



Gyermekút az ágazatközi együttműködés fókuszában

Kereki Judit¹, Haász Sándor²

¹Pázmány Péter Katolikus Egyetem

²Károli Gáspár Református Egyetem

Absztrakt

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt 2017 tavaszán indult, a Széchenyi 2020 program keretében, és az iskoláskor előtti eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek és családjaik hatékonyabb, a szükségletekhez jobban igazodó, magasabb színvonalú ellátását segíti. A projekt elsődleges célja olyan egységes gyermekút kialakítása, amelyben a különböző szakterületekhez tartozó kora gyermekkori intervencióval foglalkozó szakemberek együttműködése és a továbbküldési utak pontosan szabályozottak. A gyermekút kialakítása kapcsán az eltérő, megkésett fejlődésű és veszélyeztetett gyermekek minél korábbi életkorban történő felismerése, a probléma azonosítása és a diagnózis pontos felállítása érdekében egységes szűrési-, mérési-, vizsgálóeljárások, valamint irányelvek, protokollok kerültek kidolgozásra. Jelen tanulmány a projekt és az ágazatközi együttműködések céljait, valamint azok komplexitását átvilágító gyermekvédelmi szemlélet hatékonyságát hangsúlyozza.

Kulcsszavak: együttműködés, ágazatköziség, korai fejlesztés, atipikus fejlődés

Bevezetés

A kora gyermekkori intervenció minden olyan ellátást, szolgáltatást magában foglal, amely a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányul, beleértve a speciális ellátásokat, szolgáltatásokat. Az érintett szakpolitikák (egészségügy, oktatásügy, szociális ügy, fogyatékosügy, családügy stb.) a kérdésben való koncepcionális elképzeléseinek összehangolása a családügyi terület 2014 óta tartó koordinációja mellett szervezettebb formát öltött, összefonódva a fejlesztéspolitikai törekvésekkel.

A korábbi években jól érzékelhető volt, hogy a szektorok és szolgáltatások széttagoltsága, az összehangolatlan jogszabályok vagy az információhiány akadályozza a különböző ellátási szükségletű gyermekek és családjaik ellátáshoz jutását. Bár történtek strukturális átalakítások az intézményrendszereket érintően, összességében a kora gyermekkori szolgáltatások esetében a heterogenitás fennmaradt, a szülők és sokszor a szakemberek is nehezen tá-



jékozódnak az intézményi hálóban. A tapasztalatok azt mutatták, hogy az információhiány gátolja a továbblépést, a különböző intézményrendszerek közötti átjárást. Többször megfogalmazásra került, hogy megoldást nyújtana a különböző intézményekben folyó, egymást követő vagy egymással párhuzamos szűrő, állapotmegismerő, diagnosztizáló vagy terápiás, fejlesztő munka összehangolására, illetve az információk megosztására és hatékony kezelésére, valamint a visszacsatolásra egy egységes protokoll, és annak használatát segítő, az ágazati szereplőket összekapcsoló informatikai rendszer. Ennek megfelelően erősödött az az igény, hogy a különböző ágazatokban zajló, a kora gyermekkori intervenciót érintő kutatási és fejlesztési programok eredményei alapján kerüljön sor egy ágazatközi projekt megvalósítására, ahol a kisgyermeket ellátó, eltérő szektorokból és szakterületekről érkező szakemberek egységes szemléletű módszertani támogatásban részesülnek, és közös, vegyesen szervezett képzésekben vesznek részt.

Ilyen alapokon indult el 2017 februárjától egy ötéves, átfogó, komplex fejlesztési elképzelést magába foglaló, ágazatokon átívelő kora gyermekkori intervenció projekt, amelynek célja, hogy a kisgyermek és családjai egy korszerűbb szemléletű, hatékonyabban működő, az interdiszciplináris együttműködést szem előtt tartó szolgáltatásnyújtásban vehessenek részt, amely támogatja a mielőbbi ellátásba kerülésüket, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletű csoportokra. Fókuszába egy szabályozott *gyermekút* kialakítása került, annak használatát pedig olyan módszertani fejlesztések, szűrő- és vizsgálóeljárások, protokollok, irányelv támogatják, amelyek az eltérő szakterületekről jövő szakemberek kora gyermekkori intervencióról való *szemléletét és tudását egységesítik. A tudásbázis növelését* az ellátórendszer minden szereplőjére kiterjedő, nagy volumenű képzések biztosították, amelynek része volt a szülők és a szakemberek partneri kapcsolatának támogatása, illetve a szülői kompetenciák szélesítése. Mindemelllett a hozzáférési egyenlőtlenségek enyhítése érdekében a szolgáltatáshiányos területekre való szolgáltatáseljuttatás egy új modelljének kidolgozására és kipróbálására is sor került.

Jelen tanulmány első része az *EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése*, röviden Gyermekút projekt szakmai hitvallásának, céljainak, kimutatható eredményeinek ismertetésére, majd ezt követően az ágazatközi együttműködést segítő hatékonysági, önreflektív és szakmai kommunikációs tényezők kihangsúlyozására törekszik. A szerzők a gyermekkel foglalkozó szakmák hozott és a szerzett tudástöbbletét, valamint az együttműködések behatároló gyermekvédelmi kontextus jelentőségét szeretnék az olvasó szakközönség elé tárni.

Az ágazatközi projekt megvalósításához vezető út

Az *EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* kiemelt projekt elindítását indokolta, hogy az addig különböző ágazatokhoz kötöten zajló, a kora gyermekkori intervenciót érintő projektek jellemzően inkább az

egy-egy szektorokon belül dolgozó szakemberek tudásanyagát, eszközrendszerét bővítették, és ezek a tudástartalmak az eltérő ágazati irányítás alá tartozó szakterületeken nem értek össze. Ezért előtérbe került a kora gyermekkori intervenció egységes megközelítésének fontossága, az ágazatok közötti együttműködések kialakításának, megerősítésének és az összehangolt jogszabályi környezet megteremtésének gondolata.

Korábbi kutatások és a gyakorlati tapasztalatok szerint a szülők bizonytalanok abban, hogy hová fordulhatnak, ha valamilyen gyanújuk fogalmazódik meg gyermekük fejlődését illetően. Mivel nem látják át az ellátórendszert, nincsenek tisztában a lehetőségeikkel, nem kapnak megnyugtató választ a kérdéseikre, ezért a gyakorlatban kénytelenek maguk „kijárni” az ellátási utakat, koordinátori szerepkörbe lépve gyermekük ellátásba juttatását illetően. Az intézményekről, a különböző terápiákról, a juttatásokról az érintett szülők leggyakrabban hasonló helyzetben lévő szülőktől, ismerősöktől vagy internetről informálódnak (Kereki & Lannert, 2009). Gyakori, hogy a szakemberek sincsenek tisztában pontosan, hová irányítsák a szülőt a gyermekkel, a különböző ágazatokban dolgozó szakterületek képviselői nem ismerik egymás szakmai tevékenységeit, kompetenciáit, a kommunikációs csatornák nem működnek megfelelően, a kapcsolatok kiépülése nehézkes. Közöttük a továbbküldési utak mellett az oda-vissza jelzési utak működése sem valósul meg hiánytalanul, ha megtörténik is a visszajelzés, az intézkedésről a jelzéstevő már nem feltétlenül kap értesítést (Kereki & Lannert, 2009; Kereki, 2011, 2013, 2015, 2017).

Az egyes ágazatok alá tartozó intézményrendszereken belül a jogszabályokban viszonylag jól leírtak a továbbküldési, jelzési utakat, a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket azonban nem minden esetben köti össze szabályozott, egyértelműen követhető gyermekút. Így például *nincs szabályozott kapcsolódás a kora gyermekkori intézményrendszer egészségügyi alapellátói és a köznevelés különleges bánásmódot igénylő gyermekeket ellátó intézményei között*. A védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos informáltságán múlik, hogy a fejlődésbeli elmaradások, megkésett fejlődés esetén az egészségügyi szakellátás felé vezető szabályozott úton kívül javasolja-e az érintett gyermek szüleinek a pedagógiai szakszolgálat felkeresését. Ami bizakodásra ad okot, az az egészségügyi szakellátás és a pedagógiai szakszolgálat közvetlen összekötése a jogszabály által, hiszen hároméves kor alatt az egészségügyi szakellátás közvetlenül küldheti korai fejlesztésbe a gyermeket, a járási pedagógiai szakszolgálat felé irányítva őt¹. A gyermekjóléti szolgáltatások és a köznevelés intézményei között a jelzőrendszerben való együttműködés, a pedagógiai szakszolgálati te-

¹ A pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága a három évnél fiatalabb gyermek esetében szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a neonatológia, csecsemő és gyermek fül-orr-gégégyógyászat, audiológia, szemészet, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat szakterületen, illetve gyermek-neurológia szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti (15/2013. [II. 26.] EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4.§, 2a).

vékenység, illetve az óvodai szociális segítő feladatai kapcsán azonosíthatók érintkezési pontok. A gyermekjóléti alapellátás (így a család- és gyermekjóléti szolgálat, központ vagy a gyermekek napközbeni ellátását végző intézmény) sokat tud segíteni abban, hogy az arra rászoruló gyermekek minél hamarabb ellátásba jussanak. Tény, hogy azokon a területeken, ahol három különböző ágazat (egészségügyi, szociális, köznevelési) intézményei közötti kapcsolati háló elég kiterjedt és intenzív, valamint jól működnek az informális kapcsolatok, gyorsabb az információáramlás, és a gyermekek korábban bejutnak a pedagógiai jellegű intézményekbe (Kereki, 2010).

