



Tidlig intervensjon i førskolealder

Situasjonsanalyse fra Europa

Nøkkelområder og anbefalinger

Tidlig intervensjon i førskolealder

Situasjonsanalyse fra Europa

Nøkkelområder og anbefalinger

Oppsummeringsrapport

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



Denne rapporten er et sammendrag av studien "Early Childhood Intervention" (tidlig intervensjon i førskolealder – TIF). Det er lov å bruke utdrag av dokumentet så sant det henvises klart til kilden.

European Agency har utarbeidet denne rapporten basert på bidrag fra de utpekte nasjonale eksperter på fagområdet Tidlig Intervensjon i Førskolealder. En stor takk går til *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* for deres bidrag, og til *Axelle Cheney* for all hjelp.

Du finner også omfattende informasjon om situasjonen i de enkelte landene samt kontaktinformasjon for alle eksperter og nasjonale EA-representanter som er involvert i prosjektet, på TIFs nettsted:

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

Redaktør: Victoria Soriano

Forsideillustrasjon: "*Palveluviidakko*" – Tjenestejungelen – av Marjaana Koskivuori. Illustrasjonen er laget av den anerkjente finske kunstneren Marjaana (født i 1988). På grunn av cerebral parese bruker Marjaana infrarød mus til å skape grafikk på sin datamaskin. Marjaana forklarer meningen med illustrasjonen på følgende måte: "Den røde prikken til høyre er meg – utenfor tjenestejungelen." Marjaana gav tegningen til European Agency som takk for at hun fikk delta på høringen om ungdom med behov for tilrettelagt opplæring (Hearing of Young People with special needs) organisert av EA i Europaparlamentet 3. november 2003.

Utarbeidelsen av dette dokumentet er støttet av Europakommisjonens generaldirektorat for utdanning, opplæring, kultur og flerspråklighet:

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

ISBN: 8791500-66-4 (elektronisk)
978-8791500-66-4

8791500-48-6 (trykt)
978-8791500-48-0

2005

European Agency for Development in Special Needs Education

Sekretariat:

Østre Stationsvej 33

DK – 5000 Odense C Denmark

Tlf: +45 64 41 00

secretariat@european-agency.org

Brussel-kontor:

3 Avenue Palmerston

BE-1000 Brussel, Belgia

Tlf.: +32 2 280 33 59

brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org



INNHOLD

HOVEDSAMMENDRAG	4
INNLEDNING	7
1. TIDLIG INTERVENSJON I FØRSKOLEALDER: BEGREPSRAMME	12
2. PROSJEKTANALYSE AV TIDLIG INTERVENSJON I FØRSKOLEALDER	20
2.1 Tjenestetilbudet i forskjellige land.....	20
2.2 Nøkkelområder	24
2.2.1 Målgrupper.....	25
2.2.2 Samhandling.....	26
2.2.3 Opplæring av fagpersoner	27
2.2.4 Arbeidsverktøy	29
2.3 Tre eksempler på tidlig intervensjon i førskolealder.....	31
2.3.1 Viktige kjennetegn.....	32
2.3.2 Likheter og forskjeller	39
3. ANBEFALINGER	42
3.1 Tilgjengelighet	42
3.2 Nærhet	43
3.3 Kostnader	44
3.4 Tverrfaglig samarbeid.....	45
3.5 Mangfold.....	46
REFERANSER	48



HOVEDSAMMENDRAG

Tidlig intervensjon i førskolealder (TIF) er et viktig felt, både på politisk og faglig nivå. Det dreier seg om retten små barn og deres familier har til å motta den hjelpen de trenger. Tidlig intervensjon har som mål å støtte og styrke barnet, familien og de involverte tjenestene. Tidlig intervensjon i førskolealder bidrar til å skape et inkluderende samfunn preget av samhörighet og bevissthet omkring rettighetene til barn og deres familier.

Relevante publikasjoner de siste 20–30 årene dokumenterer fremveksten av ideene og teoriene som leder til et nytt tidlig intervensjons – konsept, der helse-, opplærings- og samfunnsvitenskap (spesielt psykologi) er direkte involvert. Det nye konseptet fokuserer på barns utvikling samt hvilken betydning sosial interaksjon har for menneskets utvikling generelt og barnets spesielt. Dette representerer et skifte fra en type intervensjon som hovedsakelig fokuserte på barnet, til en type der både barnet, familien og miljøet rundt inkluderes. Dette sammenfaller med utviklingen av ideer på funksjonshemmingsfeltet, der fokus er flyttet fra en ”medisinsk” til en ”sosial” modell.

Ulike elementer som er relevante for dette nye konseptet, ble identifisert i EAs prosjektanalyse. Disse elementene beskrives nedenfor.

Tilgjengelighet, nærhet, lave kostnader og mangfold er elementer som er felles for tidlig intervensjon - tjenestene i Europa:

- Et variert tjeneste- tilbud stilles til rådighet på forespørsel fra familien.
- Slike tilbud og tjenester skal tilbys så tidlig som mulig, være gratis eller koste minimalt for familiene og tilbys når og hvor det er behov for det, fortrinnsvis på lokalt nivå. Tjenestene skal oppfylle familienes behov og gi et intervensjonstilbud som fokuserer på familien.
- Mangfoldet i tjenestetilbudet i de ulike landene understreker nødvendigheten av å etablere tilfredsstillende samarbeid og



koordinering av tjenester og ressurser for å sikre god kvalitet på tjenestene.

- Helse-, sosial- og utdanningstjenester skal involveres og ha felles ansvar for tidlig intervensjon. Dette samsvarer med teoriene som ligger til grunn for tidlig intervensjon, basert på ulike disipliner og samfunnsvitenskap. Det er en direkte relasjon mellom helse-, opplærings- og sosialfaglig vitenskap når det gjelder barns utvikling, og dette skal gjenspeiles i praksis. Det finnes ingen enkeltstående referansemodell: Ulike teorier og modeller har bidratt til utviklingen av en bred tilnærming, der barnet, familien og omgivelsene er i fokus – et skifte fra en medisinsk til en sosial modell.

Målgrupper, teamarbeid, opplæring av fagpersoner og arbeidsverktøy var de viktigste aspektene som ble diskutert på prosjektmøtene.

- Prosjektets eksperter uttrykte bekymring for effekten endringer i samfunnet har på målgruppen, samt økningen i antallet barn med psykiske og sosioemosjonelle problemer.

- Fagpersoner fra ulike fagfelt har ansvaret for støttetilbudet til små barn og deres familier. Fagpersoner skal ikke jobbe innenfor rammene av avdelinger, de må samarbeide med hverandre i tverrfaglige grupper. For å få til et teamarbeid som fungerer godt, må fagpersonene få en eller annen form for felles opplæring som utvider kompetansen de allerede har tilegnet seg i løpet av grunnutdanningen. En slik felles opplæring kan skje i form av videreutdanning (spesialisering) eller som del av en generell kompetanseutvikling. Dette sikrer at fagpersoner har den nødvendige kunnskapen om for eksempel barns utvikling, arbeidsmetoder, samarbeid på tvers av tjenester, teamarbeid, saksbehandling, utvikling av personlige evner/ferdigheter og samarbeid med familier. Fagpersoner må vite hvordan de skal involvere og samarbeide med foreldre og/eller andre familiemedlemmer og vise respekt for deres behov og prioriteringer – som kan avvike fra fagpersonenes egne synspunkter.

- Fagpersoner bruker ulike verktøy for å sikre at en kontinuerlig prosess av høy kvalitet iverksettes så snart problemet oppdages, og at prosessen iverksettes med full deltakelse fra familien. I tilfeller der det er behov for intervensjon, utarbeides



det en individuell plan – også kalt familieplan eller individuell plan for familietjenester avhengig av land – som er et resultat av samarbeid mellom familien og det tverrfaglige teamet. Planen fokuserer på behov, sterke sider, prioriteringer, målsettinger og tiltak som skal iverksettes og evalueres. Et slikt dokument gjør det enklere å utveksle informasjon og sikre en tjenestekontinuitet når et barn overflyttes fra et tilbud til et annet, eller når en familie flytter til et nytt sted.

Alle disse faktorene utgjør grunnlaget for en utarbeidelse av anbefalinger om forbedring og konsolidering av eksisterende tilbud om tidlig intervensjon. Disse anbefalingene presenteres i siste kapittel i dette dokumentet.



INNLEDNING

Dette dokumentet er et sammendrag av prosjektanalysen av de viktigste sidene ved Tidlig intervensjon i førskolealder (TIF) i flere europeiske land, ledet av European Agency for Development in Special Needs Education i løpet av 2003 og 2004. Dokumentet inneholder også en liste over anbefalinger, hovedsakelig myntet på fagpersoner på dette feltet, som kan fungere som kilde til refleksjon og forbedring av praksis.

Denne analysen ville ikke vært mulig om det ikke hadde vært for kunnskapen og kompetansen til eksperter og familier som har vært direkte og indirekte involvert i prosjektet. De har bidratt med relevant informasjon, ideer og innspill i tilknytning til statusen for tidlig intervensjon i førskolealder i deres respektive land, samt kommet med synspunkter og kritiske kommentarer i alle fasene av prosjektet.

