

Raná péče v Evropě

Analýza situace v Evropě

Klíčové aspekty a doporučení

Souhrnná zpráva

**Evropská agentura pro rozvoj
speciálního vzdělávání**



Tato zpráva je souhrnem studie o rané péči. Výňatky z tohoto dokumentu jsou povoleny v případě, že je uvedena přesná reference ke zdroji.

Tato zpráva byla připravena Agenturou na základě příspěvků od nominovaných Národních odborníků v RP. Upřímné díky patří těmto lidem: *Stefanija Alisauskiene; Lena Almqvist; Josiane Bechet; Alain Bony; Graça Breia; Lesley Campbell; Isabel Felgueiras; Bergþóra Gísladóttir; Liisa Heinämäki; Monica Ingemarsson; Zuzana Kaprova; Maria Karlsson; Jytte Lau; Johanna Lindqvist; Ene Mägi; Theoni Mavrogianni; Ineke Oenema-Mostert; Franz Peterander; Jaime Ponte; Manfred Pretis; Bieuwe Van Der Meulen; Panagiota Vlachou* za jejich příspěvky a *Axelle Cheney* za asistenci.

Soubornou online informační databázi o situaci v jednotlivých zemích, jakož i kontakty na všechny odborníky a národní zástupce Agentury, jež jsou do projektu zasvěceni, můžete nalézt na téže webové adrese věnované rané péči: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Editor: Victoria Soriano

Translated by: Radek Šmík, Věra Vojtová

Kresba na přebalu: "*Palveluviidakko*" – Džungle služeb – autorka: Marjaana Koskivuori.

Tuto kresbu vytvořila Marjaana, která se narodila v roce 1988 a ve Finsku je uznávanou umělkyní. Z důvodu svého postižení mozkovou obrnou Marjaana vytváří své kresby na počítači pomocí infračervené myši. Autorka vykládá význam své kresby takto: „Ten červený bod napravo jsem já, z dosahu té džungle služeb.“ Marjaana věnovala svou kresbu Agentuře jako výraz díky za možnost účastnit se Slyšení mladých lidí se speciálními potřebami, jež Agentura organizovala v Evropském parlamentu 3. listopadu 2003.

Vznik tohoto dokumentu podpořili také DG Vzdělávání, Školení, Kultury a Vícejazyčnosti Evropské komise:

http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm

ISBN: 8791500-76-1 (Elektronicky)
978-8791500-76-3

8791500-58-3 (Tiskem)
978-8791500-58-9

2005

Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky

Sekretariát:
Teglgaardsparken 102
DK-5500 Middelfart Denmark
Tel: +45 64 41 00 20
Fax: +45 64 41 23 03

Bruselská kancelář:
3 Avenue Palmerston
BE-1000 Brussels Belgium
Tel: +32 2 280 33 59
Fax: +32 2 280 17 88

adm@european-agency.org

brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org



OBSAH

SHRnutí NA úVOD	4
úVOD	7
1. RANá PÉČE: KONCEPTUáLNÍ RÁMEC	12
2. ANALýZA PROJEKTU RANÉ PÉČE	20
2.1 Služby poskytované v různých zemích	20
2.2 Klíčové aspekty	24
2.2.1 Cílové skupiny	25
2.2.2 Týmová práce	26
2.2.3 Odborné školení	27
2.2.4 Pracovní prostředky	29
2.3 Tři konkrétní příklady rané péče	31
2.3.1 Charakteristické rysy	32
2.3.2 Podobnosti a odlišnosti	39
3. DOPORUČENÍ	42
3.1 Přístupnost	42
3.2 Blízkost	43
3.3 Finanční dostupnost	44
3.4 Interdisciplinarita	45
3.5 Rozmanitost	46
LITERATURA	48



SHRnutí NA ÚVOD

Včasná intervence neboli raná péče (RP) je důležitou službou jak na profesní tak na politické úrovni. Souvisí s právem malých dětí a jejich rodin na získání podpory, kterou mohou potřebovat. Cílem RP je podporovat a posilovat dítě, rodinu a potřebné služby, což pomáhá vytvářet inkluzivní a soudržnou společnost, která si je vědoma práv dětí a jejich rodin.

Důležité dokumenty publikované v posledních dvaceti až třiceti letech ukazují na vývoj myšlenek a teorií vedoucích k novému konceptu RP, ve kterémž jsou přímo zahrnuty poznatky z medicíny, pedagogiky a společenských věd (zejména psychologie). Toto nové pojetí RP se zaměřuje na vývoj dítěte a na vliv sociální interakce na vývoj člověka jako takového a na dítě obzvláště. Tím zdůrazňujeme posun od typu intervence, který byl zaměřen pouze na dítě, k přístupu širšímu, zahrnujícímu nejen dítě, ale také rodinu a prostředí, které dítě obklopuje. Tento přístup koresponduje s obecnějším ideovým rozvojem v oboru speciální pedagogiky. Můžeme tedy hovořit o posunu od medicínského modelu k modelu sociálnímu.

Během analýzy projektu prováděné Agenturou byly identifikovány různé aspekty, které se vztahují k tomuto novému konceptu rané péče a které jsou popsány v následujícím textu.

Přístupnost, blízkost, finanční dostupnost a rozmanitost se zdají být společnými rysy evropských služeb RP:

- Na požádání rodiny bývá poskytována celá škála dostupných služeb a/nebo opatření.
- Takové služby a opatření by měly být nabídnuty co nejdříve, do nákladů rodiny by měly zasahovat co nejméně, popř. být zcela zdarma a měly by být poskytovány kdykoliv a kdekoliv je potřeba, pokud možno na lokální úrovni. Dané služby musí odpovídat potřebám rodin a zajišťovat intervenci zaměřenou na rodinu.
- Rozmanitost služeb v různých zemích poukazuje na nutnost vytváření adekvátní spolupráce a koordinace služeb a zdrojů tak, aby byla zajištěna jejich kvalita.



- Také zdravotnické, sociální a vzdělávací služby by měly být v programu RP zahrnuty a stejně tak by měly nést svůj díl zodpovědnosti. Odpovídá to teoretickému zázemí RP, které spočívá v různých disciplínách a společenských vědách. Medicína, humanitní a společenské vědy jsou navzájem propojeny právě vztahem k vývoji dítěte a to by se mělo v RP odrazit. Neexistuje model, na který bychom se mohli plně spolehnout: k vytvoření široké báze v přístupu k RP, jež se zaměřuje na dítě, rodinu i komunitu přispěly rozličné teorie a modely. Patrný je posun od medicínského modelu k sociálnímu.

Cílové skupiny, týmová práce, odborná školení a pracovní prostředky patří mezi klíčové aspekty, o nichž se na projektových konferencích diskutovalo.

- Vliv sociálních změn na cílovou skupinu RP, jakož i zvýšený počet dětí s psychologickými a sociálně-emočními problémy, budily u odborníků, kteří se účastnili projektu, velký zájem.

- Pomoc malým dětem a jejich rodinám závisí na mnoha odbornících, kteří se zabývají rozličnými disciplínami. Tito odborníci však nemohou pracovat ve vzájemné izolaci; musí pracovat společně v interdisciplinárním týmu. Pro dosažení úspěšné spolupráce, by měli odborníci podstupovat určitou formu společného výcviku a vytvářet tak nástavbu znalostem, které si osvojili během svého specializovaného vzdělávání. Tento společný výcvik by mohl mít podobu dalšího (specializovaného) školení nebo být součástí vzdělávání v praxi. Měl by zajišťovat erudovanost odborníků v otázkách vývoje dítěte, v užívání pracovních metod, ve schopnostech meziresortní spolupráce, týmové práce, managementu, posilovat rozvoj jejich osobních schopností a dovedností práce s rodinami. Odborníci musí dobře znát, jak zapojit rodiče a pracovat s nimi, stejně tak i s širší rodinou, a jak přitom současně respektovat jejich potřeby a priority, které nemusí být totožné s názory jejich.

- K zajištění vysoce kvalitní práce, která nemá mezer, která je zahajovaná hned, jakmile je problém objeven a která probíhá s plným zapojením a účastí rodin, užívají odborníci různé prostředky. V případech, kdy je nutná intervence, je na základě společné práce rodiny a odborného týmu vytvořen individuální plán, v různých zemích nazývaný různě (také Rodinný plán či



Individuální plán podpory rodiny). Tento plán se zaměřuje na potřeby, přednosti, priority, cíle a činnosti, které musí být zrealizované nebo vyhodnocené. Existence takového dokumentu usnadňuje přenos informací a kontinuitu potřebné podpory v případě, že je dítě přeloženo do jiné sítě služeb nebo že se rodina přestěhuje do jiné oblasti.

Všechny tyto aspekty vytváří základ pro formulování řady doporučení, která směřují k vylepšení a posílení existujících služeb a opatření rané péče. Jsou představeny v závěrečné kapitole tohoto dokumentu.



ÚVOD

Tento dokument si bere za cíl shrnout analýzu klíčových aspektů Včasné intervence neboli Rané péče (RP) v mnoha zemích Evropy. Byla provedena v rámci projektu vedeného Evropskou agenturou pro rozvoj speciálního vzdělávání v letech 2003–2004. Zahrnuje také mnoho doporučení, která jsou určena především odborníkům pracujícím v daném oboru a která jim nabízejí některé praktické podněty k zamyšlení a zlepšení jejich praxe.

Tato analýza by nebyla možná bez kvalifikovaných a kompetentních příspěvků expertů a rodin přímo či nepřímo zainteresovaných v tomto projektu. Byli zdrojem důležitých materiálů, podnětů a poznámek týkajících se situace RP v jejich zemích, významnou měrou přispěli i svými kritickými komentáři během všech fází projektu.

Důvod, proč byl tento dokument vytvořen, koresponduje s potřebou hlubšího zkoumání v této důležité sféře. Navazuje se tak na práci, která byla Agenturou dovršena už v roce 1998. Toto úsilí je taktéž v souladu s hlavními principy, jež jsou zdůrazňované klíčovými mezinárodními organizacemi jako jsou Spojené Národy (U.N.) a UNESCO, jež obě daly své pozice v oblasti boje za práva dětí a jejich rodin jasně najevo:

V období mateřství a dětství musí být k dispozici speciální péče a pomoc (U.N. 1948, Článek 25 §2).

Dítě musí mít právo vyrůstat a dospívat ve zdraví; z tohoto důvodu má být jemu i jeho matce v případě potřeby poskytována speciální péče a ochrana, a to včetně prenatální a postnatální péče (U.N. 1959, Princip 4).

Stát uznává právo postiženého dítěte na speciální péči a je zodpovědný za podporu a zajištění patřičné pomoci, závislé na dostupných zdrojích, jak danému dítěti tak těm, kteří jsou zodpovědní za péči o ně a kteří o pomoc požádají, přičemž pomoc musí být adekvátní stavu dítěte a okolnostem v rodině,



popř. prostředí, v němž je vychováváno (U.N. 1989, Článek 23 §2).

Státy by měly zajišťovat podmínky pro realizaci programů vedených multidisciplinárními odbornými týmy zaměřenými na včasnou diagnostiku, vyhodnocení a péči o postižené. Taková opatření mohou zabránit, redukovat či zmírnit následky postižení (U.N. 1993, Pravidlo 2 §1).