A rendszer működésének említett hiányosságai olyan megoldásokat kívánnak, ahol nagyobb hangsúly helyeződik a különböző támogatórendszerek együttműködésének összehangolására, megerősítésére, az intézményes szereplők kapcsolódásainak, feladatainak áttekinthetőbbé tételére, a kompetenciák tisztázására, a kommunikáció támogatására, végeredményben egy ellátási út leírására, működtetésére. *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt egy olyan gyermekút protokollt írt le, amely sérüléspecifikusan, meghatározott lépések mentén mutatja be a gyermek útját a felismeréstől az ellátásba kerülésig (Kereki et al., 2020, 2022).

Annak érdekében, hogy a leírt ellátási út megfelelően tudjon működni, a projekt keretében olyan egységes szemléletű, korszerű módszertani tudásanyag kifejlesztésére volt szükség, amely a kora gyermekkori intervenció különböző szakaszaihoz kapcsolódva, a felismeréstől az ellátásba kerülésig bázistudásként áll a szakemberek rendelkezésére. Így a *gyermeki fejlődésről, az eltérő fejlődés felismeréséről, valamint a mindennapi nevelési problémákról és azok megoldásáról* szóló módszertani anyag elsősorban a gyermekjóléti alapellátásban, a gyermekvédelmi szakellátásban, a köznevelés területén és az egészségügyben dolgozó szakemberek munkájának elősegítéséhez járul hozzá (Kereki & Tóth, 2019). A kiadvány alapelvének tartja, hogy a szakembereket abban segítse, hogyan tudják a szülőket támogatni gyermekük erősségeinek, képességeinek felismerésében, jelzéseik, szükségleteik értelmezésében, hogy azokra adekvát válaszokat tudjanak adni. Emellett hiánypótló munkaként tekinthetünk *a fejlődési zavarok korai szűrésének, azonosításának és állapotmegismerésének* módszertani szakanyagára (Csepregi, 2018), amely elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok, illetve más, diagnosztikus feladatot végző intézmény, szakembercsoport számára készült. *A korai komplex családközpontú tanácsadás, intervenció* témájában írt kézikönyv (Mészéna et al., 2019) a szülőknek nyújtott gyógypedagógiai tanácsadás, illetve a kisgyermekeknek nyújtható korai fejlesztés, terápiás ellátás kérdéskörét járja körbe, amelyet szintén elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok szakemberei forgathatnak haszonnal, ám a társszakmák szakemberei számára is világossá teszi, mi zajlik pontosan a pedagógiai szakszolgálatok korai fejlesztésként ismert tevékenységének keretében.

A gyakorlatközpontú módszertani kézikönyvek mellett olyan protokollok és irányelvek kerültek kidolgozásra, amelyek a gyermekútba való belépéshez biz-

tosítanak fontos támpontokat. A *Szakmai irányelv a rizikó újszülöttek utógondozásáról* című egészségügyi irányelv tervezet (Nádor et al., 2018) összefoglalja a perinatális intenzív centrumokhoz kötöten zajló koraszülött utógondozó tevékenység alapelveit, interdiszciplináris alapokra helyezve azt. Az irányelvet szervesen kiegészíti a *Mozgásterápiás protokoll* (Szvatkó et al., 2018a), amely a különböző mozgásterápiás, mozgásfejlesztő módszereket foglalja rendszerbe. Az Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig (Szvatkó et al., 2018b) című protokoll egységes keretbe helyezi az óvodákban használt szűrőeszközöket. Ez utóbbihoz szorosan kapcsolódik *Az iskolábalépést megelőző komplex vizsgálat protokollja* (Szvatkó et al., 2021c), amely az eddig alkalmazott iskolaérettségi vizsgálatok és azok tapasztalatainak összefoglalása mellett egy új, a projektben kifejlesztett, az iskolába lépést megelőző vizsgálóeljárás használatát írja le. A kisgyermeknevelők (0,5–2 éves életkorú gyermekek esetében) és az óvodapedagógusok (3–7 éves életkorú gyermekek-nél) munkáját segíti az érintett korosztályok fejlődésének nyomonkövetésére szolgáló *Gyermekfejlődési kérdőív*, amely kis- és nagy mintán bemért, validált mérőeszköz. Ennek alkalmazhatóságát foglalja össze a hozzá kapcsolódó módszertani kézikönyv (Nyitrai et al., 2021).

Gyermekút a kora gyermekkori intervenció rendszerben

A gyermekcsoportok és családjaik a kora gyermekkori intervenció ellátórendszerben kapják meg a számukra szükséges ellátásokat, szolgáltatásokat. A korai intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézményeket, valamint ezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a gyermekekkel (köztük a speciális ellátást igénylő gyermekekkel), illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek (Kereki, 2011). Többek között ide soroljuk az egészségügyi alapellátás szakembereit (házi gyermekorvos, vegyes praxisú háziorvos, védőnő) és a szakellátó szakorvosokat, a gyógytornászokat, a köznevelés területén dolgozó óvodapedagógusokat, gyogyopedagógusokat, pszichológusokat, mozgásfejlesztőket, konduktorokat vagy a szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi területen működő szakembereket (például kisgyermeknevelők, családsegítők, esztmenedzserek, szociális segítők). Munkájuk a kora gyermekkori intervenció rendszerének különböző szakaszaihoz, a felismerés, szűrés fázisához, a problémaazonosítás, állapotmegismerés, diagnosztika szakaszához, illetve az ellátások, szolgáltatások, juttatások rendszeréhez kapcsolódik.

Ellátási jogosultsági csoportok

A Gyermekút-modellt leíró módszertani könyv (Kereki et al., 2020, 2022) elméleti keretezést nyújt a kora gyermekkori intervenció szerteágazó témaköréhez, amely segíti az ellátási utak kontextusának megteremtését. A kora gyermekkori intervenció értelmezése, célcsoportjainak meghatározása, a hazai ellátórendszer ellátásainak, juttatásainak, szakembereinek, illetve azok

feladatainak és kapcsolódásainak leírása segít ennek a több ágazathoz és területéhez kötött, nagyon bonyolult rendszernek az átlátásában.

Az aktuális jogszabályi környezetet és az intézményrendszert figyelembe véve, az általános keretben megfogalmazott ellátási út mellett 25 ellátási jogosultsági csoport esetében ír le olyan gyermekút-algoritmust, amely a szakemberek (és a szülők) számára is egyértelműen követhető, áttekinthető. Minden olyan szakember számára, aki a gyermekkel a korai életszakaszban találkozik, a felismerés, szűrés; az állapotmegismerés, diagnosztika, illetve a fejlesztő, terápiás ellátás dimenziói mentén, lépésről lépésre tartalmazza, hogy egy felismert probléma esetén hová kell továbbirányítani a gyermeket, ott mely kompetenciájú szakembernek milyen teendői vannak, és egy megállapított probléma esetén hová küldhet tovább, milyen helyszínen, ki fogja nyújtani a szolgáltatást. A továbbküldési utak mellett a jelzési, visszajelzési utak szintén ismertetésre kerülnek az eljárásrendben. Az interdiszciplináris team tevékenység alapelvként jelenik meg a gyermekellátás minden egyes mozzanatában, elköteleződve amellet a holisztikus látásmód mellett, amely a többféle tudás és szakértelem együttesét kívánja megjeleníteni a gyermek fejlődési elakadásainak felismerése, a problémaazonosítás, a beavatkozások, azok tervezése, kivitelezése és értékelése horizontális ívében, a család kontextusában megjelenítve.

Az ellátási jogosultsági csoportok kialakításánál a szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció célcsoport kategóriái közül elsődlegesen a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintetteknek és családjaikra irányult a fókusz, ezentúl a pszichésen sérülékeny csoport továbbküldési útjai is leírásra kerültek, mindehhez kapcsolódva pedig a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek és családjaik köre is bevonásra került². Ezek a csoportok sokszor egymást átfedő célcsoportokat alkotnak, ennek a ténynek a figyelembe vétele javasolt az ellátási utak értelmezésénél.

Szemponként merült fel még a korcsoportok alapján való tematizálás, választóvonalaként kezelve a 3 éves életkort, figyelembe véve egyrészt, hogy ez az óvodába lépés kezdete, másrészt a pedagógiai szakszolgálatok is ehhez az életkorhoz szabták differenciált működésüket, hiszen többek között döntően a 0–3 éves életkorú gyermekekre irányul a korai fejlesztés (amely 6 éves korig tart, de csak akkor, ha a gyermek állapota miatt óvodába nem járhat)³. Ugyancsak indokolja ezt a szétválasztást az a szakmai álláspont, hogy 3 éves kor alatt a fogyatékoságcsoportba való besorolás bizonyos állapotok esetén nem szerencsés. A korai organikus sérülések inkább csak rizikótényezőkként

² A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai: (1) a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintettek: a fejlődési rizikóval született (például koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, illetve krónikus beteg és ritka beteg gyermekek; (2) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny; (3) a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH), valamint (4) a kiemelten tehetséges gyermekek és mindezen gyermekek családjai, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait alkotják (Kereki, 2015; Kereki & Szvatkó, 2015).

