



Tidlig indsats over for småbørn Problemstillinger i Europa

en statusanalyse med synspunkter og anbefalinger

Tidlig indsats over for småbørn

Problemstillinger i Europa

**- en statusanalyse med synspunkter og
anbefalinger**

**European Agency for Development in
Special Needs Education**



Denne rapport sammenfatter resultaterne fra en undersøgelse om tidlig indsats over for småbørn i Europa. Uddrag fra rapporten kan gengives med angivelse af kildereference.

Rapporten er udarbejdet på grundlag af undersøgelser foretaget af udvalgte nationale eksperter på området: *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*. En særlig tak skal lyde til dem for deres store arbejde, samt til *Axelle Cheney*, for sin assistance.

På webstedet for European Agency for Development in Special Needs Education (EADSNE) findes en særlig sektion om tidlig indsats over for småbørn. Her kan man få mere dybtgående information om forholdene i hvert enkelt land, samt kontaktoplysninger på eksperter og repræsentanter for EADSNE, som har deltaget i projektet. Adressen er:

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

Redigeret af: Victoria Soriano

Forsideillustration: "*Palveluvüdakko*" – Servicejunglen – af Marjaana Koskivuori, født i 1988 og en anerkendt kunstner i sit hjemland, Finland. Hun har en hjerneskade og har derfor stor nytte af sin infrarøde mus, når hun laver computerbaserede tegninger. Hun forklarer sin tegning: "Det røde punkt til højre er mig selv, uden for servicejunglen". Agenturet modtog Marjaana's tegning som tak for sin deltagelse i høringen for unge med særlige behov, som fandt sted i Europa-Parlamentet den 3. november 2003.

Udgivelsen af dette dokument er støttet af Europa-Kommissionens Generaldirektorat for Uddannelse og Kultur (Uddannelse, Undervisning, Kultur og Flersprogethed):

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

ISBN: 8791500-64-8 (Elektronisk udgave)
978-8791500-64-0

8791500-45-1 (Trykt udgave)
978-8791500-44-2

2005

European Agency for Development in Special Needs Education

Sekretariat:

Teglgaardsparken 102

DK-5500 Middelfart

Tlf: +45 64 41 00 20

secretariat@european-agency.org

Bruxelles-kontor:

3 Avenue Palmerston

B-1000 Bruxelles

Tlf: +32 2 280 33 59

brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org



INDHOLD

RESUME	4
INDLEDNING.....	7
1. TIDLIG INDSATS OVER FOR SMÅBØRN: IDEGRUNDLAG	12
2. TIDLIG INDSATS OVER FOR SMÅBØRN: PROJEKTANALYSE.....	20
2.1 Tilbud i forskellige lande	20
2.2 Vigtige aspekter.....	24
2.2.1 Målgrupper.....	25
2.2.2 Arbejde i team.....	25
2.2.3 Uddannelse af medarbejdere	27
2.2.4 Arbejdsredskaber	29
2.3 Eksempler på tidlig indsats over for småbørn	31
2.3.1 Væsentlige karakteristika	31
2.3.2 Ligheder og forskelle.....	39
3. ANBEFALINGER	42
3.1 Tilgængelighed	42
3.2 Nærhed	43
3.3 Prisbillighed	44
3.4 Tværfagligt samarbejde	44
3.5 Alsidighed.....	46
REFERENCER	48



RESUME

Den tidlige indsats over for småbørn har en utrolig stor betydning, som afspejles i politikker og faglig praksis. Det handler helt kort om forældres og børns ret til at modtage støtte efter behov. Formålet med den tidlige indsats er både at afhjælpe problemer og give barnet, forældrene og de involverede støtteinstanser nogle brugbare kompetencer. Helt overordnet bidrager en tidlig indsats til opbygningen af et inkluderende og kontinuerligt samfund, hvor børns og forældres rettigheder har høj prioritet.

En række udgivelser over de seneste 20-30 år afspejler den udvikling af idéer og teorier, som har ført til vore dages mere moderne holdning omkring betydningen af den tidlige indsats, hvor sundhedsvæsenet, uddannelsessystemet og socialvidenskaben, især psykologien, fungerer som direkte samarbejdspartnere. Denne forholdsvis nye opfattelse er fokuseret på barnets udvikling og betydningen af den sociale interaktion, for mennesket generelt og for barnet i særdeleshed. En holdning, som markerer ændringen fra en indsats med fokus på barnet alene og over til en bredere tilgang, der også involverer barnets familie og omgivelserne. Dette er i tråd med den udvikling, der er sket på handicapområdet, hvor man er gået fra en medicinsk til en mere social indfaldssvinkel til området.

EADSNE's projekt kortlagde flere faktorer af betydning for denne mere moderne tilgang til tidlig indsats, som beskrevet nedenfor.

Fælles nøgleord for den tidlige indsats i Europa er tilgængelighed, *nærhed*, *prisbillighed* og *forskellighed*:

- På familiens forespørgsel stilles en række forskellige tilbud og/eller foranstaltninger til rådighed.

- Disse bør stilles til rådighed så tidligt som muligt i barnets liv. De skal være gratis eller meget billige for familien, og de skal være tilgængelige, når og hvor behovet er, helst i lokalområdet. De skal kunne opfylde familiens behov, og indsatsen skal være familieorienteret.



- Den forskellige beskaffenhed af tilbud og foranstaltninger i de forskellige lande afspejler nødvendigheden af at etablere det rette samarbejde og den fornødne koordinering af støtte og ressourcer for at sikre kvaliteten.

- Sundheds-, social- og uddannelsesmyndigheder bør involveres og tage del i ansvarsområderne for tidlig indsats. Det er helt i tråd med den teori, som indsatsen bygger på, og som udgør grundlaget inden for forskellige fagområder og sociale videnskaber. Disse myndigheder skal skabe en sammenhæng omkring barnets udvikling, og det bør der tages højde for. Der findes ingen enkeltstående referencemodel: forskellige teorier og modeller har bidraget til udviklingen af en bred tilgang til tidlig indsats, som fokuserer på barnet, familien og omgivelserne. Der er her sket et skift fra den tidligere anvendte medicinske model til en mere socialt orienteret model.

De vigtigste diskussionsemner blandt projektdeltagerne var *målgrupper, samarbejde, uddannelse af medarbejdere og arbejdsredskaber.*

- De deltagende eksperter var især optaget af konsekvenserne af de vedvarende samfundsmæssige ændringer for målgruppen og af det stigende antal børn med psykologiske og socio-emotionelle vanskeligheder

- Det er fagkyndige medarbejdere inden for mange forskellige områder, som er ansvarlige for støtten til børn og deres familier. De kan ikke bare arbejde hver for sig, men er nødt til at indgå et tværfagligt samarbejde. Derfor er de også nødt til at følge én eller anden form for fælles videreuddannelse, som giver dem en viden, der kan udnyttes som supplement til den viden, de har fået gennem den grundlæggende uddannelse. En sådan fælles uddannelse kan erhverves gennem yderligere (specialiseret) undervisning eller som en del af et efteruddannelsesprogram. Formålet er naturligvis at sikre, at alle involverede medarbejdere tilegner sig viden om barnet og dets udvikling, om arbejdsmetoder og samarbejde mellem de forskellige tværfaglige støtteforanstaltninger, arbejde i team, sagsbehandling, udvikling af personlige kvalifikationer og samarbejde med familier. Alle medarbejdere skal vide, hvordan man involverer og samarbejder med forældre og/eller resten af familien, og hvordan man respekterer og tilgodeser deres behov og



prioriteter, som kan være forskellige fra dem, man har i det professionelle system.

- De faglige medarbejdere anvender forskellige metoder og værktøjer for at sikre en høj grad af kvalitet, undgå huller i systemet og sørge for, at eventuelle problemer opdages og tages hånd om så tidligt som muligt. Medarbejderne skal også sikre, at hele familien inddrages og deltager aktivt i arbejdet med barnet. Når tidlig indsats er påkrævet, vil familien og det faglige team omkring barnet i fællesskab udarbejde en individuel plan – i nogle lande kaldet en familieplan eller en individuel støtteplan til familien. Planen skal sætte fokus på behov og styrker samt prioriteter, målsætninger og tiltag, der skal iværksættes og evalueres. Det skriftlige dokument, som indeholder planen, er et holdepunkt, som gør det nemmere at udveksle informationer og sikre kontinuiteten i den nødvendige støtte, når et barn skal overflyttes fra én foranstaltning til en anden eller i tilfælde af, at familien flytter til et andet lokalområde.

Disse faktorer danner tilsammen grundlag for udformningen af en række anbefalinger til forbedring og konsolidering af de eksisterende tilbud og foranstaltninger for tidlig indsats over for småbørn. De vil blive nærmere beskrevet i sidste del af rapporten.



INDLEDNING

Denne rapport sammenfatter de vigtigste resultater fra en analyse af tidlig indsats over for småbørn, som blev gennemført af European Agency for Development in Special Needs Education (EADSNE) i 2003/2004. Der blev udarbejdet en række anbefalinger, hovedsageligt målrettet sagkyndige, til overvejelse og forbedring af den nuværende praksis.

Analysen er foretaget på grundlag af viden og kompetencer, stillet til rådighed af de involverede eksperter og familier. De har fremskaffet det relevante materiale og har bidraget med holdninger og kommentarer, når de er blevet adspurgt om forholdene vedrørende tidlig indsats over for småbørn i deres hjemland, ligesom de løbende er kommet med overvejelser og konstruktiv kritik til alle projektets faser.

Beslutningen om projektet og arbejdet med at sammenfatte resultaterne i denne rapport udspringer af behovet for yderligere kendskab til emnet og er en videreførelse af de undersøgelser, som EADSNE gennemførte allerede i 1998. Dette er også helt i tråd med de nøgleprincipper, der af internationale organisationer som FN og UNESCO er defineret som væsentlige – en vægtig faktor, da både FN og UNESCO spiller en fremtrædende rolle som forkæmpere for børns og familiers rettigheder.

Mødre og børn har krav på særlig omsorg og hjælp. (FN's Verdenserklæring om Menneskerettighederne, 1948, Artikel 25, stk. 2).

Børn har krav på en sund opvækst og udvikling, og både mødre og børn har krav på beskyttelse og særlig omsorg før og efter fødslen (FN, 1959, princip 4).

Deltagerstaterne anerkender det handicappede barns ret til særlig omsorg og skal inden for rammerne af de midler, der er til rådighed, arbejde for at sikre det berettigede barn og dem, der er ansvarlige for dets omsorg, bistand, hvorom der er indgivet ansøgning, og som er rimelig under hensyn til barnets



tilstand og til omstændighederne for forældrene eller andre, der passer barnet. (FN's Konvention om Barnets Rettigheder, 1989, Artikel 23, stk. 2).

De enkelte lande bør arbejde hen imod tilvejebringelse af ordninger, der styres af tværfaglige grupper af medarbejdere, med henblik på tidligt at påvise, vurdere og behandle funktionshæmning. Dette kan forebygge, mindske eller fjerne årsager til invaliditet. (FN's standardregler om lige muligheder for handicappede, 1993, Regel nr. 2, stk. 1).

