlesztési tervek mindezeken túl az átmenetek biztosítása céljából, a 0–7 éves korosztályra terjednek ki (ÚMFT TÁMOP 5., 6., 7. sz. prioritások).[107]

III./3.2 Az intézményrendszer változásának tükröződése a jogszabályokban

Az eddig működő intézményrendszer a kormányzati elképzelések következtében teljes átalakuláson megy keresztül. Az oktatási és a szociális területen egyaránt megtörtént az irányítás centralizálása. Az oktatási ágazatban 2013 januárjától az egyházi, magán- és alapítványi intézmények kivételével az ország összes általános iskoláját, középiskoláját, szakiskoláját, kollégiumát és a pedagógiai szakszolgálatokat az önkormányzatoktól a Klebelsberg Kunó Intézményfenntartó Központ vette át, amely a fenntartás mellett a szakmai irányításról is gondoskodik. A szociális ágazatban a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság kezébe került az állami irányítás. A főigazgatóság és területi kirendeltségei látják el a kormányhatározatban meghatározott szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézmények fenntartói és módszertani feladatait. Az egészségügy területén belül a védőnők proaktív módon törekszenek az Országos Védőnői Szolgálat megalakítására.[108]

Az oktatás területén belül a többletszolgáltatásban részesülő gyermekek számára a pedagógiai szakszolgálati intézmények nyújtanak támogatást. Ők látják el többek között a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az óvodapszichológiai ellátás, valamint a kiemelten tehetséges gyerekek gondozásának feladatát.[109] Az intézményi struktúra kétszintű. Megyénként (illetve a fővárosban) székhelyintézményként működő pedagógiai szakszolgálati intézmények végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén tankerületi illetőségű tagintézmények működnek (járási és fővárosi kerületi szinten), amelyek a jogszabályban meghatározott tevékenységek mellett szintén irányítási, képviseleti, szakmai feladatot látnak el.[110] (A korábbi nevelési tanácsadók a tankerületi tag-

[107] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[108] Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

[109] 2011. évi CXC. köznevelési törvény 18. § (2) bek.

[110] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. § (4) bek.

intézményekbe olvadtak be). Az ágazaton belüli és az ágazatok között zajló profiltisztítás jegyében a feladatellátást tekintve több intézményben is változások álltak elő. Korábban az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények, a bölcsődék, gyermekotthonok, fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonai és nappali intézményei is felvállalhatták a korai fejlesztés feladatát. Jelenleg ezeken a helyszíneken a pedagógiai szakszolgálat szakemberei végzik a feladatellátást.[111] A szociális ágazat a gyermekotthonok fokozatos megszüntetésére törekszik, a gyermekek elhelyezését a nevelőszülői hálózat kiépítésével próbálják biztosítani. A különleges gyermekotthonokat nem számolják fel, az ellátást a jogszabálynak megfelelően kapják továbbra is a gyermekek.

III./3.3 Az oktatási ágazati szabályozás

III./3.3.1 A DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉG

A köznevelés rendszerében a jelenlegi szabályozás szerint a 0–3 éves korú gyermekeket a megyei pedagógiai szakszolgálati intézmények szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberei vizsgálják. Amennyiben a komplex vizsgálat elvégzése után sajátos nevelési igényt állapítanak meg, akkor a szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására, adott esetben korai fejlesztésére. Ellátását a lakóhelyhez legközelebb lévő tankerületi pedagógiai szakszolgálat vagy adott esetben a megyei pedagógiai szakszolgálat végzi. Ha ilyen módon nem oldható meg az ellátás, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával szerződött intézményben kerülhet sor.[112] A megyei pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai adják ki a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló családja részére a juttatások és kedvezmények igénybevételéhez szükséges igazolásokat, valamint ők tehetnek javaslatot a súlyosan halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is.[113] A pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberei a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészíthetik.[114]

A 3 évnél idősebb gyerekek esetében a tankerületi szakértői bizottság feladata a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése, a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megállapítása. Ha a tankerületi szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, továbbküldi a gyermeket a megyei szakértői bizottság felé.[115]

Szakértői vizsgálat néhány kivételtől eltekintve a szülő kérelmére, illetve egyetértésével indul. Szülői egyetértés hiányában a nevelési intézmény, adott esetben az óvoda eljárást kezdeményez, az illetékes járási hivatal pedig közigazgatási hatósági eljárás keretében hoz döntést.[116] A szakértői vizsgálati eljárás megindítása a pedagógiai szakszolgálati intézménynek a gyermek lakóhelye szerint illetékes székhelyintézménynél, illetve 3 éves kor felett a tagintézménynél is kérhető vagy kezdeményezhető.[117] A szakértői bizottság a szakértői véleményében tesz javaslatot a különleges

[111] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (3) bek.
[112] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §.
[113] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 12. § (2) bek.
[114] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2) bek.
[115] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. § (1) (2) bek.
[116] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. § (5) bek.
[117] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §.

bánásmódot igénylő gyermek ellátására, a korai fejlesztés és gondozás szükségességére.[118] A szakértői bizottság az enyhe értelmi fogyatékosságot csak abban az esetben állapíthatja meg, ha azt a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet megfelelő kitétele alapján[119] kiállított orvosi adatlap adatai vagy a gyermek fejlődése szerinti folyamatos figyelemmel kísérésének adatai igazolják.[120]

III./3.3.2 GYÓGYPEDAGÓGIAI TANÁCSADÁS, KORAI FEJLESZTÉS, OKTATÁS ÉS GONDOZÁS

A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.[121] A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint kell végezni.[122] A 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet alapján, a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint a korai fejlesztés és gondozás időkerete a gyermek 0–3 éves kora között legalább heti egy, legfeljebb heti négy óra, 3–5 éves kora között legalább heti kettő, legfeljebb heti öt órát kell hogy jelentsen. A heti időkeretet a szakértői bizottság állapítja meg. Ha a sajátos nevelési igényű gyermek súlyos és halmozottan fogyatékos, attól az évtől kezdve, amelyben az ötödik életévét betölti, fejlesztő nevelésben vesz részt.[123]

III./3.3.3 NEVELÉSI TANÁCSADÁS

A pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadói tevékenysége keretében a munkatársak segítséget nyújtanak a gyermek családi és óvodai (valamint a későbbiekben az iskolai) neveléséhez. A szülővel feltáró beszélgetést végeznek, felmérik a gyermek adaptív viselkedését, szociális érettségét. A vizsgálat eredményeképpen tanácsadásban részesítik a szülőt vagy a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességét határozzák meg. A pszichés állapot feltárását célzó vizsgálat végzése és a szakértői vélemény készítése a szülő, illetve a gyermekvédelmi szakellátást, gyermekjóléti alapellátást végző intézmények kérésére történik. A prevenciós tevékenység keretében a nevelési tanácsadás szakemberei együttműködnek a védőnői és gyermekorvosi hálózattal, a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak, valamint az óvodai nevelésben részesülő, negyedik életévüket betöltött gyermekek körében a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából – a szülő előzetes hozzájárulásával – szűrést végezhetnek.[124]

III./3.3.4 A LOGOPÉDIAI ELLÁTÁS

A pedagógiai szakszolgálatok logopédiai ellátásának feladata a beszédindítás, a hang-, beszéd- és nyelvfejlődési elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, a diszlexia, a diszortográfia, a diszgráfia, a diszkalkulia kialakulásának megelőzése a beszéd technikai és tartalmi fejlesztését szolgáló logopédiai terápiás foglalkozáson. A logopédiai ellátás igénybevétele – néhány kivételtől eltekintve – önkéntes alapon történik, nem kötelező. A logopédiai ellátás

[118] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 17. § (1) bek.
[119] 4/2000 (II. 25.) EüM rendelet 4. § (3) bekezdés e) pontjában foglaltak alapján, a 4. melléklet szerint.
[120] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 21. § (2) bek.
[121] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (1) bek.
[122] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 5. §.
[123] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §.
[124] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §.

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.[125]

III./3.3.5 A KONDUKTÍV PEDAGÓGIAI ELLÁTÁS

A konduktív pedagógiai ellátás feladata a központi idegrendszeri sérült gyerekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. A konduktív pedagógiai ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás keretében nyújtható. A fejlesztő foglalkozás a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint lehet egyéni vagy csoportos foglalkozás. A konduktív pedagógiai ellátás feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet. A konduktív pedagógiai ellátás a tanév rendjéhez igazodik és év közben is megkezdhető.[126]

III./3.3.6 AZ INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSI RENDJE ÉS ELLÁTÁSI KÖTELEZETTSÉGE

A 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet 34. §-a leszögezi, hogy a pedagógiai szakszolgálat igénybevétele a szülő döntése alapján történik, és az év során bármikor megkezdhető, illetve befejezhető. Ehhez a jogszabály az intézmény működési rendjét is meghatározza, miszerint a pedagógiai szakszolgálat intézménye egész évben folyamatosan működik, nyáron legfeljebb kéthetes nyári bezárás engedélyezhető. Szorgalmi időn kívül a működést oly módon kell megszervezni, hogy valamennyi, a pedagógiai szakszolgálat igénybevételével kapcsolatos szülői igényt teljesíteni lehessen. Ez természetesen érinti a korai fejlesztés és gondozás folyamatát, amit viszont a jogszabály a tanév rendjéhez igazít (fejlesztési évben gondolkodva), és meghatározza, hogy a pedagógiai szakszolgálat keretében biztosított ellátás (beleértve a korai fejlesztés és gondozást) az év során bármikor megkezdhető és befejezhető.[127] Ezek a kitételek gondot okoznak az intézmények működtetésében, hiszen betartásuk nem egyeztethető össze a közalkalmazottak jogállásáról rendelkező 1992. évi XXXIII. törvény megfelelő kitételével, amely az oktató, nevelő munkát végző közalkalmazottak szabadságolására vonatkozik.[128]

III./3.4 Az ágazati jogszabályok viszonya

Az iskoláskor előtti gyerekcsoportok ellátását, ezen belül is a sérült, fogyatékos, illetve eltérő fejlődésű és viselkedésű gyermekek korai ellátását egyfelől ágazati alaptörvények és végrehajtási rendeletei, a 2011. évi CXC. köznevelési törvény és a 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet, az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról, és az 1/2000 (I. 7.) SZCSM rendelet, az 1997. évi gyermekvédelmi törvény és a 15/1998 NM rendelet, az 1997. évi LXXXIII. tv. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 1997. évi CLIII. tv. az egészségügyről[129] – és számos további miniszteri és kormányrendelet szabályozza.[130]

Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól rendelkezik a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról. Ugyancsak ren-

[125] 5/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 25. §.
[126] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 27. §.
[127] Lásd 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálatok működéséről, 34. § (3) bek.
[128] 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról, 56–57. §.
[129] 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
[130] Felhasznált irodalom, jogszabályok.

delet határozza meg a koragyermekkori intervenció rendszerének első szakaszához kapcsolódó hangsúlyos elem, a szűrés elvégzésére vonatkozó szabályokat.[131] A 0–6 éves korosztályra külön lebontásban tartalmazza az elvégzendő szűrővizsgálatokat. Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok egy részét a házi gyermekorvosok feladatkörébe rendeli, másik részét pedig védőnői feladatkörbe utalja. A 49/2004. (V. 21) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról külön is rendelkezik a védőnő által elvégzendő szűrővizsgálatokról.[132] Ha a gyermek egészségi ok miatt fokozott gondozást igényel, krónikus beteg, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény szerint fogyatékossággal élő, valamint magatartási zavarokkal küzd, védőnő a gyermek és családja életviteléhez segítségnyújtást és tanácsadást nyújt, együttműködve a házi gyermekorvossal/ háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel.[133] A házi gyermekorvosok kompetencialistájában is néhány helyen megjelennek a fejlődési rendellenesség vagy az eltérő fejlődés szűrésére, vizsgálatára, felismerésére vonatkozó kitételek, de nem szerveződnek egységes rendszerré.[134] Az 1997. évi CLIII. törvény az egészségügyről a különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások között sorolja fel a rehabilitációs ellátást, amelynek kapcsán tapasztalunk egy nagyon halvány kapcsolódást az oktatási terület – szorosabban a gyógypedagógia – felé, miszerint a jogszabály az orvosi rehabilitáció szerves részének tekinti a logopédiai ellátást.[135]

Az egészségügy szabályozása csaknem teljesen független a másik két ágazat részben összekapcsolódó rendszerétől. Az egészségügy leginkább az orvos minősítő szerepén keresztül jelenik meg a többi ágazathoz tartozó ellátásokkal kapcsolatban, viszont az egészségügyi ellátások és szolgáltatások az egészségügyi ágazat szabályozásában a szociális/gyermekvédelmi intézményekkel alig, a köznevelés rendszerében működő intézményekkel pedig egyáltalán nem kapcsolódnak össze. A minősítés és diagnosztizálás szempontjából az egészségügy és a köznevelés az érintett, az ellátáshoz pedig a szociális szféra is kapcsolódik. Kérdéses, hogy a kliens az adott ágazaton belüli, de különböző jogszabályban rögzített és különböző ellátóhoz kapcsolódó ellátásokról tudomást szerez-e, és még inkább kérdéses, hogy szükségletei szerint eljut-e az egyik ágazat szolgáltatójától a másik ágazatba (különösen az egészségügy kapcsolódásai nem látszanak, miközben a sérült, eltérő fejlődésű gyermekek ellátása vélhetőleg a leggyakrabban egészségügyi intézményben kezdődik).[136]

A korai ellátásra vonatkozó rendelkezések az ágazati törvényeken belül elszórtan jelennek meg. Nemcsak az ágazatok szerinti szétaprózottság teszi szövevényessé és nehezen áttekinthetővé a szabályozást, de még az egyes jogszabályokon belül is nehéz az eligazodás. A jogszabályok áttekintése azt mutatja, hogy ma Magyarországon a sérült, fogyatékos, eltérő fejlődésű és viselkedésű gyermekek korai ellátása nem alkot koherens rendszert.[137] Pedig a szélesebb értelemben vett koragyermekkori intervenció minden érintett terület közös, összehangolt működését igényli, és ennek megfelelően az evidenciákon alapuló fejlesztési elképzelések és ezeknek végrehajtása is ezen a holisztikus szemléleten kell hogy nyugodjon. Mindenképpen szükséges lenne egy olyan

[131] 51/1997. (XII.18.) NM rendelet.

[132] 49/2004. (V. 21) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról.

[133] A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény, 4. §.

[134] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A házi gyermekorvos kompetencialistájáról. Készítette: A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, érvényességi idő: 2013. 12. 31.

[135] 1997. évi CLIII. törvény az egészségügyről, 100. § (5) bek.

[136] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése Kutatási zárójelentés*. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[137] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése Kutatási zárójelentés*. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

komplex szemlélet kialakítására, amely egységes keretben értelmezi a különböző ágazatok feladatait és az egymással való kapcsolódások rendszerét.[138]

III./3.5 Finanszírozás

Bizonyított közgazdasági tény, hogy a korai gyermekévekbe való befektetés egy olyan humántőke-ráfordítás, amely nemcsak az érintett gyerekeknek és családjaiknak az életminőség-javulására hat, hanem azt a társadalmi hasznot is figyelembe veszi, amely a gyermek későbbi életszakaszaiban az elmaradó állami ráfordításokból halmozódik fel.

III./3.5.1 FINANSZÍROZÁS A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN

Vannak normatív finanszírozási rendszerek és szolgáltatásfinanszírozó rendszerek. A normatív támogatási rendszerekben közös, hogy az ellátottakhoz kapcsolódik a normatíva, de különböznek abban, hogy hol dönthetnek a támogatás felhasználásáról, pontosabban: közvetlenül jut-e el a támogatás az ellátó intézményhez vagy az intézményfinanszírozó önkormányzat dönt a tényleges allokációról és a felhasználásról. A normatív támogatási rendszernek két alaptípusát különböztethetjük meg.[139]

Az egyik tipikus megoldás, amit kereslet oldali normatív támogatásnak nevezhetünk, az angolszász országokra jellemző. Ezekben az országokban a támogatást a gyermekhez kötik, így a gyermek „viszi magával" a fejkvótát abba az intézménybe, ahol foglalkoznak vele. A másik megoldás, a kínálati oldali normatív támogatás is állami normatívát jelent, amelyet a szolgáltatásokat megszervezni köteles önkormányzatoknak juttatnak az állami büdzséből. Ez esetben a támogatás nem jut el gyermekhez kapcsolódóan az ellátó intézményhez, mert a felhasználás helyéről, módjáról az intézményeket finanszírozó és fenntartó önkormányzatok döntenek. Itt a normatíva tehát nem a gyermekhez, hanem a gyermek lakóhelyén ellátást szervező, illetve azért felelős önkormányzathoz tartozik. Ebbe a csoportba sorolható Lengyelország, Csehország, Magyarország.[140]

A közvetlen szolgáltatásfinanszírozás azt jelenti, hogy az állami költségvetés, illetve a regionális és/vagy a helyi önkormányzat finanszírozza az intézményeket. Itt is kínálati oldali támogatásról van szó, de már nem normatív alapon. Ebben a modellben az intézmény törvény szerinti feladatainak ellátását finanszírozzák, a feladatokhoz kapcsolódó normatív igények (pl. bér, dologi költségek) szerint. Pl. Ausztriában, Németországban vagy a mediterrán országokban hasonló elven működik a finanszírozás.[141]

---

[138] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[139] EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark.

[140] EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark.

[141] EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark.

III./3.5.2 FINANSZÍROZÁS A HAZAI GYAKORLATBAN

A hazai gyakorlatban a koragyermekkori intervenciót ellátó intézmények finanszírozása több dimenzió mentén is eltérő képet mutat. Egyrészt ágazati szinten kell különbséget tennünk a különböző intézmények finanszírozása között, hiszen a szociális és oktatási intézmények finanszírozása jelentősen különbözik a társadalombiztosítás keretében finanszírozott egészségügyi intézményekétől. Másrészt fenntartó szempontjából is eltérést tapasztalunk. Az oktatási és szociális ágazatban nemcsak a szabályozási környezet és az intézményrendszer szerveződése, hanem az intézmények finanszírozása is komoly átalakuláson ment át. A normatív támogatás helyett feladatfinanszírozási összeget kapnak az intézményfenntartók.[142]

Az egészségügyi ellátórendszer bonyolult egyensúlyok mentén épül fel, amelyben az egyes szereplőknek juttatott források mennyisége révén próbál az egészségpolitika hatni a lakosság egészségi állapotára. Az alapellátást tekintve az OEP által utalt finanszírozási összeg a szolgáltatás működtetésére kerül kiutalásra, legyen az háziorvosi vagy védőnői szolgálat. A háziorvosi rendszerben többszintű finanszírozási megoldást találunk. Az ellátottak száma az alap, amelyre az ellátottak korcsoportjától függően pontszám érték társul, annak összege a szakképesítési szorzóval többszöröződik. Az így kapott összeghez adódik hozzá a fix díj, a területi díj, az ambuláns ellátás és az ügyeleti ellátás díja. A védőnői szolgálat esetében kételemű a finanszírozási rendszer: fejkvóta alapú és fix díjas. A fejkvóta alapú finanszírozással ismeri el a rendszer az egyes körzetekbe tartozók különböző létszámát, a magasabb létszám alapján nagyobb a védőnői körzetre jutó pontszám is, illetve az egyes korcsoportoknál alkalmazott magasabb pontszám kifejezi a többletmunka igényét az adott korcsoporton belül.[143]

A járóbeteg-szakellátásban egy nyilvánosan közzétett beavatkozási listát vesznek figyelembe, amelynek elemei pontértékkel bírnak, az ellátás során ezek a pontértékek összegződnek. A szolgáltatók a Teljesítmény Volumen Korlátjuknál magasabb havi ponthatáron túl hiába látnak el több beteget, nem kapnak több pénzt. A fekvőbeteg szakellátás keretében minden kórházban ellátott beteg kap diagnózist a BNO kód alapján, amelyhez költségeket rendeltek, így alakultak ki a homogén betegségcsoportok (HBCS). Minden HBCS egy súlyszámmal rendelkezik, amit megszoroznak a mindenkori 1 HBCS súlyszám forintértékével.[144] Az egészségügy területén az alulfinanszírozottság komoly gondot okoz, nemzetközi összehasonlításban is nagyon alacsonynak számítanak a koragyermekkori intervenciós tevékenységek finanszírozásának társadalombiztosítási normatívái.

Felhasznált irodalom

EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark. http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention-update/eci-files/ECI-EN.pdf

Kereki, J. (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 2013., XLI. évf., 1. sz.

[142] Kereki, J. (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

[143] 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

[144] 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK Zrt.–FSzK. Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program: *Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat.* Finanszírozás.

Hivatkozott jogszabályok

1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000001.SCM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

138/1992. (X. 8.) Korm. rendelet a közalkalmazottakról szóló 1992. évi XXXIII. törvény végrehajtásáról a közoktatási intézményekben http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=17020.596108 (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800015.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100064.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200033.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300079.TV (letöltés dátuma: 2011. 10. 05.)

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 14.)

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700083.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

1997. évi törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 05.)

1998. XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 21.)

2011. CXC. törvény a nemzeti köznevelésről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV&celpara=#xcelparam (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000004.EUM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

4/2010. (I. 19.) OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=128564.595582 (letöltés dátuma: 2012. 09. 29.)

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900043.KOR

49/2004. (V. 21) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

51/1997. (XII.18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

67/2005. (XII. 27.) EüM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet módosításáról http://www.kozlonyok.hu/nkonline/index.php?menuindex=200&pageindex=kozltart&ev=2005&szam=48 (letöltés dátuma: 2014. 02. 28.)

2. NAP
IV. MODUL III. AZ INTÉZMÉNYRENDSZER. A SZOLGÁLTATÁSOKHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉST AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK, ELLÁTÁSBELI EGYENLŐTLENSÉGEK

IV./1 AZ INTÉZMÉNYRENDSZER FELÉPÜLÉSE – KÜLÖNBÖZŐ ÁGAZATI IRÁNYÍTÁS ALÁ TARTOZÓ SZEREPLŐK KAPCSOLÓDÁSAI, ÁGAZATKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK

IV./1.1 Milyen intézmények, ágazatok együttműködése szükséges ahhoz, hogy a család a megfelelő ellátáshoz hozzájusson?

Ötletbörze: _____

IV./1.2 A különböző ágazati irányítás alá tartozó szereplők kapcsolódásai különböző esetek vizsgálatán keresztül.

Esetelemzés: _____

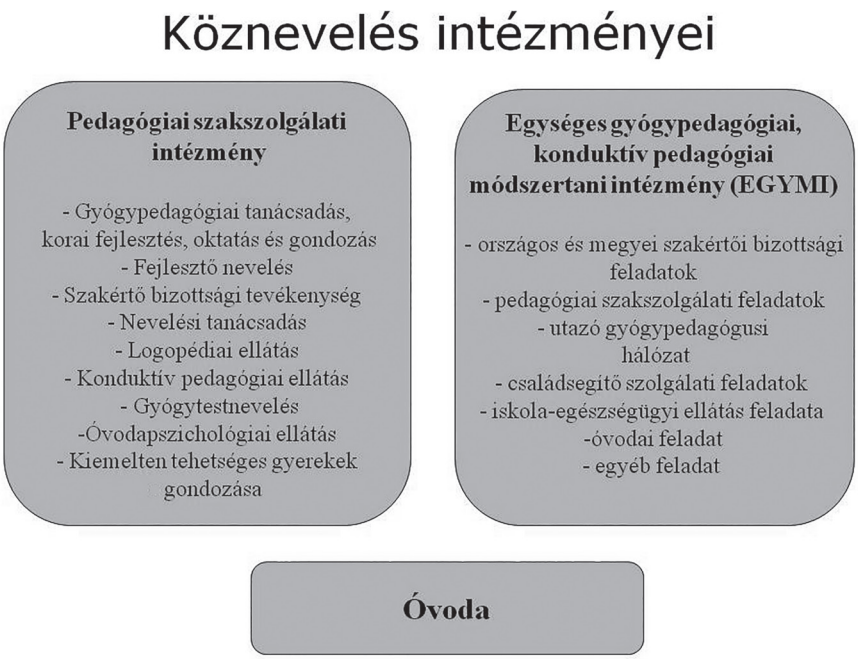
IV./1.3 Intézményrendszer

A koragyermekkori intervenciós intézményrendszer résztvevői azok az egészségügyi, oktatási, szociális szereplők (intézmények, illetve annak képviselői), akik a speciális támogatást igénylő (a szociálisan veszélyeztetett és/vagy sérülten született, fogyatékos vagy eltérő, illetve megkésett fejlődésű és/vagy a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett) gyermekekkel, illetve családjaikkal a gyermek fogantatásától az iskoláskorig kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, egyrészt a szűrés, jelzés folyamatához, másrészt a minősítés, diagnosztika szakaszához, harmadrészt az ellátások, juttatások, szolgáltatások rendszeréhez kapcsolódik.

IV./1.3.1 KÜLÖNBÖZŐ ÁGAZATI IRÁNYÍTÁS ALÁ TARTOZÓ INTÉZMÉNYES SZEREPLŐK (3–6. ÁBRA)

3. ábra: Egészségügyi ellátók
Forrás: Kereki Judit

4. ábra: Szociális/gyermekvédelmi intézmények
Forrás: Kereki Judit



5. ábra: A köznevelés intézményei
Forrás: Kereki Judit

6. ábra: Egyéb intézmények
Forrás: Kereki Judit

IV./1.3.2 A GYERMEK ÚTJA JOGSZABÁLY SZERINT ÉS A GYAKORLATBAN

Az egyes ágazatokon belüli gyermekutak viszonylag követhetőek a jogszabály alapján, de a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket nem köti össze szabályozott gyermekút. A koragyermekkori intervenciós ellátásokat tekintve az egészségügy rendszere és a szociális/gyermekvédelmi rendszer érintőlegesen kapcsolódik össze, elsősorban a gyermekjóléti szolgálat intézményén keresztül, ugyanakkor a köznevelés rendszerébe az egészségügyi ellátórendszerből nem vezet út. A szociális/gyermekvédelmi terület és a köznevelés között is inkább a jelzőrendszerben való együttműködés, illetve a pedagógiai szakszolgálati tevékenység kapcsán azonosíthatóak érintkezési pontok. A gyermek útja az egészségügyi ellátórendszerben kezdődik, a korai életszakaszban leginkább ebben a kontextusban írható le. Több szakaszra tagolható, a prekoncepcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, illetve a későbbiekben a gyermek iskolás kora előtt az otthon, illetve az intézményes ellátásban eltöltött időszakig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és a továbbküldési, jelzési utak is azonosíthatóak.

IV./1.3.2.1 Prekoncepcionális szakasz

Legfontosabb intézményes szereplők: Családvédelmi Szolgálat, területi védőnő, iskolai védőnő, háziorvos, szülész-nőgyógyász szakorvos, egyéb szakorvosi rendelések.

A prekoncepcionális szakaszban, amikor a szülők még csak tervezik a gyermeket, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kapnak ehhez támogatást. A Családvédelmi Szolgálat tanácsadást végez, illetve az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi.[145] A területi védőnő szintén a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást végzi[146], az iskolai védőnő pedig az egészségtan oktatásában vesz részt, ahol elsősorban az családtervezés, fogamzásgátlás, szülői szerep, csecsemőgondozás témájára fókuszál.[147] A háziorvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás.[148] A szülész-nőgyógyász szakorvos a család- és nővédelmi gondozás keretében a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítését végzi, a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás eszközeivel. [149] Egyéb szakorvosok is szereplői ennek a szakasznak, hiszen a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján az általános járóbeteg-szakellátás keretén belül, továbbá a fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén folyamatos szakorvosi gondozás zajlik.[150]

A gyermeket tervező pár akár a védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a Családvédelmi Szolgálathoz fordul, a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítják. A háziorvos és a szülész-nőgyógyász szakorvos, amennyiben szükséges, szakorvoshoz utalja az érintetteket.[151] A jelzési utakra vonatkozóan a jogszabályban nincs kitétel. Ennek a szakasznak igazából nincs hangsúlyos szerepe a jelenlegi működésben.

---

[145] 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről 2. § (2) bek.
[146] 49/2004. (IV. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról 3. §.
[147] 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról 3. számú melléklet.
[148] 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4. § (2) bek.
[149] 1997. évi CLIIV. törvény az egészségügyről 41. §.
[150] 1997. évi CLIIV. törvény az egészségügyről, 89. § (1)–(2) bek.
[151] 217/1997. (XII. 1.) Korm. rend.az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól a végrehajtásáról, 2. § (1), (2), (9) bek.

IV./1.3.2.2 Várandósság szakasza

Legfontosabb intézményes szereplők: háziorvos, területi védőnő, szülész-nőgyógyász szakorvos, szülészet – várandósgondozás, gyermekjóléti szolgálat.

A várandósság szakaszában a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, továbbá a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés a család- és nővédelmi gondozás keretében valósul meg.[152] A várandósgondozás a háziorvos, a várandósgondozó szakorvos és a védőnő együttműködésében zajlik.[153] A várandósgondozás során elvégzendő feladataikat jogszabály szabályozza.[154] A szülész-nőgyógyász szakorvos a kórházi szakrendelés és magánellátás keretében is végezheti munkáját. Más intézmény szolgáltatását akkor veszi igénybe a várandós, ha a szakorvos az általa megítélt veszélyeztetettség vagy szövődmény jellege alapján az állapotos nőt szükség esetén fekvőbeteg-intézmény várandós-szakambulanciájára vagy várandóspatológiai osztályára utalja be. Az intézmény a várandóst sürgős esetben beutalás nélkül fogadja, illetőleg felveszi.[155]

A szociális/gyermekvédelmi intézmények közül a gyermekjóléti szolgálat érintett leginkább ebben a szakaszban. Feladata a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint számára a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutás szervezése.[156] Ezenkívül a születendő gyermeke felnevelését nem vállaló várandós anyát tájékoztatja a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről, annak joghatásairól, valamint a gyermek-egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokba történő elhelyezésének lehetőségéről és annak jogi következményeiről.[157, 158]

Az egészségügyben jól szabályozott továbbküldési és jelzési utak azonosíthatóak. A védőnő a várandósgondozás keretében konzultál a gondozásban részt vevő szülész-nőgyógyász szakorvossal és a háziorvossal. A gondozás során tudomására jutott mindazon körülményről tájékoztatja az állapotos nő kezelőorvosát[159], amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését.[160] A szülész-nőgyógyász szakorvos és a háziorvos egyaránt a megfelelő vizsgálatok során készült leletek másolatait – az érintett személy hozzájárulásával – megküldi a gondozott lakóhelye (tartózkodási helye) szerint illetékes védőnői szolgálatnak.[161] A gyermekvédelem területe felé a jelzési kötelezettséget részletesebben a gyermekvédelmi törvény szabályozza. Eszerint veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a háziorvosnak, a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé.[162] A gyermekjóléti szolgálat és az illetékes védőnő haladéktalanul tájékoztatják egymást, ha a várandós anya válsághelyzetben van.[163]

---

[152] 1997. évi CLIIV. törvény az egészségügyről 86. § (1)–(2) bek.

[153] 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 4. §.

[154] 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról; 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4. § (2) bek.; 49/2004. (IV. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnő ellátásról 3. §.

[155] 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 8. § (1) bek.

[156] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2) bek.

[157] 15/1998. (IIV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (2) bek.

[158] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (3) bek.

[159] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről 11. § (1) bek. A kezelést végző orvos az általa megállapított, az érintettre vonatkozó egészségügyi adatokról az érintettet közvetlenül tájékoztatja, és – amennyiben az érintett ezt kifejezetten nem tiltotta meg – azokat továbbítja az érintett választott háziorvosának.

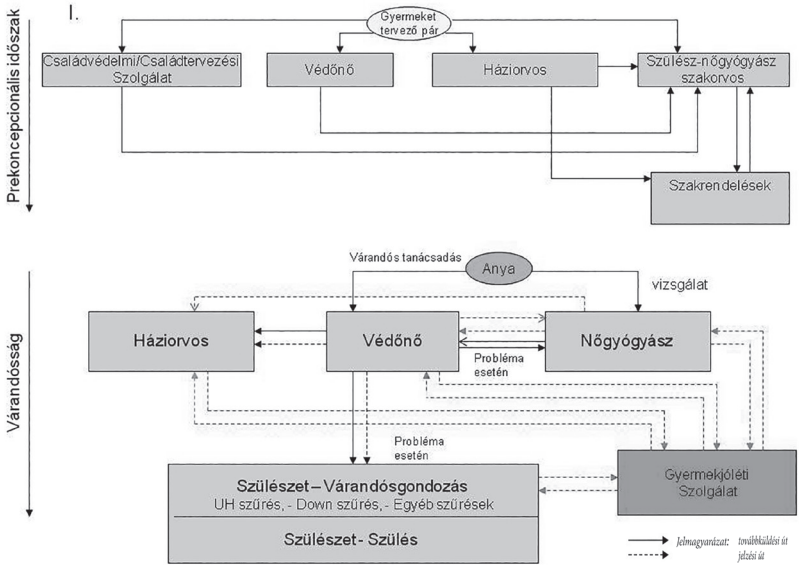
[160] 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 3. § (1)–(2) bek.

[161] 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 6. § (1) bek.

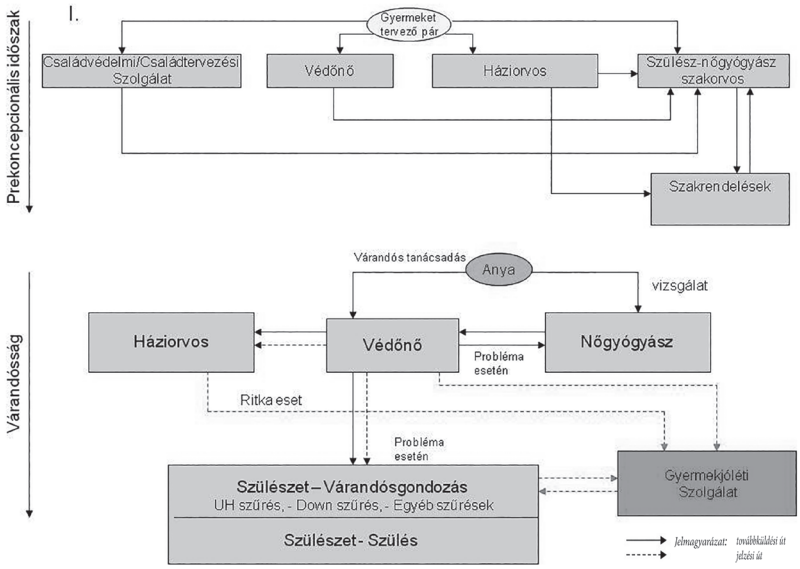
[162] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1)–(2) bek.

[163] 15/1998. (IIV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (3) bek.

