ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar,
Hallássérültek Pedagógiája Tanszék

Vissza a tartalomhoz

A koragyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata

KEREKI JUDIT
judit.kereki@freemail.hu

Absztrakt
A tanulmány a hazai koragyermekkori intervenciós rendszer működését egy anomáliákkal küzdő terület, egy átlagos és egy jól működő hálózat összehasonlításán keresztül közelíti meg egy 2008-ban lezajlott empirikus vizsgálat adatainak elemzése alapján. A koragyermekkori intervenciós rendszer bizonyos elemeinek – a szűrés-jelzés szakaszának, a koragyermekkori diagnosztikának és terápiás ellátásnak, illetve az intézményrendszernek – a bemutatása mentén olyan összefüggések jelenlétét, illetve hiányát tárja fel, amely segít annak megértésében, hogy mitől működik hatékonyabban, illetve kevésbé hatékonyan a rendszer. A működésbeli hasonlóságok és eltérések mögött rejlő összefüggések felismerése vezet ahhoz az egyik alapvető megállapításhoz, hogy az ellátásba való bekerülésnek igen fontos, ha nem a legfontosabb differenciáló tényezője az egészségügyön belüli, illetve az egészségügyi-, oktatási- és szociális intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége.

Kulcsszavak: koragyermekkori intervenció, kutatás, szűrés, jelzés, diagnosztika, terápia, intézményrendszer

Magyarországon az utóbbi években a születésszám csökkenése mellett évről-évre növekszik a sérülten született, vagy a későbbiekben eltérő fejlődésűnek vagy lassúbb fejlődésmenetűnek mutatkozó gyermekek száma. Az érintett gyermekek életlehetőségeit, és ezzel összefüggésben családjuk helyzetét döntően befolyásolja, hogy időben felismerik-e problémájukat, s bekerülnek-e minél hamarabb a korai ellátásba, és megkapják-e a számukra megfelelő terápiás vagy fejlesztő szolgáltatást. Miközben a törvény szabályozza a szűrések rendszerét, rendelkezik a jelzési kötelezettségről, biztosítja az arra rászoruló gyermekeknek a korai fejlesztésben-gondozásban való részvétel jogát, valamint a szülők támogatását és a széleskörű juttatások rendszerét, az információ rendszerint nem jut el az érintettekhez, a szakemberek számára sem átlátható a koragyermekkori intervenciós rendszer, a kliens útja a rendszerben. Ugyanakkor az sem egyértelmű, kinek a feladata pontosan a korai ellátás, hiszen három tárca – az oktatási, a szociális és az egészségügyi – között oszlik meg a terület felelőssége.

A korai életszakaszt pedig kitüntetett figyelemmel kellene kezelni, hiszen minél korábban bekerül egy rászoruló gyermek az ellátó rendszerbe, annál nagyobb eséllyel tudja leküzdeni hátrányait. Ha pedig nemcsak az egyén és a családok, hanem a társadalom szempontjából nézzük ugyanezt a kérdést, látnunk kell, hogy a koragyermekkori intervenció fontosságának megítélésénél nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a megközelítést, amely a preventív jellegű szolgáltatások későbbi költségcsökkentő hatásait is figyelembe veszi. A korai életkorban kezeletlen problémák ugyanis olyan következményekkel járnak, amelyeknek megoldása az életút során sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényel a társadalomtól, mint amennyit a korai ellátórendszer hatékony működésébe kellene fektetnie. Makroszinten is célszerű lenne tehát a korai intervenció kérdésének társadalompolitikai prioritást adni.

Bármilyen szintről közelítjük meg a koragyermekkori intervenció kérdését, elengedhetetlen a rendszer működésének ismerete. 2008-ban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megrendelésére, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány megbízásából a Tárki-Tudok Zrt. széleskörű kutatást végzett, amely a koragyermekkori intervenció teljes rendszerének feltárására, működésének átláthatóvá tételére vállalkozott. Ennek a kutatásnak a bőséges adatbázisa lehetőséget szolgáltatott arra, hogy bizonyos adatok másodelemzésével a rendszer működése új megvilágításból, egy anomáliákkal küzdő terület, egy átlagos és egy jól működő hálózat összehasonlításán keresztül legyen megközelíthető. Jelen elemzés arra törekszik, hogy a működés tekintetében háromféle minőséget reprezentáló közigazgatási egységre vonatkozó kvalitatív és kvantitatív vizsgálati anyag elemzésének segítségével, a koragyermekkori intervenciós rendszer egyes elemeinek – a szűrés-jelzés szakaszának, a korai diagnosztikának és terápiás ellátásnak, illetve az intézményrendszernek – a bemutatásán keresztül olyan összefüggések jelenlétét, illetve hiányát tárja fel, amely segít annak megértésében, hogy mitől működik hatékonyabban, illetve kevésbé hatékonyan a rendszer.

A területek kiválasztását nemcsak a rendszerszerű működésben látott pozitív vagy negatív folyamatok, hanem a rendelkezésre álló információk használhatósága, bősége, elemezhetősége is meghatározta. A kutatási tapasztalatok alapján anomáliákkal küzdő régiónak mutatkozott Észak-Magyarország, ahonnan a beérkező információk alapján Borsod-Abaúj-Zemplén megye helyzete tűnt részletesebb elemzésre érdemesnek. A rendszerszerűen jól működő megyékhez tartozik Baranya megye, míg Jász-Nagykun-Szolnok megyében egy jól egyensúlyozó, átlagosan működő hálózat képe bontakozik ki. Az elemzés alapjául gyakorlatilag az alapkutatás során a védőnők, a szülők és az ellátó intézmények körében végzett kérdőíves felméréseknek a kiválasztott közigazgatási egységekre vonatkozó adatai,[1] illetve az érintett megyékben végzett intézményi-, szülői- és védőnői fókuszcsoportos beszélgetések, a szakértői bizottságoknál és a perinatális/neonatális centrumokban felvett strukturált mélyinterjúk, a KSH adatbázis, valamint az alapkutatásból készült zárótanulmány szolgált.

1 Az alapkutatás kérdőíves adatfelvételeiből egyedül a védőnői felmérés tekinthető reprezentatívnak. Az intézményekből a rendelkezésre álló listák (KIR-STAT, Kézenfogva Alapítvány információs füzetei, internet, egyéb információforrások) hiányosságai nem biztosították a teljes intézményi elérhetőséget, s a kiküldött kérdőíveket sem mindegyik intézmény jutatta vissza. A szülői kérdőívek reprezentativitását pedig az kérdőjelezi meg, hogy őket adatvédelmi okokból az intézményeken keresztül lehetett csak elérni, ezért az ellátásba kerülő gyermekekről vannak csak információk.