Konklusjonen i dette dokumentet understreker behovet for videre analyse på dette viktige feltet, en videreføring av arbeidet som ble fullført av EA allerede i 1998. Den er også i tråd med hovedprinsippene som er fremhevet av viktige internasjonale organisasjoner som FN og UNESCO, som begge har gitt klart uttrykk for standpunktene sine i arbeidet med å sikre rettighetene til barn og deres familier:

Mødre og barn har rett til spesiell omsorg og hjelp (FN 1948, Artikkel 25 §2).

Barnet skal ha rett til å vokse og utvikle seg i sunne forhold; med dette formål for øye skal det sørges for særlig omsorg og beskyttelse både for barnet og for dets mor, herunder tilstrekkelig pleie før og etter fødselen (FN 1959, Prinsipp 4)

Partene erkjenner at barn med funksjonshemninger har rett til særskilt omsorg og skal, innenfor rammene av de tilgjengelige ressurser, oppmuntre og sikre det berettigede barn og de omsorgsansvarlige tilgang til de hjelpetiltak som det blir søkt om og som er hensiktsmessige på bakgrunn av barnets tilstand og



foreldrenes eller andre omsorgspersoners forhold (FN 1989, Artikkel 23 §2)

Statene bør ta sikte på å få til ordninger der grupper av spesialister fra flere felt arbeider sammen slik at sykdom og skader oppdages på et tidlig stadium, vurderes og behandles. Dette kan forhindre, redusere eller eliminere funksjonshemming som forårsakes av slik sykdom eller skade (FN 1993, Regel 2 §1)

Omsorgs- og læringsprogrammer for førskolebarn opptil seksårsalderen skal etableres og/eller omformes slik at de fremmer fysisk, intellektuell og sosial utvikling samt forbereder barna på skoletilværelsen. Slike programmer har en stor økonomisk verdi både for barnet, familien og samfunnet som helhet ettersom det hindrer en forverring av funksjonshemmende tilstander (UNESCO, 1994, §53).

Metodene som er brukt i analysen korresponderer med grunnprinsippene for tidlig intervensjon i førskolealder: Å samarbeide på en respektfull og åpen måte innenfor et tverrfaglig miljø og på en interaktiv måte der deltakernes forskjellige bakgrunner respekteres.

Innsamling av informasjon på nasjonalt nivå og analyse av nasjonale forhold har dannet basis for arbeidet.

Ekspertene fra praksis og forskning innenfor fagfeltet tidlig intervensjon i førskolealder fra 19 land ble utpekt av representanter fra EA. Alle fagsektorer var også representert: opplærings- og helse- og sosialtjenester, med størst representasjon fra opplæringstjenestene. Familier var direkte involvert på ett av arbeidsmøtene samt i prosjektets evalueringsfase (se side 10).

I alt ble det avholdt fem møter i løpet av prosjektet – fire arbeidsmøter og et sluttseminar. Hovedmålet med møtene var å vurdere og deretter presentere konkrete forslag i forbindelse med følgende temaer som ble fastsatt på det første møtet:



- Hvilken rolle tjenester og fagpersoner skal ha innenfor rammene av tidlig intervensjon i førskolealder.
- Sammensetning av team og nødvendig opplæring av fagpersoner.
- Endringer i målgruppen for tidlig intervensjon i førskolealder.
- Hvilke redskap som er nødvendige for å oppnå et best mulig samarbeid med barna og familiene deres.

Tre steder ble valgt for møtevirksomhet og besøk fordi de representerer gode eksempler på iverksettelse av den økologisk-systemiske modellen for tidlig intervensjon i førskolealder – en anerkjent teoretisk og praktisk tilnæringsmodell på feltet (se senere kapitler for en mer detaljert beskrivelse av denne modellen). I tillegg var disse tre stedene direkte tilknyttet pågående forskningsarbeider i regi av lokale universiteter. Dette gjorde det mulig for ekspertene som var involvert i prosjektet, å diskutere og deretter identifisere de viktigste kjennetegnene, styrkene og mulighetene for forbedringer, basert på situasjonen i deltakerlandene.

Den overordnede analysen bestod av fire faser, som alle har vært grunnlag for denne oppsummeringsrapporten.

Informasjonsfase: Innsamling av nasjonale bidrag har vært strukturert etter en modell som ble avtalt på det første møtet, med det formål å muliggjøre en sammenligning av eksisterende tilbud og tjenester i de aktuelle landene. Ekspertene ble bedt om å:

- bidra med informasjon om de viktigste kjennetegnene ved tilbudet om tidlig intervensjon i førskolealder i hjemlandet, og
- presentere den generelle veien, en såkalt *life-line*, som følges av et barn og dets familie med behov for tidlig intervensjon fra fødsel til 5–6-årsalderen. Denne *life-line* omfatter navn på og type støtte som ytes via eksisterende tilbud basert på barnets alder, hvilke instanser som er ansvarlige for tilbudet, samt kommentarer.

Utvekslingsfase: Informasjonsutveksling og drøftelser av flere avtalte spørsmål relatert til tidlig intervensjon i førskolealder,



basert på evalueringen av tre praktiske eksempler: München i Tyskland, Coimbra i Portugal og Västerås i Sverige. Disse tre stedene gav prosjektdeltakerne muligheten til å analysere hvordan tidlig intervensjon iverksettes på forskjellige steder, samt rette oppmerksomheten mot likheter og ulikheter angående tjenester og tilbud i land som var med i prosjektet. Innspillene fra fagpersoner og foreldre på de utvalgte stedene bidro sterkt til å berike diskusjonene.

Diskusjonsfase: Global diskusjon om tilstand og status innenfor tidlig intervensjon i førskolealder, samt tydeliggjøring av innholdet sto sentralt på møtene. Et utkast med hovedresultatene fra de tre møtene ble gjennomgått grundig. Denne viktige fasen bidro til utarbeidelsen av den endelige oppsummeringsrapporten gjennom dyptgående diskusjoner med eksperter og representanter fra EA om alle aspekter som er behandlet i dokumentet.

Evalueringsfase: Vurdering av resultatene på sluttseminaret i form av åpen diskusjon omkring de viktigste resultatene gruppen av eksperter og eksterne parter hadde oppnådd. Foreldre, fagpersoner, beslutningstakere og forskere på tidlig intervensjons - området ble invitert til å delta i slutfasen.

Begrepet **tidlig intervensjon i førskolealder** benyttes gjennomgående i dette dokumentet. Dette er gjort for å unngå eventuelle misforståelser eller forvirring rundt konseptet med tidlig intervensjon. Tidlig intervensjon refererer til nødvendige tiltak og intervensjon som brukes for å støtte et barn og dets familie så tidlig som mulig i barnets opplæring.

Det er nødvendig å poengtere at tiltak innenfor rammen av tidlig intervensjon er rettet mot barn med behov for spesielt tilpasset opplæring frem til de er 6 år.

Denne oppsummeringsrapporten er lagt opp på følgende måte: **Kapittel 1** gir en kort oversikt over begrepsrammen som benyttes på feltet tidlig intervensjon i førskolealder. Dette rammeverket er basert på relevante publikasjoner om emnet, og både definisjoner og hovedmålsettinger blir beskrevet.



I **kapittel 2** presenteres resultatene fra analysen som ble utført i løpet av prosjektet. Analysen omhandler den faktiske tilbudssituasjonen og organiseringen av tidlig intervensjons - tjenester i deltakerlandene. Den reflekterer også dybde diskusjonene omkring de tre nasjonale eksemplene. Disse diskusjonene resulterte i kartleggingen av en rekke nøkkelfaktorer det er viktig å fremheve når det gjelder tidlig intervensjon i førskolealder. Disse faktorene representerer ulike hensyn og utfordringer som både foreldre og fagpersoner står overfor.

Kapittel 3 inneholder en rekke anbefalinger, hovedsakelig myntet på fagpersoner.

Dette dokumentet kan bare gi et sammendrag av diskusjonene, informasjonen og erfaringsutvekslingen som foregikk mellom prosjektets spesialister. De som vil ha mer informasjon om status for tidlig intervensjon i førskolealder i deltakerlandene, viktige kontaktpersoner og henvisninger til aktuelle publikasjoner, kan besøke nettsidene for Tidlig intervensjon i førskolealder på EAs nettsted:

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



1. TIDLIG INTERVENSJON I FØRSKOLEALDER: BEGREPSRAMME

Tidlig intervensjon i førskolealder er vurdert som et nøkkelområde for analyse på europeisk nivå. Det var ett av temaene som ble tatt opp i EUs handlingsprogram Helios II (1993–1996), som ga viktige betraktninger både fra et opplærings- og rehabiliteringsperspektiv. Resultater fra begge sektorer dannet også grunnlaget for dokumentet som ble publisert av European Agency for Development in Special Needs Education (1998), og som tok for seg ulike lands status på området. Disse dokumentene, sammen med Eurly aids programerklæring fra 1991 (European Association on Early Intervention – Manifesto) og andre relevante publikasjoner, gir en god oversikt over utviklingen på feltet, både på teoretisk, politisk og praktisk nivå.

