



# Zgodnja Obravnava V Otroštvu

## Analiza stanja v Evropi

Ključni vidiki in priporočila

# **ZGODNJA OBRAVNAVA V OTROŠTVU**

**Analiza stanja v Evropi**

***Ključni vidiki in priporočila***

**Zaključno poročilo**

**Evropska agencija za razvoj izobraževanja na področju  
posebnih potreb**



To je zaključno poročilo študije o zgodnji obravnavi v otroštvu, iz katerega lahko naredimo izvečke, v kolikor je vir jasno naveden.

Poročilo je pripravila Agencija na osnovi prispevkov nacionalnih ekspertov imenovanih v študijo o zgodnji obravnavi (v nadaljevanju ZO) v otroštvu. V tej zvezi se zahvaljujemo *Stefaniji Alisauskiene; Leni Almqvist; Josiani Bechet; Alainu Bony; Grači Breia; Lesley Campbell; Isabeli Felgueiras; Bergþóri Gísladóttir; Liisi Heinämäki; Monici Ingemarsson; Zuzani Kaprova; Marii Karlsson; Jytti Lau; Johannu Lindqvist; Enei Mägi; Theoni Mavrogianni; Ineki Oenema-Mostert; Franzu Peterander; Jaimeju Ponte; Manfredu Pretis; Bieuweu Van Der Meulen; Panagioti Vlachou* za njihove prispevke ter *Axelli Cheney* za vso pomoč.

Obsežne spletne informacije o stanju po državah, kakor tudi kontaktne podrobnosti o ekspertih in nacionalnih predstavnikih Agencije, ki so sodelovali v projektu, so podane na naslednji spletni strani, posvečeni zgodnji obravnavi v otroštvu:  
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Urednica: Victoria Soriano

Slika na naslovnici: *'Palveluviidakko'* – džungla na področju storitev – je delo Marjaane Koskivuori. Risba je delo Marjaane, priznane finske umetnice, rojene leta 1988. Zaradi možganske paralize ustvarja Marjaana računalniške grafike z uporabo infrardeče računalniške miške. Svojo risbo razlaga takole: 'Rdeča pika na desni sem jaz, okrog pa je džungla služb in storitev'. Risbo je Marjaana podarila Agenciji kot zahvalo za udeležbo na Posvetovanju mladih s posebnimi potrebami, ki ga je 3. novembra 2003 organizirala Agencija v Evropskem parlamentu.

Izdelavo dokumenta je podprl GD za izobraževanje, usposabljanje, kulturo in večjezičnost pri Evropski komisiji.

[http://europa.eu.int/comm/dgs/education\\_culture/index\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm)

ISBN: 8791500-60-5 (elektronska različica)      8791500-42-7 (tiskana različica)  
978-8791500-60-2                                      978-8791500-42-8

**2005**

**Evropska agencija za razvoj izobraževanja na področju  
posebnih potreb**

Sekretariat:	Urad v Bruslju:
Østre Stationsvej 33	3 Avenue Palmerston
DK – 5000 Odense C Danska	BE-1000 Bruselj Belgija
Tel: +45 64 41 00	Tel: +32 2 280 33 59
<a href="mailto:secretariat@european-agency.org">secretariat@european-agency.org</a>	<a href="mailto:brussels.office@european-agency.org">brussels.office@european-agency.org</a>
<a href="http://www.european-agency.org">www.european-agency.org</a>	



## VSEBINA

POVZETEK .....	4
UVOD .....	7
1. ZGODNJA OBRAVNAVA V OTROŠTVU: KONCEPTUALNI OKVIR .....	11
2. ANALIZA PROJEKTA ZGODNJE OBRAVNAVE V OTROŠTVU. 18	
2.1 Službe in storitve, ki jih nudijo različne države .....	18
2.2 Ključni vidiki .....	21
2.2.1 Ciljne skupine .....	22
2.2.2 Timsko delo .....	23
2.2.3 Usposabljanje poklicnih strokovnjakov .....	24
2.2.4 Delovno orodje .....	26
2.3 Trije specifični primeri ZO v otroštvu .....	28
2.3.1 Glavne značilnosti .....	28
2.3.2 Podobnosti in razlike .....	35
3. PRIPOROČILA .....	38
3.1 Razpoložljivost .....	38
3.2 Krajevna bližina .....	39
3.3 Dostopnost (cenovna) .....	40
3.4 Interdisciplinarno delo .....	40
3.5 Raznolikost .....	42
LITERATURA .....	44



## POVZETEK

Zgodnja obravnava (ZO) v otroštvu je področje, pomembno tako na politični kot tudi na strokovni ravni. Povezana je s pravico majhnih otrok in njihovih družin do pomoči, ki jo potrebujejo. Cilj ZO v otroštvu je nuditi podporo in krepiti otroka, družino ter vse vključene službe. Pomaga pri razvoju inkluzivne in kohezivne družbe, ki se zaveda pravic otrok in njihovih družin.

S tem povezani dokumenti, objavljeni v zadnjih 20 do 30 letih, prikazujejo razvoj idej in teorij, iz katerih se je razvil nov koncept ZO v otroštvu. Vanj so neposredno vključeni zdravstvo, izobraževalna sfera in družboslovne znanosti (zlasti psihologija). Osredotoča se na otrokov razvoj in na vpliv socialne interakcije na človeški razvoj na splošno ter posebej na otroka. V novem konceptu je zaznati premik iz vrste obravnave, usmerjene predvsem na otroka, k širšemu pristopu, kjer sodelujejo otrok, družina ter okolje in se ujema s širšim razvojem idej na področju invalidnosti. Gre namreč za premik z 'medicinskega' na 'socialni' model.

V analizi projekta Agencije so bili opredeljeni različni elementi, pomembni za nov koncept ZO v otroštvu, ki so navedeni spodaj.

*Razpoložljivost, krajevna bližina, dostopnost (cenovna) in raznolikost* so splošne značilnosti storitev evropske ZO v otroštvu:

- Vrsta razpoložljivih in dostopnih storitev in/ali ukrepov, dostopnih na osnovi prošnje s strani družine;
- Takšne ukrepe in storitve je treba ponuditi čim bolj zgodaj, morajo biti brezplačne ali povezane z minimalnimi stroški za družine. Na voljo morajo biti kadarkoli in kjerkoli so potrebne, po možnosti na lokalni ravni. Storitve morajo odražati potrebe družin ter morajo zagotavljati intervencijo, usmerjeno na družino;
- Raznolikost storitev v posameznih državah kaže na potrebo po ustanovitvi zadostnega sodelovanja in koordinacije služb ter virov, z namenom, da se zagotovi zadostna kakovost le-teh;
- Zdravstvene, socialne in izobraževalne službe morajo biti vključene v ZO v otroštvu in soodgovorne zanjo, kar je v skladu s teoretičnim ozadjem ZO v otroštvu, ki temelji na različnih disciplinah in družboslovnih znanostih. Zdravje in družboslovne znanosti so medsebojno povezane glede na otrokov razvoj, kar je nujno treba



upoštevati. Ne obstaja en sam model, temveč so različne teorije in modeli prispevali k razvoju širokega pristopa do ZO v otroštvu, ki je osredotočena na otroka, družino in skupnost in katera je doživela premik od medicinskega k socialnemu modelu.

*Ciljne skupine, skupinsko delo, izobraževanje in usposabljanje poklicnih strokovnjakov ter delovno orodje* predstavljajo ključne vidike, o katerih je bilo govora na projektnih srečanjih:

- Eksperti, sodelujoči v projektu, so obravnavali vpliv sprememb v družbi na ciljno skupino ZO v otroštvu, kakor tudi povečano število otrok s psihološkimi in socialno-čustvenimi problemi;
- Poklicni strokovnjaki oz. praktiki iz raznih disciplin so odgovorni za pomoč majhnim otrokom in njihovim družinam. Vendar ne smejo delovati ločeno, temveč morajo sodelovati in delovati kot interdisciplinarna skupina. Da bi zagotovili sodelovanje in skupinsko delo, bi jim morali nuditi določeno obliko enotnega usposabljanja, s čimer bi povečali znanje, ki so ga pridobili v osnovnem izobraževanju. Takšno enotno usposabljanje je možno v obliki nadaljnjega (specializiranega) usposabljanja ali pa kot del stalnega strokovnega usposabljanja oz. usposabljanja na delu. S tem bi zagotovili strokovnjakom potrebno znanje o temah, kot so otrokov razvoj, delovne metode, sodelovanje različnih služb, timsko delo, vodenje primerov, razvoj osebnih sposobnosti in delo z družinami. Poklicni strokovnjaki morajo znati v svoje delo vključiti starše in/ali širšo družino ter spoštovati njihove potrebe in prioritete, ki se morda razlikujejo od tistih, ki jih imajo sami;
- Poklicni strokovnjaki uporabljajo različna orodja, s katerimi lahko zagotovijo visoko kakovostno delo brez kakršnihkoli vrzeli in jih uporabijo takoj, ko se problem odkrije. Njihovo delo poteka ob vključitvi in sodelovanju družin. V primerih, kjer je potrebna intervencija, družina in strokovna skupina skupaj izdelata individualiziran načrt, ki se imenuje tudi družinski načrt ali individualen družinski storitveni načrt, odvisno pač od države. Načrt se osredotoča na potrebe, prednosti, prioritete, cilje in ukrepe, ki se bodo izvajali in ocenjevali. Obstoj takšnega dokumenta olajša prenos informacij in kontinuiteto potrebne pomoči, kadar otrok prehaja od ene storitve v drugo ali v primeru, ko se družina preseli.

Zgoraj omenjeni elementi predstavljajo osnovo za oblikovanje priporočil, katerih cilj je izboljšati in utrditi obstoječe službe in storitve



---

ZO v otroštvu. Le-ti so predstavljeni v zadnjem poglavju pričujočega dokumenta.



---

## UVOD

Cilj dokumenta je predstaviti analizo projekta, in sicer ključne vidike zgodnje obravnave (ZO) v otroštvu v evropskih državah, ki jo je izvedla Evropska agencija za razvoj izobraževanja na področju posebnih potreb v letih 2003–2004. Vsebuje tudi seznam priporočil, namenjen predvsem poklicnim strokovnjakom na tem področju, v katerem bodo našli praktične ideje za razmislek in izboljšavo prakse.

Analiza je nastala na osnovi strokovnega znanja in usposobljenosti ekspertov in družin, neposredno ali posredno vključenih v projekt. V vseh fazah projekta so namreč prispevali ustrezno gradivo, pomembne ideje in pripombe glede stanja ZO v otroštvu v svojih državah, kakor tudi razmišljanja in kritične pripombe.

Osnovo dokumenta predstavlja **utemeljitev** za nadaljnje preučevanje te pomembne teme ter tako prispeva k nadaljevanju dela, katerega je Agencija končala leta 1998. Istočasno je dokument tudi v skladu z glavnimi načeli ključnih mednarodnih organizacij, kot so Združeni narodi (ZN) in UNESCO, ki sta zelo jasno izrazila svoja stališča v borbi za pravice otrok in njihovih družin.

*Materinstvo in otroštvo sta upravičena do posebne skrbi in pomoči (ZN 1948, Člen 25 §2).*

*Otrok mora uživati vse ugodnosti socialnega varstva. Imeti mora pravico do življenja in razvoja v zdravih okoliščinah. Zato je treba njemu in njegovi materi dajati posebno nego in varstvo. Skrbeti je treba zanj in za njegovo mater že pred porodom (ZN 1959, Načelo 4).*

*Države pogodbenice otroku s posebnimi potrebami priznavajo pravico do posebne skrbi in v skladu z razpoložljivimi sredstvi spodbujajo in zagotavljajo, da so otrok, ki je do tega upravičen, in tisti, ki so odgovorni za skrb zanj, deležni pomoči, za katero so zaprosili in ki ustreza otrokovemu stanju ter zmožnostim staršev ali drugih, ki skrbijo zanj (ZN 1989, Člen 23 §2).*

*Države naj si prizadevajo za zagotovitev programov, ki jih vodijo multidisciplinarne skupine strokovnjakov za zgodnje odkrivanje,*





ocenjevanje in zdravljenje okvar. To bi lahko preprečilo, zmanjšalo ali odpravilo posledice invalidnosti (ZN 1993, Pravilo 2 §1).