Raná péče a vzdělávací programy pro děti do šesti let by měly být rozvíjeny a/nebo orientovány tak, aby podporovaly fyzický, duševní a sociální vývoj a pohotovost ke vzdělávání. Tyto programy mají velkou ekonomickou hodnotu pro jednotlivce, rodinu a společnost v tom smyslu, že zabraňují zhoršování stavu postižení (UNESCO, 1994, §53).

Metodologie užitá při analýze záměrně korespondovala se základními principy RP: pracovat s respektem a otevřeně v rámci interdisciplinárního prostředí a interaktivním způsobem, současně bylo třeba pamatovat na odlišná zázemí jednotlivých účastníků.

Východiskem pro práci byly informace nashromážděné v jednotlivých zemích a rozborů národních stavů rané péče.

Zástupci Agentury nominovali v 19 zúčastněných zemích klíčové experty, kteří měli na starost koncepci, praktický a výzkumný sektor RP. Stejně tak byly zastoupeny všechny profesní sektory: vzdělávací, sociální a zdravotnické služby, s větším obsazením ve službách vzdělávacích. Rodiny se přímo účastnily jedné z konferencí, jakož i schvalovací (validační) fáze projektu (viz str. 7).

Během projektu proběhlo celkem pět konferencí – čtyři pracovní setkání a závěrečný seminář. Hlavním účelem těchto konferencí bylo zamyslet se nad otázkami, které byly prezentovány již na první z těchto konferencí, a vznést k nim konkrétní návrhy. Šlo o následující problémy:

- Role, jakou mají hrát služby a odborníci v rámci poskytování rané péče;



- Složení týmu a potřebná školení odborníků;
- Změny související s cílovou skupinou RP;
- Prostředky a nástroje potřebné pro optimální práci s dětmi a jejich rodinami.

Pro konference a terénní návštěvy byla vybrána tři místa, přičemž kritériem pro jejich výběr byl fakt, že byla dobrou ukázkou různého uplatnění ekologicko-systémového modelu RP – všeobecně uznávaného teoretického i praktického přístupu v rámci tohoto oboru (podrobnější informace o tomto modelu najdete v následujících kapitolách). Tato tři místa navíc vykazovala přímou spojitost s probíhajícím výzkumem vedeným lokálními univerzitami v těchto místech. To také umožnilo odborníkům zapojeným do projektu prodiskutovat a identifikovat charakteristické rysy, výrazné problémy a oblasti, jež si žádají zdokonalení, přímo podle situace v zúčastněných zemích.

Celková analýza probíhala ve čtyřech fázích, z nichž všechny přispěly k přípravě této shrnující zprávy.

Informační fáze: shromáždění příspěvků z jednotlivých zemí, uspořádaných podle modelu, jenž byl dohodnut během první konference a navržen tak, aby bylo možné porovnat existující opatření a služby v daných zemích. Odborníci byli požádáni:

- aby podali informace o základních charakteristikách služeb a/nebo opatření RP ve svých zemích;
- aby obecně načrtli tzv. *životní linii*, po níž se ubírá život dítěte a jeho rodiny, u nichž je zapotřebí včasné intervence, a to od narození až do pěti šesti let věku dítěte; v závislosti na věku dítěte se na této životní linii označil název a typ podpory, jež je poskytována prostřednictvím různých opatření a služeb; vše obsahovalo i komentáře.

Výměnná fáze: výměna informací a diskuze o mnoha problémech relevantních pro RP a založených na průzkumu tří vybraných lokalit: německého Mnichova, portugalské Coimby a města Västerås ve Švédsku. Tato tři místa skýtala jednak možnost analyzovat, jakými různými způsoby je uplatňována RP, jednak možnost vyzdvihnout podobnosti a odlišnosti napříč službami a opatřeními v zemích zapojených do projektu.



Příspěvky od odborníků, stejně jako od rodičů z těchto vybraných lokalit nepochybně obohatily celkovou diskuzi.

Diskuzní fáze: obecná diskuze o stavu a podobách RP a objasnění informací, které jsme během jednotlivých konferencí nashromáždili. Na tomto základě jsme vytvořili hrubý náčrt dokumentu o výsledcích, k nimž jsme během těchto tří konferencí dospěli. Byl prodiskutován z různých pohledů. Byla to důležitá fáze a přispěla ke vzniku závěrečné souhrnné zprávy – a to zejména díky důkladným diskuzím s odborníky a národními zástupci Agentury o všech aspektech, který tento dokument zahrnoval.

Validační fáze: potvrzení výsledků na závěrečném semináři, prostřednictvím otevřené diskuze o hlavních výsledcích, k nimž došli jak zúčastnění odborníci tak externí spolupracovníci. K jednání v této závěrečné fázi byli přizváni rodiče, odborníci, tvůrci koncepce i výzkumníci pracující v oblasti RP.

Termínem **raná péče** (popř. včasná intervence) rozumíme činnosti, které je třeba provést za účelem podpory jakéhokoliv dítěte a jeho rodiny, a to co nejdříve a kdykoliv během výchovy.

Je také třeba zdůraznit, že činnosti prováděné v rámci rané péče jsou zaměřené na děti se speciálními potřebami ve věku od narození, maximálně však do šesti let.

Tato souhrnná zpráva je uspořádána následovně. **První kapitola** obsahuje stručný nástin konceptuálního rámce rané péče, jenž čerpá z relevantních publikací na dané téma. Jsou zde uvedeny důležité definice a popsány hlavní cíle.

Ve **druhé kapitole** jsou prezentovány výsledky analýzy prováděné v rámci projektu. Tato analýza zahrnuje fakta o opatřeních a organizaci služeb RP v zúčastněných zemích. Zabývá se také zevrubnou diskuzí o třech podrobněji zkoumaných regionech. Jako výsledek těchto diskuzí je vyzdvížena série klíčových aspektů, s nimiž je v oblasti RP třeba počítat. Tyto aspekty jsou současně výzvou k zamyšlení jak pro rodiny, tak pro odborníky.



Ve **třetí kapitole** nalezneme řadu doporučení určených především odborníkům.

Tento dokument obsahuje pouze shrnutí diskuzí, nashromážděných informací a zkušeností, jež jsou výsledkem práce odborníků vykonané během projektu. Čtenářům, kteří potřebují detailnější a konkrétnější informace o situaci RP v zúčastněných zemích, popř. kontakty na jednotlivé odborníky či odkazy na relevantní publikace, doporučujeme obrátit se na web věnovaný RP, jenž je k nalezení na stránkách Agentury: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



1. RANÁ PÉČE: KONCEPTUÁLNÍ RÁMEC

Raná péče je na evropské úrovni považována za klíčovou oblast pro zkoumání. Byla jedním z tematických okruhů programu Helios II (1993–1996), jehož podnětné poznatky byly inspirací jak pro vzdělávání, tak pro rehabilitaci. Poznatky z obou oblastí také vytvořily základ pro dokument vydaný Evropskou agenturou pro rozvoj speciálního vzdělávání (1998), jenž názorně popisuje situaci v různých zemích. Tyto dokumenty, společně s dokumentem Eurlyaid – Evropská asociace pro ranou péči – Manifest (1991) a dalšími důležitými publikacemi, dobře poslouží jako nástin vývoje této problematiky na teoretické úrovni, stejně jako na úrovni praktické a politické.

Evropské i mezinárodní dokumenty, jež byly vydané v posledních 20 až 30 letech a které se zabývají koncepty, principy a metodami RP, jsou užitečným zdrojem poznatků o **ideovém i teoretickém vývoji** v dané oblasti. Vklady různých autorů, vnímajících problematiku z různých teoretických východisek, přispěly k vývoji konceptů a následně i praxe. Přínos těchto autorů vidíme především ve dvou oblastech:

1. Vytvořili nový koncept RP, na které se přímo podílely zdravotní, vzdělávací a společenské vědy, včetně psychologie. Odpovídalo to nové situaci, neboť v minulosti měly tyto sektory odlišné a ne vždy provázané pole působnosti;
2. Vyzdvihli význam změn v pojetí průběhu intervence. Přičemž důraz kladli na posun pozornosti z intervence zaměřené výhradně na dítě ke značně širšímu přístupu, jenž měl zahrnovat také rodinu a okolní komunitu (Peterander et al, 1999; Blackman, 2003).

Způsob, jakým se vyvíjely a postupovaly medicína a humanitní vědy v minulých letech, měl společně se všeobecnými společenskými změnami přímý vliv na koncepty a metody na poli RP používané v současnosti.

Nové znalosti o vývoji mozku ukazují, jaký mají rané zážitky význam a vliv na vývoj nervových drah (Kotulak, 1996). Podle Park & Peterson (2003) i poslední výzkumy vývoje mozku



potvrdily, že pozitivní a bohaté zážitky v raném dětství mohou mít na vývoj mozku pozitivní vliv. Pomáhají dětem osvojit si jazyk, rozvíjet schopnosti důležité pro řešení problémů, vytvářet si zdravé vztahy se svými vrstevníky i s dospělými a v neposlední řadě si osvojuvat různé dovednosti, které hrají důležitou roli v průběhu celého života. Vývoj dítěte v období od narození – či dokonce od početí – do prvních let věku nemůže být srovnáván s žádnou pozdější fází života (Shonkoff, 2000). Nicméně, jak tento autor uvádí, vývoj může být velmi negativně ovlivněn sociálními a citovými „postiženými“.

Mnoho výzkumů a debat již poukázalo na přímý a nezvratný dopad raného vývoje na celoživotní vývoj, aniž by podaly jasné důkazy o jistých a obvyklých příčinách a následcích. Přesto je všeobecně přijímán názor, že to, co se odehrává během prvních měsíců a roků života, vyplyne na povrch později v různých fázích vývoje dítěte:

Nezáleží na tom, protože veškeré rané újmy jsou nezvratné, protože ztracené příležitosti se už nikdy nedají nahradit, nebo protože rané zážitky zanechávají nerasmazatelnou stopu a mohou se projevit v dospělosti; rané újmy se dají zvrátit, některé ztracené příležitosti mohou být vynahrazeny později a ne všechny problémy v dospělosti mohou být odvozeny z raných zážitků, rané újmy mohou vážně poznamenat životní vyhlídky dítěte. Kompenzace za promarněné příležitosti často vyžaduje rozsáhlou intervenci v pozdějším životě. V raném věku dítěte se rozhoduje o tom, jestli bude v dalším vývoji stavět na solidních či křehkých základech (Shonkoff & Phillips, 2000, p. 384).

Pevnější pozice holistického přístupu k RP byla posílena mnoha psychologickými a pedagogickými teoriemi: přes teorie zaměřené na dichotomii přirozenost–výchova, které vnímají vývoj dítěte jako otevřený proces (*tabula rasa*, již je možné neomezeně a cíleně ovlivňovat, ať už pozitivně či negativně) až k více deterministickým přístupům.

Značný vliv na RP měly klíčové teorie, které se zabývají vývojem dítěte a procesy učení, jako například Gesellův (1943) vývojový přístup, Skinnerovo (1968) „operant conditioning“ či



Piagetova (1969) genetická epistemologie. Společným jmenovatelem těchto teorií ve vztahu k pedagogickým koncepcím a možnostem malých dětí se speciálními potřebami je důraz na dítě a jeho limity, pojímané nezávisle na prostředí, v němž žije.