A gyakorlatban az oda-vissza jelzési utak nem működnek megfelelően. Amennyiben az egészségügyi alapellátók jelzéssel élnek a Gyermekjóléti Szolgálat felé, a visszajelzés nem minden esetben valósul meg, és azt sem lehet tudni pontosan, hogy a jelzést követi-e érdemi intézkedés.



7. ábra: A gyermek útja a jogszabály szerint
Forrás: Kereki Judit



8. ábra: A gyermek útja a gyakorlatban
Forrás: Kereki Judit

IV./1.3.2.3 Perinatális szakasz

Legfontosabb intézményes szereplők: Szülész-nőgyógyász szakorvos, újszülöttosztály, perinatális/neonatális intenzív centrumok, szakellátás: szemészet, audiológia, szűrőközpontok, ortopédia, egyéb szakorvos, kórházi védőnő, területi védőnő, házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos, speciális szakorvos, gyámhatóság.

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

Amennyiben a szülő lemond a gyermekéről, a kórház értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról.[164] Veszélyeztetettség esetén a területi védőnő, házi gyermekorvos, háziorvos felé küld jelzést az intézmény, mint az egészségügyi szolgáltatást nyújtók közül a kiemelt jelző szereppel rendelkező ellátók felé (akik pedig a gyermekjóléti szolgálatnak jeleznek).[165] A gyermek megszületéséről a kórházi védőnő írásban értesíti a területi védőnőt.[166] A területi védőnő a hazaadásról tájékoztatja az újszülött választott házi gyermekorvosát/háziorvosát vagy ha ilyen nincs még, a területileg illetékes házi gyermekorvosát/háziorvosát.[167] A további gondozás során nagyon fontos a két szakterület részéről egymás kölcsönös tájékoztatása (gyermek fejlődése, felmerült problémák stb.).

IV./1.3.2.4 Hazakerülés után

Legfontosabb intézményes szereplők: védőnő, házi gyermekorvos, háziorvos, fejlődésneurológiai osztály, speciális szakrendelés, gyermekjóléti szolgálat, megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézmény, pedagógiai szakszolgálati intézmény, országos szakértői bizottság, korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző egészségügyi habilitációs/rehabilitációs intézmény, egyéb korai fejlesztést végző intézmények.

A hazaérkezés után az újszülöttet 48 órán belül meglátogatja a védőnő, majd a szokásjog alapján a házi gyermekorvosa/háziorvosa. A védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos együttműködve végzi a csecsemők ellátását/gondozását, az előírt szűrővizsgálatokat, tanácsadást. Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát/háziorvosát, egyben hozzáküldi a szülőt is. Ha valamilyen probléma merül fel a gyermeknél, szakellátókhoz vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg intézménybe/osztályra irányítják. A szakrendelés felkeresése után a gyermeknek vissza kell mennie a beküldőjéhez. Az alapellátás a lelet alapján gondozásba veszi, figyeli a kontrollokon történő megjelenést, lehetőségeihez mérten segíti/támogatja a terápiát, fejlesztést. A fogadó intézményben történő terápiás ellátás mellett egészségügyi habilitációt, rehabilitációt végző magánellátók is részt vesznek az ellátásban, házi gyermekorvos/háziorvos és szakorvos is irányít oda gyerekeket.[168]

[164] 149/1997 (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 64/A §.

[165] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1)–(2) bek.

[166] 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 8. § (4) bek.

[167] 49/2004. (IV. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról 3. §.

[168] 2003. évi LXXXIIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §.

Mivel az egészségügyi és a pedagógiai ellátást végző intézményeket nem köti össze jogszabály, csak javasolhatja az egészségügyi ellátó a köznevelési intézmény felkeresését, de nem utalhatja ellátásba a gyermeket. Probléma esetén a gyermek 0–3 éves kora között a szülőnek a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézménybe kell eljutnia, ahol a szakértői bizottsági tevékenység keretében egy komplex vizsgálat elvégzése után indokolt esetben sajátos nevelési igényt[169] állapítanak meg, és szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására. Korai fejlesztést csak a megyei szakszolgálatok szakértői bizottságai javasolhatnak, ellátási helyszínként a legközelebb lévő járási/kerületi pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelölik ki vagy adott esetben saját intézményükben oldják meg azt. Ők tehetnek javaslatot a súlyosan, halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is. Ha a korai fejlesztés és gondozás pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúrahasználatra vonatkozó szerződést kötött intézményben kerül sor.[170] Ilyen szerződés mellett láthatják el a gyerekeket a szakszolgálat szakemberei bölcsődékben, gyermekotthonokban, fogyatékos személyek otthonaiban, alapítványi fenntartású intézményekben.

A korábbiakhoz képest nagy változás, hogy a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottsága a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.[171] Így minél hamarabb ellátásba kerülhet a gyermek, nem kell hosszú hónapokat várni a szakértői bizottság vizsgálatára ahhoz, hogy megkezdhessék a terápiás, fejlesztő foglalkozásokat.

A gyermekvédelmi törvény alapján, veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé.[172] Ugyanakkor a jelzett szakemberek kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén.[173] Amennyiben a szülők igénybe veszik a bölcsőde szolgáltatásait, mint személyes gondoskodást nyújtó intézmény, a bölcsőde is a jelzőrendszer tagjai közé tartozik. [174]

A gyakorlatban a szülő magának tapossa ki az utakat, az igénybe vehető ellátásokról, szolgáltatásokról csak esetlegesen jut információhoz, ezért sokszor közvetlenül magánellátóhoz fordul gyermekével vagy éppen az egészségügyi alapellátás szakembere irányítja oda, aki nem ismeri a pedagógiai szakszolgálat intézményét, illetve a szakértői bizottsági tevékenység tartalmát. A kiépítetlen, de nagyon fontos szerepet betöltő utógondozói hálózat működésére nincs egységes szabályozás.

A jogszabály nem tartalmaz a koraszülött utógondozásra vonatkozó kitételt, a gyakorlatban több kórházban működik koraszülött-utógondozó, ahonnan a gyermeket az ortopéd szakorvoshoz csípőszűrésre vagy fejlődésneurológiai, speciális szakorvosi vizsgálatra irányítják, illetve a házi gyermekorvoshoz küldik, hogy utalja be a megfelelő szakorvosi vizsgálatra. Közvetlenül magánellátóhoz is kerülhet innen a gyermek, olyan egészségügyi gyermek habilitációs/rehabi-

[169] Sajátos nevelési igényű (SNI) gyermek az, aki a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságának szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos, valamint halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd. (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §.)

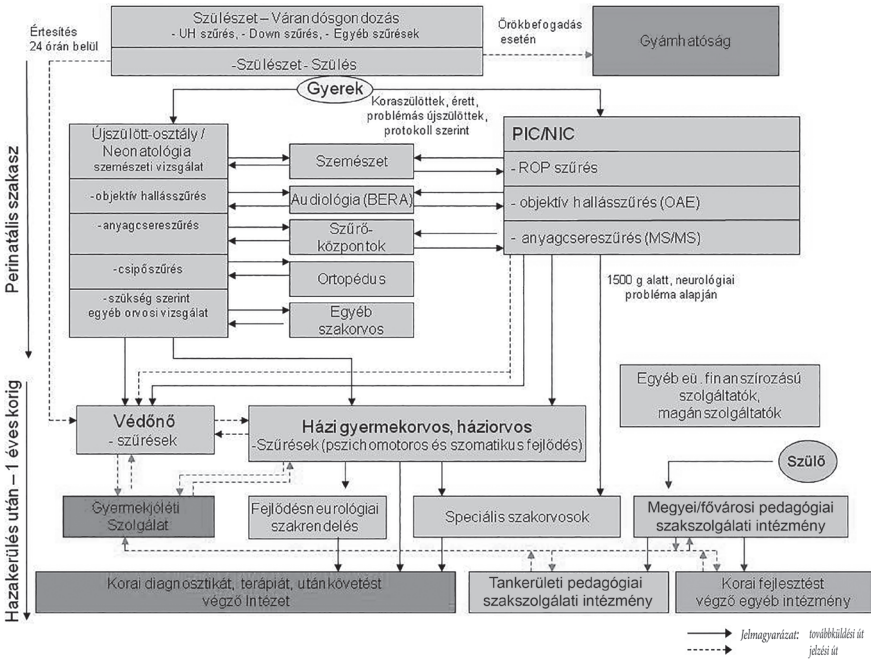
[170] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §

[171] Lásd 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2) bek.

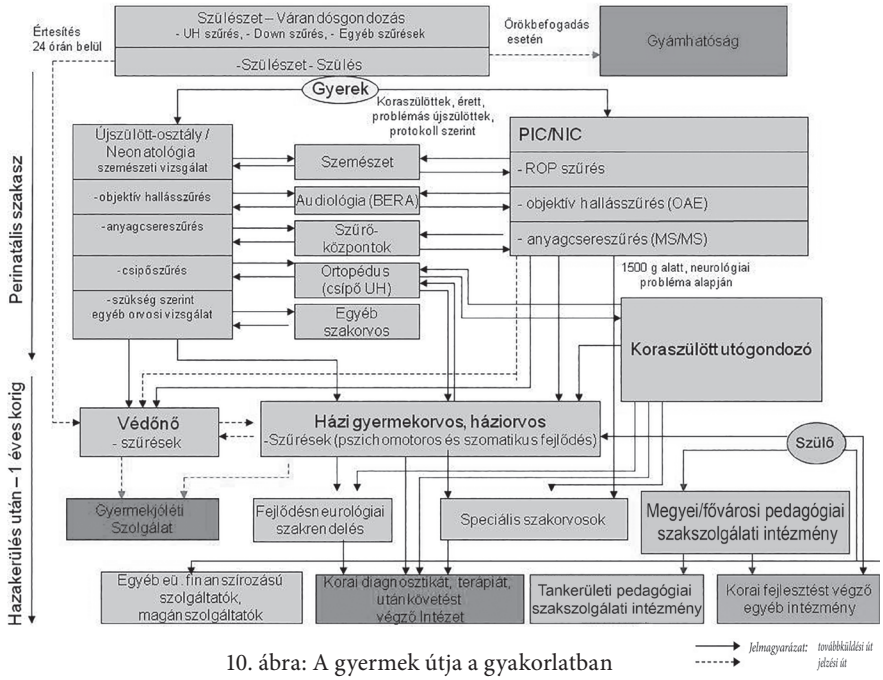
[172] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1)–(2) bek.

[173] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2) bek.

[174] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1)–(2) bek.



9. ábra: A gyermek útja a jogszabály szerint
Forrás: Kereki Judit



10. ábra: A gyermek útja a gyakorlatban
Forrás: Kereki Judit

litációs intézménybe, amely korai diagnosztikát, terápiát és utánkövetést végez. Akkor kerülnek innen pedagógiai/szociális intézményekbe, ha az egészségügyi szereplő elég tájékozott más szakterületeken nyújtható szolgáltatásokról, terápiás lehetőségekről. A szabályozatlanság miatt a szülők sokszor fordulnak magánellátókhoz, olyanokhoz is, akik komplex diagnózis nélkül végzik a terápiás, fejlesztő ellátást.

IV./1.3.2.5 Hazakerülés után – későbbiekben felismert problémák

Legfontosabb intézményes szereplők: védőnő, házi gyermekorvos, háziorvos, járó- és fekvőbetegellátó szakorvos, megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat (szakértői bizottsága), kerületi pedagógiai szakszolgálat (szakértői bizottsága), országos szakértői bizottság bölcsőde, óvoda, korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző egészségügyi habilitációs/rehabilitációs intézmény, egyéb korai fejlesztést végző intézmények.

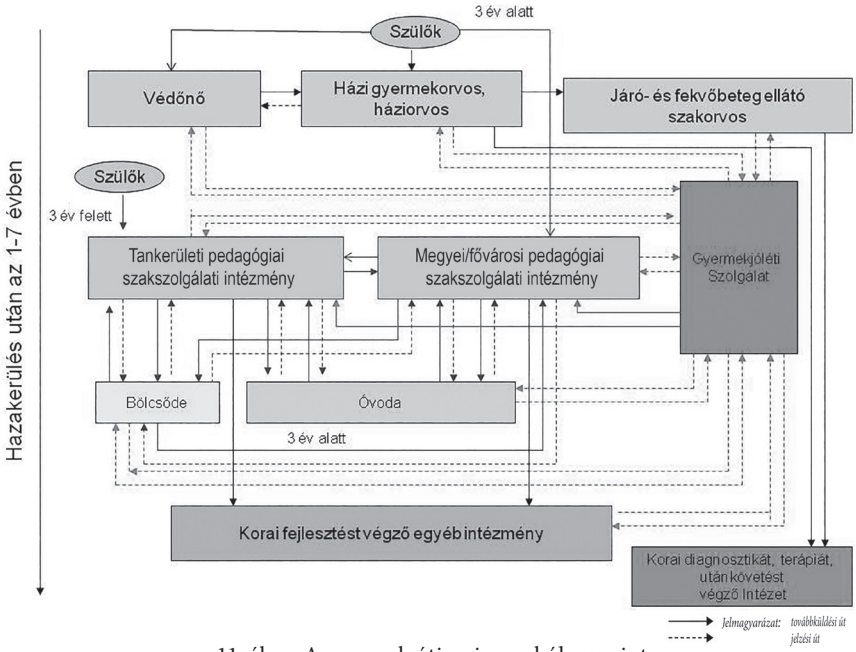
Amennyiben a kórházból való hazakerülés után a későbbiekben, otthon merül fel a probléma, többfelé ágazhat el a rendszerbe irányuló bekerülési útvonal. Egyrészt (a védőnő jelzésére) a házi gyermekorvoson/vegyes praxisú háziorvoson keresztül az egészségügyi szakellátásba kerülhet a gyermek. Másrészt elvileg a (tipikus) szabályozott út a pedagógiai szakszolgálati intézmények szakértői bizottságain keresztül vezet az ellátó rendszerbe.

A 0–3 éves korú gyermekeket megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézmények szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberei vizsgálják és irányítják tovább. A 3 évnél idősebb gyerekek esetében a tankerületi szakértői bizottság feladata a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése, a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megállapítása. Ha a tankerületi szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, továbbküldi a gyermeket a megyei szakértői bizottság felé.[175] Szakértői vizsgálat néhány kivételtől eltekintve a szülő kérelmére, illetve, ha az eljárást nem a szülő kezdeményezi, a szülő egyetértésével indul. A mozgásszervi fogyatékosság, az érzékszervi fogyatékosság, valamint a beszédfogyatékosság megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat közvetlenül is kérhető, illetve kezdeményezhető az országos szintű területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szakértői bizottságnál. Ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat iránti kérelem elkészítésében.[176]

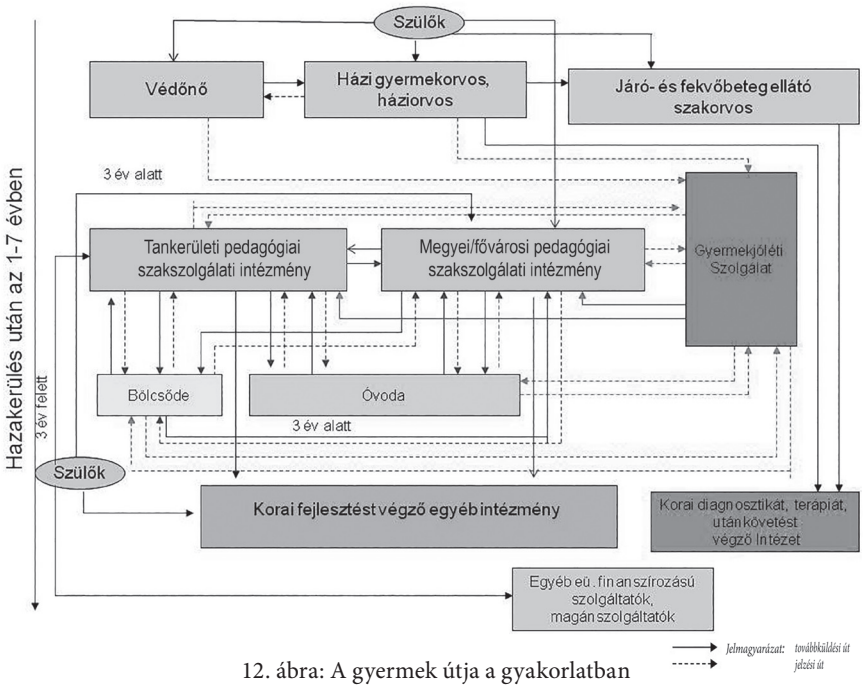
A jelzőrendszer tagjai közé új intézmények lépnek be, hiszen az egészségügyi alapellátás szereplőin kívül a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. bölcsőde, családi napközi) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) veszélyeztetettség esetén szintén jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgálat felé, illetve bántalmazás azonosítása esetén hatósági eljárást kezdeményezhetnek. A 3. életévtől, az óvodába kerüléssel lehetővé válik, hogy a gyermek – szükség esetén hatóság közreműködésével – komplex (gyógy)pedagógiai-pszichológiai-orvosi diagnosztikai vizsgálaton vegyen részt és a fejlődési szükségleteihez igazodó fejlesztésben, terápiás ellátásban részesüljön. A pedagógiai szakszolgálatok a folyamat során visszajelzést csak a szülőnek és a vizsgálatokat kezdeményező köznevelési intézményeknek adnak.

A korábbi kutatási eredmények azt mutatják, hogy azokban a közigazgatási egységekben, ahol működik korai fejlesztő központ vagy annak logikája szerint működő centrális szerepben lévő intézmény, a „tipikus"-nak hitt út megfordul, hamarabb jutnak el a gyermekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről az ellátó intézménybe, mint a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai elé. A korai fejlesztő központok többnyire alapítványi formában működ-

[175] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. §. (1)–(2) bek.
[176] 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §.



11. ábra: A gyermek útja a jogszabály szerint
Forrás: Kereki Judit



12. ábra: A gyermek útja a gyakorlatban
Forrás: Kereki Judit

nek.[177] Vannak olyan közigazgatási egységek, ahol az ellátás súlypontját egészségügyi intézmény (gyermekrehabilitációs intézmény) adja (pl. Borsod megye), ilyen esetben jellemzően a rendszer tovább benntartja a gyermekeket az egészségügyi ellátásban, később kerülnek el pedagógiai jellegű intézményekbe. A szociális, gyermekvédelmi jelzőrendszer (családsegítő, gyermekjóléti szolgálat) sokat tud segíteni abban, hogy az arra rászoruló gyerekek minél hamarabb ellátásba jussanak. Ahol a három különböző ágazat intézményei közötti kapcsolati háló elég kiterjedt és intenzív, gyorsabb az információáramlás, korábban bejutnak a gyerekek a pedagógiai jellegű intézményekbe.[178] Vannak olyan magánellátó intézmények, ahol nem végeznek diagnosztikus tevékenységet, úgy kezdik el a gyermekek terápiás ellátását, ide közvetlenül szülői megkeresésre, de az egészségügyi alapellátásban dolgozók javaslatára is kerülnek be gyerekek. Az oda-vissza jelzési utak nem működnek megfelelően.

Rendszerszinten a gyakorlatban problémaként azonosítható, hogy a különböző ágazati irányítás alatt működő intézményes szereplők nem kapcsolódnak egymáshoz, közöttük nincsenek egyértelműen kijelölt utak vagy ha vannak, nem összehangolt a működés. A szülők annak érdekében, hogy gyermeküket minél hamarabb ellátáshoz juttassák, saját utakat taposnak ki, esetleges az ellátásba kerülés. Nem működnek jól az oda-vissza jelzések és nincsenek pontosan meghatározva a teendők. Hiányzik az integrált adatgyűjtési adatkezelési rendszer, valamint az egységes informatikai rendszer.

Felhasznált irodalom

Kereki, J. (2010): *A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 1. sz.

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK Zrt.–FSzK. Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

Hivatkozott jogszabályok

149/ 1997 (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700149.KOR (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800015.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200079.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 14.)

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700047.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

[177] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK Zrt.–FSzK. Budapest.

[178] Kereki, J. (2010): *A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 1. sz., pp. 32–45.

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 09.)

2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300084.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV&celpara=#xcelparam (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

217/1997. (XII. 1.) Kormány rendelet az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól a végrehajtásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700217.KOR (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700026.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200033.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000004.EUM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

IV./2 AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉST RENDSZERSZINTEN AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK, HOZZÁFÉRÉSI PROBLÉMÁK

IV./2.1 Melyek azok a tényezők, melyek akadályozzák, hogy a korai életkorban a rászoruló gyermekek hozzájussanak Magyarországon az őket megillető ellátásokhoz?

Ötletbörze: _____

_____

_____

_____

_____

IV./2.2 Az ellátásba kerülést rendszerszinten akadályozó problémák

Korábbi kutatási eredmények szerint Magyarországon a koragyermekkori intervenciós ellátásra szoruló gyerekek több mint egyharmada nem kapja meg a számára szükséges ellátást, szolgáltatást.[179] Ennek többféle oka van, főképp rendszerszintű problémák állnak a háttérben.

IV./2.2.1 SZABÁLYOZÁSI, FINANSZÍROZÁSI KÖRNYEZET

A koragyermekkori intervenció három ágazatot is érint (az egészségügyi, a szociális és az oktatási területet), de nincs igazán felelőse, hiányzik az összehangolt döntéshozói együttműködés, ami nehézkessé teszi a rendszer működését. A koragyermekkori intervenció komplex terület, nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. A jelenlegi ágazati jogszabályokban szórványosan jelennek meg a korai ellátásra vonatkozó elemek, nehéz bennük az eligazodás, csak néhány ponton kapcsolódnak össze, ugyanakkor több szempontból tapasztalható párhuzamosság. Hiányzik a koragyermekkori intervenció egységes rendszerként való kezelése és ennek a szabályozásban való tükröződése, a jogszabályok harmonizációja. A közös nyelv kialakítását a terminológiai különbségek is akadályozzák. A változó szabályozási környezet mellett a finanszírozási háttér bizonytalansága is gondot okoz a működésben.[180]

IV./2.2.2 AZ INTÉZMÉNYRENDSZER ÁTALAKULÁSA

Az eddig működő intézményrendszer a kormányzati elképzelések következtében teljes átalakuláson/átalakításon megy keresztül. Az oktatási és a szociális területen egyaránt megtörtént az irányítás centralizálása. A köznevelés területén a többletszolgáltatásban részesülő gyerekeket ellátó pedagógiai szakszolgálati intézmények rendszere is átalakult, kétszintű intézményi struk-

[179] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. FSZK, Budapest.

[180] Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

túra jött létre. Az eddigi elkülönült intézményi keretek között működő tevékenységek a pedagógiai szakszolgálat által ellátandó tevékenységek közé kerültek. Így pl. a korai fejlesztés feladata, amelyet a korábbiakban többféle intézmény is elláthatott, ezentúl csak szakszolgálati keretben végezhető. Mivel a szakszolgálati rendszer még nem állt fel végső formájában, és működésében hiányosságok tapasztalhatóak, a terepen dolgozó szakemberek bizonytalanok a jövőt illetően.

IV./2.2.3 EGYÜTTMŰKÖDÉSEK HIÁNYA, KOMPETENCIÁK

Komoly probléma, hogy sem döntéshozói szinten, sem a helyi szinten nem alakulnak ki együttműködések. Bár a három kulcságazat döntéshozói között vannak törekvések a különböző fejlesztési projektek összehangolására, a közös stratégia kidolgozására az érintett témában nem került sor. Helyi szinten pedig akadnak jó gyakorlatok a kooperációra, de összességében jellemzőbb, hogy a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők között nincs vagy gyenge a kapcsolattartás, nem működnek jól a kommunikációs csatornák, nem láthatóak egymás számára a szakmai tevékenységek. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit (illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak), hiányosan informáltak egymás munkájáról, az ellátói körben nem alakulnak ki helyi együttműködések. A szakemberek számára már a képzésben is meg kellene jelenniük azoknak az ismereteknek, amelyek az ellátórendszerben való tájékozódásukat segítik.[181]

IV./2.2.4 SZABÁLYOZATLAN GYERMEKÚT

Az ellátásba kerülést jelentősen akadályozza, hogy nincs a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, szabályozott „gyermekút", amely a felismeréstől az ellátásba kerülésig az ellátórendszerben való eligazodást segítené. Sokszor a helyi lehetőségek, a védőnő, házi gyermekorvos/háziorvos vagy éppen a szakorvos kapcsolatrendszere, a szülő motiváltsága határozza meg, hová jut el a gyermek. Jellemző, hogy azokban a közigazgatási egységekben, ahol korai fejlesztő központ található vagy annak logikája szerint működő centrális szerepben lévő intézmény, a gyerekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről hamarabb eljutnak az ellátó intézménybe, mint a pedagógiai szakszolgálatok komplex diagnosztizálást végző szakértői bizottságai elé.[182]

IV./2.2.5 INFORMÁCIÓHIÁNY

A szülőknek nincsenek megfelelő információik, ismereteik arról, hogy adott probléma esetén hová fordulhatnának, kit kereshetnének fel, és sokszor a szakemberek sem tudnak ebben segíteni, hiszen ők maguk sem látják át az ellátórendszert, nem eléggé tájékozottak a lehetőségekről. Nem létezik olyan információs adatbázis, amely a legalapvetőbb tudnivalókról tájékoztat, hiányoznak azok a kiadványok, amelyek a továbblépés állomásait, az ellátó intézmények sajátosságait, a terápiás lehetőségeket tartalmaznák. A szülők gyermekük fejlődéséről, neveléséről saját lehetőségeikről sem elég tájékozottak, a szülői feladatokra való felkészültségük esetleges, a szülői tudatosság, kompetencia megerősítésében támogatásra szorulnak.[183]

---

[181] Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

[182] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[183] Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

IV./2.2.6 IRÁNYELVEK, PROTOKOLLOK, MINŐSÉGI STANDARDOK ÉS A KONTROLL HIÁNYA

Hiányoznak az intézmények együttműködésére és a különböző intézményekben folyó, egymást követő vagy egymással párhuzamos szűrő, diagnosztizáló vagy terápiás munka összehangolására, illetve az információk megosztására és hatékony kezelésére, valamint a visszacsatolásra vonatkozó átfogó, központilag meghatározott irányelvek, protokollok. A köznevelési törvény által nevesített korai fejlesztésnek, illetve a korai fejlesztő munkának sincs protokollja, de sem a korai diagnosztikára nézve, sem az intézményes teamszerveződést tekintve nincs pontosan meghatározva, milyen képzettségű, végzettségű, milyen gyakorlattal rendelkező szakemberek végezhetik a különböző tevékenységeket. Arra sincs egységes protokoll, hogy a különböző fejlesztő, terápiás eljárásokat milyen életkorban és milyen esetekben érdemes és lehet használni. Hiányoznak a szisztematikus mérések, nem tudjuk, hogy ezek az eljárások mikor, milyen hatékonysággal alkalmazhatóak. Mindhárom ágazatban jelentkeznek a standardok hiányára és a szakmai ellenőrzés elégtelenségére visszavezethető problémák, amelyek akadályozzák a megfelelő minőségi munka elvégzését.[184]

IV./2.2.7 ADATGYŰJTÉS, ADATSZOLGÁLTATÁS ELÉGTELENSÉGE

A rendszerben nagyon sok adat keletkezik, jó részük felesleges, az adatstruktúra korszerűtlen, az adatgyűjtések nem összehangoltak, az adatok még egy ágazaton belül sem érnek össze. Az egyéni adatokat tartalmazó adatlapok, dokumentációk többnyire még mindig papír alapúak. Az intézmények sokféle adatot rögzítenek és gyűjtenek, de a bennük rejlő elemzési lehetőségek kihasználtsága alacsony fokú, hiányos az adatok lekérdezése, és komoly validitási problémák is felmerülnek az adatokkal kapcsolatban.[185, 186]Az adatáramlási útvonalak szétszórtan jelennek meg, többféle jogszabályban rögzítettek, nem mutatnak egységes elveket. A szabályozási környezet lehetővé teszi a redundáns alap-adatnyilvántartást, amely nemcsak az erőforrás-felhasználásban, de a nagy mennyiségű információ keletkezésében, összehangolásában is pazarlást jelent.[187]

IV./2.2.8 KÉPZÉSBELI HIÁNYOSSÁGOK

Ahhoz, hogy az intézményes keretek között a rendszer elemei – adott esetben a szakemberek – megfelelően tájékoztatni tudják egymást és a szülőket, nekik maguknak is tájékozottnak kell lenniük. Nemcsak saját és más szakterületek szakembereinek kompetenciájáról, feladatairól, nemcsak a fejlődés állomásairól, a felismerés lehetőségeiről, a szűrési, diagnosztikus eljárásokról, hanem a fejlődés támogatásának lépéseiről, a fejlesztés területeiről, lehetőségeiről, az intézményrendszerről, annak működéséről, a törvényi szabályozásról. Ezeknek a tudásoknak a megszerzését a képző intézményeknek kellene biztosítaniuk, megfelelően készítve fel a szakembereket a koragyermekkori intervenció területén a saját szempontjukból adekvát feladatok ellátására. [188]

---

[184] Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

[185] Fazekas, K–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.) (2008): *Zöld könyvIV.* A magyar közoktatás megújításáért. ECOSTAT, Budapest.

[186] „Közös Kincsünk a Gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégiát végrehajtó 1092/2007. (XI. 29.) Korm. Határozat.

[187] Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

[188] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

IV./2.2.9 AZ ELLÁTÓRENDSZER ALAPFELADATAINAK ELLÁTÁSA

SZŰRÉS, JELZÉS

A szűrési eljáráshoz használt módszerek befolyásolhatják a szűrési eljárás eredményességét. A védőnők módszertani ajánlások alapján végzik el a szűréseket,[189] nem áll azonban rendelkezésükre egy egységes, standardizált fejlődési szűrőeljárás. A szűrések megfelelő szintű elvégzését befolyásoló tárgyi felszereltség, a körülmények, a hozzáértés vonatkozásában egyenlőtlenségek tapasztalhatóak.[190] A gyógypedagógiai, pedagógiai, pszichológiai szűrések rendszere nem áttekinthető. A jelzés folyamata részben szabályozott (elsősorban az egészségügy rendszerében), de többnyire az intézményes szereplőn múlik mikor és milyen esetben jelez. Egy korábbi kutatásban az ellátásba bekerült gyerekek szüleinek 40%-a úgy ítélte meg, hogy nem kapott megfelelő jelzést az egészségügyi szereplőktől vagy nem időben kapta azt.[191]

DIAGNOSZTIKA

A diagnosztikai vizsgálatok a probléma pontos azonosítását szolgálják, amelyre egy megfelelően átgondolt terápiás, fejlesztő eljárást lehet alapozni. A köznevelés rendszerében a pedagógiai szakszolgálatok keretében működő szakértői bizottságok által elvégzett komplex vizsgálat alapján jut el a gyermek a megfelelő ellátóhelyre. Az országban a szakdiagnózist végző szakemberek a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságaiban és a diagnosztikai tevékenységet végző ellátó intézmények döntő többségében nem standardizált, elavult, nem engedélyezett, szerzői jogokat sértő vizsgálati eljárásokat használnak. Mindenki olyan eszközökkel mér, amit ismer vagy ami rendelkezésére áll, illetve amit meg tud fizetni. Hiányzik az egységes diagnosztikai rendszer, és egy egységes diagnosztikai eljárási protokoll.[192]

FEJLESZTŐ, TERÁPIÁS ELLÁTÁS

Az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások megválasztását sokszor behatárolja a szakember-kapacitás szűkössége, a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme. A szakértői bizottságok a diagnózisok mellé olyan terápiás, fejlesztő eljárásokat javasolnak, amelyet az adott megye intézményeiben biztosítani tudnak, annak elérhetősége, hozzáférhetősége garantált, ingyenes vagy anyagi vonzata minimális, és nem feltétlenül olyat, ami a fennálló állapoton leghatékonyabban tudna segíteni. Ehhez kapcsolódik az a probléma, hogy az alkalmazott terápiás, fejlesztő eljárások mögött nincsenek evidenciák, hatásuk nem mért.[193]

---

[189] 49/2004. (IV. 21.) ESzCsM rendelet 3. § dd

[190] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[191] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[192] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[193] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

IV./2.2.10 SZERVEZETI MŰKÖDÉSI JELLEGZETESSÉGEK

SZEMÉLYI FELTÉTELEK

A koragyermekkori intervenciós rendszerben az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák. Jelenleg Magyarországon kritikusan alacsony a feladatokhoz mért csecsemő- és gyermek szakorvosok száma. Az aktív házi gyermekorvosok átlagos életkora a 60 év felé közelít, ezért egyelőre nincs esélye a vegyes praxis felszámolásának. [194] Az *emberi erőforrás krízis* a szakellátás keretében is befolyásolja az ellátás hatékonyságát. A perinatális (neonatális) intenzív centrumok szakemberei erősen leterheltek, ugyanúgy a pedagógiai szakszolgálatoknál a szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberek körében az esetszámra jutó szakemberlétszám kevés, folyamatos túlterheltséget okoz, ami meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét.[195]

INFRASTRUKTÚRA, KLIENSORIENTÁLTSÁG

Az ellátó intézmények infrastrukturális ellátottságára nagyfokú heterogenitás jellemző. A perinatális (neonatális) intenzív centrumok nagy része nem megfelelő intézményi feltételek között dolgozik. Az intézmények fele működik csak a szülészet közvetlen közelében, egyharmaduk a kórházon belül, de másik épületben, relatíve távol a szülőszobától, a maradék egyhetednyi pedig gyermekklinikák osztályaként funkcionál.[196] A műszerezettség tekintetében is nagyok az egyenetlenségek. Vannak korszerű inkubátorokkal és műszerekkel ellátott osztályok és a diagnosztika terén napi gondokkal küzdő intézetek. A szakértői bizottságok kétharmada elfogadhatónak vagy jónak tartja a körülményeket, egyharmaduk azonban kifejezetten kedvezőtlennek ítéli meg az infrastrukturális feltételeket.[197]

Az eredményességnek elengedhetetlen feltétele a folyamatos ellátás biztosítása, a fejlesztő, terápiás munka megszakítás nélküli végzése. A korai ellátást végző intézményeknek azonban csak az egyharmada tart nyitva egész nyáron (jellemzően az egészségügyi intézmények), 14 százaléka részlegesen tart nyitva, de bevallásuk szerint ekkor is végeznek terápiás, fejlesztő tevékenységet, egynegyedük viszont csak ügyeletet tart és egy másik egynegyed egy-két hónapra bezár a nyári szünetben.[198]

IV./2.2.11 STRUKTURÁLIS PROBLÉMÁK

Az ellátásokhoz való hozzáférést a szolgáltatások biztosításának területi egyenlőtlenségei is erőteljesen befolyásolják, amelyek szinte minden típusú szolgáltatást érintenek. A különbségek több dimenzióban is megmutatkoznak, a területi egyenlőtlenségeken túl a településtípusok, ágazatok, intézménytípusok, fenntartók és a szülők iskolázottsága mentén is azonosíthatók eltérések. Részletesen a továbbiakban foglalkozunk ezekkel az egyenlőtlenségekkel.