De europeiske og internasjonale dokumentene om konsepter, prinsipper og metoder innenfor tidlig intervensjon i førskolealder som er utgitt de siste 20–30 årene, gir en oversikt over **utviklingen av ideer og teorier** på området. Forskjellige forfatters innspill på grunnlag av ulike teoretiske perspektiver, har bidratt til en utvikling av konsepter og, etter hvert, praksis. Deres bidrag kan deles inn i to kategorier:

1. De har utviklet et nytt konsept innen tidlig intervensjon der helse-, utdannings- og samfunnsfaglige vitenskaper, spesielt psykologi, er direkte innkoblet. Dette viser en ny situasjon. Disse sektorene har tidligere hatt relativt forskjellig og ikke alltid sammenfallende effekt.
2. De har kartlagt utviklingen fra intervensjon med hovedfokus på barnet, til dagens bredere tilnærming der det ikke lenger fokuseres bare på barnet, men også på familien og miljøet rundt (Peterander et al, 1999; Blackman, 2003).

Utviklingen innen helse- og samfunnsvitenskapen, samt den generelle samfunnsutviklingen har hatt direkte innvirkning på konseptene og metodene som i dag benyttes innenfor tidlig intervensjon.



Økt kunnskap om hjernens utvikling har satt søkelys på hvilken betydning tidlige opplevelser har på vekst og utvikling av nervebaner (Kotulak, 1996). På samme måte viser Park & Peterson (2003) at nyere forskning på hjernens utvikling ser ut til å bevise at positive og berikende opplevelser tidlig i barndommen kan ha positiv effekt på hjernens utvikling, hjelpe barnet med å tilegne seg språk, utvikle evnen til problemløsning, etablere sunne forhold til andre barn og voksne og tilegne seg ulike ferdigheter som har stor betydning resten av livet. Fra barnet blir født – faktisk helt fra unnfangelser – og de første leveårene, gjennomgår barnet en utvikling som overgår all utvikling senere i livet (Shonkoff, 2000). Shonkoff peker imidlertid på at utviklingen kan bli alvorlig svekket av sosiale og følelsesmessige “hemninger”.

Ulike forskningsstudier og debatter har omhandlet den direkte og irreversible innvirkning utviklingen i løpet av de første leveårene har på menneskets videre utvikling, uten at man har absolutte bevis på konkrete årsakssammenhenger. Det er imidlertid alminnelig anerkjent at opplevelser og hendelser i løpet av de første månedene og årene av livet, virker inn på barnets utvikling videre i livet:

Det er kanskje ikke slik at all tidlig skade er irreversibel, at alle tapte muligheter er ugjenkallelige eller at de første årene er totalt avgjørende for voksenlivet – tidlige skader vil muligens kunne leges senere, tapte muligheter gjenvinnes og voksenlivet bestemmes kanskje ikke utelukkende av tidlige erfaringer. Det er heller slik at de første leveårene er viktige fordi tidlig skade kan få alvorlige konsekvenser for barnet senere. Kompensering for tapte muligheter krever som regel omfattende intervensjon senere i livet. Erfaringer tidlig i livet skaper enten en solid eller en skjør plattform som all senere utvikling bygger på. (Shonkoff & Phillips, 2000, s. 384)

Flere teorier innenfor psykologi og pedagogikk har bidratt til etableringen av en bred tilnærming til tidlig intervensjon i førskolealder: alt fra teorier fokusert på biologi kontra oppdragelse, der barnets utvikling sees på som en åpen prosess (*tabula rasa* – alt er mulig og et resultat av voksnes



påvirkning, positiv som negativ), til en mer deterministisk tilnærming.

Viktige teorier om barns utvikling og læringsprosess, f.eks. Gesells utviklingstilnærming (1943), Skinners operant betingelsesteori (1968) og Piagets genetiske epistemologi (1969), har alle hatt stor innvirkning på tidlig intervensjon. Et felles, implisitt element når det gjelder læringsstrategier og -muligheter for helt små barn med behov for tilpasset opplæring, er teoriernes fokus på barnet og dets begrensninger, uavhengig av barnets oppvekstmiljø.

Andre forfattere har videreført denne utviklingen og fokusert spesielt på:

- a) betydningen familien og omsorgspersoner har for barnets utvikling – tilknytningsteorien (Bowlby, 1980; Ainsworth et al, 1978);
- b) betydningen av sosiale interaksjoner – sosial læringsteori (Bandura, 1977), sosial utviklingsteori (Vygotsky, 1978), transaksjonsmodellen for kommunikasjon (Sameroff og Chandler, 1975; Sameroff og Fiese, 2000);
- c) betydningen miljø og interaksjon med andre har for utviklingen – humanøkologisk teori (Bronfenbrenner, 1979).

Et nytt perspektiv, som imidlertid er tett forbundet med teoriene nevnt ovenfor, utforskes i den økologisk-systemiske tilnærmingen. I henhold til Porter (2002) går denne tilnærmingen ut på å vurdere barnets utvikling på følgende måter:

Holistisk: Det vil si at alle utviklingsområder – både det kognitive, språklige, fysiske, sosiale og emosjonelle – er forbundet med hverandre.

Dynamisk: Dette er prinsippet om “goodness fit” som hevder at *for å kunne forbli hensiktsmessig, må miljøet forandre seg i samsvar med individets endrede behov* (Horowitz, 1987, sitert av Porter, 2002, s. 9).

Transaksjonsbasert: Ifølge modellen til Sameroff og Chandler (1975), styrkes utviklingen av en toveis, innbyrdes interaksjon mellom barnet og dets omgivelser. Barnets utvikling anses som et resultat av et kontinuerlig, dynamisk samspill mellom barnets



atferd, omsorgspersonenes respons på atferden og miljømessige variabler som kan påvirke både barnet og omsorgspersonene.

Individuell: Kunnskap eller utvikling er individuell – individet former sine egne, unike perspektiver.

Den økologisk-systemiske tilnærmingen gir en systematisk metode for analyse, forståelse og registrering av hva som skjer med barn og unge sett i relasjon til familie og hele miljøet de lever i (Horwath, 2000). Den har også innvirkning på utarbeidelsen av læreplanmodeller beregnet på førskolen:

Den skifter læringsfokuset fra å fortelle barnet hva det skal vite, til en modell der man lytter til barnet og gir respons på barnets egne opplevelser (Porter, 2002, s. 9)

I dag er den økologisk-systemiske tilnærmingen svært utbredt og kan sies å være en referansemodell innenfor tidlig intervensjon i førskolealder. Den er resultatet av en endring i målet for intervensjon. Intervensjon sees på som en kompleks prosess som ikke bare skal fokusere på barnet, men også på barnets umiddelbare omgivelser.

Den økologisk-systemiske modellen er også tydelig i USA's "Head Start Programme", som er rettet mot barn fra hjem med lav inntekt, fra fødsel til femårsalderen, og deres familier. Programmet har som formål å forberede barna og gjøre dem rustet til skoletilværelsen. Det finansieres av "Federal Department of Health and Human Services", og inkluderer fagpersoner fra opplæring, helse- og sosialtjenester og foreldre.

Følgende **Tidlig intervensjon - definisjoner** er blitt valgt til å presentere ulike elementer i den økologisk-systemiske modellen.

Guralnick (2001) definerer tidlig intervensjon som et system utformet for å støtte interaksjonsmønstre i familien som best mulig fremmer barnets utvikling. Guralnick fokuserer på foreldre-barn-transaksjoner, barnets opplevelser i familien og



på støtten som ytes foreldrene for å hjelpe dem å sikre barnets helse og trygghet.

Shonkoff & Meisels (2000) ser på tidlig intervensjon som en tilnærming bestående av tverrfaglige tjenester som gjøres tilgjengelige for barn, fra fødsel og frem til de er fem år. Hovedformålet er å fremme barnets helse og velvære, styrke dets evner/ferdigheter, forebygge forsinkelser i utviklingen, avhjelpe eksisterende eller begynnende problemer, forhindre funksjonssvekkelse, skape tilpasningsdyktige foreldre og bedre familiens generelle funksjonsnivå.

Blackman (2003) mener at *“målet med tidlig intervensjon [i førskolealder] er å forhindre eller minimere fysiske, kognitive, følelsesmessige og ressursmessige begrensninger hos små barn som er utsatt for biologiske eller miljørelaterte risikofaktorer”* (s. 2). Denne forfatteren understreker at familiens rolle er avgjørende for en vellykket intervensjon.

Dunst (1985) definerer tidlig intervensjon som *“støtte (og ressurser) som ytes familier med små barn fra medlemmer av uformelle og formell sosiale støttenettverk som har både direkte og indirekte innvirkning på hvordan foreldre, familie og barn fungerer”* (s. 179).