Pasningsordninger og uddannelsesprogrammer for børn op til 6-års alderen skal udvikles og/eller reorienteres, så de understøtter fysisk, intellektuel og social udvikling og skolemodenhed. Disse programmer har stor økonomisk betydning for individet, familien og samfundet, idet de kan forhindre en forværring af et eksisterende handicap. (UNESCO's Erklæring om Principper, Politik og Praksis for Specialundervisning (Salamanca-Erklæringen), 1994, Artikel 53).

Den anvendte metodologi afspejler de grundlæggende principper i arbejdet med tidlig indsats over for småbørn, nemlig åbenhed og respekt, et tværfagligt arbejdsmiljø og gensidig respekt for hinandens forskellige faglige og personlige baggrund. Det indsamlede materiale fra de forskellige lande danner sammen med analyser af problemstillinger på nationalt plan grundlag for de opnåede resultater.

EADSNE's repræsentanter i de 19 deltagende lande udpegede eksperter på området, som kunne deltage i arbejdet og dække nøgleområderne inden for politikker, praksis og forskning. Ansatte i uddannelses-, social- og sundhedssektorerne deltog ligeledes i projektet, flest fra uddannelsessektoren. I ét af ekspertmøderne deltog også familier til børn, som projektet handler om. Familiernes var naturligvis også med til at godkende de endelige projektresultater.

I løbet af projektet blev der afholdt fire arbejds møder og ét afsluttende seminar. På arbejds møderne blev der primært diskuteret overvejelser og konkrete løsningsforslag inden for



nogle nøgleområder, som blev defineret i løbet af det første arbejds møde:

- Tilbud, støtteforanstaltninger og de sagkyndiges rolle.
- Sammensætningen af de forskellige team og uddannelse/undervisning af sagkyndige.
- Forandringer og konsekvenser heraf i forhold til målgruppen.
- Hvilke arbejdsredskaber skaber de bedste resultater for børnene og deres familier?

Møderne og udvekslingsbesøgene fandt sted på tre forskellige steder. De blev udvalgt, fordi man her har set virkningsfulde eksempler på forskellige metoder til iværksættelse af den økologisk-systemiske model for tidlig indsats - en udbredt og anerkendt teoretisk og praktisk arbejdsmetode, som vil blive nærmere omtalt senere. På disse tre steder har man desuden et velfungerende samarbejde med lokale universiteter, som udfører løbende forskning på området. Eksperterne havde derfor optimale forudsætninger for at kunne diskutere og afgrænse væsentlige karakteristika, styrker og svagheder – områder, hvor der skal iværksættes tiltag til forbedring af indsatsen - i forhold til situationen i hvert af de deltagende lande.

Analysearbejdet blev inddelt i 4 faser, som hver især har givet input til denne rapport, bestående af:

Information: Indsamling af nationale input, som blev struktureret efter den model, man på det første møde blev enige om at arbejde efter. Materialet blev bearbejdet, således at man kunne sammenligne de foranstaltninger og tilbud, der aktuelt er til rådighed i hvert af de deltagende lande. Eksperterne blev herefter bedt om:

- at fremskaffe oplysninger om de væsentligste karakteristika for de tilbud og/eller foranstaltninger, der benyttes i de enkelte lande
- at præsentere et generelt aktivitetsforløb – en såkaldt livslinje – for et barn med behov for tidlig indsats, og for dets familie, fra barnets fødsel og til 6-års-alderen. Livslinjen skulle indeholde oplysninger om de støt-



teformer, som barnet blev tilbudt i forhold til sin alder og den ansvarlige myndighed, med tilknyttede kommentarer.

Informationsudveksling: Udveksling og diskussion af information om en række udvalgte emner, med udgangspunkt i en undersøgelse af tre cases fra henholdsvis München, Tyskland, Coimbra, Portugal og Västerås, Sverige. Her undersøgte man forskellige metoder til iværksættelse af tidlig indsats og fremdrog ligheder og forskelle på tilbud og foranstaltninger i hvert af de deltagende lande. Lokale sagkyndige medarbejdere og forældre gav nogle værdifulde bidrag til debatten.

Diskussioner: Diskussion af aktuelle forhold omkring tidlig indsats og nærmere uddybelse af resultater, som blev fremlagt under møderne. Et udkast til fremlæggelse af de væsentligste punkter blev gennemarbejdet og kommenteret. I denne fase blev arbejdet med den sammenfattende rapport påbegyndt, med udgangspunkt i en detaljeret informationsudveksling blandt eksperter og repræsentanter fra EADSNE.

Godkendelse: Godkendelse af resultater fandt sted som en åben diskussion under det afsluttende seminar. Ekspertgrupperne og de eksterne deltagere fremlagde deres resultater for en kreds af forældre, sagkyndige medarbejdere, politiske beslutningstagere og forskere inden for området, som alle var blevet inviteret til at medvirke under denne sidste del af arbejdet.

Der må gøres opmærksom på anvendelsen af udtrykket tidlig indsats. Når vi her taler om tidlig indsats, menes der således tidlig indsats over for småbørn, som ikke må forveksles med den generelle anvendelse af udtrykket tidlig indsats. Når man i andre sammenhænge taler om tidlig indsats, er der tale om nødvendige foranstaltninger og intervention over for ethvert barn og dets familie, som påbegyndes så tidligt som muligt i barnets undervisningsforløb, og er som sådan ikke relateret til en bestemt aldersgruppe.



Men når vi taler om tidlig indsats i denne sammenhæng, er der således tale om tidlig indsats over for småbørn, dvs. børn med særlige behov i alderen 0-6 år.

Rapporten er opbygget som følger: I **kapitel 1** gives et samlet overblik over idégrundlaget bag tidlig indsats over for småbørn i de deltagende lande, med udgangspunkt i en række relevante udgivelser om emnet. Herudover fastlægges forskellige definitioner samt rapportens målsætninger.

Kapitel 2 beskriver resultater fra projekthanalysen, med fakta vedrørende foranstaltninger og organisering af den tidlige indsats over for småbørn i landene. Herudover sammenfattes diskussionerne fra de tre udvalgte cases, da man ud fra disse har fremhævet en række nøgleaspekter, som skulle uddybes nærmere. Disse aspekter danner således grundlaget for de overvejelser og udfordringer, som både familier og sagkyndige står over for.

Kapitel 3 består af en række anbefalinger, navnlig målrettet fagfolk.

Rapporten beskriver hovedtræk fra de diskussioner, oplysninger og erfaringer, som eksperterne har udviklet i løbet af projektet. En mere detaljeret beskrivelse af forholdene i de deltagende lande samt kontaktoplysninger og referencer til relevant materiale findes på EADSNE's websted, i den særlige sektion om tidlig indsats over for småbørn. Adressen er:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



1. TIDLIG INDSATS OVER FOR SMÅBØRN: IDEGRUNDLAG

Tidlig indsats over for småbørn er omdrejningspunkt for en del europæisk forsknings- og analysearbejde. Det var et tema for EU-handlingsprogrammet Helios II (1993-1996), et program, som udmundede i nogle betydningsfulde overvejelser omkring undervisning og rehabilitering af børn med behov for en tidlig indsats. Disse overvejelser dannede ligeledes grundlag for EADSNE's publikation fra 1998: "Integration in Europe: Provision for Pupils with Special Educational Needs – Trends in 14 European Countries". Sammen med 1991-manifestet fra Eurlyaide (European Association on Early Intervention) og andre relevante publikationer, giver dette materiale et godt overblik over udviklingen af teorier, politikker og praksis om tidlig indsats over for småbørn.

I europæiske og internationale dokumenter udgivet gennem de seneste 20-30 år kan man følge udviklingen af idéer og teorier. Mange forskellige teoretiske indfaldsvinkler er beskrevet, og de har alle været med til at udvikle teori og praksis på området. Udviklingen er hovedsageligt sket på to fronter:

1. Sundhedssektoren, uddannelsessystemet og socialektoren indgår nu direkte som samarbejdspartnere i arbejdet med tidlig indsats over for småbørn. Det er en forholdsvis ny situation – disse sektorer har ikke tidligere haft den samme indflydelse og grad af samarbejde.
2. Karakteren af den tidlige indsats har ændret sig, fra en ret ensidig fokuseren på barnet til en bredere tilgang, hvor også familien og det omgivende samfund spiller en stadig større rolle i arbejdet (Peterander et al, 1999; Blackman, 2003).

De idéer og metoder, som i dag er fremherskende, er således en direkte følge af de seneste års udvikling inden for sundheds- og humanistiske videnskaber samt af de generelle samfundsændringer.

Vi har fået mere viden om udviklingen af den menneskelige hjerne, bl.a. om den store betydning af tidligt opnåede erfaringer i forbindelse med nervebanernes vækst og udvikling (Kotulak, 1996). Ifølge Park & Peterson (2003) viser nyere



forskning om udvikling af hjernen, at positive og mangfoldige erfaringer erhvervet i den tidlige barndom også har en positiv effekt på hjernens udvikling og gør det lettere at tilegne sig sproglige færdigheder, udvikle egenskaber for problemløsning, få gode relationer til kammerater og voksne og udvikle forskellige færdigheder til gavn for hele ens livsforløb. Spædbarnets udvikling fra fødslen – endda fra undfangelsen – og i de første leveår har langt større betydning end nogen anden udvikling senere i livet (Shonkoff, 2000). Denne udvikling kan dog, som forfatteren påpeger, lide alvorlig skade som følge af sociale og følelsesmæssige "handicap".

Forskning og debat afspejler de direkte og uigenkaldelige følger af den tidlige udvikling for den livslange udviklingsproces, men uden at fremlægge klare beviser på de stringente, ufravigelige sammenhænge mellem årsag og virkning. Det er dog alment accepteret, at det, der sker i de første levemåneder og –år påvirker mennesket på forskellige tidspunkter senere i livet:

Det er ikke, fordi tidlige skader er uoprettelige, eller spildte muligheder ikke kan opvejes senere eller fordi de tidlige leveår efterlader et uudsletteligt spor i voksentilværelsen. De tidlige år i barnets liv er vigtige, netop fordi nogle tidlige skader kan genoprettes, nogle spildte muligheder kan opvejes senere, og voksenlivet påvirkes ikke ubetinget af tidlige erfaringer, dog kan tidlige skader påvirke børns fremtidsmuligheder i væsentlig grad. Kompensation for manglende muligheder kræver ofte en omfattende indsats senere i livet. Tidlige påvirkninger vil medføre enten stærke eller skrøbelige livsfaser, som vil være udgangspunkt for den videre udvikling. (Shonkoff & Phillips, 2000, s. 384, originaludgave).

Flere teorier inden for psykologi og uddannelse har medvirket til at konsolidere en bredere tilgang til tidlig indsats over for småbørn: fra opfattelsen om natur kontra opdragelse, hvor børns udvikling ses som en åben proces (*tabula rasa* – en tom tavle, hvorfra alt er muligt og er et resultat af voksenpåvirkninger, positive såvel som negative) og til en mere målrettet tilgang.