---

[194] Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

[195] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

[196] Mészáros, J. (2007) *Újszülött-ellátás, szállítás,* PIC. OGYEI.

[197] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[198] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

Felhasznált irodalom

„Közös Kincsünk a Gyermek" Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégiát végrehajtó 1092/2007. (XI. 29.) Korm. Határozat.

Fazekas, K.–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.) (2008): *Zöld könyv.* A magyar közoktatás megújításáért. ECOSTAT, Budapest.

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38. http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=42&jaid=611

Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/download/eselyegyenloseg/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf

Mészáros, J. (2007) *Újszülött-ellátás, szállítás,* PIC. OGYEI http://www.ogyei.hu/letoltheto/publikacio/ (Letöltés dátuma. 2013. 10. 11.)

Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

Hivatkozott jogszabályok

138/1992. (X. 8.) Korm. rendelet a közalkalmazottakról szóló 1992. évi XXXIII. törvény végrehajtásáról a közoktatási intézményekben http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=17020.596108 (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200033.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

49/2004. (V. 21) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

67/2005. (XII. 27.) EüM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet módosításáról.
http://www.kozlonyok.hu/nkonline/index.php?menuindex=200&pageindex=kozltart&ev=2005&szam=48 (letöltés dátuma: 2014. 02.28.)

IV./3 ELLÁTÁSBELI EGYENLŐTLENSÉGEK, TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK. AZ ELLÁTÁSBÓL KISZORULÓ ÉS AZ ELLÁTÁSHOZ HOZZÁJUTÓ GYEREKEK ÉS CSALÁDOK JELLEMZŐI

IV./3.1 Kik nem kerülnek be a rendszerbe?

Ötletbörze: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV./3.2 Jövőkerék

„Az országban egyedül az Észak-Magyarországi régióban háromszorosára emelik a védőnők, a gyógypedagógusok és a szociális munkások bérét.”

IV./3.3 Ellátásbeli egyenlőtlenségek, területi különbségek. Az ellátásból kiszoruló és az ellátáshoz hozzájutó gyerekek és családok jellemzői

A koragyermekkori intervenciós ellátásokhoz való hozzáférést tekintve Magyarország régiói között óriási területi egyenlőtlenségeket tapasztalunk. Ez az egészségügyi alapellátást, szakellátást éppúgy érinti, mint a szociális és gyermekjóléti szolgáltatásokat, a pedagógiai jellegű ellátásokat, a fejlesztő, terápiás ellátásba való bejutás lehetőségeit vagy akár a szakember-ellátottságot. A hozzáférés szempontjából nemcsak területi szinten mutatkoznak meg jelentős eltérések, hanem a településtípusok, az intézménytípusok illetve az ellátásba kerülő gyerekek szüleinek iskolázottsága mentén is.

IV./3.3.1 TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEK

Az egészségügyi ellátás mutatói alapján Észak-Magyarország és Észak-Alföld egészségügyi ellátása a legkedvezőtlenebb. A társadalmi-gazdasági különbségekre is érzékeny csecsemőhalandósági mutató Észak-Magyarországon hosszabb ideje kiugróan magas értéket mutat. Az 5 év alatti korcsoportra nézve az észak-magyarországi régió orvosi ellátottsági problémákkal küzd. Nemcsak a házi gyermekorvosokra jutó gyermeklétszám itt a legmagasabb – bár ebben a tekintetben Észak-Alföldön is hasonló mutatót találunk –, de a szakorvosok is itt a legleterheltebbek. Egy gyermekneurológusra és egy gyermekpszichiáterre is kétszer annyi gyermek jut, mint az országos átlag. Az utóbbi foglalkozáscsoport Nyugat-Magyarországon is leterhelt.[199] A leghátrányosabb helyzetű települések több mint 30%-ában vegyes praxisú háziorvosok látják el a gyerekeket, akiknek kevesebb tapasztalatuk van a koragyermekkori fejlődés követésében. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 51% ez az arány (!).[200, 201]

A védőnői támogatás szintén a két északi régióban a legkevésbé biztosított. Míg a területi védőnő által gondozott családok száma Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon a legmagasabb, a betöltetlen területi védőnői állások száma éppen ebben a két régióban kiemelkedően magas a többi régióhoz képest. Az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a él a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben, ugyanakkor a települések felében gondot jelent a védőnői ellátás megszervezése.[202] Észak-Magyarországon, ahol a legtöbb hátrányos helyzetű kistelepülés található (260), több mint 60%-ukban, a dél-dunántúli 216 település 70%-ában, az észak-alföldi 194 település majdnem felében nehezen érhető el rendszeres védőnői szolgáltatás. A védőnői feladatok megfelelő szintű ellátása éppen azokban a régiókban biztosítható legkevésbé, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. Ezek az adatok komolyan felhívják a figyelmet arra, hogy az említett területeken a koragyermekkori intervencióban oly fontos prevenciós tevékenység nem működik elég hatékonyan, hozzáférési nehézségek akadályozzák a megfelelő ellátásba jutást. Országosan hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat, a neuroterápiás, ill. gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás.[203]

---

[199] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[200] Kádár, F. et al. (2010): *Ki látja el a gyerekeket 2020-ban?* In: Hírvivő XIV. évf. 4. szám, pp. 2–4.

[201] Kádár, F. et al. (2011): *Gyermekorvosok és háziorvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása.* In Hírvivő, XVI, évf., 11. sz., pp. 6–9.

[202] Odor, A. (2007) *A védőnői rendszer működésének bemutatása a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása.* Tanulmány. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

[203] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

A gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások hozzáférési, hatékonysági problémákkal küzdenek. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan, jelentős regionális ellátásbeli egyenlőtlenségek tapasztalhatóak. A működő bölcsődék a bölcsődés korúak 10%-ának tudnak férőhelyet biztosítani, és ezen az adaton az alternatív napközbeni ellátási formák sem javítanak számottevően. A napközbeni ellátás szempontjából Észak-Magyarországon a legkedvezőtlenebb a helyzet, az országban itt található a legkevesebb bölcsődei férőhely, miközben a korcsoportos népesség jelentős létszáma miatt az egy férőhelyre jutó korcsoportos népesség száma itt a legmagasabb. Az ország leghátrányosabb helyzetű településein a szociális ellátás nem biztosított, a települések kevesebb mint felébe nem jut el családsegítő, gyermekjóléti szolgálatot a települések kétötödében találunk.[204]

A koragyermekkori intervenciós intézményháló földrajzi mintázatára erős centralizáltság jellemző, egyértelmű fókusza a közép-magyarországi régió, az intézmények majdnem 30%-a található itt. A koragyermekkori intervenciós ellátó intézmények fele pedagógiai jellegű intézmény, Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb az arányuk.[205] Az ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, ahol éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogató segítséget, akik maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében. [206]

IV./3.3.2 TELEPÜLÉS-, INTÉZMÉNYTÍPUSONKÉNTI ÉS BEKERÜLÉSI ÉLETKOR SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK

A koragyermekkori intervenciós ellátásban részesülő gyerekek több mint 50%-át Budapesten látják el (miközben itt a 0–4 éves népességnek csak 16%-a lakik). Jellemzően a nagyvárosokban szerveződnek színvonalas ellátást nyújtó intézmények, de a kisebb településeken, különösen a falvakban lakók számára a speciális szolgáltatások elérhetetlenek. Az elérhetőség szempontjából különösen Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon kedvezőtlenek a feltételek, amit sokszor az ellátásba kerülést megkönnyítő belső hálózat (decentrumok) kialakításával, illetve az utazó tanári szolgálat megszervezésével sem lehet áthidalni. A legnagyobb ellátási gondokat az észak-magyarországi régió mutatja, amelynek megyéi szinte minden mutatóban alatta vannak az országos átlagnak. [207]

Az intézmények közül a perinatális (neonatális) intenzív centrumok és a szakértői bizottságok küzdenek a legnagyobb szakember-ellátottsági problémával. A fejlesztő, terápiás, rehabilitációs ellátást végző intézményekben dolgozó szakemberek átlagos leterheltsége a korai fejlesztőközpontokban és az egészségügyi habilitációs/rehabilitációs intézményekben a legnagyobb.[208] A gyermekek intézménybe való bekerülésének átlagos életkora a dél-dunántúli régióban a legalacsonyabb (itt átlagosan 16 hónapos korukban kerülnek be az ellátásba a gyermekek). A régióban az egészségügyi szereplők (perinatális intenzív centrumok, házi gyermekorvosok, háziorvosok,

---

[204] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft,.

[205] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[206] Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban.* In: Kolosi, T.–Tóth, I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest. TÁRKI.

[207] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[208] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

védőnők) és a pedagógiai, szociális intézmények közötti stabil kapcsolódások, a kiterjedtebb kapcsolati háló és gyorsabb információáramlás megkönnyíti a gyerekek bejutását az egészségügyből a pedagógiai jellegű, illetve szociális ellátórendszerbe. Az intézményes ellátásból kikerülő gyerekeknél is ebben a régióban regisztráltak legmagasabb javulási arányt. Azokban a régiókban, ahol a szociális/gyermekvédelmi ellátó intézmények a többi régióhoz képest túlsúlyban vannak (Közép-Dunántúl, Észak-Alföld), magasabb átlagéletkorban kerülnek be a gyerekek az ellátásba, mint a többi régióban (átlagosan 2,7, illetve 2,4 éves korban).[209]

IV./3.3.3 SZAKEMBER-ELLÁTOTTSÁG EGYENLŐTLENSÉGEI

A perinatális (neonatális) intenzív centrumok működésében óriási gondot okoz a szakemberhiány, mint ahogy a pedagógiai szakszolgálati intézményeknél diagnosztikus feladatot ellátó szakértői bizottságoknál is erőforráshiánnyal küzdenek. A szakemberek leterheltek, nagy az esetszám, hosszú a vizsgálatra való várakozási idő, bár kétségtelen, hogy a korai vizsgálatok mindenhol preferáltak. A 18 hónap alatti kisbabák szakorvosi igazolás alapján közvetlenül ellátásba juthatnak, ám a kapacitásproblémák miatt sokszor a gyermekneurológus vizsgálatára is heteket kell várni. A szakértői bizottságok némelyikénél az is problémát okoz, hogy nincs a bizottságnál (de a megyében sem) olyan szakember, akinek a vizsgálata elengedhetetlen lenne a komplex diagnózis felállításához. [210]

A különböző régiókban nem egyformán biztosított a speciális képzettségű – mozgásfejlesztő, értelmi, érzékszervi, pszichés, illetve a kommunikációs és nyelvi fejlődés zavaraival foglalkozó – szakemberek elérhetősége. Dél-Alföldön, Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legszélesebb a szakemberválaszték. Közép-Dunántúlon és Észak-Alföldön a legkedvezőtlenebb a rendelkezésre álló speciális szakemberek elérhetősége. A rendelkezésre álló gyógypedagógiai szakmai kínálat nem feltétlenül igazodik a speciális szükségletekhez. Egyes régiókban a koragyermekkori intervencióban megfelelően jártas, képzett gyógypedagóguskínálat szűkössége kényszermegoldásokat indukál. Egyes fogyatékossági területek ellátásában is tapasztalhatók egyenlőtlenségek. Észak-Magyarországon az érzékszervi fejlesztéssel foglalkozó szakemberek elérhetősége a többi régióhoz képest a legkedvezőtlenebb. [211]

Az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások nem mindig konzisztensek. A terápiák megválasztását sokszor behatárolja a szakemberkapacitás szűkössége, a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme. A szakértői bizottságok a diagnózisok mellé olyan terápiás, fejlesztő eljárásokat javasolnak, amelyet az adott közigazgatási egység (megye) intézményeiben biztosítani tudnak, annak elérhetősége, hozzáférhetősége garantált, ingyenes vagy anyagi vonzata minimális, és nem feltétlenül olyat, ami a fennálló állapoton leghatékonyabban tudna segíteni. A különböző terápiákat jellemzően eltérő életkorú gyermekeknél használják, ám a rendelkezésre álló szakemberek végzettsége és a terápiás repertoár nem feltétlenül illeszkedik a gyermek életkorához. Így előfordul, hogy olyan mozgásfejlesztő eljárás (adott esetben az alapozó

[209] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[210] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[211] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

terápia), amelyet ötéves vagy annál idősebb gyerekek esetében alkalmaznak, a legfiatalabb gyerekek 14%-ánál épül be a komplex fejlesztő folyamatba.[212]

IV./3.3.4 AZ ELLÁTÁSOK ELÉRHETŐSÉGE, AZ ANYA ISKOLAI VÉGZETTSÉGE

A szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba való eljutást az utaztatási nehézségek és az anyagi források szűkössége erősen befolyásolja. Regionális összehasonlításban az anyagi megterhelés az észak-alföldi szülők esetében nagyobb gondot okoz, mint más régiókban. A közlekedés nehézségei leginkább Dél-Dunántúlon jelentenek problémát. Gyakorlatilag a családok egy részének anyagi helyzetéből fakadóan elérhetetlenek bizonyos szolgáltatási formák. Az utazást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ugyan finanszírozza, de utófinanszírozással, ami nem minden gyermek, illetve család részére könnyíti meg az ellátásba kerülést. [213]

A korai fejlesztést, terápiás ellátást nyújtó intézményekbe bekerülő különböző állapotú gyerekek közül az enyhe elmaradással küzdők esetében a felsőfokú végzettségű anyák gyermekeinek aránya jelentősen magasabb, de azt is látjuk, hogy a súlyos és halmozottan súlyos állapotú gyerekeket nézve éppen ellenkezőleg, a legalacsonyabb végzettségű anyák gyermekeinek aránya a magasabb. E mögött feltételezhetően az állhat, hogy a legiskolázottabbak a kisebb eltérésekre is jobban figyelnek, hamarabb elviszik szakemberhez a gyermekeiket, míg a kevésbé iskolázottak a probléma felismerésére kevésbé érzékenyek, a szűrés-jelzés hiányosságai, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei jobban érintik őket, s ezért inkább a feltűnőbb, súlyosabb problémával küzdő gyermekeik jutnak el hamarabb ellátásba.[214]

Az anya iskolai végzettségének arra is hatása van, hogy milyen jellegű intézménybe kerül el a gyermek. A korai fejlesztő központokba és az egészségügyi habilitációs/rehabilitációs intézményekbe kerülnek be legmagasabb arányban felsőfokú végzettségű anyák gyermekei. A legfeljebb alapfokú végzettségű szülők gyermekei ugyanakkor az elsősorban súlyosabb állapotú (középsúlyos, súlyos, illetve halmozottan sérült) gyerekek ellátását végző fogyatékos személyek ápoló, gondozó otthonába jutnak el jóval magasabb arányban, mint a többi intézménybe. [215] A középmagyarországi intézményekből kikerült gyermekekre jellemző leginkább, hogy az intézménybe kerülés előtt máshol is kaptak korai fejlesztést, terápiás ellátást. A szülők iskolázottsága befolyásolja, hány intézménybe viszi el gyermekét a szülő. A legmagasabb iskolai végzettségű szülők a státusszal együtt járó magasabb jövedelem függvényében nemcsak több intézménybe jutnak el gyermekükkel, de gyakrabban veszik igénybe alapítványok, magánellátók szolgáltatásait.[216, 217]

---

[212] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[213] Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban.* In Kolosi Tamás–Tóth István György (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest. TÁRKI.

[214] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[215] Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban.* In Kolosi Tamás–Tóth István György (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest. TÁRKI.

[216] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[217] Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban.* In: Kolosi Tamás–Tóth István György (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest. TÁRKI.

Felhasznált irodalom

Kádár, F. et al. (2011): *Gyermekorvosok és háziorvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása.* In: Hírvivő, XVI, évf., 11. sz.

Kádár, F. et al. (2010): *Ki látja el a gyerekeket 2020-ban?* In: Hírvivő XV. évf. 4. szám

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban.* In: Kolosi, T.–Tóth, I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest, TÁRKI.

Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf

Odor, A. (2007) *A védőnői rendszer működésének bemutatása a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása.* Tanulmány. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

V. MODUL IV. A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓ SZAKASZAI A FELISMERÉSTŐL AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉSIG. SZÜLŐK SEGÍTÉSE

V./1 SZÜLŐK TÁMOGATÁSÁNAK ESZKÖZEI, SZÜLŐSEGÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOK. ELLÁTÁSOK, JUTTATÁSOK RENDSZERE

V./1.1 Milyen szülősegítő szolgáltatásokat ismernek? Milyen módon, milyen eszközökkel lehet támogatni a szülőket?

Ötletbörze: _____

_____

_____

_____

_____

_____

V./1.2. Szülők támogatásának eszközei, szülősegítő szolgáltatások

Ma a szülők segítése, támogatása sokszor alulról jövő, spontán kezdeményezések eredményeképpen valósul meg. Ennek köszönhetően számos regionálisan vagy akár országosan is működő civil szervezet, egyesület, alapítvány létezik, mely különböző, egymástól jelentős mértékben eltérő szülői igényeket elégít ki.

Munkájukban közös, hogy a képviselt célcsoportok számára érdekképviseletet, különböző támogató szolgáltatásokat, tanácsadó és információs szolgáltatást nyújtanak, megkönnyítve ezzel a rászoruló gyermekek és családjaik számára az ellátásokhoz, jogosultságokhoz való hozzáférést.

A szervezetek alapítói, munkatársai sok esetben maguk is érintettek, így érzékenyebben fordulnak a segítségért folyamodók felé. Egyben ez az a sarkalatos pont, amiért hatékonyabban tudnak működni, mint az állami vagy az önkormányzatok által működtetett, hasonló céllal létrejött szervezetek.

Az alábbiakban elsősorban országos és regionális szinten működő szervezetek kerülnek bemutatásra, fókuszálva az iskoláskor előtti, a koragyermekkori intervenciós rendszer keretében ellátást igénylő gyermekek és szüleik megsegítésére, támogatására.

Az **Autisták Országos Szövetsége (AOSZ)** Magyarországon az egyetlen, az autizmus területén működő, szülők által létrehozott ernyőszervezet. Tevékenységei közé tartozik az autizmus spektrum zavarralküzdő gyermekeket, fiatalokat, felnőtteket nevelő családok, szülők segítése; az autizmussal kapcsolatos legnagyobb országos közösségi portál működtetése; érdekvédelemmel kapcsolatos feladatok ellátása; képzések szervezése, valamint a témával kapcsolatos kutatások támogatása.[218]

A szövetséget az érintett családok, szülők, a családokkal kapcsolatba kerülő segítő szakemberek megkereshetik általános, jogi, valamint az elhelyezési, ellátási és a jogosultságokkal kapcsolatos kérdésekkel. A szervezetnek teljes rálátása van az országosan működő azon intézményekre, melyek az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek, tanulók ellátását végzik.[219, 220]

A szervezet számos, az autizmussal kapcsolatos, a szülőket és a családokat segítő jogi kiadványt, tájékoztatót ad közre honlapján. Kiemelendő a szülők számára készített Iránytű, amely egy információs csomag autizmussal frissen diagnosztizált gyermekek szüleinek, sok hasznos, segítő információval. Szintén e sorozat keretei között érhető el az AOSZ és tagszervezeteinek részletes címlistája is.[221]

A **Down Alapítvány** szolgáltatórendszere a középsúlyos értelmi fogyatékos és halmozottan sérült gyermekek, fiatalok és felnőttek, valamint családjaik támogatását helyezi a középpontba. Az ellátás során egyaránt hangsúlyt helyez az egészségügyi és szociális ellátásra, valamint az oktatás – fejlesztés területére is, ennek érdekében szolgáltatórendszert működtet, mely a fogyatékos személyt a születésétől egészen időskoráig kíséri.

Az alapítvány a korai fejlesztés, gondozás területét érintve működteti a *Down Dada* Sorstársi Segítő Szolgálatot, a Korai Fejlesztő és Tanácsadó Központot, a Down Ambulanciát.[222]

A *Down Ambulancián* nemzetközileg is elfogadott vizsgálati protokoll alapján – ambuláns és kórházi ellátás keretei között – szűrik és monitorozzák a Down-szindrómás gyermekeket. Ma már több nagyvárosban is találunk Down Ambulanciákat, így Szegeden, Nyíregyházán, valamint Budapesten.

A **Down Dada Sorstársi Segítő Szolgálat** a Down baba születését követő első traumát segíti feldolgozni a szülők számára, önkéntes sorstársak bevonásával. Elsődleges célja a segítségnyújtás, támogatás, a saját élmények, tapasztalatok átadása. A szolgálatban dolgozó érintett szülők olyan kérdésekre, problémákra is választ tudnak adni, melyekre a kórházakban dolgozó egészségügyi szakemberek nem biztos, hogy képesek, hiszen a szülők maguk is átestek a kezdeti nehézségeken.[223]

A *Down Dada* szolgálat elsősorban az újszülött gyermek szüleinek nyújt szolgáltatásokat, de természetesen együttműködik a kórház szakembereivel is, hiszen fontos a gyors reagálás, az első, még kórházban történő találkozás megszervezése, mely nagyban befolyásolhatja a baba családban maradását. A szolgálat létezéséről is a kórházon keresztül kapnak elsődlegesen információt a családok.[224]

---

[218] Szilágyiné, E. E. (szerk.) (2009): *Iránytű. Információs csomag autizmussal diagnosztizált gyermekek szüleinek.* Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

[219] Szilágyiné, E. E. (szerk.) (2009): *Iránytű. Információs csomag autizmussal diagnosztizált gyermekek szüleinek.* Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

[220] Autisták Országos Szövetsége honlapja www.aosz.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 04.)

[221] Kapitány I. (2012): *Az AOSZ és tagszervezetei.* Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

[222] Kisari, K. et al. (2008): *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat.* In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 185–210.

[223] Kisari, K. et al. (2008): *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat.* In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 185–210.

[224] Kisari, K. et al. (2008): *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat.* In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 185–210.

A *Down Dada* képzett dadákkal, elsősorban házaspárokkal dolgozik egy saját, egységes módszertan, protokoll alapján. Az önkéntes segítők dadatréningen kerülnek felkészítésre, ahol a munkamódszereken kívül erkölcsi és etikai normák betartásával is foglalkoznak.[225]

A dadatréningen kívül kisgyermekes tréninget is indít a szolgálat, melyre teljes családokat várnak. Amíg a szülők részt vesznek a foglalkozásokon, addig a gyermekeikre (ép és Down-szindrómás gyermekekre egyaránt) képzett szakemberek, segítők vigyáznak, ezzel is tehermentesítve a családot.

A *Down Alapítvány Korai Fejlesztő és Gyógypedagógiai Tanácsadó Központ* a 0–6 éves korú Down-szindrómás gyermekek komplex gyógypedagógiai fejlesztését látja el egyéni, valamint csoportos foglalkozások keretei között. A szolgáltatás igénybevétele ingyenes, de szakértői bizottsági javaslat szükséges hozzá.

A központ a gyógypedagógiai vizsgálat helyett fejlesztés és tanácsadás mellett lehetőséget biztosít szülőcsoportok szervezésére, az otthoni foglalkozások segítése érdekében pedig játék- és eszközkölcsönzőt működtet. A különböző szakemberek számára képzést, továbbképzést, valamint szakmai konzultációs lehetőséget biztosít.[226]

A KézenFogva Alapítvány értelmi és halmozottan sérült emberek támogatásával foglalkozik. 2007 óta működteti a **Fogyatékos Embereket nevelő Családok otthonában nyújtott időszakos Kísérés és Ellátás (FECSKE) Szolgálatot,** melynek elsődleges célja a fogyatékos gyermekeket, fiatalokat, felnőtteket gondozó, nevelő családok tehermentesítése.

A FECSKE szolgáltatás a fogyatékos személyek számára a saját otthonukban nyújt segítséget, igazodva a család szükségleteihez, ezáltal nagymértékben segítve a társadalomba való minél teljesebb körű részvételüket. Három alapvető feladatot látnak el, a leggyakrabban igénybe vett szolgáltatás a *felügyelet,* amely során a segítő szakemberek a család szokásaihoz és elvárásaihoz igazodva gondozzák (higiénés feladatok ellátása, etetés, gyógyszerelés, ápolás), látják el a fogyatékos személyt. A *kísérés* során az otthon és a különböző ellátó intézmények (óvoda, iskola) között történő közlekedést segítik. A kísérés mindig a szülőtől vagy a szülőhöz történik. E kettő *kombinált tevékenységére* is igényt tarthatnak a szülők, tehát a hazakísérést követően a Szolgálat munkatársa megvárja, amíg valamelyik családtag hazaérkezik.[227]

A Szolgálat a hét bármely napján, a nap 24 órájában elérhető. A szolgáltatás online is megrendelhető egy részletes, mindenre kiterjedő (fogyatékosság típusa, fokozata, speciális igények megjelölése, igénybevétel időpontja, gyakorisága…) űrlap kitöltését követően.

A FECSKE szolgáltatás célja, hogy olyan családokat is bevonjon a rendszerébe, akik szinte minden szolgáltatástól távol, elzártan élnek. A FECSKE Szolgálat más, már működő szolgáltatásra (házi segítségnyújtás, bölcsőde és házi gyermekfelügyelet, támogató szolgáltatás) is ráépíthető, akár a korai fejlesztő-központok kínálatában is megjelenhet. Fontos, hogy a kapcsolódni kívánó szervezet rendelkezzen többéves tapasztalattal a fogyatékosügy területén.[228]

A **Szemem Fénye Alapítvány – Dóri Ház,** Magyarország első gyermek hospice háza. Az alapítvány a 0–14 éves korú gyermekek *betegszállítását* végzi, ezt a szolgáltatását az egyedi igényű (transzplantált, dializált, állami gondozott, fogyatékos) gyermekekre is kiterjesztette. A szolgáltatást a TAJ-számmal rendelkezők térítésmentesen vehetik igénybe, az orvos vagy más

---

[225] Gruiz, K. *A Down Alapítvány és a Down Dada Szülői Szolgálat.*

[226] Kisari, K. et al. (2008): *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat.* In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 185–210.

[227] Büki, P. (2008): *A FECSKE modellkísérleti szolgáltatás.* In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 101–117.

[228] Büki, P. (2008): *A FECSKE modellkísérleti szolgáltatás.* In: Barkóczi, J. et al. (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 101–117.

egészségügyi dolgozó közreműködésével. Ellátási területük hivatalosan Baranya megyére terjed ki.[229]

A szervezet palliatív (tüneti kezelést) ellátást biztosít otthon, ill. gyermekhospice házakban azoknak a gyermekeknek, akiknek életet megrövidítő betegségük van. A palliatív kezelés középpontjában a fájdalomcsillapítás, a kellemetlen tünetek enyhítése, valamint a szociális, érzelmi, lelki problémák kezelése áll. A palliatív ellátás a beteg gyermekeken kívül kiterjed a szűkebb és tágabb családi környezetre is.[230]

A Szemem Fénye Alapítvány 2006 óta működteti a Dóri Házat, mely Magyarországon az első intézmény, ahol az életvégi ellátással a súlyosan beteg gyermeket és családját támogatják a gyermek életének utolsó szakaszában. Elsősorban a szülők, a családok tehermentesítését szolgálja. Lehetőséget biztosítanak a gyermekek befogadására, de az érintett családok akár együtt is beköltözhetnek a Dóri Házba. Az itt dolgozó szakemberek (orvos, ápoló, gyógytornász, gyógypedagógus, pszichológus, zeneterapeuta, dietetikus) a szakszerű gondozáson túl segítenek a szülőknek végiggondolni, hogy hol, hogyan köszönhetnek el majd gyermeküktől.[231]

Tevékenységi körükbe tartozik a 24 órás életvégi ellátás, az egész család támogatása, a gyásztanácsadás, a sürgősségi ellátáshoz való 24 órás hozzáférés, kikapcsolódási lehetőségek és speciális terápiák (pl. fizio-, zene-, játékterápia) biztosítása, 24 órás telefonos támogatás, gyakorlati segítségnyújtás, tanácsadás, információátadás.

A *dóriskype* szolgáltatáson keresztül a családok képzett szakemberek közreműködésével lelki támogatást, ápolási tanácsokat kaphatnak az ingyenesen elérhető Skype rendszeren keresztül.

Az intézmény a *gyászfeldolgozást* a családtagok számára biztosított klubok (Nefelejcs Klub, Apaklub) működtetésével segíti.[232]

A **Bice-Bóca Alapítvány a Mozgássérült Gyermekekért** fő tevékenysége a tizennyolcadik életévüket be nem töltött mozgássérült gyermekek habilitációja, a szülők segítése, szabadidős tevékenységek szervezése, az életkörülmények minőségének javítása. Az alapítvány társadalmi tevékenységek keretében feladatának tekinti a kiadványok szerkesztését, kiadását; országos Önkéntes Szülői Hálózat szervezését (SORS-Háló); fogyatékos gyermekek és családjuk helyzetének felmérését, fejlesztését. Szervezésükben kerül minden évben megrendezésre a Bice-Bóca Tábor, ami egy komplex, tematikus program, mely 7–10 napon keresztül nyújt kikapcsolódást, szórakozást a részt vevő családok számára. [233]

Az alapítvány eszközkölcsönzőt működtet a fogyatékos gyermekek otthoni fejlesztéséhez, klubfoglalkozásokat, családi programokat tart, hátráltatva ezzel is a családok felbomlását.[234]

2007-ben hozták létre szülősegítő hálózatukat, a Szülők Országos és Regionális Segítő Hálózatát (SORS-Háló), melynek célja a fogyatékos gyermeket nevelő szülők összefogása, aktivizálása, a közös érdekek érvényesítése, tapasztalatok cseréje. Célja a speciális családsegítés, mentálhigiénés szolgáltatások biztosítása, szakemberek képzése, az inkluzív oktatás elősegítése; önsegítő

---

[229] Szemem Fénye Alapítvány honlapja www.szememfenye.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[230] Radbruch, L. et al. (2009): *Fehér könyv.* Az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Európai Palliatív Szövetség (EAPC) ajánlásai.

[231] Nácsa, J. (2013): *A magyar gyermekhospice bölcsője a pécsi Dóri Ház.* Szakmai mélyinterjú Gyura Barbarával, a magyar gyermekhospice létrehozójával.

[232] Szemem Fénye Alapítvány honlapja www.szememfenye.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[233] Bice-Bóca Alapítványt a Mozgássérült Gyermekekért honlapja www.bicebocaalapitvany.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 08.)

[234] Czeglédiné, K. Á. (2008): *„…nincs vele baj, csak kerekesszékes"* In: Barkóczi, J. et al. (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 65–99.

csoportok létrehozása; érdekképviselet. Az alapítvány országos szinten működik, három telephellyel: Békéscsaba, Budapest, Szolnok.[235]

A **„Szól a szív…" Alapítvány** a vak gyermekek nevelésének, oktatásának és kulturális életének támogatása érdekében jött létre. Az alapítvány célja a vak gyermekek társadalmi beilleszkedésének, integrációjának elősegítése. A pedagógiai célzatú (re)habilitációs tevékenység támogatásán túl az intézmény biztosítja a gyermekek speciális segédeszközökkel való egyéni ellátását is.

Rendszeresen támogatja a vak gyermekek nevelésével-oktatásával foglalkozó intézmények segédeszközökkel való felszerelését (beszélő számítógép, fehér bot, pontírásos könyvtár fejlesztése). Felvállalja az integrált nevelésben-oktatásban részt vevő gyermekek speciális felkészítését. A komolyzenei koncertek szervezésével elősegíti a vak gyermekek zenei képzettségének fejlődését, nyaranta pedig táborozási lehetőséget biztosít a vak gyermekek számára.[236]

A **Világ Világossága Gyermekszemészeti Alapítvány** célja a vak- és gyengénlátó, valamint egyéb szembetegséggel küzdő gyermekek speciális igényeinek megfelelő egészségügyi ellátás, valamint számukra a megfelelő, az egyéni szükségleteikhez igazodó nevelés, oktatás biztosítása.

Szolgáltatásai között megtalálható a rehabilitációs szakrendelő működtetése, ahol országos szinten, elsősorban a vak, gyengénlátó, egyéb szembeteg, valamint bármely más területen sérült (fogyatékos) csecsemő, gyermek számára biztosítanak speciális habilitációs, rehabilitációs szakellátást.

A tanácsadó és segédeszköz-bemutató szolgálat az egészségügyi ellátás mellett minden korosztály számára nyújt életvezetési, gyógypedagógiai, szociális és jogi tanácsadást.

Az *Illat kert – Vak kert szolgáltatás* célja, hogy segítse a látássérültek kompenzációs mechanizmusainak a minél korábbi és minél teljesebb kifejlődését. A látók számára pedig vizuális élményt nyújtson, mely a maradvány látás fejlődését is segíti. A kert a megmaradt érzékszervi funkciókat fejleszti, valamint segíti a kompenzációs mechanizmusok kifejlődését az illat- és fűszernövények illatai, a tapintásban is eltérő növények ésszerű és következetes elhelyezése, a kerten át- és odavezető utak burkolatának minőségi változásai és a kert közepén elhelyezett szökőkút többfázisos akusztikus élménye által.[237]

A DÉMOSZTHENÉSZ Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete

A Demosztenész Egyesület többek között a logopédiai alapellátásban nem gondozott 0–4 éves és 14 éven felüli beszédhibás gyermekek, fiatalok, az ő szüleik, valamint a segítő szakemberek szakmai érdekképviseletét látja el.

Az egyesület célja a tagok érdekvédelmi képviselete; beszédhibákkal kapcsolatos tájékoztatás, tanácsadás; felvilágosító munka a közvetlen és a tágabb társadalmi környezettel; érthetően megfogalmazott tájékoztatók, szórólapok készítése a szülők számára. A szervezet információs adatbázist hozott létre, mely országos szinten tartalmazza a beszédhibások ellátásában közreműködő állami és nem állami fenntartású intézmények adatait, elérhetőségeit.[238]

Az egyesület felületén közel 1000 logopédus elérhetősége található meg, a saját munkájukra vonatkozó szakterületek, célcsoportok megjelölésével. Ez lehetőséget biztosít a szülők számára, hogy a lakhelyükhöz legközelebb megtalálható, a gyermekük életkorára specializálódott logopédust találjanak. Az egyesület e szolgáltatása nagyon népszerű. Magyarországon az óvodában ugyan jelen van a kötelező logopédiai ellátás, de a szakemberhiány, valamint a logopédusok túl-

---

[235] Czeglédiné, K. Á. (2008): *„…nincs vele baj, csak kerekesszékes"* In: Barkóczi, J. et al. (szerk.) *Ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest, pp. 65–99.