Trivette, Dunst & Deal (1997) utvikler ideen om tidlig intervensjon som en ressursbasert tilnærming:

Dagens praksis innenfor tidlig intervensjon [i førskolealder] er hovedsakelig basert på tjenestebaserte løsninger som skal dekke barnets og familiens behov. Det vil si at programmer for tidlig intervensjon [i førskolealder] generelt definerer relasjonen mellom tjenesteyter og barnet og dets familie på bakgrunn av de bestemte tjenestene programmet omfatter samt, i noen tilfeller, tjenester fra andre programmer (koordinering mellom etater). Denne måten å konseptualisere praksis for tidlig intervensjon [i førskolealder] på, er både begrenset og begrensende siden den ikke tar i betraktning verdien av andre støttekilder enn formelle profesjonelle tjenester. Til sammenligning vil en ressursbasert tilnærming til barnets og dets families behov være både ekspansiv og ekspanderende



siden den fokuserer på mobilisering av en rekke forskjellige tjenester i samfunnet (s. 73).

Innenfor rammen av EAs analyse, ble følgende definisjon foreslått av ekspertgruppen:

Tidlig intervensjon i førskolealder er en kombinasjon av tjenester/ytelser beregnet på helt små barn og deres familier, som tilbys på forespørsel fra familien på et bestemt tidspunkt i barnets liv, og som omfatter alle tiltak som iverksettes når et barn trenger tilpasset støtte for å:

- sikre og styrke dets personlige utvikling,
- styrke familiens kompetanse og
- fremme sosial inkludering av familien og barnet.

Tiltakene skal iverksettes i barnets naturlige omgivelser, fortrinnsvis på lokalt nivå, og ha en familieorientert og tverrfaglig tilnærming.

En viktig faktor som går igjen i flere definisjoner, er ideen om **forebygging** som en del av intervensjonsarbeidet. Simeonsson (1994) beskriver tre nivåer av forebygging og intervensjon, inkludert *når* forebyggende tiltak skal iverksettes:

Primær forebygging har til hensikt å redusere antallet nye tilfeller av identifiserte tilstander eller problemer i befolkningen (insidens). Blant annet kartlegger man barn i risikogrupper slik at antallet nye tilfeller kan reduseres. Primær forebygging inkluderer tiltak som forebygger forstyrrelser eller omstendigheter som kan føre til funksjonshemming (WHO, 1980). Ifølge Mrazek og Haggerty (1994) refererer primær forebygging til "intervensjon før en sykdom utvikler seg" (s. 23). Tiltakene kan være: a) *universelle*, dvs. helsetiltak rettet mot alle barn og familier, for eksempel immuniseringsprogrammer for hele befolkningen, b) *selektive*, dvs. rettet mot en bestemt gruppe, for eksempel høyrisikogrupper, eller c) *målrettede*, dvs. rettet mot individer med en identifisert risiko.

Sekundær forebygging har som formål å redusere antallet eksisterende tilfeller av et identifisert problem gjennom å handle etter at problemet har oppstått, men før det er fullt utviklet (prevalens).

Tertiær forebygging har som formål å redusere komplikasjoner tilknyttet et identifisert problem / en identifisert tilstand, for å



begrense eller redusere effekten av en lidelse eller funksjonshemming gjennom behandling etter at tilstanden har utviklet seg.

Disse tre nivåene kan settes inn i en bredere sammenheng ved å inkludere den biopsykososiale modellen publisert av WHO (Verdens helseorganisasjon, ICF, 2001). Ifølge denne tilnæringsmodellen skal forebygging innenfor tidlig intervensjon i førskolealder både ta hensyn til personens helsetilstand OG hans/hennes sosiale omgivelser:

... et individs funksjon på et gitt område er en interaksjon eller et komplekst samspill mellom helsefaktorer og omgivelsesfaktorer (miljømessige og personlige faktorer). Det eksisterer en dynamisk interaksjon mellom disse områdene: intervensjon på ett område kan potensielt endre et eller flere av de andre områdene (s. 19).

Ser man på særtrekkene og prinsippene som danner det konseptuelle grunnlaget for tidlig intervensjon, peker to faktorer seg ut som overordnet for arbeidet som skal utføres på dette feltet, sammenlignet med for andre faser i et barns læring. Den ene er barnets *unge alder*, mens den andre er oppgavens *komplekse og sammensatte natur*.

Disse to faktorene krever:

- samlet innsats på de forskjellige fagfeltene som er involvert,
- samhandling mellom ulike intervensjonsaktører,
- samarbeid mellom alle involverte tjenester,
- direkte engasjement og deltakelse fra foreldres side (og andre medlemmer av familien).

Det er kun gjennom en effektiv kombinasjon av tiltak og intervensjon man kan oppnå gode resultater når intervensjon rettes mot små barn.

Dette punktet setter søkelys på **effekten** av tidlig intervensjon. Enkelte forfattere henviser til tidlig intervensjon som den eneste tilnærmingen for effektiv bekjempelse av fortsatt sosial og/eller læringsrelatert ekskludering (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) hevder at forskning som ble utført på 1970-tallet *“beviste den*



generelle effekten og gjennomførbarheten av programmer for tidlig intervensjon [i førskolealder] rettet mot barn i risikogrupper så vel som barn med funksjonshemminger” (s. xv). Ifølge denne forfatteren er det nødvendig med ytterligere forskning for å fastslå “hva slags intervensjon som fungerer best avhengig av mottaker, de aktuelle forholdene og målene som ønskes oppnådd” (Guralnick, 1997, s. xvi).

Diskusjonene på arbeidsmøtene som ble avholdt i løpet av Tidlig intervensjon - prosjektet, gjorde det klart at for å kunne måle effekten av tidlig intervensjon, må man ta hensyn til alle involverte aktører i intervensjonsprosessen:

- *Barnet*: barnets fremskritt og oppfatning av seg selv, når dette er mulig
- *Familien*: graden av tilfredshet i familien
- *Fagpersoner*: graden av tilfredshet og kompetanse
- *Omgivelser*: graden av tilfredshet, utbytte, kostnad/effekt

En evaluering av alle disse faktorene er nødvendig for å kunne definere kvalitative indikatorer på suksess. Eksterne evalueringer er ofte for standardiserte, for tidkrevende, for dyre og for ensidig fokusert på kvantitative indikatorer.

Dette konseptuelle rammeverket dannet grunnlaget for refleksjoner og diskusjoner i analysefasen av prosjektet. Neste kapittel beskriver hvordan tilbud om tidlig intervensjon organiseres i forskjellige europeiske land, samt spørsmål tilknyttet tjenestenes/tilbudenes viktigste kjennetegn og utfordringer i de enkelte landene.



2. PROSJEKTANALYSE AV TIDLIG INTERVENSJON I FØRSKOLEALDER

2.1 Tjenestetilbudet i forskjellige land

Denne delen inneholder en oversikt over organiseringen, viktige kjennetegn samt forskjeller og utfordringer tilknyttet tjenestene som tilbys i de forskjellige landene.

Organiseringen av tidlig intervensjon i førskolealder er ikke ensartet i de europeiske landene som omfattes av denne analysen. Alle landene har imidlertid til felles at de har tjenester/tilbud og støtte spesielt beregnet på svært små barn (fra fødselen av) og deres familier. Enkelte nordiske land har for eksempel en ordning der en sykepleier fra helsesektoren besøker alle barn hjemme på regelmessig basis i opptil ett år, for å gi foreldrene råd og støtte i deres nye rolle. Denne typen oppfølging kan utvides til 2,5 år i tilfeller hvor man oppdager problemer på et tidlig stadium. Andre land tilbyr også hjemmebesøk av sykepleier, men kun på sekundært nivå, etter at risiko er oppdaget hos et nyfødt barn.

Ved tidlig avdekking er et omfattende tilbud av tjenester tilgjengelig. I noen tilfeller kan tidlig intervensjon ytes av en spesialgruppe på sykehus, men vanligvis er det på dette stadiet at sosial- og opplæringssektoren blir koblet inn for fullt.

Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å skulle sammenfatte hele den komplekse organiseringen av tjenester og tiltak i de forskjellige landene uten å utelate relevant informasjon. De som er interessert i situasjonen i det enkelte landet, kan finne relevant informasjon på Tidlig intervensjons nettsider på EAs nettsted: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

På tross av forskjellene i tjenestetilbudet, finnes det enkelte **felles faktorer** som kan fremheves:

Tilgjengelighet: Et felles mål innen tidlig intervensjon er å nå ut til alle barn og familier som har behov for hjelp, så tidlig som



mulig. Dette målet har høy prioritet i land der befolkningen lever spredt eller i isolerte, landlige områder. Alle land prioriterer generell likestilling av urbane og rurale områder når det gjelder tilgjengelighet av ressurser, slik at alle barn og familier som søker hjelp skal være sikret den samme kvaliteten på tjenestene de mottar.

*Nærhet*¹: Dette aspektet går først og fremst ut på at riktig gruppe nås, og det er lagt ned mye arbeid i desentralisering av tjenester og tilbud. Støtten gjøres tilgjengelig så nær familien som mulig, både på lokalt og sentralt nivå. De siste 10–20 årene er det gjort en betydelig innsats for å hjelpe familier slik at de skal slippe å reise langt for å få støtte. I stedet har man sørget for et tjenestetilbud som er mer oppsøkende, enten hjemme hos familiene eller i lokalsamfunnet. Nærhet refererer også til ideen om å tilby familiefokuserte tjenester. Forståelse av og respekt for familiens behov skal være kjernen i alle tiltak.