Nogle af teorierne om børns udvikling og læringsprocesser anses for nøgleteorier, som for eksempel Gesell-teorien (1943), Skinner's teori om operant betingning (1968) og Piaget's teori om genetisk epistemologi (1969). De har alle haft stor indflydelse på arbejdet med tidlig indsats over for småbørn. Læringsstrategier og –muligheder for helt små børn med særlige behov er oftest kendetegnet ved, at fokus er på barnet og dets begrænsninger, som der arbejdes med separat og uafhængigt af omgivelserne.

Andre forfattere har undersøgt:

a) Familiens og andre omsorgspersoners rolle i barnets udviklingsproces – tilknytningsteorien (Bowlby, 1980, Ainsworth et al, 1978).

b) Betydningen af social interaktion – den sociale indlærings teori (Bandura, 1977), social udvikling (Vygotsky, 1978), transaktionsmodellen for kommunikation (Sameroff og Chandler, 1975, Sameroff og Fiese, 2000).

c) Betydningen af interaktion og udviklingsmiljøer – økologisk psykologi (Bronfenbrenner, 1979).

Den økologisk-systemiske tilgang tilfører området et nyt perspektiv, som dog er tæt forbundet med de allerede nævnte teorier. Således definerer Porter (2002) følgende indfaldsvinkler til børns udvikling:

Det holistiske perspektiv: Alle udviklingsområder – kognitive, sproglige, fysiske, sociale og emotionelle – er indbyrdes forbundne.

Det dynamiske perspektiv: Princippet om "goodness-of-fit", ifølge hvilket *omgivelserne, hvis de skal vedblive at virke motiverende, skal tilpasse sig individets skiftende behov* (Horowitz, 1987, citeret af Porter, 2002, s. 9, originaludgave)

Transaktionsperspektivet: I følge Sameroff's og Chandler's model (1975) motiveres udviklingen af en tosidet interaktion mellem barnet og omgivelserne. Resultaterne af denne udvikling kan ses som resultater af et kontinuerligt dynamisk samspil mellem barnets opførsel, omsorgspersonens reaktioner på denne og miljømæssige faktorer, som påvirker både barnet og omsorgspersonen.



Enhedsperspektivet: Viden eller udvikling er ensidig – individet konstruerer sine egne unikke perspektiver.

En økologisk-systemisk tilgang til området indebærer en systematisk analyse, forståelse og registrering af, hvad der sker i barnets og familiens liv og omgivelser (Horwath, 2000). Det gælder f.eks. ved udarbejdelsen af en plan for barnets undervisning:

I undervisningssammenhæng medfører det økologisk-systemiske perspektiv nogle ændringer – fra blot at fortælle barnet, hvad det skal vide, vil man i stedet lytte til barnet og reagere på de ting, der sker i dets liv (Porter, 2002, s. 9, originaludgave).

Den økologisk-systemiske model anvendes i stor udstrækning og anses for en referencemodel i arbejdet med tidlig indsats over for småbørn. Dens popularitet skyldes hovedsageligt, at interventionsarbejdet i stadig stigende grad opfattes som en kompleks proces, der ikke kun involverer barnet, men også de nære omgivelser.

Modellen anvendes bl.a. i de amerikanske "Head Start"-programmer, hvis målgruppe er børn mellem 0 og 5 år fra lavindkomstfamilier. Formålet med disse programmer er at forberede dårligt stillede børn til skolen så tidligt som muligt og hermed give dem bedre chancer for at klare sig godt. Programmerne finansieres af det amerikanske sundhedsministerium og omfatter både det almene skolesystem og specialskolesystemet, samt sundheds- og socialforvaltninger og forældre.

Vi har valgt en række definitioner vedrørende tidlig indsats over for småbørn, med det formål at vise forskellige aspekter af det økologisk-systemiske perspektiv.

Guralnick (2001) definerer tidlig indsats over for småbørn som et system designet til at støtte de former for interaktion i familien, som fremmer barnets udvikling bedst muligt. Fokus er ifølge Guralnick på handlinger mellem forældre og barn, barnets oplevelser med familien og støtte til forældrene, med



det formål at give barnet de bedst mulige sundheds- og sikkerhedsmæssige betingelser.

Ifølge Shonkoff & Meisels (2000) består den tidlige indsats af en række tværfaglige foranstaltninger rettet mod børn fra 0-5 år. De vigtigste formål er: At fremme barnets sundhed og velbefindende, at forbedre dets fremspirende kompetencer, at minimere forsinkelser i udviklingen, at afhjælpe eksisterende eller spirende handicap, at forhindre funktionsnedsættelser og at fremme forældrenes tilpasningsevne og familiens generelle funktionsdygtighed.

Blackman (2003) siger, at *“Formålet med den tidlige indsats (over for småbørn) er at forhindre eller minimere fysiske, kognitive, emotionelle og ressourcemæssige begrænsninger hos småbørn med biologiske eller miljømæssige risici”* (s. 2, originaludgave). Blackman understreger familiens centrale rolle som en succesfaktor i arbejdet.

Hos Dunst (1985) defineres tidlig indsats over for småbørn som *“Støtte- og ressourceforanstaltninger til familier med småbørn, stillet til rådighed af såvel uformelle som formelle sociale netværk med direkte og indirekte indflydelse på forældrenes, familiens og barnets funktionsevne”* (s. 179, originaludgave).

Trivette, Dunst & Deal (1997) taler om en tidlig indsats baseret på ressourcer:

“Den nuværende praksis for tidlig indsats (over for småbørn) medfører i vid udstrækning løsninger bestående af serviceforanstaltninger, der skal imødesæ barnets og familiens behov. Derfor beskrives forholdet til børnene og deres familier generelt som specifikke serviceforanstaltninger tilbudt blandt andet via interventionsprogrammer. En sådan form for praksis er både begrænset og begrænsende, idet værdien af andre former for støtte end de formelle og professionelle foranstaltninger ikke tages i betragtning. En ressource-baseret tilgang til opfyldelse af barnets og familiens behov er derimod vidtstrakt og fremsynet, fordi der herigennem sættes fokus på at mobilisere en lang række samfundsmæssige foranstaltninger” (s.73, originaludgave).



De europæiske eksperter, som gennemførte analysen for EADSNE, fremlagde nedenstående forslag til en operationel definition af tidlig indsats over for småbørn:

Tidlig indsats over for småbørn er sammensat af tilbud og foranstaltninger rettet mod helt små børn og deres familier og stilles til rådighed efter deres anmodning på et bestemt tidspunkt i barnets liv. Indsatsen omfatter enhver aktivitet til dækning af barnets behov for særlig støtte til:

- *At sikre og fremme barnets personlige udvikling.*
- *At styrke familiens egne kompetencer.*
- *At fremme barnets og familiens sociale inklusion.*

Aktiviteterne skal stilles til rådighed i barnets vante omgivelser, og skal udføres ved en fælles og flerdimensionel indsats rettet mod hele familien.

En vigtig faktor som fremhæves i flere definitioner er nødvendigheden af at forebygge. Simeonsson (1994) opstiller tre niveauer af forebyggelse og intervention, afhængigt af tidspunktet for den forebyggende foranstaltning:

Primær forebyggelse skal mindske forekomsten af nye problemtilfælde blandt befolkningen (hyppighed), for eksempel gennem lokaliseringen af udsatte børn. Den primære forebyggelse omfatter tiltag, som hindrer forekomsten af handicap eller omstændigheder, som kan medføre handicaps (WHO, 1980). Ifølge Mrazek og Haggerty (1994) indebærer primær forebyggelse "intervention før de første tegn på et handicap sætter ind" (s. 23, originaludgave). Interventionen kan være:

a) *Universel*, som for eksempel sundhedsforanstaltninger rettet mod alle børn og familier, herunder vaccination af hele befolkningen.

b) *Selektiv*, rettet mod en bestemt del af befolkningen, for eksempel højrisikogrupper.

c) *Formålsbestemt*, for eksempel rettet mod enkeltpersoner i en højrisikogruppe.

Sekundær forebyggelse tager sigte på at nedbringe antallet af allerede eksisterende problemer gennem handling efter



problemets opståen, men før det har nået sit fulde omfang (udbredelse).

Tertiær forebyggelse skal mindske omfanget af komplikationer, som er forbundet med bestemte problemer eller forhold, med det formål at begrænse eller nedbringe konsekvenserne af et handicap eller en funktionsnedsættelse ved at imødegå det allerede opståede problem.

Disse tre niveauer af forebyggelse kan sættes ind i en bredere sammenhæng i medfør af den "bio-psyko-sociale" model for funktioner og handicap, lanceret af Verdenssundhedsorganisationen (WHO, ICF - Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse, 2001). Modellen foreskriver, at forebyggelse i forbindelse med tidlig indsats over for småbørn ikke blot skal ske med personens helbredstilstand for øje, men også under hensyntagen til det sociale miljø, vedkommende befinder sig i:

... individets funktion inden for et specifikt område er en interaktion eller et komplekst forhold mellem helbredsmæssige faktorer og omgivende forhold (miljømæssige og personlige faktorer). Der sker en dynamisk interaktion inden for disse helheder: intervention i én af helhederne kan potentielt ændre en eller flere af de andre helheder (s. 19, originaludgave).

Hvis man samler alle de karakteristika og principper, som udgør det idé-mæssige grundlag for den tidlige indsats over for småbørn, er der to fremtrædende faktorer, som gør sig gældende i forhold til de øvrige faser af barnets udvikling.

Hvis indsatsen skal lykkes, kræves:

- En fælles tværfaglig indsats.
- Interaktion mellem de fagkyndige medarbejdere.
- Samarbejde mellem alle tjenester, som er eller kan blive involveret i arbejdet.
- Direkte involvering og deltagelse af forældre (og andre familiemedlemmer).

Kun en virkningsfuld kombination af aktion og intervention kan sikre et vellykket resultat af enhver indsats rettet mod småbørn.



Dette faktum leder opmærksomheden hen imod virkningen af den tidlige indsats. En del forfattere ser tidlig indsats som det eneste effektive middel mod bekæmpelse af yderligere social og/eller uddannelsesmæssig eksklusion (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) hævder, at forskning fra 1970'erne *"påviste den generelle virkning og anvendelighed af tidlige indsatsprogrammer (over for småbørn) rettet mod udsatte børn såvel som mod børn med påviste handicap"* (s. 15, originaludgave). Ifølge Guralnick skal yderligere forskning rettes mod afgrænsningen af *"hvilke former for intervention, der virker bedst, for hvem, under hvilke forhold og mod hvilke mål"* (Guralnick, 1997, s.16, originaludgave).

Diskussionerne under arbejds møderne i projektet viste enighed om, at hvis indsatsen – dvs. virkningen – skal være målbar, skal man kunne måle på *alle* involverede parter:

- *Barnet: Barnets fremskridt og selvopfattelse, hvor det er muligt*
- *Familien: Familiens tilfredshedsniveau*
- *Samfundet: Niveaueet af tilfredshed, fordele, omkostningseffektivitet, osv.*

Der skal naturligvis foretages en evaluering af niveauer med henblik på fastsættelse af nogle kvalitative succesindikatorer. Men eksterne evalueringer er ofte meget standardiserede, tidskrævende og dyre og lægger for stor vægt på kvantitative indikatorer.