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

azonosíthatóak. Ilyenkor nem tudjuk még előre, hogy a különböző állapotoknak milyen kimenetei várhatók a beavatkozások hatására. Mindemellett az életkorspecifikus incidencieltéréseket is figyelembe kell venni, hiszen bizonyos fogyatékoságok felismerése későbbi életkorokban valószínűsíthető, ilyen például az ADHD, az autizmus spektrum zavar, valamint az intellektuális képességzavar (Vekerdy-Nagy, 2008). A három év feletti korcsoportot az iskolába lépésig tartó időszakig azonosítottuk be célcsoportként.

Az ismertetett elv mentén a 0–3 éves korcsoportra vonatkozóan beszélhetünk *fogyatékoságot eredményező állapotról*, amelybe beletartoznak a különféle szindrómák, ritka betegségek, a neuromusculáris eltérések⁴, a központi idegrendszer rendellenességei, valamint a látás és hallássérülés miatti eltérő fejlődés. A fejlődési rizikó miatt preventív ellátást igénylők esetében azokat az előzetes jelzéseket tekinthetjük kockázati tényezőkné, amelyek valószínűleg a későbbi nemkívánatos fejlődési utak, elakadások oki hátterében állnak. A korai fejlődést veszélyeztető biológiai meghatározottságú rizikótényezők közül az egyik leggyakoribb a *koraszülöttség*, amely későbbi fejlődési problémák megjelenésének forrása lehet. Átlagtól eltérő vagy megkésett fejlődésű csoportokról beszélünk a motoros funkciók, a kognitív funkciók, a kommunikáció atipikus fejlődésének előfordulásakor, illetve a szabályozási és a szorongásos zavarok esetén.

3 éves kortól az iskolába lépésig tartó időszakban a fennálló állapot már nagyobb eséllyel azonosítható *fogyatékoságként*, különösen a diagnózis felállítását követően. Az ebben a korcsoportban megnevezett fogyatékoságtípusok (látássérülés, hallássérülés, mozgásszervi fogyatékoságok, intellektuális képességzavar, beszédfogyatékoság, autizmus spektrum zavar, tanulási- és viselkedészavarok) szakmai megfontolások alapján nem követik le teljes mértékben a vonatkozó jogszabályban megjelenő sajátos nevelési igényű gyűjtőnév alatt felsorolt fogyatékosági csoportokat és azok megnevezéseit⁵. Ugyanakkor figyelembe véve, hogy bizonyos jogosultsági csoportokról a születéstől az iskolába lépésig gondolkodunk, külön halmazt képeznek a következő kategóriák: halmozott fogyatékoság következtében zavart fejlődés, krónikus gyermekkori betegségek, *traumával és stresszrel összefüggő zavarok* (kötődési zavarok, hospitalizáció, poszttraumás stressz-zavar), valamint a *pszichoszociális okok miatti veszélyeztetettség* (elhanyagolás, bántalmazás).

⁴ Változatos klinikai képet mutató, főként genetikai eredetű betegség, amely akadályozza a gyermekek mozgás- (motoros) képességeinek kialakulását, fejlődését, mozgástevékenységük gördülékeny kivitelezését, és sokszor eredményezi a már kialakult motoros funkciók leépülését.

⁵ A köznevelési törvényben foglaltak szerint, amennyiben a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának véleménye alapján a gyermek mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd, abban az esetben sajátos nevelési igényűként azonosítják (lásd 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §, 25).

Ellátási út a jogszabályok alapján

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció értelmezése alapján az ellátási utat több szakaszra tagoljuk, a pre- és a perikonceptcionális szakasztól a várandósságon és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni, az otthon és az iskolába lépés előtti intézményes ellátásban eltöltött időszakig (Kereki et al., 2014). Az egyes szakaszokban az eltérő ágazatok más-más hangsúllyal vannak jelen, mint ahogy a felismerés, a diagnosztizálás és fejlesztő-, terápiás beavatkozások folyamatába is különböző szinteken lépnek be. Az ellátási út szakaszait tekintve az aktuális jogszabályok alapján beazonosíthatóak azok az intézmények, illetve szakemberek, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek. A feladataik és a különböző rendszerszereplők közötti továbbküldési és jelzési utak a jogszabály által meghatározottak, illetve azok alapján beazonosíthatóak.

A felismeréstől az ellátásba kerülésig tartó gyermekút egy általános séma szerint leírható, a különböző sérülésspecifikus utak ettől differenciáltabban futnak. A gyermek kórházból való hazakerülése után elsődlegesen az egészségügyi alapellátásnak van szerepe, a védőnő első látogatása 48 órán belül megtörténik⁶, a házi gyermekorvos/háziorvos első vizsgálata pedig a hazakerülés utáni 4–7 napon belül⁷. Sűrű kontrollpontos szűrőrendszer biztosítja a fejlődésbeli elmaradások és eltérések kiszűrését, felismerését. A védőnő három alkalommal vesz fel rizikókérdőívet, a várandósság ideje alatt, a gyermek egy hónapos korában, valamint a későbbiekben az életkörülményekben történő egészségi, környezeti változás esetén. Szülői megfigyelésen alapuló kérdőívet a gyermek egy hónapos és hét éves kora között 12 alkalommal töltenek ki a szülők (ha szükséges, védőnői segítséggel), három kiegészítő életkorban lehet kontrollálni az előzetes, kevésbé egyértelmű eredményeket⁸. A szülői kérdőív a védőnői szűrővizsgálati kérdésekkel összehangoltan szűri ki a problémás eseteket. Ugyanakkor a házi gyermekorvosok, háziorvosok számára is egységes vizsgálati szempontsorok kerültek megfogalmazásra, a releváns vizsgálatok elvégzését az újszülött hazaadását követő első vizsgálat után 13 alkalommal, illetve két kiegészítő életkorban kell elvégezni⁹.

Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, a szülőt a gyermek háziorvosához irányítja, kivéve érzékszervi eltérés gyanúja esetén, mi-

⁶ 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).

⁷ Jellemzően a szokásjog alapján látogatja meg az újszülöttet a házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos, akinek csak az intézetén kívüli szülés esetében írja elő a jogszabály a szülés megtörténtétől számított 4–7 napon belül történő látogatást (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (3) b).

⁸ A *Gyermek-alapellátási útmutatóban* (Altorjai, Fogarasi & Kereki, 2015) megtalálhatóak a rizikókérdőívek és a szülői kérdőívek, korcsoportok szerinti bontásban.

⁹ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4. § és 1. sz. melléklet.

kor is közvetlenül irányíthat az egészségügyi szakellátás felé¹⁰, ugyanakkor mindezt jelzi a gyermeket ellátó házi orvosnak. Ha a házi gyermekorvos/házi orvos vizsgálata alapján indokoltnak tartja, saját ágazatának szakellátásába utalja tovább a gyermeket. Mivel a jelenlegi szabályozás nem tartalmazza a pedagógiai szakszolgálat felé történő továbbküldési utat, ezért csak javasolhatja a szülő számára az intézmény felkeresését. A pedagógiai szakszolgálati rendelet alapján megnevezett szakellátó szakorvosok *a három évesnél fiatalabb gyermekek* esetében, ha szükséges, közvetlenül javasolhatnak korai fejlesztést a gyermek számára, és egyúttal a járási pedagógiai szakszolgálathoz irányítják, ahol a szakértői bizottság az orvosi diagnózis és javaslat alapján állítja ki a szakértői véleményt¹¹. Adott esetben a szakellátó szakorvos más intézménybe is küldheti a gyermeket, így ahol a korai fejlesztést szakszolgálati feladatként látják el (korai fejlesztő központ) vagy olyan egészségügyi intézménybe (akár magánellátóhoz)¹², ahol rehabilitációs, rehabilitációs, terápiás ellátásban tudják a gyermeket részesíteni. Az egészségügyi szakellátásból a három éves kor feletti gyermeknek is a járási pedagógiai szakszolgálat felé vezet az útja, ahol komplex vizsgálat elvégzése után döntenek el, milyen ellátásban kell részesülnie.

Amennyiben a gyermek bekerül bölcsődébe vagy óvodába, a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok feladatai között megjelenik a gyermekek fejlődésének nyomonkövetése. A kisgyermeknevelők a 0–1 éves gyermekekről havonta, az 1 évesnél idősebbekről háromhavonta vezetik a *Fejlődési napló* című kötelező dokumentumot. Az óvodapedagógusok többféle mérőeszköz közül választhatnak, előfordul, hogy egy-egy intézményben önállóan kidolgoznak a fejlődés nyomon követésére alkalmasnak tartott eszközt. Az óvodai évek során a pedagógiai szakszolgálati munkához kapcsolódva jelenleg két kötelező, jogszabály által előírt köznevelésbeli szűrőesnek az a gyermekek, és mind a két szűrés a logopédia területéhez tartozik: hároméves korban a *KOFA-3* korai nyelvfejlődési szűrőeljárás felvétele, ötéves korban *SZÓL-E* szűrőeljárás, a nyelvi fejlettség szűrésére. *A kora gyermekori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében kifejlesztett, validált mérőeszköz, a *Gyermekfejlődési kérdőív*, feltehetően segíteni fogja a fejlődés nyomonkövetésének egységes szempontrendszer szerinti megvalósulását.