Lav pris: I alle land er tjenestene gratis eller koster svært lite for familiene det gjelder². Tjenestene finansieres av det offentlige gjennom helse-, sosial- eller utdanningsmyndighetene, eller av forsikringsselskaper eller ideelle organisasjoner. Disse alternativene kan eksistere parallelt og enkelte land kan ha alternative finansieringsmetoder. I noen få land finnes det også private tjenesteytere som tilbyr tjenester som ikke finansieres av det offentlige, men som familiene betaler fullpris for.

Tverrfaglig samarbeid: Fagpersoner som jobber med direkte støtte til små barn og familier, kommer fra ulike fagdisipliner og har derfor forskjellig bakgrunn avhengig av hvilken tjeneste de er tilknyttet. Tverrfaglig samarbeid forenkler informasjonsutvekslingen mellom medlemmene i en gruppe.

Mangfold i tjenestetilbudet: Denne faktoren er tett forbundet med mangfoldet av fagdisipliner som til sammen utgjør tidlig

¹ Begrepet *nærhet* har to betydninger i teksten: nærhet til sted og nærhet til person.

² Dette omfatter både offentlige tjenester og private tjenester finansiert med offentlige midler.



intervensjon i førskolealder. Et fellestrekk i de ulike landene er innkoblingen av helse-, sosial- og utdanningssektoren i arbeidet med tidlig intervensjon. Det er imidlertid her man finner de største forskjellene. Den mest komplette oversikten over hvilke roller de ulike tjenestene spiller, får man ved en klassifisering av forebyggingsnivåer tilknyttet befolkningshelse, som beskrevet i kapittel 1 (se for eksempel Mrazek & Haggerty, 1994; Simeonsson, 1994). Primær forebygging setter fokus på tiltak som reduserer sykdommer eller problemer i befolkningen. Sekundær forebygging tar sikte på å redusere antallet eksisterende tilfeller av et identifisert problem. Tertiær forebygging tar sikte på å redusere komplikasjonene som oppstår i tilknytning til identifiserte problemer eller sykdommer. Primær forebygging ytes som regel i regi av helsetjenesten, i tillegg til sosial- og utdanningstjenestene i alle landene. I noen tilfeller skjer dette gjennom regelmessig medisinsk og sosial oppfølging av gravide eller ved utviklingskartlegging av svært små barn på sykehus eller lokale helsestasjoner/læringsinstitusjoner. Alle disse tjenestene står for den første generelle kartleggingen, etterfulgt av en vurdering av behov, hovedsakelig rettet mot en befolkningsgruppe med biologiske eller sosiale risikofaktorer. Dette er første skritt mot en eventuell videre henvisning til andre tjenester eller helsepersonell dersom det avdekkes behov for hjelp.

Felles for alle landene er at **forskjellene og utfordringene** ligger i leveranse av tilbud om tidlig intervensjon. Nedenfor finner du en kort oversikt over de viktigste forskjellene og utfordringene. De er gruppert i 4 spørsmålskategorier:

1. Når iverksettes tidlig intervensjon?

Dette spørsmålet er direkte relatert til tidlig avdekking, vurdering og henvisning. Som tidligere nevnt, har helsetjenesten hovedansvaret for de tre trinnene i primær forebygging i alle prosjektlandene, men både sosial- og utdanningssektoren er også involvert. Alle landene er enige i at det er viktig å handle så raskt som mulig og å sikre en kontinuerlig prosess. Vanskelighetene oppstår når det er et vesentlig tidsgap mellom tidlig avdekking, vurdering og henvisning. Det kan skyldes flere faktorer: forsinket avdekking i tilfeller med sosiale eller



psykologiske problemer, problemer kan være vanskeligere å oppdage ved medisinsk overvåking eller det kan være mangel på koordinering mellom tjenester og/eller faggrupper. Selv om man har oppnådd store fremskritt på området, er det fremdeles en tendens til å innta en "vente og se"-holdning i forhold til mindre synlige problemer – hovedsakelig sosiale og psykologiske problemer – noe som kan få konsekvenser på sikt.

2. Hvor lenge varer tidlig intervensjon?

Til forskjell fra i Nord-Amerika der tidlig intervensjon varer fra fødsel til treårsalderen, har de europeiske landene ulik praksis når det gjelder intervensjonens varighet. Hovedprinsippet er at barnet og dets familie får støtte frem til barnet begynner på skolen, og da tar skolens helsetjeneste over alt ansvar. I noen land betyr dette frem til start av obligatorisk skolegang. Det ser imidlertid ikke ut til å være etablert noen klar strategi for denne overgangsfasen, og fagpersoner i tidlig intervensjons - team føler de må gå utenfor sine ansvarsområder for å kompensere for mangelen på koordinering eller tilgang på ressurser.

3. Hvem har ansvaret?

Det finnes mange forskjellige typer tilbud og tjenester i de europeiske landene. Fra et markedsføringsperspektiv kan mangfold sies å være en fordel. Jo flere alternativer en familie har, jo bedre beslutninger kan de ta. Dette ser imidlertid ikke ut til å være realiteten: Mange familier synes det er vanskelig å velge riktig løsning for sitt barn – det er ikke alltid familiene har tilgang på tilstrekkelig informasjon. Det ser ut til at det betydelige antallet tjenestetyper er et resultat av en reaktiv situasjon der tjenester etableres for å oppfylle umiddelbare behov eller forespørsler, i stedet for at de etableres i overensstemmelse med fastsatte retningslinjer.

Alle landene i prosjektet har sentre for tidlig intervensjon, disse er imidlertid ikke like. Unntaket er de nordiske landene der helse-, sosial- og utdanningssektoren har felles ansvar for prosessen for tidlig intervensjon på lokalt nivå.



Et fellestrekk for de ulike landene er behovet for å tilpasse planleggingen av faggruppens oppgaver og arbeid i forhold til familiens behov og ønsker, uansett hvor tjenestene eller tilbudet ytes. Fagpersoner jobber "med og i" familien i den grad det er nødvendig og familien tillater det. Ved behov jobber de også i den læringssituasjonen barnet befinner seg i (barnehage, førskole osv.) eller ved spesialinstitusjoner, i en tjeneste for tidlig intervensjon / på et senter eller andre i settinger.

4. Hva må gjøres?

Dette beskrives nærmere i neste avsnitt. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det fremdeles eksisterer en dikotomi mellom den medisinske og sosiale tilnærmingen i forbindelse med intervensjon blant små barn i forskjellige europeiske land.

2.2 Nøkkelområder

Arbeidsmøtene som ble arrangert underveis i prosjektet, gav deltakerne mulighet til å diskutere en rekke viktige spørsmål på tidlig intervensjons - feltet:

Målgrupper: Hvilke befolkningsgrupper som henvises til tidlig intervensjon -tjenester, utviklingen de senere årene når det gjelder alder og hva som kjennetegner barna, samt under hvilke forhold tidlig intervensjon ytes og mottas,

Samhandling: Fagpersonene som jobber med tidlig intervensjon, deres roller og ansvarsområder samt opplæringstjenestenes konkrete oppgaver,

Opplæring av fagpersoner: Grunn- etter- og videreutdanning av fagpersoner i tidlig intervensjon,

Arbeidsverktøy: Utarbeidelsen av en individuell plan for familiestøtte eller tilsvarende dokument og oppfølging.

Det er verdt å merke seg at det ikke finnes noe eget punkt som omhandler foreldres deltakelse. Årsaken er at aktiv deltakelse fra foreldrenes side anses som en forutsetning på alle nøkkelområder i prosessen omkring tidlig intervensjon. Foreldre skal fungere som samarbeidspartnere for fagpersonene, slik at deres kompetanse og selvstendighet kan styrkes ved behov, og de skal samarbeide med fagpersonene for å sørge for at barnet



får oppfylt sine behov. Selv om hovedfokus er på foreldrene, er det viktig å huske på andre familiemedlemmer – deres rolle og støttefunksjon. På bakgrunn av dette presenteres resultater fra prosjektdiskusjonene nedenfor.

2.2.1 Målgrupper

Prosjektmedlemmene drøftet hvilke grupper i befolkningen som er målgrupper for tilbud om tidlig intervensjon: barn med biologiske og/eller sosiale risikofaktorer samt deres familier. Følgende hovedpunkter ble tatt opp:

Et økende antall barn har psykologiske og sosioemosjonelle problemer, uten at man kan slå fast om dette skyldes en økning i slike problemer i befolkningen generelt eller en økt bevissthet blant foreldre. Noen foreldre kan være mer engstelige, bedre informert eller mer oppmerksomme på sitt barns utvikling i dag enn tidligere, og vil av den grunn være mer åpne for å be om hjelp og støtte.