A fogalomhasználat útvesztői

Koragyermekkori intervenció, korai intervenció vagy korai fejlesztés? Európa fejlettebb országaiban az 1960-as években már komolyan foglalkoztak iskoláskor előtti fejlődési elmaradást mutató gyerekek terápiájával, törekedve az eltérő fejlődési jellemzők korai felismerésére és kezelésére. Akkor ezt a tevékenységet „korai terápiának" nevezték. (CSIKY 2006) A korai intervenció kifejezés azokkal a törekvésekkel párhuzamosan kezdett egyre inkább elterjedni, amelyek Európában és Észak-Amerikában is a tevékenység kiszélesítését, a szülőknek a fejlesztő tevékenységbe való bevonását szorgalmazták. Az 1980-as években egyre világosabbá vált, hogy a sérült gyermek fejlődése érdekében a szülők és a szakemberek együttműködése elengedhetetlen. (BORBÉLY 1995) Ez a gondolkodásmód összekapcsolódik azzal a szemléletbeli nyitással, amely a fogyatékossággal élő embereket az „orvosi" modell helyett a „bio-pszicho-szociális" modell kontextusába helyezi, s ezzel a korai intervenció fogalmát is kitágítja egy szélesebb értelmezés felé, amelyben az egyén sérültségi állapotát, pszichés funkcióit, képességeinek szintjeit szociális környezetébe ágyazottan közelíti meg.

A korai intervenció mellett a koragyermekkori intervenció kifejezés is egyre inkább teret nyert, bár tartalmuk az idők folyamán differenciálódott. Az European Agency for Development in Special Needs Education szervezetnek a koragyermekkori intervenció európai gyakorlatáról 2005-ben megjelent összegző dokumentuma határozottan megkülönbözteti a korai intervenció fogalmát a koragyermekkori intervenció kifejezéstől. Eszerint a korai intervenció minden olyan időben nyújtott cselekvést és beavatkozást magában foglal, amelyben a rászoruló gyermek és családja a nevelési-oktatási folyamat során részesül. A koragyermekkori intervenció ellenben a hat évnél nem idősebb, sajátos nevelési igényű gyermekekre és családjukra fókuszál. (Early Childhood Intervention, 2005).[2]

Magyarországon a koragyermekkori intervenció alig használatos, a korai intervenció kifejezés bár ismert, mégsem honosodott meg, használata jellemzően leszűkül a korai fejlesztés fogalmára, amely egyértelműen csak az oktatási-nevelési színtérhez köti, miközben az egészségügyi és a szociális szféra is hangsúlyosan érintett a rendszerben.[3] A fókuszcsoportos beszélgetésekből kitűnt, hogy a korai ellátó intézményekben dolgozó gyakorlati szakemberek többsége számára a korai intervenció és a korai fejlesztés hasonló tartalmú fogalmak, használatuk attól függ, milyen környezeti kontextusban bukkannak elő, az egészségügyben dolgozók vagy a gyógypedagógusok használják-e őket. A terminológiai tisztázatlanságnak a feloldását kísérelte meg 2005-ben egy szakértői munkacsoport, amely a korai fejlesztés koncepcionális kialakítására tett javaslatában a korai fejlesztés fogalmának megváltoztatását szorgalmazta. Hivatkozva a hazai és nemzetközi szakmai gyakorlatra, javasolta a koragyermekkori intervenció fogalmának bevezetését, hangsúlyozva tartalmában a preventív elemet, s

2 A European Agency for Development in Special Needs Education-nek az Early Childhood Intervention (Koragyermekkori Intervenció) c. dokumentumát magyarra sajnálatosan Korai fejlesztés címmel fordították le, s a szövegben végig következetesen meg is maradnak e mellett a kifejezés mellett. (Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások, 2005)

3 A pedagógiai jellegű megközelítést erősíti az a tény, hogy az 1993-as közoktatási törvény, amely először teszi lehetővé, hogy az arra rászoruló gyerekek 5 éves kor alatt megfelelő speciális segítségben részesüljenek, a korai fejlesztés-gondozás fogalommal fedi le azt a szolgáltatást, melynek keretében ezt megkapják. (Az 1993. évi LXXIX. Ktv.)

célcsoportként megjelölve a születéstől a tankötelezettség kezdetéig tartó életszakaszban lévő kisgyerekeket és családjaikat. (Értékelemzési Zárójelentés, 2005) Az ellentmondásos fogalomhasználat a különböző fogyatékossági kategóriák, elnevezések, a rehabilitáció, habilitáció, a terápia és fejlesztés különböző értelmezéseinél is felmerül. A szakmán belüli és a különböző szakmák közötti közös nyelv kialakításának elősegítésére ajánlatos lenne egy fogalomtár vagy terminológiai szótár összeállítása, amely a különböző szakterületek munkáját közelebb hozhatná egymáshoz.

A koragyermekkori intervenció, mint rendszer

A koragyermekkori intervenció egy átfogó, komplex fogalom, amely a szűken vett intervenciós tevékenységen túl egy olyan rendszert jelöl, amelyben az esélyteremtő, esélykiegyenlítő beavatkozások egymástól időben, szabályozásban, finanszírozásban és az intézményrendszer működése szempontjából is elkülöníthető elemei jelennek meg, úgy mint: 1. a szűrés-jelzés szakasza, 2. a minősítés és diagnosztizálás folyamata illetve 3. az ellátások, juttatások és szolgáltatások rendszere. (KEREKI-LANNERT 2009)

A szűrés-jelzés szakasza a preventív jellegű tevékenységekhez kapcsolható, amennyiben valamilyen káros folyamat vagy esemény bekövetkezésének megelőzését szolgálja. Jelen esetben szűrés alatt elsősorban az életkorhoz kötött, kötelező szűrővizsgálatokat értjük, amelyeket az egészségügy rendszerében végeznek[4]. A szűrés nemcsak a probléma kiszűrését és azonosítását jelenti, hanem szükséges esetben további vizsgálatokra való javaslatot, illetve az egészségügyi-, szociális-, és közoktatási ellátásokba és szolgáltatásokba való továbbirányítást is.[5] A jelzés során a jelző személy a problémát gyanítva további szűrésre, vizsgálatra küldi a gyermeket, ahol a problémát azonosítják. Elsődleges jelzők lehetnek azok a személyek, intézmények, akik biztosan közvetlen kapcsolatba kerülnek a családokkal (szülész, védőnő, gyermekorvos, bölcsőde, óvoda). Másodlagos jelzők azok a személyek, intézmények, amelyek csak akkor kerülnek kapcsolatba a családdal, ha a szülő felkeresi őket, amennyiben ő maga érzékeli a problémát.[6]