K dalšímu rozvoji došlo díky autorům, kteří kladou zvláštní důraz na:

- a) roli rodiny či pečovatelů ve vývoji dítěte – „attachment teorie“ (Bowlby, 1980; Ainsworth et al, 1978);
- b) vliv sociální interakce – teorie sociálního učení (Bandura, 1977), teorie sociálního vývoje (Vygotsky, 1978), transakční model komunikace (Sameroff and Chandler, 1975; Sameroff and Fiese, 2000);
- c) vliv prostředí a interakce – „human ecology“ teorie (Bronfenbrenner, 1979).

Další nový pohled – i když úzce související s výše uvedenými teoriemi – využívá ekologicko-systémový přístup. Porter (2002) charakterizuje projektování tohoto přístupu do pojetí vývoje dítěte následujícími způsoby:

Holismus: všechny oblasti vývoje – kognitivní, jazykový, fyzický, sociální a citový – jsou navzájem propojeny;

Dynamika: jde o princip „potvrzení očekávání“, podle kterého se *prostředí musí stále proměňovat v závislosti na měnících se potřebách jednotlivce, pokud má usnadňovat vývoj* (Horowitz, 1987, cited by Porter, 2002, p9);

Transakce: podle modelu Sameroffa a Chandlera (1975) je vývoj usnadňován oboustrannou, vzájemnou interakcí mezi dítětem a jeho prostředím. Výsledek vývoje je pak nazírán jako důsledek dynamické souhry chování dítěte, reakcí pečovatele na toto chování a na prostředí závislých proměnných, jež mohou ovlivnit jak dítě, tak pečovatele;

Jedinečnost: poznání či vývoj jsou jedinečné – každý jedinec si buduje svou vlastní jedinečnou perspektivu.

Ekologicko-systémový přístup poskytuje možnosti pro systematickou analýzu, porozumění a zaznamenávání toho, co prožívají děti a mladí lidé v jejich rodinách a v širších životních



souvislostech (Horwath, 2000). Současně to má také dopad na vytváření modelů osnov určených pro rané vzdělávání dětí:

Pedagogický důraz se tak přesouvá z oblasti sdělování toho, co by mělo dítě znát, ke strategii pozorného naslouchání a vytváření správné odezvy, přičemž je třeba respektovat pestrost dětského prožívání (Porter, 2002, p9).

V současnosti je ekologicko-systémový přístup velmi rozšířený a lze jej považovat za referenční rámec pro RP. Vyplývá to z proměny hlavního cíle intervence, která je nyní vnímána jako proces, který nemůže být svými vlivy omezen pouze na dítě, nýbrž musí zahrnovat i jeho bezprostřední okolí.

Vliv ekologicko-systémového modelu je patrný také v americkém „Head Start Program“, který je zaměřen na rodiny s nízkými příjmy a s malými dětmi ve věku od narození do pěti let. Cílem tohoto programu je co nejdříve připravit znevýhodněné malé děti pro úspěšnou školní práci. Program je financovaný „Federal Department of Health and Human Services“ a počítá se zapojením jak vzdělávacích institucí hlavního i speciálního proudu, tak i zdravotnických a sociálních služeb a také rodičů.

Následující **definice** se týkají RP. Jejich výběr byl podmíněn prezentací ekologicko-systémového přístupu v celé své šíři a ve všech aspektech.

Guralnick (2001) definuje RP jako systém podporující interakční rodinné modely, jež nejlépe podporují správný vývoj dítěte. Guralnick klade největší důraz na výměnné procesy mezi rodičem a dítětem, na pozitivní dětské zážitky v rodinném prostředí a na poskytování pomoci rodičům tak, aby mohli v co největší míře zajistit bezpečný a zdravý vývoj svého dítěte.

V koncepci Shonkoffa & Meiselse (2000), RP sestává z multidisciplinárních služeb poskytovaných dětem v období od narození do pěti let. Hlavní cíle směřují: k podpoře fyzického a duševního zdraví dítěte; k podpoře potencialit dítěte; k minimalizaci vývojových opoždění; k nápravě existujících nebo



vznikajících postižení; k eliminaci funkčních regresí; k podpoře adoptivního rodičovství a celkově k fungování rodiny.

Blackman (2003) má za to, že *„záměrem rané péče je předcházet nebo alespoň minimalizovat omezení spojená s vrozenou indispozicí v tělesném, rozumovém a citovém vývoji u malých dětí v riziku, ať už jsou tyto faktory dané biologickou dispozicí či sociálním okolím“* (p. 2). Tento autor zdůrazňuje klíčovou roli rodiny jako faktoru, který rozhoduje o úspěšnosti intervence.

Dunst (1985) definuje RP jako *„podpůrné služby rodinám s malými dětmi, které poskytují jak neoficiální, tak i oficiální orgány sociální sítě. Pomoc směřuje přímo či nepřímo rodičům, rodině a dítěti“* (p. 179).

Trivette, Dunst & Deal (1997) se zabírají myšlenkou RP jakožto systému založeného na zdrojích:

Současné metody rané péče jsou do značné míry pojmány ve smyslu řešení dětských a rodinných potřeb pomocí služeb. To znamená, že programy rané péče v podstatě definují svůj vztah k dětem a rodinám v podobě konkrétních služeb, jež program nabízí, anebo někdy využívají služby poskytované jinými programy, které mají obdobné pole působnosti (tedy mezi-agenturní koordinace). Tento způsob konceptualizace metod rané péče je jak omezený, tak i omezující, neboť nesplňuje naše očekávání z hlediska využití takových zdrojů pomoci, jež jsou nezávislé na profesionálních službách. Oproti tomu takový systém podpory dětí a rodin, který je založený na zdrojích, je jednak otevřenější a jednak má potenciál vytvářet nové možnosti, neboť se zaměřuje na mobilizaci celé řady podpůrných opatření přímo v rámci komunity (p. 73).



V rámci, jenž je podkladem pro Agenturou řízenou analýzu, navrhla skupina odborníků následující pracovní definici rané péče:

RP je souborem služeb a opatření pro velmi malé děti a jejich rodiny, které jsou poskytovány na jejich požádání v určitém období života dítěte a které zahrnují jakoukoliv činnost prováděnou v případě, že dítě potřebuje zvláštní podporu za účelem:

- *zajištění a podpory osobního vývoje dítěte,*
- *posílení kompetencí samotné rodiny a*
- *podpory začlenění rodiny a dítěte do společnosti.*

Tato opatření musí být prováděna v přirozeném prostředí dítěte, pokud možno na lokální úrovni, přičemž práce probíhá týmově, víceúrovňově a je zaměřena na rodinu.

V mnoha definicích se opakuje jako důležitý prvek myšlenka **prevence** jako součást procesu intervence. Simeonsson (1994) podává výčet tří úrovní prevence a intervence, přičemž zohledňuje i období, v němž by jednotlivá preventivní opatření měla být uplatněna:

Primární prevence směřuje ke snížení výskytu nových úkazů či problémů v populaci, o nichž je známo, že způsobují tyto potíže. To zahrnuje například vyhledávání dětí v ohrožení. V rámci primární prevence se přijímají opatření, jež zamezují novým výskytům poruch či okolnostem, které by mohly k postižení vést (WHO, 1980). Autoři Mrazek & Haggerty (1994) míní primární prevencí především „intervenci, která je poskytnuta ještě předtím, než postižení vzniká“ (p. 23). Tyto kroky mohou mít charakter: a) *obecný*, jako například zdravotnická opatření zaměřená na všechny rodiny s dětmi, např. očkovací programy pro celou populaci; b) *výběrový*, zaměřené na danou část populace, např. rizikové skupiny; c) *přesně cílené*, např. na jednotlivce, u nichž hrozí konkrétní riziko.

Sekundární prevence si klade za cíl snížit počet již existujících výskytů daného problému tím, že zasahuje poté, co se problém objeví, avšak předtím, než se stačí plně rozvinout.

Terciární prevence se pokouší zmírnit komplikace spojené s existujícím problémem nebo stavem, aby se omezily následky již plně rozvinuté poruchy nebo postižení.



Tyto tři roviny prevence mohou fungovat v širším kontextu, bereme-li v úvahu „bio-psycho-sociální“ model fungování v podobě, jak ji publikovala WHO (ICF, 2001). Prevence v rámci tohoto modelu RP se nezabývá pouze zdravotním stavem klienta; bere v úvahu také sociální prostředí, v němž žije:

... fungování jednotlivce v určité oblasti je výsledkem interakce či komplexního vztahu mezi jeho zdravotním stavem a kontextuálními faktory (osobní a okolnostní faktory). Mezi těmito entitami dochází k vzájemnému dynamickému vlivu: intervence v jedné z nich potenciálně pozměňuje jednu nebo více ostatních entit (p. 19).

Bereme-li v úvahu všechny charakteristiky a principy, jež poskytují konceptuální základnu pro RP, vyplynou nám na povrch dva klíčové aspekty, které, ve srovnání s ostatními fázemi vzdělávání dětí, dodávají práci v oboru RP specifický charakter. Těmito aspekty jsou *raný věk* dítěte a *náročnost a komplexnost* daného úkolu.

Kombinace těchto dvou aspektů vyžaduje:

- Společné úsilí všech zúčastněných profesních oblastí;
- Interakci rozličných intervenujících osob;
- Spolupráci všech zainteresovaných služeb;
- Přímý vliv a spolupráci rodičů (a ostatních členů rodiny).

Účinnost a úspěšnost intervence zaměřená na malé děti závisí právě na kombinaci těchto činitelů.

Na tomto místě přirozeně vyvstává otázka o **vlivu a dopadu** RP. Někteří autoři vnímají RP jako jeden z účinných prostředků boje proti hrozícímu vyloučení ze společnosti a/nebo ze vzdělávání (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) má za to, že výzkum prováděný v sedmdesátých letech 20. století „*ukázal celkovou efektivitu a reálnost programů rané péče pro malé děti, a to ve vztahu k dětem v riziku stejně jako k těm s vrozeným postižením*“ (p. xv). Další výzkum musí podle autora určit, „*jaký druh intervence funguje nejlépe, na koho má být zaměřený, za jakých podmínek a s jakými cíli*“ (Guralnick, 1997, p. xvi).



Z diskuzí vedených na konferencích v rámci projektu RP vyplynulo, že ke zhodnocení dopadu, respektive efektivity RP, musíme brát v úvahu veškeré pro intervenci relevantní činitele:

- *Dítě*: pokrok, který učinilo samo dítě, jakož i jeho sebehodnocení, kdykoliv je to možné;
- *Rodina*: úroveň spokojenosti rodiny;
- *Odborníci*: úroveň jejich spokojenosti a kompetence;
- *Komunita*: úroveň spokojenosti, prospěch, náklady/ účinnost vynaložených investic, atd.

K určení kvalitativních indikátorů úspěchu je třeba vyhodnotit výsledky na všech těchto úrovních. Evaluace vycházející z vnějších zdrojů je často přespříliš standardizovaná, časově i finančně nákladná a příliš zaměřená na kvantitativní ukazatele.