*Skrb v zgodnjem otroštvu in izobraževalne programe za otroke do starosti šestih let je potrebno razvijati in/ali preusmeriti v spodbujanje telesnega, intelektualnega in socialnega razvoja in v pripravljenost na šolo. Ti programi predstavljajo veliko ekonomsko vrednost za posameznika, družino in družbo, ker preprečujejo poslabšanje invalidnega stanja (UNESCO, 1994, §53).*

**Metodologija**, ki je bila uporabljena za analizo, se ujema z osnovnimi načeli ZO v otroštvu: delati na spoštljiv in odprt način znotraj interdisciplinarnega okolja kakor tudi na interaktiven način, upoštevajoč različna ozadja udeležencev.

Zbirka podatkov na nacionalni ravni in analiza nacionalnih stanj sta predstavljali osnovo opravljenega dela.

Predstavniki Agencije so imenovali ključne eksperte, ki zastopajo politiko ZO v otroštvu, prakso in raziskovalne sektorje v 19 državah. Zastopana so bila vsa strokovna področja oz. sektorji: izobraževanje, socialne in zdravstvene službe, pri čemer je bila udeležba predstavnikov iz izobraževalnih služb večja. Družine so bile neposredno vključene na enem od delovnih srečanj, kakor tudi v validacijski fazi projekta (glej str. 10).

V času projekta je bilo organiziranih pet srečanj – štiri delovna srečanja in zaključni seminar. Glavni cilj dela na srečanjih je bil razmišljati o temah, opredeljenih na prvem srečanju ter pripraviti konkretne predloge zanje, in sicer o:

- Vlogi, katero naj bi imele službe in poklicni strokovnjaki znotraj okvirja storitev zgodnje obravnave v otroštvu;
- Sestavi skupine in usposabljanju strokovnjakov;
- Spremembah povezanih s ciljno skupino ZO v otroštvu;
- Načinih dela za učinkovito delo z otroki in družinami.

Za srečanja in obiske so bile izbrane tri lokacije, ki so predstavljale dobre primere različnih načinov izvajanja sistemsko-ekološkega modela ZO v otroštvu – priznanega teoretičnega in praktičnega pristopa na tem področju (v naslednjih poglavjih bodo podane



podrobnosti uporabljenega modela). Poleg tega so omenjene tri lokacije predstavljale neposredno povezavo s tekočim raziskovalnim delom, ki so ga izvajale lokalne univerze na omenjenih lokacijah. To je omogočalo ekspertom v projektu poglobljene razprave. Sledila je opredelitev glavnih značilnosti intervencije, njene dobre strani in področja za izboljšave, ki naj bi jih izvedli glede na stanje v državah udeleženkah.

Celostna analiza je sledila štirim fazam, ki so prispevale k pripravi zaključnega poročila.

*Informacijska faza:* zbiranje prispevkov iz posameznih držav, pripravljenih po enotnem modelu, o katerem so se dogovorili na prvem srečanju in katerega namen je bil primerjati obstoječe službe in storitve v državah, sodelujočih v projektu. Eksperti so bili naprošeni,

- Da posredujejo podatke o glavnih značilnostih služb in/ali storitev ZO v otroštvu v njihovih državah in;
- Da predstavijo splošno usmeritev – t.i. *rešilno bilko* – za otroke, ki potrebuje obravnavo v zgodnjem otroštvu, in sicer od rojstva do starosti pet ali šest let in za njegovo družino. Rešilna bilka naj bi nakazovala ime in vrsto pomoči, ki je na voljo v okviru razpoložljivih storitev, odvisno od otrokove starosti in služb, odgovornih za izvajanje storitev ter pripombe.

*Izmenjalna faza:* izmenjava in razprava o dogovorjenih temah, pomembnih za področje ZO v otroštvu, ki so temeljile na pregledu treh praktičnih primerov: München, Nemčija, Coimbra, Portugalska in Västerås, Švedska. To so tri lokacije, ki so omogočile analizo različnih načinov izvajanja ZO v otroštvu, kakor tudi možnost ugotavljanja podobnosti in razlik v službah in izvajanju storitev po državah, vključenih v projekt. Prispevki ekspertov in staršev na izbranih lokacijah so razprave nedvomno obogatili.

*Razpravljalna faza:* globalna razprava o stanju ZO v otroštvu in pojasnitev vsebin, ki so se oblikovale na srečanjih. Osnutek dokumenta z glavnimi rezultati razprav na treh srečanjih je bil temeljito obdelan. To je pomembna faza, ki je prispevala k nastanku zaključnega poročila na osnovi poglobljene razprave z eksperti in nacionalnimi predstavniki Agencije o vseh vidikih, vsebovanih v dokumentu.



*Validacijska faza:* validacija ali ovrednotenje rezultatov na končnem seminarju na osnovi odprte razprave o glavnih rezultatih, ki jih je dosegla skupina ekspertov in zunanjih udeležencev. V zaključni fazi so bili k delu povabljeni starši, strokovnjaki, oblikovalci politik in raziskovalci, delujoči na področju ZO v otroštvu.

Izraz **zgodnja obravnava v otroštvu** se uporablja v celotnem dokumentu z namenom, da se izognemo kakršnikoli zmoti ali zmedi, povezani s konceptom zgodnje obravnave, ki se namreč nanaša na potrebne ukrepe in intervencijo kot pomoč kateremukoli otroku in njegovi družini kolikor mogoče zgodaj ter kadarkoli v času njegovega izobraževanja.

Ukrepi znotraj okvira zgodnje obravnave v otroštvu pa se osredotočajo na otroke s posebnimi potrebami, od rojstva do šestih let kot najvišje možne starosti.

Poročilo je oblikovano po naslednjem načinu: **prvo poglavje** dokumenta nudi kratek pregled konceptualnega okvirja področja ZO v otroštvu. Okvir temelji na pomembnih objavah o tej temi, predstavljene pa so tudi definicije in glavni cilji.

V **drugem poglavju** so navedeni rezultati analize, izdelane v času projekta. Analiza obravnava realno stanje v zvezi z izvajanjem in organizacijo storitev ZO v otroštvu v sodelujočih državah. Odraža tudi poglobljene razprave o primerih treh držav. Rezultati razprav so pokazali, da je potrebno upoštevati vrsto ključnih vidikov na področju ZO v otroštvu, ki predstavljajo osrednji del številnih pomislekov in izzivov za družine ter poklicne strokovnjake.

**Tretje poglavje** vsebuje vrsto priporočil, namenjenih predvsem strokovnjakom.

Pričujoči dokument nudi zgolj povzetek razprav, izmenjave informacij in izkušenj, ki so jih v projektu predstavili eksperti. Bralci, ki jih zanimajo dodatne informacije o stanju ZO v otroštvu v sodelujočih državah, podrobnosti o ključnih kontaktnih osebah in objavljenih delih, si na spletni strani Agencije lahko pogledajo spletno področje ZO v otroštvu: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



## 1. ZGODNJA OBRAVNAVA V OTROŠTVU: KONCEPTUALNI OKVIR

Zgodnja obravnava v otroštvu je ključno področje analize na evropski ravni. Predstavlja eno tematskih področij znotraj okvira akcijskega programa Skupnosti Helios II (1993–1996), kjer je prišlo do pomembnih razmišljanj z vidika izobraževanja in rehabilitacije. Rezultati na obeh področjih so bili osnova dokumentu, ki ga je objavila Evropska agencija za razvoj na področju posebnih potreb (1998), v katerem je bilo prikazano stanje v različnih državah. Skupaj z Manifestom Eurlayid – Evropskega združenja za zgodnjo obravnavo (1991) in ostalimi pomembnimi publikacijami, nudijo dokumenti dober pregled razvoja omenjenega področja na teoretični, politični in praktični ravni.

Evropski in mednarodni dokumenti, objavljeni v zadnjih 20 ali 30 letih, ki obravnavajo koncepte, načela in metode ZO v otroštvu, prikazujejo **evolucijo idej in teorij**. Različni avtorji so s svojimi teoretičnimi perspektivami prispevali k evoluciji konceptov in posledično tudi k evoluciji prakse. Njihov prispevek je dvojen:

1. Razvili so nov koncept ZO v otroštvu, v katerega so neposredno vključeni zdravstvo, izobraževalna sfera, družboslovne znanosti, zlasti psihologija. To je ustrezalo novi situaciji, medtem ko so imeli v preteklosti omenjeni sektorji relativno drugačen in ne vedno medsebojno povezan vpliv;
2. Poudarili so napredek v prehodu od obravnave, ki se osredotoča predvsem na otroka, k širšemu pristopu, kjer je poudarek ne le na otroku, temveč tudi na družini in skupnosti (Peterander et al., 1999; Blackman, 2003).

Način, kako so zdravstvo in družboslovne znanosti napredovale in se v zadnjih letih razvile, je imel poleg splošnih družbenih sprememb še neposreden vpliv na koncepte in metode, ki se v okviru ZO v otroštvu uporabljajo danes.

Večje znanje na področju razvoja možganov poudarja pomen zgodnjih izkušenj, ki vplivajo na rast in razvoj neuralnih poti (Kotulak, 1996). Podobno menita tudi Park & Peterson (2003), saj so nedavne raziskave o razvoju možganov pokazale, da imajo pozitivne in bogate izkušnje v zgodnjem otroštvu pozitiven učinek na razvoj možganov, kar otrokom pomaga pri usvajanju jezika, razvoju veščin reševanja



problemov, ustvarjanju zdravih odnosov z vrstniki in odraslimi, kakor tudi pri razvoju sposobnosti, pomembnih za vse življenje. Načina, kako se otroci razvijajo od rojstva – celo od spočetja – do prvih let življenja, ne moremo primerjati z nobenim drugim v kasnejših obdobjih (Shonkoff, 2000). Vendar, kot trdi avtor, je razvoj zaradi socialnih in čustvenih 'okvar' lahko resno moten.

Različne raziskave in razprave govorijo o neposrednem in nepovratnem vplivu zgodnjega razvoja na razvoj v celotnem življenju, a brez jasnega dokaza, da bi bil ta vpliv stalen in tog, po vzoru vzroka in učinka. Kljub temu je sprejeto, da vse to, kar se dogaja v prvih mesecih in zgodnjih letih življenja, vpliva kasneje, v različnih obdobjih otrokovega razvoja.

*Vseeno je, če je vsa škoda, povzročena v zgodnjem obdobju, nepovratna, če zamujenih priložnosti kasneje ni mogoče nadoknaditi in če prva leta pustijo neizbrisen pečat v odrasli dobi: zgodnjo škodo se lahko odpravi, nekaj zamujenih priložnosti kasneje nadoknadimo in rezultati v odraslosti ne izhajajo nujno iz zgodnjih izkušenj. Vendar pa so zgodnja leta pomembna, zato ker lahko škoda v zgodnjem obdobju resno ogrozi otrokove življenjske obete. Nadoknaditi zamujene priložnosti pogosto pomeni obsežen poseg v kasnejšem življenju. Zgodnje okolje ustvari namreč trdno ali pa krhko osnovo, na kateri je nato zgrajen ves nadaljnji razvoj (Shonkoff & Phillips, 2000, str. 384).*

Številne teorije v psihologiji in izobraževanju so prispevale k utrjevanju širšega pristopa k ZO v otroštvu, od teorij, osredotočenih na dihotozijo narave proti vzgoji (nature versus nurture), kjer se na otrokov razvoj gleda kot na odprt proces (*tabula rasa*, ko je vse možno in je vse posledica vpliva odraslih, tako v pozitivnem kot v negativnem smislu) do bolj determinističnega pristopa.

Ključne teorije o razvoju otroka in učnih procesih, kot so Gesellov razvojni pristop (1943), Skinnerjevo operantno pogojevanje (1968) in Piagetova genetska epistemologija (1969), so imele velik vpliv na ZO v otroštvu. Skupen in impliciten element izobraževalnih strategij in možnosti za zelo majhne otroke s posebnimi potrebami pa je osredotočanje na otroka in na njegove omejenosti, in sicer neodvisno od okolja, v katerem biva.