Disse idé mæssige rammer var udgangspunkt for de overvejelser og diskussioner, der blev gennemført under analysearbejdet.

I det følgende kapitel gives et overblik over organiseringen af tilbud og foranstaltninger vedrørende tidlig indsats over for småbørn i forskellige europæiske lande, samt de mest fremtrædende karakteristika og udfordringer i disse lande.



2. TIDLIG INDSATS OVER FOR SMÅBØRN: PROJEKTANALYSE

2.1 Tilbud i forskellige lande

I det følgende gives et overblik over organisering, karakteristika, forskelle og udfordringer vedrørende tidlig indsats over for småbørn i forskellige lande.

Man kan ikke tale om en ensartet organisering af den tidlige indsats i de lande, der har deltaget i projektet. Alle lande har tilbud/foranstaltninger og støtte rettet mod helt små børn (fra fødslen) og deres familier. I nogle nordiske lande kommer en sundhedsplejerske for eksempel på regelmæssige besøg hos alle familier med små børn i en periode på maksimalt 1 år efter barnets fødsel og rådgiver om barnets pleje og støtter forældrene i deres nye opgave. Denne form for opfølgning kan udvides til en periode på 2½ år i tilfælde af problemer. Lignende tilbud findes i andre lande, men kun på et sekundært plan, dvs. besøg sker kun, hvis man reelt har konstateret problemer hos den nyfødte.

Når der er konstateret et problem, er der en række tilgængelige foranstaltninger og tilbud, som kan være af vidt forskellig karakter, alt efter hvilket land man befinder sig i. Det er vanskeligt, hvis ikke umuligt, at give en kort oversigt over organiseringen af tilbud og foranstaltninger i alle lande uden at udelade relevant information. Derfor har vi samlet en række vigtige oplysninger om situationen i de enkelte lande i en særlig on-line sektion på EADSNE's websted på adressen <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

På trods af mangfoldigheden af tilbud i landene, er der dog visse relevante fællestræk, som bør fremhæves.

Tilgængelighed: En vigtig fælles målsætning for den tidlige indsats består i at nå ud til alle børn og familier med behov for støtte, så tidligt som muligt i barnets liv. Det gælder i særdeleshed i lande med tyndtbefolkede områder og isolerede



landdistrikter. Men det har høj prioritet i alle lande, da det er vigtigt at kompensere for forskellene mellem land- og byområder i videst muligt udstrækning, når det gælder om at sikre tilgængeligheden af ressourcer og familiens adgang til det samme niveau af kvalitet af tilbud og foranstaltninger, uanset hvor i landet man bor.

Nærhed: Nærhed drejer sig først og fremmest om at sikre, at man når den rette målgruppe. Derfor har man overalt gjort en stor indsats for at decentralisere tilbud og foranstaltninger, så de findes så tæt på familien som muligt og på lokalt plan. Der er i løbet af de seneste 10-20 år sket en del forbedringer på dette område, med henblik på at skåne familien for alt for megen transport over lange afstande til møder med støtteinstanser langt fra hjemmet. Disse findes nu i større udstrækning i lokalsamfundet, og sagkyndige medarbejdere kommer oftere i hjemmet. Nærhed betyder også, at tilbud og foranstaltninger er rettet mod familien, forstået på den måde, at indsatsen skal være bygget på en klar forståelse og respekt for familiens behov.

Prisbillighed: Som oftest tilbydes hjælpen gratis eller meget billigt til familier i alle lande. Tilbud og foranstaltninger finansieres af offentlige midler fra sundheds-, social- eller uddannelsesmyndighederne, eller af forsikringsselskaber og nonprofitorganisationer. Der kan være samfinansiering mellem disse instanser, og der findes også andre muligheder. I nogle få lande findes f.eks. private serviceforanstaltninger, som ikke modtager offentlig støtte, men udelukkende finansieres af privatpersoner.

Tværfagligt samarbejde: Fagkyndige medarbejdere med ansvar for direkte støtte til børn og deres familier har forskellige arbejdsområder og derfor også forskellig faglig baggrund alt efter, hvilken form for service, de er tilknyttet. Et godt tværfagligt samarbejde gør det lettere at udveksle oplysninger med hinanden.

Alsidighed: Alsidigheden af de tilbudte ydelser er naturligvis tæt forbundet med medarbejdernes faglige arbejdsområder.



Sundheds-, social- og uddannelsesmyndighederne er i de fleste lande involveret i arbejdet, men deres roller er meget forskellige fra land til land. Det bedste overblik over myndighedernes rolle i de forskellige lande fås ved en klassificering af niveauerne for offentlig forebyggelse, som beskrevet i kapitel 1 (se f.eks. Mrazek & Haggerty, 1994, Simeonsson, 1994). Som nævnt omfatter den primære forebyggelse tiltag med det formål at nedbringe omfanget af handicap eller problemer blandt befolkningen. Sekundær forebyggelse drejer sig om at mindske antallet af allerede eksisterende tilfælde af konstaterede problemer, og tertiær forebyggelse skal begrænse komplikationer, der opstår som følge af et konstateret problem eller handicap. Den primære forebyggelse sker i alle lande hovedsageligt gennem sundhedsmyndighederne, men social- og uddannelsesmyndighederne varetager også en del af opgaven. Forebyggelse iværksættes i nogle tilfælde gennem regulær lægelig og social kontrol af gravide kvinder, eller ved udviklingsmæssig screening af nyfødte på hospitalerne eller i de lokale sundheds- og uddannelsescentre. Disse første undersøgelser følges op med en vurdering af behovene, hovedsageligt med fokus på befolkningsgrupper, hvor der er fremtrædende biologiske eller sociale risikofaktorer.

Afviselser og udfordringer på tværs af landene hænger sammen med udbuddet af foranstaltninger og tilbud. Nedenfor findes et overblik over de vigtigste forskelle og udfordringer, opstillet på basis af fire hovedspørgsmål:

1. Hvornår sættes indsatsen i gang?

Alle lande er enige om vigtigheden af en hurtig indgriben og en kontinuerlig indsats. Vanskelighederne opstår i de tilfælde, hvor der går lang tid fra behovet konstateres, og til der sker en henvisning til videre foranstaltning. Forskellige faktorer spiller ind her: Problemet/behovet konstateres måske relativt sent, hvis der også er sociale eller psykologiske problemer. Sådanne problemer kan være sværere at opdage ved lægelig kontrol. Det kan også være, at koordineringen og samarbejdet mellem de forskellige instanser og/eller medarbejdere ikke fungerer optimalt. Selv hvor disse betingelser er opfyldt, er der ofte en udbredt tendens til at "vente og se", hvis problemet ikke er



særlig synligt – det gælder især sociale og psykologiske problemer. Dette kan få alvorlige konsekvenser senere hen.

2. Hvor længe skal den tidlige indsats finde sted?

I Nordamerika sker den tidlige indsats i perioden fra barnets fødsel og til 3-årsalderen, men i de europæiske lande har den ingen bestemt varighed. Principielt ydes indsatsen til barnet og familien, indtil barnet begynder i skolen og er en del af undervisningsmyndighedernes ansvarsområde. I nogle lande ophører indsatsen, når barnet begynder den obligatoriske skolegang. Der er dog ingen klar strategi for tiltag i overgangsfasen. Mange fagfolk, som arbejder med tidlig indsats over for småbørn, ser sig derfor nødsaget til at gå ud over deres normale arbejdsområder for at dække den manglende koordinering eller tilgængelighed til ressourcer.

3. Hvem leder indsatsen?

Der findes et betragteligt udbud og typer af foranstaltninger i de europæiske lande. Set ud fra et markeds-mæssigt synspunkt burde en sådan mangfoldighed være en fordel: Jo flere valgmuligheder familien har, jo bedre valg og beslutninger kan den tage. Men det ser ikke ud til at være tilfældet i praksis: Familierne finder det derimod tit vanskeligt at vælge de rigtige tilbud til deres barn, da de ikke altid får den rette information med alle de perspektiver, den indeholder. Antallet af foranstaltninger bærer tydeligt præg af at være en slags "hovsæløsninger", som er indført for at modsvare pludseligt opståede behov, og ikke som led i en planlagt politik.

Der findes centre for tidlig indsats over for småbørn i alle landene, men der er generelt stor forskel på dem. Dog er de i de nordiske lande ret ensartede, med samme tilgangsmetoder til arbejdet på lokalt plan, både inden for sundheds-, social- og uddannelsessektoren.

Behovet for at tilpasse opgaver og planlægning til familiens ønsker og behov er også udpræget i landene, og det gælder uanset, hvor den geografiske adgang til støtteforanstaltningerne er placeret i landet. De sagkyndige medarbejdere arbejder "med og i" familien i det nødvendige omfang og i den



udstrækning, familien ønsker det. Men hvis det kræves, arbejder de også i undervisningsmiljøer (daginstitutioner, børnehaver osv.) eller i specialcentre, centre for tidlig indsats og lignende.

4. Hvordan skal indsatsen ske?

I næste afsnit vil vi komme nærmere ind på, hvordan den tidlige indsats skal ske. Her skal blot slås fast, at nogle europæiske lande stadig skelner skarpt mellem medicinske og sociale tiltag i forbindelse med tidlig indsats over for småbørn.

2.2 Vigtige aspekter

Under projektets arbejds møder var der optimale muligheder for at diskutere en række relevante aspekter i den tidlige indsats, herunder:

Målgrupper: Karakteristika for den del af befolkningen, som henvises til tilbud og/eller foranstaltninger for tidlig indsats, de senere års ændringer med hensyn til børnenes alder samt karakteristika og vilkår for henholdsvis institutioner og brugere.

Teamsamarbejde: Roller og ansvarsfordeling hos medarbejderne og undervisningssektorens særlige rolle.

Uddannelse af medarbejdere: Grund- og videreuddannelse af medarbejderne.

Arbejdsredskaber: Individuelle støtteprogrammer eller tilsvarende til familien samt opfølgning.

Der blev ikke sat specifikt fokus på forældredeltagelse, da det anses som en forudsætning, at de tager aktivt del i alle aspekter af arbejdet. De skal være sparringspartnere for de fagkyndige og skal som sådan styrke de fagkyndiges kompetencer og valg af arbejdsmetoder, når der er behov for det. De skal endvidere sammen med dem imødesee barnets behov bedst muligt. Selvom forældrene spiller den vigtigste rolle, må man ikke glemme de øvrige familiemedlemmers indsats. Med disse faktorer in mente har vi samlet hovedpunkterne fra eksperternes diskussioner nedenfor.