Ha a szakember megfigyelései, a szűrő-mérő eszközök valamilyen a gyermek esetében fejlődésbeli elmaradásra vagy eltérésre hívják fel a figyelmet történjen ez a felismerés bármilyen, nem egészségügyi intézményben – bölcsődében, óvodában, család- és gyermekjóléti szolgálatnál vagy központban,

¹⁰ A csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészet és a gyermekszemészet orvosi beutaló nélkül is igénybe vehetők. Lásd 217/1997 (XII. 1.) Kormányrendelet az 1997. évi LXXXIII. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról, 2. §.

¹¹ 15/2013. [II. 26.] EMMI rendeletet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4.§, 2a)

¹² 12 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7.§

gyermekotthonban, Biztos Kezdet Gyerekházban stb. –, akkor a gyermeket a szülővel jellemzően a járási pedagógiai szakszolgálat felé kell, hogy irányítsák. A járási pedagógiai szakszolgálat feladata a gyermek teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálata, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálata. Amennyiben a szakértői bizottság korai fejlesztést javasol, ellátási helyszíneként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelöli ki. Ha ilyen módon nem oldható meg az ellátás, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében, vagy a gyermek gondozását végző intézményben kerülhet sor¹³. Ha megítélése szerint a gyermeknél saját nevelési igény valószínűsíthető, a gyermeket – dokumentációs anyagával együtt – továbbküldi a megyei szakértői bizottság felé, ahol a sajátos nevelési igényt megállapítják vagy kizárják¹⁴.

A gyermekút védelmi terei, az együttműködések hatékony allokálása

A gyermek nevelésében és oktatásban részt vevő pedagógusok szerepe kiemelkedően fontos a gyermekút követése szempontjából. Az Nkt. 1. § (1) bekezdése szerint, a törvény célja olyan köznevelési rendszer megalkotása, amely elősegíti a gyermekek, fiatalok harmonikus lelki, testi és értelmi fejlődését, készségeik, képességeik, ismereteik, jártasságaik, érzelmi és akarat-tulajdonságaik, műveltségük életkori sajátosságainak megfelelő, tudatos fejlesztése révén, és ezáltal erkölcsös, önálló életvitelre és céljaik elérésére, a magánérdeket a köz érdekeivel összeegyeztetni képes embereket, felelős állampolgárokat nevel. A 3. § (1)–(2) bekezdések alapján főszabályként a köznevelés középpontjában a gyermek, a tanuló, a pedagógus és a szülő áll, akiknek kötelességei és jogai egységet alkotnak. Ehhez társultan megjelennek a társszaktmák képviselői, nevezzük a Gyvt. (1997. évi XXXI. tv.) értelmében észlelő- és jelzőrendszeri tagoknak, akik tudásalapú és bizalmi kapcsolódása nélkül ma nem beszélhetünk gyermekvédelemről. A kölcsönös információ-áramlás feltétele az adekvát és felelős jelentét, a tudásalapú kapcsolódások rendszere és a rendszerszintű ellenállások (akár a család, akár a társszaktmák részéről) szinte napra pontos ismerete.

A szociális dimenzió az, ami összekapcsol, ami referenciát nyújt és a fejlődés allokációit adja a rendszerszintű gyermekút megértéséhez. A szociális munka megszületése óta a praxis alapú megközelítésekkel igazolta képzései és kutatásai irányvonalait. Eredeti közege az aktív cselekvés (*knowledge-for-action*), ami a tapasztalati tudások összegzésére hagyatkozik (Budai & Szöllősi, 2020). Igazi hajtóerő, a szakmai és jogszabályi környezetben is deklaráltan

¹³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (8).

¹⁴ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. § (1), (2).

megjelenő tudatos jelenlét. Elég, ha a gyermekvédelmi törvényünk azon passzusaira tekintünk rá, ahol a már említett jelzőrendszeri aktivitást felelősökhöz rendeli. A családsegítő- és gyermekjóléti szolgálatok ezeknek a rendszereknek a támpillérei, akik minden hazai településen elérhető aktivitással kapcsolják össze a tapasztalati tudások bázisát. Mindezek mégis csupán normatív intézkedések maradnának a *cselekvő én* jelenléte nélkül, ami a megfelelő tudásokkal párosulva az egyik legfontosabb eleme a gyermekvédelmi együttműködéseknek. A cselekvés hajtóerejét az önreflektív, tudatos segítői jelenlét adja. A gyermekútkövetési együttműködések komplexitásának vizsgálatában alapvetően fontos a tudatos jelenlét és a jelzési-együttműködési aktivitás összekapcsolása. index a felismerési és cselekvési szándékok mozgatórugója.

Önreflektív jelenlét a jelzőrendszeri munkában

Az önreflexió nem csupán szociális vagy pszichés karakterű identitásképző elem. Valamennyi, a gyermekútprojektben érintett társprofesszió sajátja is.

Azt, hogy a gyermekútsegítés az egyéni életutak sajátos produktuma, amely tud igazságtalanságokat és aránytalanságokat is szülni, csak az képes felismerni, aki a tudatos önreflexiót választja. Képes belső diskurzusra, önértékelő és önelemző attitűdre. Képes felismerni a jelzési és együttműködési szándék mögött meghúzódó érzelmi és sajátélményű aszimmetriákat. Az aszimmetria a segítői kapcsolatok természetéből fakad, a kongruens működés feltétele ezek releváns felülvizsgálata. Mint ahogy annak a tisztán látása is, hogy mi vagyunk a segítségért vagy a segítség van értünk. A bennünk élő segítő, együttműködő, vagy „aktor” széles perspektívákat nyit, amit higgadt és megengedő szemlélettel kell tanulmányoznunk. A féltve őrzött érzelmi aszimmetriáknak (lásd elhatárolódásoknak vagy bevonódásoknak) is lehet valóságépítő és rekonstruáló hatása, ha azokat legalizáljuk és felismerhetővé tesszük. A gyermekvédelmi identitásunk az ágazatközi feladatmegosztások sajátosságát is mutatja. Mit tud a szakember az adott esettel kezdeni? Hol, miben látja saját elakadásait, miért tart vissza vagy mikor delegál jelzésértékkü információkat.

A segítőipraxis-elméletek mentén minden körülmény, tudás és tapasztalat relatív. Két ember találkozásán és „kémiaián” múlik a segítség, amely alapvetően érzelmeket és élményeket adaptál. Az élményközpontú szemlélet erősen meghatározta szakmai formálódásunkat (Haász & Varga, 2010). A segítség eseményvezérelt folyamata a kapcsolati történéseket, mint meghatározó életeseményeket jeleníti meg, melyben minden egyes aktusnak (kommunikációnak, reflexív felismerésnek) élménytartalma lehet. A segítő kapcsolatban résztvevőkön múlik a tartalom kitöltése spontán aktusok által, mint a személyes vagy kapcsolati tényezők, elégedettség, és mintanyújtás. Az élményközpontú kapcsolat mélyebb összefüggéseinek értelmezése a gyakorlatban, az időkorlátoktól vagy egyéb zavaró tényezőktől mentes dialógusok megvalósulásának a feltétele. A szakmai dialógusok két színtere az úgyneve-

zett explorációs vagy explicit kérdezz-felelek – típusú dialógus, valamint a reflexív vagy implicit kérdezz-felelek – típusú dialógus. Ez utóbbi két fajtája a viselkedési- (vagy társreflexió) és az önreflexió (Haász & Varga, 2010).

Az élmények rendszerezésének eszköze az önreflektív tudás, amelyet minden érintett szereplőnek gyakorolni kell ahhoz, hogy hiteles és ezáltal bizalmi tudjon maradni. Gyakran felmerül problémaként, hogy a gyermekkel professzionálisan foglalkozó szakemberek hogyan értelmezik ezeket a tapasztalati élményeket. Mennyi időt szánnak az egyes interakciók érzelmi megértésére, gyakorolni képesek-e a perspektíaváltás szemléletformáló erejét. Mégis talán a legegyszerűbb megközelítése a kérdésnek, hogy tudnak-e kapcsolódni a gyermekhez és nevelési környezetéhez.

1. ábra

Hatékonyság a gyermekvédelemben (Forrás: saját szerkesztés)



Az önreflektív jelenlét bástyái közül szükséges kiemelni párat, ami a hatékony segítők, együttműködési folyamatokat támogatja:

1. *Fokozott érzelmi bevonódások szerepe.* Az itt és most személyközi kapcsolataiban táplált érzelmek, a szimpátia – antipátia érzelmi tengelyen való elhelyezkedés önfeltáró jellege egy sor kiváltó esemény, akár élethelyzet vagy személyhez kötött viselkedési minta alapjául szolgál. Az empátia, mint fejlett érzelmi, mentalizációs képesség csak és kizárólag a tudatos érzelemszabályozás alapja lehet. Ahol a pozitív és negatív érzelmi részvétel, ezzel együtt a klienst felmentő vagy épp ellenkezőleg, okoló/hibáztató/stigmatizáló attitűdök önreflektív vizsgálata megtörténik, az érzelmi tengelyek kiegyenlítésére törekvés, az úgynevezett *realizált érzelmi távolságtartás* elérése zajlik. Ez egy tudatos működés, amiben önmagunk érzelmeinek vizsgálatát végezzük.
2. *Segítők tévutak.* A szindrómás segítség és annak felismerése, hogy kiért zajlik a segítő munka, a gyermekút kompetenciák nélkülözhetetlen eleme. A túlzott érzelmi bevonódások mögött gyakran a saját érzelmi igé-

nyek sokszor tudattalan reprezentálása zajlik, ami lehet egyszerű kompenzációja az érzelmi deficitek rekonstruálásának. Fejlett önismerettel a folyamat megszakítható, a tudattalan, vagy berögzült viszonyulások felismerhetővé válnak. Ennek egyszerűen értelmezhető megközelítése, mikor „értünk, segítőkért van a segítség” nem lehet a professzionalizáció része.