Nadaljnji razvoj je pripisati avtorjem, ki so posebej poudarjali:

- a) Vlogo družine in skrbnikov v otrokovem razvoju – teorija navezanosti (Bowlby, 1980; Ainsworth et al., 1978);
- b) Vpliv socialnih interakcij – socialna učna teorija (Bandura, 1977), socialno razvojna teorija (Vygotsky, 1978), transakcijski model komunikacije (Sameroff in Chandler, 1975; Sameroff in Fiese, 2000);
- c) Vpliv interakcije z drugimi in okolja na razvoj – humana ekologija (Bronfenbrenner, 1979).

Nova perspektiva – čeprav tesno povezana s prej omenjenimi teorijami – temelji na sistemsko-ekološkem pristopu. Porter (2002) opredeljuje ta pristop kot pogled na otrokov razvoj z naslednjih vidikov:

*Holistični:* pomeni, da so vsa področja razvoja – kognitivno, jezikovno, telesno, socialno in čustveno – medsebojno povezana;

*Dinamični:* to je načelo 'dobrega ujemanja', ki predpostavlja, da, če hočemo omogočiti razvoj, se mora okolje spremeniti glede na spreminjajoče potrebe posameznika (Horowitz, 1987, v Porter, 2002, str. 9);

*Transakcijski:* po modelu Sameroffa in Chandlerja (1975) spodbuja razvoj dvosmerna, recipročna interakcija, ki poteka med otrokom in njegovim okoljem. Razvojni rezultat je posledica nenehnega ter dinamičnega medsebojnega delovanja otrokovega vedenja, odziva skrbnika nanj in z okoljem povezane spremenljivke, ki vplivajo tako na otroka kot tudi na skrbnika;

*Posamični:* znanje ali razvoj je posamičen – posamezniki gradijo svoje lastne, enkratne perspektive.

Sistemsko-ekološki pristop omogoča sistemski način analiziranja, razumevanja in beleženja vsega, kar se dogaja z otroki in mladimi v družinah ter v širšem kontekstu, v katerem živijo (Horwath, 2000). To vpliva na razvoj učnih modelov, uporabljenih v predšolskem izobraževanju:

*Gre za premik v poudarku izobraževanja od tega, da otrokom govorimo, kaj morajo vedeti, k poslušanju in odzivanju na bogastvo njihovega lastnega življenja (Porter, 2002, str. 9).*

Dandanes je sistemsko-ekološki pristop zelo razširjen in ga v okviru ZO v otroštvu lahko pojmujejo kot referenčni model. Je rezultat spremembe cilja zgodnje obravnave kot celostnega procesa, ki ne



more biti usmerjen zgolj na otroka, temveč je treba upoštevati tudi njegovo bližnje okolje.

Vpliv sistemsko-ekološkega modela je opaziti tudi v ameriškem programu prednostnega začetka (Head Start programme) za otroke revnih družin, stare od nič do pet let in za njihove družine. Cilj omenjenega programa je pripraviti prikrajšane majhne otroke za šolo dovolj zgodaj, zato da bodo kasneje v šoli uspešni. Program financira Zvezno ministrstvo za zdravje in človeške vire ter vključuje redne in posebne šole, socialne službe in starše.

Naslednje **definicije ZO v otroštvu** smo izbrali z namenom, da z njimi predstavimo različne vidike sistemsko-ekološkega pristopa.

Guralnick (2001) opredeljuje ZO v otroštvu kot sistem podpore družinskim vzorcem interakcije, ki najbolje spodbujajo otrokov razvoj. Za Guralnicka so pomembne transakcije med starši in otroki, izkušnje otroka, ki jih pridobiva v družini in pomoč, ki je dana staršem z namenom, da se v največji meri zagotovi otrokovo zdravje in varnost.

Za Shonkoffa & Meiselsa (2000) se ZO v otroštvu sestoji iz multidisciplinarnih storitev, namenjenih otrokom od rojstva do starosti petih let. Glavni cilji so: spodbujanje otrokovega zdravja in dobrobiti; razvijanje porajajočih sposobnosti; zmanjšanje razvojnih zaostankov; blaženje obstoječih ali nastajajočih invalidnosti; preprečevanje funkcionalnega poslabšanja; spodbujanje posvojitvenega starševstva in splošno družinsko funkcioniranje.

Blackman (2003) smatra, da je *'cilj intervencije v zgodnjem otroštvu preprečiti ali do največje možne mere zmanjšati telesne, kognitivne, čustvene omejitve ter omejitve v virih majhnih otrok z biološkimi ali okoljskimi dejavniki tveganja'* (str. 2). Avtor tu izpostavlja pomembno vlogo družine, ki predstavlja ključni dejavnik uspeha ZO v otroštvu.

Dunst (1985) opredeljuje ZO v otroštvu kot *'obliko pomoči (ali virov) družinam majhnih otrok s strani članov neformalnih in formalnih mrež socialne podpore, ki vpliva neposredno in posredno na delovanje staršev, družine in otroka'* (str. 179).

---

Trivette, Dunst & Deal (1997) so razvili idejo ZO v otroštvu kot pristop, ki temelji na virih:

*Sodobne prakse zgodnje obravnave [v otroštvu] temeljijo predvsem na rešitvah v obliki storitev, ki zadovoljujejo otrokove potrebe in potrebe družine. Programi zgodnje obravnave [v otroštvu] običajno definirajo odnose do otrok in družin glede na določene storitve, ki jih nudi program, ali drugi programi (zato medagencijsko sodelovanje). Takšna zasnova zgodnje obravnave [v otroštvu] je omejena in omejujoča, ker ne upošteva vrednosti virov pomoči, razen formalnih strokovnih storitev. Nasprotno je pristop k zadovoljevanju otrokovih potreb in potreb družine, ki temelji na virih, obsežen in se lahko še širi, ker temelji na mobilizaciji celotnega razpona oblik pomoči s strani skupnosti (str. 73).*

Znotraj okvira analize, ki jo je izvedla Agencija, je skupina ekspertov predlagala naslednjo definicijo ZO v otroštvu:

*Predstavlja službe in storitve za zelo majhne otroke in njihove družine, ki so zagotovljene otroku na osnovi prošnje, in sicer v določenem obdobju njegovega življenja. Vključujejo izvajanje kakršnekoli dejavnosti, kjer otrok potrebuje posebno pomoč, z namenom da:*

- *Se zagotovi in krepí otrokov osebni razvoj;*
- *Krepíjo lastne zmožnosti družine, in;*
- *Spodbuja socialna vključenost družine in otroka.*

*Te ukrepe se otroku zagotovi v njegovem naravnem okolju, po možnosti na lokalni ravni, na način, ki je usmerjen na družino in temelji na večdimenzionalnem timskem delu.*

Pomemben element, ki se pojavlja v raznih definicijah, je zamisel o **preprečevanju** (preventivi) kot sestavnem delu ZO v otroštvu. Simeonsson (1994) našteva tri ravni preprečevanja in ZO v otroštvu, in sicer glede na to, *kdaj* naj se preventivni ukrep izvaja:

*Primarna preventiva* ima za cilj zmanjšanje novih primerov ugotovljenega stanja ali problema v prebivalstvu (incidenca oz. pogostost). Število novih primerov naj bi se z odkrivanjem ogroženih otrok zmanjšalo. Primarna intervencija vključuje ukrepe za preventivo motenj ali okoliščin, ki bi lahko vodile v invalidnost (WHO, 1980). Po Mrazeku in Haggertyju (1994) pomeni primarna intervencija 'posege,





ki se pojavijo pred prvim nastopom motnje' (str. 23). Ukrepi so lahko: a) *univerzalni*, kot so zdravstveni ukrepi, ki veljajo za vse otroke in družine, npr. imunizacijski program za celotno prebivalstvo; b) *selektivni*, namenjeni določenemu delu prebivalstva, npr. najbolj ogroženim skupinam; c) *indicirani* v prebivalstvu, npr. pri posameznikih z ugotovljenim tveganjem.

Cilj *sekundarne preventive* je zmanjšati število obstoječih primerov ugotovljenega stanja, in sicer z ukrepanjem po nastopu problema, toda preden se le-ta popolnoma razvije (prevalenca oz. obolevnost).

*Terciarna preventiva* ima za cilj zmanjšati zaplete, povezane z ugotovljenim problemom ali stanjem, z namenom, da se omeji ali zmanjša učinke motnje ali invalidnosti, in sicer z ukrepanjem v času, ko so le-ti že prisotni.

Te tri ravni lahko določimo v širšem kontekstu na osnovi 'bio-psiho-socialnega' modela funkcioniranja in invalidnosti, ki ga je objavila Svetovna zdravstvena organizacija (ICF, 2001). Po tem pristopu preventiva na področju ZO v otroštvu ne upošteva zgolj zdravstvenega stanja osebe, temveč tudi njeno socialno okolje:

*... posameznikovo funkcioniranje na specifičnem področju pomeni interakcijo ali zapleten odnos med zdravstvenim stanjem in dejavniki iz okolja (okoljskimi in osebnimi). Med temi dejavniki poteka dinamična interakcija: intervencija v eni entiteti lahko spremeni eno ali več drugih entitet (str. 19).*

Upoštevajoč vse značilnosti in načela, ki predstavljajo konceptualno osnovo ZO v otroštvu, opazimo dve, ki delu na tem področju, v primerjavi z drugimi fazami otrokovega izobraževanja, dajeta specifičen značaj. To sta *zgodnje otrokovo obdobje* in *kompleksen ter sestavljen karakter* naloge.

Kombinacija omenjenih dveh dejavnikov zahteva:

- Skupen napor s strani različnih strokovnih področij;
- Interakcijo različnih sodelujočih akterjev;
- Sodelovanje vseh vključenih služb;
- Neposredno vključenost in sodelovanje staršev (in ostalih članov družine).



Le učinkovita kombinacija ukrepanja in obravnave lahko zagotovi dobre rezultate, namenjene majhnim otrokom.

Vsa pozornost mora biti torej usmerjena na **učinek** ZO v otroštvu. Nekateri avtorji o tem področju menijo, da je to tisti pravi pristop, ki predstavlja učinkovito sredstvo za borbo proti nadaljnji socialni in/ali izobraževalni izključenosti (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) trdi, da so raziskave v 70-tih letih *'dokazale splošno učinkovitost in izvedljivost programov zgodnje obravnave za otroke, rojene s tveganjem kot tudi za tiste z ugotovljenimi invalidnostmi'* (str. xv). Po mnenju avtorja pa so potrebne dodatne raziskave, ki bodo morale ugotoviti *'katere intervencije so najbolj učinkovite, za koga, pod kakšnimi pogoji in v kakšne namene'* (Guralnick, 1997, str. xvi).

Razprave, ki so potekale v času delovnih srečanj projekta ZO v otroštvu, so pokazale, da je za ugotavljanje vpliva – učinkovitosti – ZO v otroštvu potrebno upoštevati vse dejavnike vključene v ZO:

- *Otroka*: napredek in zaznavo samega sebe, kadarkoli je to možno;
- *Družino*: raven zadovoljstva družine;
- *Strokovnjake oz. praktike*: njihovo raven zadovoljstva in sposobnosti;
- *Skupnost*: raven zadovoljstva, koristi, stroške investicije glede na učinek, itd.

Potrebno je izdelati oceno vseh teh ravni, zato da se ugotovi kakovostne pokazatelje uspeha. Pogosto je tako, da so zunanje evalvacije preveč standardizirane, časovno zamudne, predrage in preveč usmerjene v količinske pokazatelje.

To je torej konceptualni okvir, ki je predstavljal osnovo za razmišljanja in razprave v fazi analize projekta. Naslednje poglavje govori o organiziranosti služb in opravljanju storitev ZO v otroštvu v različnih evropskih državah, kakor tudi o problemih, ki se nanašajo na njihove glavne značilnosti in predstavljajo za države očitne izzive.



## 2. ANALIZA PROJEKTA ZGODNJE OBRAVNAVE V OTROŠTVU

### 2.1 Službe in storitve, ki jih nudijo različne države

V tem delu je podan pregled organizacije in glavne značilnosti, razlike in izzivi znotraj služb, ki so na voljo v posameznih državah.