2.2.1 Målgrupper

Her blev især diskuteret karakteristika for den del af befolkningen, som henvises til tilbud og foranstaltninger, nemlig børn i biologiske og/eller sociale risikogrupper og deres familier. Følgende faktorer blev fremhævet:

Antallet af børn med psykologiske og socio-emotionelle problemer er stigende, men man ved ikke, om det skyldes en generelt øget forekomst af disse problemer blandt befolkningen, eller om der er tale om en større årvågenhed fra forældrenes side. Det kan være, forældre generelt er mere bekymrede end tidligere, eller de har fået bedre informationsmuligheder, er mere opmærksomme på barnets udvikling og er derfor også mere åbne for støtte.

Der er *øget opmærksomhed på udsatte befolkningsgrupper*, hvor der er behov for en tidlig indsats. I de fleste af de deltagende lande gælder, at barnet skal have et – vurderet – problem for at kunne få støtte. Det er ikke nok at være "udsat". Forebyggende tiltag rettet mod udsatte befolkningsgrupper gennemføres af andre instanser, som overvåger og følger op på barnets udvikling (især ved forekomsten af biologiske risikofaktorer) eller drager omsorg for familien (ved sociale risici). God rådgivning til familien vil i mange tilfælde overflødiggøre videre indgriben. De forebyggende instanser har en vanskelig opgave: ud over forebyggelsesarbejdet (som ikke er nemt) skal de være opmærksomme på de risici, der kan være konsekvensen af den udbredte "vent-og-se"-holdning.

I nogle lande vækker det bekymring, at enhver form for intervention er betinget af forældrenes krav og samtykke. Forældrenes afgørelser skal respekteres, og derfor risikerer man, at nogle børn ikke får den støtte, de har behov for, eller at indsatsen iværksættes senere end godt er, som følge af manglende eller dårlig koordinering af forebyggelse, informationer og henvisninger.

2.2.2 Arbejde i team

I diskussionerne omkring teamarbejde blev der sat fokus på undervisningsmyndighedernes stadig mere omfattende rolle i



den tidlige indsats over for småbørn, sammensætningen af team og tilrettelæggelsen af tilbud og foranstaltninger.

Tilbud og foranstaltninger organiseres som nævnt på forskellig vis i landene, men fælles for dem alle er dog det tværfaglige element. Det gælder, hvad enten der er tale om en medicinsk eller en social tilgangsmetode. Tilbuddene er mangfoldige, og sammensætningen af fagfolk kan spænde vidt – fra et meget enkelt samarbejde mellem to eller flere medarbejdere og til det omfattende teamarbejde, som praktiseres ved den økologisk-systemiske tilgang.

Det kan være vanskeligt at opbygge et velfungerende team, og det kræver både en tværfaglig indsats og et godt samarbejde. Som beskrevet af Golin & Ducanis (1981) skal et tværfagligt team dele og koordinere al relevant information. Opgaverne udføres individuelt af teamets medlemmer inden for deres respektive fagområder, og al information deles, så de enkelte medlemmer kan udnytte hinandens oplysninger (Golin & Ducanis, op cit). Beslutninger bliver taget i fællesskab og på basis af teammedlemmernes individuelle synspunkter. Antallet af teammedlemmer er ikke afgørende og vil afhænge af barnets og familiens behov.

Samarbejdet indebærer først og fremmest, at der arbejdes med familien som en vigtig sparringspartner, som skal inddrages 100 % i hele processen. Det betyder også, at alle teammedlemmer inddrages, og at der skal arbejdes sammen med øvrige instanser eller netværk, hovedsageligt fra sundheds-, uddannelses- eller socialektoren. Man skal derfor have fælles holdninger og teoretiske referencer og udvise en åben og respektfuld opførsel over for familien og kollegerne.

Tid er en nødvendig faktor, hvis dette skal lykkes. Vellykket team-building synes navnlig at være betinget af: 1) Udpegning af en teamleder, 2) Efter- og videreuddannelse af medarbejderne, hvilket vil blive nærmere beskrevet nedenfor.



2.2.3 Uddannelse af medarbejdere

Da medarbejderne har forskellige fagområder og måske ikke har arbejdet sammen tidligere, skal det gøres helt klart, hvilken form for uddannelse eller undervisning, de har brug for for at kunne arbejde sammen mod det fælles mål.

Den grundlæggende uddannelse: Uddannelse af medarbejdere med forskellig baggrund bør have som målsætning at udvikle en fælles forståelse af værdigrundlaget, så man kan supplere hinandens viden. Uddannelse og undervisning i familie-spørgsmål, teamsamarbejde, barnets udvikling osv. bør indgå i den grundlæggende uddannelse af fremtidige medarbejdere i sundheds-, social- og uddannelsessektoren. En solid grunduddannelse inden for sit arbejdsområde er en forudsætning for enhver medarbejder. Selvom specialiseret viden om tidlig indsats over for småbørn naturligvis vil være en fordel, er den dog sjældent at finde i nogle af de deltagende lande, med undtagelse af Holland, Tyskland og Luxembourg, hvor man i løbet af grunduddannelsen kan vælge at specialisere sig i bestemte emner inden for området. Det gælder for special- og socialpædagoger og – lærere samt psykologer.

Videreuddannelse: På trods af arbejdets komplekse karakter er der ikke noget synligt behov for at udvikle en ny uddannelsesretning for at dække behovet for den ønskede arbejdsprofil. Det ville tale imod principperne om tværfaglig tilgang og teamsamarbejde. Dog skal fagkyndige medarbejdere gennemgå en form for fælles videreuddannelse, som skal samle de forskellige baggrundserfaringer. Det kan være som videregående studier, for eksempel Master-programmer, eller specialiserede undervisningsprogrammer udbudt af universiteter eller andre videregående uddannelsesinstitutioner. Der findes også særlige uddannelseskurser på universiteterne, som oprettes på forespørgsel fra bestemte team.

Med de forventninger man har til medarbejderne in mente, bør efter- og videreuddannelse som minimum dække følgende områder:

- Grundlæggende viden om småbørns udvikling, både for børn med og uden særlige behov, samt om intervention i familier.



- Specialiseret viden om nyere forskning inden for tidlig indsats over for småbørn, vurdering, arbejdsmetoder osv.
- Personlige kompetencer i forbindelse med arbejdet med og i familien, teamsamarbejde, samarbejde mellem de involverede instanser samt udvikling af personlige evner såsom selvevaluering, kommunikationsfærdigheder og problemløsningsstrategier.

Efteruddannelse: Efteruddannelse er af afgørende betydning og kan kompensere for mangler i grunduddannelsen og opfylde medarbejdernes faglige behov. Efteruddannelse tilrettelægges i og af de involverede team, som ugentlige undervisningsmoduler, hvor medarbejderne kan:

- Diskutere cases.
- Udveksle viden og arbejdsstrategier.
- Få specifikke oplysninger fra eksterne fagfolk.
- Diskutere ledelsestrategier, internt eller med eksterne eksperter.
- Sikre ekstern overvågning.
- Udvikle personlige kompetencer.

Disse undervisningsmoduler er med til at forbedre samarbejdet såvel som kvaliteten af tiltagene. Men på trods af den umiddelbare opfyldelse af medarbejdernes behov ved denne uformelle uddannelsesform, er der også ulemper. Efteruddannelse anerkendes nemlig ikke altid af de relevante myndigheder, hvad angår arbejdstid og -værdi, da der hovedsageligt fokuseres på praktiske problemer i dagligdagen og kun i mindre grad på målsætninger, strategier, metoder osv. Det kan medføre, at ansvaret for nye tiltag alene kommer til at påhvile de enkelte team.

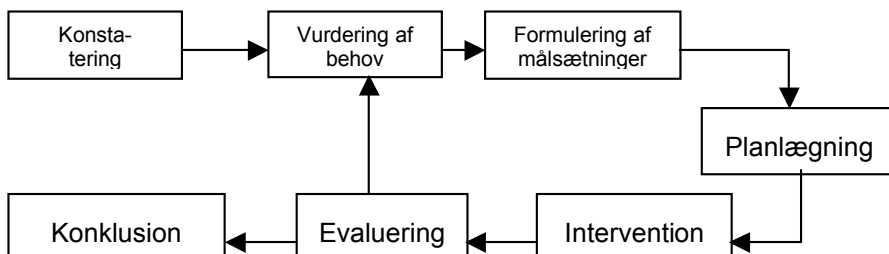
Yderligere oplysninger om uddannelse og efteruddannelseskurser i de forskellige lande findes på EADSNE's websted i sektionen om tidlig indsats over for småbørn, på adressen: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



2.2.4 Arbejdsredskaber

Her blev især to områder genstand for diskussion, nemlig vurdering og udarbejdelse af en individuel plan.

Vurderingen af barnet skal være procesorienteret. Den skal foretages, så snart et problem er konstateret, og det skal herigennem afgøres, hvilke former for intervention, der skal iværksættes. Interventionen skal være dynamisk og skal iværksættes i samarbejde med familien, efter nedenstående plan:



En del af vurderingen består af en diagnosticering, som generelt foretages i begyndelsen. Ved vurderingen ses på barnets og familiens situation på et bestemt tidspunkt, for at afklare behov og styrker. Da situationen kan ændre sig, skal vurderingen løbende evalueres. Der vil aldrig være tale om et permanent resultat, da det vil fastlåse forventninger og opfattelser hos medarbejdere og forældre. Ved hjælp af vurderingen kan man fastsætte målsætninger, planlægge arbejdet og afgøre, hvilken type intervention der kræves. Dette kan blive evalueret efterfølgende. Evalueringen vil enten afslutte processen eller medføre en ny vurdering af behovene. Forældrenes aktive deltagelse er en meget vigtig forudsætning for hele processens gennemførelse.

Det er også vigtigt at sikre sig, at alle faser gennemføres uden "huller". Guralnick (2001) beskriver vurdering – *en omfattende, tværfaglig vurdering* – som en vital del af udviklingsmodellen, der giver medarbejderne vigtig information om børn med konstaterede eller formodede problemer og letter iværksættelsen af videre planer og anbefalinger. Guralnick råder i så



tilfælde til at iværksætte den tidlige indsats straks, også selv om man endnu ikke har alle resultater af vurderingen.

Vurderingen er også et vigtigt led i styrkelsen af det samarbejde mellem forældre og medarbejdere, som etableres gennem udarbejdelsen af en individuel plan, eller behandlingsplan for familien.

De deltagende lande opererer med forskellige udgaver af disse planer, og de benævnes også forskelligt. I nogle lande er en familieplan udarbejdet i samarbejde med familien som en slags "kontrakt", hvor man er blevet enige om de områder, der skal sættes ind på, hvad der skal gøres og, senere i forløbet, hvordan der skal evalueres. I andre lande udarbejder man forskellige planer sammen med familien alt efter, hvilke instanser der er involveret. Man ser også forløb, hvor der ikke eksisterer en formel plan, men hvor familierne blot løbende orienteres af det team af medarbejdere, som varetager forløbet. Nogle steder omfatter planen hovedsageligt børnene og ikke resten af familien.

Uanset hvad planen kaldes, er det dog vigtigt, at den omfatter hele familien og udarbejdes sammen med denne, da det giver den største chance for, at familien deltager, og at teamet respekterer familiens behov, prioriteter og forventninger.