Det er et økt fokus på “risikogrupper” i ordets videste forstand i tilknytning til tidlig intervensjon. I de fleste av prosjektets deltakerland må barnet ha et kartlagt problem for å motta tilbud om tidlig intervensjon. Det å bli vurdert som “risikoutsatt”, er ikke alene nok til å motta slike tjenester. Forebyggende tiltak rettet mot “risikogrupper” er andre tjenesters primæroppgave. De må enten sørge for en systematisk overvåking og oppfølging av barnet (hovedsakelig ved biologiske risikofaktorer) eller sørge for aktiv omsorg for familien (hovedsakelig ved sosiale risikofaktorer). I mange tilfeller vil effektiv rådgivning rettet mot foreldrene gjøre ytterligere intervensjon overflødig. Risikofaktorer er ikke alene en betingelse for tidlig intervensjon dersom beskyttende tiltak er iverksatt og har gunstig effekt på barnet og dets familie. Det er viktig å understreke de forebyggende tjenestenes vanskelige rolle: De har som oppgave å forebygge ytterligere vanskeligheter (noe som ikke er enkelt), og å være oppmerksomme på risiko forbundet med “vente og se”-holdninger.



I enkelte land er det også en uttalt bekymring forbundet med at forespørsel og samtykke fra foreldrene er påkrevd og en absolutt forutsetning for enhver intervensjon. Prinsippet om at man skal respektere foreldrenes beslutninger, kan bety at en rekke utsatte barn ikke får den hjelpen de trenger eller at intervensjon forsinkes som følge av manglende eller dårlig koordinering av forebyggings-, informasjons- og henvisningsfasene.

2.2.2 Samhandling

Utgangspunktet for diskusjonene om tidlig intervensjon - prosjektet var utdanningssektorens økte engasjement på feltet når det gjaldt sammensetningen av grupper og organiseringen av tjenestene.

Som nevnt i begynnelsen av dette kapitlet, varierer situasjonen i de ulike landene når det gjelder organiseringen av tjenestene. Det er imidlertid alltid en tverrfaglig tilnærming både i de medisinske og sosiale modellene. Tjenester og tilbud varierer i utforming, fra modeller med "sidestilte" fagpersoner til reelt samarbeid – som i den økologisk - systemiske tilnærmingen til tidlig intervensjon.

Det er ingen enkel oppgave å etablere grupper som fungerer. To hovedkomponenter er avgjørende: tverrfaglig innsats og samarbeid. Ifølge Golin & Ducanis (1981) kjennetegnes en tverrfaglig gruppe av utveksling og koordinering av informasjon. Oppgavene utføres av individuelle gruppemedlemmer med utgangspunkt i deres individuelle kompetanse. Informasjon utveksles og brukes for å sikre at hvert gruppemedlem kan utføre oppgaven sin (Golin & Ducanis, op cit). Beslutninger tas av gruppen i fellesskap, basert på medlemmenes individuelle synspunkter. Antall fagpersoner i gruppen er ikke den viktigste faktoren – det er behovene til barnet og dets familie som er avgjørende.

Samarbeid betyr først og fremst å behandle familien som en viktig partner som involveres fullt ut i hele prosessen. Det betyr også å samarbeide med andre gruppemedlemmer og med andre tjenester eller nettverk fra for eksempel helse-,



utdannings- eller sosialsektorene. Det innebærer også deling av konsepter og teoretiske referansepunkter samt en åpen og respektfull holdning overfor familier og kolleger.

Det tar tid å etablere disse to komponentene. Gruppemedlemmer må bli enige om prinsipper og målsettinger for å oppnå koordinering internt i gruppen og med eksterne tjenester. To faktorer ser ut til å lette en slik gruppeutviklingsprosess: utvelgelse av en person som skal fungere som "saksansvarlig", og kompetanseutvikling i henhold til beskrivelsen nedenfor.

2.2.3 Opplæring av fagpersoner

Ettersom fagpersoner involvert i tidlig intervensjon kommer fra forskjellige fagområder og kanskje aldri har samarbeidet tidligere, er det svært viktig å ha en enhetlig tilnærming til hva slags opplæring de trenger for å kunne samarbeide. I prosjektdiskusjonene ble det fremhevet at det bør legges stor vekt på opplæringsalternativene som tilbys fagpersoner.

Grunnutdanning: Opplæring av fagpersoner med forskjellig bakgrunn skal ha som målsetting å skape en felles forståelse av vanlige konsepter slik at fagpersoner innenfor tidlig intervensjon blir i stand til å utfylle hverandres kunnskaper. Opplæring i hvordan man samarbeider med foreldre, jobber i grupper, hvordan barn utvikler seg osv. skal være en del av grunnutdanningen for helse-, sosial- og utdanningspersonell. Det forutsettes at fagpersoner mottar en formålstjenlig grunnutdanning innenfor sitt fagfelt. Selv om det alltid er en fordel med noe spesialkunnskap innenfor tidlig intervensjon, er dette sjeldent i landene som deltar i prosjektet. Unntakene er Nederland, Tyskland og Luxembourg, der spørsmål tilknyttet TIF er en del av grunnutdanningen til spesial- og sosiallærere, pedagoger og psykologer.

Etterutdanning/Videreutdanning: Selv om arbeidet innenfor tidlig intervensjon er komplekst, er det ikke behov for å etablere en ny type fagutdanning for å oppfylle kravene som stilles til dem som skal jobbe på dette feltet. Det ville stride mot viktige prinsipper som går ut på å ha en tverrfaglig tilnærming og



samarbeide i grupper. Det er imidlertid nødvendig at fagpersoner innenfor området tidlig intervensjon deltar i en eller annen form for felles etter- eller videreutdanning, slik at de etablerer en felles erfaringsbakgrunn. Dette kan oppnås gjennom etterutdanningskurs, for eksempel Masterprogrammer, eller spesialisert opplæring i form av forskjellige programmer ved universiteter eller høyere utdanningsinstitusjoner. Det kan også skje i form av egne opplæringskurs som arrangeres ved universiteter på forespørsel fra de tverrfaglige teamene.

Med utgangspunkt i arbeidsoppgavene som fagpersonene forventes å utføre, må videreutdanningen dekke følgende felter:

- Basiskunnskap om hvordan svært små barn utvikler seg, både med og uten behov for spesialundervisning, kunnskap om spørsmål tilknyttet familieintervensjon samt teorier på feltet,
- Spesialkunnskap om nyere forskning på feltet tidlig intervensjon, vurdering, arbeidsmetoder osv.
- Personlig kompetanse tilknyttet alle sider ved det å samarbeide med og i familier, samarbeide i grupper, samarbeide på tvers av tjenester samt med utvikling av personlige ferdigheter, f.eks. evnen til selvrefleksjon, kommunikasjon og problemløsning.

Kompetanseutvikling: Kompetanseutvikling er avgjørende ettersom det bidrar til å kompensere for eventuelle mangler i grunnutdanningen og oppfylle behovene til de involverte fagpersonene. Kompetanseutvikling organiseres i og av gruppene gjennom ukentlige møter, noe som gir fagpersonene muligheten til å:

- arrangere 'case'-diskusjoner,
- utveksle kunnskap og arbeidsstrategier,
- få tilgang til spesifikk kunnskap fra eksterne fagpersoner,
- diskutere administrative spørsmål internt eller med eksterne spesialister,
- sikre ekstern oppfølging
- utvikle personlig kompetanse.



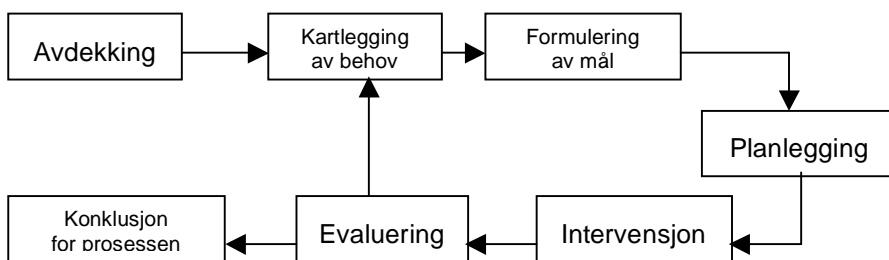
Alle disse elementene bidrar til å forbedre teamarbeidet og kvaliteten på tjenestene. Selv om slik “uformell” kompetanseutvikling oppfyller de umiddelbare behovene til fagpersonene som er involvert, og dermed er til uvurderlig nytte, innebærer de også noen ulemper. Ofte er det slik at kompetanseutvikling ikke anses som viktig av de relevante instansene når det gjelder arbeidstid og nytteverdi, ettersom den hovedsakelig fokuserer på praktiske, dagligdage problemer og mindre på bredere refleksjon over målsettinger, strategier, metoder osv. for tidlig intervensjon. Det kan føre til at ansvaret for kompetanseutviklingen overlates fullstendig til de enkelte gruppene.

Du finner mer informasjon om opplæring og etterutdanningskurs i ulike land på nettsiden: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

2.2.4 Arbeidsverktøy

I forbindelse med arbeidsverktøy ble følgende to temaer diskutert: vurdering og utarbeidelse av en individuell plan.