3. *Ön- és társreflexiók kiegészülése.* A kapcsolati munkában a saját viszonyulás meghatározója a társ (segített/kliens és környezete) reflektív jelenléte. Az érzelmek, indulatok megértése a saját segítői viszonyulásaink sarokköve. Egy sor érzelemfeltáró technika (ventillálás, érzelmi tükrözés) segíti a mentális változók irányainak, intenzitásainak követését. Az indulat- és viszontindulatáttétel mögött a gyakran tapasztalt érzelmi projekciók félreértése, azok tisztázatlansága állhat. A segítő akkor tudja a problémát és annak érzelmi kontextusát a helyén kezelni, ha a segítségre szoruló saját tapasztalatait, a helyzet megélését reflektív módon kinyilvánítja és azt a segítőmegfelelő kontextusba tudja helyezni.

A gyermekút, azaz a gyermek és környezetének releváns ismerete éppúgy a szociális, mint a pedagógiai és az egyéb kapcsolódó társszakmák szakmai identitásának részévé kell váljon. Ebben kulcsfontosságú mozzanat az *ellenállások* megfelelő értelmezése. *Az egyik leggyakrabban tapasztalt folyamat a környezeti ellenállás, a terhelések fokozódása vagy a változás elérésének tehetlenségi mutatói mentén.* Ebben segít a rendszerszintű ismeretek előhívása, ami minden működő rendszer sajátja. A rendszerelméletek a belső homeosztázisra helyezik a hangsúlyt, aminek feltétele a környezeti kiszámíthatóság, a megszokotthoz való biztonságot nyújtó alkalmazkodás megléte. Egy gyermek számára, ugyanúgy ahogyan egy felnőtt számára, a saját megkonstruált valósága a mérvadó, amit a nevelés vagy a család tett számára valóssá és követhetővé. A rendszerelméletek a kölcsönös válaszreakciók mentén úgynevezett már rögzült maladaptív¹⁵ viselkedéselemeket, valamint úgynevezett rendszerre szabott viselkedési illemkódexeket rögzítenek. Ezekben a család könnyen tudja tagjait navigálni, a szerepeket és az anticipátorokat (következményeket) is egyértelműbben látja, hisz a sajátja. Innentől fogva nem létezhet egyetlen szakmai professzió sem abban a tévhitben, hogy rögzült viselkedéseket instrukciók vagy gyors intervenciók mentén képes lesz megváltoztatni. Az ellenállások természetes rendszere a változásokkal szembeni egyéni érzékenység folyamatának tudatos és szakmai dekódolása. Nem szakmai sikertelenségek szintéziséről beszélünk, legalábbis addig nem, amíg a rendszerszintű ellenállások felismerése és az ahhoz alkalmazkodó interakciók és érzelmi motivációk tisztázatlanok maradnak. Gyakran tapasztalt ellenállás jele lehet a gyermek, mint érzelmileg legérintettebb családtag viselkedése,

¹⁵ A maladaptív kifejezés a pszichológiában és az evolúcióbíológiaiában elégtelen, hiányos, rossz alkalmazkodást jelent, ami gyakran kifejezetten káros viselkedésben vagy tulajdonságokban nyilvánul meg. (A Szerkesztő) Forrás: lexiq.hu

egy általunk kontrollált pedagógiai környezetben. A tudásalapú kompetenciák kiszélesítése nemcsak teoretikussá, hanem gyakorlatban is alkalmazni képes hatékony szakemberré teszik annak tudatos művelőjét. A kérdés minden esetben a megértésen van. A viselkedések és rendszerszintű kapcsolataik feltérképezése adhat világos támpontokat a jelenben észlelt ellenállások magyarázatához. Gyakran tapasztal folyamat az is, ahogy a család, mint rendszer a saját határvonalai meghúzásával teszi egyértelművé autonómiáját. Az autonómiára törekvés a rendszerek önvédelmét szolgálja. A döntésképeség látszata mögött gyakran korábban megélt védekező mechanizmusok állnak, amit szintén a helyén kell értelmezni ahhoz, ahogy idejekorán tegyünk elhamarkodott szakmai döntéseket. Például a korai fejlesztések gyakran viszsztatérő „zsákutcai” a szülői ellenállások kezelésének nehézsége. A szülői autonómia és a fejlődési lehetőségek elfogadásának összekapcsolása felelős szakmai, főként kommunikációs kompetenciákat kívánnak meg a gyermekút követésében érintett szakemberektől.

Az általános gyermekvédelem ismerete egyéb olyan identitásképző elemet is magában foglal, melyeket a társszakmáknak, így a pedagógiának is felkészülten kell fogadnia:

Nincs tőlünk független gyermekvédelem. A Gyvt. vonatkozó paragrafusai az észlelő- és jelzőrendszeri funkciók, valamint az együttműködési kötelezettségek kiemelt szerepére hívja fel a figyelmet, ami a gyermekekkel hivatásszerűen foglalkozó társprofessziók erkölcsi, egyben jogszabályi kötelezettsége. Fontos kérdés tehát a felelősség értelmezése. Ha a preventív gyermekvédelemben hiszünk, ami aktív családtámogató folyamatokkal párosul, akkor egy fontos, sőt lényegi elemet ki kell emeljünk a pedagógia vonatkozásában. A változások elsőrendű indikátorai alapvetően a pedagógusok és azok a családközei egészségügyi szolgáltatók - a védőnő, a házi gyermekorvos - akik nem direkt módon a „megnevezett, vagy indexált” veszélyeztetéssel dolgoznak. Hogy kifejtsük ennek jelentőségét példának okáért a pedagógiai munka esetében, elég ha azt a tényt azonosítjuk, ami a pedagógiai nevelői munka és a köznevelés sajátja. Egyszerre egy időben a legtöbb gyermeket, ahogy az őket körülvevő körülmények, nevelésük, vagy magatartásuk változását is alapvetően a kisgyermekpedagógia és a köznevelés későbbi pedagógiai szereplői látják, ahogy az úgynevezett korai kezelésbevétel szükségét vagy igényét is. Persze ha látják, vagy látni akarják. Innen datálódik a gyermekvédelem szereplőinek legfőbb felelősségi köre, ahogy a felelős gyermekutak elindításának elvárt feladata is. Kiemelt szereplői a jelzőrendszernek, akiket persze nem dőlt és félkövér betűkkel szerepeltet a hivatkozott joganyag, ugyanakkor releváns jelenlétükkel igazolható gyermekvédelmi aktivitásuk jelentősége. Ma már megkérdőjelezhetetlen a jól felkészült, gyermekvédelmi ismeretekkel felvértezett pedagógusok jelenléte.

Egyéni versus kollektív felelősség. Tény, hogy az egyéni szintű felelősség kérdését a korábbiakban érintett magánéleti tényezők mellett a jogszabály (Gyvt.) is kiemelten deklarálja. A hazai, ahogy egyetlen gyermekvédelmi szabályozás sem tudja ugyanakkor semlegesíteni a szubjektív tartalmak ere-

jét. Azt, ahol a felelősség születik, ahol látom, vagy látni akarom a probléma gyökerét, a viselkedések változóinak eredőjét. Ma gyakorló szakemberként gyakran elütjük ezt a terhelési és figyelmi kapacitásaink kimerülésével, sok esetben irracionális vezetői vagy fenntartói döntések hálójában, mi magunk is veszélyeztetettnek érezhetjük magunkat. Ezek mind reális tapasztalások és megélések lehetnek, ám magyarázatai a gyermekvédelmi felelősség kérdésének semmiképpen sem. Mi lehet akkor vigasz? Itt van az egyéni felelősséget megosztó úgynevezett kollektív felelősség kérdése, ami nem véletlenül jelzőrendszeri és együttműködési aktivitásokban teljesedik ki gyermekvédelmi törvényünkben. 2018 szeptembere hozta azt a hangsúlyos gyermekvédelmi változást, ami a szociális munka közneveléshez rendelésével a család- és gyermekjóléti központok kötelezően vállalt feladatai közé illesztette az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet. Az együttműködés és felelősségmegosztás vonatkozásában bár korábban is adott volt a lehetőség a releváns információk megosztására, mostantól a megoldás is házhoz megy. Olyan szociális szakemberek kerültek a pedagógia helyzetekhez legközelebb, akik szerepe a felelősség kollektivizálásában meghatározó. Nyitott, bizalmi légkört teremtve lépnek a közös felelősségvállalásban és ha kell, támogató szakmai jelenlétet biztosítanak a köznevelési intézmények számára. A jelzőrendszer motorjaként is ismert szolgáltató egyben koordinatív szerepet is betölt a jelzőrendszeri szereplők közötti kommunikációban, a területet érintő gyermekvédelmi kérdések tematizálásban.