A diagnosztika a probléma, betegség, elmaradás felismerésének, a tünetek alapján való jellemzésének, beazonosításának folyamata. Az orvostudomány mellett a pszichológia és a gyógypedagógia is kialakította saját diagnosztikai eljárásait, amelyet esetünkben a komplex diagnosztikai tevékenységben juttat érvényre. A diagnosztikai vizsgálatok fontossága hangsúlyos, a megfelelő diagnózishoz illeszkedő, minél korábban elkezdett eljárásokban rejlik a sikeresség kulcsa. Ide kapcsolódik a minősítés (jogosultság megállapítása), melynek célja valamely egészségügyi, szociális, közoktatási pénzbeli ellátásra (pl. útiköltségtérítés, emelt összegű családi pótlék) vagy természetbeni juttatásra (pl. gyógyászati segédeszközellátás, közgyógyellátás, szülősegítő

4 Szűréseket a kórházak szülészeti, nőgyógyászati osztályain, az újszülött osztályokon, a perinatális/neonatális intenzív centrumokban, a veleszületett anyagcsere-betegségek laboratóriumi vizsgálatát végző jogosult egészségügyi szolgáltatóknál végeznek, de szűrésre kötelezettek a házi gyermekorvosok és a védőnők is.

5 Megjegyezzük, hogy az egészségügy területén végzett szűrések mellett a közoktatási és a szociális szolgáltatást végző intézményekben végzett szűrések is ehhez a szakaszhoz kapcsolódnak.

6 Ide tartoznak a szakértői bizottságok, a gyermekjóléti szolgálatok, a családsegítő központok, maguk a korai fejlesztő és gondozó központok, a fogyatékosság típusának megfelelő érdekvédelmi szervezetek a falu- és tanyagondnoki szolgálatok.

szolgáltatás), illetve személyes közreműködést igénylő szolgáltatásra (pl. otthoni szakápolás, bölcsődei ellátás, gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás) való jogosultság megállapítása.

A koragyermekkori intervenció keretében az egészségügy rehabilitációs illetve habilitációs szakellátást nyújt a 0-6 éves korú gyermekek számára, amely az OEP által finanszírozott. A közoktatási rendszeren belül pedig gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás folyik, amely a közoktatási törvényben szabályozott, normatívával támogatott közoktatási, ezen belül szakszolgálati tevékenység, amelyet a gyermek 5 éves koráig kaphat. A szociális intézményekben is folyik gyógypedagógiai fejlesztés és gondozás (bölcsődék, fogyatékosok-ápoló, gondozó otthonai). Egyéb egyéni képesség-fejlesztést nyújtó szolgáltatás is létezik, amelyet konkrét terápiát folytató, általában civil szervezetek vagy vállalkozások folytatnak.

A korai ellátásra szoruló és abban részesülő gyermekek száma

Az alapkutatás a megfelelő létszámadatok becslése segítségével arra következtetett, hogy jelenleg hazánkban a 6 éven aluliak közül mintegy 9-10 ezer a koragyermekkori intervenciós ellátásra szoruló gyermek, és ebből kb. 5-6 ezer részesül ebben a szolgáltatásban, tehát a rászorulók több, mint 30%-a ellátatlan marad. (KEREKI-LANNERT 2009) A védőnői adatbázis alapján a három bemutatni kívánt megyében is becslés adható a 6 éven aluli korai ellátásra szorulók és az ellátottak számáról.[7] *(Lásd 1. táblázat)*

Megye	Korai ellátásra szorulók becsült száma (védőnői adatok alapján)	Korai ellátásban részesültek becsült száma (védőnői adatok alapján)	A rászorulók közül hány százalék kap ellátást (védőnői adatok alapján)	Intézményes ellátásban részesülők száma (intézmények adatai alapján)
Baranya megye	325	220	67,7%	365
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	1045	510	48,8%	306
Jász-Nagykun-Szolnok megye	320	248	77,5%	44
Országos összesítésben	9030	5663	66,2%	4147

Forrás: Védőnői és intézményi adatbázis, TÁRKI-TUDOK-FSZK.

1. táblázat: A hat éven aluli rászorulók és az ellátásban részesülők adatai, 2007

A védőnők megítélése alapján Borsod-Abaúj-Zemplén megyében jóval alacsonyabb az ellátásba bekerülő rászorulók aránya, mint a másik két vizsgált megyében, itt gyakorlatilag a rászorulók fele marad ellátatlanul. Baranya megyében az adatok az országos átlaghoz közeli értéket mutatnak, 32% a rászoruló-ellátott arány, míg Jász-Nagykun-Szolnok megye eszerint a jó helyzetben lévő megyék közé tartozik, hiszen a védőnők adatai alapján alig több, mint 20%-os az ellátatlanok aránya.

7 A védőnői adatbázis reprezentativitásának biztosítása súlyozás segítségével történt. Mivel a védőnői minta 20%-os volt, az általuk megadott adatokat 5-tel felszorozva kaptuk meg a becsült értékeket.

A védőnői és az intézményi adatbázis 2007-re vonatkozó adatait összevetve azt találjuk, hogy Baranyában több az intézmények által ellátott gyermek, mint a rászorulónak ítélt. *(Lásd 1. táblázat)* A magyarázatot erre az adhatja, hogy más közigazgatási egységekből is kerülnek ide gyerekek, kompenzálva a környező területek esetleges ellátásbeli hiányosságait. Az ellátás területi egyenetlenségeinek meghökkentő különbségét reprezentáló Budapest mellett[8] Baranya megye az egyik, amelynek országosan is kedvező mutatói vannak az intézményes ellátás arányait tekintve. (KEREKI-LANNERT 2009) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében háromszor annyi gyermeket ítélnek rászorulónak, mint Baranyában, s a védőnők szerint a gyerekek fele jut el ellátásba, ugyanakkor a válaszadó intézmények a rászorulók becsült számának csak egyharmadát látják el. Védőnői beszámolók alapján sok a diagnosztizálatlan, ellátásba elsősorban szociálisan hátrányos helyzete okán be nem jutó gyermek. Az országos megoszláshoz képest is nagyobb arányt képviselő rászoruló gyermekek jelenléte a legproblémásabb megyék közé sorolja Borsodot. Jász-Nagykun-Szolnok megye „rejtélye", hogy míg a védőnők szerint majdnem 80%-os az ellátottak aránya, az intézmények adatai a rászorulóknak ítéltek becsült létszámához képest csak 13%-os ellátási arányt mutatnak. Ezt az arányt korrigálhatja az a működésbeli jellegzetesség, hogy a másik két megyétől eltérően itt a szakértői bizottság szervezi meg az otthoni ellátást, így ezek az adatok nem is szerepelhetnek az intézményesen ellátottak összesített listájában. Tovább árnyalhatja a képet, ami a fókuszcsoportos szülői interjúkból derül ki, hogy a szülők, mivel nem tartják elég széleskörűnek az ellátás kínálatát, más megyék településein keresik a megoldást. Jász-Nagykun-Szolnok megye az országos kép alapján a „közepesen" ellátottak közé sorolható.