**Organizacija ZO v otroštvu** v različnih evropskih državah, vključenih v analizi, ni homogena. Vendar nudijo vse države storitve in pomoč zelo majhnim otrokom (od rojstva dalje) in njihovim družinam. V nekaterih nordijskih državah npr. medicinska sestra iz zdravstvenega doma redno obiskuje vse otroke na domu, in sicer za obdobje največ enega leta, kjer staršem svetuje in nudi pomoč pri njihovih novih nalogah. Takšen način spremljanja se lahko podaljša na dve leti in pol v primerih, ko so ugotovljeni zgodnji problemi. Tudi v ostalih državah je organizirano spremljanje na domu, vendar le na sekundarni ravni, ko je pri novorojencu tveganje ugotovljeno.


Po zgodnjem odkritju so na voljo številne storitve. V nekaterih primerih se ZO v otroštvu zagotovi v bolnišnici v obliki specializiranega tima, vendar je običajno to trenutek, ko nastopijo socialne in izobraževalne službe.

Težko ali skoraj nemogoče je povzeti kompleksnost organizacije služb in izvajanje storitev v različnih državah, ne da bi nehote izpustili pomembne informacije. Za tiste, ki jih zanima stanje v posameznih državah, so podatki na voljo na spletni strani Agencije, na spletnem področju ZO v otroštvu:

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

Kljub raznolikosti storitev, je potrebno poudariti nekaj njihovih pomembnih **skupnih lastnosti**:

*Razpoložljivost:* cilj ZO v otroštvu je zajeti čim prej vse otroke in družine, ki potrebujejo pomoč. To je cilj, ki ima visoko prioriteto v državah z razpršenim prebivalstvom ali izoliranimi podeželskimi področji. Splošno prioriteto pa uživa v vseh državah, in sicer zato da se zmanjšajo razlike med mestnimi in podeželskim območji glede razpoložljivosti virov in se zagotovi enaka kakovost storitev vsem otrokom in staršem, ki zaprosijo za pomoč.



---

*Krajevna bližina*<sup>1</sup>: kot prvo zagotavlja, da se doseže populacija in vloži napore za decentralizacijo služb ali storitev. Pomoč mora biti družinam čim bližje dostopna, tako na lokalni ravni kot na ravni skupnosti. V zadnjih 10 do 20 letih so bile narejene izboljšave; družinam zdaj ni treba več potovati na srečanja v okviru storitev daleč od doma. Namesto tega je službam omogočeno, da se srečajo z družinami na njihovih domovih ali pa v skupnosti. Drugič pa se krajevna bližina povezuje tudi z idejo o storitvah, ki so osredotočene na družino. Osnova vsakega ukrepa je namreč razumevanje in spoštovanje potreb družine.

*Dostopnost (cenovna)*: storitve so družinam v vseh sodelujočih državah na voljo brezplačno ali za minimalno ceno<sup>2</sup>. Financirane so z javnimi sredstvi zdravstvenih, socialnih ali izobraževalnih organov oz. organizacij, ali pa zavarovalnic in neprofitnih združenj. To so možnosti, ki jih družine lahko istočasno koristijo, poleg tega imajo še druge možnosti. Dodatno, vendar v manjšem številu držav, so ljudem na voljo tudi zasebne storitve – ki pa niso financirane iz javnih sredstev in jih mora družina v celoti plačati.

*Interdisciplinarno delo*: strokovnjaki, ki so odgovorni za neposredno pomoč majhnim otrokom in njihovim družinam, pripadajo različnim disciplinam (strokam) in imajo posledično tudi različno ozadje glede na službo, oz. storitev, s katero so povezani. Interdisciplinarno delo omogoča članom skupine medsebojno izmenjavo informacij.

*Raznolikost služb in storitev*: značilnost, ki je tesno povezana z raznolikostjo disciplin, vključenih v ZO v otroštvu. Vključenost treh služb, zdravstvene, socialne in izobraževalne, je skupna značilnost v več državah, toda istočasno je to tudi ena od glavnih razlik. Najbolj izčrpen pregled vloge, ki jo imajo službe, je razviden iz razvrstitve različnih ravni preventive v javnem zdravstvu, kot je to opisano v prvem poglavju (glej npr. Mrazek & Haggerty, 1994; Simeonsson, 1994). Primarna preventiva obsega ukrepe, katerih cilj je zmanjšati motnje ali probleme v prebivalstvu. Sekundarna preventiva ima za cilj zmanjšanje števila obstoječih primerov ugotovljenega problema. Terciarna preventiva pa je osredotočena na zmanjševanje zapletov, ki izhajajo iz ugotovljenega problema ali motnje. Primarno preventivo

---

<sup>1</sup> Izraz *krajevna bližina* ima v besedilu dvojen pomen: blizu kraja in blizu osebe.

<sup>2</sup> To vključuje javne kakor tudi zasebne storitve, financirane iz javnih sredstev.



v vseh državah običajno zagotavljajo zdravstvene kakor tudi socialne in izobraževalne službe. V nekaterih primerih se izvajajo z rednim zdravstvenim in socialnim spremljanjem nosečih žensk ali z razvojnimi presejalnimi testi zelo majhnih otrok v bolnišnicah ali lokalnih zdravstvenih domovih in izobraževalnih centrih. Vse te službe nudijo prvi splošni presejalni test, kateremu sledi ocena potreb, v glavnem namenjena delu prebivalstva z biološkimi ali socialnimi dejavniki tveganja. V primeru ugotovljene potrebe je to prvi korak k nadaljnji napotitvi v druge službe ali k zdravstvenim strokovnjakom.


**Razlike in izzivi** v posameznih državah so povezani z izvajanjem storitev ZO v otroštvu. Kratek pregled ključnih razlik in izzivov, ki so zbrani pod štirimi vprašanji, je podan v nadaljevanju.

### *1. Kdaj se izvaja ZO v otroštvu?*

Vprašanje je neposredno povezano z zgodnjim odkrivanjem, ocenjevanjem in napotitvijo. Kot je bilo že omenjeno, so v vseh državah, sodelujočih v projektu, zdravstvene službe glavni organi, odgovorni za izvajanje treh korakov, ki predstavljajo primarno preventivo. Vendar socialne in izobraževalne službe pri tem tudi sodelujejo. V vseh državah se strinjajo glede čim hitrejšega 'ukrepanja' ter da mora proces potekati neprekinjeno. Težave pa se pojavijo, ko pride do znatnega razkoraka med zgodnjim odkrivanjem, oceno in napotitvijo. Takšna razlika nastane iz več razlogov: pozno odkrivanje v primerih socialnih ali psiholoških problemov; probleme je z medicinskim spremljanjem morda težje odkriti; obstaja lahko tudi pomanjkanje koordinacije med razpoložljivimi službami/storitvami in/ali skupinami. Kljub temu, da je bil dosežen velik napredek, pa v primeru manj izrazitih problemov še vedno obstaja nagnjenost k politiki 'počakajmo, da vidimo'. To se dogaja predvsem v primeru socialnih in psiholoških težav, katerih posledice se pokažejo kasneje.

### *2. Koliko časa naj se izvaja ZO v otroštvu?*

V nasprotju s stanjem v Severni Ameriki, kjer izvajajo ZO v otroštvu od rojstva do starosti treh let, je trajanje zgodnje obravnave v evropskih državah različno. Načeloma se otroku in njegovi družini nudi pomoč do vstopa v šolo, ko prevzamejo polno odgovornost zanj izobraževalne podporne službe. V nekaterih državah je to ob začetku obveznega šolanja. Kljub temu pa ni neke enotne strategije glede



---

faze prehoda in strokovnjaki iz intervencijskih skupin menijo, da je potrebno delovati preko običajnih obveznosti, zato da se nadoknadijo pomanjkljiva koordinacija in viri.

### *3. Kdo je odgovoren?*

V različnih evropskih državah obstaja veliko število različnih vrst storitev in oblik ZO v otroštvu. S tržnega stališča raznolikost lahko razumemo kot prednost: več različnih možnosti pomeni večjo izbiro in družine se zato lahko bolje odločijo. Vendar to ni vedno v skladu z resničnostjo: v številnih primerih družine le s težavo najdejo pravo pot za svojega otroka; in jasne informacije, kjer bi se upoštevalo različne vidike, družinam niso vedno na voljo. Ugotavljamo, da je veliko število storitev posledica oziroma dokaz reaktivnega stanja, ko so storitve uvedli z namenom, da se odzovejo neposrednim potrebam in prošnjam, namesto da bi le-te bile rezultat načrtovane politike.

V vseh sodelujočih državah lahko najdemo centre ZO v otroštvu, čeprav z razlikami. Izjema so nordijske države, kjer zdravstvene, socialne in izobraževalne službe na lokalni ravni skupaj izvajajo ZO.

Skupen trend, ki ga je opaziti v različnih državah, je potreba po prilagajanju nalog in delovnega načrta strokovnjaka oz. praktika potrebam in željam družine, in sicer kjerkoli so storitve na voljo ali kjerkoli se izvajajo. Strokovnjaki delajo 'z in v' družinah, v kolikor je to potrebno in se družina s tem strinja. Vendar delajo po potrebi tudi v izobraževalnih okoljih, ki jih otrok obiskuje (dnevne varstvene ustanove, vrtci, itd.), ali v posebnih centrih, v centru ZO v otroštvu ali drugod.

### *4. Kaj je treba storiti?*

Ta vidik bomo obravnavali podrobneje v naslednjem delu. Vendar je treba na začetku jasno povedati, da je v različnih evropskih državah glede ZO v otroštvu pri zelo majhnih otrocih še vedno prisotna dvojnost med medicinskim in socialnim pristopom.

## **2.2 Ključni vidiki**

Delovna srečanja, organizirana v času projekta, so nudila priložnost za razprave o pomembnih vidikih s področja ZO v otroštvu, ki so:



*Ciljne skupine:* tip prebivalstva, ki je napoten v skupino in/ali službo ZO v otroštvu, spremembe v zadnjih letih glede starosti in značilnosti otrok ter pogoji, pod katerimi se nudi in sprejme ZO;

*Timsko delo:* strokovnjaki za ZO v otroštvu, njihove vloge in odgovornosti ter posebno sodelovanje izobraževalnih služb;

*Usposabljanje strokovnjakov:* začetno in nadaljnje usposabljanje, ki ga opravljajo strokovnjaki za ZO v otroštvu;

*Delovno orodje:* oblikovanje individualnega družinskega načrta za pomoč ali enakovrednega dokumenta ter nadaljnje delo.


Treba je omeniti, da aktivna udeležba staršev ne predstavlja neke ločene oz. posebne sestavine, temveč je bistven pogoj, integriran v vse ključne vidike procesa ZO v otroštvu. Starši morajo s strokovnjaki sodelovati kot partnerji, zato da, kadarkoli je to potrebno, krepijo svoje sposobnosti in avtonomijo ter se skupaj s njimi odzivajo na potrebe otroka. Čeprav je glavni poudarek na starših, ne smemo zanemariti pomembne vloge in pomoči ostalih članov družine. S tem v mislih si pogledjmo glavne rezultate razprav, ki so potekale v času projekta in so predstavljene v nadaljevanju.