2. ábra

A felelősségek egyensúlya (Forrás: saját szerkesztés)



A gyermekvédelem gyakorlatközpontú kérdései

A hazai gyermekvédelem ismeretköre a jogalanyiség vonatkozásában szükségyszerű, ami alapvetően két fontos támpillérré épít. Az első a gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer deklarált feladatait hangsúlyozza, míg a másik fontos pillér a szakmaközi kommunikációt támogató rendszerek és folyamatok ismeretét. A továbbiakban ezeket a támpilléreket értelmezzük az evidenciák elnagyolása helyett gyakorlatközpontú és a szakmai munkát segítő jelleggel.

A gyermekvédelmi jelzést segítő tényezők

Legfontosabb kérdés a gyermekvédelmi jelzést megalapozó információk köre, ami sok tévhitnek ellentmondó valós gyakorlatot kell kövessen. A legkézenfekvőbb ellentmondás, hogy a jelzésre és együttműködésre kötelezett természetes és jogi személyek a feltételezett¹⁶ veszély észlelését követően csak és kizárólag a saját benyomásait és tapasztalataikat¹⁷ jelzik a törvényben nevesített intézmény/hatóság irányába. Nem bonyolódhatnak saját kompetenciáikat meghaladó vizsgáló/bizonyító eljárásba, még akkor sem, ha ennek – belső, egyéni vagy intézményi – szükségét érzik. Gyakran megszólal a felelősség kérdésének félreértelmezése a jelzésnek kitett gyermek, család vonatkozásában és ami még megtorpanást jelenthet, az alapvetően a jogos félelem. Mi lesz, ha nem jól látjuk a kialakult körülményt? Hogy vállalhatunk ezért pont mi felelősséget? Ki segít bennünket abban, ha a jelzést követő ellenállásokba, esetleg fenyegetésekbe keveredünk?

A felsorolt három kérdés a gyermekvédelmi jelzőrendszeri szabályozás óta kardinális kérdések a jogalanyiség vonatkozásában. Szándékos a jogi nyelvezet alkalmazása, hiszen alapvetően lefordítható lenne *de jure* pusztán erre is, ami nem szól másról, mint a jogkövető magatartásról. Aki jelzésre kötelezett intézményt képvisel, egyszerűen a jogszabályi felelősségre vonás terhe mellett kell munkáját végezze, melynek része a kiterjesztett gyermekvédelmi hatáskör. Ez önmagában egy érzelemmentes, ám a gyermek mindezen felett álló érdekét vizsgáló tényállás, ami megkérdőjelezhetetlen. Mégis ennek ellensúlyozása érdekében számos olyan, a jelzést tevőt védő intézkedés ismeretes, ami valamelyest megkönnyíti a nyílt esetkommunikációt. Az egyik ilyen a jelzést tevő adatainak védelme. A jelzőrendszer hatékonyabb működése és a jelzést adó védelme érdekében lényeges szabályozást vezetett be 2014. március 15-től a Gyvt. 17. § (2a) bekezdése és 130/A. §. 2. bekezdése. Ennek értelmében a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatnak és a gyámhatóságnak a gyermek bántalmazása, elhanyagolása miatt jelzést tevő intézmény, személy adatait külön kérelem nélkül is zártan kell kezelnie. Emellett a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása vagy egyéb más súlyos veszé-

¹⁶ Lásd a gyanú fogalmát, mely később kerül kifejtésre.

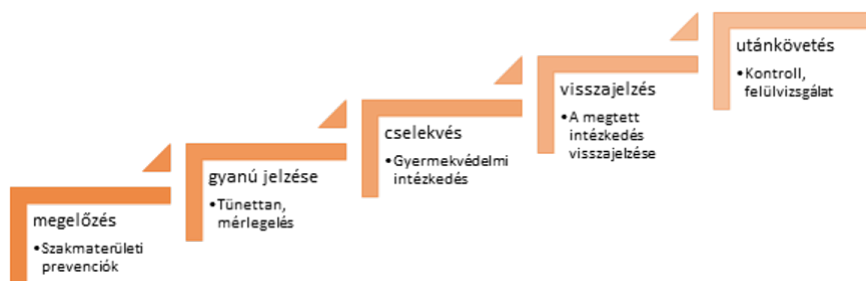
¹⁷ Többnyire a megváltozott és veszélyeztető körülményről, vagy magatartásról.

lyezettő ok felmerülése esetén a gyámhatóság erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli a gyermek, a tanú és az eljárást kezdeményező szerv vagy személy adatait. Természetesen a jelzés mögé rendelt adatvédelem csak időlegesen nyújthat megnyugvást, a családi autonómiásértés miatt aggódó jelzőrendszeri tagoknak.

Az a szemléletváltás, amit a gyermekvédelem kíván *de facto* kiszélesíteni, az már önmagában is megnyugtatóbb képet fest, különösen a kötelezettségek ismeretében. A szemlélet pedig nem más, mint a gyermek mindenképp álló érdekének, a gyermeki alapjogok sérthetetlenségének a biztosítása. Ez egy határozott kommunikációs térben preventív intézkedésnek minősül, ami – s a határozottság alatt ezt értem – a szülői, családi, gondozói kapcsolatokban egyaránt determinált prioritásként értelmezendő. Legyen fontos a gyermek környezete számára a veszélyeztetés tényének ismerete, függetlenül az azokat kiváltó, avagy meghatározó kontextusok értelmezésétől. Ebből következően legyen motivált a gyermek közvetlen és szakmai környezete az együttműködésben, különösen a veszélyeztető okok megszüntetésében, ami már a jelzést követő szakmaspecifikus együttműködések, azaz a családsegítés keretében zajlik.

3. ábra

A jelzési folyamat lépcsőfokai (Forrás: saját szerkesztés)



A jelzési protokoll értelmében két hangsúlyos kérdés merül fel. Az egyik a szakmaterületi preventív intézkedések területe, míg a másik a jelzés alapjául szolgáló „gyanú” mint jogszabályi terminus értelmezése.

A gyermekút és gyermekvédelem szakmaközi kapcsolatrendszerében a lehető legnagyobb hangsúly helyeződik a konkrét gyermekvédelmi szereplőkön kívüli szakterületek (szakemberek) gyermekvédelmi identitásának kialakítására. A gyermeki fejlődési rendellenesség, a probléma, vagy tünet korai kezelése az egyes szakterületi tevékenységek prevenciójának része. Ennek legfőbb eleme a felismerés és korai kezelésbevitel. A primer prevenció értelmezése azonban még határozottabb feladatköröket céloz az egyes társzakták – az egészségügy, a köznevelés, a szociális ellátórendszer – sajátjaként értelmezett gyakorlat- és módszerspecifikus tudások rendszerében. Az egészségügy az egészségpromóció terén kapcsolódik a közneveléshez is,

ahogy a tudatos gyermekvállalás és a fejlődési eltérések korai diagnosztikája szintén megjelenik a primer színtereken. A szakmaközi kapcsolatok kiépítésében és a folyamatos kooperációk részeként monitorozni szükséges az egyes lokális hálózatokban a preventív intézkedések komplex kapcsolódásának lehetőségeit, ezzel is segítve a gyermek családban történő nevelkedését.

A *gyanú* mint szakterminus mindazoknak a jelzőtüneteknek és rendszerindikátoroknak az összesege, amelyet bármely jelzésre és együttműködésre kötelezett szakterület *a saját szakmai szűrőin keresztül veszélyeztető helyzetnek ítél meg*. Alapvetően szubjektív megítélésről van szó, amihez objektív feltételrendszert támasztanak a vonatkozó joganyagok. Az „input” tehát a szubjektum megítélése, tudás és szakmai tapasztalat alapján. Ehhez társulnak a későbbiekben azok az intézkedések, amelyek a veszély mielőbbi elhárítását segítik. A megszokottól eltérő viselkedés, fejlődés, állapot az, ami a gyanú kiszűrésének alapja lehet.

Hatékony együttműködési formák a gyakorlatban

A kollektív felelősség megteremtésének további fontos eszköze a szakmaközi kommunikációt és együttműködést elősegítő módszerek ismerete és alkalmazása. Ahhoz, hogy a felelősségi és terhelési egyensúlyok helyreálljanak, nélkülözhetetlen eszköz a nyíltan vállalható szakmaközi kommunikáció. Ennek jogalapja is mára tisztán értelmezhető. Fontos elem a jelzés megtételének megfontolása közben, hogy a titokvédelem, a gyermek adatainak védelme ne élvezzen elsőbbséget a jelzést tevő tudatában a gyermek veszélyeztetésének, bántalmazásának stb. gyanúja esetén, hanem a veszélyeztető okok elhárítása és a gyermek alapvető jogainak védelme legyen a fókuszban. Előfordul, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai a jelzés elmulasztásakor titoktartási kötelezettségükre hivatkoznak, így fontos figyelni arra, hogy a Gyvt. 17. § (2) bekezdés szerint a jelzőrendszeri tagok kötelesek jelzéssel élni a gyermek veszélyeztetettsége esetén a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatnál vagy hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása, más súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén. A Gyvt. 135–136/A. §-ában foglalt rendelkezések a jelzőrendszeri tagoknak az adatkezelésre – beleértve a törvényben meghatározott szervnek, hatóságnak való továbbítást is – kifejezett felhatalmazást adnak. Az Infotv. 3. §-a értelmében a jelzőrendszeri tagok közötti kommunikáció ugyanúgy nem minősül adattal való visszaélésnek vagy jogosulatlan adatkezelésnek.