A szűrés és jelzés szintje

A születés után elvégzendő szűrések rendszeréről a jogszabályok a 0-6 éves korosztályra vonatkozóan részletesen rendelkeznek.[9] Bár a megkérdezett védőnők a törvény rendelkezéseit próbálják betartani, a három vizsgált megyét tekintve határozottan láthatóak szignifikáns különbségek az elvégzett szűrési eljárások vonatkozásában. A szűrési eljárások többségénél korcsoportonkénti bontásban is jellemzően a baranyai védőnők tesznek eleget legmagasabb arányban a törvényi előírásoknak. Országosan jellemző, hogy az elvégzett szűrési arányokat tekintve a 4 évesek háttérbe szorulnak a többi korcsoporthoz képest, s ez a vizsgált megyékben sincs másképp. A másik tendenciózus jelenség, amely általánosnak mondható az egész országban, a hallásszűrés és a látásszűrés elvégzésének hiányossága. Baranyában ugyan magasabbak a vizsgálati arányok, mint a másik két megyében, ám itt sem tűnik egyenletesen ellenőrzöttnek a két érzékszerv. (Legkevésbé kedvező képet Borsod-Abaúj-Zemplén megye mutat, ahol az esetek többségében a hallást jó, ha egyötödnyien kontrollálják, a látást még kevesebben.) A szűrővizsgálatok elvégzésének arányát természetesen befolyásolja a

8 Budapesten az összes ellátott 6 év alatti gyermek 55%-a kap segítséget, miközben a 0-4 éves népességnek csak 14%-a lakik itt

9 Lásd az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, illetve annak 2005-ös módosítása, a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet, illetve a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról ide vonatkozó részei. A 19/ 2009 (VI.18.) EüM rendeletet ugyan már e két utóbbi rendeletet is módosítja, de a módosítás nem érinti a közölt eredményeket.

tanácsadóban rendelkezésre álló alapfelszereltség és annak állapota is[10]. Nem meglepő, hogy a baranyai tanácsadók a leginkább felszereltek, s Borsod-Abaúj-Zemplén megyében mutatja a korai felismeréshez szükséges eszközellátottsággal való elégedettség a legalacsonyabb értéket. Ami még jelzésszerű, és az infomációáramlást nehezítő körülmény, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (az országos, csaknem 80%-os ellátottsághoz képest) meglepően alacsony arányban találunk számítógéppel rendelkező tanácsadókat (52%). A szűrésekhez használható felszerelés minőségével, mérésre való alkalmasságukkal mindenhol elégedetlenek a védőnők.

A szűrés szintje szorosan összekapcsolódik a jelzés folyamatával. Az alapkutatás eredményeiből az látszik, hogy a védőnők és a szülők vélekedése eltér abban a kérdésben, hogy a gyermek problémáját mikor és ki ismerte fel először.[11] A védőnők saját jelző szerepüket elsődlegesnek érzékelik, úgy ítélik meg, hogy leggyakrabban (a gyerekek 37%-ánál) ők jelezték a problémát. Gyakori még szerintük, hogy a szülés után közvetlenül kiderül, hogy a gyermek sérült vagy valamilyen rendellenesség áll fenn (az esetek 30%-ában). A problémás esetek közül szerintük minden 7-iket az első házi gyermekorvosi vizsgálat eredménye alapján jeleztek, minden 9-iket a szülő vette észre, és kevesebb, mint egytizedükről tudtak a várandósság alatt. A szülők ellenben úgy értékelik, hogy az egészségügyi dolgozók, természetesen, a várandósság alatt és a születéskor sokkal nagyobb arányban ismerik fel a bajt, mint bárki más (38%). Ez azonban megfordul, mihelyst a baba elhagyja a kórházat. Onnantól kezdve a család, a barátok, ismerősök gyakrabban fedezik fel a rendellenességeket (31%-ban), mint akár a háziorvos vagy más szakorvos (24%), akár a védőnő (3%). (4%-nyian egyéb esetet soroltak fel.) (KEREKI-LANNERT 2009)

A megyéket tekintve a védőnői és a szülői válaszok alapján némi tendenciaértékű eltérés észlelhető a jelzés megítélésében. A védőnői kérdőív válaszai szerint Baranya megyében a szülés után közvetlenül kiderülő problémák (39%) és az első házi gyermekorvosi vizsgálat felismerő szerepe (22%) is jobban hangsúlyozódnak, mint a másik két megyében, mindkét esetben mintegy 10-10%-kal haladva meg a borsodi és a Jász-Nagykun-Szolnok megyei arányokat. Ugyanakkor a baranyai védőnők saját jelző szerepüket mintegy 10%-kal alacsonyabbra értékelik, mint a másik két megyében (26%-ra). A másik értékelhető különbség, hogy a szülők vélekedése szerint Borsod megyében másfélszer annyi az otthon (szülő, család, ismerősök által) felismert probléma (52%), mint akár Baranyában, akár Jász-Nagykun-Szolnok megyében. Messzemenő következtetéseket ezekből a jelenségekből nem vonhatunk le, bár a kvalitatív vizsgálat megerősíteni látszik ezeket az összefüggéseket.

A szülői fókuszcsoportos beszélgetések közül egyedül a baranyai szülők említik, hogy a házi gyermekorvos ismerte fel a problémát, ő irányította szakorvoshoz vagy rögtön a korai fejlesztő központba a gyermeket. (A három megye közül itt vetődik fel csak, hogy a házi gyermekorvos az egészségügyi ellátáson kívül másfajta ellátási formákat is ismerne.) Ugyanakkor a baranyai védőnők utalnak a házi gyermekorvosokkal való jó együttműködésre, pozitív attitűdjük magyarázhatja, hogy a kvantitatív

10 A 49/2004 (V.21.) EszCSM rendelet ezt is szabályozza. *(5. számú melléklet a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelethez)*

11 Hozzá kell azonban tennünk, hogy a védőnői mintával szemben a szülői minta nem reprezentatív, ráadásul a magasabb iskolai végzettségűek felülreprezentáltak benne. Ugyanakkor a kérdésekre adott válaszok sem egyértelműen összevethetőek, hiszen a szülőknek több választási lehetőségük volt a kérdések megválaszolásánál.

vizsgálatban a házi gyermekorvos jelző szerepét magasabbra értékelik a sajátjukénál, szemben az országos tendenciával. A szülőkéhez képest sem hangsúlyozzák túl jelző szerepüket, úgy gondolják, nagyjából hasonló arányban észlelik a problémákat. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ellenben a védőnők háziorvosokkal való kapcsolatának egy szövevényesebb, kevésbé egyértelmű, néhol konfliktusokkal terhelt hálója bontakozik ki, ahol a különböző gyakorlatok akár a két szakma presztízsének szubjektív megéléséről is szólnak. Úgy tűnik, a borsodi védőnők saját kompetenciájukat és a felismerésben betöltött szerepüket jelentősebbnek érzik. Egy részük utalt rá, hogy a házi gyermekorvosok nem minden esetben fordítanak kellő figyelmet a problémás esetekre, gyakran hangoztatják azt, hogy „várjunk még, hátha kinövi". (A házi gyermekorvosnak a felismerésben és az ellátási lehetőségek szélesebb ismeretében mutatott hiányosságai a Borsod megyei intézményvezetői beszélgetésekben is megjelennek.)