### *2.2.1 Ciljne skupine*

Razprave so potekale o tipu populacije, ki je napoten v skupino ali službo za ZO v otroštvu. To so otroci, ki izkazujejo biološke in/ali socialne dejavnike tveganja in njihove družine. V zvezi s tem so eksperti v razpravah poudarili naslednje:

*Naraščajoče število otrok izkazuje psihološke in socialno-čustvene probleme, brez kakršnegakoli dokaza, da je to posledica višjega deleža teh problemov v prebivalstvu ali pa spremembe v zavedanju staršev, čeprav so starši, ki so morda bolj zaskrbljeni, bolje informirani in bolj občutljivi glede otrokovega razvoja, kot pa je to bilo v preteklosti in so posledično bolj pripravljeni prositi za pomoč in podporo.*

V najširšem pomenu besede *narašča tudi poudarek na 'ogroženem' prebivalstvu*, ki je deležno ZO v otroštvu. V večini sodelujočih držav je situacija taka, da mora biti otrokov problem ugotovljen in ocenjen, da lahko dobi pomoč ZO. Zgolj zaznavanje 'tveganja' ni dovolj, da bi oseba prejela pomoč v okviru ZO v otroštvu. Preventivni ukrepi, namenjeni 'ogroženemu' delu prebivalstva, so namreč naloga drugih



---

služb, ki morajo ali zagotoviti sistematično spremljanje in sledenje otroka (v glavnem v primeru bioloških dejavnikov tveganja) ali pa aktivno poskrbeti za družine (v primeru socialnih dejavnikov tveganja). V številnih primerih zadošča že učinkovito svetovanje staršem in je kakršnakoli nadaljnja intervencija nepotrebna. Dejavniki tveganja sami po sebi niso pogoj za ZO v otroštvu, v kolikor so prisotni zaščitni ukrepi, ki delujejo v korist otroka ter družine. Tu je treba poudariti zahtevno vlogo preventivnih služb: njihova naloga je preprečevati nadaljnje težave (kar ni lahko), ob tem pa se zavedati tveganj, povezanih s stališčem 'počakajmo, da vidimo'.

V nekaterih državah obstaja tudi jasen pomislek glede dejstva, da sta prošnja staršev in njihovo strinjanje za ZO v otroštvu neobhodno potrebna in predstavljata absoluten predpogoj za kakršnokoli obravnavo. Situacija, ko je treba spoštovati odločitve staršev, lahko predstavlja tveganje v smislu izključenosti nekaterih pomoči potrebnih otrok, lahko pa pride tudi do zakasnitve začetka zgodnje obravnave, kar je posledica manjkajočih ali slabo usklajenih faz preventive, dajanja informacij in napotitve.

### *2.2.2 Timsko delo*

Začetek razprav v projektu ZO v otroštvu je bil osredotočen na povečano vključenost izobraževalnih služb v področje ZO, na sestavo skupin in na organizacijo.

Kar se tiče organizacije služb – o katerih je bilo govora v prvem delu tega poglavja – je stanje v državah zelo različno, vendar pa je vedno prisoten interdisciplinarni pristop, tako znotraj medicinskih kot socialnih modelov ZO v otroštvu. Službe in izvajanje storitev sega od preproste določitve strokovnjakov oz. praktikov, do pravega timskega dela, razvidnega v sistemsko-ekološkem pristopu ZO v otroštvu.

Razvijanje pravega timskega dela ni lahka naloga. Za timsko delo morata biti namreč izpolnjena dva glavna pogoja: interdisciplinarno delo in sodelovanje. Kot sta opredelila Golin & Ducanis (1981), si multidisciplinarna skupina najprej izmenjuje informacije, ki jih nato usklajuje. Naloge izpolnjujejo individualno, glede na spretnosti in veščine članov. Člani skupine si izmenjujejo informacije, ki jim nato koristijo pri izpolnjevanju njihovih nalog (Golin & Ducanis). Odločitve sprejema celotna skupina ter pri tem upošteva mnenje vsakega





posameznika. Število strokovnjakov v skupini ni bistvenega pomena, odvisno je od potreb otroka in družine.


Sodelovanje pomeni najprej delo z družino kot bistvenim partnerjem, ki je polno vključen v celotni proces. Pomeni tudi delati s člani druge skupine, z drugimi službami ali mrežami, od zdravstvenih in izobraževalnih služb do socialnih. Pomeni, da imajo člani enotne koncepte in teoretične podlage ter da gojijo odprt in spoštljiv odnos do družin in kolegov.

Za izpolnitev obeh pogojev je potreben čas. Če hočejo člani skupine zagotoviti usklajenost znotraj tima kot tudi z zunanji službami, se morajo dogovoriti glede načel in ciljev. Za proces oblikovanja skupine sta potrebna dva elementa: imenovanje ključne osebe, ki je nosilka primera in stalno strokovno izpopolnjevanje, kot je opisano v nadaljevanju.

### *2.2.3 Usposabljanje poklicnih strokovnjakov*

Upoštevajoč dejstvo, da prihajajo strokovnjaki za ZO v otroštvu z različnih področij in morda niso še nikoli sodelovali, je treba najprej ugotoviti, kakšno vrsto usposabljanja potrebujejo, da bodo sposobni delati skupaj. V razpravah je bilo poudarjeno, da je potrebno usmeriti pozornost na različne možnosti usposabljanja, ki so na voljo strokovnjakom v naslednjih oblikah.

*Osnovno izobraževanje:* strokovnjakom različnih disciplin omogoča enotno razumevanje skupnih konceptov, zato da lahko strokovnjaki za ZO v otroštvu kasneje dopolnjujejo svoje znanje tudi drug od drugega. Usposabljanje za delo z družinami, za delo v skupinah, o otrokovem razvoju, itd. mora biti vključeno v teme, ki se obravnavajo v osnovnem izobraževanju bodočih zdravstvenih strokovnjakov in strokovnjakov na socialnem in izobraževalnem področju. Predpogoj za uspešno delo je, da dobijo dobro osnovo na svojem področju. Kljub dejstvu, da specializirano znanje o ZO v otroštvu vedno predstavlja določeno prednost, pa je v sodelujočih državah prisotno le v redkih primerih. Izjema so Nizozemska, Nemčija in Luxemburg, kjer so posebne teme, povezane z ZO v otroštvu, vključene v osnovno izobraževanje rehabilitacijskih pedagogov, socialnih pedagogov, učiteljev in psihologov.



---

*Dodatno usposabljanje:* Čeprav je delo na področju ZO v otroštvu zelo kompleksno, ni potrebe, da bi oblikovali nov tip strokovnjaka, zato da bi ravnali v skladu z zahtevanim profilom za delo na tem področju. To bi bilo v nasprotju s ključnima načeloma ZO v otroštvu, ki sta interdisciplinarni pristop in timsko delo. Vendar se morajo strokovnjaki, ki delajo na področju ZO v otroštvu, usposabljati v določeni obliki enotnega nadaljnega izobraževanja, zato da pridobijo skupne osnove. To se lahko doseže s podiplomskimi programi – kot je magisterij – ali specializacijami v obliki različnih programov, ki jih organizirajo univerze ali visokošolske ustanove. Izobraževanje je možno tudi v obliki posebnih tečajev, ki jih organizirajo univerze na prošnjo skupin za ZO v otroštvu.

Glede na delo, ki se pričakuje od strokovnjakov, mora nadaljnje usposabljanje vključevati naslednja področja:

- Osnovna znanja o razvoju zelo majhnih otrok, z in brez posebnih potreb, kakor tudi znanje o vsebini zgodnje obravnave v družini in sorodne teoretične informacije;
- Specializirano znanje o najnovejših raziskavah na področju ZO v otroštvu, ocenjevanju, delovnih metodah, itd.;
- Sposobnosti za opravljanje vseh vidikov dela z družinami in v njih; delo v skupini; sodelovanje med službami, kakor tudi razvijanje osebnih sposobnosti, kot so samorefleksija, komunikacijske veščine in strategije reševanja problemov.

*Usposabljanje na delu:* usposabljanje na delu je izrednega pomena na tem področju, ker pomaga nadoknaditi vrzeli osnovnega izobraževanja in tako zadosti potrebe strokovnjakov. Organizirajo ga same skupine in poteka v obliki tedenskih srečanj, ki strokovnjakom omogočajo, da:

- Organizirajo razprave o 'primerih';
- Si izmenjujejo znanje in delovne strategije;
- Pridobivajo specifična znanja, ki jih posredujejo zunanji strokovnjaki;
- Razpravljajo o upravljaljskih zadevah tako interno kot tudi z zunanjimi strokovnjaki;
- Je zagotovljena zunanja supervizija;
- Razvijejo osebne sposobnosti.

Cilj omenjenih elementov je izboljšati timsko delo in kakovost storitev. Celo v primeru, da takšno usposabljanje na delu zadovolji potrebe strokovnjakov – in se na ta način izkaže za koristnega – pa



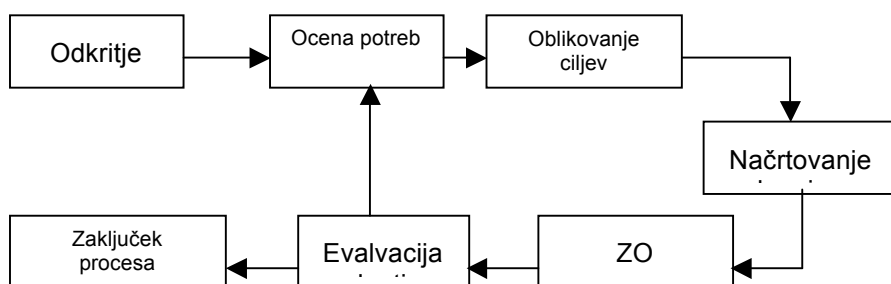
ima tudi nekaj slabosti. Pogosto ga odgovorni organi ne priznajo v smislu porabe delovnega časa in ga neustrezno vrednotijo, ker je usmerjeno predvsem na praktične, vsakodnevne probleme ter manj na širše razmišljanje o ciljih, strategijah ali metodah ZO v otroštvu. To lahko pripelje do situacije, ko je odgovornost za pobude za takšno usposabljanje prepuščena zgolj individualnim skupinam.

Več informacij o usposabljanju in podiplomskih programih v različnih državah je na voljo na online spletnem področju ZO v otroštvu: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

#### 2.2.4 Delovno orodje

V zvezi z delovnim orodjem so na razpravah obravnavali dve temi, in sicer ocenjevanje ter pripravo individualnega načrta.

**Ocenjevanje** mora usmerjati proces. Uporabi se ga takoj, ko je problem odkrit. Na dinamičen način se skupaj z družino določi ustrezen tip ZO otroštvu, pri čemer se uporabi naslednja shema:



Diagnoza predstavlja del ocenjevalnega procesa in se uporablja predvsem na začetku procesa ZO v otroštvu. Pri ocenjevanju se pogleda stanje otroka in družine v *specifičnem trenutku v času*, z namenom, da se ugotovi njihove potrebe in prednosti. Ker pa se situacija lahko spremeni, moramo ocenjevanje stalno preverjati. Rezultati tako niso nekaj statičnega ali dokončnega – to bi namreč lahko vplivalo na pričakovanja in percepcijo strokovnjakov in družin. Pomagajo pa nam pri oblikovanju ciljev, načrtovanju in določanju vrste obravnave, za katero se kasneje izvede evalvacija. Rezultati takšnega ovrednotenja pomenijo lahko zaključek procesa ali pa zahtevajo nadaljevanje v novo fazo ocenjevanja potreb. Tu je treba



poudariti, da je vključevanje družin temeljnega pomena. Družine imajo aktivno vlogo v celotnem procesu.

Zagotoviti moramo tudi, da so vsi koraki v procesu izpolnjeni brez kakršnihkoli vrzeli. Guralnick (2001) govori o ocenjevanju – *izčrpno, interdisciplinarno ocenjevanje* – kot o življenjsko pomembni sestavini modela razvojnega sistema, ki strokovnjakom omogoča, da si pridobijo bistvene informacije o otrocih z ugotovljenim ali domnevnim problemom, in ki bo nato omogočil nadaljnje načrtovanje in priporočila. Guralnick priporoča strokovnjakom, da v nujnih primerih takoj začnejo z uvodno ZO v otroštvu, celo preden so zbrani vsi podatki o ocenjevanju.

Ocenjevanje je faza, ki je bistvena za krepitev sodelovanja med starši in strokovnjaki. Sodelovanje je predvideno v oblikovanju individualnih načrtov ali v **individualnem družinskem načrtu (IDN)**.

V državah, sodelujočih v projektu, obstajajo različne vrste načrta, čeprav bi ga lahko tudi različno poimenovali. V nekaterih primerih se družinski načrt oblikuje skupaj z družino kot neke vrste 'dogovor', v katerem je navedeno, kaj je potrebno storiti in se kasneje tudi oceni. V drugih primerih z družino izdelajo različne načrte, odvisno od storitve, oz. sodelujoče službe. Še v drugih scenarijih je tako, da formalnega načrta ni, vendar skupina strokovnjakov družino stalno obvešča o tekočem stanju obravnave. V nekaterih okoljih je tako, da se načrt nanaša predvsem na otroka in ne na družino.