[236] „Szól a szív…" Alapítvány honlapja www.szolasziv.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[237] Világ Világossága Gyermekszemészeti Alapítvány honlapja www.vva.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[238] DÉMOSZTHENÉSZ Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete honlapja www.demosztenesz.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

terheltsége miatt általában az 5–7 éves korosztály ellátása a jellemző. 5 éves kor alatt a problémát érzékelő szülő saját maga próbál szakembert keresni gyermeke számára.

A szakember-adatbázis fenntartásán túl szolgáltatásai között önköltségi áron szerepel logopédiai vizsgálat, tanácsadás, valamint egyéni és csoportos logopédiai terápia.[239]

A Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete (MACIE) az első olyan civil kezdeményezés Magyarországon, ami kifejezetten a cochleáris implantáltakért jött létre. Gyártóktól függetlenül, a cochleáris implantáltak és jövőbeli implantáltak érdekeit képviseli a szervezet. Az egyesület együtt kíván működni a hallássérültek és siketek érdekeit képviselő hazai és külföldi szervezetekkel.

Erőteljes hangsúllyal kívánja képviselni a cochleáris implantáltak érdekeit technikai, egészségügyi, jogi és szociális téren. Célja olyan CI centrumok létrehozása és működtetése, melyek kielégítik az érintett célcsoport speciális igényeit, mint pl. a hallássérülések minél korábbi életkorban való diagnosztizálása, korai fejlesztés, műtét előtti tanácsadás, beszédprocesszorok beállítása, (re)habilitációs tevékenység végzése, valamint egyéb, az implantátumhoz szorosan kapcsolódó pedagógiai, szociális és technikai feladatok ellátása.

Az egyesület kiemelkedően fontos célja egymás segítése, így 2009-ben létrehozott egy mentorprogramot, melynek keretében felkészítették a CI-t viselő gyermeket nevelő családokat és a CI-t viselő felnőtteket arra, hogyan tudnak segíteni azoknak a családoknak, ahol most derült ki, hogy a gyermekük hallássérült.

A program a sorstárs szülők, családok bevonásával valósul meg. A saját élmények megosztása, a tapasztalatok átadása, a csoportterápián való részvétel lehetősége hozzájárul a szülők lelki terheinek csökkentéséhez. A MACIE szakemberek (audiológus, gyógypedagógus, pszichológus, fizikus) bevonásával számtalan rendezvényt, előadást szerveznek a CI-vel kapcsolatos témakörökben. [240]

Az egyesület honlapja folyamatosan tájékoztatja az érintett családokat a technikai újításokról, módszertani lehetőségekről.

Mindenképpen érdemes tudni róla, hogy számos felnőtt fogyatékos (hallássérült, látássérült, mozgáskorlátozott, beszédfogyatékos) személyeket tömörítő civil szervezet létezik Magyarországon. Ezen szervezetek kimondottan a felnőtt fogyatékos személyek számára biztosítanak – sok esetben csak általuk elérhető – speciális támogató szolgáltatásokat, érdekképviseletet. Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy az ő családjaikban is előfordulhat, hogy gyermekeiknek korai fejlesztésre, gondozásra van szükségük.

Ezek az egyesületek, szervezetek tudják segíteni a fogyatékos szülőket abban, hogy gyermekeik az őket megillető ellátási formákhoz, szolgáltatásokhoz megfelelő módon és időben hozzájussanak.

Fontos megemlíteni, hogy azoknak a fogyatékos szülőknek is fel kell hívni a figyelmét ezen szervezetek működésére, akik nem születésükkor, hanem később, felnőttkorban szerezték sérülésüket.

Sok esetben többszörösen terhelt lehet a család, amennyiben a korai fejlesztésre, gondozásra szoruló gyermeket nevelő fogyatékos szülő maga sem jut hozzá az életét megkönnyítő jogosultságokhoz, információ vagy érdekérvényesítés hiányában.

A Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége (SINOSZ) országos érdekvédelmi szervezetként segíti, támogatja a siket és nagyothalló embereket a társadalmi beilleszkedésben, az egyéni érvényesülésben. Segítséget nyújt tagjai számára többek között az információk akadálymentes

[239] DÉMOSZTHENÉSZ Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete honlapja www.demoszthenesz.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

[240] Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete honlapja www.macie.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

eléréséhez, támogatja az önálló életviteli törekvéseket, a SINOSZ-igazolvány által kedvezményes utazási lehetőséget biztosít.

Szolgáltatásai között szerepel a jelnyelvi tolmácsszolgálat, valamint az írótolmácsolás, melyet a hallássérült szülők igénybe vehetnek a saját gyermekükkel kapcsolatos ügyintézéshez (kórházi ellátás; korai fejlesztő központban, pedagógiai szakszolgálatban terápia, fejlesztés igénybevétele; szülő klubok, szülőcsoportokban való részvétel). Ezenkívül jogsegélyszolgálat, valamint pszichológiai tanácsadás is a rendelkezésükre áll.[241]

A **Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ)** mozgássérült emberek számára biztosít speciális személyi segítő, szállító, tanácsadó és információs szolgáltatást. Így tudja támogatni a mozgáskorlátozott szülőket abban, hogy esetlegesen a korai fejlesztésre szoruló gyermeküket hozzá tudják segíteni a megfelelő ellátáshoz, illetve ők maguk is részt tudjanak vállalni a gyermekük fejlesztésében, ellátásában (szállítás igénybevétele, ügyintézés segítése, speciális eszközök igénybevétele, jogsegélyszolgálat). Az egyesület igény szerint segít kapcsolatot tartani, és együttműködni a különféle egészségügyi és oktatási szolgáltatókkal, ill. kérésre szükségletekhez igazodó személyi felügyeletet is biztosítani tud.[242]

A **Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ),** valamint a **Vakok és Gyengénlátók Közép-magyarországi Regionális Egyesülete (VGYKE)** a látássérült (vak, alig- és gyengénlátó) felnőttek érdekképviseletét látja el. Mindkét szervezet számos olyan szolgáltatást nyújt tagjai számára, mely a látássérült szülők számára is hasznos lehet abban az esetben is, ha a saját gyermekükkel kapcsolatos ellátásokhoz való hozzájutásról van szó.

Az információnyújtás, tanácsadás, az érdek-képviseleti munka, a jogsegélyszolgálat működtetése, a személyes ügyintézés segítése mellett mindkét egyesület *Braille-nyomtatási szolgáltatást* működtet. Ennek keretében vállalják Braille-nagyított kombinált formátumú tájékoztató kiadványok, szóróanyagok, névjegykártyák, emléklapok, étlapok stb. szerkesztését, nyomtatását és spirálozását igény szerint. A szolgáltatás a látássérültek számára ingyenesen vehető igénybe. A látássérült szülők számára elérhetővé válhatnak a korai fejlesztéssel, gondozással kapcsolatos kiadványok, ismeretterjesztő füzetek vagy egyéb, a saját gyermekükre vonatkozóan információt tartalmazó terápiás eljárások, módszerek leírásai.[243]

A Louis Braille Támogató szolgáltatást térítési díj ellenében működtetik. A személyi segítést (300 Ft/minden megkezdett óra), kísérést elsősorban közszolgáltatásokhoz (polgármesteri hivatalba, bíróságokra stb.), egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz (háziorvoshoz, szakrendelésre, gyógytornára) való eljutáshoz biztosítják, de segítséget nyújtanak egyéb, igény szerint felmerülő tevékenységekben is.

Gépkocsihasználatot (150 Ft/km) biztosítanak Budapest területén belül, valamint szükség esetén akár vidékre is. A szolgáltatás előzetes bejelentkezés alapján vehető igénybe, többnyire hétköznap, munkaidőben.

A Családkonzultációs szolgáltatásukat 2009 óta végzik, a részvétel ingyenes és önkéntes alapon működik.[244]

Az intenzív családmegtartó szolgáltatások alatt olyan komplex – szociálpolitikai, szociális munka, (család)terápiás – beavatkozások együttesét értjük, melyeket veszélyeztetett, ill. krízishelyzetbe került családok számára biztosítanak a család szükségleteinek megfelelően. Célja a

---

[241] Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége honlapja www.sinosz.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

[242] Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége honlapja www.meosz.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 08.)

[243] Vakok és Gyengénlátók Közép-magyarországi Regionális Egyesülete honlapja www.vgyke.com, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[244] Vakok és Gyengénlátók Közép-magyarországi Regionális Egyesülete honlapja www.vgyke.com, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

gyermek családból történő kiemelésének megelőzése a család működőképességének megőrzése által, ill. a már korábban kiemelt gyermek hazakerülésének segítése.[245]

A szolgáltatás azokat a családokat célozza meg, ahol a gyermek fejlődése valamilyen okból kifolyólag veszélyeztetett, így alkalmazandó lenne súlyos szociális problémákkal küzdő családok, gyermeknevelési problémákkal küzdő, valamint beteg, fogyatékos szülők esetében is.

A szolgáltatás nyújtásának fontos feltétele a magasan képzett szakember, szociális munkás jelenléte, aki napi 24 órában áll a család rendelkezésére. Maga a segítségnyújtás – családi kötelékek erősítése, szülői kompetenciák fejlesztése – a család otthonában történik. Az intenzív családmegtartó szolgáltatások nagyon rövid határidővel dolgoznak, max. 4–6 héten keresztül foglalkoznak egy-egy esettel, ez alatt kell eredményt elérni.[246]

Annak ellenére, hogy sok esetben a különféle szolgáltatások integrációjának hiánya, a szervezetek együttműködési képtelensége, a szakma megosztottsága akadályozza a hatékonyan működő intenzív családmegtartó szolgáltatás rendszerének kialakulását[247], 2011-ben mégis sikerült egy jó gyakorlatot kialakítani Budapesten, a VIII. kerületben. „Intenzív Családmegtartó- és Családtámogató Szolgáltatások" címen 9 hónap alatt 10 család intenzív gondozását látta el két szociális munkás.[248] Azóta 2013-ban volt lehetősége a Józsefvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Központnak a program folytatására, jelenleg a Családsegítő Központ ingyenesen elérhető szolgáltatásai között szerepel.[249]

V./1.3 Ellátások, juttatások

A koragyermekkori intervenció a szűrés-jelzés, a minősítés, diagnosztizálás szakasza mellett magában foglalja az ellátások, szolgáltatások, juttatások rendszerét. Az ágazati szerepeket tekintve a rendszer különböző szakaszainál más-más szereplők lépnek be a működésbe. A minősítés és diagnosztizálás szempontjából az egészségügy és a közoktatás az érintett, az ellátáshoz pedig a szociális szféra is kapcsolódik. Gyakran az egyik ágazat adja a minősítést, míg egy másik nyújtja a szolgáltatást. A helyzetet bonyolítja, hogy mivel a diagnosztizálás két színtéren is folyik, nem minden esetben ér össze a két terület állásfoglalása pl. a szociális juttatásokra való jogosultságot illetően. A különböző ellátások és azoknak jogosultsági kritériumai szétaprózottan jelennek meg a jogszabályokban, törvényekben, rendeletekben. Igénybevételük a kliens informáltságán alapul, és meglehetősen esetlegesnek tűnik.[250]

V./1.3.1 SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK

A terápiás, fejlesztő szolgáltatások mellett szociális/gyermekvédelmi ellátások, a családok számára nyújtott anyagi vagy természetbeni juttatások szolgálják a speciális támogatást igénylő gyerekek és családjaik támogatását. Az igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III.

---

[245] Bányai, E. (2004): *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD-dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

[246] Bányai, E. (2004): *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD-dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

[247] Bányai, E. (2004): *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD-dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

[248] Katona, A. (2010): *Szociális városrehabilitáció és intenzív családmegtartó szolgáltatás Józsefvárosban*. Szakdolgozat, ELTE TÁTK Szociálpolitika szak.

[249] Józsefvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Központ honlapja: http://jcsgyk.hu/jcsgyk/hu

[250] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

törvény a szociális biztonság megteremtése és megőrzése érdekében meghatározza az állam által biztosított egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. A törvényben szabályozott ellátásokon túl a helyi önkormányzatok saját költségvetésük terhére egyéb ellátásokat is megállapíthatnak.[251] A szociális ellátás feladatainak biztosítása eddig a települési önkormányzatok, valamint a megyei önkormányzatok feladata volt, jelenleg az állam központi szerveinek és a helyi önkormányzatoknak a feladata. A szociális feladat- és hatásköröket a helyi önkormányzat képviselő-testülete, a települési önkormányzat polgármestere, a települési önkormányzat jegyzője, a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatala valamint a szociális hatóság gyakorolja, ezekhez a szakigazgatási szervekhez lehet fordulni a támogatásokért.[252] A jogosult részére pénzbeli és természetbeni ellátás nyújtható, illetve személyes gondoskodás keretében szociális alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat biztosítanak. Szociális rászorultság esetén pénzbeli ellátásként többek között ápolási díjat, rendszeres szociális segélyt és önkormányzati segélyt nyújtanak. A két utóbbi természetbeni ellátásként is adható, mint ahogy a közgyógyellátás is a természetbeni ellátásokhoz tartozik.

[251] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 1. §
[252] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 4/A. §

LEGFONTOSABB SZOCIÁLIS RÁSZORULTSÁGTÓL FÜGGŐ PÉNZBELI ÉS TERMÉSZETBENI ELLÁTÁSOK

Ápolási díj	Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó nagykorú hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás. Ápolási díjra jogosult a hozzátartozó, ha állandó és tartós gondozásra szoruló súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg 18 év alatti személy gondozását, ápolását végzi.[253] Kiemelt ápolási díj jár annak a hozzátartozónak, aki olyan személy ápolását, gondozását végzi, aki után magasabb összegű családi pótlékban részesül.[254]
Önkormányzati segély	A települési önkormányzat képviselő-testülete a létfenntartást veszélyeztető rendkívüli élethelyzetbe került, valamint az időszakosan vagy tartósan létfenntartási gonddal küzdő személyek részére önkormányzati segélyt nyújt. Így a betegséghez, halálesethez, elemi kár elhárításához, a válsághelyzetben lévő várandós anya gyermekének megtartásához, iskoláztatáshoz, a gyermek fogadásának előkészítéséhez, a nevelésbe vett gyermek családjával való kapcsolattartásához, a gyermek családba való visszakerülésének elősegítéséhez kapcsolódó kiadások esetén vagy a gyermek hátrányos helyzete miatt. Az önkormányzati segély kérelemre és hivatalból – különösen nevelési-oktatási intézmény, gyámhatóság, továbbá más családvédelemmel foglalkozó intézmény, illetve természetes személy vagy a gyermekek érdekeinek védelmét ellátó társadalmi szervezet kezdeményezésére – is megállapítható.[255]
Rendszeres szociális segély	Rendszeres szociális segélyt állapítanak meg annak az aktív korúak ellátására jogosult személynek, aki többek között 14 éven aluli kiskorú gyermeket nevel – feltéve, hogy a családban élő gyermekek valamelyikére tekintettel más személy nem részesül gyermekgondozási támogatásban vagy gyermekgondozási díjban, terhességi-gyermekágyi segélyben – és a gyermek ellátását napközbeni ellátást biztosító intézményben nem tudják biztosítani vagy a települési önkormányzat rendeletében az aktív korúak ellátására jogosult személyek családi körülményeire, egészségi vagy mentális állapotára tekintettel meghatározott egyéb feltételeknek megfelel. A jogosultság megállapításának további feltétele, hogy a családnak az egy fogyasztási egységre jutó havi jövedelme ne haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 90%-át és vagyonnal ne rendelkezzenek.[256]

[253] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 40–41. §
[254] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 43. §
[255] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 45. §

Közgyógyellátás	A közgyógyellátást a szociálisan rászorult személy részére biztosítják, az egészségi állapota megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásainak csökkentésére. **Alanyi jogon** jogosult az ellátásra többek között az intézeti elhelyezett, az intézeti és állami nevelt kiskorú; a rendszeres szociális segélyben részesülő egészségkárosodott személy; a központi szociális segélyben részesülő, illetve az, aki vagy aki után szülője vagy eltartója magasabb összegű családi pótlékban részesül. **Normatív alapon** jogosult közgyógyellátásra az a személy, akinek az egészségbiztosítási pénztár által elismert térítési díja az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a 10%-át meghaladja, feltéve, hogy a családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem éri el az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegét, egyedül élő esetén 150%-át. **Méltányossági alapon:** A jegyző méltányosságból állapítja meg a közgyógyellátást annak a szociálisan rászorult személynek, aki rendelkezik a települési önkormányzat rendeletében meghatározott feltételekkel.[257]

[256] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 37. §
[257] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 48. §

LEGFONTOSABB SZEMÉLYES GONDOSKODÁS KERETÉBEN NYÚJTOTT ALAPSZOLGÁLTATÁSOK

A személyes gondoskodást az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják. A személyes gondoskodás magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat. Szociális alapszolgáltatások a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, az étkeztetés, a házi segítségnyújtás, a családsegítés, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, a közösségi ellátások, a támogató szolgáltatás, a nappali ellátás.

Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás	Célja az aprófalvak és a külterületi vagy egyéb belterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.[258]
Családsegítés	A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára nyújtott szolgáltatás. A családsegítés keretében biztosítani kell többek között a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást; az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzbeli, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését, a családgondozást, a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését, a fogyatékossággal élők, a krónikus betegek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását; a családokon belüli kapcsolaterősítést szolgáló közösségépítő, családterápiás, konfliktuskezelő mediációs programokat és szolgáltatásokat, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat. A családsegítés keretében végzett tevékenység a szükséges mértékig kiterjed az igénybe vevő környezetére, különösen családjának tagjaira. Kiskorú személyre a családsegítés akkor terjedhet ki, ha a kiskorú családtagjának ellátása a családsegítés keretében indult, és a kiskorú érdekei – a gyermekjóléti szolgáltatás igénybevétele nélkül – e szolgáltatás keretében is megfelelően biztosíthatók.[259]

[258] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 60. §
[259] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 64. §

Támogató szolgáltatás	A támogató szolgáltatás célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása. A támogató szolgáltatás feladata többek között a fogyatékosság jellegének megfelelően az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása (speciális személyi szállítás, szállító szolgálat működtetése); az általános egészségi állapotnak és a fogyatékosság jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása, információnyújtás, ügyintézés, tanácsadás, a tanácsadást követően a társadalmi beilleszkedést segítő szolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása. A támogató szolgáltatás igénybevétele során szociálisan rászorultnak minősül a súlyosan fogyatékos személy, aki fogyatékossági támogatásban, vakok személyi járadékában, illetve magasabb összegű családi pótlékban részesülő személy.[260]
Nappali ellátás	A nappali ellátás többek között a saját otthonukban élő, harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak – ide nem értve az idős személyeket – napközbeni étkeztetését. Rendkívül indokolt esetben nappali ellátás olyan fogyatékos személyek részére is biztosítható, akire nézve szülője vagy más hozzátartozója gyermekgondozási segélyben, gyermeknevelési támogatásban vagy ápolási díjban részesül.[261]

[260] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 65/C. §
[261] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 65/F. §

SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZAKOSÍTOTT ELLÁTÁSOK

Amennyiben az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászoruló személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni. A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátások közé tartoznak a tartós bentlakásos intézmények, többek között az ápolást, gondozást nyújtó intézmények, amelyek között a fogyatékos személyek otthonában újszülött kortól látnak el gyermekeket.

Szakosított ellátás	Jogszabály
Fogyatékos személyek otthona	Az önmaguk ellátására nem vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek napi legalább háromszori étkeztetéséről, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról, mentális gondozásáról, a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi ellátásáról, valamint lakhatásáról az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben kell gondoskodni, feltéve, hogy ellátásuk más módon nem oldható meg. Az a gyermek, aki csak intézményes keretek között gondozható, a fogyatékos személyek otthonában helyezhető el.[262]

V./1.3.2 GYERMEKVÉDELMI ELLÁTÁSOK

A gyermekek védelmét pénzbeli, természetbeni és személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátások, gyermekvédelmi szakellátások, valamint hatósági intézkedések biztosítják. (A gyermekvédelmi rendszer részét képezi a bíróság által javítóintézeti nevelésre utalt, illetve oda előzetes letartóztatásba helyezett fiatalkorúak intézeti ellátása, továbbá a fiatalkorúak pártfogó felügyelete.)[263]

[262] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 67. §

[263] Ezekről a feladatokról törvényerejű rendelet rendelkezik: 30/1997. (X. 11.) NM rendelet a javítóintézetek rendtartásáról

PÉNZBELI ÉS TERMÉSZETBENI ELLÁTÁSI FORMÁK

Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény	Célja a szociálisan hátrányos helyzetben lévő családok anyagi támogatása, és ezzel annak elősegítése, hogy a gyermek családi környezetben nevelkedjen.[264]
Gyermektartásdíj megelőlegezése	A gyermektartásdíj megelőlegezésének akkor van helye, ha a bíróság a tartásdíjat jogerős határozatában már megállapította, de annak behajtása átmenetileg bizonyos okokból lehetetlen.[265]
Óvodáztatási támogatás	A települési önkormányzat jegyzője annak a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermeknek a szülője részére adhatja, aki a három-, illetve négyéves gyermekét beíratta az óvodába, és gondoskodik rendszeres óvodába járatásáról. Az óvodáztatási támogatásra való jogosultság megállapításának célja a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek minél korábbi életkorban történő rendszeres óvodába járásának elősegítése.[266]
Gyermekétkeztetési támogatás	Gyermekétkeztetés esetén a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő bölcsődés, óvodás, valamint a nappali ellátást nyújtó intézményben 14 év alatti fogyatékos gyermekek után, a három- vagy többgyermekes családoknál gyermekenként, a tartósan beteg vagy fogyatékos gyermekek után az intézményi térítési díjból kedvezményt kell biztosítani.[267]

[264] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 19. §
[265] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 22. §
[266] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 20/A. §
[267] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 151. §

A SZEMÉLYES GONDOSKODÁS KERETÉBE TARTOZÓ GYERMEKJÓLÉTI ALAPELLÁTÁSOK

A gyermekjóléti alapellátások inkább a gyermekek jólétével foglalkoznak, a gyermekek jóléti jellegű személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatásait (gyermekjóléti szolgáltatás, gyermekek napközbeni ellátását biztosító szolgáltatások, gyermekek átmeneti gondozása) foglalják magukba, és kisebb hangsúly helyeződik a gyermekek védelmére. Ezek a szolgáltatások önkéntes alapon, a családjukban élő gyermekek számára vehetőek igénybe:

Gyermekjóléti szolgáltatás	A gyermekjóléti szolgáltatás olyan, a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek testi és lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését. Feladata többek között a támogatásokhoz való hozzájutás segítése; a családtervezési, a pszichológiai, a nevelési, az egészségügyi, a mentálhigiénés és a káros szenvedélyek megelőzését célzó tanácsadás vagy az ezekhez való hozzájutás megszervezése; a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint számára a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutás szervezése. A gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében észlelő- és jelzőrendszert működtet elősegíti a nem állami szervek, valamint magánszemélyek részvételét a megelőző rendszerben; feltárja a veszélyeztetettséget előidéző okokat és ezek megoldására javaslatot készít; tájékoztatást nyújt az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokról, illetve abba a gyermek örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről. Feladata a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése érdekében a gyermekkel és családjával végzett szociális munkával elősegíteni a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását, a családi konfliktusok megoldásának elősegítését, az egészségügyi ellátások igénybevételét, a pedagógiai szakszolgálatok igénybevételét, a gyermek védelembe vételét vagy súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét. A gyermekjóléti szolgáltatás feladata a családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében a családgondozás biztosítása a gyermek családjába történő visszailleszkedéséhez.[268]

[268] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 39. §

Gyermekek napközbeni ellátása	A gyermekek napközbeni ellátásaként a családban élő gyermekek életkorának megfelelő nappali felügyeletét, gondozását, nevelését, foglalkoztatását és étkeztetését kell megszervezni azon gyermekek számára, akiknek szülei, nevelői, gondozói munkavégzésük, munkaerő-piaci részvételt elősegítő programban, képzésben való részvételük, betegségük vagy egyéb ok miatt napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni. A napközbeni ellátás keretében biztosított szolgáltatások időtartama lehetőleg a szülő munkarendjéhez igazodik. A gyermekek napközbeni ellátását különösen az olyan gyermek számára kell biztosítani, akinek fejlődése érdekében állandó napközbeni ellátásra van szüksége, akit egyedülálló vagy időskorú személy nevel, vagy akivel együtt a családban három vagy több gyermeket nevelnek, kivéve azt, akire nézve eltartója gyermekgondozási díjban részesül, akinek a szülője, gondozója szociális helyzete miatt az ellátásról nem tud gondoskodni. A gyermekjóléti alapellátás keretében biztosított gyermekek napközbeni ellátásának formái – a gyermekek életkorának megfelelően – a bölcsőde, a hetes bölcsőde, a családi napközi, a családi gyermekfelügyelet, a házi gyermekfelügyelet, az alternatív napközbeni ellátás.[269]
	1. **A bölcsőde** a gyermekjóléti alapellátás részét képezi, a kisgyermekes családok számára biztosít segítséget. A családban nevelkedő gyerekek számára 3 éves korig biztosít napközbeni ellátást, szakszerű nevelést. Az ellátást a 3. évet betöltött, de testi vagy szellemi fejlettségi szintje alapján óvodai nevelésre még nem érett gyermek – a 4. év betöltését követő augusztus 31-ig is igénybe veheti. Sajátos nevelési igényű gyermek esetében egészen 6 éves korig áll a bölcsődei ellátás a gyermekek és a szülők rendelkezésére. Amennyiben a bölcsőde sajátos nevelési igényű gyermek napközbeni ellátását biztosítja, együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását, vagy a fejlesztő nevelését ellátó területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel.[270] Hetes bölcsődébe azt a gyermeket lehet felvenni, akinek egészsége, testi vagy szellemi fejlődése a család szociális helyzete, illetve otthoni körülményei miatt otthonában hét közben nem biztosítható. [271]

[269] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 41. §

[270] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 36. §

[271] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 38. §

	2. **A családi napközi** 20 hetes kortól láthat el gyermekeket. Előnye, hogy családias környezetben, kis létszámmal (max. 5–7 fő) működik. A bölcsőde és az óvodai ellátás egyik alternatívjaként van jelen. Többnyire azokon a településeken tartanak rá igényt, ahol a férőhelyek hiánya miatt nem tudnak a bölcsődei és óvodai ellátáshoz hozzájutni a családok, vagy olyan egyedi igényeket támasztanak a szülők, melyek a családi napközi keretei között jobban kielégíthetőek. Rugalmasabban tudnak alkalmazkodni a szülők időbeosztásához, a gyermek egyéni szükségleteihez. Az alapfeladatán túl a bölcsődéhez hasonlóan foglalkozhat időszakos gyermekfelügyelettel, speciális tanácsadással. Működése engedélyhez kötött, legtöbbször a szolgáltatást nyújtó személy saját otthona szolgál helyszínül. Az állami költségvetés normatív támogatást biztosít fenntartásához.[272]
	3. **A családi gyermekfelügyelet** 2–4 éves korú gyermekek számára nyújtott szolgáltatás, melyet szintén a szolgáltatást nyújtó személy saját otthonában, vagy külön erre a célra kialakított helyiségben lehet igénybe venni. Ez a szolgáltatás is nagyon rugalmas, kis létszámmal (max. 3 fő) működő szolgáltatás, mely térítési díj ellenében a szülőt tehermentesítheti bevásárlások, hivatalos ügyek intézése, továbbképzéseken való részvétel, vagy egyéb, más okokból felmerülő igény esetén.[273]
	4. **A házi gyermekfelügyelet** a legkisebb formátumú napközbeni ellátás, egy nagyon rugalmas, a család igényeihez, a szülők munkaidejéhez igazodó szolgáltatás, mely már csecsemőkortól igénybe vehető. Legtöbbször azok a családok tartanak rá igényt, ahol a gyermek állapotából kifolyólag, vagy a szülők a szokványostól eltérő munkaidő-beosztása nem teszi lehetővé napközbeni ellátásban való részvételt. Ezt a szolgáltatást a bölcsődék, a gyermekjóléti szolgálatok vagy vállalkozások nyújtják térítési díj ellenében. A házi gyermekfelügyeletet a gyermekgondozáshoz értő szakemberek (csecsemő- és kisgyermekgondozó, gyermekápoló, pedagógus, dajka, stb.) végezheti.[274]

[272] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 43. §

[273] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 43/A. §

[274] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 51. §

	5. **Az alternatív napközbeni ellátások** alá azok a programok (játszóház, játszótéri programok, klubfoglalkozások, szabadidős tevékenységek) tartoznak, melyek erősítik a családon belüli összetartást.[275] Természetesen ezek nem csak a helyi adottságokhoz és igényekhez, hanem a gyermekek életkori sajátosságaihoz, valamint a szülők speciális szükségleteihez is igazodnak. Ma ilyen jól működő alternatív ellátás a Máltai Szeretetszolgálat által működtetett „máltai játszóterek”
Gyermekek átmeneti gondozása	A gyermek átmeneti gondozását a szülői felügyeletet gyakorló szülő vagy más törvényes képviselő kérelmére vagy belegyezésével kell biztosítani, ha a szülő egészségi állapota, életvezetési problémája, indokolt távolléte vagy más akadályoztatása miatt a gyermek nevelését a családban nem tudja megoldani. Az ellátás keretében a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését elősegítő, az életkorának, egészségi állapotának és egyéb szükségleteinek megfelelő étkeztetéséről, ruházattal való ellátásáról, mentálhigiénés és egészségügyi ellátásáról, gondozásáról, neveléséről, lakhatásáról kell gondoskodni. A fogyatékos gyermek számára a különleges szükségleteihez igazodó ellátást kell biztosítani. A gyermekek átmeneti gondozásának helyén a gyermek otthontalanná vált szülője is elhelyezhető. A tizennegyedik életévét be nem töltött gyermeket szüleitől elválasztani csak kivételesen indokolt esetben lehet.[276] A **gyermekek átmeneti gondozása** megszervezhető a gyermekek átmeneti otthonában, a családok átmeneti otthonában, vagy befogadó szülői szolgáltatáson-, valamint a gyermekek átmeneti házi gondozásán keresztül. Ezen ellátási formák előnye, hogy meghatározott időre teljes körű ellátást tudnak biztosítani, valamint segítséget nyújtanak a hirtelen kialakult krízishelyzetek (életvezetési probléma, szülő súlyos betegsége, szülő tartós távolléte) megoldásában, úgyhogy a szülő felelőssége megmarad, és aktívan részt vállal a gyermeke(i) nevelésében.[277, 278, 279]

[275] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/A. §

[276] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 45–48. §

[277] Gál, A. (2004): *Átmeneti gondozás.* In Szőllősi, G. (szerk.) *Gyermekjóléti alapellátás.* Segédanyag a szociális szakvizsgához. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, pp. 341–389.

[278] Papp, K.–Tüski, A. (2005) (szerk.) *Átmeneti gondozás – célszerű vagy ideális elképzelés?* Módszertani kézikönyv. Kapocs könyvek 8. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

[279] Erdős, Zs. (2010): *Gyermekszegénységet, családokat érintő jogszabályváltozások 2005 és 2009 között.* In Ferge, Zs.–Darvas, Á. (szerk.) *Gyermekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermekeknek!”* Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2009. évi jelentése. Budapest.

	1. A befogadó szülői szolgáltatás egy új formája (2014) az átmeneti gondozásnak. Összefoglalja a helyettes szülői, a nevelőszülői, a speciális nevelőszülői és a különleges nevelőszülői feladatokat és szolgáltatásokat. Közös bennük, hogy ez az ellátási forma minden esetben a szolgáltatást nyújtó személy saját otthonában valósul meg. Az ellátás célja, hogy amíg a szülő akadályoztatva van valamilyen okból kifolyólag a saját gyermeke ellátásában, addig is egy meleg, befogadó családi környezetben valósuljon meg a gyermeke nevelése.[280]
	2. A gyermekek átmeneti otthona napi 24 órában működő gyermekjóléti alapellátást biztosító, bentlakásos szolgáltatási forma, mely teljes körű ellátást biztosít a gyermek és (kérésre) a szülője számára. Az elhelyezés abban az esetben válhat szükségessé, amikor a gyermek megfelelő fejlődése veszélyeztetetté válik a nem megfelelő lakhatási körülmények, otthontalanság, életvezetési problémák, a gyermek bántalmazása, elhanyagolása, családi konfliktusok miatt. Az ellátás a gyermekre helyezi a hangsúlyt, a családdal végzett szociális munkát (család egységének a helyreállítása) a gyermekjóléti szolgálat végzi.[281, 282]
	3. A családok átmeneti otthona a gyermekek átmeneti otthonához hasonlóan szintén a nap 24 órájában áll a családok rendelkezésére. A bentlakásos intézményben kimondottan az otthontalanná vált (családon belüli bántalmazás, hajléktalanság, természeti csapások, életvezetési problémák miatt) szülő, várandós anya helyezhető el a gyermekével együtt teljes körű ellátás keretében anélkül, hogy a szülői felelősségvállalás csökkenne. A családok átmeneti otthona csak a szükséges mértékig avatkozik bele a család életébe, ugyanakkor komplex módon közelít a problémához: a család és a gyermek támogatása nem válik külön, hanem egyszerre, egy időben történik.[283, 284]

[280] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 48/A. §
[281] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 45. §
[282] Gál, A. (2004): *Átmeneti gondozás.* In Szőllősi, G. (szerk.) *Gyermekjóléti alapellátás.* Segédanyag a szociális szakvizsgához. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. pp. 341–389.
[283] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 51. §
[284] Gál, A. (2004): *Átmeneti gondozás.* In Szőllősi, G. (szerk.) *Gyermekjóléti alapellátás.* Segédanyag a szociális szakvizsgához. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. pp. 341–389.