Diagnosztika és terápia

A vizsgált gyermekpopulációt először az egészségügy rendszerében diagnosztizálják. Ahhoz, hogy a gyermek a pedagógiai vagy a szociális intézményhálózatban megfelelő ellátásban részesülhessen, a szakértői bizottság komplex vizsgálatára van szükség. A komplex diagnózis alapján a bizottság a gyermeket sajátos nevelési igényűvé nyilvánítja, aminek birtokában megkapja a szükségleteinek megfelelő ellátást. A diagnosztikán alapuló ellátórendszerek működésének az alapfeltétele, hogy standardizált, komplex diagnosztikai rendszer álljon rendelkezésre, s a diagnosztikai kategóriákhoz rendelt fejlesztőeljárásoknak is szakmailag minőségieknek kell lenniük, a finanszírozási szabályokat pedig a diagnosztikai és fejlesztési protokoll ismeretében kell kialakítani. A megbízható diagnózis felállításához korszerű diagnosztikus eszköztárra és egységes eljárási protokollra lenne szükség. (CSÉPE 2008)

Az alapkutatásból kiderült, hogy a szakértői bizottságok által használt diagnosztikus eljárások többsége elavult, nem standardizált, szerzői jogokat sértő, engedély nélkül használt módszer. Nemcsak az egységes, korszerű diagnosztikai rendszer, de a korai vizsgálati eljárások lebonyolításában fellelhető egységes protokoll is hiányzik. (KEREKI-LANNERT 2009) Vizsgált megyéinkben sincs másképp, a 20-25 féle vizsgálati eljárás döntő többsége a korszerűtlennek mondott módszerek közé tartozik. Az SNI kategória tartalmi megfogalmazásánál sincs egységes protokolláris megfeleltetés, a megjelölés tisztázatlanságát minden bizottság másképpen hidalja át. A vizsgálati eljárás lefolytatása is a legkülönbözőbb módokon szerveződik, a szakemberek létszámát és szaktudását próbálják egyensúlyba hozni a vizsgálatok számával és jellegével. Mindhárom megyét jellemzi a diagnosztika kétközpontúsága. Baranya megyében a szakértői bizottságon kívül a városi korai fejlesztő központban is végeznek komplex vizsgálatot, és széles diagnosztikai repertoárral dolgoznak. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a szakértői bizottság ellenpólusa a kórház gyermek-rehabilitációs osztálya, bár a repertoárja jóval kisebb, mint a szakértői bizottságé. Jász-Nagykun-Szolnok megye két diagnosztikai bázisa a városi és a megyei szakértői bizottság. Az ellátó intézmények is végeznek saját vizsgálatokat, de alapvetően nem jelentenek konkurenciát a szakértői bizottságoknak.

A megyékben működő ellátó intézmények által használt átlagos terápiaszám Baranya megyében a legmagasabb, bár ezt az intézmények jellege is befolyásolja, hisz egyedül Baranyában működik két nagylétszámú, korai fejlesztő központ kategóriába sorolható intézmény, széles terápiás repertoárral. (20-23 féle eljárást alkalmaznak).

A terápiás szolgáltatásokat tekintve gyakorlatilag minden fogyatékosságtípust el tudnak látni a közigazgatási egységben. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az egészségügyi gyermek-rehabilitációs intézmény dolgozik a legtöbb terápiás eljárással (14), melyek között döntően mozgásfejlesztő, egészségügyi jellegű módszerek találhatóak. Kérdéses azonban, hogy a megyében hol és hogyan látják el a hallássérült gyermekeket. Jász-Nagykun-Szolnok megyében egyetlen intézmény, az alapítványi fenntartású egységes pedagógiai szakszolgálat dolgozik viszonylag széles terápiás repertoárral (16 féle eljárást használnak), s úgy tűnik, minden fogyatékossági területet próbálnak lefedni. A megye egészében mégis megkérdőjelezhető az érzékszervi sérült gyermekek számára nyújtható megfelelő szintű szolgáltatás, mint ahogy fehér folt az autista kisgyermekek ellátása is.

A koragyermekkori intervenció intézményrendszere

A koragyermekkori intervenció intézményes szereplőinek azonosítása segít a teljes rendszer feltárásában, az intézményháló elemei közötti kapcsolat és az egyes elemek funkciójának, működési feltételeinek áttekintésében. Alapvető intézményes szereplőnek tekintünk minden olyan intézményt (illetve annak képviselőjét), amely a sérült, fogyatékos illetve eltérő fejlődésű, vagy fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett gyermekkel fogantatásától kezdve 5 (6) éves koráig kapcsolatba kerül(het).[12]

Egészségügyi szereplők

A koraszülötteket, a kis súllyal születetteket vagy a sérült újszülötteket rögtön az úgynevezett perinatális vagy neonatális centrumokba szállítják.[13] A vizsgált megyékben az intenzív centrumok munkáját a rendszer többi szereplője egységesen jónak ítéli meg. Ugyanakkor az intézmények vezetői kivétel nélkül elégtelennek tartják munkakörülményeiket, a szükségesnél kevesebb helyiségben, korszerűtlen, rohamosan amortizálódó műszerezettség mellett dolgoznak. A meglévő szaktudást jónak, de a szakemberek létszámát kevésnek tartják, kivéve az egyik Baranya megyei PIC-et, ahol az orvosgárda stabil, a halálozási eredmények és a követéses eredmények is jók. A koraszülött intenzív ellátás mérőszámai a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei PIC-ben a legkedvezőtlenebbek, így pl. az egy ápolóra jutó beteg arány (1:10) országosan a legrosszabb mutató (az országos átlag 1:4).

Tájékozódva a megyék orvos- és védőnői ellátottságáról azt találjuk, hogy a szakorvos ellátottságot tekintve Borsod-Abaúj-Zemplén megye van a legmostohább helyzetben, egy-egy szakterület képviselőjére rendre többszörös (minimum kétszeres, de bizonyos szakterületen négyszeres) gyermeklétszám jut, mint a másik két megyében.