Vurderingen må være prosessorientert. Den gjennomføres så snart problemet oppdages, og her bestemmes typen intervensjon som skal tas i bruk, i samråd med familien, på basis av følgende prosedyre:



Diagnostisering er en del av vurderingsprosessen, og skjer primært i starten av prosessen. I vurderingen ser man på situasjonen til barnet og familien *på et bestemt tidspunkt* for å kartlegge deres behov og sterke sider. Siden situasjonen kan endre seg, skal vurderingen gjennomgåas kontinuerlig.



Resultatet av vurderingen må ikke sees på som statisk eller permanent – det kan påvirke forventningene og oppfatningene til fagpersonene og familien. I vurderingen formuleres målsettinger og tiltak bestemmes og planlegges. Prosessen avsluttes med en evaluering. Resultatet av evalueringen vil enten være at prosessen avsluttes, eller vise at det er nødvendig med en ny behovsvurdering. Her er det viktig å understreke at det er helt avgjørende at familien er involvert. De spiller en aktiv rolle i hele prosessen.

Det er også viktig å sikre at alle trinnene i prosessen gjennomføres uten avbrudd. Guralnick (2001) peker på vurdering – *detaljert, tverrfaglig vurdering* – som en avgjørende komponent i utviklingssystemmodellen som gjør det mulig for fagpersoner å få viktig informasjon om barn med eksisterende eller antatte problemer, slik at det blir enklere å utarbeide videre planer og anbefalinger. Ved behov råder Guralnick fagpersoner til å iverksette midlertidige tiltak umiddelbart, selv om ikke all informasjon fra vurderingen er innsamlet.

Vurderingen er en viktig fase der samarbeidet mellom foreldre og fagpersoner styrkes gjennom utarbeidelse av individuelle planer eller en **individuell plan for familiestøtte**.

Det finnes slike planer i alle deltakerlandene – de kan imidlertid ha forskjellige navn. I noen tilfeller utarbeider fagpersoner en individuell plan for familiestøtte sammen med familien – en slags “kontrakt” som omfatter hva som skal gjøres og deretter evalueres. I andre tilfeller utarbeides det forskjellige planer sammen med familien, avhengig av hvilke tjenester som er involvert. Det kan også være tilfeller der det ikke utarbeides noen formell plan, men der familiene i stedet informeres kontinuerlig av faggruppen. I noen situasjoner vil planen hovedsakelig fokusere på barnet i stedet for på familien.

Uansett hva man velger å kalle den, gir en plan myntet på og utarbeidet sammen med familien, en garanti for familiedeltakelse, den styrker familien og sikrer at familiens behov, prioriteringer og forventninger respekteres.



Det faktum at tidlig intervensjon praktiseres ulikt og har ulik varighet i de forskjellige europeiske landene, gir et positivt element av fleksibilitet i utarbeidelsen av slike planer. Planen er ikke alltid underlagt juridiske begrensninger, og den tilpasses både til aktuell situasjon og type tjenester som ytes til barnet og familien. Familien skal imidlertid alltid anses som "eier" av planen. Dette er med på å sikre konfidensialitet, det hindrer at de forskjellige tjenestene utarbeider lignende dokumenter og er tidsbesparende for familier og barn.

En slik plan forenkler også overgangen fra en type tilbud til et annet – som oftest overgangen til skolesystemet. Når et barn kommer inn i skolesystemet, kompletteres familieplanen med en individuell opplæringsplan. Denne planen er spesifikt rettet mot barnet og fokuserer på barnets opplæringsbehov.

Alle elementene presentert så langt i dette kapitlet, kan illustreres ved hjelp av de tre eksemplene nedenfor.

2.3 Tre eksempler på tidlig intervensjon i førskolealder

I denne delen presenterer vi eksempler på tidlig intervensjon fra **München, Coimbra** og **Västerås**. Besøk i disse byene, informasjonsutveksling og åpne diskusjoner med lokale fagpersoner samt en mor i Västerås, bidro til å berike de generelle diskusjonene og gav innsikt i hvordan teoretiske prinsipper omsettes i praksis.

Vi gir korte sammendrag fra disse tre eksemplene fordi de kan være av interesse for andre fagpersoner, som sammenligningsgrunnlag for egen praksis og, forhåpentligvis, som kilde til refleksjon. Disse sammendragene skal ikke på noen måte forstås som en form for evaluering eller etablering av beste praksis – en slik oppfatning er i direkte konflikt med dette dokumentets formål.

Nedenfor finner du en kort oversikt over systemene for tidlig intervensjon i vertslanene Tyskland, Portugal og Sverige, etterfulgt av beskrivelser av de viktigste kjennetegnene på



typene intervensjonstypene som benyttes i de tre byene. Til slutt har vi oppsummert likheter og forskjeller mellom systemene.

2.3.1 Viktige kjennetegn

Informasjonen nedenfor er hentet fra arbeidet til ledende forskere fra hvert land. Teksten i kursiv er direkte sitater fra publiserte dokumenter, mens all annen tekst skal leses som utdrag fra forskernes egne prosjekter.

Franz Peterander (2003) står bak informasjonen fra München i Tyskland, Bairrão, Felgueiras og Chaves de Almeida (1999) er kildene bak informasjonen fra Coimbra i Portugal mens informasjonen fra Västerås i Sverige er hentet fra Björck-Akesson og Granlund (2003).

München (Tyskland)

I Tyskland tilbyr over 1000 institusjoner tidlig intervensjon for barn med funksjonshemminger. Disse sentrene drives hovedsakelig av store, nasjonale veldedighetsorganisasjoner som Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband og Lebenshilfe. Systemet med tidlig intervensjon i førskolealder varierer i de ulike forbundsstatene. De har ulike strukturer, finansieringssystemer og fasiliteter. Systemet omfatter tverrfaglige sentre for tidlig intervensjon, sentre for sosialpediatri, spesialbarnehager, 'heilpedagogic'-sentre samt opplærings- og familierådgivningssentre. I 1973 utarbeidet Otto Speck rapporten "Early Identification and Early Intervention of Children with Disabilities" på oppdrag fra det tyske utdanningsdepartementet, og denne rapporten dannet grunnlaget for etableringen av et omfattende tverrfaglig system for tidlig intervensjon – først i Bayern. Rapporten anbefalte regionale, familieorienterte og tverrfaglige sentre for tidlig intervensjon i førskolealder.

I Bayern har 4 % barn opp til 3 år behov for intervensjon. I 2002 var det etablert et velorganisert nettverk av 123 regionale tidlig intervensjons-sentre, noe som sikret befolkningen god tilgang til støtte ettersom ingen bor mer enn 10 km unna et senter. 25 000 spedbarn og små barn får behandling. Av disse er 50 %



polikliniske pasienter ved sentrene mens 50 % mottar intervensjonstilbud i sine hjem fra mobile grupper. Barna som mottar slike tjenester, har forskjellige funksjonshemminger. En tredjedel har alvorlige kognitive eller fysiske funksjonshemminger. Gjennomsnittsalderen er 3–4 år. Omkring 14 % (over 25 % i urbane områder) er innvandrere.

Den behovstilpassede behandlingen inkluderer en eller to økter i uken over to år. En tidlig intervensjons- team består i gjennomsnitt av 11 fagpersoner fra ulike fagfelt som samarbeider tett. I gjennomsnitt jobber fagpersonell ved det samme senteret i 5–7 år, noe som betyr at kompetente grupper får tid til å utvikle seg. Teamarbeid er avgjørende for å lykkes med tidlig intervensjon i førskolealder. De ulike fagpersonene utfyller hverandre. Et slikt samarbeid forutsetter en utveksling av synspunkter og ideer i hvert enkelt behandlingstilfelle, enighet omkring grunnleggende konsepter, verdier, målsettinger, spesialfelt og organisatoriske spørsmål.

Tidlig intervensjon [i førskolealder] er et gratis tilbud som er åpent for alle. Sentrene mottar finansiering for det generelle opplegget med en til to intervensjonsøkter i uken, samarbeid med foreldre, tverrfaglig gruppearbeid og samarbeid med parter utenfor sentret. Tidlig intervensjon [i førskolealder] finansieres gjennom flere kanaler: kommunale myndigheter, helseforsikring, utdannings- og sosialdepartementet i Bayern ...

... Diagnostisering og intervensjon fokuserer utelukkende på individuelle behov og miljøet rundt barnet. Grunnet et paradigmeskifte fra en funksjonshemmingsorientert og barnefokusert tilnærming, til en holistisk og familieorientert tilnærming for tidlig intervensjon [i førskolealder], finnes det ikke noen allment akseptert fagplan. Endringen i teoretiske konsepter gjenspeiles også i prinsippene som danner basisen for tidlig intervensjonspraksis i Tyskland. Spesialister baserer sin behandling på en kombinasjon av disse prinsippene og indikatorer for tidlig intervensjon [i førskolealder] som har vist seg å være effektive, i tillegg til teoretiske og konseptuelle ideer (holistisk tilnærming, familiefokus, regional og mobil tidlig



intervensjon [i førskolealder], tverrfaglig gruppearbeid, nettverk og sosial inkludering) ...