Da tidlig indsats over for småbørn praktiseres på mange forskellige måder og varierer i omfang og længde i de europæiske lande, er der også muligheder for stor fleksibilitet i udarbejdelsen af en familieplan. Man er ikke nødvendigvis underlagt juridiske restriktioner og kan arbejde med forbehold for ændringer, både individuelt og ved de involverede instanser. Familien er dog alene "ejer" af dokumentet, hvilket sikrer en vis fortrolighed med hensyn til udlevering af oplysninger. Man undgår også herigennem unødvendige, lignende dokumenter fra andre instanser og sparer meget af barnets og familiens tid.

Familieplanen letter også overgangen fra én støtteforanstaltning til en anden, navnlig i forbindelse med skolestart. Når barnet begynder i skolen, erstattes familieplanen af en



individuel undervisningsplan rettet mod barnet og dets undervisningsmæssige behov.

Nedenfor vil vi forsøge at illustrere det hidtil beskrevne gennem cases fra tre forskellige lande.

2.3 Eksempler på tidlig indsats over for småbørn

De tre eksempler på tidlig indsats over for småbørn er hentet fra **Tyskland**, **Portugal** og **Sverige**. Ekspertgruppens besøg samt udvekslingen af information og åben diskussion med lokale fagfolk og enkelte forældre gav input til de generelle diskussioner samt muligheder for at se teori omsat til praksis.

Eksemplerne beskrives her, fordi det kan være interessant og brugbart for andre fagfolk at kunne sammenligne med egen praksis og på den måde motivere til yderligere overvejelser. De skal ikke ses som evalueringer eller bedømmelser af, hvad der er god praksis, da det ikke er projektets hensigt at rangordne indsatserne. Først gives et kort overblik over tidlig indsats over for småbørn i de lande, hvor eksemplerne er taget fra – Tyskland, Portugal og Sverige – efterfulgt af en beskrivelse af de vigtigste karakteristika for tidlig indsats på de tre udvalgte lokaliteter. Til slut vil vi opstille en række konstaterede ligheder og forskelle.

2.3.1 Væsentlige karakteristika

Oplysningerne i det følgende stammer fra arbejde udført af forskere i hvert af de tre lande. Tekst i kursiv er citater fra offentliggjorte forskningsresultater, mens den øvrige tekst er uddrag fra forskernes eget arbejde.

Materialet fra München, Tyskland, er fra Franz Peterander (2003), materialet fra Coimbra, Portugal, er fra Bairrão, Felgueiras og Chaves de Almeida (1999) og materialet fra Västerås, Sverige, er fra Björck-Akesson og Granlund (2003).

München (Tyskland)

I Tyskland er der over 1000 institutioner med tilbud om tidlig indsats over for småbørn med handicap. De drives hoved-



sageligt af større nationale velgørenhedsorganisationer som Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband og Lebenshilfe. Procedurer for tidlig indsats er forskellige, afhængigt af i hvilken delstat, de finder sted. Det gælder både struktur, finansieringsformer og faciliteter til rådighed. Systemet omfatter tværfaglige centre for tidlig indsats, centre for socialpædiatri, særlige børnehaver, specialpædagogiske centre samt uddannelses- og familierådgivningscentre. I 1973 udkom Otto Speck's rapport om tidlig påvisning og intervention hos børn med handicap, som var udarbejdet efter anmodning fra de tyske uddannelsesmyndigheder. Rapporten var startskuddet til indførelsen af et omfattende tværfagligt system for tidlig indsats, som først blev iværksat i Bayern, og som bevirkede, at der blev etableret en række regionale, familieorienterede og tværfaglige centre for tidlig indsats over for småbørn.

4% af alle børn mellem 0-3 år i Bayern har behov for støtte. I 2002 var der registreret 123 regionale centre for tidlig indsats over for småbørn, hvilket giver gode muligheder for at nå ud til alle, som har behov for støtte, da ingen familie har mere end 10 km til det nærmeste center. Omkring 25 000 børn i Bayern modtager støtte, heraf ca. 50% ambulantly i centrene og resten via mobile team i hjemmet. Ca. en tredjedel af børnene har svære kognitive eller fysiske handicap. Gennemsnitsalderen for børn i behandling er 3-4 år, og ca. 14% (25% i byområderne) er børn af indvandrere.

Den individuelle behandling omfatter en eller to konsultationer om ugen i to år. Et team består i gennemsnit af 11 behandlere fra forskellige fagområder, som arbejder kontinuerligt sammen. En medarbejder tilbringer gennemsnitligt 5-7 år i det samme center, hvilket giver gode muligheder for at udvikle et stabilt team. Samarbejde er nøgleordet, hvis den tidlige indsats skal lykkes, og alle teammedlemmer skal supplere hinanden. Ekspertter skal kunne udveksle synspunkter og idéer om hver enkelt sag og skal kunne nå til enighed om holdninger, værdier og målsætninger, specialisterområder og organisatoriske spørgsmål.



Tidlig indsats (over for småbørn) er gratis og tilgængelig for alle. Behandlingscentrene modtager finansiering for det normale antal konsultationer på en eller to pr. uge, samt for forældresamarbejde, tværfagligt samarbejde i team og samarbejde med andre eksterne aktører. Finansieringen sker gennem flere kanaler: De kommunale myndigheder, Sygeforsikringen, Undervisningsministeriet og Socialministeriet i Bayern ...

... Diagnosticering og intervention er alene rettet mod barnets individuelle behov og miljø. Der findes ingen formelt godkendte behandlingsplaner, da der er sket et paradigmeskift i behandlingen: Hvor man før satte fokus på barnet og dets problemer, arbejder man nu ud fra et mere holistisk og familieorienteret perspektiv. Ændringerne i den teoretiske opfattelse afspejles i udøvelsen af praksis. Specialister baserer nu behandlingen på en kombination af praksis sammen med indikatorer for en vellykket tidlig indsats, og de teoretiske idéer og holdninger (den holistiske og familieorienterede tilgang, regional og mobil intervention, tværfagligt samarbejde i team, netværk og social inklusion)...

... Både i Bayern og nogle af de øvrige delstater kan behandlere søge støtte og rådgivning hos et såkaldt "Arbeitsstelle Frühförderung" om specifikke spørgsmål. Det første af disse centre blev etableret i Bayern i 1975, med én afdeling for pædagogiske spørgsmål og én for medicinske spørgsmål, hver med ansatte fra forskellige faggrupper, som arbejder tæt sammen. Den fælles målsætning er at udbrede kendskabet til tidlig indsats, at udvikle det praktiske arbejde, fremme diskussion og udveksling af viden og erfaring mellem de forskellige centre, forbedre kvaliteten i arbejdet og fremme den tværfaglige indsats. Centrene har blandt andet et bredt og varieret udbud af efteruddannelsesprogrammer og tilbyder individuel rådgivning til de øvrige centre for tidlig indsats i Bayern (Peterander, 2003b, s. 302, originaludgave).

Coimbra (Portugal)

I Portugal var indsatsen over for børn med særlige behov under den skolepligtige alder indtil sidst i 1980erne hovedsageligt



underlagt Sundheds- og Socialministeriet. Undervisningsministeriet havde kun en begrænset rolle.

På trods af en øget bevidsthed om behovet for iværksættelse af tilbud og foranstaltninger til børn med særlige undervisningsmæssige behov på et tidligere tidspunkt i barnets liv, fandtes der ikke mange muligheder for disse børn. De få tiltag, der blev iværksat, fokuserede hovedsageligt på barnets diagnose og behandlingsforløb, og var således i mange henseender lig den daværende medicinske behandling for skolebørn. Støtte til familien bestod mest af økonomisk hjælp eller psykiske hjælpeforanstaltninger.

Men slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne markerede en ændring af forholdene. Man fik nye erfaringer med handicappede og udsatte småbørn. Det såkaldte *Coimbra Early Intervention Project (PIIP)*, der forløb som et samarbejdsprojekt mellem de sociale myndigheder og uddannelses- og sundhedssektorerne samt projektet *Early Intervention Portage Project* i Lissabon viste positive resultater, som blev anerkendt over hele landet. Projekterne fik stor betydning for udviklingen af efteruddannelsesprogrammer til fagfolk.

På dette tidspunkt mærkede man den positive effekt af den amerikanske udviklede "Portage-model" for forældre. Portage-modellen introducerede en række nye tiltag, bestående af vejledning og rådgivning i hjemmet i samarbejde med forældrene, planlægning af målsætninger og individuelle strategier for interventionen. Den beskrev et system for tilrettelæggelsen af allerede eksisterende ressourcer (en pyramidemodel), tværfagligt samarbejde mellem de forskellige instanser og efteruddannelse og kontrol af hjemmevejledere.

Man kan sige, at udviklingen af den tidlige indsats over for småbørn i Portugal har fulgt en "bottom-up"-model, som har medført en progressiv opmærksomhed fra beslutningstagernes side. Men faktisk har de lokale instanser og de hertil knyttede medarbejdere spillet en langt større rolle. I forsøg på at få så meget som muligt ud af de få og utilstrækkelige ressourcer, der



blev tildelt via fællesskabsprogrammer, etablerede man lokale integrationsprojekter for tidlig indsats over hele landet.

Undervisningsministeriet fik sideløbende en mere progressiv rolle og begyndte at iværksætte støtteforanstaltninger for børn med handicap i 0-6 års alderen. I 1997 indførte ministeriet faste procedurer for tildelingen af ressourcer og finansiering til lokale projekter, på basis af samarbejdet mellem støtte- og rådgivningsinstanser i uddannelsesystemet og private institutioner for specialundervisning.

I Portugal var og er efteruddannelsesprogrammer, som udbydes af forskellige ikke-akademiske organisationer, en vigtig faktor for opkvalificeringen af medarbejderne. Programmerne følger generelt teorier og praksis for modeller fra Nordamerika og den dertil knyttede lovgivning. I forbindelse med en ændring fra traditionel praksis og hen imod en mere effektiv og evidensbaseret praksis, skal fagfolk især:

- Bevæge sig væk fra modeller med ensidig fokuseren på barnet og dets problemer og hen imod en helheds-skabende model, hvor interventionen indgår som *et naturligt led i den kontekst, barnet befinder sig i.*
- Bevæge sig væk fra den parallel-orienterede, fragmenterede og enkeltfaglige intervention og hen imod *et tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde og integreret tværfaglig medvirken i interventionsprocessen.*
- Bevæge sig væk fra "hovsa-løsninger" og hen imod *en empowerment-baseret tilgang og familie-orienteret praksis.*

Under indflydelse af den økologiske model (Bronfenbrenner; 1979, 1998) og transaktionsmodellen for udvikling (Sameroff & Chandler 1975; Sameroff & Fiese, 1990) er den tidlige indsats nu mere koncentreret om et tværfagligt system for samarbejde, hvor man sigter mod at indføre nogle mere vidtspændende programmer, og hvor indsatsen fra forældre og samfund skal have en mere fremtrædende rolle.