12 Ennek értelmében ide soroljuk a szakorvost, szülészorvost, neonatológust, a Perinatális/Neonatális Centrumokat, a kórházak csecsemő- és/vagy újszülött-osztályait, házi gyermekorvosokat, védőnőket, gyermekneurológusokat, egyéb szakorvosokat, a gyermekrehabilitációs intézményeket, gyermekjóléti szolgálatokat, falu- és tanyagondnoki szolgálatokat, családsegítő központokat, gyermek- és ifjúsági pszichiátriákat, szakértői bizottságokat, nevelési tanácsadókat, korai fejlesztő központokat, konduktív terápiát nyújtó intézményeket, bölcsődéket, óvodákat, fogyatékosok ápoló-gondozó otthonait, egységes gyógypedagógiai módszertani központokat, konduktív pedagógiai intézményeket, pedagógiai szakszolgálatokat, nem centrumszerűen működő alapítványokat, magánellátókat, fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezeteit.

13 Magyarországon 21 perinatális ill. neonatális centrum működik. Baranya megyében két egyetemi fenntartású perinatális centrumot találunk, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a megyeszékhelyen a közkórházban működik az intenzív centrum.

A házi gyermekorvosok tekintetében ugyanakkor éppen Borsod megye tűnik előnyösebb helyzetűnek a másik két közigazgatási területhez képest. (Feleannyi gyermek jut rájuk, mint a másik két megyében.) A védőnőket nézve kiegyenlített a három megye közötti különbség.[14]

A szakértői bizottságok szerepe

Az intézményrendszer meghatározó elemét képezik a szakértői és rehabilitációs bizottságok, s döntő szerepük van abban, hogy az általuk sajátos nevelési igényűnek nyilvánított 0-5 éves korú gyermekek a közoktatási és szociális intézményrendszer berkein belül hozzájussanak a megfelelő ellátáshoz.[15] Mindhárom megyében egyaránt jellemzi a szakértői bizottságokat, hogy munkájuk hatékonyságát az elégtelen szakemberlétszám jelentősen befolyásolja, a növekvő esetszám folyamatos leterheltséget eredményez, és meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét. Baranya és Jász-Nagykun-Szolnok megyében egyre korábbi életkorban kerülnek a gyerekek a szakértői bizottság elé. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében azonban a többi megyéhez képest arányaiban és abszolút értékben is kevesebben jutnak el 5 éves kor alatt a szakértői bizottsághoz. A vizsgált újszülöttek száma kevés, inkább a későbbi életkorok felé tolódik el a bekerülés. Ebben szerepet játszhat az a tény, hogy a Miskolcon működő Gyermek Egészségügyi Központ neonatális centrumában terápiás ellátást kapnak a gyerekek, egy éves koruk után pedig a GYEK Rehabilitációs Osztályára utalják őket. Mivel az egészségügyi rendszerben maradva gondoskodnak a gyerekekről, az intézmény részéről semmi sem indokolja, hogy ebben az életkorban szakértői bizottság elé küldje a kicsiket.

„Papírforma" szerint a gyermek az egészségügyi intézményekből a szakértői bizottságokon keresztül kerül az ellátó intézményekbe. Azokban a közigazgatási egységekben azonban, ahol működik korai fejlesztő központ, a „tipikus"-nak hitt út megfordul, hamarabb jutnak el a gyermekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről az ellátó intézménybe, mint a szakértői bizottság elé. Az ellátó intézmény küldi aztán tovább a gyermeket a szakértői bizottsághoz. Több intézményben a komplex diagnosztikai vizsgálatot is elvégzik, s mivel sokat kell várni a szakértői bizottság vizsgálatára, „saját szakállukra" elkezdik a fejlesztést, hogy ne maradjon ellátatlanul a gyermek. Nincs ez máshogy a vizsgált közigazgatási egységekben sem. Baranya megyében a székhelyen működő városi korai fejlesztő központba érkező gyerekeknek csak kb. 2%-át küldi a szakértői bizottság, döntően egészségügyi szereplők irányítják ide a gyerekeket, illetve a szülők maguktól keresik fel az intézményt. Ugyanakkor a megyei szakértői bizottság keresettségét elősegíti, hogy egy intézményben funkcionál az EGYMI keretében működő korai fejlesztő központtal, amely úgy tűnik, szintén jó kapcsolatot ápol az egészségügy szereplőivel (a PIC-ek, szakorvosok, házi gyermekorvosok és a védőnők is küldenek ide gyerekeket), de szociális intézmények is ajánlják az intézményt. Emellett úgy tűnik, a két intézményegységnek sikerült találni egy olyan formát,, amely az egészségügyből való bekerülés és a bizottság szakértői véleményének kézhezvétele között nem hagyja ellátatlanul a gyermekeket. A Borsod-Abaúj-Zemplén megyében is „össze-

14 A KSH 2001-es népszámlálás demográfiai adatainak korcsoportos bontását használva, az öt éves korig megadott megyénkénti lakosság létszámát vetítettem az ÁNTSZ által nyilvántartott adatbázisra, amely a védőnők, házi gyermekorvosok és több szakorvos adatait tartalmazta.

15 Jelenleg az országban összesen 35 szakértői bizottság működik. A három vizsgált megyében négy szakértői bizottság működik, Jász-Nagykun-Szolnok megyében a megyei bizottság mellett találjuk a Szolnok városi szakértői bizottságot.

fonódik" a diagnosztizáló és az ellátó intézmény, kapcsolati hálójuk azonban két lényeges ponton gyengébbnek mutatkozik a baranyai intézményekénél. Egyrészt az egészségügyi rendszer két olyan kulcsfontosságú szereplője, mint a házi gyermekorvos és a PIC szinte semmilyen kapcsolatot nem ápol az intézménnyel, másrészt a szociális intézményrendszer szereplőivel sem alakult ki partneri viszony, s így fontos jelzések nem jutnak el a diagnosztikus centrum felé. Jász-Nagykun-Szolnok megyében mindkét intézménynek ellentmondásos az egészségügyi ellátórendszerhez való illeszkedése. A védőnőkre, a házi gyermekorvosokra tudnak számítani, mint ahogy a kórházi gyermekneurológusra is. Ugyanakkor a PIC-cel a kórházi szülészettel, az újszülött-osztállyal alig van kontaktusuk. Inkább a szociális intézmények működnek fontos jelzőrendszerként. Úgy tűnik, Jász-Nagykun-Szolnok megyében, bár kevesebb a kialakult kapcsolat, a meglévők rendszeresek és intenzívek.