Kakorkoli ga imenujemo, pa je načrt namenjen družinam in se ga oblikuje skupaj z družino, kar jamči njeno sodelovanje, krepí njeno vlogo in spoštovanje njenih potreb, prioritet in pričakovanj.

Dejstvo, da je ZO v otroštvu v številnih evropskih državah zelo raznolika in da različno dolgo traja, pa prinaša ravno to pozitiven element prožnosti v pripravo dokumenta. Načrt ni vedno podvržen pravnim omejitvam in dopušča prilagoditve glede na vsako specifično situacijo in službo, ki nudi pomoč otroku in družini, čeprav je družina pravi nosilec tega dokumenta. S tem je zagotovljena zaupnost podatkov, izogib nepotrebnemu podvajanju dokumentov, ki bi jih pripravile različne službe in prihranek na času za družine in otroke.



Takšen dokument predstavlja lažji prehod od ene oblike storitve do druge, v glavnem v šolskih okoljih. Ko otrok vstopi v šolski sistem, sledi družinskemu načrtu individualni učni načrt, ki je usmerjen na otroka in se osredotoča na njegove izobraževalne potrebe.

Vsi elementi, predstavljeni v tem poglavju, so v nadaljevanju podkrepljeni s tremi situacijami ZO v otroštvu.

### **2.3 Trije specifični primeri ZO v otroštvu**

V tem delu predstavljamo primere ZO v otroštvu iz **Münchna**, **Coimbre** in **Västeråsa**. Obiski omenjenih treh lokacij, izmenjava informacij in odprte razprave z lokalnimi strokovnjaki, kakor tudi z materjo v Västeråsu, so nudili priložnost za obogatitev razprav in za vpogled v izvajanje teoretičnih načel v praksi.

Kratek opis primerov bo zanimal tudi druge strokovnjake, katerim je s tem dana priložnost, da primerjajo predstavljene primere z lastno prakso, v upanju, da bodo prispevali k njihovi refleksiji. Povzetki nikakor niso ocena ali presoja dobre prakse. To bi bilo namreč v nasprotju z namenom pričujočega dokumenta.

Sledi kratek pregled sistemov ZO v otroštvu v državah, ki so bile gostiteljice obiskov – Nemčija, Portugalska in Švedska – in opis glavnih značilnosti ZO v otroštvu na omenjenih treh lokacijah. Na koncu poglavja so navedene njihove podobnosti in razlike.

#### *2.3.1 Glavne značilnosti*

Vse podatke, navedene v naslednjih poglavjih, so zbrali pri svojem delu ključni raziskovalci v vsaki od izbranih držav. Postrani tiskano besedilo predstavlja citate iz objavljenih del, medtem ko je ostalo besedilo povzetek dela raziskovalcev.

Informacije, ki se nanašajo na München, Nemčija, so plod dela Franza Peteranderja (2003); za Coimbro, Portugalska, so podatke posredovali Bairrão, Felgueiras in Chaves de Almeida (1999) ter Felgueiras in Breia (2004); informacije o Västeråsu, Švedska, pa so vzete iz dela Björck-Akessona in Granlunda (2003).

## München (Nemčija)

V Nemčiji je več kot 1000 ustanov, ki otrokom s posebnimi potrebami zagotavljajo ZO v otroštvu. Centre ZO v otroštvu upravljajo v glavnem nacionalne dobrodelne ustanove, kot so Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband in Lebenshilfe. Sistem ZO v otroštvu se razlikuje od ene zvezne dežele do druge. Razlikuje se v strukturi, sistemih financiranja in objektih. Sistem vključuje interdisciplinarne centre ZO v otroštvu, socialno-pediatrične centre, posebne vrtce, centre 'zdravilne pedagogike', izobraževalne centre in centre za svetovanje družinam. Leta 1973 je poročilo Zgodnje odkrivanje in zgodnja intervencija invalidnih otrok, ki ga je pripravil Otto Speck na prošnjo nemškega Zavoda za šolstvo, spodbudilo k vzpostavitvi celostnega sistema interdisciplinarnih zgodnjih obravnav, najprej na Bavarskem. Poročilo je priporočalo vzpostavitev regionalnih, na družino osredotočenih in interdisciplinarnih centrov za zgodnjo obravnavo v otroštvu.

Na Bavarskem 4% otrok do starosti 3 let potrebuje ZO. Leta 2002 je 123 regionalnih centrov za ZO v otroštvu sestavljalo dobro delujočo mrežo zgodnje pomoči znotraj dosega vsakega posameznika; noben center ni oddaljen več kot 10 km od katerekoli družine. Obravnava je zagotovljena 25,000 dojenčkom in majhnim otrokom, od katerih je 50% zunanjih, 50% pa nudi obravnavo na domu mobilna služba. Otroci, ki prejemajo storitve ZO, imajo različne posebne potrebe. Ena tretjina ima težke kognitivne ali fizične invalidnosti. Povprečna starost je 3–4 leta. Približno 14% (več kot 25% v urbanih okoljih) je priseljencev.

Obravnava, ki temelji na potrebah posameznika, vključuje eno ali dve srečanja na teden za obdobje dveh let. Povprečno 11 terapevtov z različnih področij je stalno aktivnih v skupini ZO. V centru ostajajo 5–7 let, kar je dovolj časa za oblikovanje in razvoj sposobne in učinkovite skupine. Timsko delo je bistveno za uspeh ZO v otroštvu. Strokovnjaki se medsebojno dopolnjujejo. Takšno sodelovanje strokovnjakov zahteva izmenjavo stališč in idej o vsakem posameznem primeru; kajti treba je doseči dogovor o temeljnih konceptualnih pojmi, vrednotah, ciljih, specializiranih področjih in organizacijskih zadevah.

*Zgodnja obravnava [za otroke] je zagotovljena brezplačno in je na voljo vsakomur. Centri dobivajo sredstva za izvedbo običajne*



tedenske zahteve po enem ali dveh srečanjih, za starševsko sodelovanje, interdisciplinarno timsko delo in za sodelovanje s partnerji izven centra. Zgodnjo obravnavo [za otroke] financirajo različni organi: občine, zdravstvene zavarovalnice, Bavarsko ministrstvo za šolstvo in Bavarsko ministrstvo za socialne zadeve ...

... Diagnoza in intervencija sta popolnoma prilagojeni posameznikovim potrebam in otrokovemu okolju. Zaradi premika paradigme od pristopa, ki je bil osredotočen predvsem na primanjkljaj in na otroke, do zgodnje obravnave [za otroke] s holistično-družinsko usmeritvijo, ne obstaja splošno sprejet učni načrt. Sprememba teoretičnih konceptov se odraža tudi v načelih, ki so podlaga intervencijske prakse v zgodnjem otroštvu v Nemčiji. Obravnava temelji na kombinaciji načel in pokazateljev zgodnje obravnave [za otroke], ki so se izkazali za uspešne, kakor tudi na teoretičnih in konceptualnih idejah (holistični pristop, družinska usmeritev, regionalna in mobilna zgodnja obravnava [za otroke], interdisciplinarno timsko delo, mreže in socialna vključenost) ...

... na Bavarskem in še v nekaterih zveznih deželah lahko zgodnji intervencijski terapevti poiščejo pomoč in nasvete o specifičnih temah na 'Arbeitsstelle Frühförderung'. Bavarska je bila prva dežela, ki je leta 1975 ustanovila takšen urad ali svetovalni center, sestavljen iz pedagoškega in medicinskega oddelka, kjer sodelujejo strokovnjaki različnih profilov. Skupni cilj je: širiti znanje o zgodnji intervenciji; pomagati razvijati praktično delo; spodbujati izmenjavo in razpravo med različnimi centri za zgodnje intervencije; izboljšati kakovost dela in stopnjo interdisciplinarnosti. Med drugim nudi urad bavarskim centrom za zgodnjo intervencijo tudi široko in pestro izbiro usposabljanja ob delu kot tudi individualne svetovalne storitve (Peterander, 2003b, str. 302).

### **Coimbra (Portugalska)**

Do konca osemdesetih let prejšnjega stoletja so bile na Portugalskem za otroke s posebnimi potrebami, mlajšimi od šoloobvezne starosti, odgovorne predvsem zdravstvene in socialno varstvene službe; udeležba Ministrstva za šolstvo je bila omejena.

Navkljub rastočemu prepoznavanju potreb po storitvah za otroke s posebnimi izobraževalnimi potrebami v zgodnji dobi, je bila raven



oskrbe zelo nizka. Maloštevilne iniciative so bile usmerjene predvsem na otrokovo diagnozo in terapije, kar je bilo podobno takratnemu prevladujočemu medicinskemu modelu za šolske otroke. Družine so bile v glavnem deležne finančne pomoči ali storitev s področja mentalnega zdravja.

Ob koncu osemdesetih in na začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, se je na Portugalskem začelo novo obdobje v zgodnji obravnavi v otroštvu (ZO). Pojavili so se inovativni pristopi oskrbe invalidnih ali ogroženih otrok v prvih letih življenja. *Coimbrski zgodnji intervencijski projekt*, ki je temeljil na medsebojnem sodelovanju služb socialno varstvenega, zdravstvenega in izobraževalnega sektorja in pa *Zgodnji intervencijski projekt Portage* iz Lizbone, sta pozitivno vplivala na razvoj ZO v otroštvu po vsej državi. Projekta sta imela pomembno vlogo pri usposabljanju ob delu za ZO v otroštvu za različne strokovnjake.

‘Model Portage za starše’ je predstavljal pomemben mejnik, ki je pozitivno vplival na nadaljnji razvoj. Uvedel je inovativne značilnosti in pristop, osredotočen na dom ter partnerstvo s starši. Vseboval je načrtovanje ciljev in individualizirane intervencijske strategije, sistem organiziranja obstoječih virov (piramida virov), interdisciplinarno sodelovanje med službami in model usposabljanja ob delu ter supervizijo obiskovalcev na domu.

Razvoj ZO v otroštvu na Portugalskem je bil torej proces, ki je potekal ‘od spodaj navzgor’ in je pripeljal do naprednejšega razumevanja oblikovalcev politik o teh zadevah. Ukrepi, ki so jih uvedli strokovnjaki na terenu so igrali vodilno vlogo pri razvoju ZO v otroštvu. Da bi dosegli večji iztržek skromnih in nezadostnih sredstev, ki so jim bila na voljo preko medsebojnega sodelovanja različnih služb, in vlog za sredstva za obstoječe programe skupnosti, so se v tistem času po vsej državi pojavile pobude, imenovane Integrirani projekti ZO v otroštvu.

Istočasno se je Ministrstvo za šolstvo dejavnije vključilo v izvajanje podpornih ukrepov za invalidne otroke v starosti od rojstva do 6 let. Tako je leta 1997 uvedlo mehanizme, preko katerih so zagotovili sredstva in finančno pomoč lokalnim projektom za ZO v otroštvu, katerih delovanje je temeljilo na sodelovanju med izobraževalnimi podpornimi službami in zasebnimi posebnimi šolami.





Na Portugalskem igra usposabljanje na delu, ki ga še vedno izvajajo različne neakademske organizacije, vodilno vlogo pri podeljevanju kvalifikacij strokovnjakom ZO v otroštvu. Na splošno se različne oblike usposabljanja ravnajo po teoretičnih in praktičnih smernicah, na katere je vplival severnoameriški model in ustrezna zakonodaja o ZO v otroštvu. Da lahko strokovnjaki tradicionalno prakso zamenjajo s prakso ZO, ki je bolj učinkovita in temelji na dokazih, morajo narediti prehod:


- Od modelov, usmerjenih na otroka in otrokov primanjkljaj k integrativni intervenciji, ki se zagotavlja *znotraj otrokovega naravnega okolja*;
- Od paralelne, fragmentarne in enodisciplinske intervencije (izolirane terapije), ki jo nudijo različni strokovnjaki, k *interdisciplinarnemu timskemu delu in integriranemu sodelovanju med službami*;
- Od modelov 'asistence' k *modelu, ki udeležence opolnomoči in k praksi, usmerjeni na družino*, ki predstavlja intervencijsko enoto.