Výše uvedený konceptuální rámec byl východiskem pro podnětné diskuze v průběhu analytické fáze projektu. V následující kapitole představujeme různé způsoby organizace služeb a opatření RP v daných evropských zemích. Zabýváme se také otázkami, které se při bližším pohledu na jejich hlavní charakteristiky, a zjevnými problémy, jimž jednotlivé země musí čelit, nabízí.



2. ANALÝZA PROJEKTU RANÉ PÉČE

2.1 Služby poskytované v různých zemích

Tato sekce uvádí přehled o organizaci, hlavních rysech, rozdílech a problémech rané péče v různých zemích.

Organizace RP není ve všech zemích, které jsou do této analýzy zahrnuté, homogenní. Nicméně, všechny země bezesbytku poskytují určitý druh služeb a podpory zaměřený na malé děti (od narození dále) a jejich rodiny. V některých severských zemích např. zdravotní sestra pravidelně navštěvuje všechny děti přímo v jejich domovech a poskytuje poradenství a podporu rodičům po dobu maximálně jednoho roku. Toto pravidelné sledování může být ovšem prodlouženo až na dva a půl roku v případech, kdy jsou zjištěny nějaké rané problémy. I jiné země aplikují systém sledování zdravotní sestrou, většinou však na sekundární úrovni, pokud jsou u novorozence zjištěny rizikové příznaky.

V případech diagnostikování problémů v raném věku, bývají nabízeny různé služby v široké škále. Někdy bývá RP poskytována specializovaným týmem v nemocnicích, avšak většinou bývají v těchto momentech zapojovány sociální a pedagogické služby.

Je velmi těžké, ne-li nemožné, podat zde výčet všech služeb a opatření a vyjádřit komplexnost jejich organizace v různých zemích, aniž bychom vypustili určité relevantní informace. Těm, kteří se zajímají o situaci v jednotlivých zemích, doporučujeme obrátit se na online informační portál věnovaný RP, jenž mohou nalézt na stránkách Agentury:

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

I přesto, že raná péče je různorodá, chtěli bychom poukázat na **společné rysy** těchto služeb:

Přístupnost: společným znakem všech služeb RP je snaha být na dosah všem dětem a rodinám, jež potřebují pomoc a to co



nejrychleji. Obzvláště naléhavý je tento problém v místech s malou hustotou obyvatel nebo v izolovaných zemědělských oblastech. Služby a zdroje RP by měly být lehce přístupné všude s cílem předejít diskriminaci rodin žijících v zemědělských oblastech vůči rodinám ve městech. Totéž se samozřejmě týká kvality poskytovaných služeb.

Blížkost¹: u tohoto aspektu jde především o to, aby se RP dostala ke správnému adresátovi. Je třeba poznamenat, že decentralizace služeb RP stála mnoho úsilí. Podpora by měla být rodinám k dispozici tak blízko, jak jen to je možné, a to jak na lokální úrovni, tak na úrovni komunit. V posledních 10–20 letech se v tomto ohledu mnohé zlepšilo – rodiny nemusí trávit dlouhé hodiny na cestách za službami, jež byly často velmi vzdálené od jejich domovů. Namísto toho jsou jim poskytovány buď v rámci komunity nebo přímo doma. Zadržím, blízkostí máme na mysli poskytování služeb zaměřených na rodinu. Porozumění a respekt k potřebám rodiny bývá vždy základním východiskem pro jakákoli opatření a podporu.

Finanční dostupnost: služby rodinám jsou ve všech zemích poskytovány zdarma nebo za minimální náklady². Služby jsou financovány pomocí zdrojů ministerstva zdravotnictví, sociálních věcí a školství, popřípadě pojišťoven a neziskových organizací. Tyto alternativy mohou koexistovat, popřípadě mohou být vytvořeny ještě jiné zdroje. Jednou z reálných, i když výjimečných a spíše nástavbových možností, je také využívání soukromých služeb, jež nejsou hrazeny z žádného veřejného zdroje a platí si je samy rodiny.

Interdisciplinarita: odborníci přímo pověřeni poskytováním podpory malým dětem a jejich rodinám působí v různých profesích a v důsledku toho mají, podle svého zaměření, odlišné zázemí. Interdisciplinární práce tak usnadňuje výměnu informací mezi členy týmu.

¹ Slovo *blížkost* se v textu užívá ve dvou významech: blízko k místu a blízko k člověku.

² To zahrnuje jak veřejné služby tak služby soukromé, financované z veřejných zdrojů.



Rozmanitost služeb: tento bod úzce souvisí se škálou oborů, jež jsou do RP zapojeny. Zapojování služeb ze tří oblastí, jmenovitě zdravotnictví, sociálních služeb a školství, je společným rysem pro mnoho zemí, je však také zdrojem hlavních rozdílů. Zřetelný přehled o rolích jednotlivých služeb v rámci RP poskytuje klasifikace úrovní prevence ve veřejném zdravotnictví, tak jak je to popsáno v první kapitole (viz například Mrazek & Haggerty, 1994; Simeonsson, 1994). Primární prevence zahrnuje veškeré aktivity, jež mají za cíl snižovat poruchy či problémy v populaci. Sekundární prevence usiluje o snížení počtu existujících výskytů určitého problému. Terciární prevence se zaměřuje na zmírnění komplikací, které vyvstávají z daného problému či poruchy. Primární prevence je ve všech zemích většinou zajištěna zdravotnickými, stejně jako sociálními a vzdělávacími službami. V některých případech se taková práce uskutečňuje skrze monitorování těhotných žen, popř. sledování vývoje malých dětí v nemocnicích, na poliklinikách či ve školách. Tyto služby zajistí první celkovou prohlídku, po níž následuje vyhodnocení potřeb, zaměřených především na populaci, jež představuje buď biologický, popř. sociální rizikový faktor. Pokud je při tomto prvním kroku zjištěn jakýkoliv problém, obdrží klient doporučení nebo odkaz na další služby či zdravotní specialisty.

Odlišnosti a problémy v různých zemích zjevně souvisejí se způsobem zaopatření služeb RP. Níže je uveden krátký přehled klíčových odlišností a problémů. Jsou uspořádané do čtyř bodů:

1. Kdy je RP uplatňována?

Tato otázka se přímo dotýká včasné diagnostiky, vyhodnocení a doporučení či odkázání na specialistu. Jak je uvedeno výše, ve všech zemích zapojených do projektu jsou to právě zdravotnické služby, jež nesou hlavní zodpovědnost za tyto tři kroky, které jsou základními kameny primární prevence, i když sociální a vzdělávací služby bývají zapojeny také. Všechny země se shodují, že „včasnost“ a „soustavnost“ jsou v procesu rané péče velmi důležité. Obtíže totiž nastávají právě v případě, že se vyskytne větší časová prodleva mezi včasnou diagnostikou, jejím vyhodnocením a patřičným doporučením. Tyto rozdíly mívají následující kořeny: pozdní diagnostiku



v případech sociálních či psychologických potíží; některé potíže mohou být hůře zjistitelné pouhými zdravotními kontrolami; chybějící koordinaci mezi poskytovanými službami a/nebo týmy. I když je ve službách rané péče vidět značný pokrok, stále se setkáváme s tendencí řídit se taktikou, již bychom mohli neformálně označit jako „počkejme a uvidí se“, a to zejména u méně nápadných problémů – hlavně sociálních a psychologických – jejichž následky mohou vyplynout na povrch až v pozdějším životě.

2. Po jakou dobu je RP poskytována?

Narozdíl od severní Ameriky, kde je RP poskytována od narození do tří let věku, se v Evropě doba intervence stát od státu liší. V zásadě je podpora dítěti a jeho rodině poskytována do doby, než dítě vstoupí do školského systému a plnou odpovědnost za ně nesou pedagogické a podpůrné služby. V některých zemích se tato doba kryje se začátkem povinné školní docházky. Avšak pro načasování tohoto přechodného období zřejmě neexistuje žádná jasná strategie a odborníci z týmů poskytujících RP cítí, že je třeba překročit své běžné povinnosti a suplovat příp. nedostatek koordinace či dostupnosti zdrojů.

3. Kdo je RP pověřen?

V různých evropských zemích existuje široká škála různých opatření a služeb RP. Z hlediska marketingu se nabízí vnímat tuto pestrost pozitivně: čím více možností rodiny mají, tím lepší rozhodnutí mohou učinit, tím lépe si mohou vybrat. To však zjevně neodpovídá reálné potřebě RP: rodiny mají v mnoha případech potíže najít to správné řešení pro své dítě; často nemají k dispozici jasně formulované, nezaujaté a přímo pro ně určené informace. Z toho můžeme usuzovat, že různorodost servisů a služeb je výsledkem procesu náhodného vytváření služeb jako reakce na okamžité potřeby nebo žádosti a ne výsledkem koncepčního plánování.

Ve všech zemích zapojených do projektu je možné nalézt centra RP, třebaže jsou v jejich fungování rozdíly. Výjimkou jsou severské státy, kde se zdravotní, sociální a pedagogické služby podílejí na procesu RP na lokální úrovni.



Jednotným trendem, který vyzdvihují mnohé země, je potřeba přizpůsobit úkoly odborníků a plánování jejich povinností potřebám a přáním rodiny, ať už se jedná o služby a opatření na jakékoliv úrovni. Odborníci pracují s rodinami a v rodinách jak je to jen možné, samozřejmě se souhlasem rodiny. Avšak je-li to potřeba, pracují také ve vzdělávacích centrech, jež dítě navštěvuje (denní pečovatelská centra, školky, atd.) nebo ve specializovaných střediscích, tedy v centrech RP, nebo v různých jiných prostředích.

4. Co je třeba udělat?

Tento aspekt je detailněji popsán v příští sekci. Avšak hned zpočátku je třeba upozornit na fakt, že v různých zemích Evropy stále ještě existuje dichotomie mezi zdravotnickým a sociálním přístupem v péči o malé děti.

2.2 Klíčové aspekty

Konference, které v průběhu projektu proběhly, byly dobrou příležitostí pro diskuzi o mnohých důležitých aspektech RP:

Cílové skupiny: typ populace, k níž směřují snahy týmů či služeb RP, průkazné změny v posledních několika letech ve vztahu k věku a charakteristikám dětí a podmínek, za nichž je RP poskytována či přijímána;

Týmová práce: odborníci zapojení do RP, jejich role a zodpovědnost a zvláštní účast pedagogických institucí;

Odborná školení: úvodní a navazující vzdělání pro odborníky RP;

Pracovní prostředky: vývoj individuálního plánu podpory rodiny, popř. ekvivalentního dokumentu a zdravotní vyšetření.

Je dobré upozornit na to, že součástí výše uvedeného seznamu není zapojení rodičů uvedeno jako zvláštní položka. Nikoliv proto, že by nebyla důležitá, nýbrž, jak už bylo naznačeno, aktivní zapojení rodičů je neodmyslitelnou podmínkou každého klíčového momentu v procesu RP. Rodiče musí být odborníkovi spolupracujícím partnerem (co-partnerem), aby co možná nejvíce posílili své kompetence a autonomii a společně s odborníkem reagovali na potřeby dítěte. Přestože největší



zodpovědnost leží právě na rodičích, velmi důležitou roli v podpůrných aktivitách mohou hrát také ostatní členové rodiny. Podívejme se tedy nyní na hlavní výsledky, jež vyplynuly z diskuzí vedených na konferencích.