A szakértői bizottságok csak olyan intézményeket jelölhetnek ki ellátó helyként, amelyek rendelkeznek az Oktatási Minisztérium azonosítójával (OM kóddal), ami alapján az intézmények igényelhetik a gyermek után járó állami normatívát, vagy otthoni ellátást javasolnak. Baranyában a szakértői bizottság és az EGYMI keretében működő korai fejlesztő központ szerepe az ellátás szervezése tekintetében is szinte szétválaszthatatlan, a kompetenciahatárok elmosódnak. A két intézményegység a rendelkezésre álló listán szereplő intézményekkel folyamatos kapcsolatot tart. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a szakértői bizottsággal szintén „szimbiózisban" működő korai fejlesztő központ szakmai irányítása alatt ún. decentrumok működnek. A decentrumokkal funkcionáló megyei hálózatok közül a borsodi az egyetlen, amely nem a szakértői bizottság szervezése mellett működik. A bizottság az ellátási javaslatokat intézményekre teszi, utazótanári ellátást ritkán ajánl. Jász-Nagykun-Szolnok megyében a bizottság az intézményes ellátást preferálja. Lényegesnek tartják, hogy a gyermeket ugyanazon a településen fejlesszék, ahol lakik, de legalábbis a közelben, hogy elkerüljék az utaztatást. Szolnok városban a korai ellátás két színtéren történik, a bölcsődében és a bizottság által szervezett otthoni ellátásban.

Korai ellátó intézmények

Az országos adatokból kiderül, hogy az intézmények átlagos mérete igencsak szór megyénként, a nagy létszámú intézmények Budapest mellett elsősorban Baranya megyére jellemzőek (91 gyerek jut egy intézményre átlagosan). (KEREKI-LANNERT 2009). Ugyanakkor a három megye közül Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legalacsonyabb az egy intézményre jutó átlagos gyermeklétszám (15). Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ettől magasabb (38), ami az országos átlaggal (42) majdnem megegyező. A három megyében az intézménytípusonként elkülönített létszámadatok azt mutatják, hogy egy-egy intézménytípusba sűrűsödik a gyereklétszám, Baranya megyében a két korai fejlesztő központ látja el a gyerekek döntő többségét (a gyerekek 94%-át), míg Borsod-Abaúj-Zemplén megyében egészségügyi intézmény, a GYEK gyermek-rehabilitációs osztálya tekinthető súlyponti intézménynek (az ellátottak 78%-át találjuk itt), Jász-Nagykun-Szolnok megyében szociális intézmény, a megyeszékhelyen levő városi bölcsőde gondozza a gyerekek nagyobb részét (64%-át). Az intézmények által ellátott gyermeklétszámot a korai szakember létszámra vetítve azt kapjuk, hogy a három megye intézményei közül a két baranyai központnak és a borsodi gyermekrehabilitációs intézménynek az átlagos leterheltsége a legmagasabb. (Országosan is magasnak számítanak mutatóik.)

Az intézmények által ellátott gyerekek fogyatékosságtípusok szerinti megoszlása az összevethető adatok alapján az országos tendenciákat tükrözi. Mindhárom megyét jellemzi, hogy a halmozottan fogyatékos gyermekek aránya magasabb a többi fogyatékosságcsoporthoz képest. A szakemberek képzettségét tekintve Baranya megye az, ahol az ellátó intézményekben mindenhol lefedi a szakértelem a fogyatékossági terület megkívánta ellátási szükségleteket. Jász-Nagykun-Szolnok megyében kevés, de széles spektrumon képzett szakembert tudnak alkalmazni, a szükségletekhez igazodó megfelelő végzettséggel. A három közigazgatási egység közül csak Borsod-Abaúj-Zemplén megyében találhatóak olyan intézmények, ahol az ellátásra szoruló fogyatékossági területekhez nem biztosítottak a szakmai kompetenciák.

Rendelet szabályozza a gyermek korai fejlesztésére, terápiás ellátására fordítható óraszámot.[16] Az alapkutatás adataiból kiderül, hogy a nagyméretű intézményekben kevésbé tudják biztosítani a törvény által előírt óraszámokat, s az egy szakemberre jutó ellátott gyerekek száma is lényegesen és szignifikánsan magasabb, mint a törvényi minimumot teljesítők esetében. (KEREKI–LANNERT 2009) Az országos tendenciáknak megfelelően Baranyában a városi korai fejlesztő központban, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében pedig a GYEK gyermek-rehabilitációs osztályán fordul elő nagyobb arányban, hogy kevesebb óraszámot tudnak csak biztosítani.[17] Jász-Nagykun-Szolnok megyében minden gyermeknek biztosítják a megfelelő óraszámot az intézmények. Ugyanakkor a fókuszcsoportos beszélgetéseken mindhárom megye intézményvezetői a törvényi szabályozással szembeni elégedetlenségüknek adtak hangot, életszerűtlennek minősítve az „elvágólag" adható óraszámok jogosultságát, mint ahogy a finanszírozás elégtelenségét is sarkalatos problémának tekintik.

Összefoglalás

Nemcsak a rászoruló és a rendszerbe bekerülő kliens, de a szakma képviselői számára is áttekinthetetlen a koragyermekkori intervenciós intézmények hálózata, követhetetlen a kliens útja a rendszerben, és nincs egységes protokoll, amely a probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig megfelelően szabályozná ezt az utat. Nagy probléma az információhiány, a szülők tanácstalanok, hová fordulhatnának, ha gyermekük valamilyen rendellenességgel születik, vagy fejlődésében elmaradás mutatkozik. Jellemzően, azokban a megyékben, ahol korai fejlesztő központ működik, a szülők hamarabb jutnak el – akár az egészségügyi ellátásból, akár saját információik alapján – ezekbe az intézményekbe, mint a szakértői bizottság elé. Ezekben az esetekben tehát a szabályozott utak megfordulnak, ami elgondolkodtató a szabályozók életszerűségét illetően. Ugyanakkor, ahol nem működik korai fejlesztő központ, „elaprózódik" a szolgáltatás, és megnövekszik az otthoni ellátás szerepe.