Vpliv ekološkega (Bronfenbrenner; 1979, 1998) in transakcijskega modela razvoja (Sameroff & Chandler 1975; Sameroff & Fiese, 1990) je organizacijo ZO v otroštvu usmeril k sistemu sodelovanja različnih služb, s ciljem, da se sprejmejo bolj celostni programi, kjer bo ključno vlogo odigralo učinkovito sodelovanje družine in skupnosti.

Leta 1999 je bila sprejeta zakonodaja, posvečena izključno ZO v otroštvu (Skupna izvršilna uredba št. 891/99). Uredba vsebuje '*Smernice, ki urejajo zgodnjo obravnavo za otroke s posebnimi potrebami ali otroke, kjer obstaja resno tveganje razvojnega zaostanka in navodila za njihove družine*'. To je bil pomemben korak v smeri priznavanja in identitete ZO v otroštvu.

S to zakonodajo je ZO v otroštvu opredeljena kot integriran podporni pristop, osredotočen na otroka in družino, ki se izvaja s preventivnimi in rehabilitacijskimi ukrepi, znotraj izobraževanja, zdravstva in sociale, z namenom:

- a) Zagotoviti pogoje za pomoč razvoju otroka z invalidnostjo ali otroka, kjer obstaja resno tveganje razvojnega zaostanka;
- b) Povečati potencial za izboljšanje družinske interakcije;

- 
- 
- c) Krepi zmogljivost družine in razvijati njeno progresivno sposobnost ter avtonomijo za obvladovanje porajajoče invalidnosti.

Bilo je prvič, da je bila dana politična in vladna zaveza za zagotavljanja storitev ZO v otroštvu. Vzpostavljena je bila organizacija virov in sistem financiranja, medsektorsko usklajevanje in javno-zasebno sodelovanje. Izobraževalni, zdravstveni in socialno sektorji so si razdelili odgovornost za ustanovitev *neposrednih skupin za ZO v otroštvu na okrajni ravni, v okviru krajevnih koordinacijskih skupin in nacionalne medministrske skupine*.

Čeprav je bil v zadnjih letih storjen velik napredek, se na Portugalskem ZO v otroštvu sooča z velikimi izzivi in potrebni bodo skupni napori, da se:

- Poveča pokritost, predvsem za 0–2 let stare otroke;
- Izboljša zgodnje odkrivanje in napotitev;
- Naredi interdisciplinarno prakso in prakso, usmerjeno na družino, bolj dosledno;
- Izboljša kakovost in možnosti za strokovno usposabljanje in;
- Poveča ozavešanje glede pomena ZO v otroštvu in njenega trajnostnega vidika pri oblikovalcih politik, strokovnjakih in širši skupnosti.

Strokovne kvalifikacije, rezultati raziskav in evalvacija procesov za otroke in njihove družine so bistvene teme, povezane z razvojem in kakovostjo ZO v otroštvu na Portugalskem.

### **Västerås (Švedska)**

Švedska filozofija o otroštvu je, da je to razvojno obdobje nekaj enkratnega v življenju človeškega bitja. Otroštvo ima svojo vrednost in je pomembno samo po sebi. Nanj ne smemo gledati zgolj kot na pripravo na odraslost. Zato ima vzgojitelj pomembno nalogo, in sicer da nudi otrokom priložnosti za igro.

Občine (skupno 289) so odgovorne za osnovne storitve za vse ljudi, vključno z otroškim varstvom otrok, šolo in socialnimi službami. Švedska je razdeljena na regije z 20 okrožji, ki jih vodijo okrožni sveti. Le-ti so odgovorni za zdravstvo in zobozdravstvo, ki je za otroke in mladino brezplačno.



Zgodnjo obravnavo v otroštvu lahko opredelimo kot intervencijsko prakso za otroke, ki potrebujejo posebno pomoč od rojstva do začetka šolanja v starosti 6 ali 7 let. Storitve ZO v otroštvu so usmerjene na otroka v družini/v kontekstu bližnjega okolja. Tako skupnost kot okrožni sveti so odgovorni za obravnavo v zgodnjem otroštvu, ki ima različne cilje in je na voljo različnim skupinam.

Na primarni ravni preventive je skupnost tista, ki nosi osnovno odgovornost za dobrobit vseh otrok in družin in ki zagotavlja vsem ljudem sprejemljive življenjske pogoje. Na sekundarni ravni je skupnost odgovorna za obravnavo v predšolskih in varstvenih programih. Na terciarni ravni pa je odgovorna za ohranjanje zdravega okolja za otroke in družine. Okrožni svet je zadolžen, da preko zdravstvenih služb za otroke zagotovi zdravstvene in druge medicinske storitve na primarni ravni preventive, in sicer za vse otroke in družine. Zaradi spremenjenih življenjskih pogojev se je usmeritev teh služb spremenila. Namesto predvsem spremljevalnih in imunizacijskih programov vlagajo zdaj več dela v reševanje psihosomatskih in socialno-čustvenih problemov, spreminjajo vlogo staršev in nudijo pomoč priseljenskim družinam. Starševske skupine in izobraževanje staršev je organizirano kot del teh služb.

Usmerjenost na družino pomeni, da se ZO v otroštvu izvaja v naravnem okolju in v vsakodnevem življenju. Obravnava v zgodnjem otroštvu se na Švedskem izvaja predvsem v enem od naravnih okolij majhnega otroka, v družini in/ali predšolski varstveni ustanovi v skupnosti. Skupnost in okrožni sveti sodelujejo pri zagotavljanju omenjenih storitev. Odgovornost skupnosti vključuje specifično intervencijo v predšolskem ali domačem okolju, osebnega asistenta in nadomestno oskrbo za otroke, za katere je bilo ugotovljeno, da potrebujejo posebno pomoč in za njihove družine. Okrožni svet je odgovoren, da zagotovi storitve otrokom, pri katerih je otroški rehabilitacijski center ugotovil posebne potrebe.

Uradna filozofija Švedske v zvezi s pomočjo otrokom z invalidnostjo temelji na stališču, ki se ujema z Mednarodno klasifikacijo funkcionalne invalidnosti in zdravja (WHO, ICF 2001). V tej klasifikaciji so razvrščeni vidiki zdravja posameznika kakor tudi z zdravjem povezani dejavniki, in sicer v dimenzijah, kot so telesne



funkcije in telesna struktura, dejavnosti, sodelovanje in dejavniki okolja.

Z omenjeno klasifikacijo lahko opišemo organizacijsko strukturo storitev, ki so na Švedskem zagotovljene majhnim otrokom, potrebnim pomoči. Storitve, ki jih zagotavljajo okrožni sveti, se osredotočajo predvsem na telesne funkcije (zdravstvena služba za otroke) in na izvajanje dejavnosti (otroški rehabilitacijski center). Če je ugotovljeno, da ima otrok težave s telesnimi funkcijami, je napoten v medicinsko službo za otroke preko otroškega rehabilitacijskega centra. Tam se otrok in družina srečajo s strokovnjaki v organizaciji, ki temelji na medicinskem modelu in se osredotoča na telesne funkcije, npr. očna klinika, klinika za interno medicino ali ortopedska klinika. Če pa se ugotovi, da se otrok ne razvija optimalno, ne opravlja dejavnosti, kot je to pričakovano, je napoten v otroški rehabilitacijski center. Rehabilitacijske službe se posvečajo invalidnim otrokom in družinam ter omogočajo 'živ dialog' med uporabniki storitve in strokovnjaki.

V otroškem rehabilitacijskem centru deluje interdisciplinarni tim, v katerem so predstavniki medicinskega, izobraževalnega, psihološkega in socialnega področja, ki delujejo v tesnem sodelovanju z otrokom in družino. Strokovnjaki oz. praktiki iz skupnosti so pogosto organizirani glede na vlogo ali sistem, v okviru katerega naj bi nudili pomoč, npr. družinska pomoč, predšolsko svetovanje. Po ugotovitvi problema več strokovnjakov iz različnih organizacij sodeluje pri izvajanju storitve otrokom, ki potrebujejo posebno pomoč. Ključnega pomena v usklajevanju dela z otrokom, ki potrebuje posebno pomoč, je, kako uskladiti priporočila in storitve strokovnjakov, ki imajo različne poglede na obravnavo v zgodnjem otroštvu in so dejavni v različnih sistemih.

### *2.3.2 Podobnosti in razlike*

Iz splošnih podatkov, ki so jih dali na voljo eksperti iz posameznih držav in so zgoraj povzeti, kot tudi iz razprav s strokovnjaki iz treh lokacij, so se pokazale podobnosti in razlike v omenjenih treh primerih.

*Enak teoretični model:* v vseh treh primerih temelji praksa na načelih sistemsko-ekološkega modela in ima nekaj skupnih značilnosti:



- Veljajo enaka načela glede pristopa, ki je usmerjen na družino, enaki socialno usmerjeni koncepti, storitve so zagotovljene upoštevajoč bližino lokacije in timsko delo;
- Storitve so za družine brezplačne;
- Prioriteta velja strokovnemu usposabljanju, zato se vsi člani skupine udeležujejo različnih vrst usposabljanja na delu;
- Obstaja visoka raven zavezanosti in sposobnosti s strani strokovnjakov in pozitivno gledanje na timsko delo;
- Prevladuje pozitivno vzdušje in skupni cilji.

*Različna izvajanja:* izvaja se ekološki model, vendar na različne načine, odvisno od značilnosti države. Opaziti je bilo spodaj opisane razlike, ki so bile odvisne od lokacije.

*Uveljavljen in izkušen center ZO v otroštvu v Münchnu,* predstavnik zbirne mreže centrov ZO v otroštvu na Bavarskem. Sistem izvajanja ZO v otroštvu preko 'specializiranih centrov' temelji na vzpostavitvi stabilne in visoko kvalificirane skupine strokovnjakov okrog centra ZO, blizu lokacije samih družin. Obstaja veliko različnih centrov, ki jih financirajo različne službe in ministrstva.

Različni viri financiranja storitev bi lahko predstavljali izziv, ker je potrebno zagotoviti strokovnjakom zadostno znanje vseh možnih virov. Pomembno je tudi produktivno sodelovanje med njimi, zato da je pomoč družini zagotovljena in so na voljo potrebna sredstva, kar je v skladu z načeli ekološkega modela.

V Coimbri imajo *visoko kvalificirano projektno skupino, ki zagotavlja ZO v otroštvu preko 'interagencijskega' sistema.* To je sistem, ki temelji na dogovoru in sodelovanju med različnimi lokalnimi in regionalnimi oddelki – zdravstvenimi in socialnimi službami ter izobraževalnimi ustanovami – ki so vse odgovorne za financiranje storitev v smislu zagotavljanja strokovnjakov.

Sistem zagotavlja učinkovito racionalizacijo in uporabo obstoječih virov, kjer imajo prioriteto socialno prikrajšane družine.

Dobro sodelovanje različnih 'agencij', ki so vključene na vseh ravneh (lokalni, regionalni in nacionalni), predstavlja velik izziv – če katera



manjka, je izvajanje prizadeto na finančni in strokovni ravni. Stabilnost skupin je dodaten izziv za delo na Portugalskem.

*Različni strokovnjaki iz Centra v Västeråsu nudijo pomoč predšolskim otrokom (od starosti enega leta dalje) in njihovim staršem. Takšno 'lokalno in decentralizirano' izvajanje temelji na trdnem socialnem sistemu, ki zagotavlja družinam pomembne socialne koristi.*

Sistem dobro deluje in očitno temelji na sposobnostih strokovnjakov in zdravem gospodarstvu države.

Treba pa se je zavedati določenih izzivov, ki so v glavnem povezani s potrebo po usklajevanju in sodelovanju med službami in v njih delujočimi strokovnjaki na lokalni in državni ravni. Obstaja tudi potreba po celovitem usposabljanju vključenih strokovnjakov o razvoju majhnih otrok.

Na koncu bi v zvezi s tremi lokacijami poudarili, da je pri vseh prisoten problem povečanega vpliva priseljenstva na storitve ZO v otroštvu, kar predstavlja pozitiven znak, saj se strokovnjaki zavedajo socialnih sprememb v evropski družbi, ki vplivajo na njihovo delo.