2.2.1 Cílové skupiny

Diskuze o skupině populace, k níž směřují snahy týmů či služeb RP: děti, u nichž jsou zjištěny biologické a/nebo sociální rizikové faktory, a jejich rodiny. Otázky, které odborníci vznesli, jsou shrnuty v následujících bodech.

Počet dětí trpících psychologickými a socio-emocionálními problémy roste, aniž bychom měli jakýkoliv důkaz o tom, zda je to způsobeno vyšším podílem těchto potíží v populaci, nebo změnou úrovně povědomí rodičů. Někteří rodiče mohou být v porovnání s minulostí úzkostlivější, informovanější a vnímavější k vývoji svého dítěte, z toho důvodu vyhledávají pomoc a podporu ve větší míře.

Zvyšuje se také důraz na populaci patřící v tom nejširším slova smyslu do „rizikové skupiny“, jež tvoří klientelu RP. Ve většině zemí zapojených do projektu je zapotřebí, aby problém dítěte byl diagnostikován, pokud se má stát klientem RP. Nestačí, aby pouze patřilo do „rizikové skupiny“. Preventivní aktivity, zaměřené na „rizikovou skupinu“ populace, jsou hlavní úlohou ostatních služeb. Ty musí buď zajistit systematické monitorování a vyšetření dítěte (především v případě biologických rizikových faktorů) nebo se aktivně postarat o rodinu (hlavně u sociálních rizikových faktorů). V mnoha případech není potřeba větších zásahů, než právě poskytnout rodičům účinné poradenství. Rizikové činitele nejsou samy o sobě podmínkou pro intervenci, pokud jsou ve prospěch dítěte a rodičů přijata ochranná opatření. Zde je třeba zdůraznit obtížnost posílání preventivních služeb: jejich úkolem je předvídat a úspěšně zabránit možným potížím (což ovšem není jednoduché) a uvědomovat si přitom rizika, jež s sebou přináší ona strategie „počkejme a uvidí se“.

V některých zemích panuje přesvědčení, že žádost a souhlas rodičů je naprosto nezbytným předpokladem pro jakoukoliv



intervenci. Situace absolutního respektu k rodičovskému rozhodnutí, mohou představovat riziko vyloučení mnoha dětí, pro něž je pomoc potřebná, popř. nežádoucí pozdržení začátku intervence. Taková situace může nastat z důvodů absence nebo špatné koordinace preventivní, informační či doporučující fáze rané péče.

2.2.2 Týmová práce

V úvodu projektových diskuzí o RP se hovořilo zejména o narůstající potřebě zapojit do RP pedagogické služby, o složení týmu a o organizaci.

Situace v organizaci služeb, jak jsme se o ní zmínili v první části této kapitoly, se v jednotlivých zemích liší, vždy však jde o interdisciplinární přístup, ať už v medicínském či v sociálním modelu RP. Průběh práce se pohybuje od prosté „juxtapozice“ odborníků až po skutečnou týmovou práci, jak funguje v ekologicko-systémových přístupech k RP.

Vytvořit skutečný a dobře fungující pracovní tým není lehkým úkolem. Vyžaduje to respektovat dva hlavní principy: interdisciplinaritu a kooperaci. Podle definice Golina & Ducanise (1981) má multidisciplinární tým informace sdílet a koordinovat. Úkoly se plní individuálně, podle schopností a profese členů týmu. Informace se sdílejí a využívají tak, aby se úspěšně dokončil úkol každého z nich (Golin & Ducanic, op cit). Rozhodnutí provádí celý tým, přičemž bere v úvahu názory jednotlivých členů. Počet odborníků v týmu není rozhodující; měl by záviset na potřebách dítěte a rodiny.

Kooperace především znamená, že rodina je při práci vnímána jako zásadní partner a je plně zapojena během celého průběhu intervence. Samozřejmě také obnáší spolupráci s ostatními členy týmu a jinými službami nebo sítěmi zdravotnických, vzdělávacích a sociálních služeb. V neposlední řadě zahrnuje sdílení teoretického rámce a daných konceptů, jakož i otevřený a zdvořilý postoj k rodinám a kolegům.

Pro úspěšné skloubení těchto dvou složek dohromady, je třeba dostatek času. Členové týmu musejí sdílet základní principy a



cíle, aby byla zajištěna koordinace jednak uvnitř týmu, jednak s externími službami. Procesu budování týmu zjevně napomáhají dva podstatné faktory: nominace klíčového pracovníka, jakožto „vedoucího případu“, a vzdělávání v praxi, jak je popsáno níže.

2.2.3 Odborné školení

Jestliže si uvědomíme, že odborníci zapojení do RP mají zázemí různých profesí a patrně nikdy předtím nepracovali společně, považujeme za nutné co možná nejpřesněji stanovit, jakým druhem odborného výcviku by měli projít, aby mohli spolupracovat. Během projektových diskuzí jsme došli k závěru, že pozornost by měla být zaměřená na různé vzdělávací alternativy nabízené odborníkům následujícím způsobem.

Úvodní školení: Výcvik odborníků s odlišným vzděláním by měl být zaměřena na rozvoj sdíleného povědomí o základních konceptech tak, aby se jednotliví odborníci mohli vzájemně ve svých znalostech doplňovat. Vzdělávání týkající se problematiky práce s rodinou, týmové práce, či vývoje dítěte, by mělo být součástí tematických okruhů probíraných v úvodních studijních programech budoucích odborníků ve zdravotnictví, v sociální a vzdělávací oblasti. Tato úvodní školení jsou tedy pro úspěšnou týmovou práci odborníků z jednotlivých oblastí nezbytným předpokladem. Přestože je určitá specializovaná znalost RP velkou výhodou, je v zúčastněných zemích zřídka samostatností. Výjimkou je Nizozemí, Německo a Lucembursko, kde jsou otázky a problémy spojené s RP zahrnuty do úvodních kurzů budoucích speciálních a sociálních pedagogů a psychologů.

Další vzdělávání: I když činnosti spojené s RP jsou dosti komplikované, nepovažujeme za nutné vytvářet nový druh odbornosti, který by měl vyhovět požadavkům profilu pro práci v této oblasti. To by očividně šlo proti klíčovým principům RP, jako je interdisciplinární přístup a týmová práce. Co je však pro odborníky pracující v oblasti RP nutností, je určitý druh společného vzdělání, jež by jim dodalo potřebnou sdílenou zkušenost. Toho lze docílit pomocí postgraduálních studijních kurzů – například magisterských programů – popřípadě skrze



specializovaný výcvik v podobě různých programů nabízených univerzitami nebo vyššími odbornými školami. Potřebné vzdělání by také mohlo mít podobu speciálního školení organizovaného univerzitami podle požadavků odborníků z oboru RP.

S ohledem na druh práce, který je požadován od těchto odborníků, mělo by nástavbové školení pokrývat následující oblasti:

- Základní vědomosti o vývoji malých dětí, a to jak se speciálními potřebami tak bez nich, jakož i znalosti o otázkách intervence v rodině a související teoretické informace;
- Specializované znalosti týkající se posledních výzkumů na poli RP, vyhodnocování, pracovních metod, atd.
- Osobní kompetence týkající se všech aspektů práce s rodinou a v rodině; práce v týmu; kooperace mezi službami, stejně jako rozvíjení osobních schopností jako jsou sebereflexe, komunikační dovednosti či strategie pro řešení problémů.

Další vzdělávání v praxi (DVP): DVP má v tomto oboru velký význam. Někdy je třeba vyplnit mezery plynoucí z nedostatečného původního vzdělání a naplnit tak profesní potřeby odborníka. Takové vzdělávání organizuje sám pracovní tým v rámci každotýdenních setkání, což odborníkům umožňuje:

- uspořádat diskuze týkající se jednotlivých případů;
- sdílet vědomosti a pracovní strategie;
- osvojit si specifické znalosti díky externím spolupracovníkům;
- prodiskutovat otázky managementu ať už v rámci pracovního týmu nebo s externisty;
- zajistit vnější supervizi;
- rozvinout osobní kompetence.

Všechny tyto aspekty by měly zlepšit týmovou práci a kvalitu služeb. Ačkoliv tento „neformální“ způsob vzdělávání poskytuje odborníkům patřičný prostor pro rozvoj jejich kompetencí – a tím dokazuje svou hodnotu – má také určité nevýhody.



Příslušné úřady či správní orgány totiž často takovou činnost nevnímají ve smyslu skutečné pracovní doby a vytváření hodnoty, neboť jako taková je vnímána spíše praktická, každodenní práce, než úvahy o obecných cílech, koncepcích či metodách RP. To může vést k situaci, v níž veškerá zodpovědnost za aktivity DVP leží výhradně na jednotlivých týmech.

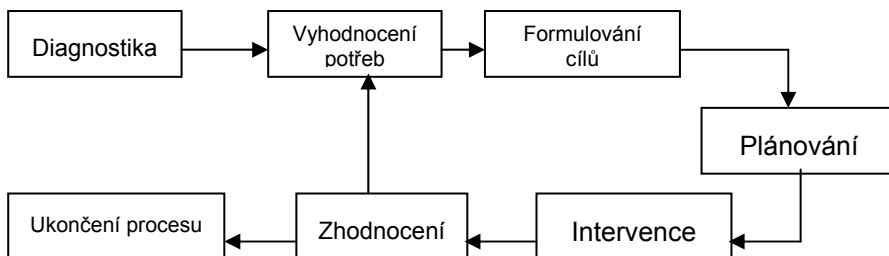
Více informací o školeních a postgraduálních kurzech v různých zemích najdete na stránkách věnovaných RP:

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

2.2.4 Pracovní prostředky

Ve vztahu k pracovním prostředkům se diskutovaly dva základní problémy: vyhodnocení a příprava individuálního plánu.

Vyhodnocování musí být pojímáno procesuálně. Přichází na řadu okamžitě po diagnostickém zhodnocení problému. Na jeho základě je společně s rodinou dynamicky rozhodováno o potřebném typu intervence, podle následujícího schématu:



Diagnostika je také součástí procesu vyhodnocování. Odehrává se především na začátku procesu RP. Při vyhodnocování je třeba sledovat situaci dítěte a rodiny *v jednom určitém časovém období*, aby bylo možné jejich potřeby a přednosti správně identifikovat. Proces vyhodnocování je permanentní, neboť situace dítěte a jeho rodiny se může měnit. Musí být neustále přezkoumávaná. Výsledky vyhodnocení nesmíme považovat za statické či trvalé – to by mohlo negativně ovlivnit očekávání a postřehy odborníků i rodin. Vyhodnocení navíc usnadňuje



formulování cílů, plánování a hledání vhodného typu intervence, jejíž úspěšnost musí být následně zhodnocena. Výsledek takového zhodnocení může buď celý proces uzavřít, nebo může být důvodem k opětovnému vyhodnocování potřeb. Na tomto místě je opět třeba vyzdvihnout skutečnost, že aktivní účast rodiny je během celého průběhu intervence nepostradatelná.

V průběhu intervence je velmi důležité nevypouštět žádný z uvedených kroků a nepřipouštět časové prodlevy. Guralnick (2001) vidí – v *komplexním, interdisciplinárním vyhodnocení* – nezbytnou složku modelu vývojového systému, který umožní odborníkům získat základní informace o dětech s rozvinutými či potenciálními problémy a který usnadní další plány a doporučení. Radí odborníkům, aby v případě potřeby okamžitě přistoupili k předběžné RP a to i tehdy, když ještě není celý proces vyhodnocování a shromažďování informací u konce.