A szakmaközi konzultáció fontos eszköz az esetmenedzsment, ahogy a gyermekút követésében is, ami alapvetően az együttműködésre épít. A formális szakmaközi együttműködések mellett a kapcsolati háló bővítése és informalizálása még nagyobb teret nyit a szabad interakcióknak. Személyre szabottá tehető a megszólítás, ahogy a segítségkérés is egyes szakmaközi helyzetek, valós problémák értelmezésében.

A szakmaközi konzultációs formák sajátosságai:

Egyéni esetkonzultáció: Ezt a kapcsolati formát lehet a hétköznapokban is a leghatékonyabban alkalmazni. A személyközi szakmai kapcsolatok rendszere átszövi a felelősségteljes gondolkodást, ami egyfajta érzékenységet és nyitottságot feltételez. A legfontosabb szempont, hasonlóan az egyéni versus kollektív kötelezettség értelmezéséhez, az hogy nem vagyunk egyedül a problémák detektálásában, ahogy azok megoldásában, kezelésében sem. A nyílt interakciók ugyanakkor a már említett kapcsolati háló működtetésének és karbantartásának (adok-kapok egyensúly) feltétele is, így annak kiépítése és bővítése folyamatos felismerés és feladat.

TEAM konzultáció: Az egy szakmát képviselő kollégák releváns problémaértelmezését segítő szakmai fórum. A legtöbb intézményben alkalmazott eljárás, azonban ezek nagy része napjainkban még mindig jellemzően operatív. A szolgáltatások és szakmai munka hatékonyságára fókuszál, minőségi protokollok és előírásoknak megfelelően, kvázi a szervezeti minőségirányítás részeként. Fontosabb lenne mégis az individuális esetmunkát támogató folyamatok, azok rendszerszintű hatásainak jobb megértését erősítő szakmai összefogás.

Esetmegbeszélés: A szakmaközi konzultáció kics csoportos formája, ahol az adott eset (klienst érintő probléma) sajátos szakmai szűrőkön, szemüvegen keresztül vizsgálva lesz rendszereiben és komplexitásában is átlátható. Ebben a közös halmazt a veszélyeztetettséget kizáró, vagy azt megerősítő tényezők szerepeltetése alkotja. A gyermekút vonatkozásában az esetmegbeszélés a potenciálisan kijelölhető szolgáltatások és a segítség folyamatának, célállomásainak megerősítését is szolgálja, így a család- és gyermekjóléti szolgálatok leggyakrabban alkalmazott szakmaközi fóruma. Fontos kiemelni, hogy esetmegbeszélést bármely szakma képviselője kezdeményezhet.

Esetkonferencia: A szakmaközi stábtagek beemelésén kívül az érintetti kör és rendszere (többnyire a család, hozzátartozók, támogatók) is meghívást kapnak ebbe a konzultációs formába, ahol az egyes szakmák képviselőinek állásfoglalásán túl az érintettek erőfeszítései, hozzászólásai, értékelései is közös csatornán megjelenhetnek. Az ellenállások és indulatok kezelésének helyszíne lehet egy esetkonferencia, így az azt vezető szakember jó ha mediátori tapasztalattal is rendelkezik, avagy kommunikációs szakember is egyben. Az indulatoknak és az érzelmek kivetülésének helye lehet a szakmaközi kommunikációban, ahol nem csak a dokumentációkból tájékozódunk, hanem reális tapasztalati élményeket keresünk és empatizálók, perspektívaváltásra kész szakemberek vagyunk. A hazai gyermekvédelem ezirányú törekvése a sokszereplős rendszert érintő kommunikációs nehézségek csapdáiban vergődik. Kevés a személyközi kapcsolódás, ellenben nagy a dokumentációs teher. Az esetkonferencia a kapcsolati háló erősítésének eszköze is lehet.

Szakemberek kompetenciáinak szélesítése a gyermekút követésben

A szabályozott gyermekút működésének és működtetésének egyik feltétele egy olyan ismeretanyag összeállítása, amely a kora gyermekkori intervenciók ellátásában részt vevő szakemberek egységes tudásának forrása. A kompetenciák szélesítése, a közös szemlélet kialakítása hozzájárul a különböző szakterületek közötti együttműködések erősítéséhez, egymás munkájának megismeréséhez, a gyermekek körül kiépített kapcsolati háló fenntartásához, a gyermek mielőbbi ellátásba kerülésének és nyomon követésének biztosításához. Mindezen információk azonban nemcsak a szakembereknek, hanem a szülőknek is hasznosak, mivel segítenek a gyermekekkel foglalkozó szolgáltatások könnyebb elérésében, ugyanakkor megteremtik a szakemberek és a családok közötti partneri kapcsolat kialakításának, a szülők fokozottabb bevonásának lehetőségeit is.

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt 23 saját fejlesztésű képzése keretében közel 12 000 fő szakember képzése valósult meg. A szakemberek 23%-a a köznevelés, 42%-a a szociális, gyermekjólét, gyermekvédelem és 34%-a az egészségügy területéről érkezett. A képzések között voltak komplex, vegyes képzések, amelyek minden korábban említett ágazat összes érintett szakterülete számára nyitottak voltak (például *A tipikus fejlődés jellemzői, az eltérő fejlődésmenet figyelemfelkeltő jelei a korai életkorban* vagy a *Gyermekút* képzés), és úgynevezett témaspecifikus vagy célcsoport-specifikus képzések, amelyek célzott módon vontak be egy-egy homogénebb csoportot a képzendők körébe, például *Megfigyelés és állapotmegismerés a kora gyermekkorban* vagy *A pedagógiai tanácsadás szerepe a kora gyermekkori intervencióban* című képzések.

A Gyermekút képzés *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt komplex képzéseinek egyike. Alapját a már előzőekben hivatkozott módszertani kézikönyv mint tananyag (Kereki et al., 2020, 2022) és az ebből szerkesztett segédanyagok (Szabó, 2020a, 2020b) alkották. Elsődleges célja, hogy a résztvevők megismerjék az ellátórendszer speciális feladatait, megközelítési fókuszait, működését, egymáshoz való kapcsolódásukat az egészségügyi, a szociális és a pedagógiai ellátási területeken. Továbbá, hogy eligazodjanak a teljes ellátórendszerben, a továbbküldési, jelzési utak feltérképezésében, és a különféle ágazatokhoz, szakterületekhez tartozó szakemberek feladatainak átlátásában.

A továbbképzés heterogén képzési csoportokban valósult meg, a különböző ágazatok szakterületeinek képviselői vegyesen vettek részt a kiscsoportos képzésben, minden ágazatban akkreditált/minősített, azonos képzési tartalom alapján. A Covid okozta járvány okán a képzések online térben valósultak meg, úgynevezett online kontakt formában. Kétféle módon kerültek megszervezésre, lehetőség volt egy 8 alkalmas rövidebb blokkból álló, illetve egy 4 alkalmas, egész napos képzésen való részvételre.

A továbbképzés specialitása, hogy nemcsak a csoport összetétele képezte le a kora gyermekkori ellátásban résztvevő ágazatokat, hanem a trénerek is, akik gyermekgyógyászok/gyermekneurológusok, gyógypedagógusok, pszichológusok, szociális munkások/szociálpedagógusok voltak. A továbbképzés kettős vezetéssel zajlott a négyféle megnevezett szakemberrel, a szakmai tartalomnak megfelelő kombinációban. A továbbképzés módszerei döntően a résztvevők aktivitására, együttműködésére épültek, szerepet vállalva a kapcsolatok kialakításában. Szerepelt a módszerek között előadás, konzultáció, a résztvevők előzetes tapasztalatára épülő páros és csoportmunka, szakmai anyagok feldolgozása, esetmegbeszélések, szituációs gyakorlatok, esetkonferencia megvalósítása.

Közel 1800 fő vett részt a Gyermekút képzéseken, a 8 alkalmas képzések összesített elégedettségi mutatója az 1-től 5-ig osztályozható skálán 4,69, a 4 alkalmas képzéseké 4,73. Ez utóbbi a projekt keretében zajló képzések átlagértékelési mutatója közül a legmagasabb. Több szempont alapján is értékelték a hallgatók a képzéseket, mindkét típusú képzés esetén a legmagasabb átlagértéke az *oktatói munka, szaktudás* megítélésének (a 8 alkalmas képzésé 4,94, a 4 alkalmasé 4,85) és mellette a *tananyag szakmai tartalma minőségének* lett (4,84 és 4,85). Az írásbeli hallgatói visszajelzések között gyakran szerepel annak az élménynek a megfogalmazása, hogy a más ágazatokból érkező szakemberekkel való közös munka milyen örömet és új tapasztalatokat hozott Például „*Csodálatos képzés, megmutatja az utat a szakmák között. Számomra nagy segítség volt, és sok új információval bővült a tudásom. Nagyon koncentráltan összefoglalja a gyermekutat.*” vagy „*Imádtam ezt a négy napot! Nagyon sok újat tanultam, s végre rendszerben látom a dolgokat.*”

Az oktatói értékelések alapján a legnagyobb kihívást a csoportvezetés, az oktatás jelentette a trénerek számára, a saját magukkal való elégedettség kapta a felsorolt szempontok értékelése közül a legalacsonyabb átlagpontszámot, amely 5-ös skálán a 8 alkalmas képzésen 4,31, a 4 alkalmason 4,26 volt. A 8 alkalmas képzésen a két legmagasabb átlagértéket (4,98 és 4,97) az *oktatótársakkal való együttműködés*, illetve *a képzés szervezetsége* kapta. A 4 alkalmas képzések kicsit később indultak, az oktatók között kialakult személyes összehangolódás és az összegyűjtött tapasztalat hatására maximális átlagértéket (5,0-öst) kapott az oktatótársakkal való együttműködés, és 4,99-t a képzés szervezése, szervezetsége. Ez utóbbi érték mögött megjelenik a képzésszervezők személyes segítő munkája, amely nemcsak az előkészítő tevékenységet foglalta magában, hanem teljes egészében jelen volt a lebonyolítás során. Mint ahogy a *képzési témák használhatósága és hasznossága* is a visszajelzések nyomán megtett korrekciók hatására a 8 alkalmas képzésben elért 4,88-as átlagról 4,96-ra emelkedett.