	4. A gyermekek átmeneti házi gondoskodása esetén a gyermeket nem választják el a családjától, hanem saját otthonában maradhat, a segítő szakember a gyermek otthonában végzi a munkáját. Az ellátás időintervalluma a szülő szükségleteihez igazítható, minimális, de intenzív beavatkozással lehet segíteni a családot.[285]
Biztos Kezdet Gyerekház	A szociokulturális hátrányokkal küzdő gyermekek egészséges fejlődését biztosítja és támogatja különböző prevenciós szolgáltatásokon keresztül. A Gyerekház a gyermek és család sikeres beilleszkedés érdekében együttműködik a gyermekjóléti szolgálattal, a védőnői szolgálattal, az óvodával, egyéb gyermekintézménnyel, valamint szükség esetén a jelzőrendszer egyéb tagjaival.[286]

[285] Papp, K.–Tüski, A. (2005) (szerk.) *Átmeneti gondozás – célszerű vagy ideális elképzelés?* Módszertani kézikönyv. Kapocs könyvek 8. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

[286] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 38/A. §

A SZEMÉLYES GONDOSKODÁS KERETÉBE TARTOZÓ GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSOK:

Otthont nyújtó ellátás	Otthont nyújtó ellátás keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek számára a teljes körű ellátást, a családi környezetébe történő visszahelyezését előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást vagy ha ez nem lehetséges, az örökbefogadásának elősegítését, a családjába történő visszailleszkedéshez, önálló életének megkezdéséhez szükséges utógondozást. Az otthont nyújtó ellátás keretében **különleges ellátást** kell biztosítani a tartósan beteg, illetve fogyatékos és a három év alatti gyermek számára; **speciális ellátást** kell biztosítani többek között a súlyos személyiségfejlődési zavarokkal küzdő, illetve súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutató gyermek számára. Az otthont nyújtó ellátás során a gyermekek helyzetét folyamatosan figyelemmel kell kísérni, illetve a megyei, fővárosi gyermekvédelmi szakértői bizottság véleménye alapján évente, a három éven aluli gyermek esetében félévente, illetve a gyermekvédelmi gyám kérelmére felül kell vizsgálni. A speciális ellátás kiterjed a gyermek korához, állapotához és szükségleteihez igazodó oktatásra, szakképzésre, foglalkoztatásra, valamint ápolására, szocializációjára, továbbá habilitációs és rehabilitációs kezelésére is. Otthont nyújtó ellátást biztosít a nevelőszülő a működtető közreműködésével vagy – ha ez nem lehetséges – a gyermekotthon vagy fogyatékos személyeket ápoló-gondozó bentlakásos intézmény.[287]

[287] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 53. §., 57–59. §

Területi gyermekvédelmi szolgáltatás	A területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás javaslatot tesz az ideiglenes hatályú elhelyezést követően, valamint a nevelésbe vételi eljárás során, illetve a nevelésbe vételt követően a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó ellátást biztosító gondozási helyére. Az ideiglenes gondozási hely meghatározása érdekében a gyermekvédelmi szakszolgáltatás kijelöli az ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy nevelésbe vett gyermeket ideiglenesen befogadó nevelőszülőt vagy gyermekotthont. A gyermekvédelmi szakszolgáltatás feladata a titkos vagy nyílt örökbefogadás előkészítése, a nevelésbe vett gyermek örökbe fogadhatóvá nyilvánításának és örökbefogadásának előkészítése. A gyermekvédelmi szakszolgáltatás az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek törvényes képviseletének ellátása érdekében biztosítja a) a gyermekvédelmi gyámi tevékenységet, b) az eseti gondnoki feladatok ellátását, amelynek keretében ellátja a gyermek képviseletét, ha a gyermekvédelmi gyám a gyermeket nem képviselheti, illetve, ha – különleges szakértelmet igénylő ügyben – a gyermekvédelmi gyám nem tudja a gyermek képviseletét ellátni. Az állam fenntartói feladatainak ellátására a Kormány rendeletében kijelölt szerv a gyermekvédelmi szakszolgáltatás a megyei, fővárosi gyermekvédelmi szakértői bizottság útján biztosítja.[288]

[288] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 60–66. §

V./1.3.3 EGYÉB, GYERMEKEK UTÁN JÁRÓ ELLÁTÁSOK, TÁMOGATÁSOK

Anyasági támogatás	Anyasági támogatást az a nő kaphat, aki a várandóssága ideje alatt igazoltan legalább négyszer (koraszülés esetén egyszer) részt vett várandósgondozáson, abban az esetben is, ha a gyermek halva született. Az anyasági támogatásra – meghatározott feltételek fennállása esetén – az örökbe fogadó szülő és a gyám is jogosult.[289]
Gyermekgondozási támogatás[290]	A gyermeket nevelő szülő (gyám, gyermeknevelési segély esetében nagyszülő is) a gyermek gondozására tekintettel, havi rendszerességgel gyermekgondozási támogatásra jogosult. Gyermekgondozási támogatások: a gyermekgondozási segély és a gyermeknevelési támogatás. Gyermekgondozási segélyre jogosult a szülő a saját háztartásban nevelt gyermek 3. életévének betöltéséig, ikergyermekek esetén a tankötelessé válás évének végéig, tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek 10. életévének betöltéséig (ún. meghosszabbított gyes).[291] A gyermeknevelési támogatásra az a szülő, gyám jogosult, aki saját háztartásában három vagy több kiskorút nevel. A támogatás a legfiatalabb gyermek 3. életévének betöltésétől a 8. életévének betöltéséig jár.[292] A támogatások folyósítása kérelem alapján indulhat.[293] Méltányosságból a kincstár vezetője megállapíthatja a gyermekgondozási segélyre jogosultságot a gyermeket nevelő személynek, ha a gyermek szülei a gyermek nevelésében három hónapot meghaladóan akadályoztatva vannak, illetve megállapíthatja vagy meghosszabbíthatja a gyermek általános iskolai tanulmányainak megkezdéséig, legfeljebb azonban a gyermek 8. életévének betöltéséig, ha a gyermek betegsége miatt gyermekek napközbeni ellátását biztosító intézményben, illetve nyári napközis otthonban, óvodában vagy iskolai napköziben nem gondozható.[294]

[289] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 29. §
[290] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 19. §
[292.] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 20. §
[292] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 23. §
[293] 223/1998. (XII. 30.) Kormányrendelet a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény végrehajtásáról 19. és 21. §
[294] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 22. §

Gyermekgondozási díj	A gyermekgondozási díj a gyermekvállalás támogatására nyújtott pénzbeli ellátás a biztosítási jogviszonnyal rendelkező, gyermekét otthon gondozó szülő jövedelemkiesésének pótlására.[295]
Magasabb összegű családi pótlék	A családi pótlék havi rendszerességgel nyújtott állami támogatás a gyermek nevelésével, iskoláztatásával járó költségekhez nevelési ellátás vagy iskoláztatási támogatás formájában.[296] Jogszabályban meghatározott betegségben vagy fogyatékosságban szenvedő gyermek szüleinek jár,[297] összege meghaladja az alanyi jogon járó család pótlékot.[298] Súlyos és középsúlyos értelmi fogyatékosság esetén a megyei szakértő bizottság adhat szakértői véleményt a magasabb összegű családi pótlék megállapításához[299], egyéb esetekben szakorvos igazolása szükséges.
Terhességi-gyermekágyi segély	A 168 napos szülési szabadság ideje alatt a kieső jövedelem pótlására szolgáló biztosítási ellátás azoknak, akik a jogszabályban előírt feltételeknek megfelelnek (pl.: két év alatt 365 napon át biztosítottak voltak és a biztosítás időtartama alatt vagy annak megszűnését követő 42 napon belül szültek).[300]
Apa munkaidő-kedvezménye	Az apának gyermeke születése esetén, legkésőbb a születést követő második hónap végéig, öt, ikergyermekek születése esetén hét munkanap pótszabadság jár, amelyet kérésének megfelelő időpontban kell kiadni. A szabadság akkor is jár, ha a gyermek halva születik vagy meghal.[301]

[295] 1997. évi LXXXIV. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 42/A. §
[296] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 6. §
[297] 5/2003. (II.19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról
[298] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 11. §
[299] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 42. §
[300] 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 40. §
[301] 2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről 118. § (4) bek.

Nagycsaládosok gázártámogatása	Gázártámogatásra jogosult az a személy, aki legalább három gyermek után családi pótlékban[302] részesül és egyetemes szolgáltatási szerződéssel rendelkezik.[303]
Utazási költségtérítés SNI-gyermekek számára	Óvodai, tanulói, hallgatói jogviszony alapján a sajátos nevelési igényű gyermek és legfeljebb két kísérője 90%-os helyközi jegykedvezményt kaphat[304] a szakértői bizottság által kiállított igazolással.[305]
A fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, nyújtó intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez járó támogatás.	A fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítését nyújtó intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár a gyermeknek és kísérőjének, 16 éven felüli esetében a kísérőnek akkor, ha a beutaló orvos az egészségi állapot alapján szükségesnek tartja.[306]
Parkolási igazolvány	Parkolási igazolványra az a személy is jogosult, aki a magasabb összegű családi pótlékra jogosító rendelet[307] szerint vaknak vagy gyengénlátónak, mozgásszervi fogyatékosnak, értelmi fogyatékosnak vagy autistának minősül.[308]
Utazási kedvezmények	A magasabb összegű családi pótlékban részesülő gyermek és egy fő kísérője helyközi közlekedésben 90%-os, helyi közlekedésben 100%-os kedvezményt kaphat a szakértői bizottság, illetve a szakorvos igazolása alapján.[309]

[302] 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 6–8. §
[303] 28/2009. (V. 25.) KHEM rendelet a földgázpiaci egyetemes szolgáltatáshoz kapcsolódó árszabások megállapításáról 16/A.–16/B. §
[304] 85/2007. (IV. 25.) Kormányrendelet a közforgalmú személyszállítási utazási kedvezményekről 3. § (1) bek. d) pont
[305] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 16. § (5) bek.
[306] 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 22. § (4) és (6) bek.
[307] 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról 1. melléklet
[308] 218/2003. (XII. 11.) Kormányrendelet a mozgásában korlátozott személy parkolási igazolványáról 2. § d) pont
[309] 85/2007. (IV. 25.) Kormányrendelet a közforgalmú személyszállítási utazási kedvezményekről 8. § (1) bek. c) pont

V./1.3.4 A SZÜLŐK RÉSZÉRE NYÚJTOTT INFORMÁCIÓ

A 2008-ban végzett, koragyermekkori intervenciós rendszert feltáró kutatás szerint a szülők alulinformáltak a speciális segítséget igénylő gyerekeknek járó támogatásokkal kapcsolatban. Sem az önkormányzatoknál, sem az egészségügyi intézményeknél nem kapnak teljes információt arról, hogy milyen ellátásokat vehetnek igénybe, nagyon sok az esetlegesség abban a tekintetben, hogy mikor, kitől, milyen módon értesülnek jogaikról és az alanyi jogon járó juttatásokról. A perinatális (neonatális) intenzív centrumokban készült interjúk alapján elmondható, hogy szakorvosok általában a legalapvetőbb szociális juttatásokat ismerik, de részletesebb tájékoztatást nem nyújtanak. Többen megjelölték, hogy a védőnőik jobban ismerik a szociális juttatási lehetőségeket, és tájékoztatják erről a szülőket. Ugyanakkor szinte mindenhonnan hiányzik a szociális munkás munkatárs, aki elegendő információval és idővel rendelkezne a szülők részére. Jellemző, hogy a szülők maguk tájékozódnak a juttatásokról: internetről, illetve egymástól nyerik az információt.[310]

A pedagógiai szakszolgálatok szakértő bizottságai esetében néhány helyen valóban komoly hangsúlyt fektetnek a szülők megfelelő informálására, szórólapokat, információs kiadványokat készítenek, szülőklubot, fórumot tartanak fenn, találkozókat szerveznek, felhívják a figyelmet a támogató szolgálatra, más bizottságoknál ez a széles körű tájékoztatás a források beszűkülése miatt inkább a múlté. A szülőklubok pénz hiányában lassan elhalnak. Ennek kapcsán a bizottságvezetők hiányolják is a szülőprogramokra való pályázati kiírásokat. A diagnosztikus központokban a juttatásokról való tájékoztatás a legtöbb esetben kimerül az emelt szintű családi pótlék, az ún. meghosszabbított gyes és az utazási kedvezményekről való információ átadásában, bár ezt szóban mindenhol, de legtöbbször írásban is megteszik a szülő felé. Annak oka, hogy miért nem tájékoztatják a szülőket teljes körűen a juttatásokról, sajnos abban is kereshető, hogy maguk a bizottságok sem elég tájékozottak ezekről.[311]

A szülőknek a védőnők a leggyakrabban olyan ellátások/térítések igénybevételét ajánlják, mint az anyasági támogatás, gyermekgondozási segély, emelt szintű családi pótlék, gyermeknevelési támogatás, gyermekjóléti szolgáltatás és közgyógyellátás. A felsoroltakat a védőnők legalább 80%-a szokta ajánlani a szülőknek. A szülők által leggyakrabban igénybe vett támogatások – hasonlóan a védőnők által javasoltakhoz – az emelt szintű családi pótlék, a közgyógyellátás és a gyermekgondozási segély. Ezek mindegyikét a szülők több mint fele igénybe veszi. Érdekes módon a szülők mintegy 7%-a nyilatkozott úgy, hogy semmilyen támogatást nem vesz igénybe. A közlekedési támogatások csoportja a második legnépszerűbb támogatási csokor, ezeket a szülők 20–25 százaléka veszi igénybe. A szülők élnek is azokkal a juttatási lehetőségekkel, amiről tudnak, bár az utazási kedvezmény igazolásának bonyolultságáról többen panaszkodtak. Igény fogalmazódott meg arra, hogy a segédeszközökhöz a családok elérhetőbb áron juthassanak, valamint több támogatást kaphassanak az utazások során. [312]

Néhol azonosíthatók párhuzamosságok az ellátásokhoz való hozzájutást tekintve. Az egészségügy oldaláról az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról rendelkezik arról, hogy mely esetekben állapíthatja meg az orvos a „tartósan beteg, súlyosan fogyatékos" állapothoz kötődő magasabb összegű családi pótlékra való jogosultságot. Ugyanakkor a köznevelés területéről a 15/2013. (II. 26.) EMMI

---

[310] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[311] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[312] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza, milyen állapotok esetén adhat a szakértői bizottság magasabb családi pótlékra jogosító igazolást. Hiányzik a két rendelet összehangolt megközelítése a kérdés kapcsán, és ettől kezdve a jogosultság megállapítása bizonyos esetekben a kliens szerencséjén múlik, melyik ágazathoz tartozó diagnosztikus szereplőhöz jut el, és ott melyik jogszabály szerint hozzák a döntéseket. A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 42. §-a szerint magasabb összegű családi pótlék megállapításához a szakértői bizottság a súlyos és középsúlyos értelmi fogyatékosság esetén adhat szakértői véleményt. Ebben az esetben a szakértői és rehabilitációs bizottság orvosa ad ki igazolást. Amennyiben a gyermek pl. hiperaktivitás-figyelemzavarban szenved, amelyet a bizottság a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének organikus okra visszavezethető tartós és súlyos rendellenesség kategóriába sorol, akkor a jogszabály alapján természetesen nem bocsátja ki az emelt szintű családi pótlékra jogosító igazolást. Ám abban az esetben, ha a szülő nem a szakértői bizottsághoz fordul ugyanezzel a problémával, hanem a megyei kórház gyermekpszichiáterét keresi fel, akkor ő természetesen a BNO–10 kategóriák alapján besorolja a problémát, és az 5/2003.(II. 19.) ESzCsM rendelet idevonatkozó pontját alkalmazva, ha elég súlyosnak ítéli meg a gyermek állapotát, akkor kiadja az emelt szintű családi pótlékra vonatkozó igazolást. Az utóbbi időben lépések történtek ennek a problémának a rendezésére.[313]

Bizonyos juttatásokat csak abban az esetben kaphat meg a súlyosan fogyatékos gyermek, illetve családja, ha rendelkeznek az emelt összegű családi pótlékra jogosító igazolással. Ilyen juttatások például az ápolási díj, a közgyógyellátás (itt a jogosult gyógyszerekről, segédeszközökről kell külön orvosi igazolás), a támogató szolgálat, a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, az étkezési kedvezmény vagy az utazási kedvezmény fogyatékos személynek és kísérőjének is. Természetesen ezekről az ellátásokról a szociális ellátórendszer egészét tekintve külön is érdemes beszélni, hiszen például rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény nemcsak a tartósan beteg, súlyosan fogyatékos gyerekek után jár, azaz érthető, hogy a rendszer ennyire szétaprózott. Ám a kliens oldaláról egyáltalán nem szükségszerű, hogy így legyen. Ugyanis a sérült gyermekek ellátásában a fenti szolgáltatások ugyanazokat illetik meg, ezért érdemes lenne átgondolni, hogyan lehet a szolgáltatásokhoz való hozzáférést egyszerűsíteni, és miután egyszer megállapították, hogy a gyermek tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos, egy eljárás keretében a fenti szolgáltatásokat számára biztosítani.[314]

Az anyagi elérhetőségek tekintetében jó mutató lehet az intézményekben ellátott, eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekeket nevelő családok anyagi helyzete. Az érintett családok csaknem egynegyedének nincs munkajövedelme, forrásaik elsősorban családtámogatási ellátásokból és szociális támogatásokból tevődnek össze. Minél alacsonyabb iskolázottságú az anya, szignifikánsan annál nagyobb arányban fordul elő, hogy a munkajövedelem nem képezi részét a családi bevételeknek. A különbséget jól érzékelteti, hogy a legalacsonyabb iskolai végzettségű anyák esetében a családok 46%-ának nincs munkajövedelme, ez az arány a felsőfokú végzettségű anyák esetében csak 7%.[315]

---

[313] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[314] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[315] Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban.* In: Kolosi, T.–Tóth, I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest, TÁRKI.

Felhasznált irodalom

„Szól a szív…" Alapítvány honlapja: www.szolasziv.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Autisták Országos Szövetsége honlapja, www.aosz.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 04.)

Bányai, E. (2004): Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások. PhD-dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

Bice-Bóca Alapítvány honlapja: www.bicebocaalapitvany.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 08.)

Büki, P. (2008): *A FECSKE modellkísérleti szolgáltatás.* In: Barkóczi, J. et al. (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest.

Czegléditné, K. Á. (2008): *„…nincs vele baj, csak kerekesszékes"* In: Barkóczi, J. et al. (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest.

DEMOSZTHENÉSZ Egyesület honlapja, www.demoszthenesz.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

FECSKE Szolgálat honlapja: http://www.fecske.kezenfogva.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Gruiz, K.: *A Down Alapítvány és a Down Dada Szülői Szolgálat.*

http://www.downalapitvany.hu/szolgalt/gyermekkor/dadaszolg/dadaszolg.htm, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Józsefvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Központ honlapja: http://jcsgyk.hu/jcsgyk/hu

Kapitány I. (2012): *Az AOSZ és tagszervezetei.* Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

Katona, A. (2010): *Szociális városrehabilitáció és intenzív családmegtartó szolgáltatás Józsefvárosban.* Szakdolgozat, ELTE TÁTK Szociálpolitika szak http://bce-szocpol-gyakorlat.blog.hu/2011/08/28/komplex_szocialis_varosfejlesztes_budapest_jozsefvarosban_egyetemi_hallgatok_kutatasai (letöltés dátuma: 2014. 01. 05.)

Kisari, K. et al. (2008): *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat.* In: Barkóczi, J. et al. (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai.* FSZK Budapest.

Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete (MACIE) honlapja:www.macie.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ) honlapja: www.mvgyosz.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

MEOSZ honlapja www.meosz.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 08.)

Nácsa, J. (2013): *A magyar gyermekhospice bölcsője a pécsi Dóri Ház.* Szakmai mélyinterjú Gyura Barbarával, a magyar gyermekhospice létrehozójával. http://www.szememfenye.hu/hir/A-magyar-gyermekhospice-bolcsoje (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Radbruch, L. et al. (2009): *Fehér könyv* Az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Európai Pallatív Szövetség (EAPC) ajánlásai. http://epa.oszk.hu/02000/02002/00037/pdf/2010-3_lukas-feher-1.pdf (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Sándor, J.: *Írótolmácsolás – valós idejű feliratozás.* http://www.sinosz.hu/?q=szolgaltatasaink/jelnyelvi-tolmacs-szolgaltatas/irotolmacsolas (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

SINOSZ honlapja: www.sinosz.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

Szemem Fénye Alapítvány honlapja, www.szememfenye.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Szilágyiné, E. E. (szerk.) (2009): *Iránytű. Információs csomag autizmussal diagnosztizált gyermekek szüleinek.* Autisták Országos Szövetsége, Budapest

Vakok és Gyengénlátók Közép-magyarországi Regionális Egyesülete honlapja: www.vgyke.com (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Világ Világossága Alapítvány honlapja: www.vva.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Erdős, Zs. (2010): *Gyermekszegénységet, családokat érintő jogszabályváltozások 2005 és 2009 között.* In Ferge, Zs.–Darvas, Á. (szerk.) *Gyermekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermekeknek!"* Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2009. évi jelentése. Budapest.

Gál, A. (2004): *Átmeneti gondozás.* In Szőllősi, G. (szerk.) *Gyermekjóléti alapellátás.* Segédanyag a szociális szakvizsgához. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

Kereki, J. (2010): *A fogyatékosság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban*. In: Kolosi, T.–Tóth, I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport*. Budapest, TÁRKI.

Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf

Papp, K.–Tüski, A. (2005) (szerk.) *Átmeneti gondozás – célszerű vagy ideális elképzelés?* Módszertani kézikönyv. Kapocs könyvek 8. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

Hivatkozott jogszabályok

15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (letöltés dátuma: 2013. 11. 04.)

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700083.TV (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 09.)

1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800084.TV (letöltés dátuma: 2013. 12. 09.)

2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200001.TV (letöltés dátuma: 2014. 02. 05.)

218/2003. (XII. 11.) Kormányrendelet a mozgásában korlátozott személy parkolási igazolványáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300218.KOR (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

223/1998. (XII. 30.) Kormányrendelet a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény végrehajtásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800223.KOR (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

28/2009. (VI. 25.) KHEM rendelet a földgázpiaci egyetemes szolgáltatáshoz kapcsolódó árszabások megállapításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900028.KHE (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

30/1997. (X. 11.) NM rendelet a javítóintézetek rendtartásáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700030.NM (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300005.ESC (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

85/2007. (IV. 25.) Kormányrendelet a közforgalmú személyszállítási utazási kedvezményekről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0700085.KOR (letöltés dátuma: 2014. 01. 12.)

V./2 SZAKEMBEREK, KOMPETENCIÁK

V./2.1 Milyen kompetenciákkal rendelkeznek az alábbi szakemberek?

Ötletbörze: _____

_____

_____

_____

_____

V./2.2 Szakemberek, kompetenciák

A koragyermekkori intervenció rendszere érinti az egészségügyi, szociális és az oktatási ágazatot, így számos szakember foglalkozik a rendszerbe bekerülő gyermekekkel, családokkal. Ahogy a különböző szakemberek képzése sem egy helyen, hanem egymástól elkülönült képzőhelyeken történik, hasonló módon a gyakorlatban is sokszor egymástól függetlenül dolgoznak, nincsenek tisztában egymás kompetenciáival, feladataival. A szakmaközi együttműködéseket segítheti, ha nem csak az ellátórendszer felépítését, hanem a rendszerben dolgozó szakemberek kompetenciáit is ismerjük. Ez a tudás sok esetben megrövidítheti a gyermek útját a rendszerben. A továbbiakban a legfontosabb, a különböző (egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi, köznevelési) területeken dolgozó szakemberek kerülnek bemutatásra.

KONDUKTOR

A konduktorok központi idegrendszeri sérüléssel élő mozgássérült gyermekek (és felnőttek) konduktív nevelésével foglalkoznak. Feladatuk többek között:

- sajátos nevelést igénylő gyermekek egyéni és csoportos nevelése-oktatása,
- az egyéni képességek megismerése, képességhiányok korrigálása, kompenzálása,
- tanácsadás, kapcsolattartás a szülőkkel,
- a tanulási problémákra utaló jelek felismerése, a kompetenciahatárok betartásával azok megfelelő kezelése, szakszolgálathoz irányítása.[316]

Annak ellenére, hogy a törvény alapján a konduktorok 2–8 éves, óvodáskorú, valamint 1–4. osztályos gyermekek oktatására-nevelésére alkalmasak, a mindennapi (gyógy)pedagógiai gyakorlatban sokszor találkozunk azzal, hogy a 0–2 éves korosztály konduktív nevelésében is részt vállalnak.

Az egészségügy területén is dolgoznak konduktorok a fekvőbeteg- és a járóbeteg-szakellátás területén. Itt feladatuk az első tanácsadás, vizsgálat végzése; az érintettek konduktív nevelésének megszervezése, levezetése, a csoport fejlődésének figyelemmel kísérése; különböző programok

[316] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

szervezése. Fontos feladat a kapcsolattartás a hozzátartozókkal, óvodapedagógusokkal (pedagógusokkal), gyógypedagógusokkal, gyógytornászokkal, orvosokkal, illetve a sérült gyermekkel foglalkozó más szakemberekkel, intézményekkel.[317]

GYÓGYPEDAGÓGUS

A gyógypedagógusok a szakirányuknak megfelelően végzik a különböző fogyatékos, sérült, akadályozott személyek szakszerű segítését, fejlesztését, nevelését-oktatását, habilitációját és rehabilitációját. [318]

Találkozhatunk gyógypedagógusokkal a gyermekjóléti alapellátásban (bölcsődékben, gyermekjóléti szolgálatokban) vagy a szociális ellátás területén (családsegítés), de akár az egészségügyi intézmények különböző osztályain is.[319]

Az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (korábban oligofrénpedagógus) az értelmileg akadályozott (középsúlyos, súlyos és legsúlyosabb fokú értelmi fogyatékos és halmozottan sérült) gyermekek komplex gyógypedagógiai megsegítését, fejlesztését végzik speciális intézményekben.

A tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (korábban oligofrénpedagógus) a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékos), a tanulási zavarral és tanulási nehézséggel küzdő gyermekek komplex, speciális nevelését-oktatását, fejlesztését végzik speciális vagy többségi intézményekben.

A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (korábban szurdopedagógus) a hallássérült (siket és nagyothalló) gyermekek ellátását végzik speciális, valamint integrált oktatás gyakorlatát folytató óvodákban, köznevelési intézményekben.

A látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (korábban tiflopedagógus) a látássérült (vak, aliglátó és gyengénlátó) gyermekek komplex, speciális fejlesztésével, nevelésével (oktatásával) foglalkoznak a speciális óvodákban (iskolákban), illetve a többségi óvodákban (iskolákban) egyaránt.

A logopédia szakirányon végzett gyógypedagógusok (logopédus) a beszéd-, hang- és nyelvi zavarok, a specifikus tanulási zavarok (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia) felismerését, vizsgálatát és a zavarnak megfelelő logopédiai fejlesztését, terápiáját végzik.

A pszichopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok (pszichopedagógusok) foglalkoznak a beilleszkedési, viselkedés- és/vagy teljesítményzavarok felismerésével, kezelésével; a nehezen nevelhető, személyiségzavarokkal küzdő gyermekek gyógyító nevelésével (oktatásával), segítve ezzel az eredményes szocializációjukat.

A szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok (szomatopedagógus) a mozgáskorlátozottak számára fenntartott speciális intézményekben, valamint integrált/inkluzív óvodákba (iskolákba) járó mozgáskorlátozott gyermekek (tanulók) fejlesztését, egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációját végzik.[320]

Az autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek komplex fejlesztését, ellátását végzik speciális gyógypedagógiai intézményekben.

---

[317] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

[318] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

[319] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

[320] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

ÓVODAPEDAGÓGUS

Az óvodapedagógus az óvodáskorú gyermekek nevelését végzi 3 éves kortól egészen a tankötelezettség teljesítésének megkezdéséig. Alapvető feladata a rábízott gyermekek differenciált nevelése, a gyermekközösségek alapítása, fejlesztése. Munkája során figyelemmel van a gyermek egyéni képességeire, szociokulturális helyzetére. Szorosan együttműködik a szülőkkel, valamint támogatja az orvos, a védőnő, és a gyermekjóléti szolgálat munkáját.[321]

CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKNEVELŐ

A csecsemő- és kisgyermeknevelő az újszülöttkortól kezdődően jellemzően a 0–3 éves korosztály ellátását végzi bölcsődékben, csecsemő- és gyermekotthonokban. Munkája során gondoskodik a rábízott csecsemőkről és kisgyermekekről, támogatja az érintett korosztály egészséges fejlődését, szocializációját, valamint segíti a kisgyermekes családok nevelési tevékenységét. Napi munkája közé tartozik a pelenkázás, fürdetés, etetés, gyógyszerek beadása és játékos foglalkozások tartása. A csecsemő- és kisgyermeknevelő ezek mellett alkalmas gondozói, nevelői, közvetítői, képviselői és tanácsadói feladatok elvégzésére is.[322]

GYÓGYTORNÁSZ

A gyógytornász az egészségügyi és szociális ellátás valamennyi szintjén megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munkát végez. Relaxációs technikák, valamint különböző eljárások alkalmazásával oldja a nyaki és vállövi izomzat feszességét, fájdalmát. Fizioterápiát alkalmaz gerincferdülés, derékfájdalmak előfordulásakor, veleszületett csípőficam, dongaláb, ferde fejtartás esetében célzott izomerősítést, az egyes izomcsoportok feszességének oldását végzi. Szintén a gyógytornász feladata a műtétek utáni mobilizáció, a megfelelő segédeszköz használatának megtanítása, a célzott izomerősítés, a balesetek utáni rehabilitáció a teljes felépülésig. A neurológiai osztályokon a mozgásfejlődésben lelassult csecsemők gyógyulását segíti speciális neurohabilitációs (neuroterápiás) programmal, a környéki idegrendszer sérült esetében fizioterápiát, elektroterápiát végez.[323]

A magzatot ért károsító hatások következtében kialakult tünetek kezelésére alkalmas Katona-féle neurohabilitáción (neuroterápián) kívül Bobath-módszert, illetve Dévény-terápiát is alkalmazhat. A családorvos, iskolaorvos javaslatára a kórképnek megfelelő szakambulanciára irányítja a gyermeket.

PSZICHOLÓGUS

A pszichológus bölcsész végzettséggel rendelkező szakember, aki megfigyeli, tanulmányozza a lelki jelenségeket, törvényszerűségeket, vizsgálja a megismerési folyamat, a gondolkodás, érzelmek, stb. ill. az emberi viselkedés természetét. Diagnosztikai tevékenység keretében végezhet többek között személyiség-, teljesítményvizsgálatot, alkalmassági vizsgálatot, szociálpszichológiai felmérést. Egyéni és csoportterápia keretében kezeli a problémákat. Tanácsadói munkájával

[321] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

[322] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

[323] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

elősegíti a lelki betegségek megelőzését, a hozzá fordulók életvezetési, pályaválasztási stb. problémáinak megoldását

A szakirányú végzettségétől függően számos helyen képes hasznosítani ismereteit. Dolgozhat többek között kórházakban rendelőintézetekben, pedagógiai szakszolgálatokban, óvodákban, iskolákban, korai fejlesztő központokban, családsegítő és gyermekjóléti szolgálatoknál.

A 3 éves alapképzést elvégzők önálló szakmai tevékenységet nem végezhetnek, azonban pszichológus, szakpszichológus felügyeletével szakmai asszisztensi feladatokat elláthatnak. Pszichológusi oklevelet mesterképzés keretében szerezhetnek, ennek megfelelően dolgozhatnak pszichológusként olyan területeken, ahol a megelőzés, gyógyítás, utógondozás során a pszichikus tényezők vizsgálata, korrekciója pszichológiai tevékenységet igényel. A pszichológus oklevéllel rendelkezők a későbbiekben további szakképesítéseket szerezhetnek, ez határozza meg, hogy a gyakorlatban mely területen helyezkednek el. Szakosodáskor egészségpszichológiát, pedagógiai pszichológiát, tanácsadó pszichológiát, klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológiát is tanulhatnak.[324]

A klinikai szakpszichológus oklevéllel rendelkezők további képesítéseket szerezhetnek, ennek értelmében foglalkozhatnak pszichoterápiával, neuropszichológiával, igazságügyi klinikai pszichológiával, addiktológiával, stb.

PSZICHIÁTER

A pszichiáter olyan orvosi végzettséggel rendelkező szakember, akinek a szakterülete mentális betegségek megelőzése és kezelése. Szakvizsgát követően rehabilitációs szakorvosként, pszichoterapeutaként vagy igazságügyi elmeszakértőként is dolgozhat.

A gyermekkorban előforduló mentális betegségek és kórképek felismerését, gyógyítását, enyhítését ill. prevencióját gyermekpszichiáter végzi. Gyógyszeres kezelést és/vagy pszichoterápiát alkalmaz. A gyermekpszichiáter ambuláns és osztályos ellátás keretében megvizsgálja, diagnosztizálja és gyógyítja a gyermekkorban előforduló kóros állapotokat. Az egészségügy rendszerén belül a gyermekpszichiáter elsősorban a gyermekgyógyásszal és a pszichológussal működik együtt. Az egészségügyön kívül a gyermekjóléti szolgálattal, iskolai egészségügyi rendszerrel, rehabilitációs szervekkel, civil szervekkel és a jogi rendszerrel van kapcsolata.[325, 326]

SZOCIÁLIS MUNKÁS

A szociális munkás jellemző feladatai a nehéz helyzetben lévő személyek, családok felderítése, a probléma feltárása, a probléma megoldására irányuló akciótervek kidolgozása, családgondozás biztosítása, komplex és folyamatos segítségnyújtás, az igényeknek megfelelő szolgáltatások felkutatása, megszervezése. A szociális munkások leginkább a szociális, segítő munkát végző civil, illetve állami szervezetekben, intézményekben (családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok, önkormányzatok szociális osztályai) dolgoznak.[327]

Beszélhetünk kórházi szociális munkáról, az itt dolgozó szociális munkás a válsághelyzetben lévő anyát és gyermekét segíti a szülészeti-nőgyógyászati osztályokon, szorosan együttműkö-

[324] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

[325] 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 84. §

[326] Pszichiátriai szakképzés tematikája, Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika.

[327] 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet.

dik a kórházi védőnővel. A gyermekosztályokon a gyermekelhanyagolás és gyermekbántalmazás eseteiben jár el, szoros kapcsolatot ápol a gyermekjóléti szolgálattal.[328]

CSALÁDGONDOZÓ

A családgondozó gyermekjóléti és gyermekvédelmi alapellátást nyújtó szolgáltatások keretében dolgozhat gyermekjóléti szolgálat vagy gyermekek és családok átmeneti otthonában.