A szűrés rendszerének vizsgálata jellemző különbségeket mutat a megyék tekintetében. A három megye közül Baranya megyében működik legjobban a védőnői szűrőhálózat, a törvények által megadott kontrollpontokat is ők érvényesítik leginkább. Jász-Nagykun-Szolnok megyéről egy kiegyenlítetten működő, viszonylag jól odafigyelő, Borsod-Abaúj-Zemplén megyéről egy kevésbé kiegyensúlyozott, bizonyos területeken

16 A 14/1994.MKM. rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról

17 Bár hozzáteszem, az egészségügyi intézményre nem vonatkozik az oktatási törvény szabályozása, csak összehasonlításképpen beszélhetünk az adatokról.

hiányossággal küzdő rendszer képe bontakozik ki. Jelzésértékű, hogy az érzékszervi szűrések a kevésbé kontrollált területek közé tartoznak, remélhetőleg ezen az új vizsgálati protokollok megjelenése segíteni fog. Ugyanakkor az is kiderült, hogy a szűrések során a 4 évesekre kevesebb figyelem irányul. Az összkép alapján megállapítható, hogy szükséges lenne a hazai szűrővizsgálatok egységesítése, megújítása, újabb, korszerűbb protokollok segítségével lehetne a szűrési eljárásokat, kontroll pontokat szabályozni. Korszerű eszközök biztosításával lehetne hiteles és hatékony szűrési rendszert, megfelelő szintű szolgáltatást megvalósítani. Az egységes informatikai háttér kialakítása alapvető lenne a hatékony információáramlás biztosításához. Ez Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, mint láttuk, megoldatlannak tűnik. Ám a korszerű technológia nem elég, a szűrési módszerek és az eszközök használatának elsajátításához megfelelő képzés biztosítására lenne szükség.

A jelzőrendszer működése kapcsán a szülők hiányolják a megfelelő tájékoztatást, többnyire azt tapasztalják, hogy az intézményes egészségügyi ellátásból kikerülve elsősorban magukra számíthatnak. Zömében ők ismerik fel a problémát, és szerencsés, ha a védőnővel vagy a házi gyermekorvossal meg tudják beszélni. A vizsgált megyékben a jelzőrendszer működésében, a tájékoztatásban, az információhoz való hozzáférésben megnyilvánuló különbségnek igen fontos differenciáló tényezője az egészségügyön belüli, illetve az egészségügyi-, oktatási- és szociális intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége. Úgy tűnik, az informális kapcsolatoknak nagy szerepük van az információáramlás elősegítésében, és ezzel a továbblépés lehetőségeinek megteremtésében, a rendszer olajozottabb működésének biztosításában. A jelzés rendszerének szabályozatlansága, illetve a nem életszerű jogszabályok hátráltatják a rendszer működését. A szabályozást az informálisan kitaposott utakhoz lehetne igazítani, a jelzés rendszerét és az ellátásba kerülés útját működőképesebbé téve.

A diagnosztikus eljárások vizsgálata azt a korábbi feltevést igazolta vissza, hogy a szakértői bizottságok munkájában, a korai vizsgálati eljárások lebonyolításában nem lelhető fel egységes protokoll. Hiányzik az egységes diagnosztikai rendszer, az alkalmazott diagnosztikus eljárások kétséges hitelességűek, a diagnosztikai tevékenységet végző intézmények többségükben korszerűtlen, nem standardizált, megkérdőjelezhető jogtisztaságú módszereket használnak. A diagnózis felállításánál fontos lenne a korai diagnosztikában jártas szakmai kompetencia biztosítása, mint ahogy a diagnosztikai kategóriákhoz rendelt fejlesztő eljárások szakmai minőségének biztosítása érdekében a korai fejlesztést, terápiát is erre kiképzett szakembernek kellene végeznie. A terápiás eljárásoknak megfelelően illeszkedniük kellene a diagnosztikus tevékenységhez. Baranya megyében kedvezőnek tűnik a helyzet, a két központban is komplex diagnózist biztosító, és a széles terápiás repertoárral működő rendszer jó esélyt biztosít a különböző fogya-tékosságú gyermekek megfelelő ellátására. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében megfelelő szakemberek és terápiás eljárások híján kétségesebb bizonyos fogyatékossági területek kiegészítő ellátása. Jász-Nagykun-Szolnok megyében az intézmények által felkínált terápiás lehetőségek nem fedik le teljesen a felismert problémák ellátási szükségleteit.

Az intézményrendszerről összességében elmondható, hogy a korai intervenciós rendszer intézményei többségükben infrastrukturális és szakemberellátottsági gondokkal küzdenek, a szakértői bizottságok és a PIC centrumok különösen leterheltek. Az ellátó intézményeken belül a korai fejlesztő központok és a gyermek-rehabilitációs intézmények átlagos leterheltsége magasabb. A legkiterjedtebb kapcsolati háló a Baranya megyei korai fejlesztő központokat jellemzi, amelyek az egészségügyi és szociális szereplőkkel is kapcsolatban állnak. Az egészségügyi szereplők is tájékozottabbak a

korai fejlesztő központokat illetően, míg a szakértői bizottságról kevesebbet tudnak. Ahol az ellátás súlypontja egészségügyi intézmény (gyermek-rehabilitációs központ), ott a rendszer tovább benntartja a gyermekeket az egészségügyi ellátásban, később kerülnek pedagógiai jellegű intézményekbe. Ahol nem működik korai fejlesztő központ, ott nagyobb szerepe van a szakértői bizottságoknak, és ismertebbek is. Mindezek a kapcsolódások meghatározzák a kliens útját a rendszerben.

Nyitott kérdés maradt még a szabályozás, a finanszírozás, a képzés, a juttatások rendszerének problémaköre, aminek körüljárása tovább szélesítené a megközelítési lehetőségeket. Mindenesetre bizakodhatunk abban, hogy a koragyermekkori intervenciós rendszer működésének feltérképezése közelebb visz bennünket e kiemelten fontos terület hatékonyabb, a rászorulók érdekeit fokozottabban figyelembe vevő, szükségleteikhez és igényeikhez jobban illeszkedő, áttekinthetőbb szolgáltatói hálózat kiépítéséhez.

Irodalom

BORBÉLY SJOUKJE (1995): Változó szemléletek a korai gyógypedagógiai diagnosztika és intervenció körében. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): *„…önmagában véve senki sem…”*. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai tanárképző Főiskola, 186–198.

CSÉPE VALÉRIA (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, 139–167.

CSIKY ERZSÉBET (2006): *A korai intervenció gyógypedagógiai-pszichológiai vonatkozásai*. Kézirat az Illyés Gyuláné emlékkötetbe. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.

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

Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés kompetenciájának kialakításáról (2005), ISzCsM, Fogyatékosügyi Főosztály. Kézirat.

KEREKI JUDIT–LANNERT JUDIT (2009) A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.

Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások (2005): Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű tanulók oktatásának fejlesztéséért.

Jogszabályok

Az 1993. évi LXXIX. Közoktatási törvény

A 14/1994.(VI.24.) MKM rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 1997. évi LXXXIII. törvény

51/1997. (XII.18.) NM rendelet, illetve annak 2005-ös módosítása, a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet a betegség megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról

A 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról

19/ 2009 (VI.18.) EüM rendelet a tizenhat éveseknek szervezett ingyenes orvosi vizsgálat megvalósításával és az új Egészségügyi Könyv bevezetésével összefüggő egyes miniszteri rendeletek módosításáról