I 1999 fik Portugal en særlig lov for tidlig indsats (Joint Executive Regulation nr. 891/99). Den fastsatte retningslinjer



for tidlig indsats over for småbørn (og deres familier) med handicap eller risiko for svære udviklingsmæssige forstyrrelser, og den var et stort fremskridt for anerkendelse og legitimering af den tidlige indsats.

Loven definerer tidlig indsats over for småbørn som en integreret støtteforanstaltning, rettet mod barnet såvel som mod familien, udført ved præventive aktiviteter og rehabilitering inden for undervisnings-, social- og sundhedsområdet, med henblik på:

- a) At sikre de rette betingelser for udvikling for børn med handicap og risiko for svære udviklingsmæssige forstyrrelser.
- b) At øge mulighederne for en bedre indsats rettet mod familien.
- c) At styrke familiens kompetencer og sikre den fortsatte udvikling af evnen til at håndtere handicap i familien.

Det var første gang, der blev udtrykt et reelt politisk tilsagn i forbindelse med foranstaltninger for tidlig indsats over for småbørn. Der blev indført systemer for tildelingen af ressourcer og finansiering, tværsektoriel koordinering og samarbejde mellem statslige og private organisationer. Uddannelses-, sundheds- og socialektorerne fik et fælles ansvar for at oprette team for *direkte indsats* i amterne, *distriktssamarbejde* og en *national interinstitutionel enhed*.

På trods af de seneste års store fremskridt er der stadig mange målsætninger, som kræver en fælles arbejdsindsats for at kunne opfyldes. Det gælder bl.a.:

- En mere omfattende dækning af behovene, især for de 0-2-årige.
- Forbedret kapacitet til konstatering og henvisning på et tidligt tidspunkt.
- Mere konsekvens i det tværfaglige og familieorienterede arbejde.
- Bedre kvalitet og flere muligheder i undervisning og uddannelse af fagfolk.



- Øget bevidsthed blandt beslutningstagere, fagfolk og en større del af befolkningen om værdien og bæredygtigheden i den tidlige indsats.

Hvis udviklingsprocessen, vellykkede resultater og et højt niveau af kvalitet i arbejdet fortsat skal sikres, skal der navnlig sættes fokus på opkvalificering af medarbejderne, forskning og evalueringsprocedurer.

Västerås (Sverige)

I Sverige opfattes barndommen som en udviklingsperiode af afgørende betydning i et menneskes liv. Den har sine egne værdier og skal ikke blot ses som en forberedelse til voksenlivet. Derfor har lærere og pædagoger på småbørnsområdet en væsentlig opgave: At give børnene mulighed for at lege.

De 289 kommuner i Sverige har ansvaret for at stille basale tilbud og foranstaltninger til rådighed for alle, herunder børneforsorg, skoler og socialforvaltninger. Sverige er opdelt i 21 "län", der rent størrelsesmæssigt svarer til de danske amter, med en såkaldt "länsstyrelse" (svarende til de danske amtsråd) i hvert. Länsstyrelsen er ansvarlig for sundheds- og dentalhygiejnen, som er gratis for alle børn og unge.

Tidlig indsats over for småbørn defineres som interventionspraksis for børn med behov for særlig støtte fra fødslen og til skolestart i 6-7 års-alderen. Tilbud og foranstaltninger for tidlig indsats er rettet mod barnet som en del af familien og nærmiljøet. Kommuner såvel som länsstyrelserne er ansvarlige for den tidlige indsats over for de forskellige målgrupper.

Med hensyn til den primære forebyggelse er det den lokale kommune, som har det basale ansvar for at sikre børns og familiers trivsel og sørge for acceptable leveforhold for alle. Den sekundære forebyggelse sker også i regi af kommunen, som skal sørge for intervention i forbindelse med førskole- og forsorgsprogrammer. På tertiært niveau skal kommunen sikre et sundt miljø for børn og familier. Som et led i den primære forebyggelse skal länsstyrelsen stille sundhedsydelse og



lægebehandling til rådighed for alle børn og deres familier via afdelingen for børnesundhed hos de svenske sundhedsmyndigheder. I takt med de ændrede levevilkår har sundhedsvæsenets fokus også ændret sig fra hovedsageligt at fungere som et kontrolorgan og gennemføre vaccinationsprogrammer, til nu også at varetage problemer hos børn med psykosomatiske og socio-emotionelle problemer, ændrede forældreroller og støtte til indvandrerfamilier. Som en del af disse foranstaltninger etableres også forældregrupper og –undervisning.

Det familie-orienterede perspektiv fordrer, at indsatsen foregår i naturlige situationer, som er en del af barnets og familiens hverdag. Der arbejdes derfor primært i omgivelser, som barnet og familien kender, eller i lokaler hos den kommunale børneforsorg eller førskoleinstitution. Det er både kommunen og länsstyrelsen, som har ansvar for dette. Kommunen skal stille særlige foranstaltninger til rådighed i førskoleinstitutionen eller hos børneforsorgen, samt sørge for personlig assistance og forsyng til børn med behov for særlig støtte og deres familier. Länsstyrelsen har ansvar for foranstaltninger til børn med konstaterede handicap, og disse stilles til rådighed af specialcentre for børn, de såkaldte habiliteringscentre.

Den officielle filosofi i Sverige omkring støtte til børn med handicap er baseret på WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) fra 2001. ICF klassificerer helbred og helbredsrelaterede faktorer i forhold til kropsfunktion og –strukturer, aktivitets- og deltagelsesniveau og miljørelaterede faktorer.

ICF kan anvendes til at beskrive organiseringen af foranstaltninger for småbørn med behov for støtte i Sverige. Foranstaltninger under länsstyrelsernes ansvar er primært centreret omkring kropsfunktioner (og varetages derfor af sundhedsstyrelsens afdeling for børn) og tilpasningsaktiviteter (som varetages af habiliteringscentrene). Børn, som har fået konstateret problemer med kroppens funktioner, henvises til lægebehandling gennem sundhedsstyrelsens børneafdeling. Her kan barnet og familien få hjælp af sagkyndige medar-



bejdere i lægevidenskabelige omgivelser, hvor man har specialister i de forskellige kropsfunktioner, som for eksempel øjenklinikker eller klinikker for intern medicin eller ortopædi. Hvis et barn ikke udvikles optimalt eller fungerer, som det forventes i forhold til dets alder, vil det blive henvist til et habiliteringscenter. Disse centre arbejder med børn med handicap og deres familier og praktiserer i udstrakt grad løbende dialog mellem brugerne og medarbejderne i arbejdet.

På habiliteringscentrene arbejder tværfaglige team bestående af læger, undervisere, psykologer og socialarbejdere sammen med barnet og familien. Man bruger ofte eksterne eksperter fra kommunen til bestemte opgaver som familiestøtte eller støtte til førskolebørn. Når et problem er fastslået, træder en række eksperter fra forskellige organisationer til for at iværksætte de rette foranstaltninger og tilbud til børn med behov for særlig støtte. Her er det vigtigt at gøre sig klart, hvordan anbefalinger og tiltag fra eksperter med forskellige synspunkter og baggrund skal koordineres.

2.3.2 Ligheder og forskelle

Informationer fra de nationale eksperter, som sammenfattet i det foregående, samt diskussioner med fagkyndige fra de tre udvalgte lokaliteter, påviste nogle ligheder og forskelle, som bør fremhæves.

Samme teoretiske model: I de tre eksempler er praksis baseret på den økologisk-systemiske model med følgende fællestræk:

- Der er enighed om en familie-orienteret tilgang, en socialt funderet linje, foranstaltninger og tilbud så tæt på hjemmet som muligt og teamarbejde.
- Foranstaltninger og tilbud er gratis for familien.
- Undervisning og uddannelse af fagfolk har høj prioritet, og derfor deltager alle medlemmer af teamet i forskellige efteruddannelsesprogrammer.
- Der udvises generelt et stort engagement og et højt kompetenceniveau hos de faglige medarbejdere, ligesom holdningen til at samarbejde i team generelt er positiv.



- Der hersker en positiv atmosfære og stor vilje til at arbejde mod fælles mål.

Forskellige fremgangsmåder for iværksættelse: Den økologiske model iværksættes forskelligt i de forskellige lande. Det ses tydeligt af det følgende, hvor forskellene er beskrevet for de tre udvalgte lokaliteter.

I München findes et *veletableret center for tidlig indsats* over for småbørn, som er samlingssted for det konsoliderede netværk af centre i hele Bayern. En sådan struktur, hvor indsatsen formidles gennem specialiserede centre, fordrer et stabilt og velkvalificeret team af fagkyndige medarbejdere, som arbejder i centre tæt på familiens hjem. Der findes mange former for sådanne centre, som finansieres af forskellige tjenester og afdelinger.

Det kan i øvrigt være lidt af en udfordring med de mange forskellige finansieringskilder, da medarbejderne jo skal vide alt om, hvilke ressourcer der er tilgængelige. Herudover skal der være et produktivt samarbejde mellem dem, så familierne kan få tildelt de rigtige ressourcer og støtteforanstaltninger i overensstemmelse med den økologiske model.

I Coimbra har man et *særdeles velkvalificeret projektteam, som arbejder i et tværinstitutionelt system*, baseret på enighed og samarbejde mellem lokale og regionale afdelinger – sundheds-, social- og uddannelsesmyndigheder – som finansierer indsatsen ved at stille de nødvendige sagkyndige medarbejdere til rådighed.

Et sådant system sikrer effektivitet og god udnyttelse af de eksisterende ressourcer og prioriterer de socialt udsatte familier.

Udfordringen består i at sikre en effektiv koordinering af de forskellige institutioner, både lokalt, regionalt og nationalt. Blot et enkelt svagt led vil gøre systemet finansielt og fagligt sårbart. Manglende stabilitet i arbejdsteamet kan også være et af systemets svage punkter.



I Västerås er det *sagkyndige medarbejdere fra det lokale ressourcecenter*, som yder støtte til førskolebørn (fra 1 årsalderen) og deres forældre. Denne lokale, decentraliserede foranstaltning er funderet på et godt socialt system, som sikrer familien væsentlige sociale goder.

Systemet ser ud til at fungere, hvilket skyldes de fagkyndige medarbejders kompetencer og landets solide økonomi.

Udfordringerne består i det udtalte behov for koordinering og samarbejde mellem de forskellige instanser og de hertil knyttede faglige medarbejdere på lokalt og regionalt plan, samt i at give medarbejderne en mere dybtgående viden om helt små børns udvikling.

Alle tre eksempler giver anledning til at bemærke det stigende antal børn med indvandrerbaggrund i forbindelse med tidlig indsats. Det er et positivt tegn på, at de samfundsmæssige ændringer i Europa også afspejles i bevidstheden hos de ansvarlige medarbejdere på området.



3. ANBEFALINGER

Nedenstående anbefalinger er udarbejdet ud fra princippet om, at tidlig indsats er en *rettighed* for alle børn og familier med behov. Analysen har påvist en række områder, hvor der er behov for tiltag. Anbefalingerne her kan være med til at gøre de fagkyndige medarbejdere opmærksomme på de rette strategier for at iværksætte tiltag og styre uden om vanskeligheder – alt sammen med det formål at yde barnet og familien den korrekte indsats. De er baseret på diskussioner fra arbejdsmøderne og vil også være gavnlige for de beslutningstagere, som arbejder med tidlig indsats.