Feladata többek között a gyermek testi, lelki egészségének, családban történő nevelésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése, a már kialakult veszélyeztetettség megszüntetése, a családjából kiemelt gyermek mielőbbi visszahelyezésének segítése, ill. utógondozói feladatok ellátása. Kapcsolatot tart a családdal és környezetével, környezettanulmányt, egyéni gondozási tervet készít. A gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében működteti az észlelő- és jelzőrendszert. Tájékoztatja a családot a családsegítő szolgálat és gyermekjóléti központ szolgáltatásairól, együttműködik a gyermekvédelmi gyámmal, valamint a gyermekkel és a családdal kapcsolatba kerülő szakemberekkel, intézményekkel. [329]

Családgondozóként dolgozhat felsőfokú szociális alapvégzettséggel rendelkező szakember, pszichológus, pszichopedagógus vagy mentálhigiénés szakember, valamint gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó oklevéllel rendelkező: óvodapedagógus, tanító, tanár, nevelőtanár, pedagógiai előadó, gyógypedagógus, védőnő, teológus, hittanár, hittantanár.[330]

GYERMEKVÉDELMI GYÁM

A gyermekvédelmi gyám olyan szakember, aki figyelemmel kíséri és elősegíti a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, nevelését, valamint ellenőrzi a gyermek teljes körű ellátásának megvalósulását.[331] A gyermekvédelmi gyámot a gyámhatóság rendeli ki a gyermek mellé abban az esetben, ha a gyermeket nevelőszülőnél, gyermekotthonban vagy más bentlakásos intézményben helyezte el, ill. átmeneti vagy tartós nevelésbe vette. A gyermekvédelmi gyám képviseli a gyermek érdekét, ellátja a törvényes képviseletét, elősegíti jogainak gyakorlását; a gyermek gondozása és nevelése mellett a vagyonának kezelése is a feladatai közé tartozik. Kapcsolatot tart a gyermek nevelését biztosító intézményekkel, figyelemmel kíséri a gyermek előmenetelét, magatartását, együttműködik a gyermekjóléti szolgálattal, részt vesz a gyermek egyéni gondozási-nevelési tervének elkészítésében. [332]

Végzettség szerint gyermekvédelmi gyám lehet jogász, igazgatásszervező, felsőfokú szociális alapvégzettséggel rendelkező szakember, pedagógus, pszichológus; vagy mentálhigiénés szakember, gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó, jogi szakokleveles családvédelmi tanácsadó oklevéllel rendelkező: védőnő, teológus, hittanár, valamint hittantanár.[333]

---

[328] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

[329] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

[330] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

[331] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 84–86. §

[332] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 84–86. §

[333] 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

Felhasznált irodalom

Mesterházi, Zs. (2004): A gyógypedagógiai folyamatról. In: Gordosné, Sz. A. (szerk.) (2004): Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 19–40.

Pszichiátriai szakképzés tematikája, Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/pszich_szakkepz_tematika.pdf (letöltés dátuma: 2014. 01. 10.)

Ajánlott irodalom

Illyés S. (szerk.) (2000) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE- BGGyFK, Budapest,

Gordosné, Sz. A. (szerk.) (2004): Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest

Hivatkozott jogszabályok

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 84. §. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000001.SCM (letöltés dátuma: 2014. 01. 15.)

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800015.NM (letöltés ideje: 2014. 01. 03.)

15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600015.OM (letöltés dátuma: 2014. 01. 15.)

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés ideje: 2014. 01. 03.)

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC (letöltés dátuma: 2014. 01. 15.)

3. NAP

V./3 FELISMERÉS, SZŰRÉS, JELZÉS, DIAGNOSZTIKA

V./3.1 Ötletbörze. Szűrés alkalmával problémát tapasztal. Mi a teendő ilyenkor?

Ötletbörze: _____

V./3.2 Problématérkép készítése saját védőnői gyakorlatból vett pozitív és negatív példákon keresztül

SZŰRÉS		JELZÉS		DIAGNOSZTIKA	
+	-	+	-	+	-

V./3.3 Felismerés, szűrés, jelzés diagnosztika

V./3.3.1 FELISMERÉS, SZŰRÉS

Szűréseket jellemzően az egészségügy rendszerében végeznek. A szűrés rendszerének időben három fázisát különítjük el, a fogantatás előtti, a várandósság alatti (a fogantatástól a megszületésig terjedő) és a születés utáni szakaszokat. Az egészségügyi szűrések mellett gyógypedagógiai, pedagógiai, pszichológiai szűrésekről beszélünk. A szűrés célja a probléma megelőzése, illetve kiszűrése és azonosítása, valamint probléma esetén további vizsgálatok javaslata, egészségügyi, és/vagy szociális, és/vagy köznevelési ellátásokba és szolgáltatásokba való továbbirányítás. A szűrési tevékenység szorosan, elválaszthatatlanul összefonódik a jelzési folyamattal, az információk átadásával, a tájékoztatással.[334]

A fogantatás előtti szűrésekkel a rendellenesség kialakulásának megelőzésére törekszenek. A családtervezési és modern genetikai tanácsadás, mint primer prevenciós tevékenység szolgálhat erre eszközül. A családtervezési tanácsadás során a fiatal párok önmagukra, és tervezett gyermekeikre nézve kapnak egyénre szóló egészségügyi és életvezetési tanácsokat. A várandósság alatt elvégzett szűrővizsgálatok segítségével a súlyosan rendellenes magzatok felismerését végzik. Orvosi becslések szerint 5% alatt van azoknak az aránya, akik az orvosi javaslat ellenére megtartják a gyermeküket, a többiek megszakítják a terhességet, ha a vizsgálatok kiszűrik a problémát. Korábbi kutatási eredmények szerint – amelyek a 6 év alatti eltérő, illetve megkésett fejlődésű gyerekek szüleinek véleményét tükrözik – a várandósgondozás rendszere átfogóan működik, a válaszoló anyák 97%-a a várandósság alatt kisebb-nagyobb rendszerességgel eljutott a szülészorvoshoz kontrollvizsgálatra, és akik eljutottak, azoknak a 65%-ánál a védőnő is megfordult. Ugyanakkor az utóbbi, fokozottabb figyelmet kapó szülőcsoport 11%-a jelölte meg, hogy a várandósság alatt senki nem vette észre a problémát, pedig utólag kiderült, hogy gondok voltak. Azoknak az anyáknak, akik rendszeresen jártak szülészorvosi kontrollra, és feltételezhetően a kötelező szűréseken is átestek, de ennek ellenére utólag derült csak ki a probléma, minden hetedik esetben veleszületett fejlődési rendellenességgel született a gyermeke. Ezeknek a veleszületett rendellenességeknek elméletileg szinte mindegyike kiszűrhető lett volna a protokoll alapján elvégzett szűrővizsgálatokkal (Down-szindróma, egyéb kromoszóma-rendellenesség, dongaláb, ajak- és szájpadhasadék, veleszületett hydrocephalus, végtaghiány, stb.)[335]

A születés után elvégzett szűrővizsgálatokat tekintve a védőnők által elvégzett szűrésekről egy 2008-as kutatási anyag mutat átfogó képet. A megkérdezett védőnők a törvény rendelkezéseit próbálják betartani, ám vannak területek, amik kevésbé kontrolláltak, és korcsoportonként is eltérés tapasztalható a kötelezően elvégzendő szűrések arányaiban. A védőnői válaszokat elemezve az érzékszervek működése tűnik a védőnők által kevésbé kontrollált területnek. 3 és 5 éves korban megemelkednek az elvégzett vizsgálati arányok, ami érthetően összefüggésben lehet az óvodai nevelésbe való bekapcsolódással, illetve az iskolába lépés előkészítésével Az 5 éves kori szűrések szaporodását serkentheti, hogy ekkor a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak kötelező kitölteni azt az adatlapot, amely az iskolai felkészítés elősegítésére szolgál, s ehhez a védőnőnek kell szolgáltatnia az adatokat. Mindenesetre az elvégzett vizsgálatok arányát tekintve, az érzékszervi vizsgálatok kivételével a négyévesek tűnnek a „legelhanyagoltabb" korosztálynak. Régiós bontásban az tapasztalható, hogy a szűrővizsgálatok elvégzése tekintetében a közép-dunántúli

[334] Kereki, J. (2010): *A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 1. sz., pp. 32–45.

[335] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

régió az, ahol a védőnők általában a legmagasabb arányban végzik el a szűréseket. Ugyanakkor a közép-magyarországi területen, Dél-Alföldön (és néhány esetben Észak-Alföldön) jellemzően alacsonyabb arányban szűrnek. Közép-Magyarországon 3 éves kor fölött csökken az odafigyelés. A szűrési eljárások eredményességét befolyásolja, hogy nincs egységes szűrőeljárás, a meglévő irányelvek bővítésre, frissítése szorulnak. A védőnői tanácsadók felszerelése hiányos, és a meglévő eszközök elavultsága is nehezíti a szűrési lehetőségeket, amelyeket végső soron a megfelelő szintű finanszírozás hiányára lehet visszavezetni. A szűrési módszerek elsajátításához, illetve az eszközök használatának megtanulásához megfelelő képzés biztosítására lenne szükség.[336]

A gyógypedagógiai, pedagógiai, pszichológiai szűrések rendszerében szintén hiányzik az egységesség. A gyógypedagógusok körében végzett megkérdezések nehézségekről számolnak be a probléma felismerése, pontosabban a felismert probléma megfelelő értékelése kapcsán, hiszen a fejlődés üteme egyénfüggő, gyakran csak egy kicsit késik egy-egy mozgásforma, és semmiféle probléma nincs a háttérben. Azonban, ha mégis gond van, akkor a késlekedés a kisgyermek javulási esélyeit jelentősen ronthatja. Ezért érdemes lenne az előszűrés során általánosabbá tenni a rizikógyerekek, rizikótényezők, rizikófaktorok, azaz a rizikó fogalmát.[337]

Jelen törekvések szerint a gyermekek fejlődését akadályozó rizikó- és védő tényezők beazonosítása az eltérő fejlődést mutató gyermekek mielőbbi kiszűrése, a gyermekek fejlődésének nyomon követése kiemelt figyelmet kap. Ennek érdekében kifejlesztésre került egy új, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív, amely 13+2 kontrollponton szűri a gyerekeket. A hatékony működés érdekében természetesen elengedhetetlen az egységes elektronikus dokumentáció és adatszolgáltatás kiépítése, az informatikai felszereltség bővítése, és a jövőben az adatbázisok összekapcsolása.

V./3.3.2. JELZÉS

A koragyermekkori intervenciós rendszert tekintve a jelzés folyamata részben szabályozott, de többnyire az intézményes szereplőn múlik, mikor és milyen esetben jelez. Az egészségügyi ellátásban részt vevők egymás felé való jelzési, tájékoztatási kötelezettsége részletesen megjelenik a jogszabályokban. Ugyanakkor a gyermekvédelem rendszere felé a jelzési teendők – bár a gyermekvédelmi törvény a jelzőrendszer tagjaiként azonosítja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost – az egészségügyi szabályozásban kevésbé azonosíthatóak. Az oktatási ágazat intézményeinek más ágazati szereplők (pl. házi gyermekorvos/háziorvos, védőnő) felé való visszacsatolásai szinte teljesen hiányoznak a rendszerből.[338]

Kutatási eredmények szerint, amennyiben egy területi védőnő körzetében sérült gyermek születik, a leggyakoribb tájékoztatási forrás a védőnők számára a kórházi zárójelentés, ezt csaknem 90%-uk mindig vagy többnyire igénybe veszi. Kérdés azonban az, hogy a kórházi zárójelentésből lehet-e következtetni arra, hogy valamiféle rendellenesség áll fenn. A védőnők véleménye a zárójelentések ügyében megoszlik, hiszen van, aki azt állítja, hogy a zárójelentés információi és saját tapasztalatai elegendőek ahhoz, hogy a rendellenességet vagy arra utaló jeleket be tudja azonosítani. Mások szerint azonban a zárójelentés nagyon rutinos, felszínes információkat tartalmaz, azt pedig végképp nem tartalmazza, ha valamiféle rendellenességgel kapcsolatos gyanú felmerült

[336] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[337] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[338] Kereki, J. (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

volna. Mindenesetre a kvantitatív adatokból kiderül, hogy a védőnők szerint annak gyakorisága, hogy a kórházi zárójelentésben nem szerepelnek a perinatális szakaszban felmerült problémák, az esetek egyötödében fordul elő. A kórház az esetek kétharmadában csaknem mindig tájékoztatja őket a sérült gyermek születéséről. Ezzel szemben egytizednyi azok aránya, akik többnyire vagy egyáltalán semmilyen jelzést nem kapnak, hanem ők maguk észlelik a rendellenességet.[339]

Az előírt jelzési kötelezettség ellenére a védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos kapcsolattartása nehézkesen működik. A védőnők és az orvosok oda-vissza jelzését tekintve mind a saját körzetben, mind pedig azokon a területeken, ahol nem azonos helyszínen történik a tanácsadás, a területi védőnőknek a házi gyermekorvosok/háziorvosok kb. egyharmadával nincs érdemi együttműködése. Saját körzetben a kapcsolatok személyes jellege a házi gyermekorvosok/háziorvosok ugyancsak kb. egyharmadával nem alakult ki, mint ahogy az egy hónapon belüli kommunikáció gyakorisága is csak a 60%-ukkal megfelelő. A védőnők szubjektív megítélése szerint saját körzetükben jó kapcsolatot a házi gyermekorvosoknak/háziorvosoknak a felével sikerült kialakítani. Gyakorlatilag ez összességében azt jelenti, hogy az esetek egyharmadában a védőnő-orvos megfelelő együttműködésének hiánya akadályozza a megfelelő megelőző-gyógyító ellátást.[340] Egy 2010-es vizsgálat szerint a helyzet még kedvezőtlenebb képet mutat, a körzetek valamivel több mint felében nincs együttműködés a védőnő és a házi gyermekorvos, háziorvos között. Ahol pedig van, ott ez 98%-ban papír alapon történik.[341] Az igazsághoz azonban hozzátartozik, hogy a 2008-ban végzett, a korai ellátórendszert feltérképező országos kutatás szerint a védőnők a velük kapcsolatban lévő házi gyermekorvosokkal/háziorvosokkal való viszonyukat nagyon jónak ítélik meg. A megadott ötös skálán átlagosan 4,62-es osztályzattal értékelték együttműködésük minőségét, ettől csak az óvodákkal és más körzetek védőnőivel ápolnak jobb kapcsolatot.[342]

A fejlődési rendellenességgel született, eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek szülei a feléjük irányuló jelzéssel, tájékoztatással kevéssé elégedettek. A koragyermekkori intervenciós ellátásba bekerült gyerekek szüleinek 40%-a ítélte meg úgy, hogy nem kapott megfelelő jelzést az egészségügyi szereplőktől vagy nem időben kapta azt. A szülők majdnem egyötöde elégedetlen volt a várandósság alatti jelzéssel vagy azért, mert ugyan a várandósság alatt voltak problémák, de azt senki nem jelezte számukra, vagy ha kaptak is jelzést, azt nem találták kielégítőnek. A szülés utáni jelzés, illetve tájékoztatás tekintetében is megosztottak a szülők. A 60%-nyi válaszadó közül, akiknek gyermekénél valamilyen perinatális károsító tényező derült ki, egyharmadukkal a kórházban senki nem beszélt arról, hogy milyen kockázatok merültek fel a szülés közben vagy közvetlenül utána.

„Felkarsérülése volt a kisfiamnak és én három napig nem tudtam róla, ki volt biztostűzve pólyára a keze, és én bárkitől kérdeztem bármit, mindenki azt mondta, hogy ő nem az az ember, aki ezt a dolgot közölje velem. És lementem alpáriba, és akkor megmondta valaki, hogy szülés közben

---

[339] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

[340] Odor, A. (2007) *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása.* Kézirat. Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

[341] Odor, A. (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás" megvalósulásának védőnői tapasztalatairól.* Kézirat. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, Budapest.

[342] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

sérült a baba, amikor beékelődött a feje, de meg kellett szülni. Három nap múlva sikerült valakinek elmondania, hogy mi történt." (Szülő1)[343]

Az információátadás hiányosságain túl a tájékoztatás mikéntje is mély nyomokat hagy a szülőkben:

„A kislányomat ugye élesztették, a gyerekorvos mondta, anyuka, van egy jó hírem, meg egy rossz hírem, melyikkel kezdjem? Mondom, a rosszal [kezdje]. A rossz hír az, hogy a fia a kilencedik élesztésen van túl, magyarul haldoklik. A jó hír az, hogy a kislányát sikerült megmenteni, igaz, egy kiló hetven deka és kilenc percig élesztettük. Ránéztem, az a jó hír, hogy van egy szellemi fogyatékos gyerekem?" (Szülő2)[344]

Az érintett szülők kevesebb mint a fele (43%) kapott útmutatást arról a kórházban, hogy hova forduljon (leginkább a kórházi gyermekorvostól). Ezeknek a szülőknek a túlnyomó többsége (85%) megfogadta a tanácsot, és felkereste a javasolt intézményt vagy szakembert. Sokkal kedvezőbb a megítélése az információ-átadást tekintve a perinatális vagy neonatális intenzív centrumoknak. Az ide bekerülő gyermekek szüleinek mintegy 80%-át konkrét információkkal látták el a további teendőket illetően, szóbeli és írásbeli tájékoztatást egyaránt kaptak.[345]

A védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos tekintetében a szülők általában elégedettek a feléjük nyújtott jelzéssel, tájékoztatással. Az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek szülei azonban a házi gyermekorvosok/vegyes praxisú háziorvosok egy részének az érintett gyerekek fejlődésével kapcsolatos ismereteiről kedvezőtlenül vélekednek. Ezt a vélekedést az ellátó intézmények vezetői is osztják. Az intézményvezetők egységesen képviselik azt a nézetet, hogy az újszülöttekkel, kisgyermekekkel foglalkozó orvosok általában nem tájékozódnak arról, hogyan ismerhetnék fel az eltérő fejlődésű gyermekeket, és a koragyermekkori fejlesztésben rejlő lehetőségeket sem ismerik. Többek szerint az orvosok egy része a csecsemőkori jelzésértékű tünetek felbukkanása esetén még mindig azt az álláspontot képviseli, hogy az esetleges problémák a gyermek életkorának előrehaladtával eltűnnek vagyis a gyermek „majd kinövi a bajt."[346]

V./3.3.3 DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉG

A speciális ellátást igénylő gyermekpopulációt jellemzően először egészségügyi intézményben diagnosztizálják. Kezdetben az orvosi rehabilitációs tevékenységnek még nagyobb szerepe van, mint a gyógypedagógiai vagy szociális segítségnyújtásnak. A szakorvosoknak a legtöbb esetben nincs is információjuk az egészségügyön kívüli ellátás lehetőségeiről, ha mégis van, akkor nem biztos, hogy ismerik az utat, amelynek végigjárásával a gyermek a megfelelő ellátásba bekerülhet. Az orvostudomány mellett ugyanakkor a pszichológia és a gyógypedagógia is kialakította saját diagnosztikai eszköztárát, amely a komplex diagnosztikai tevékenységben jut érvényre. A komplex diagnosztikai munka a konkrét egészségügyi szakellátást vagy gyógypedagógiai tanácsadást, korai fejlesztést és gondozást – a személyes közreműködést igénylő szolgáltatást – alapozza meg. A diagnosztikai vizsgálatok fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni, hiszen a megfelelő diagnózisra épülő, minél korábban elkezdett kezelésben, terápiában, fejlesztésben rejlik az eljárás sikerességének a kulcsa. Ahhoz, hogy a pedagógiai intézményhálózatban a gyermek megkaphassa a megfelelő szolgáltatást, a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságainak komplex

[343] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[344] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[345] Kereki, J.–Lannert, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése*. In: Fogyatékosság és társadalom, 2009/ 2., pp. 69–87.

[346] Kereki, J.–Lannert, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése*. In: Fogyatékosság és társadalom, 2009/ 2., pp. 69–87.

vizsgálatára van szükség, amelyet egy gyógypedagógusból, pszichológusból, szakorvosból álló team végez el. Az általuk felállított komplex diagnózis alapján a bizottság a gyermeket sajátos nevelési igényűvé nyilvánítja, ennek birtokában kaphatja meg az arra rászoruló gyermek a szükségleteinek megfelelő ellátást. [347]

Az OECD-országokban a sajátos nevelési igényű (SNI) csoport ellátásában kétféle modell működik: az egyik a „részletes szükségletprofilra épülő, fejlesztési területeket megjelölő, eredményértékelő, – követő rendszer", amely magasan képzett szakemberigénye, magas eszköz- és infrastruktúra-szükséglete miatt inkább a fejlettebb országokban működik. A másik, amely hazánkban is használatos, a diagnosztikus kategóriákat veszi alapul, a diagnosztikához ellátási protokollt és finanszírozást rendelő rendszer. A diagnosztikán alapuló ellátórendszerek működésének az alapfeltétele, hogy standardizált, komplex diagnosztikai rendszer álljon rendelkezésre, és a diagnosztikai kategóriákhoz rendelt fejlesztőeljárásoknak is szakmailag minőségieknek kell lenniük, a finanszírozási szabályokat pedig a diagnosztikai és fejlesztési protokoll ismeretében kell kialakítani. Akkor adottak a korszerű ellátás feltételei, ha a különleges gondozás szükségleteinek vagy a rehabilitációs célú fejlesztésnek a feltételrendszere konkrét, rendelet szabályozza a szakemberigényt, az eszközellátást és az intézményi keretet a fejlesztés, gondozás egyes szakaszaihoz rendelve. Finanszírozható ellátás abban az esetben lehetséges, ha a fejlesztés megbízható, komplex szakdiagnosztikára épül. A szakdiagnózishoz szükséges vizsgálati eljárásokat az egyes diagnosztikai kategóriákhoz rendelt szakmai protokollnak kellene tartalmaznia, és a szakmai diagnosztikai protokollhoz illesztett ellátási protokollhoz lehetne hozzáilleszteni a finanszírozási protokollt. [348]

Az egészségügyi intézményekben is felmerülhet a probléma, hogy az orvosok az esetek egy részében nem tudnak pontos szakdiagnózist adni. Kutatási eredmények szerint (és az orvosi becslések alapján is) az esetek nagyjából 25%-ánál fordul az elő, hogy közvetlenül nem válik ismertté a probléma, illetve további kivizsgálásokra van szükség. Az eltérő, illetve megkésett fejlődésű gyermekeket nevelő szülők körében végzett vizsgálat szerint, azokban az esetekben, amikor a szülés lefolyása alatt, illetve közvetlenül utána komplikációk merültek fel a szülésnél, nagyjából 60%-ban került sor diagnózis felállítására. A kórházi diagnózisok 7,5%-a nem kerül rá a kórházi zárójelentésre.[349]

Az immár pedagógiai szakszolgálati tevékenységként megjelenő szakértői bizottsági munka része a komplex diagnosztika. A szakértői bizottságok munkájuk során összesen több mint 80-féle vizsgálati eljárást, tesztet, fejlődési skálát alkalmaznak. Mindenki azzal mér, amit ismer, ami rendelkezésére áll vagy amit meg tud fizetni. Természetesen, vannak olyan diagnosztikai módszerek, amelyek a többség számára elfogadottabbak vagy a tapasztalatok alapján jól használhatónak minősülnek. Hat olyan diagnosztikus eljárás van, amelyet csaknem kivétel nélkül mindenki használ. Ez a megfigyelés módszere, a Brunet–Lezine (amit korai diagnosztikában csaknem mindenhol használnak), a Budapest-Binet teszt, a Bender A, Bender B teszt és a Mawgyi-R intelligenciavizsgálat. Ezeknek az eljárásoknak a fele a korszerűtlennek, elavultnak mondott kategóriába tartozik. Az összes módszeren belül a kifejezetten csak a korai diagnosztikában használt eljárások tárháza természetesen jóval kisebb, a csaknem mindenki által használt teszt a Brunet–Lezine és a megfigyelés módszere. A szakértői bizottságok által használt diagnosztikus eljárások

---

[347] Kereki, J.–Lannert, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése.* In: Fogyatékosság és társadalom, 2009/ 2., pp. 69–87.

[348] Csépe, V. (2008): *A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők.* In: Fazekas, K.–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.): *Zöld könyv.* A magyar közoktatás megújításáért. Ecostat. Budapest, pp. 139–167.

[349] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

korszerűtlenek, gyakorlatilag egyik sincs engedélyezve. Nem standardizálták őket vagy ha igen, ez régen történt, és standardjuk már lejárt. Az egyik legelterjedtebben használt teszt, a Budapest-Binet az 1960-as évekből való, a Brunet–Lezine az 1970-es években készült, ám nincs megújítva. Jelenleg a WISC-4 az egyetlen jogtiszta, standardizált eljárás, ám ez is csak iskolás korosztályra alkalmazható. A vizsgálat időpontjában az intézmények fele használta diagnosztikájában ezt az eljárást, de gondot okoz, hogy magas a költségvonzata. A szakértői bizottságok nem is nagyon ismerik a szélesebb vizsgálati eszköztárat, a külföldről behozható vizsgálati eljárásokat. Az egyre nagyobb számban jelentkező, egyre összetettebb problémák diagnosztizálásához új eszközökre lenne szükség. Ugyanakkor a szakértői bizottságok munkájában a vizsgálatok (ezen belül a korai vizsgálatok) lebonyolítására vonatkozóan nincs egységes protokoll. Nemcsak a módszerek alkalmazásában, de többek között a diagnózis megállapításánál, a sajátos nevelési igényű kategória tartalmi megfogalmazásánál, a bejelentkezés módjánál, a vizsgálati eljárás lefolytatásánál sincs egységes eljárásrend. [350]

Azokban a korai ellátó intézményekben, legyenek ezek akár egészségügyi, akár köznevelési intézmények, ahol diagnosztikus tevékenységet (is) végeznek, összesen 56-féle diagnosztikus eljárást alkalmaznak, amelyek döntően a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai diagnosztika eszköztárába tartoznak. A leggyakrabban használt vizsgálati módszerek gyakorlatilag a szakértői bizottságoknál alkalmazott legnépszerűbb eljárások között is legelöl szerepelnek. Ezek pedig a megfigyelés módszere (az intézetek fele említette), a 0–3 éves korosztálynál, illetve alacsony mentális szinten használt pszichomotoros fejlődési skála – a Brunet–Lezine (35%-uk jelölte), és a vizuomotoros rendezési funkció szintjét mérő, 4–6 éves korosztálynál használt Bender A próba (az intézetek negyede használja). Úgy tűnik, a diagnosztikus eszköztár elég heterogén, megtalálhatóak benne azok a vizsgálati eljárások is, amelyet a szakemberek elavultnak, megújításra szorulónak mondanak (Budapest-Binét, Brunet–Lezine stb.), de olyanok is, amelyek korszerűek, de nem jogszerűen alkalmazzák őket (pl. Bayley II.) vagy saját kifejlesztett eljárás (pl. Tunyogi komplex vizsgálat- és fejlődési teszt). A korai fejlesztőközpontok diagnosztikai repertoárjában minden korosztálynak megfelelő vizsgálati módszer, és a pszichés funkciók és képességek vizsgálatának széles választéka szerepel. Az egészségügyi gyermek rehabilitáció/habilitációt végző intézményekben alkalmazzák legjellemzőbben a bébiteszteket és a különböző életkorokban alkalmazható intelligenciavizsgálatokat, míg a pszichiátriai intézményekre elsődlegesen jellemző a 3 éves kortól idősebb gyerekek vizsgálata során előforduló módszerek használata.[351]

V./3.3.4 FEJLESZTŐ, TERÁPIÁS ELLÁTÁS

A koragyermekkori intervenciós ellátó intézmények összesen 55-féle terápiás eljárást alkalmaznak, átlagosan kilenc különböző módszert használnak munkájuk során. A legszélesebb terápiás választékkal a nagyméretű fejlesztőközpontok rendelkeznek, nagyjából 20–25 különböző terápiát végeznek. A terápiás eljárások az alkalmazás gyakorisága szerint csoportosíthatóak. A leggyakrabban alkalmazott terápiás eljárások a komplex gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás, a logopédiai terápiák, így a megkésett beszédfejlődés terápiája is, illetve gyakori még az Ayres-terápia, a hallás- és beszédnevelés.[352] A komplex gyógypedagógiai fejlesztés összetevői között a leggyakoribb elemként a kognitív fejlesztést végzik, amely önmagában is komplex tartalmú eljá-

[350] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[351] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[352] Kereki, J.–Lannert, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése*. In: Fogyatékosság és társadalom, 2009/ 2., p. 69–87.

rás, a figyelem, az érzékelés-észlelés, az emlékezet, a gondolkodási funkciók fejlesztését egyaránt magában foglalja. A gyermeket a környezete kontextusában néző szemlélet, a család felé irányuló segítségnyújtás a tanácsadásban érhető leginkább tetten, amelyet a komplex ellátás keretében a családok háromnegyed részénél alkalmaznak.[353]

A védőnők több mint fele ismeri és szokta ajánlani a szülőknek a beszédfejlesztést/logopédiát, és a DSGM-terápiát. Nem tartoznak a korai terápiás eszközök közé, ám a védőnők gyakran ajánlják a babamasszázst, a gyógyúszást, a baba–mama úszást. (A babamasszázst a továbbképzések során a védőnők 7%-a el is sajátította, és egy részük alkalmazza is saját gyakorlatában.) Az elsősorban egészségügyi eljárások mellett egyedül a logopédia az egyetlen gyógypedagógiai ellátási forma, amelyről többet tudnak. Az információhiány gyökerei a képzésben is fellelhetőek, hiszen a védőnők a gyógypedagógia területéről kevés ismeretet kapnak, a fogyatékossági területekről alig tanulnak valamit, és a terápiás és fejlesztő módszerekről is keveset hallanak.[354]

A különböző intézményekben a hasonló állapotú gyerekeknél alkalmazott terápiák eltérőek, sokszor a rendelkezésre álló szakember képzettsége, hozzáértése adja a terápiás lehetőségek körét. A diagnosztikus centrumok a diagnózishoz rendelt terápiákat nem feltétlenül az alapján választják meg, hogy melyik lenne leghatékonyabb egy-egy esetben, javaslataikat leszűkíti az adott földrajzi területen rendelkezésre álló szakember kínálat vagy a család számára biztosítható elérhetőség korlátai, akár a fizikai távolság, akár az anyagi költség vonatkozásában. A különböző terápiás eljárásokat jellemzően eltérő életkorú gyerekeknél használják, ám a rendelkezésre álló szakemberek végzettsége és a terápiás repertoár nem feltétlenül illeszkedik a gyermek életkorához. Előfordul, hogy olyan mozgásfejlesztő eljárás (adott esetben az alapozó terápia), amelyet általában ötéves kor feletti gyerekek esetében alkalmaznak, a legfiatalabbak 14%-ánál épül be a komplex fejlesztő folyamatba, de az is kérdésként merül fel, hogy a konduktív pedagógia alkalmas-e a perinatális/neonatális intenzív centrumokban a koraszülött gyerekek ellátására. Nehéz összemérni a különböző terápiák egymáshoz képesti hatékonyságát, hogy a különböző állapotú gyerekek mennyire fejlődnek jobban az egyik vagy a másik beavatkozás hatására. Az is dilemma, hogy lehet-e mérni, egyáltalán hogy lehet mérni a környezeti hatást, a külső feltételek meglétének vagy hiányának következményeit. .[355]

Egy 2010-es kutatás eredményei szerint a gyermekek állapotjavulását befolyásoló tényezők hatását elemezve, a gyermekek állapotjavulására a bekerülési állapot, az intézménybe való bekerülési életkor, a kezdő terápia heti óraszáma, illetve a terápiás folyamatban való szülői részvétel hat a legpozitívabban. Ha a gyermek középsúlyos állapotban kerül be az intézménybe, szignifikánsan kisebb esélye van az állapotjavulásra, mint enyhe állapotú társainak (1:3). A súlyos és halmozottan sérült gyerekeknél ez a hatás még erősebb, 1:10-hez az esélyük a javulásra enyhe állapotú társaikhoz képest. Bár a szakemberek a gyakorlatban nap mint nap érzékelik, mérhetővé vált az a mindennapi tapasztalat, hogy minél korábban kerül be a gyermek az ellátásba, annál nagyobb az esélye az állapotjavulásra. Ha egy gyermek egy évvel később kerül ellátásba, mint társai, akkor szignifikánsan csökken az állapotjavulás esélye. Minél magasabb a kezdő terápiás folyamatban a gyermek (illetve családja) ellátására fordított heti óraszám, annál valószínűbb, hogy a gyermek állapota javul. Annak a gyermeknek, akinek a szülei az egész folyamat során részt vettek a terápiás foglalkozásokon, jelentősen nagyobb lesz az esélye az állapotjavulásra,

---

[353] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

[354] Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest.

[355] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

mint akinél legfeljebb egy terápiás szakaszban vettek részt a szülők. Ez utóbbi eredmény megerősíti annak a szemléleti megközelítésnek a létjogosultságát, amely a családközpontúságot, valamint a szülő és terapeuta együttműködését hangsúlyozza a koragyermekkori intervencióban.[356]

Felhasznált irodalom

Csépe, V. (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In: Fazekas, K.–Köllő, J.–Varga, J. (szerk.): *Zöld könyv.* A magyar közoktatás megújításáért. Ecostat. Budapest.

Kereki, J.–Lannert, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése.* In: Fogyatékosság és társadalom, 2009/ 2.

Kereki, J. (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38. http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=42&jaid=611

Kereki, J.–Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest. http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf

Kereki, J. (2010): *A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 1. sz.

Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. http://www.educatio.hu/download/eselyegyenloseg/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf

Odor, A. (2007) *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása.* Kézirat. Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

Odor, A. (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás" megvalósulásának védőnői tapasztalatairól.* Kézirat. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, Budapest.

[356] Kereki, J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

V./4 TERÁPIÁS, FEJLESZTŐ ELJÁRÁSOK A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERÉBEN. KORAI FEJLESZTÉS

V./4.1 Milyen korai fejlesztésben alkalmazott terápiákat, módszereket ismer? Mire jó?

Ötletbörze: _____

_____

_____

_____

_____

V./4.2 Mozgásterápiák, fejlesztő eljárások

Az ellátásra szoruló gyermekek esetében alkalmazott terápiás eljárások, módszerek közül talán a mozgásterápiák tartoznak a legkeresettebbek közé. Magyarországon viszonylag széles körben érhetőek el mozgásterápiás eljárások a szülők, családok számára. A megfelelő terápia kiválasztása nagymértékben függ a gyermek állapotától. Minden esetben fontos, hogy a diagnózist követően a lehető legrövidebb időn belül segítsük hozzá a családokat, hogy eljussanak a megfelelő szakemberhez.

Ma Magyarországon a mozgásterápiák egy része térítésmentesen érhető el az ellátó intézményekben (kórházak, pedagógiai szakszolgálatok), de számos terápiás eljárás létezik, melyeket a különböző szervezetek, szolgáltatók a szülők számára költségtérítés ellenében kínálnak.

Az alábbiakban a legismertebb és a koragyermekkori intervenció rendszerében is eredményesen működő eljárások kerülnek bemutatásra, úgy mint a Katona-módszer, a Pető-módszer, a Dévény Speciális manuális technika – Gimnasztika Módszer (DSGM), a szenzomotoros integrációs terápia, a Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (HRG) módszer, és a Tervezett SzenzoMotoros Tréning (TSMT).