Fáze vyhodnocování je zásadní zejména pro upevnění spolupráce mezi rodiči a odborníky, jejímž základem je tvorba Individuálního plánu neboli **Individuálního plánu podpory rodiny (IPPR)**.

V zemích podílejících se na projektu existují různé druhy plánů často i s různými názvy. V některých případech je ve spolupráci s rodinou vytvořen Rodinný plán jako jakýsi druh „smlouvy“, která stanoví, co je třeba udělat a později vyhodnotit. V jiných případech jsou ve spolupráci s rodinou vytvářeny plány podle služeb, které se na intervenci podílejí. Další z variant je, že se intervence obejde bez jakéhokoliv explicitně formulovaného plánu, ovšem tehdy jsou rodiny průběžně informovány týmem odborníků. Někdy je zase plán zaměřen výhradně na dítěte, nikoliv na celou rodinu.

Ať už je konkrétní podoba či pojmenování jakékoliv, plán musí být vytvářen s rodinou a pro rodinu a je zcela zásadní pro zajištění účasti rodiny a pro její posílení, stejně jako pro respektování jejích potřeb, priorit a očekávání.



Fakt, že RP má v mnoha zemích Evropy různé podoby a její průběh je různorodý, vnáší do přípravy takového dokumentu pozitivní prvek flexibility. Ne vždy tak podléhá právním omezením a je tedy možné provádět úpravy podle konkrétní situace a služeb, které dítě a rodinu podporují. Za majitele tohoto dokumentu je třeba pokládat právě rodinu. Napomáhá to zajistit důvěrnost informací, zamezit nepotřebným duplikacím v podobě obdobných dokumentů vytvářených různými službami a v neposlední řadě to šetří čas rodinám i dětem.

Takový dokument také usnadňuje přechod z jednoho druhu péče a podpory do druhého, především do školního prostředí. Jakmile dítě vstoupí do školského systému, rodinný plán je nahrazen individuálním vzdělávacím plánem, jenž je zaměřen na dítě a zejména jeho vzdělávací potřeby.

Závěry, které jsme dosud v této kapitole prezentovali, ilustrujeme na konkrétních příkladech RP ve třech evropských městech.

2.3 Tři konkrétní příklady RP

V této sekci prezentujeme tři příklady RP z **Mnichova**, **Coimbr** a **Västerås**. Návštěvy těchto tří míst, výměna informací a otevřená diskuze s místními odborníky, jakož i s matkou ve Västerås, byly výbornou příležitostí k obohacení obecné diskuze. Současně poskytly i příležitost ke zjištění, jak jsou teoretické principy uplatňované v praxi.

Prezentaci těchto tří příkladů uvádíme i proto, že se mohou stát zajímavým zdrojem informací pro ostatní odborníky a mohou jim vytvořit příležitost srovnání se svou vlastní praxí. Doufáme, že s sebou nesou také cenné podněty k zamyšlení. Neděláme si však ambice prezentovat tyto příklady jako formu hodnocení nebo soudu o nejlepší praxi – to by bylo proti záměru tohoto dokumentu.

V následujícím textu uvádíme stručné přehledy o systémech RP v hostovských zemích – Německu, Portugalsku a Švédsku.



Následuje popis charakteristických rysů intervence v těchto třech lokalitách. Na konci sekce poukážeme na některé podobnosti a odlišnosti RP.

2.3.1 Charakteristické rysy

Zdrojem informací, které podáváme v následujících sekcích, je práce klíčových výzkumných pracovníků z každé země. Části psané kurzívou jsou přímými citacemi publikovaných prací, přičemž vše ostatní je výtahem z těchto prací.

Informace týkající se německého Mnichova jsou převzaty od Franze Peterandera (2003); v případě portugalské Coimbrы jsou zdrojem informací Bairrão, Felgueiras a Chaves de Almeida (1999) a Felgueiras a Breia (2004); informace o švédském Västerås jsou převzaty od Björk-Akessona a Granlunda (2003).

Mnichov (Německo)

V Německu poskytuje RP dětem s postižením více než 1000 institucí. Tato centra RP jsou většinou provozována velkými celostátními nevládními organizacemi jako Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband či Lebenshilfe. Systémy rané péče se v jednotlivých spolkových zemích liší. Mají odlišné struktury, systémy financování a zařízení. Zahrnují interdisciplinární centra RP, socio-pediatrická centra, speciální mateřské školy, „heilpedagogická“ centra, vzdělávací a rodinná poradenská centra. Zpráva o „Včasně diagnostice a Rané péči u dětí s postižením“, kterou v roce 1973 zpracoval na žádost německého Ministerstva školství Otto Speck, se stala základem pro vytvoření systému komplexní rané péče v počátcích v Bavorsku. Zpráva doporučovala regionální, na rodinu zaměřená a interdisciplinární centra pro ranou péči.

Intervenci potřebují v Bavorsku 4% dětí do 3 let věku. V roce 2002 již 123 regionálních center RP tvoří dobře fungující síť rané pomoci, která je všem lehce na dosah; žádné centrum není od rodiny vzdálené více než 10km. Péče je poskytována 25 000 kojenců a malých dětí, z nichž 50% tvoří ambulantní pacienti a 50% využívá služeb mobilních týmů přímo doma. Děti tvořící klientelu RP mají rozličná postižení. Průměrný věk



se pohybuje kolem 3–4 let. Zhruba 14% pacientů (více než 25% v městských oblastech) jsou imigranti.

V závislosti na konkrétních potřebách sestává péče z jednoho až dvou sezení týdně po dobu dvou let. V týmu RP pracuje neustále průměrně 11 terapeutů z různých oborů. V průměru zůstává kolektiv pracovníků v jednom centru 5–7 let, což umožňuje posilování kompetencí týmu. Týmová práce je základem pro úspěšnou intervenci. Odborníci se vzájemně doplňují. Taková spolupráce mezi experty vyžaduje sdílení názorů a nápadů týkajících se každého jednotlivého případu; stejně tak shodu v základních konceptuálních otázkách, hodnotách, cílech, specializacích a organizačních záležitostech.

Raná péče je poskytována zdarma a všem bez rozdílu. Centra získávají peníze za běžná týdenní jedno či dvě intervenční sezení, spolupráci s rodiči, interdisciplinární týmovou práci a spolupráci s externími partnery. Raná péče je financována z různých zdrojů: od obecních úřadů; ze zdravotního pojištění; od Bavorského Ministerstva školství a Bavorského Ministerstva sociálních věcí...

... Diagnóza a intervence je zaměřena výhradně na individuální potřeby a prostředí dítěte. Vzhledem k posunu paradigmatu – od přístupu zaměřeného deficitně a čistě na dítě k holistickému pojetí rané péče zaměřené na celou rodinu – neexistuje žádné obecně přijímané kurikulum. Změna teoretického rámce s sebou přirozeně nese změnu principů, které jsou východiskem pro praxi rané péče v Německu. Specialisté vychází při své práci na poli rané péče z kombinace těchto principů s takovými aspekty rané péče, které se jeví v praxi úspěšné, stejně jako z teoretických a konceptuálních myšlenek (holistický přístup, zaměření na rodinu, regionální a mobilní raná péče, interdisciplinární týmová práce, síť služeb a sociální inkluze)...

... V Bavorsku, stejně jako v některých dalších spolkových zemích, se mohou odborníci na ranou péči obrátit na „Arbeitsstelle Frühförderung“ s žádostí o pomoc či konzultaci ohledně specifických problémů. Bavorsko bylo první zemí, která



založila takové pracoviště, a to už v roce 1975. Skládala se z pedagogického a zdravotního oddělení, každé z nich s pracovním kolektivem složeným z různě zaměřených odborníků, kteří úzce spolupracovali. Hlavním cílem je: rozšířit vědomosti o rané péči; napomáhat rozvoji praxe; podpořit informační tok a diskuzi mezi jednotlivými centry rané péče; zvýšit kvalitu práce a intenzitu meziresortní spolupráce. Toto pracoviště tedy kromě jiného nabízí široký a pestrý výběr dovedností v praxi, jakož i individuální poradenský servis pro bavorská centra rané péče (Peterander, 2003b, p. 302).

Coimbra (Portugalsko)

Až do konce 80. let bylo o děti se speciálními potřebami v předškolním věku postaráno zejména díky zdravotnickým a sociálním službám; účast Ministerstva školství byla omezená.

I přes vzrůstající povědomí o nezbytnosti rozvoje služeb pro malé děti se speciálními vzdělávacími potřebami byla úroveň poskytované péče stále velmi nízká. Hrstka existujících iniciativ byla zaměřená na diagnózu a terapii, které se podobaly v minulosti převažujícímu medicínskému modelu určenému školním dětem. Rodiny získávaly především finanční podporu nebo podporu služeb zajišťujících péči o mentálně postižené.

Na přelomu 80. a 90. let se v Portugalsku započala nová éra rané péče (RP). Vytvářely se podmínky pro získávání nových zkušeností s péčí o velmi malé děti, které trpí postižením nebo u nichž byly zjištěny rizikové faktory. *Projekt rané péče v Coimbře (PIIP)* založený na meziresortní spolupráci sociálních, zdravotnických a vzdělávacích služeb a *Portage projekt rané péče* v Lisabonu velmi pozitivně ovlivnily vývoj RP napříč Portugalskem. Tyto projekty hrály velmi důležitou roli také v tom, že mnoha odborníkům poskytovaly dovednosti v praxi.

V této fázi byl „Portage model pro rodiče“ významným mezníkem a měl pozitivní vliv. „Portage model“ s sebou přinesl určité inovace: rozšiřování partnerství s rodiči u modelu orientovaného na domov; plánování cílů a individualizované intervenční strategie; systém organizace existujících zdrojů



(pyramida zdrojů); meziresortní spolupráci mezi službami a model vzdělávání v praxi a supervizi nad poradci pracujícími v domácím prostředí potřebných rodin.

Vývoj RP v Portugalsku můžeme považovat za proces iniciovaný „zespoda“, ovlivnil politiky ve smyslu progresivního smýšlení o rané péči. Aktivita odborníků, kteří realizovali RP „v terénu“ na lokální úrovni hrály skutečně vůdčí úlohu v jejím rozvoji. Ve snaze využít co nejvíce máločetné a nedostatečné zdroje, které byly v rámci meziresortní spolupráce a finanční podpory z programů na úrovni komunit k dispozici, začaly na celém území vznikat iniciativy nazývané „Integrované projekty pro RP“.

Ve stejné době se začalo výrazněji angažovat i Ministerstvo školství a zasadilo se o realizaci podpůrných opatření zaměřených na postižené děti ve věku od narození do 6 let. Konkrétně v roce 1997 vytvořilo Ministerstvo školství mechanismy, které lokálním projektům RP zajistily finanční podporu. Byly založené na spolupráci mezi podpůrnými vzdělávacími službami a soukromými speciálními vzdělávacími institucemi.