### 3. PRIPOROČILA

Naslednja priporočila temeljijo na načelu, da je zgodnja obravnava v otroštvu *pravica* vseh otrok in družin, ki potrebujejo pomoč. Na osnovi rezultatov analize, predstavljene v prejšnjih poglavjih, se je pokazala vrsta značilnosti, ki jih je potrebno pravilno izvajati. Priporočila naj bi strokovnjakom pomagala razmišljati o zadovoljivih strategijah izvajanja teh tako pomembnih značilnosti in se izogniti obstoječim oviram – v korist otrok in njihovih družin. Priporočila, ki so bila oblikovana s pomočjo rezultatov iz razprav v okviru projektnih srečanj, so zanimiva tudi za oblikovalce politik, čeprav so namenjena predvsem strokovnjakom, ki že delujejo oziroma načrtujejo, da bodo delovali na tem področju.

Predstavljamo pet glavnih značilnosti, omenjenih v drugem poglavju, ki obstajajo poleg neizčrpnega seznama priporočil, z namenom, da se bodo uspešno izvajala.

#### 3.1 Razpoložljivost

Da bi zagotovili ZO v otroštvu čim hitreje vsem otrokom in družinam, potrebnim pomoči, predlagamo naslednja priporočila.

**Obstoj političnih ukrepov ZO v otroštvu:** na lokalni, regionalni in nacionalni ravni so politični ukrepi tisti, ki zagotavljajo ZO v otroštvu kot pravico otrok in družin, potrebnih pomoči. Politike ZO v otroštvu morajo izboljšati delo, ki ga opravljajo strokovnjaki skupaj z družinami, tako da opredelijo kakovost in ocenjevalna merila ZO v otroštvu. Ob upoštevanju stanja v različnih državah je treba posebno pozornost nameniti trem pogojem:

1. Družine in strokovnjaki potrebujejo politične ukrepe, ki so skrbno usklajeni v smislu strategij za izvajanje, ciljev, sredstev in rezultatov;
2. Cilj političnih ukrepov je pomagati izobraževalnim, socialnim in zdravstvenim službam ter zagotoviti njihovo sodelovanje. Izogniti se moramo podvajanju in nasprotujočim si ukrepom znotraj služb ali med njimi;
3. Politični ukrepi naj bi pomagali razvijati regionalne in nacionalne podporne centre ZO v otroštvu, ki bi predstavljali povezavo med politično, profesionalno in uporabniško (družina) ravni.



**Razpoložljivost podatkov:** jasne in točne informacije o službah/storitvah ZO v otroštvu morajo biti na voljo družini in strokovnjakom v vseh službah, tako na lokalni, regionalni in nacionalni ravni, in sicer takoj, ko se pokaže potreba po njih. Posebno pozornost moramo nameniti uporabi jasnega, toda dostopnega jezika. V primeru družin iz drugih kulturnih okolij, se mora uporabiti izbrani jezik, da družine ne bi bile izključene od dostopa do pomembnih informacij.

**Jasna definicija ciljnih skupin:** oblikovalci politik so tista skupina, ki odloča o merilih do upravičenosti ZO v otroštvu, vendar morajo pri tem v svoji svetovalni vlogi sodelovati tudi strokovnjaki. Centri za ZO v otroštvu, izvajalci, skupine in strokovnjaki se morajo osredotočiti na opredeljene ciljne skupine, upoštevajoč prioritete, postavljene na lokalni, regionalni in/ali nacionalni ravni. Nasprotja med posameznimi ravni lahko povzročijo izkrivljanja, katerih posledica je, da otroci in družine morda ne dobijo pomoči ali pa nimajo dostopa do zadostnih storitev.

### 3.2 Krajevna bližina<sup>3</sup>

Če hočemo zagotoviti, da bodo iz geografskega vidika službe in storitve ZO v otroštvu na voljo čim bližje družinam in osredotočene nanje, moramo upoštevati naslednje:

**Decentralizacija služb/storitev:** službe in/ali storitve ZO v otroštvu morajo biti locirane čim bližje družinam, zato da se:

- Omogoči boljše poznavanje pogojev družinskega socialnega okolja;
- Zagotovi enako kakovost storitev kljub razlikam v geografskih lokacijah (npr. razpršena ali podeželska območja);
- Izognemo podvajanju, ali pa nepomembnim oz. napačnim pristopom.

**Zadovoljevanje potreb družin in otrok:** službe in izvajalci storitev se morajo potruditi, da vključijo vse družine in otroke in zadovoljijo njihove potrebe. To pomeni, da

- Imajo družine pravico do dobre informiranosti od trenutka, ko je potreba ugotovljena;

---

<sup>3</sup> Izraz *krajevna bližina* ima v besedilu dvojen pomen: blizu kraja in blizu osebe.





- Imajo družine pravico, da se skupaj s strokovnjaki odločajo o nadaljnjih korakih obravnave;
- ZO v otroštvu družinam ne more biti vsiljena, vendar pa mora biti otroku zajamčena pravica do zaščite. Pravice otrok in družin morajo biti usklajene;
- Družine in strokovnjaki razumejo pomen in koristi tiste vrste obravnave, ki jim je bila priporočena;
- Je izdelan pisni dokument (kot je individualni načrt ali individualni družinski načrt, ali podobno), ki ga pripravijo strokovnjaki skupaj z družino in prispeva k preglednosti in skupnemu dogovoru o procesu ZO v otroštvu: načrtovanje obravnave, oblikovanje ciljev in odgovornosti, evalvacija rezultatov;
- Družine lahko zaprosijo za vključitev v usposabljanje, kjer pridobijo potrebne spretnosti in znanja, kar jim pomaga pri interakciji s strokovnjaki in otroki.

### 3.3 Dostopnost (cenovna)

Če hočemo zagotoviti, da bodo službe in storitve ZO v otroštvu dostopne vsem družinam in otrokom, potrebnim pomoči, ki izhajajo iz različnih socialno-ekonomskih situacij, moramo družinam zagotoviti **brezplačne storitve in izvajanje**. To pomeni, da morajo biti vsi stroški, povezani z ZO, pokriti iz sredstev javnih služb, zavarovalnic, neprofitnih organizacij, itd., pri čemer pa morajo biti doseženi vsi zahtevani standardi kakovosti, navedeni v nacionalni zakonodaji o ZO v otroštvu. V primeru zasebnega izvajanja storitev ZO v otroštvu, ki jih v celoti plačuje družina, in so na voljo vzporedno z javnimi storitvami, pa se morajo standardi kakovosti, navedeni v nacionalni zakonodaji, enako spoštovati.

### 3.4 Interdisciplinarno delo

Službe in izvajanje storitev v zgodnjem otroštvu vključujejo strokovnjake iz različnih disciplin in okolij. Za kakovostno timsko delo predlagamo naslednja priporočila.



**Sodelovanje z družinami**<sup>4</sup>: družine so glavni partner strokovnjakom in sodelovanje z njimi mora biti zagotovljeno, pri čemer moramo upoštevati naslednje:

- Strokovnjaki so pobudniki sodelovanja z družino, do katere morajo imeti odprt in spoštljiv odnos, da razumejo njihove potrebe in pričakovanja ter se izognejo konfliktom, ki bi morda nastali zaradi različnih pogledov na potrebe in prioritete. Družinam ne smejo vsiljevati svojega mnenja;
- Strokovnjaki organizirajo srečanja, zato da se s starši pogovorijo o različnih stališčih. Nato sestavijo skupen pisni dokument, ki se imenuje individualni načrt ali podobno;
- Individualni načrt (individualni družinski storitveni načrt ali podobno) predstavlja dogovorjeni načrt, ki navaja, kakšna obravnava se bo izvajala kakor tudi cilje, strategije, odgovornosti in postopke ocenjevanja. Dogovorjeni pisni načrt družina in strokovnjaki stalno preverjajo.

**Razvoj skupine**: kljub različnim ozadjem, ki ustrezajo njihovim disciplinam, pa morajo skupine/strokovnjaki ZO v otroštvu delovati interdisciplinarno tako pred kot v času izvajanja dogovorjenih nalog. Izmenjavati si morajo svoja stališča, cilje in delovne strategije. Različni pristopi ne smejo biti obravnavani ločeno temveč integrirani in usklajeni v celosten in holističen pristop. Poseben poudarek velja naslednjemu:

- Člani skupine si morajo izmenjavati informacije ter se tako medsebojno dopolnjevati v individualnih sposobnostih in vedenju;
- Skupina/strokovnjaki sprejemajo odločitve na podlagi razprave in soglasja;
- Imenuje se kontaktna oseba, ki usklajuje vse potrebne ukrepe; v izogib številnim nepotrebnim enostranskim kontaktom med izvajalci in družino zagotavlja kontaktna oseba stalen kontakt z njo. To je oseba, na katero se obrača družina in strokovna skupina. Imenovana je na podlagi veščin, ki se zahtevajo za vsako specifično situacijo;
- Strokovnjaki iz različnih disciplin morajo biti sposobni sodelovati. Skupno nadaljnje usposabljanje ali usposabljanje na delu je organizirano, zato da pridobijo strokovnjaki temeljno

---

<sup>4</sup> Sodelovanje se v besedilu uporablja v smislu družine in strokovnjakov, ki delujejo skupaj, ter prispevajo svoje lastno znanje in združujejo napore ter odgovornosti.



znanje o razvoju otroka, specializirano znanje o delovnih metodah, o ocenjevanju, itd. Razvijajo tudi osebne sposobnosti za delo z družinami, v skupini, z drugimi službami. Takšno usposabljanje prispeva k osebnostnemu razvoju.

**Stabilnost članov skupine:** skupine morajo biti čim bolj stalne glede na sestavo strokovnjakov, zato da se omogoči proces oblikovanja skupine, ki v končni fazi pripelje do kakovostnih rezultatov. Pogoste in neupravičene zamenjave strokovnjakov lahko vplivajo na kakovost pomoči, na timsko delo in na usposabljanje.

### 3.5 Raznolikost

Da se zagotovi delitev odgovornosti na zdravstvene, izobraževalne in socialne sektorje, vključene v službe in izvajanje storitev ZO v otroštvu, predlagamo naslednja priporočila:

**Primerno usklajevanje sektorjev:** različni sektorji, vključeni v intervencijo, zagotavljajo izpolnjevanje ciljev vseh ravni preventive, in sicer z zadostnimi in usklajenimi operativnimi ukrepi. To pomeni, da

- Morajo biti zdravstvene, izobraževalne in socialne službe vključene v zgodnje odkrivanje in napotitev, s čimer se izognemo vrzelim ali večjim zaostankom, ki bi lahko vplivali na nadaljnjo obravnavo, kakor tudi na čakalne sezname v primeru preobremenjenih služb ali skupin;
- So postopki razvojnega presejalnega testa na voljo vsem otrokom. Treba jih je dobro poznati in sistematično uporabljati;
- Stalno spremljanje, svetovanje in nadaljnji postopki morajo biti na voljo vsem nosečim ženskam.

**Primerno usklajevanje ukrepov:** dobro usklajevanje zagotavlja najboljšo uporabo sredstev skupnosti. Pomeni, da

- Morajo službe zagotoviti kontinuiteto zahtevane pomoči v primeru, ko otroci prehajajo od ene storitve k drugi. Družine in otroci morajo pri tem polno sodelovati in dobiti vso potrebno pomoč;
- Predšolske ustanove morajo prednostno zagotoviti mesto otrokom, ki so bili predhodno v programu ZO v otroštvu.



Kot je bilo že povedano, so priporočila namenjena predvsem strokovnjakom, ki že delujejo oziroma nameravajo delati na tem področju, vendar so pomembna tudi za sprejemanje odločitev na politični ravni. Zato je potrebno redno izvajati in posredovati oceno učinka politik ZO v otroštvu, kar bo spodbudilo razprave in raziskave na tem področju. Upoštevati moramo, da so politike zgodnje obravnave v otroštvu skupna odgovornost družin, strokovnjakov in oblikovalcev politik na lokalni, regionalni in nacionalni ravni.



## LITERATURA

---

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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



---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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



---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



---

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

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

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

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