Az oktatótársakkal való együttműködés jó mintát nyújtott a különböző ágazatok szakemberei közötti együttműködésre, kommunikációra. Az eltérő illetve eltérően használt szakkifejezések, az egyes esetek megközelítéseinek különbsége, arra ösztönözte az oktatókat és hallgatókat is, hogy megtalálják a

közös pontokat. A képzés szervezésénél is ugyanez a támogató, problémamegoldásra törekvő, segítő attitűd nyilvánult meg, amely tiszteletben tartotta a kapcsolat szimmetrikusságát. Annak megtapasztalása a résztvevők részéről, hogy hogyan kell jól segíteni a személyes (például IKT-kompetencia hiánya esetén) és szakmai elakadások során, valódi szemléletformálást tudott nyújtani. Bizva a tapasztalati tanulás meghatározó erejében, remélhetőleg ez a hozzáállás és gyakorlat a kollégákkal, szülőkkel való kommunikáció során egyaránt továbbadásra kerül. Az oktatók visszajelzései arról árulkodtak, hogy élményként és szakmai sikerként élték meg a képzéseket, amelynek alapját minőségi, színvonalas szakmai anyag szolgáltatta: *„Nagyon régen volt ilyen pozitív élményben részem, hogy ennyire jó érzést válthattunk volna ki tevékenységünkkel – a nemegyszer zavarba ejtő, kedves, mély köszönetnyilvánítások részint nekünk, a személyeinknek, de ugyanilyen részt a képzési anyagnak és a metodikának is szóltak.”* vagy *„Maximálisan elégedett vagyok a képzés témájával, sok helyütt ajánlottam a képzést. Véleményem szerint páratlan a tematikáját tekintve. Jó lenne, ha ez egy hosszú távú képzés tudna maradni, én kötelezően előírnám.”*

Összefoglalás

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt gerincét képező gyermekútprotokoll és a hozzá kapcsolódó módszertani fejlesztések, tananyagok tudástartalma, több csatornán keresztül jutott el a terepen dolgozó szakemberekhez és az érintett szülőkhöz. Képzések, workshopok, tájékoztató napok, a projekt honlapja (gyermekut.hu) és a hozzá kapcsolódó applikáció segítették, hogy az ismeretek és az információk megosztása minél szélesebb körben megtörténhessen, és a kora gyermekkori intervencióról nyert korszerű, interdiszciplináris szemléletű tudás a napi gyakorlatba beépülhessen. A projekt szakmaközi és önreflektív tartalmain keresztül szemléletbeli megújulást indított el a szakemberek körében, komplexebbé, egységesebbé vált a kora gyermekkorról nyert tudásuk, javult az ágazatok közötti kommunikáció, a különböző szakterületek képviselőinek együttműködése.

Nem csak a kisgyermekek körül dolgozó, eltérő ágazati irányítású intézmények szakembereinek összehangolt munkáját kívánta támogatni a projekt, mindezen túl cél volt az is, hogy megújítsa a graduális képzésben részt vevő szakemberek tudását és átemelje a projekt által kifejlesztett, kora gyermekkori intervenciót érintő tudástartalmakat, a hazai felsőfokú képzésbe.

Ez a törekvés egy olyan együttműködést eredményezett, amely a korai ellátásban dolgozó szakembereket képző felsőoktatási intézmények delegáltjai között valósult meg, akik rendszeres műhelymunkák keretében cserélték ki a tapasztalataikat. Remélhetőleg, ez a sok éves munka elősegíti, hogy a korai ellátórendszer működéséről, a gyermekutakról, az eltérő, megkésett fejlődés felismeréséről, diagnosztikájáról és terápiás, fejlesztő ellátásáról szóló tudás hosszú időre részévé váljon a hazai felsőoktatási képzésekben oktatott tudásanyagoknak.

Irodalom

- Altorjai, P., Fogarasi, A. & Kereki, J. (2015, Eds.). *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*. 2. javított kiadás. Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Budai, I. & Szöllösi, G. (2020). A szociális munka gyakorlati kutatása. *Párbeszéd szociális munka folyóirat* 1. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2020.7/1/1>
- Csepregi, A. (2018, Ed.). *Ajánlások – A fejlődési zavarok és az érzékszervi fogyatékosok korai szűréséhez, állapotmegismeréséhez. Módszertani kézikönyv*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Haász, S. & Varga, L. (2010). Élménykeresés a szociális professzióban. *Képzés és gyakorlat: Training and practice*, 18(1–2), 75–84.
- Kereki, J. (2010). A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36(1), 32–45.
- Kereki, J. (2013). A kora gyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 23–38.
- Kereki, J. (2017). *Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Kereki, J., Bauer, V., Gyarmathyné Doma, G., Kujalek, É., Nádor, Cs., Nyuli, K., Schultheisz, J., Somodi, A., Újhelyi, J. & Vámos, É. (2014). *Gyermekút – Jogsabályok, gyakorlat, lehetséges modell*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kereki, J., Futó, G., Altorjai, P., Baranyi, I., Csepregi, A., Kardos, R., Kiss, E., Szegedi, T. & Szvatkó, A. (2020). *Gyermekút*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Kereki, J., Futó, G., Altorjai, P., Baranyi, I., Csepregi, A., Kardos, R., Kiss, E., Szegedi, T. & Szvatkó, A. (2022). *Gyermekút*. 2. javított kiadás. Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.
- Kereki, J. & Szvatkó, A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki, J. (2015, Ed.). *Kliensút Kalauz*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki, J. (2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Kutatási zárójelentés. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4pillar/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (2022. 06. 15.)
- Kereki, J. & Lannert, J. (2009). *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése*. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány. <http://fszk.hu/kiadvany/a-korai-intervencios-intezmenyrendszer-hazai-mokodese/> (2022. 06. 15.)
- Kereki, J. & Tóth, A. (2019, Ed.). *Lépések. I.-II. kötet. Módszertani kézikönyv a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek számára*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

- Perlman, H. H. (1957). *Social Casework: A Problem Solving Case*. The University of Chicago Press.
- Nádor, Cs., Cziniel, M., Bajnok, I., Elmont, B., Király, B., Merő, G., Palugyay, D. & Zátonyi, A. (2018). *Szakmai irányelv a rizikó újszülöttek utógondozásáról*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Nyitrai, Á., Korintus, M.-né, Hajdúné Holló, K., Józsa, K., Rózsa, S. & Kereki, J. (2021). *A gyermekfejlődési kérdőív alkalmazása a bölcsődében és az óvodában*. Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.
- Meszéna, T.-né (2019, Ed.). *Kaleidoszkóp – Rendszerszemléletben a korai terápiás háromszög*. Módszertani kézikönyv. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Szabó Gy.-né (2020a, Ed.). *Gyermekút a kora gyermekkori intervenciók ellátórendszerben*. Hallgatói segédanyag az akkreditált továbbképzéshez és a Gyermekút módszertani kézikönyv feldolgozásához CSBO MS TEAMS-felületen. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Szabó Gy.-né (2020b, Ed.). *Gyermekút a kora gyermekkori intervenciók ellátórendszerben. Tréneri kézikönyv az akkreditált továbbképzéshez és a Gyermekút módszertani kézikönyv feldolgozásához*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Szvatkó, A., Arató, D., Bodnár, E. & Fodorné Földi, R. (2018a). *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Szvatkó, A., Borovics, B., Eckhardt, D. & Somlai, B. (2018b). *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Szvatkó, A., Göbel, O., Lapis, A., Ódorné Mátyássy, Á. & Rózsa, S. (2021c). *Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja*. Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.
- Vekerdy-Nagy, Zs. (2008). Az egészségügyi ellátás sajátosságai értelmi fogyatékos gyermekek és felnőttek körében. In Bass, L. (Ed.), *Amit tudunk és amit nem... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon* (pp. 21–51). Kéznevelési Alapítvány.

Jogszabályok

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
- 15/2013. [II. 26.] EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről



Kereki, J. & Haász, S.**Children's Way to focus on inter-sector cooperation**

The early childhood intervention development project was launched in the spring of 2017, in the framework of the Széchenyi 2020 program, to help children and their families with differing advanced pre-school development in a way that is more efficient and better adapted to their needs. The primary purpose of the project is to create a unified child path in which the cooperation of early childhood intervention professionals and the paths of transmission are well regulated. Single-test procedures and guidelines have been evolved to identify delayed-development children at an early age and ensure accurate diagnosis. This study emphasizes the objectives of the project and intersectoral cooperation and the effectiveness of the child protection approach.

Keywords: cooperation, inter-sector, early development, atypical development