Co se týká zvyšování kvalifikace odborníků RP a jejich vzdělávání v praxi, nejdůležitější roli v Portugalsku hrály a stále ještě hrají organizace mimo akademickou půdu. Obecně vzato, tyto typy školení sledují teoretická a praktická východiska, jež jsou ovlivněna severoamerickým modelem a odpovídají legislativě v oblasti RP. Vychází z uznávaných postupů pro snadnější přechod od tradiční praxe k praxi efektivnější založené na průkazných faktech:

- Od modelů zaměřených na dítě a orientovaných na defekt k modelu integrační intervence realizované *v přirozeném prostředí dítěte*;
- Od paralelní, nesourodé a monodisciplinární intervenci (izolované terapie) poskytované různými odborníky, k interdisciplinární týmové práci a integrované meziresortní spolupráci a účasti;

- Od modelu „asistence“ k modelu posilování a k praxi orientované na rodinu, která vnímá rodinu jako jednotný předmět intervence.

Vliv ekologických (Bronfenbrenner; 1979, 1998) a transakčních modelů vývoje (Sameroff & Chandler 1975; Sameroff & Fiese, 1990) nasměroval organizaci RP k meziresortnímu systému spolupráce, která má za cíl vytvářet komplexní programy, v nichž klíčovou úlohu hraje účast rodiny a komunity.

V roce 1999 vešly v platnost právní předpisy věnované výhradně RP (Jednotný exekutivní předpis č. 891/99). Tak vznikla „*Směrnice regulující ranou péči o děti s postižením nebo s rizikem výrazného vývojového opoždění, stejně jako poučení pro jejich rodiny.*“ Byl to velmi důležitý krok směrem k uznání a chápání RP.

Tato legislativa definuje RP jako integrované podpůrné opatření, zaměřené na dítě a rodinu, prováděné pomocí preventivních a rehabilitačních aktivit, zejména v rámci školství, zdravotnictví a sociálního zajištění, s ohledem na:

- a) zajištění vhodných podmínek pro podporu vývoje dítěte s postižením nebo s rizikem výrazného vývojového opoždění;
- b) zvýšení potenciálu lepší komunikace mezi rodinami;
- c) posílení kompetence rodin a rozvíjení jejich autonomie a schopnosti úspěšně se vyrovnat s postižením dítěte.

Bylo to poprvé, co se vláda zavázala učinit výraznější kroky pro zajištění služeb RP. Byl započat proces organizace systému zdrojů a financování, meziresortní koordinace a spolupráce mezi státním a soukromým sektorem. Vzdělávací, zdravotnické a sociální služby nesly společnou zodpovědnost za ustanovení *přímých intervenčních týmů* na okresní úrovni, *krajské koordinační týmy a národní mezioborovou skupinu.*

Přestože došlo v posledních letech v RP v Portugalsku k velkému pokroku, služby RP stále čelí mnoha problémům a je nezbytné vynaložit značné úsilí pro naplnění následujícího:

- rozšíření pokrytí RP, hlavně u dětí od narození do 2 let;



- zajištění včasné diagnostiky a podchycení případu specialistou;
- důslednější aplikace interdisciplinární a na rodinu orientované praxe;
- zvýšení kvality a šíře vzdělávání odborníků;
- zvyšování povědomí o hodnotě RP a o její udržitelnosti mezi politiky, odborníky a širší veřejností.

Kvalifikovanost odborníků, výsledky výzkumu a hodnocení procesů pro děti a jejich rodiny jsou zásadní problémy pro rozvoj a kvalitu RP v Portugalsku.

Västerås (Švédsko)

Ve Švédsku filozofie dětství považuje toto vývojové období za jedinečné v životě člověka. Dětství má svou vlastní hodnotu a není vnímáno pouze jako čas přípravy na dospělost. Důležitou úlohou pro člověka vychovávajícího malé dítě je proto vytvářet mu příležitost pro hru.

Zodpovědnost za základní služby všem lidem, včetně péče o děti, školy a sociální služby mají místní orgány (obecní úřady - celkem 289). Regiony s 20 okresy řízenými okresními radami odpovídají ve Švédsku za zdravotní a zubní péči, která je pro všechny děti a mladistvé zdarma.

Raná péče může být ve švédských podmínkách definovaná jako uplatňování intervence vůči dětem s potřebou speciální podpory ve věku od narození do začátku školní docházky, tj. 6 nebo 7 let. Služby rané péče jsou směřovány přímo na dítě v rodině, popř. v jeho blízkém prostředí. Jak komunity tak okresní rady nesou odpovědnost za ranou péči s rozličnými cíli a cílovými skupinami intervence.

Na úrovni primární prevence je to především komunita, která nese hlavní zodpovědnost za prospěch všech dětí a rodin, jakož i za zajištění přijatelných životních podmínek pro všechny. Na úrovni sekundární odpovídá komunita za intervenci prostřednictvím předškolních a různých pečovatelských programů. Na terciární úrovni je komunita zodpovědná za udržování zdravého prostředí pro děti a rodiny. Na okresní radě



je, aby poskytovala zdravotnické a jiné služby medicínského druhu na primární úrovni prevence směřované na všechny děti a rodiny, a to pomocí Dětských zdravotnických služeb (DZS). Se změnou životních podmínek, se mění i zaměření DZS – od vyhledávacích a imunologických programů včetně práce týkající se převážně psycho-somatických a socio-emocionálních problémů, k měnící se roli rodičů a k podpoře rodin imigrantů. Rodičovské skupiny a jejich vzdělávání jsou součástí DZS.

Rodinně orientované přístupy znamenají mimo jiné realizaci intervence v přirozeném prostředí, v každodenním životě. Raná péče ve Švédsku je proto primárně prováděna v jednom z prostředí, které je pro dítě přirozené, tedy v rodině a/nebo v komunitě mateřské školy, popř. pečovatelského centra. O zajištění těchto služeb se stará jak komunita sama, tak okresní rady. Komunita má také za úkol specifickou péči v předškolním nebo rodinném prostředí, zaopatření osobního asistenta a volnočasovou péči o děti, u nichž a u jejichž rodin je zjištěna potřeba speciální podpory. Okresní rady jsou zase zodpovědné za poskytování péče dětem s postižením prostřednictvím Dětských přípravných center (DHC).

Švédská oficiální filozofie pro podporu postižených dětí je založena na myšlence, která odpovídá Mezinárodní klasifikaci funkčních postižení a zdraví (ICF, WHO, 2001). V ICF jsou aspekty osobního zdraví a faktory vztahující se ke zdraví obecně tříděny podle tělesných funkcí, tělesných struktur, aktivit, možnosti účasti a faktorů týkajících se prostředí.

ICF je možno využít k popisu organizační struktury služeb poskytovaných švédským dětem, které potřebují podporu. Služby, jež malým dětem poskytují okresní rady, jsou primárně zaměřeny na tělesné funkce (DZS) a na různé činnosti (DHC). Pokud je u dítěte zjištěn problém s tělesnými funkcemi, je odkázáno na dětské zdravotnické služby skrze DZS. Tam se dítě a jeho rodina setkají s odborníky služeb založených na medicínském modelu a zaměřených na tělesné funkce, např. oční klinika, interna či ortopedie. V případě zjištění, že vývoj dítěte neprobíhá optimálně a dítě se nevyvíjí (není aktivní) podle očekávání, je odkázáno na DHC. Rehabilitační služby



jsou přímo zaměřeny na postižené děti a jejich rodiny a na „živý dialog“ mezi odborníky a klienty.

V DHC pracuje interdisciplinární tým, v němž jsou zastoupeni odborníci na zdravotnictví, psychologii a sociální vědy, spolupracuje s dítětem a jeho rodinou. Odborníci z komunity jsou často organizováni podle role nebo systému, který mají podporovat, např. na podporu rodiny, na předškolní poradenství. Po vyhodnocení problémů se do podpory potřebného dítěte zapojuje mnoho odborníků z různých organizací. Klíčovým momentem spolupráce při vedení dítěte s potřebou speciální podpory je, aby služby a doporučení odborníků, kteří mají na ranou péči často různé názory a využívají různé modely, byly dobře sladěny.

2.3.2 Podobnosti a odlišnosti

Na základě informací odborníků jednotlivých zemí, které jsme stručně shrnuli výše, jakož na základě diskuzí s odborníky z těchto tří lokalit, uvádíme určité podobnosti a odlišnosti těchto tří příkladů.

Stejný teoretický model: praxe patrná z našich tří příkladů je založena na principech ekologicko-systémového modelu, z čehož vyplývají určité společné rysy:

- principy orientace na rodinu, sociálně orientované koncepty, blízkost služeb a týmová práce;
- bezplatnost služeb, které jsou rodinám poskytované;
- vysokou prioritu mají profesní příprava a rozličné druhy dalšího vzdělávání všech členů týmu;
- pracovníci RP bývají vysoce angažovaní a kompetentní; týmovou práci vnímají pozitivně;
- v RP převládá pozitivní atmosféra a sdílení společných cílů.

Odlišná realizace: ekologický model je realizován různými způsoby, a to v závislosti na charakteru země. Níže popsané odlišnosti jsou evidentní v mnoha ohledech, v závislosti na lokalitě uváděného příkladu.



Dobře zavedené a na zkušenosti bohaté centrum RP v Mnichově je ukázkou jednotné sítě center RP v Bavorsku. Tento systém zajišťující RP prostřednictvím „specializovaných center“ je založen na ustanovení stabilní a vysoce kvalifikované skupiny odborníků v okruhu kolem center RP. Ta jsou umístěna v blízkosti rodin. Existuje zde mnoho center, financovaných z různých zdrojů.

Různé zdroje financování služeb lze vnímat jako nedostatek. Aby úspěšně probíhala podpora rodin a aby byly k dispozici nutné zdroje, ve shodě s principy, jež představují základ ekologického modelu, potřebují mít odborníci o všech existujících zdrojích adekvátní znalosti a potřebují produktivně spolupracovat. To je důležité zajistit.

V Coimbre je to vysoce kvalifikovaný projektový tým, který poskytuje RP prostřednictvím „mezi-institucionálního“ systému. Tento systém je založen na shodě a spolupráci mezi různými lokálními a regionálními institucemi – zdravotnickými, sociálními a vzdělávacími – jež jsou zodpovědná za financování služeb, poskytování potřebných odborníků.

Tento systém zajišťuje efektivní organizaci a využití existujících zdrojů s prioritní orientací na sociálně znevýhodněné rodiny.

Dobrá koordinace různých „institucí“, které fungují na všech úrovních (lokální, regionální a národní) je velkou výzvou – v případě, že některý článek v tomto řetězu chybí, dochází k ohrožení finanční i odborné stránky služeb RP. Stabilita týmů je dalším problémem tohoto způsobu poskytování služeb RP v Portugalsku.

Rozliční odborníci z „Community Resource Centre“ ve Västerås podporují předškolní děti (od prvního roku věku) a jejich rodiče. Tento „lokální a decentralizovaný“ druh služeb je založen na silném sociálním systému, který poskytuje rodinám výrazné sociální výhody.

Tento systém zjevně dobře funguje a stojí jednoznačně na kompetenci odborníků a zdravé ekonomice země.



Je však třeba přemýšlet a dalších úkolech. Ty se vztahují především k potřebě koordinace a spolupráce mezi službami a danými odborníky na lokální i celonárodní úrovni, stejně jako ke komplexnímu vzdělávání odborníků rané péče v oboru vývoje malých dětí.