A **Katona-módszer** Prof. Dr. Katona Ferenc gyermekneurológus által kidolgozott szenzomotoros neuroterápia, mely az újszülött és a csecsemő már meglévő elemi mozgásmintáira (felülés, támasz nélküli ülés, kúszás, járás) , ezek napi rendszerességgel történő kiváltására épít. A pre-, peri- és korai postnatalis idegrendszeri károsodások kapcsán kialakult állapotok miatt kerülhet sor az alkalmazására. Egy alapos kivizsgálást, majd a pontos diagnózis felállítását követően kezdődhet meg az aktív terápia, mely a család közreműködését is erőteljesen igényli. A szülő megkapja a kezeléshez szükséges feladatok, gyakorlatok leírását, melyeket egy szemléltető oktatás keretében el is sajátít. Eredményt kizárólag a szigorúan előírt kezelési programok betartásával, a folytonosság biztosításával, napi 6 alkalommal, alkalmanként 20–25 perces, összesen 2–4 órás terápiával lehet elérni. Kontrollvizsgálatra havi rendszerességgel kerül sor, ahol a fejlődésnek megfelelően új gyakorlatsorokat és ütemezést kapnak a családok. Katona professzor kiemelten kezeli a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal való kapcsolattartást. Fontos a minél korábbi felismerés, hiszen a terápia az agy plaszticitásának köszönhetően az első hónapokban

a leghatékonyabb. Féléves korig is még jó hatásfokkal lehet használni a módszert. A terápiás eljárásban részt vevő gyermekeket és családjukat egészen 2 éves korukig követik figyelemmel.[357]

A **Pető-módszer** a központi idegrendszer sérülése következtében mozgássérültté vált gyermekek számára kialakított konduktív pedagógiai módszer. A Pető-módszer komplex, egységes, meghatározott lépésekből felépített, minőségében folyamatosan bővülő tanulási program, mely a gyermek aktivitására, motiváltságára épül. Célja a gyermek integrálódásának elősegítése, az aktív, cselekvő életre való felkészítése a lehető legrövidebb időn belül. A program ösztönző, dinamikus jellege egyéni és csoportos foglalkozások keretében lehetőséget teremt a gyermekeknek a próbálkozásra, a tapasztalaton keresztül történő tanulásra. A konduktor feladata a megfelelő, strukturált környezet kialakítása, mely ösztönzi a gyermeket a helyzetváltoztatásra, az önellátási szokások kialakítására, a kognitív funkciók fejlődésére.[358]

Magyarországon a Pető Intézet gyermekneurológiai, szakértői bizottsági javaslatra fogad ellátandó gyermekeket, de maguk a szülők is jelentkezhetnek gyermekükkel vizsgálatra. Az első vizsgálat alkalmával a szakemberek áttekintik a gyermek orvosi és szakértői véleményét, majd elvégzik a szükséges vizsgálatokat. Amennyiben a gyermek alkalmas a konduktív nevelésben való részvételre, az intézmény Korai Fejlesztő és Konduktív Gondozó Központja lehetőséget biztosít a komplex nevelésre.[359]

A konduktív nevelés során kiemelten figyelnek a manipulációs és játéktevékenység, valamint a beszéd fejlesztésére. Hat-hét hónapos korig egyéni tanácsadás keretében, majd attól idősebb gyermekek esetében csoportos foglalkozásokon zajlik a konduktív nevelés, kétéves korban óvodai előkészítő foglakozásokat tartanak. Mint minden terápia esetében, ennél a módszernél sem nélkülözhető a család, a szülők együttműködése, közreműködése. A foglalkozásokon a szülő a konduktor irányítása mellett tevékenyen részt vesz a gyermek terápiájában.[360]

A Szülők Iskolája havi rendszerességgel, konzultáció formájában ad lehetőséget a vidéken élő, központi idegrendszeri sérült (0–6 éves) gyermekeket nevelő szülők és családok részére a Pető-módszer használatára. A szülők a gyermekeikkel együtt vesznek részt az egyéni vagy csoportos foglalkozásokon, és az ott elhangzottak figyelembevételével nevelik otthon gyermeküket. A Pető Intézetben képezik a konduktív neveléssel–oktatással foglalkozó szakembereket, a konduktorokat.[361] Az országban dolgozó konduktorok listája az intézmény honlapjáról elérhető.

A **Dévény Speciális manuális technika – Gimnasztika Módszer (DSGM) terápiás eljárást** Dévény Anna dolgozta ki a szülés közben oxigénhiányt szenvedett, a méhen belüli tartási rendellenességekkel született; ortopédiai betegségekben szenvedők, valamint traumatológiai sérültek számára. A terápia az izom-, és ínzsugorodások megelőzésével, megszüntetésével, fellazításával, az izomzat kóros helyzetének normalizálásával foglalkozik.[362]

---

[357] Berényi, M.–Katona, F. (2012): *Fejlődésneurológia – Az öntudat, a kommunikáció és a mozgás kialakulása.* Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

[358] Hári, M. (2000): *Konduktív nevelés az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest, pp. 563–571.

[359] A Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma, Előkészítő Szakiskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete. Pedagógiai Program.

[360] Antoni G., et al. (2010): *Helyi Óvodai Nevelési Program.* Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma, Előkészítő Szakiskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete, Budapest.

[361] Hári, M. (2000) *Konduktív nevelés az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest, pp. 563–571.

[362] Dévény, A. (1995) *Dévény speciális manuális technika gimnasztikai módszer DSGM.* Fejlesztő Pedagógia, 1, 20–21.

A korai felismerést, és diagnózist követően a gyermek mielőbbi terápiás kezelése hozhat eredményt. Ez a terápia a legtöbb korai fejlesztésben alkalmazott terápiával ellentétben nem igényli a szülő otthoni tevékenységét.

Döntő fontosságú a terápia időben történő megkezdése, a csökkent izomtónusú (hypoton) csecsemőknél legkésőbb 12, a fokozott izomtónusú (spasztikus) csecsemőknél legkésőbb 5 hónapos korig kell megkezdeni a kezelést. A DSGM-kezeléseket kísérheti bizonyos fokú fájdalom, mely az állapot javulásával csökken.[363]

A szenzoros integrációs terápia a szenzoros integráció fogalmára épül: arra a folyamatra, amelynek során az érzékleti ingerek felhasználási céljuknak megfelelően értelmes jelentéssé szerveződnek. A terápiában részt vevő gyermekek a számukra felkínált játékok, mozgásos tevékenységek közben döntően saját maguk találnak rá azokra a mozgásmintákra, melyek segítik az idegrendszeri folyamatok érését, szükség esetén az újrastrukturálódását.[364]

A módszer A. J. Ayres amerikai neuropszichológus nevéhez és úttörő munkásságához köthető, és ma már hazánkban is számos helyen alkalmazzák az egészségügyi és pedagógiai feladatokat ellátó intézményekben egyaránt.

A terápia során a gyermekek szabadon választhatnak a rendelkezésre álló, egyensúlyi és tapintásos érzékelést fejlesztő eszközökből (hinták, gördeszkák, hálók, hengerek) és kipróbálhatják, saját ötleteik alapján használhatják azokat. A terápiás foglalkozások felszabadult, örömteli játékot jelentenek a gyermekek számára, tehát nem egy felülről irányított, erősen ütemezett eljárásról van szó. A terapeuta mintegy segítő, támaszt nyújtó partnerként van jelen a terápiás folyamatban, feladata a biztonságot adó környezet megteremtése a gyermek számára. Figyelemzavarral, hiperaktivitással, tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek esetében alkalmazzák leggyakrabban, de intellektuális képességzavarral küzdő, vak, mozgássérült és autista gyermekek korai fejlesztésében is sikeres terápiás módszer.[365] Fejlesztő célzatú felhasználása mellett a módszer pszichoterápiás kiaknázása hazai bevezetésének kezdetétől gyakorlattá, és a nevelési tanácsadás hálózatában elérhetővé vált.[366]

A **Bobath-módszer (NDT – Neuro Developmental Treatment)** a központi idegrendszeri károsodott (cerebral paresises – CP-s) gyermekek fejlesztésére kidolgozott terápiás módszer.[367]

A módszer középpontjában az izomtónus normalizálása áll, célja a normál testtartás kialakítása a megfelelő reflexmechanizmusok helyreállításán keresztül.

A módszer alapelvei közé tartozik, hogy a gyermek erősségeire alapoz, így a terápia nem követi szigorúan a mozgásfejlődés állomásait, hanem a gyermek igényeihez, képességeihez igazodik. A korrekció a mozgástervezés, mozgáselindítás és -megtartás, a motiváció, a mozgásélmény, a tapasztalat és a változó környezethez való alkalmazkodás figyelembevételével történik. A kezelés során a gyermek aktív résztvevője a terápiás folyamatnak.[368]

---

[363] Dévény, A. (1998) *Dévény speciális manuális technika gimnasztikai módszer DSGM.* In. Csanádi, G. (szerk.) *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe.* pp. 237–239.

[364] Szvatkó, A. (2004): *Szenzoros integrációs terápiák és a gyógypedagógiai fejlesztés.* In Gordosné, Sz. A. (szerk.) Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 475–495.

[365] Szvatkó, A. (2002) Hiszen ez játék! – Szenzoros integrációs terápiák a fejlesztésben. In Martonné Tamás Márta (szerk.) Fejlesztő pedagógia. A fejlesztés főbb elméleti és gyakorlati eljárásai. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 88–105.

[366] Bedő, I.–Kékesi, A.–Molnár, M. (1998) Labirintus. Dokumentumfilm.

[367] Howle, J. M. (2004): *NeuroDevelopmental Treatment Approach: Theoretical Foundations and Principles of Clinical Practice.* Neuro-Developmental Treatment Association, 1540 S. Coast Hwy., Suite 203, Laguna Beach, CA 92651, USA.

[368] Dóla, T.–Fehérné, K. A. (2013): *A gyermek NDT – a Bobath-szemlélet mint komplex kezelés.* In Fizioterápia 2013./4. sz. pp. 8–12.

Alkalmazásával jól kezelhetővé válnak a mozgásbeli zavarok, tartási, egyensúlyi, mozgási nehézségek, hipo- és hypertonia, a gyermek állapotának függvényében más terápiákkal, eljárásokkal kiegészítve is hatékonyan alkalmazható.

A **HRG (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika) módszer** egy olyan rehabilitációs eljárás, mely vízben végezhető mozgásos feladatokon keresztül az idegrendszer kéreg alatti szabályzására hat. A víz állandó stimuláló hatása, a megfelelő sorrendben és ismétlésszámban végrehajtott mozgásfeladatok segítik az izomlazítást, a megfelelő tartás kialakulását, a mozgás összerendezését.[369]

A terápiát azoknak a 0–7 éves korú gyermekeknek ajánlják, akik motoros (szopási, nyelési nehézség; kóros együttmozgások, szem-kéz koordináció, mozgásfejlődés nem megfelelő), pszichés-kognitív (észlelés, érzékelés, figyelem gyengesége) vagy szociális (kötődési probléma, dührohamok, kiszámíthatatlanság, érzelmek megosztásának, felfogásának hiánya) funkciók területén mutatnak elmaradást.[370]

A HRG-tréningek a vizsgálat során kapott adatok figyelembevételével kerülnek megtervezésre, így az életkor, a nem és a hasonló problémák alapján szerveződött HRG-csoportokban a saját fejlődési tempó alapján haladhat a munka. Bár fontos a folyamatosság és a magas ismétlésszám, a szülők bevonása a terápiába kimondottan a kontaktórák alkalmával történik meg, a foglalkozásokon a szülők maguk is aktívan részt vesznek és közösen tevékenykednek gyermekükkel. A vizes terápia heti egy alkalommal szárazföldi terápiás órával egészül ki.[371]

A **TSMT (Tervezett SzenzoMotoros Tréning) szárazföldi tréning** azoknál a gyermekeknél alkalmazható, akik különböző problémák (allergia, légúti fertőzés) miatt nem vehetik igénybe a vízhez kötött HRG-terápiát. A TSMT-fejlesztések célja a kéreg alatti idegrendszeri szabályozás folyamatainak a normalizálása.[372]

A kidolgozott mozgásos feladatok megfelelő alapot biztosítanak arra, hogy a folyamatos és intenzív munka a HRG-vel azonos eredményt tudjon produkálni. Az összeállított gyakorlatsorokat több héten keresztül kell az előírásoknak megfelelően végezni, majd a kontrollvizsgálat keretében kerül sor az ellenőrzésre. A gyakorlatok a szülők számára is megtanulhatóak, így otthon, home training keretei között is végezhetőek.[373]

TSMT rendszerén belül került kidolgozásra egy feladatcsoport a figyelem, irányíthatóság területén gyengébben teljesítő, valamint hiperaktív gyermekek számára, mely már 1–1,5 éves kortól is alkalmazható. Az erre a területre kidolgozott gyakorlatok a térbeli tájékozódás, a figyelem jobb irányíthatósága, a lateralitás kialakulásának elősegítése mellett a sorrendiséget, a ritmusérzék, valamint a motoros kreativitás fejlődését is elősegítik.[374]

V./4.3 Az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára kidolgozott terápiás eljárások

Az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek esetében a mielőbbi diagnózis, majd az azt követő terápia, speciális fejlesztés megkezdése szintén létfontosságú, hiszen ez megelőzheti a kóros

[369] Lakatos, K. (1998) *Korai vízi fejlesztés a HRG-módszer alkalmazásával.* In Csanádi, G. (szerk.) Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe, pp. 223–232.

[370] BHRG Alapítvány honlapja www.bhrg.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[371] Lakatos, K. (2008): *A 0–2–3 éves korban alkalmazható egyéni szárazföldi Tervezett SzenzoMotoros Tréningek (TSMT-I.) bemutatása a BHRG Alapítványban.* Fejlesztő Pedagógia. 2, 19–29.

[372] Lakatos, K. (2000) *Korai egyéni és kiscsoportos fejlesztés* 1992–1999 között. Fejlesztő Pedagógia, 4–5, 101–118.

[373] Lakatos, K. (1998) *Korai vízi fejlesztés a HRG-módszer alkalmazásával.* In Csanádi, G. (szerk.) Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe, pp. 223–232

[374] BHRG Alapítvány honlapja www.bhrg.hu, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

viselkedésformák kialakulását. Az időben megkezdett terápia hatására, az intézményes nevelés megkezdésekor a gyermek már rendelkezhet önmaga és a környezete számára is jól használható kommunikációs eszközökkel, valamint a sikeres beilleszkedéshez szükséges viselkedéselemekkel.[375]

Autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára ma Magyarországon számos olyan kipróbált fejlesztési módszer, terápia áll rendelkezésre, melyek segítségével a tünetek enyhíthetőek. A gyermek a már meglévő erősségeire támaszkodva a gyengébben működő területeket képes megtanulni kompenzálni. A terápiák alkalmazásakor minden esetben figyelembe kell venni az egyéni sajátosságokat, igényeket. Az eredményesség feltétele a korai felismerés, és az alkalmazott módszer, terápia mielőbbi megkezdése, valamint a rendszeres, minél magasabb (heti 15–20 óra) óraszámban történő végzése. Mint minden terápiás eljárás esetében, az autizmus spektrum zavarnál is fontos a család bevonása, nemcsak az otthoni munka, hanem a kontaktórák alatt is.[376] Számos terápiás eljárás létezik, melyek között található tudományosan igazolt és nem igazolt, sőt egészségre ártalmas hatású is, így mindenképpen megfelelő szakemberhez kell irányítani a családot.

A **TEACCH** (**T**reatment **E**ducation of **A**utistic and **R**elated **C**ommunication **H**andicapped **C**hildren–**Autisztikus és azzal összefüggő kommunikációs fogyatékosságot mutató gyermekek oktatása és kezelése) program** célja az autizmus spektrum zavarral élő gyermekek viselkedésproblémáinak csökkentése, valamint az önállóság kialakítása, fejlesztése. A terápia során egyéni foglalkozások keretében viselkedés- és kognitív eljárásokat alkalmaznak (megfigyelés, tanulás, általánosítás). A program készségorientált, és egész életen át tartó fejlesztést jelent, de az eredményesség feltétele a korai felismerés és a terápia mielőbbi megkezdése.

A gyermek megfigyelése alapján az ő szükségleteihez kialakított, adaptált környezetben világosan, vizuálisan is elkülönülnek a különféle tevékenységekre (játék, etetés…) használt területek. Így maga a látvány segíti az érintett gyermeket az egyes területek funkciójának értelmezésében, és az ennek megfelelő viselkedésmód kialakításában. A program emellett szintén egyénre szabott vizuális környezeti támpontok kialakításával, alkalmazásával is dolgozik. Az autizmus spektrum zavarral élők könnyebben értelmezik a látható információkat, számukra fontos a konkrét, egyértelmű vizuális támpontok elhelyezése a környezetükben. Ilyen például a napirend használata, mely képek segítségével jeleníti meg a napi tevékenységek sorrendjét. A terápia erőteljes szülői bevonással dolgozik.[377]

Az egyáltalán nem vagy csak nagyon keveset beszélő autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára kifejlesztett módszer **a PECS** (Picture Exchange Communication System – **Képkártyacserés kommunikációs rendszer).** Lényege egy augmentatív kommunikációs rendszer (a kommunikáció megerősítésére szolgáló rendszer) kialakítása képkártyák segítségével. Célja, hogy a gyermek és az őt körülvevő környezet között hatékony kommunikáció alakuljon ki. A módszer és az alkalmazás során használatos eszközök segítségével a gyermekek motiváltakká válnak a kommunikációra. A szülő bevonásával kiválasztásra kerülnek azok a tevékenységek, melyeket a gyermek szívesen végez vagy azok a tárgyak, melyeket szeret használni, amivel szívesen játszik. A tárgyakhoz, tevékenységekhez képeket, piktogramokat rendelnek, majd a folyamat során a gyermek megtanulja, hogyan cserélheti el az adott képkártyák az áhított tárgyra vagy tevékenységre. Ennek a technikának nagy előnye, hogy a kommunikációhoz nem kell megszólalni,

---

[375] Balázs, A. (2000) *Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest, pp. 631–654.

[376] Kapitány, I. (2012): *Iránytű szülőknek diagnózis után.* Diagnosztizáló intézmények, terápiák. AOSZ, Budapest.

[377] Kapitány, I. (2012): *Iránytű szülőknek diagnózis után.* Diagnosztizáló intézmények, terápiák. AOSZ, Budapest.

nem kell szemkontaktust felvenni, elegendő, ha a képet a másik fél kezébe adja. Ha a tevékenység a közvetlen környezetben lévőkkel már működőképes, akkor más szituációban elkezdődhet a képek használatának általánosítása. Az időben megkezdett tréning elősegítheti a beszéd kialakulását.[378, 379]

Az **ABA (Applied Behavior Analysis – alkalmazott viselkedéselemzés)** egy gyermekközpontú, a gyermek motivációjára épülő viselkedésterápia autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára. A módszer célja a készségfejlesztés mellett a helyes viselkedés kialakításának elősegítése pozitív megerősítés által, és a nem megfelelő viselkedés leépítése a jutalom megvonásával. Maga a jutalom, annak formája az érintett gyermek személyiségének, életkorának, valamint motivációjának függvénye. A folyamatos megerősítés, jutalmazás, valamint a különböző nehézségű gyakorlatok váltakozása elősegíti a figyelem fenntartását.

A módszer sikerét nagymértékben befolyásolja a korai felismerés, a család együttműködése, a rendszeres, legalább napi 5–6 órás foglalkozás, mely pontosan kidolgozott menetrend szerint zajlik. A terápia egyrészt intenzív („tantermi, asztali") tanítást, tanulást jelent, ami mellett kreatív tevékenységek is szóba jönnek; másrészt hangsúlyt helyez a természetes környezetben való eligazodásra is.[380, 381]

V./4.4 Az érzékszervi fogyatékosságokhoz kapcsolódó terápiás eljárások

A mozgásterápiás, valamint az autizmus spektrum zavarhoz kapcsolható eljárások után érdemes még szót ejteni az egyes érzékszervi fogyatékosságokhoz (hallás, látás, beszéd) köthető terápiákról, fejlesztési eljárásokról.

A hallásnevelés a hallássérült gyermekek fejlesztésére kidolgozott eljárás. Főleg azoknál a gyermekeknél alkalmazzák, ahol a hallássérülés még a beszéd kialakulása előtti időszakban lépett fel. A hallásnevelés célja a még megmaradt hallásmaradványra támaszkodva az akusztikus érzékelő- és differenciáló készség fejlesztése, ezáltal a beszédhangokra épülő kommunikáció kialakításának a segítése. A módszer alkalmazásának feltétele, hogy a hallássérült gyermek rendszeresen viselje a hallókészülékét, hiszen így juttatható hozzá minél több hangélményhez. A terápiás eljárás során az akusztikus érzékelés fejlesztése, az auditív figyelem felkeltése, a lokalizáció és távolsági hallás fejlesztése, valamint az auditív emlékezet fejlesztése egyaránt fontos szerepet játszik. Mivel a korai fejlesztés fő célja a természetes kommunikációs helyzetek megragadása (játék, fürdetés, tisztába tevés, etetés…), így a fejlesztés során lényeges szerep jut a szülőnek, hiszen ő tölt a legtöbb időt a gyermekével. A hallássérült gyermekekkel foglalkozó gyógypedagógus (hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus – szurdopedagógus) fontos feladata a szülő bevonása, aktívvá tétele a hallásnevelés folyamatában. A heti rendszerességgel történő találkozások alkalmával a gyógypedagógus nemcsak a gyermekkel foglalkozik, hanem a szülőt is felkészíti, hogyan foglalkozzon a gyermekével.[382]

A **hallástréning** azoknál a hallássérült gyermekeknél alkalmazható, akiknél a hallássérülés a 3–4. életév, tehát a beszéd kialakulását követően jött létre. A tréning a már kialakult beszédre épít, célja, hogy különböző gyakorlatok által mozgósítsa a már kialakult és meglévő akusztikus

[378] Kapitány, I. (2012): *Iránytű szülőknek diagnózis után.* Diagnosztizáló intézmények, terápiák. AOSZ, Budapest.
[379] Havasi, Á. (szerk.) (2003) *Vizuális segítség autizmussal élő személyek kommunikációjának fejlesztésében.* FSZK, Budapest.
[380] Kapitány, I. (2012): *Iránytű szülőknek diagnózis után.* Diagnosztizáló intézmények, terápiák. AOSZ, Budapest.
[381] Autisták Országos Szövetsége honlapja: www.aosz.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)
[382] Csányi, Y. (1998) *A hallás – beszéd nevelése.* BGGYTF, Budapest.

emlékképeket, ezáltal megakadályozva a beszéd visszafejlődését. Ebben az esetben is fontos a gyermek szükségleteihez igazított, megfelelően beállított hallókészülék rendszeres viselése.[383]

Hangolódás (Sound Foundation for Babies 2010; Cochlear Ltd & Cheryl L. Dickson) **program** egy 40 héten át tartó, a cochleáris implantáción (CI) átesett hallássérült gyermekek otthoni fejlesztéséhez kidolgozott és magyar nyelvre adaptált program. A program kimondottan a szülőknek, nagyszülőknek szól, de természetesen használhatják a hallássérült gyermekekkel foglalkozó szakemberek is. Egyszerű, könnyen érthető nyelvezete, a „lépésről lépésre" haladás biztosítása útmutatást nyújt abban, hogyan lehet dolgozni a gyermekkel az első évben. A programban megcélzott fejlesztési területek: a hallásfigyelem, a beszédértés, a beszédprodukció, a beszédkiejtés fejlesztése.[384]

A program nemcsak a CI-műtéten átesett, hanem a hallókészüléket viselő hallássérült gyermekek fejlesztésére egyaránt alkalmazható. A program az összes, hallássérült gyermekeket oktató-nevelő intézményben hozzáférhető a szülők, szakemberek számára.

A látásnevelés a látássérült gyermekek korai fejlesztésének, gondozásának lényeges eszköze. Célja az agykérgi ingerfeldolgozásra hatást gyakorolva a szem működésének javítása, a meglévő látásmaradvány kihasználása.

A **látásnevelés** során kiemelt figyelmet kap a vizuális megfigyelő- és megkülönböztető képesség, a vizuális emlékezet, valamint a vizuális képzelet fejlesztése. Fontos célja a működő funkciók szinten tartása, javítása a látás működési funkcióinak a gyakoroltatásával. A tréning a szervezet regenerációs képességére épít, segítségével a látás romlása késleltethető, illetve egyes esetekben javulás érhető el. A korai fejlesztés a szülő aktív közreműködésével valósul meg, a gyermek számára sok látási ingert (fény, szín, kontrasztok) kell biztosítani.[385]

A beszéd területén elmaradást mutató gyermekek fejlesztése **logopédiai feladat.** Amennyiben a gyermek ép hallás, ép értelem mellett 3 éves kor után sem beszél, akkor megkésett (akadályozott) beszédfejlődésről, illetve újabb terminológiával nyelvfejlődési zavarról beszélünk . Természetesen ennek a jelei már korábban (1 éves kor körül) is mutatkoznak: a kevesebb gagyogás, színtelenebb hangadás, az első szavak megjelenése késik. A beszédfejlődés késésének hátterében genetikai okok, szülési sérülés, motoros ügyetlenség, a nem megfelelő beszédmintát nyújtó (ingerszegény) környezet is állhat.[386] A beszéd- és nyelvi fejlődési késés gyanújának korai észlelése (2-2,5 év között), a mielőbbi szakszerű kivizsgálás és az időben megkezdett fejlesztés biztosítja a további elmaradások kialakulásának csökkentését.

A megkésett beszéd indítása **logopédiai terápia** keretében történik, mely komplex gyógypedagógiai-pszichológiai szemléleten alapul. Komplex logopédiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatot követően kell dönteni a terápia megkezdésének időpontjáról, intenzitásáról. A megkésett beszédfejlődés javításának célja, hogy gyermeket mielőbb képessé tegye a beszéd befogadására, feldolgozására, valamint a kommunikációra. A terápia során a beszéd és a nyelv; a mozgás, a gondolkodás, a figyelem és az emlékezet fejlesztése áll a középpontban.[387]

---

[383] Csányi, Y. (1998) *A hallás – beszéd nevelése.* BGGYTF, Budapest

[384] Lukács, Sz. (2013): *Hangalapozás kisbabáknak – CI-műtét utáni hangalapozás terápiás programjának bemutatása.* MAGYE Konferencia. 2013. június 20–22.

[385] Kovács, K. (2000) *Látássérült gyermekek az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest, pp. 461–503.

[386] Torda, Á. (2000) *Beszédhibás gyermekek az óvodásan és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest, pp. 573–601.

[387] Bittera, T., Juhász, Á. (2002) *A megkésett beszédfejlődés terápiája.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

A terápia erőteljes szülői bevonódást, együttműködést igényel, hiszen az egyes gyakorlatok otthon, home training formájában végezhetőek.[388] **Logopédiai terápiát ma pedagógiai szakszolgálatok, valamint a korai fejlesztő központokban dolgozó logopédusok végeznek.**

V./4.5 Egyéb, a koragyermekkori intervencióban alkalmazott terápiás eljárás, fejlesztő módszer

A **Snoezelen-terápia** célja a gyermekek érzékelőrendszerének több irányból történő stimulálása, a saját test megtapasztalásának elősegítése taktilis, kinesztetikus ingereken keresztül. A terápia egy erre a célra kialakított szobában, terápiás környezetben valósul meg, mely különböző fény- és aromaterápiás eszközökkel, vízággyal, hang- és fénytechnikai berendezésekkel van ellátva. Így a terápiás eljárás részét képezik a víz- és buborék oszlopok, a tapintó- és tükörfal, sólámpák, fény/tükör gömbök, párologtatók, falra vetített vizuális effektusok, hangingerek. A nyugalmat, biztonságot nyújtó légkör az érzékelés és észlelés fejlesztése mellett feszültségoldó hatással is bír.[389]

Bár a Snoezelen-terápiát eredetileg halmozottan fogyatékos fiatalok számára fejlesztették ki a '70-es években Hollandiában, ma már minden korosztály számára elérhető. Hazánkban szinte minden korai fejlesztéssel foglalkozó intézményben található terápiás szoba. Sikerrel alkalmazható spasztikus parézissel élő mozgáskorlátozott gyermekeknél, ahol a különböző vizuális, hang-, tapintási-, szaglási ingerek vagy a limbikus rendszer stimuláló vízágy nagymértékben segítik a görcsös izmok ellazulását. Autista gyermekek esetében a nagy mennyiségű inger elősegítheti a saját, zárt világból való kilépést, a terápia újabb kommunikációs csatornákat is megnyithat.[390]

A **zeneterápia** az egész személyiségre ható eljárás, mely hatást gyakorolhat nemcsak a fizikai, hanem a szociális, mentális, kognitív és az emocionális területekre is.

Alkalmazási területei között megtalálható a megelőzés, a gyógyítás, és a rehabilitáció egyaránt. A gyógypedagógia területén a sérült funkciók korrekciójában használhatjuk a zeneterápiás eljárásokat. Ennek megfelelően széles körben alkalmazzák neurológiai osztályokon, gyermekgyógyászatban, családsegítő központokban, gyermekjóléti szolgálatoknál, korai fejlesztő központokban. Hatékony segítséget nyújthat a korai anya-gyermek kötődésre irányuló terápiákban, feszültséglevezető, agresszióoldó hatása van. A terápia során használt eszközök ingergazdag környezetet biztosítanak a gyermekek számára, fejlesztik a szem-kéz koordinációt, a finommotorikát. A zeneterápiát képzett szakemberek, zeneterapeuták végzik.[391]

A **Kokas-módszer** az egész személyiségre gyakorol hatást a mozgással egybekötött éneklésen, zenei átélésen keresztül. Az ének-zenei alapú komplex művészetpedagógiai foglalkozások lehetőséget biztosítanak az önkibontakoztatásra, a megszerzett tapasztalatok segíthetik a későbbi intézményes tanuláshoz szükséges elemi alapképességek megszerzését.

A módszer nem köthető konkrétan egyik életkori szakaszhoz sem, már a prenatális korban hasznos lehet a magzat számára. A perinatális szakaszban akár mindkét szülő részt vehet a foglalkozásokon; családi prevencióként is működhet.[392]

A Kokas-módszer eredményessége – miután a részvétel önkéntes, és tekintettel van a gyermek saját ütemű fejlődésére – egyénenként változó. Van, akinél a csoportos foglalkozások kezdetén is

[388] Torda, Á. (2000) *Beszédhibás gyermekek az óvodásan és az iskolában*. In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE-BGGYFK, Budapest, pp. 573–601.

[389] Hulsegge, J.–Verheul, A. (2001) *Snoezelen. Eine andere Welt*. Lebenshilfe-verlag Margburg.

[390] „Szakmai munka minőségi fejlesztése a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogyatékos Személyek Nappali Intézményeiben" c. projekt megvalósítása és eredményei. OFA Beszámoló, 2010.

[391] Buzási, M. et al. (2010): *A zeneterápia*.

[392] Deszpot, G. (2014) *Zeneöröm kisgyermekeknek*. A Kokas-módszer komplex személyiségfejlesztő lehetőségei az óvodában és a korai életszakaszban. Óvodai nevelés 2014/3. sz.

tapasztalható változás a viselkedésben, van, akinél hosszabb időnek kell eltelnie, mire a módszer a hatását kifejti.

A módszer eredményes a még nem vagy a már diagnosztizált fejlődési eltérések esetén is, így pl. beilleszkedési, magatartási problémák; figyelemzavar; tanulási nehézségek és részképességzavarok; hiperaktivitás; autizmus spektrum zavar; mozgáskorlátozottság vagy hallássérülés esetén is. [393]

A koragyermekkorban a zenei mozgásra alapozó módszer fejleszti a nagymozgásokat, a finommotoros koordinációt (rajzolás, festés), valamint a testsémát. Az irányváltások hatással vannak az egyensúlyozás képességére. A foglalkozások motiválják a hangadás képességét, segítik a beszédindítást, fejlesztik a nyelvi kifejező készséget. A komplex Kokas-program a dalszövegek spontán megtanulásán, a zenei figyelem fejlesztésén, a jelenetek történetbe illesztésén keresztül pozitív hatást gyakorol a kognitív képességekre is. A csoportfoglalkozások sorozata fejleszti a szociális képességeket, az együttműködési készséget, a társas viszonyulást, valamint a kreativitást.[394] A Kokas-módszer gyakorlata a Kokas Klára Agape Zene-Életöröm Alapítvány képzésein sajátítható el.[395]

Végezetül egy kimondottan kórházi ellátáshoz kapcsolódó, közvetlenül a baba születését követően alkalmazható módszer kerül ismertetésre, mely nálunk is kezd elterjedni, és a korai fejlesztés, gondozás talán legelső állomását képviseli.

A **Kenguru-módszer** (KMC – kangaroo mother care) két gyermekorvos (Rey és Martinez) nevéhez fűződik, akik olyan esetekben alkalmazták a módszert, amikor a koraszülött gyermekek számára nem állt rendelkezésre inkubátoros ellátás. A módszert elsősorban kis súllyal született koraszülött gyermekek ellátására fejlesztették ki, de természetesen bárki számára alkalmazható.[396]

A módszer alapjául az ausztráliai óriás kenguruk szolgáltak, akik újszülöttjeiket több hónapon keresztül az erszényükben hordozva nevelik, mialatt a kis kenguru súlya egészen 2–4 kilogrammig növekszik.

Lényege, hogy a koraszülött babát nem választják el az anyától a szülést követően, hanem a újszülött állapotának stabilizálását követően rögtön az anya mellkasára helyezik, így folyamatos bőrkontaktus van az anya és a gyermek között. Mindössze egy nyugodt környezetet biztosító szobát kell a rendelkezésükre bocsájtani. Előnyei között szerepel, hogy a újszülött testhőmérséklete hamarabb stabilizálódik, jótékony hatással van az anyagcsere-működésre, valamint a szoptatásra, segíti az anya-gyermek között kialakuló kötődést. Kimutatták, hogy a Kenguru-módszerrel kezelt újszülöttek ritkábban kapnak kórházi fertőzést, a kórházban való tartózkodás ideje is lerövidül, valamint a későbbiekben is ritkábban kerülnek vissza az ellátórendszerbe.[397]

Természetesen a koraszülött állapotától függ, hogy a módszer mikor kezdhető meg, de kórházi ellátás keretében is alkalmazható (napi két alkalommal 3–4 órán keresztül), akár úgy is, hogy az ellátásához feltétlenül szükséges orvosi gépekre, műszerekre van kapcsolva a gyermek.[398, 399]

---

[393] Deszpot, G. (2014) *Zeneöröm kisgyermekeknek.* A Kokas-módszer komplex személyiségfejlesztő lehetőségei az óvodában és a korai életszakaszban. Óvodai nevelés 2014/3. sz.

[394] Deszpot, G. (2014) *Zeneöröm kisgyermekeknek.* A Kokas-módszer komplex személyiségfejlesztő lehetőségei az óvodában és a korai életszakaszban. Óvodai nevelés 2014/3. sz.