De fem hovedfaktorer, som vi beskrev i kapitel 2, er her opstillet med en (ikke-udtømmende) liste over anbefalinger for iværksættelsen.

3.1 Tilgængelighed

For at sikre indsatsen over for alle børn og familier med behov på så tidligt et tidspunkt i barnets liv som muligt - anbefales for følgende områder:

Politiske målsætninger: Lokale, regionale og nationale målsætninger er vigtige for at kunne garantere børn og familier med behov ret til tilbud og foranstaltninger for tidlig indsats. Der skal være nogle overordnede politikker, som skal understøtte fagfolks og familiers fælles arbejdsindsats gennem fastsættelsen af kriterier for kvalitet og evaluering. Forholdene i de forskellige lande kræver særlig opmærksomhed omkring følgende:

1. Familier og fagfolk har brug for politiske målsætninger og, i den forbindelse, en effektiv koordinering af strategier for iværksættelse, formål, tildeling af midler og resultater.
2. Politiske målsætninger skal understøtte og fremme samarbejdet mellem uddannelses-, social- og sundhedssektoren. Overlapning eller modsatrettede målsætninger i og på tværs af sektorer skal undgås.



3. Politiske målsætninger kan omfatte opførelse af regionale og nationale støttcentre for tidlig indsats. De kan være det link, der samler de tre niveauer – politisk, fagligt og familiemæssigt.

Adgang til information: Når behovet opstår, skal der være adgang til klar og præcis information om tilbud og foranstaltninger til familier og fagfolk, både lokalt og på regionalt og nationalt plan. Det er vigtigt, at sprogbrugen er nøjagtig og alligevel letforståelig. Til familier fra andre kulturer skal informationen være udarbejdet på deres foretrukne sprog, så de ikke går glip af vigtige oplysninger.

Klar definition af målgrupper: De politiske beslutningstagere fastsætter kriterier for den tidlige indsats, men de fagkyndige skal fungere som rådgivere for dem. Centre, team og fagkyndige medarbejdere skal fokusere på den definerede målgruppe i forhold til de prioriteter, der er fastsat på lokalt, regionalt og/eller nationalt plan. De forskellige niveauer må ikke fremsætte modstridende oplysninger, da det naturligvis vil skabe forvirring og kan få alvorlige konsekvenser for børn og familier i form af manglende eller direkte fejlagtig støtte.

3.2 Nærhed

Familie-orienterede tilbud og foranstaltninger så tæt på hjemmet som muligt sikres bedst ved:

Decentralisering: Tilbud og foranstaltninger bør være til rådighed i familiens næromgivelser for at:

- Få bedre kendskab til familiens sociale miljø.
- Sikre ensartet kvalitet i tilbud og foranstaltninger, uanset familiens geografiske placering (f.eks. i tyndtbefolkede landområder).
- Undgå overlappning og irrelevant eller misvisende rådgivning.

Opfyldelse af behov: Tilbud og foranstaltninger skal være tilpasset familien og barnet og skal kunne opfylde deres behov, hvilket indebærer at:



- Familien har ret til grundig og løbende information fra det tidspunkt, hvor behovet er konstateret.
- Familien har ret til - i samråd med fagfolk - at træffe afgørelser om fremgangsmåden.
- Familien kan ikke tvinges til at modtage tilbud og foranstaltninger om tidlig indsats, men indsatsen skal sikre barnets ret til beskyttelse. Barnets og familiens rettigheder skal være kongruente.
- Familien og de sagkyndige medarbejdere skal have samme opfattelse af formålet og fordelene ved den form for intervention, der foreslås anvendt i deres tilfælde.
- Der skal udarbejdes et skriftligt dokument (individuel plan, behandlingsplan for familien eller tilsvarende) af medarbejderne i samarbejde med familien, som gør processen gennemsæuelig og klarlægger enigheden om de fælles mål: Planlægning af interventionstiltag, definition af målsætninger og ansvarsområder, evaluering af resultater, osv.
- Familien skal have adgang til undervisning når den ønsker det, så den kan opnå viden og kvalifikationer om indsatsen og på den måde lette processen og samarbejdet med de fagkyndige og med barnet.

3.3 Prisbillighed

Tilbud og foranstaltninger for tidlig indsats skal være tilgængelige for alle familier og børn med behov, uanset social og økonomisk baggrund. Derfor skal tilbud og foranstaltninger være gratis for familien. Det betyder, at alle omkostninger skal dækkes af offentlige midler, forsikringsselskaber eller nonprofit-organisationer osv., samtidig med, at de i lovgivningen fastsatte kvalitetskrav skal opfyldes. I tilfælde hvor der, udover de offentligt betalte tilbud og foranstaltninger, er mulighed for at modtage privat behandling mod egenbetaling, skal kvalitetskravene også sikres gennem lovgivning.

3.4 Tværfagligt samarbejde

Nedenstående anbefalinger vil sikre kvalitet i samarbejdet på tværs af faggrupper.



Samarbejde med familien¹:

Som de fagkyndige medarbejderes vigtigste samarbejdspartner skal der sikres et godt forhold til barnets familie, hvilket blandt andet kræver:

- At det er de fagkyndige medarbejdere, som tager initiativet til samarbejde, med respekt for familien og med en målsætning om at ville forstå dens behov og forventninger og at undgå konflikter på grund af forskellige synspunkter, uden dog at pådutte familien egne holdninger.
- At de fagkyndige medarbejdere holder møder med forældrene, hvor forskellige synspunkter kan diskuteres, og hvor man i fællesskab kan udarbejde en skriftlig plan for arbejdet, i form af en individuel plan eller tilsvarende.
- At parterne er enige om punkterne i den individuelle og skriftlige plan (familie-behandlingsplan eller tilsvarende) hvad angår typen af intervention, målsætninger, strategier, ansvarsfordeling og evalueringsprocedurer. Planen skal evalueres løbende, både af familien og medarbejderne.

Teambuilding: Selv om medarbejderne i teamet har forskellig baggrund, er det vigtigt, at de samarbejder på tværs af hinandens fagområder, både før og under udførelsen af de aftalte opgaver. Der skal være enighed om principper, målsætninger og strategier for arbejdet. Forskellige synspunkter skal koordineres, så man får en holistisk tilgang til opgaven og undgår for megen opdeling i enkelte "småprojekter". Især skal man være opmærksom på at:

- Dele al information, så man kan supplere hinanden og udnytte hinandens individuelle kompetencer.
- Tage beslutninger som et team, på grundlag af fælles diskussioner og efter enighed.
- Udpege en kontaktperson, som kan koordinere de nødvendige opgaver, sikre løbende kontakt med familien

¹ Ordet samarbejde skal i denne sammenhæng ses som samarbejde mellem familier og fagfolk, hvor begge grupper bidrager med deres viden og erfaringer samt yder en fælles indsats og har et fælles ansvar for et godt resultat.



og sørge for, at der ikke er ensidig, tidskrævende og overflødig korrespondance mellem medarbejdere og forældre. Vedkommende skal fungere som referenceperson for begge parter, og der skal helst udpeges en person for hver opgave, som besidder de kvalifikationer, der er mest hensigtsmæssige for netop den situation.

- Sikre, at medarbejdere med forskellig baggrund kan samarbejde. Derfor er det vigtigt at lave fælles videre- og/eller efteruddannelsesprogrammer, så man både får en fælles basisviden om børn og deres udvikling, og en mere specialiseret viden om arbejdsmetoder, vurdering osv. samt personlige kompetencer til at kunne arbejde med og i familien, indgå i et team, samarbejde med andre sektorer og udvikle sine personlige kvalifikationer.

Stabilitet i teamet: Et team skal være så stabilt som muligt for at kunne fremme teambuilding og heraf følgende kvalitet i arbejdet. For megen udskiftning blandt medarbejderne vil let påvirke kvaliteten af arbejdet i negativ retning samt besværliggøre et godt teamarbejde og gennemførelsen af undervisningsprogrammer.

3.5 Alsidighed

Nedenstående anbefalinger blev udarbejdet for at fremme deltagelsen fra uddannelsessektoren samt sundheds- og socialektorerne og dermed sikre alsidighed i arbejdet.

Sektorkoordinering: De involverede sektorer skal kunne garantere, at målsætningerne på de forskellige niveauer af forebyggelse kan opfyldes gennem nogle velkoordinerede og hensigtsmæssige tiltag, som betyder at:

- Uddannelsessektoren, social- og sundhedssektorerne skal involveres i arbejdet med tidlig konstatering og henvisning. Formålet er at undgå huller og forsinkelser i indsatsen, hvilket vil påvirke den videre intervention samt eventuelle ventelister i negativ retning.
- Der skal være adgang til udviklingsmæssig screening for alle børn. Der skal være udbredt kendskab til og systematisk brug af screening.



- Gravide kvinder skal tilbydes løbende kontrol, rådgivning og opfølgning.

Koordinering af tilbud og foranstaltninger: En optimal udnyttelse af tilgængelige ressourcer sikres gennem effektiv koordinering:

- Kontinuiteten af tilbud og foranstaltninger skal fungere effektivt, når et barn skal flyttes fra én foranstaltning til en anden. Familien og barnet skal involveres og støttes i videst muligt omfang.
- Der skal være mulighed for friplads i dagtilbud for børn, som har modtaget tilbud og støtteforanstaltninger i forbindelse med tidlig indsats.

Anbefalingerne er som nævnt hovedsageligt rettet mod fagfolk, som arbejder eller har planer om at arbejde med tidlig indsats over for småbørn, men politiske beslutningstagere vil også kunne bruge dem. Det er derfor, der regelmæssigt bør evalueres på effekten af politikker for tidlig indsats over for småbørn, og resultatet af disse evalueringer bør videreformidles, så debat og forskningsarbejde løbende kan stimuleres. Det er familier, sagkyndige og beslutningstagere på lokalt, regionalt og nationalt plan, som i fællesskab har ansvar for udformningen af politikker på dette område.



REFERENCER

- 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 Willy & 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 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.

Tidlig indsats over for småbørn har en utrolig stor betydning, som afspejles i politikker og faglig praksis. Det handler kort sagt om forældres og børns ret til at modtage støtte efter behov. Formålet med den tidlige indsats er både at afhjælpe problemer og give barnet, forældrene og de involverede støtteinstanser nogle brugbare kompetencer. Helt overordnet bidrager den tidlige indsats til opbygningen af et inkluderende og kontinuerligt samfund, hvor børns og forældres rettigheder har høj prioritet.

Denne rapport sammenfatter de vigtigste resultater fra en analyse af tidlig indsats over for småbørn, som blev gennemført af European Agency for Development in Special Needs Education i 19 lande, i løbet af 2003 og 2004. Der blev udarbejdet en række anbefalinger til overvejelse og forbedring af den nuværende praksis. Disse er naturligvis inkluderet i rapporten, og er hovedsageligt målrettet de fagfolk, som arbejder med tidlig indsats i dagligdagen.