Závěrečná poznámka se vztahuje ke všem třem příkladům. Kardinální téma všech je zvýšený vliv imigrace na poskytování RP. Jde o pozitivní signál, že se zvyšuje povědomí odborníků o sociálních změnách v evropské společnosti a že tyto ovlivňují jejich vlastní práci.



3. DOPORUČENÍ

Následující doporučení vychází z principu, že na ranou péči mají *právo* všechny potřebné děti a rodiny. Z výsledků analýzy, kterou jsme prezentovali v předchozích kapitolách, vyplývá řada relevantních znaků, které je potřeba odpovídajícím způsobem uplatňovat. Cílem následujících doporučení je poskytnout odborníkům prostor pro seznámení se s adekvátními strategiemi při realizaci těchto závěrů a pomoci jim vyhnout se existujícím překážkám – vše pro dobro dětí a jejich rodin. I když tato doporučení založená na konferenčních diskuzích jsou určena především odborníkům, kteří pracují nebo zamýšlí pracovat v oboru RP, máme za to, že jsou po informační stránce stejně tak cenná pro politiky jako tvůrce koncepce.

V dalším textu postupně procházíme pět hlavních znaků, o nichž jsme hovořili již v druhé kapitole, a přidáváme nikoliv vyčerpávající seznam doporučení zaměřených na jejich úspěšnou realizaci.

3.1 Přístupnost

Pro zajištění co možná nejrychlejší včasné RP doporučujeme následující.

Vytvoření systémové koncepce rané péče: na lokální, regionální a národní úrovni musí být zajištěna RP jakožto základní právo dětí a rodin se speciálními potřebami. Strategie RP by měla umožnit spolupráci odborníků a rodin s využitím definování kvality a hodnotících kritérií RP. S ohledem na situaci v různých zemích, vyžadují zvláštní pozornost tři problémy:

1. Rodiny a odborníci potřebují takový politický rámec, který umožňuje řádnou koordinaci ve smyslu strategických postupů při prosazování cílů, prostředků a výsledků rané péče.
2. Politická opatření by měla podporovat a zajišťovat koordinaci zainteresovaných vzdělávacích, sociálních a zdravotnických služeb. Mělo by se také zamezit tomu,



aby se jednotlivé služby funkčně překrývaly, popř. si odporovaly.

3. Politická opatření by měla směřovat k podpoře rozvoje regionálních a národních podpůrných center RP, která by měla tvořit spojující článek mezi politiky, odborníky a příjemci služeb rané péče.

Dostupnost informací: dostatečné, jasné a přesné informace o službách RP by měly být k dispozici jednak na lokální, regionální a celonárodní úrovni, jednak na úrovni rodin i odborníků z různých oborů a to bez časové prodlevy. Zvláštní důraz by měl být kladen na přesné, avšak přístupné vyjadřování. V případě, že rodiny pocházejí z různých kulturních zázemí, měl by jim být užíváný jazyk dobře srozumitelný, aby jim žádné důležité informace nebyly odepřeny.

Jasná definice cílových skupin: politici jsou ti, kteří rozhodují o kritériích poskytování RP, odborníci by však měli mít v tomto rozhodování také slovo. Centra RP, služby a týmy odborníků by se měly zaměřovat na definované cílové skupiny a to ve vztahu k prioritám uplatňovaným na lokální, regionální a/nebo národní úrovni. Rozpory napříč úrovněmi mohou zapříčinit zkreslování, následkem čehož by se mohlo stát, že určitým dětem a rodinám by potřebná pomoc nemusela být poskytnuta nebo zpřístupněna.

3.2 Blízkost³

Pro zajištění blízkosti služeb RP a její orientace na rodinu je třeba vzít v úvahu následující.

Decentralizace služeb: služby RP by měly být umístěny co nejbližší rodinám ve smyslu:

- usnadnění získání potřebných znalostí o podmínkách rodiny a jejího sociálního prostředí;

³ Blízkost má v tomto dokumentu dvojitý význam: blízko k místu a blízko k člověku.



- zajištění stejné kvality služeb nezávisle na rozdílech v geografické poloze (např. izolované či zemědělské oblasti);
- zamezení překrývání služeb, popř. nedůležitých či zavádějících cest při poskytování pomoci.

Respekt k potřebám rodin a dětí: služby a opatření rané péče by měly usilovat o to, aby se dostaly k rodinám a dětem a aby uspokojily jejich potřeby. S tím souvisí následující závěry:

- Rodiny mají právo na řádné informace od prvního momentu zjištění potřeby podpory jejich dítěte.
- Rodiny mají právo podílet se společně s odborníky na rozhodování o tom, jakým směrem se bude péče ubírat.
- RP nemůže být rodinám vnucována, ale měla by zaručovat právo dítěte na ochranu. Práva dětí a rodin musí být ve vzájemném souladu.
- Rodiny a odborníci musí být při vnímání významu a prospěchu doporučované intervence ve shodě.
- Vytváření psaného dokumentu (např. individuální plán, individuální plán podpory rodiny) ve spolupráci odborníků a rodiny umožňuje transparentnost a správné pochopení průběhu RP: plánování intervence, formulace cílů a zodpovědností, vyhodnocování výsledků.
- Rodiny by měly mít možnost projít na požádání speciálním výcvikem, který jim pomůže získat potřebné dovednosti a znalosti, usnadní se tím jejich interakce s odborníky i s vlastním dítětem.

3.3 Finanční dostupnost

Služby RP by se měly dostat všem potřebným dětem a rodinám bez ohledu na sociálně-ekonomické pozadí. Je proto nutné zajistit, aby **služby a opatření byly rodinám k dispozici zdarma**. To znamená, že financování veškerých nákladů spojených s RP by měly zajišťovat veřejné zdroje, pojišťovny, neziskové organizace atd..., mělo by to odpovídat kvalitativním standardům stanoveným příslušnou národní legislativou ve vztahu k RP. V případě, že vedle veřejně financované RP



funguje i soukromá RP, financovaná samotnou rodinou, musí i tato odpovídat daným standardům.

3.4 Interdisciplinarita

Do rané péče jsou zapojeni odborníci z různých oborů s různým vzděláním a zkušeností. Pro zajištění kvalitní týmové práce předkládáme následující doporučení.

Spolupráce s rodinami⁴: rodina je pro odborníky hlavním partnerem, tato spolupráce musí být zaručena, přičemž v úvahu by se mělo vzít, že:

- Odborníci by spolupráci měli iniciovat a měli by se k rodinám stavět otevřeně a s respektem, aby byly potřeby a očekávání rodiny správně chápány a aby se zamezilo konfliktům plynoucím z různých pohledů na potřeby a priority a z nedostatečného zohlednění perspektivy rodiny;
- Odborníci by měli organizovat setkání, na nichž se zvaží zejména odlišné názory rodičů a vznikne psaný dokument, nazývaný např. Individuální plán;
- Individuální plán (IPPR nebo obdobný) by měl obsahovat stanovený plán intervence, která se má realizovat, dále cíle, strategie, odpovědnosti a evaluační procedury. Tento dohodnutý a sepsaný plán by měl být opakovaně vyhodnocován rodinami i odborníky.

Přístup vytváření týmu: přes různá zázemí, jež odpovídají jejich oborům, by měli odborníci týmu RP pracovat interdisciplinárně a to před i při realizaci rané péče. Musí sdílet principy, cíle i pracovní strategie. Odlišné přístupy musí být integrovány a koordinovány, aby se více posílil komplexní a holistický přístup a potlačilo vydělování dílčích úkolů. Pozornost by se měla věnovat zejména následujícím problémům:

⁴ Spolupráce je použita v textu v tom smyslu, že rodiny a odborníci pracují dohromady, přispívají svými znalostmi a sdílejí úsilí i zodpovědnost.



- Přenos informací musí být funkční a plynulý, aby se členové týmu podle svých individuálních dovedností a kompetencí vzájemně doplňovali.
- Důležitá rozhodnutí by odborníci týmu měli konat po diskuzi a schválení.
- Měla by být nominována kontaktní osoba, která by koordinovala všechny činnosti týkající se rodiny a zajistila s ní neustálý kontakt, čímž se zabrání četným zbytečným jednostranným kontaktům mezi službami a rodinou. Zvolená kontaktní osoba by tak měla fungovat jako referenční osoba pro rodinu i pro odborný tým. Kritériem pro výběr tohoto odborníka by měly být dovednosti, jež by si konkrétní situace žádala.
- Odborníci z různých oborů musí být schopni spolupracovat v týmu. Pro odborníky zapojené v takovém týmu by měl být proto organizován společný nástavbový výcvik či vzdělávání v praxi, které by jim poskytly základ pro sdílení základních vědomostí z oblasti vývoje dítěte; specializované vzdělání týkající se pracovních metod, vyhodnocování atd., stejně jako osobních kompetencí při práci s rodinou, při týmové práci, při spolupráci s ostatními službami a v neposlední řadě při rozvíjení vlastních osobních dovedností.

Stabilita členů týmu: týmy by měly být co nejstabilnější ve prospěch procesu budování týmu a hlavně kvalitních výsledků. Časté a neopodstatněné změny ve složení odborného týmu mohou negativně ovlivnit kvalitu poskytované podpory, stejně jako týmovou práci a výcvik.

3.5 Rozmanitost

Všechny sektory, které jsou do zajišťování služeb RP zapojeny (zdravotnictví, školství a sociální služby) by měly nést určitý díl zodpovědnosti. S tím souvisí následující doporučení.

Adekvátní koordinace mezi sektory: škála sektorů zapojených do RP by měla zajistit naplňování cílů na všech



úrovních prevence prostřednictvím adekvátních a koordinovaných služeb. Znamená to:

- Zdravotnické, vzdělávací a sociální služby by se měly podílet na včasné diagnostice i na doporučování dalších specialistů. Tím by se zamezilo jednak výraznějším časovým prodlevám, jež mohou negativně ovlivnit následnou intervenci, stejně tak i dlouhým seznamům čekatelů v případě, že jsou dané služby či týmy přetíženy.
- Všechny děti by měly být ve svém vývoji sledované. Tyto procedury musí být dobře známé a systematicky uplatňované.
- Důsledné monitorování, poradenství a kontroly musí být zajištěny všem těhotným ženám.

Adekvátní koordinace služeb: aby byly finanční zdroje komunity co nejlépe využity, je nutná dobrá koordinace služeb. Za dobrou koordinaci považujeme:

- Služby by měly zajistit návaznost žádané podpory, když se děti přesouvají z jednoho typu zaopatření do druhého. Rodiny a děti by měly být plně zapojeny a podporovány.
- Předškolní zařízení by mělo zaručit volné místo pro děti, které přecházejí z určitých služeb/zaopatření RP.

Jak jsme se zmínili již výše, jsou tato doporučení určena především odborníkům pracujícím, popř. plánujícím pracovat v tomto oboru, avšak mohou být cenným informačním zdrojem i pro práci politiků. Jsou důvodem pro kontinuální vyhodnocování politiky rané péče, pro posilování diskuze na toto téma a povzbuzování výzkumu v této oblasti. Je potřeba mít také na paměti, že za podobu a pojetí rané péče nesou společnou zodpovědnost rodiny, odborníci a politici na lokální, regionální i národní úrovni.



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 (Eurllyaid).

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).

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

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 Temprá / 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.