[395] Kokas Klára Agape Zene-Életöröm Alapítvány honlapja www.kokas.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

[396] World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. (2003) Kangarroo mother care: a practical guide.

[397] World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. (2003) Kangarroo mother care: a practical guide.

[398] Simonfalvi, A. *PIC-i kenguruk, a koraszülött ellátásban alkalmazott kenguru-módszer.*

[399] Kanga Egyesület honlapja www.kangaegyesulet.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Komplex gyógypedagógiai fejlesztés elsősorban az eltérő fejlődésű gyermekek ellátását jelenti habilitációs-rehabilitációs foglalkozások keretei között. A foglalkozások célja a testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- és egyéb fogyatékosságból, az autizmus spektrum zavarból fakadó elmaradások, eltérések korrigálása.[400]

A gyermekek ellátása egyéni fejlesztési terv alapján történik, mely a gyógypedagógiai-orvosi-pszichológiai komplex vizsgálat diagnózisára, valamint a fejlesztést végző gyógypedagógus kiegészítő vizsgálataira épül.

A komplex gyógypedagógiai fejlesztés a gyermek erősségeire, meglévő képességeire alapozva magában foglalja a különböző fejlődési területek fejlesztését, így komplex módon kerül sor a motoros képességek, a kognitív képességek (érzékelés-észlelés, figyelem, emlékezet), a kreatív képességek, a kommunikációs készségek, a szociális készségek fejlesztésére.[401]

A gyermekek egyéni szükségleteinek figyelembevételével, egyéni és kiscsoportos foglalkozások (max. 6 fő) keretei között, játékos módon, a gyermek aktív tevékenykedtetésére építve zajlik. A foglalkozások súlypontja a fogyatékosság típusának, súlyosságának függvényében az egyes fejlesztendő területek irányába eltolódhat.

A komplex gyógypedagógiai fejlesztés részét képezhetik a különböző terápiák, fejlesztési eljárások és sérülésspecifikus módszerek.[402]

A **Sindelar-program** kiscsoportos gyakorló- vagy egyéni tréningprogram keretei között a tanulási és viselkedési zavarok hátterében álló, diszharmonikusan működő részképességek korrigálásával nyújt segítséget elsősorban az óvodáskorú, valamint az iskolát kezdő, 5–7 éves gyermekek számára. A részképesség-gyengeség okozta tanulási zavar, majd a későbbiekben esetlegesen kísérő tünetként megjelenő magatartászavar kezelésére alkalmazható. A szakember által elvégzett vizsgálóeljárást követően kerül sor a fejlesztési stratégia felállítására. Az összeállított, pontosan meghatározott gyakorlatokból álló program a szülők, valamint intézményes nevelés esetén az óvodapedagógusok (pedagógiai, gyógypedagógiai asszisztensek) bevonásával történik. A program hatékonysága a rendszerességben rejlik: naponta minimum 10 percet vesz igénybe a feladatok végrehajtása. A szakember bizonyos időnként megfigyelés, tanácsadás keretei között kontrollálja a fejlesztési folyamatot. A fejlesztés ajánlott időtartama egy év.[403] Ma számos, a Sindelar–programot segítő gyakorlóanyag van forgalomban, mely segíti a terápiát végző szakemberek, szülők munkáját.

Felhasznált irodalom

„Szakmai munka minőségi fejlesztése a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogyatékos Személyek Nappali Intézményeiben" c. projekt megvalósítása és eredményei. OFA Beszámoló, 2010. www.maltai.hu

A Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma, Előkészítő Szakiskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete. Pedagógiai Program. (http://www.peto.hu/iskola/index.php?option=com_content&view=article&id=110:pedagogiai-program&catid=40:dokumentumok (letöltés dátuma: 2013. 12. 05.)

[400] 32/2012 (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról.

[401] Mesterházi, Zs. (1998) *A nehezen tanuló gyermekek iskolai fejlesztése.* BGGYTF, Budapest.

[402] 32/2012 (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról.

[403] Sedla, F.–Sindelar, B (1993) *„De jó, már én is tudom!"* Óvodáskorú és iskolát kezdő gyermekek korai fejlesztése. A tanulási zavart okozó részképesség-gyengeségek felismerése és terápiája óvodáskorban és iskolát kezdő gyermekeknél. BGGYTF. Budapest.

Antoni G. et al. (2010): *Helyi Óvodai Nevelési Program.* Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma, Előkészítő Szakiskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete, Budapest.

Autisták Országos Szövetsége honlapja, www.aosz.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Balázs, A. (2000) *Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest.

Bittera, T., Juhász, Á. (2002) *A megkésett beszédfejlődés terápiája.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Budapesti Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (BHRG) Alapítvány honlapja www.bhrg.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Buzási, M. et al. (2010): *A zeneterápia.* http://zeneterapeuta.webnode.hu/zeneterapia/ (letöltés dátuma: 2014. 01. 23.)

Csányi, Y. (1998) *A hallás – beszéd nevelése.* BGGYTF, Budapest.

Csávás, D. (2007) *A Bobath módszer.* ELTE-BGGYFK, Budapest.

Deszpot, G. (2014) *Zeneöröm kisgyermekeknek.* A Kokas-módszer komplex személyiségfejlesztő lehetőségei az óvodában és a korai életszakaszban. Óvodai nevelés 2014/3. sz.

Dóla, T., Fehérné, K. A. (2013): *A gyermek NDT – a Bobath-szemlélet mint komplex kezelés.* In Fizioterápia 2013./4. sz.

Hári, M. (2000) *Konduktív nevelés az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest.

Havasi, Á. (szerk.) (2003) *Vizuális segítség autizmussal élő személyek kommunikációjának fejlesztésében.* FSZK, Budapest http://mek.oszk.hu/10600/10681/10681.pdf (letöltés dátuma: 2013. 12. 04.)

Hulsegge, J., Verheul, A. (2001) *Snoezelen. Eine andere Welt.* Lebenshilfe-verlag Margburg.

Kanga Egyesület honlapja, www.kangaegyesulet.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Kapitány, I. (2012): *Iránytű szülőknek diagnózis után.* Diagnosztizáló intézmények, terápiák. AOSZ, Budapest.

Kokas Klára és az Agape Zene-Életöröm Alapítvány honlapja www.kokas.hu (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

Kovács, K. (2000) *Látássérült gyermekek az óvodában és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest.

Lakatos, K. (1998) *Korai vízi fejlesztés a HRG-módszer alkalmazásával.* In Csanádi, G. (szerk.) *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe.*

Lakatos, K. (2000) *Korai egyéni és kiscsoportos fejlesztés* 1992–1999 között. Fejlesztő Pedagógia, 4–5.

Lakatos, K. (2008): *A 0–2–3 éves korban alkalmazható egyéni szárazföldi Tervezett SzenzoMotoros Tréningek (TSMT-I.) bemutatása a BHRG Alapítványban.* Fejlesztő Pedagógia. 2.

Lukács, Sz. (2013): *Hangalapozás kisbabáknak – CI-műtét utáni hangalapozás terápiás programjának bemutatása.* MAGYE Konferencia. 2013. június 20–22.

Mesterházi, Zs. (1998) *A nehezen tanuló gyermekek iskolai fejlesztése.* BGGYTF, Budapest

Sedla, F.–Sindelar, B (1993) *„De jó, már én is tudom!"* Óvodáskorú és iskolát kezdő gyermekek korai fejlesztése. A tanulási zavart okozó részképesség–gyengeségek felismerése és terápiája óvodáskorban és iskolát kezdő gyermekeknél. BGGYTF, Budapest.

Simonfalvi, A. *PIC-i kenguruk, a koraszülött ellátásban alkalmazott kenguru-módszer.* http://kangaegyesulet.hu/2012/05/03/pic-i-kenguruk-a-koraszulott-ellatasban-alkalmazott-kenguru-modszer/, (leöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

Torda, Á. (2000) *Beszédhibás gyermekek az óvodásan és az iskolában.* In Illyés, S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE-BGGYFK, Budapest.

World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. (2003) Kangarroo mother care: a practical guide. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ (letöltés dátuma: 2013. 12. 10.)

Hivatkozott jogszabályok

32/2012 (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500002.OM (letöltés dátuma: 2014. 12. 05.)

VI. MODUL V. LEHETSÉGES GYERMEKÚT MODELL

VI./1 Lehetséges gyermekút modell bemutatása

LEHETSÉGES GYERMEKÚT MODELL

A jogszabályokon keresztül leírható és a gyakorlatban megvalósuló gyermekutak közötti eltérések problématerületekként azonosíthatóak. A különböző ágazati irányítás alatt működő intézményeket nem kötik össze jogszabályok, esetleges az ellátásba kerülés, a jelzési utak hiányoznak vagy nem működnek megfelelően, a jelzéseknek nincs igazán következményük. A szülők kénytelenek saját maguk kezükbe venni gyermekeik megfelelő ellátásba kerülésének irányítását, amely szintén sok esetlegességet hordoz magában. Az ellátók nem tudják betartani az életszerűtlen szabályzókat, illetve vannak olyan rendszerelemek, amelyeknek működése nem szabályozott. A lehetséges gyermekút-algoritmus javaslat az azonosított problématerületeket figyelembe véve, a nemzetközi jó gyakorlatok adaptálható elemeit felhasználva egy koncepciójában új modell leírására vállalkozik. A rendszerben azonosítható hiányosságok kiküszöbölésére törekedve több olyan tényező meghatározása szükséges, amely egy működőképes gyermekút modell alapjául szolgál.[404]

Fontos lépés a koragyermekkori intervenciós ellátórendszert koordináló ágazat kijelölése, és a célcsoport pontos meghatározása. Nemcsak a továbbküldési utakat, de a jelzési utakat, és a teendők pontos meghatározását is szükséges leírni. Egy hálózatos felépítésű intézményrendszer kiépítése, valamint egy integrált adatgyűjtési, adatkezelési, illetve egységes informatikai rendszer kialakítása a feltétele a gyermekút modell hatékony működésének. A lehetséges gyermekút modell új elem beépítését is megköveteli, egy olyan koordinatív szervét, amely a koordináltabb ellátást, a továbbküldési utak áttekinthetőségét biztosítja. Egy ún. Koordinációs Csoport szervezi a gyermek és családja köré a diagnosztikus teamet, végzi a folyamatdiagnosztikát, és a szükségletalapú ellátásszervezést. Működésében olyan nyugat-európai modellek integrálható elemeit mintázza, amelyek a gyermek körül kialakított interdiszciplináris teammunka fontosságát hangsúlyozzák. Az egészségügyi alap- és szakellátás szereplőin kívül a köznevelési intézményrendszer diagnosztikus és fejlesztő, terápiás ellátást végző intézményeivel, a pedagógiai szakszolgálatokkal, az ellátórendszerbe integrált magánellátókkal, valamint a szociális/gyermekvédelmi

[404] Alapvető stratégiai javaslatokat lásd Kereki, J. (szerk.) (2012): *PR8 – Javaslat(ok) adaptálható elemek beépítésére a hazai koragyermekkori ellátás egységes szemléleten alapuló protokolljainak kialakításához, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit.* A.I.M. 2011 konzorcium. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
Kereki, J. (szerk.) (2012): *PR9 – Javaslat(ok) érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) által használatos protokollok összehangolására.* A.I.M. 2011 konzorcium. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

intézményekkel folyamatos kapcsolatot tart. A 3 éves koruk után ellátásba kerülő gyerekek és családjaik esetében a koordináció a köznevelés kompetenciájába tartozik.[405]

VI./1.1 Prekoncepcionális időszak és várandóssági szakasz[406]

A lehetséges modellben a 0–3 éves életkorú gyerekek és családjuk ellátásának koordinálását az egészségügyi ágazat végzi (13. ábra).

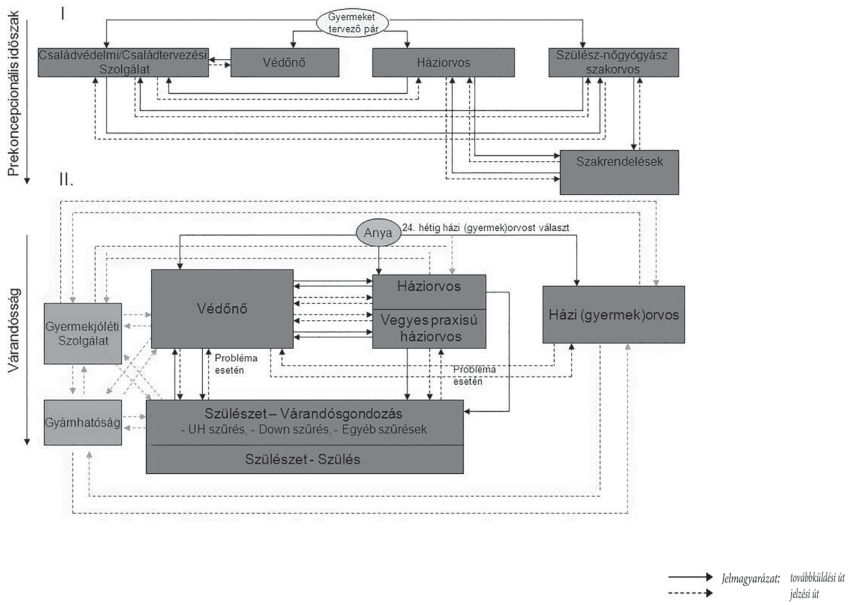
A prekoncepcionális szakaszban a Családvédelmi és Családtervezési Szolgálat kiemelt szerepet kap, koordináló szervként jelenik meg. A gyermeket tervező pár először a Családvédelmi és Családtervezési Szolgálatot keresi fel. Amennyiben a pár akár a védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz fordul, hogy gyermeket szeretne, innen a Családvédelmi és Családtervezési Szolgálathoz irányítják. A családvédelmi és Családtervezési Szolgálat minden esetben visszajelez a küldő intézménynek. A Családvédelmi és Családtervezési Szolgálat fő feladata a családtervezési tanácsadás.

A várandósság szakaszában fontos a várandósgondozás kiterjesztése. A várandósgondozás akkor tekinthető csak teljesnek, ha az első trimeszterben jelentkezik a kismama. Ne csak a „4 pecsét" legyen az elvárás, hanem az is, hogy a védőnői gondozásba vétel a 12. hétig történjen meg. Új egészségügyi kiskönyv szerkesztése ajánlott, amely tartalmazza a teljes várandósgondozási adatsort, és a megszületéstől az iskoláskorig az egészségügyi adatokat. Az egészségügyi kiskönyv tartalmi részét az érvényben lévő szakmai irányelvekkel (szülészet-nőgyógyászat, neonatológia, gyermekgyógyászat) össze kell hangolni.

A várandósság időszakában az anya a 24. hét előtt házi gyermekorvost/háziorvost választ.

[405] Alapvető stratégiai javaslatokat lásd Kereki, J. (szerk.) (2012): *PR8 – Javaslat(ok) adaptálható elemek beépítésére a hazai koragyermekkori ellátás egységes szemléleten alapuló protokolljainak kialakításához, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit.* A.I.M. 2011 konzorcium. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
Kereki, J. (szerk.) (2012): *PR9 – Javaslat(ok) érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) által használatos protokollok összehangolására.* A.I.M. 2011 konzorcium. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

[406] A modell bemutatása az alábbi anyag alapján történik: Kereki, J., dr. Bauer, V., Gyarmathyné Doma, G., dr. Nádor, Cs., Nyuli, K., Somodi, A., dr. Schultheisz, J., dr. Újhelyi, J., Vámos, É.



13. ábra: Prekoncepcionális időszak és várandóssági szakasz
Forrás: Kereki Judit

VI./1.2 Perinatális szakasz és a hazakerülés utáni időszak

VI./1.2.1 A PERINATÁLIS SZAKASZ

A perinatális szakaszban a szülészetről a gyermek az újszülöttosztályra kerül, ahol megtörténnek az alábbi vizsgálatok: látásszűrés (vörös visszfény), objektív hallásszűrés, anyagcsere-betegség szűrése, csípőszűrés, szükség esetén egyéb szakorvosi vizsgálatok (14. sz. ábra).

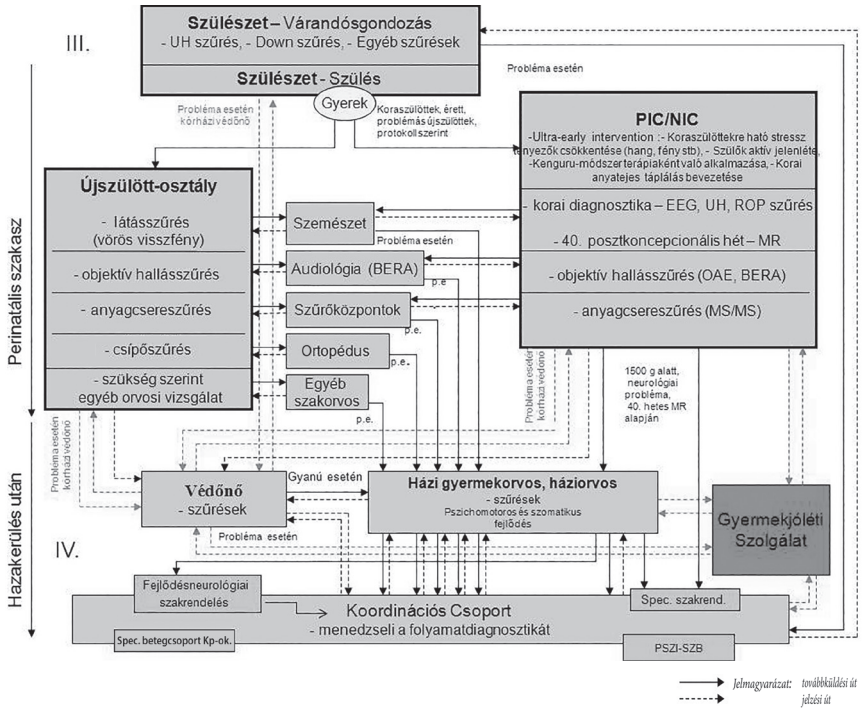
Probléma esetén az újszülöttet szakellátóhoz vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg intézménybe/osztályra irányítják. A szakellátók minden esetben visszajeleznek az újszülöttosztálynak, probléma azonosítása esetén pedig a házi gyermekorvoshoz/háziorvoshoz irányítják a gyermeket, aki továbbküldi őt az ún. Koordinációs Csoport felé.

Koraszülöttek, érett, problémás újszülöttek protokoll szerint a neonatális/perinatális centrumokba kerülnek. Többek között az eddigiekhez képesti változás, hogy az új modellben a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban mindenhol biztosítják a koraszülöttekre ható stressztényezők csökkentését (hang, fény stb.). Kiemelt szerepet tölt be a szülők aktív jelenléte, a Kenguru-módszer terápiaként való alkalmazása, a korai anyatejes táplálás bevezetése. A módszer alkalmazásával jobb ütemű a gyógyulás, a testsúlygyarapodás, és az idegrendszeri funkciók fejlődése. Az 1500 gramm születési súly alattiaknak és idegrendszeri sérülteknek (pl. asphyxia, hydrocephalus) a 40. hétig kötelezően készül koponya MR. A perinatális (neonatális) intenzív centrumokban koragyermekkori intervenciós szakemberek (pl. gyógypedagógus, mozgásfejlesztő/mozgásterapeuta, pszichológus) már a benntartózkodás során felveszik a kapcsolatot a szülőkkel, illetve megtörténnek az első intervenciós lépések. A perinatális (neonatális) intenzív

centrumokban zajló kezelésekkel párhuzamosan a család részt vesz az első Koordinációs Csoportmegbeszélésen.

A hatékonyabb működés új e-kiskönyv bevezetését igényli. Az egészséges újszülöttnek nincs szüksége külön zárójelentésre, de adatai részletesen kell hogy szerepeljenek az új „e-kiskönyvben". Perinatális (neonatális) intenzív centrumban kezelt gyerekek esetében továbbra is szükséges a zárójelentés. Rendkívül fontos, hogy az alapellátás minden információhoz hozzáférjen, illetve a későbbiekben a háziorvos és a védőnő feladata vezetni az e-kiskönyvet (fejlődési adatok, szűrővizsgálatok).

Veszélyeztetettség esetén minden érintett orvosnak és védőnőnek jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé és a visszajelzés is kötelező, továbbá a gyermekjóléti szolgálat kölcsönös jelzési viszonyban van a Koordinációs Csoporttal is.



14. ábra: Perinatális szakasz és a hazakerülés utáni időszak
Forrás: Kereki Judit

VI./1.2.2 KOORDINÁCIÓS CSOPORT FELÉPÍTÉSE ÉS MŰKÖDÉSE

Az egészségügyi kompetenciába tartozó koordinációs tevékenységet egy új, kifejezetten erre a célra létrehozott szervezet végzi, az ún. Koordinációs Csoport. A 3 éves kor előtt a Koordinációs Csoport elé kerülő gyerekek további kontrolljának, nyomon követésének koordinációját is ez a csoport végzi (15. ábra).

A KOODINÁCIÓS CSOPORT SZERVEZETI FELÉPÍTÉSE:

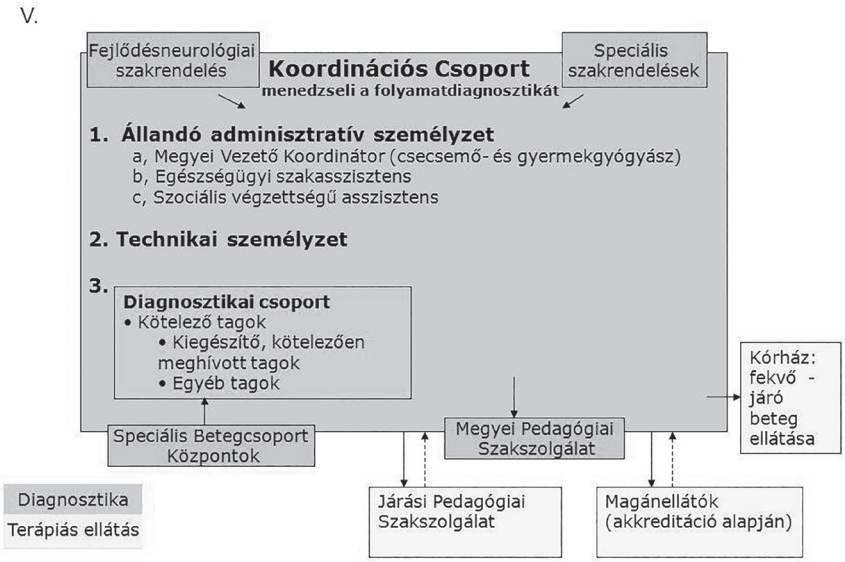
1. Állandó adminisztratív személyzet
   a) Megyei Vezető Koordinátor (csecsemő- és gyermekgyógyász)
   - Több koordinációs csoport is tartozhat hozzák;
   - Felelős a Koordinációs Csoportok működéséért, a vizsgálati folyamatokért, a minőségbiztosításért;
   - Szervezi a Koordinációs Csoportok munkáját, összehívja az üléseket;
   - Végzi a gazdasági irányítást;
   - Kapcsolatot tart a Koordinációs Csoportok országos központjával, más Koordinációs Csoportokkal, a pedagógiai szakszolgálatokkal, a gyermekvédelmi intézményekkel, stb.;
   - Biztosítja a gyermekút folyamatosságát, követi a diagnosztikai és terápiás folyamatot.

   b) Egészségügyi szakasszisztens

   c) Szociális végzettségű asszisztens
   - Az egészségügyi és a szociális végzettségű asszisztensek feladata a Koordinációs Csoport háttértevékenységének tervezése;
   - Adminisztratív feladatok;
   - Vizsgálatok szervezése, a Koordinációs Csoport többi tagjával való kapcsolattartás, egyeztetés, összehívás, stb.
2. Technikai személyzet
3. Diagnosztikai csoport
   - Kötelező tagok: gyermekneurológus vagy gyermekpszichiáter, korai ellátásban képzett/gyakorlatot szerzett gyógypedagógus (kötelező: értelmileg akadályozott szak, és mellette preferált a szomatopedagógus), mozgásterapeuta és/vagy konduktor, tanácsadó szakpszichológus/ gyermek- és ifjúsági szakpszichológus;
   - Kiegészítő, kötelezően meghívott tagok: szülők, védőnő, házi gyermekorvos/háziorvos, szociális munkás/családgondozó);
   - Egyéb tagok szükség szerint: neonatológus (amennyiben perinatális/neonatális intenzív centrumból érkezik a gyermek, legalább az első ülésen részt vesz, prezentálja az esetet), rehabilitációs szakorvos, egyéb szakorvos, látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, logopédus, pszichopedagógus, táplálási tanácsadó, családterapeuta, gyermekvédelmi szakember, külső (magán)szakellátó stb.

A Koordinációs Csoportok a diagnosztika vonatkozásában a speciális betegcsoportközpontokkal, a speciális szakrendelésekkel, a fejlődésneurológiai szakrendelésekkel, valamint a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságaival, valamint az országos szakértői bizottságokkal tartanak szoros kapcsolatot. A Diagnosztikai Csoport moduláris jelleggel működik, amennyiben más intézetben (szakrendelésen stb.) történt vizsgálat, ezek a diagnosztikai csoportvezető döntése alapján a vizsgálatba beemelhetőek, nem feltétlenül szükséges ismételni azokat.

A terápiás ellátás megszervezése pedig a kórházak fekvő- és járóbeteg-szakellátásának, a pedagógiai szakszolgálatoknak és a magánellátóknak a segítségével történik, olyan keretek között, hogy a gyermek és családja számára a szükségleteiknek leginkább megfelelő és lakóhelyhez legközelebb lévő ellátást tudják biztosítani. A magánellátók akkreditációs folyamaton mennek keresztül (ugyanígy az állami ellátók), hogy munkájuk kontrollálhatóvá váljon. A Koordinációs Csoport esetében nagyon fontos az országos lefedettség elérése.



15. ábra: Prekoncepcionális időszak és várandóssági szakasz
Forrás: Kereki Judit

A KOORDINÁCIÓS CSOPORT MŰKÖDÉSE

A Koordinációs Csoportba beérkező felkérést kezdeményezheti a szülő, a neonatológus, gyermekneurológus, gyermekpszichiáter, egyéb speciális szakorvosok, valamint a házi gyermekorvos/háziorvos. A Koordinációs Csoport ülését a Koordinációs Csoport adminisztratív tagjai hívják össze, az esethez leginkább illeszkedő kompetenciával rendelkező szakemberek részvételével. A Koordinációs Csoport ülés előkészítéséhez hozzátartozik a korábbi leletek, diagnosztikus vizsgálatok eredményeinek áttekintése, előkészítése a Diagnosztikai Csoport tagjai számára.

A szülőkkel, védőnővel és házi gyermekorvossal/háziorvossal közösen egy Ellátási Terv készül, amely tartalmazza a korábbi vizsgálatok rövid összefoglalóját, a várható további vizsgálatokat és a javasolt terápiás, fejlesztő eljárásokat. A szülővel közösen egyeztetnek a szükséges (az érvényes akkreditációs lista alapján elérhető) ellátásokról, figyelembe véve a család szociális helyzetét, a földrajzi, közlekedési viszonyokat. A Ellátási Terv elfogadását követően a Koordinációs Csoport kiadja a megfelelő igazolásokat a szociális juttatások igénybevételéhez. Az ülés végén kijelölik a kontroll Koordinációs Csoport vizsgálatok időpontját is. Koraszülöttek esetében, amennyiben szükséges (1500 g alatti vagy neurológiai sérülés, fogyatékosság, összetett fejlődési rendellenesség esetén) lehetőség szerint még a perinatális (neonatális) intenzív centrumból való hazaadást megelőzően megtörténik az első csoportülés, ahol a neonatológus prezentálja az esetet a Koordinációs Csoport felé, ezáltal folyamatosságot biztosítva a gyermek és családja számára. A Koordinációs Csoportok által az Ellátási Tervben kijelölt beavatkozásokat végző szolgáltatóval a Koordinációs Csoport adminisztratív tagjai felveszik a kapcsolatot, és megszervezik a gyermek és a család ellátásba kerülését.

VI./1.2.3 HAZAKERÜLÉS UTÁN, 3 ÉVES KORIG

A jövőben a szülői megfigyelésen alapuló kérdőív segítségével szűri ki a védőnő a megkésett, eltérő fejlődésű gyerekeket. A kérdőívet 1 és 6 éves kor között 13 alkalommal töltik ki a szülők (a gyermek 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 hónapos, illetve 2, 3, 4, 5, 6 éves korában), valamint 15 hónapos és 2,5 éves korban, ha a megelőző vizsgálatkor felmerült a fejlődési zavar gyanúja. Hétéves korban pedig azokat a gyermekeket szűrik, akik valamilyen oknál fogva még nem kezdték meg iskolai tanulmányaikat. Gyanú esetén a védőnő a házi gyermekorvoshoz/háziorvoshoz irányítja a szülőt és a gyermeket. A házi gyermekorvos/háziorvos a Részletes Vizsgálati Lap alapján megvizsgálja a gyermeket, és amennyiben problémát tapasztal, a Koordinációs Csoporthoz utalja őt és családját, ahol a szakemberek a gyermekről és a családról kért előzetes információk alapján egy diagnosztikus teamet szerveznek. A team tagjait a gyermek, illetve a család szükségleteihez illeszkedve állítják össze. A teamnek mindig tagja a szülő is. A diagnózis ismeretében a Koordinációs Csoport egyénre szabott ellátási tervet készít, illetve terápiás fejlesztési csomagokat javasol. Ezt követően a Koordinációs Csoport feladata az ellátás megszervezése, az ellátás, illetve a gyermek fejlődésének a kontrollálása. A Koordinációs Csoport szervezi meg az ellátást ambuláns ellátási fókusszal, akár egyéni, akár csoportos formában, lehetőleg integrált modellben, korcsoport- és sérülésspecifikusan, differenciáltan és a pszicho-szociális háttér figyelembevételével – szükség esetén otthoni ellátási formában. A fejlődés kontrollálása is a Koordinációs Csoport feladata. A folyamatos ellátás igénybevételének, megvalósulásának nyomon követését valamint a szülői oldal kontrollálását a védőnő végzi.

A beutalási rend és a jelzőrendszer figyelése a házi gyermekorvos/háziorvos feladata. Fontos, hogy olyan információs rendszer működjön, mely lehetővé teszi az összes jelzésre kötelezett ágazat szakembereinek hozzáférését a gyermek adataihoz. Erre hasznos lenne egy egységes, mindenkire vonatkozó módszertani levél megfogalmazása, amelyet a különböző szakembereknek ismerniük kellene. A gyermekkel foglalkozó alapellátók, szakellátó szakorvosok mindenképpen betekintési joggal kell hogy rendelkezzenek a gyermek adataihoz. Elengedhetetlen a megfelelő ellátói szinteken való hozzáférés biztosítása, pl. védőnők, család, terapeuta.

A köznevelési intézmények jelzési kötelezettséggel rendelkeznek a Koordinációs Csoport irányába, emellett pedig kölcsönös tájékoztatási kötelezettség szükséges a Koordinációs Csoport és a gyermekjóléti szolgálat, valamint a Koordinációs Csoport és a házi gyermekorvos/háziorvos, illetve a védőnő között. A védőnő közvetlenül is jelezhet a Koordinációs Csoportnak, illetve közvetlenül is kaphat attól visszajelzést.

Komplex feladatellátásra képes centrumokban lehet a legeredményesebb ellátást biztosítani. Megfelelő dokumentálás mellett az átfedések, a többszörös ellátás kiküszöbölhető. Az interdiszciplináris teammunka valamint a széles terápiás választék szakmailag ellenőrzött (intézményes) keretek között történő biztosítása elengedhetetlen feltétele a szükségletalapú ellátásnak.

Amennyiben 3 éves kor után merül fel a probléma, az érintett gyermekek és családjuk ellátásának koordinációja a köznevelés kompetenciájába tartozik. A diagnosztizálást a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai végzik, a terápiás, fejlesztő ellátást a pedagógiai szakszolgálatok szervezik. Iskoláskorig a család támogatója és kísérője továbbra is a védőnő. A védőnő végzi az előírt szűrővizsgálatokat, eltérés esetén tájékoztatja a csecsemő házi gyermekorvosát/háziorvosát, egyben hozzá küldi a szülőt is. A házi gyermekorvos/háziorvos szakellátásba és a pedagógiai szakszolgálathoz is irányítja a szülőt, a probléma jellegétől függően.

A diagnózist felállító szakrendelő, osztály, illetve a pedagógiai szakszolgálat jelez az alapellátás (házi gyermekorvos/háziorvos és védőnő) felé. Szociális veszélyeztetettség esetén minden érintett orvosnak és szakembernek jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé és a visszajelzés is kötelező. A 3. életévtől, az óvodába kerüléssel jelenik meg az óvoda (majd ezt

követően az iskola) jelzési kötelezettsége, amely lehetővé teszi, hogy a gyermek – szükség esetén hatóság közreműködésével – komplex (gyógy)pedagógiai, pszichológiai, orvosi diagnosztikai vizsgálaton vegyen részt és a fejlődési szükségleteihez igazodó fejlesztésben, terápiás ellátásban részesüljön.

Felhasznált irodalom

Alapvető stratégiai javaslatokat lásd. Kereki. J. (szerk.) (2012): *PR8 – Javaslat(ok) adaptálható elemek beépítésére a hazai koragyermekkori ellátás egységes szemléleten alapuló protokolljainak kialakításához, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit.* A.I.M. 2011 konzorcium. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_1.pdf

Kereki, J. (szerk.) (2012): *PR9 – Javaslat(ok) érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) által használatos protokollok összehangolására.* A.I.M. 2011 konzorcium. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_2.pdf

Kereki, J. et al. (2014) *Gyermekút – Jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell.* Kézirat. TÁMOP 6.1.4./12/1–2012–0001, Koragyermekkori (0–7 év) program, OTH Budapest.

VI./2 ZÁRÁS, BEFEJEZÉS

MIT KELL TENNI?

	Mit kellene tenni ahhoz, hogy a rendszer a jelenleginél jobban működjön?
védőnőknek	
házi gyermekorvosoknak/ vegyes praxisú háziorvosoknak	
szakorvosoknak	
gyermekvédelmi szakembereknek	
pedagógiai szakszolgálat szakembereinek	
szülőknek/családnak	

A kiadvány megjelenését a GYEMSZI és az OTH konzorciumában megvalósuló
TÁMOP–6.1.4/12/1–2012–0001 Koragyermekkori (0–7 év) program biztosította

ISBN 978-615-80062-3-1

Felelős kiadó a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési
Intézet főigazgatója: dr. Török Krisztina
Felelős szerkesztő: dr. Török Krisztina

A műszaki szerkesztés és a tördelés a Pátria Nyomda Zrt. munkája

A könyv a Pátria Nyomdában készült, 215 példányban Budapesten
Felelős vezető: Orgován Katalin vezérigazgató