... I Bayern og noen av de andre delstatene kan fagpersoner i tidlig intervensjon henvende seg til "Arbeitsstelle Frühförderung" for hjelp og råd i bestemte spørsmål. Bayern var den første forbundsstaten til å etablere en slik "instans" i 1975, som består av en pedagogisk og en medisinsk avdeling med ansatte fra ulike fagfelt som samarbeider tett. De har følgende felles målsetninger: Å oppnå økt kunnskap om tidlig intervensjon, bidra til utvikling av praksis, fremme informasjonsutveksling og drøftelser på tvers av de ulike sentrene for tidlig intervensjon, forbedre kvaliteten på arbeidet og øke graden av tverrfaglighet. På bakgrunn av dette tilbyr "Arbeitsstelle" blant annet et bredt og variert utvalg av kompetanseutviklingskurs samt individuelle konsulenttjenester for sentrene for tidlig intervensjon i Bayern. (Peterander, 2003b, s 302).

Coimbra (Portugal)

Frem til slutten av 1980-tallet ble barn med spesielle behov under skolepliktig alder i all hovedsak tatt hånd om av helse- og sosialtjenestene. Utdanningsdepartementet var lite inne i bildet.

På tross av en stadig større bevissthet omkring behovet for å utarbeide tjenester rettet mot barn med behov for spesialundervisning, var tilbudet svært begrenset. De få initiativene som eksisterte, fokuserte hovedsakelig på diagnostisering og behandling – i tråd med den rådende medisinske modellen for skolebarn den gang. Familier ble hovedsakelig tilbudt økonomisk støtte eller psykologiske helsetjenester.

Mot slutten av 1980-tallet og tidlig på 1990-tallet skjedde det en endring av praksis i Portugal. Nye erfaringer ble gjort innen omsorgen for barn med funksjonshemminger og barn som var utsatt for risiko i løpet av de første leveårene. *Coimbra Early Intervention Project (PIIP)* – basert på samarbeid på tvers av tjenester fra helse-, sosial og utdanningssektorene samt *Early Intervention Portage Project* i Lisboa – ble ansett som positive bidrag til utviklingen av tidlig intervensjon i hele landet. Disse



prosjektene spilte en viktig rolle ved å tilby kompetanseutvikling innenfor dette fagområdet .

I denne fasen var “Portage-modellen for foreldre” en viktig nyvinning som hadde positiv effekt. Portage-modellen introduserte noen helt nye elementer – spredning av en hjemmesentrert modell for samarbeid med foreldre, planlegging av mål og strategier for individuell intervensjon, et system for organisering av eksisterende ressurser (en pyramide av ressurser), tverrfaglig samarbeid mellom tjenester og en modell for kompetanseutvikling og veiledning for fagpersoner som foretar hjemmebesøk.

Man kan si at utviklingen av tidlig intervensjon i Portugal har vært en “nedenfra og opp”-prosess, noe som har ført til en stadig sterkere bevissthet om temaet blant beslutningstakere. I praksis spilte tiltak iverksatt på lokalt nivå av fagfolk på feltet, en avgjørende rolle i utviklingen av dette fagfeltet. Det ble iverksatt tiltak under betegnelsen ”Integrerte prosjekter for tidlig intervensjon”, over hele landet for å sikre en maksimal utnyttelse av de knappe og utilstrekkelige ressursene som eksisterte, gjennom samarbeid på tvers av tjenester og via søknader til finansieringskilder tilknyttet eksisterende lokale programmer.

Samtidig ble utdanningsdepartementet stadig mer involvert i iverksettelsen av støttetiltak beregnet på barn med funksjonshemminger, fra fødsel til seksårsalderen. I 1997 etablerte utdanningsdepartementet et system for tildeling av ressurser og finansieringsstøtte til lokale prosjekter, basert på samarbeid mellom støttetjenester for opplæring og private spesialskoler.

Kompetanseutviklingskurs i regi av ulike ikke-faglige organisasjoner, har spilt og spiller fortsatt en viktig rolle i utdanningen av fagfolk innen området tidlig intervensjon i Portugal. Generelt bygger disse utdanningsmodellene på teori og praksis påvirket av den nordamerikanske modellen og aktuell lovgivning. Enkelte faktorer vektlegges spesielt for å



hjelpe fagpersoner i overgangen fra tradisjonell praksis til en mer effektiv, bevisorientert praksis:

- Fra barnefokuserede og funksjonshemmingsorienterte modeller til integrerende intervensjon som ytes *i barnets naturlige omgivelser*.
- Fra parallell, fragmentert og monofaglig intervensjon (isolert behandling) som ytes av forskjellige fagpersoner, til *tverrfaglig gruppearbeid og samarbeid på tvers av tjenester* og deltakelse.
- Fra "assistanse"-modeller til en *kompetansemodell* og *familiefokusert praksis* der familien sees på som en intervensjonsenhet.

Den økologiske modellen (Bronfenbrenner; 1979, 1998) og transaksjonsbaserte utviklingsmodeller (Sameroff & Chandler 1975; Sameroff & Fiese, 1990) har påvirket organiseringen av TIF i retning av et samarbeidssystem mellom tjenester med det formål å benytte mer omfattende programmer der aktiv deltakelse fra familien og lokalsamfunnet spiller en nøkkelrolle.

I 1999 ble det vedtatt en lovbestemmelse direkte tilknyttet tidlig intervensjon (Joint Executive Regulation nr. 891/99). Her defineres "*Retningslinjer for tidlig intervensjon [i førskolealder] for barn med funksjonshemninger eller som står i fare for å utvikle alvorlige utviklingsforsinkelser, samt veiledning til barnas familier*". Dette var et viktig skritt i retning av anerkjennelse og definering av tidlig intervensjon.

Lovbestemmelsen definerer tidlig intervensjon som et integrert støttetilbud som er barne- og familiefokusert, som tilbys i form av forebyggende og rehabiliterende tiltak innenfor rammen av helse-, sosial- og utdanningstjenester, med det formål å:

- a) legge til rette for forhold som støtter utviklingen av barn med funksjonshemninger eller som er i risikozonen for alvorlige utviklingsforsinkelser,
- b) øke potensialet for større samhandling i familien,
- c) styrke familiens kompetanse og videreutvikle deres ferdigheter og følelse av kontroll slik at de er rustet til å møte kommende problemer.



For første gang kom politikere og myndigheter med en uttalt forpliktelse når det gjaldt å sørge for et tjenestetilbud om tidlig intervensjon. Det ble etablert systemer for organisering av ressurser og finansiering, koordinering mellom sektorer og samarbeid mellom offentlige og private aktører. Utdannings-, helse- og sosialsektorene fikk delt ansvar for etableringen av *direkte intervensjonsgrupper* på fylkesnivå, *koordineringsgrupper* på distriktsnivå og en *nasjonal tverrdepartemental gruppe*.

Selv om Portugal har oppnådd stor fremgang på området tidlig intervensjon de senere årene, gjenstår det fremdeles store utfordringer på tilbudsområdet og det er behov for en felles innsats for å:

- øke dekningen, spesielt for aldersgruppen 0–2 år,
- styrke tidlig avdekking og henvisning,
- gjøre tverrfaglig og familiefokusert praksis mer konsistent,
- forbedre kvaliteten på og omfanget av det faglige opplæringstilbudet
- øke bevisstheten rundt verdien og effekten av tidlig intervensjon blant politikere, fagfolk og i samfunnet generelt.

Faglige kvalifikasjoner, forskningsresultater og evaluering av prosesser rettet mot barn og deres familier, er svært viktige temaer for den videre utviklingen og kvaliteten på dette tjenestetilbudet i Portugal.

Västerås (Sverige)

I Sverige anses barndommen som en unik utviklingsperiode i et menneskes liv. Barndommen har egenverdi og sees ikke utelukkende på som en forberedelse til voksenlivet. Derfor er det viktig at lærere med ansvar for små barn tilrettelegger for barnas mulighet for lek.

Kommunene (289 i alt) har ansvaret for basistjenestene som tilbys befolkningen som helhet, inkludert omsorg for barn, skoler og sosiale tjenester. Sverige er inndelt i regioner med 20 fylker



som hver har et fylkesstyre som står for gratis helse- og tannpleietjenester for alle barn og unge.

Tidlig intervensjon i førskolealder kan defineres som intervensjonspraksis for barn med behov for spesialtjenester fra fødsel og til skolestart i 6–7-årsalderen. Tjenestene for tidlig intervensjon i førskolealder er rettet mot barnet i en familie og nærmiljøet. Både kommuner og fylker er ansvarlige for tilbud om tidlig intervensjon, med forskjellige målsettinger og målgrupper.

På primærforebyggingsnivå er det samfunnet som har det grunnleggende ansvaret for velferden til alle barn og familier og for å sikre alle tilfredsstillende levekår. På sekundært nivå har samfunnet ansvaret for intervensjon i førskolen og i omsorgsprogrammer. På tertiært nivå er samfunnet ansvarlig for etablering av et sunt miljø for barn og familier. Fylkene har ansvaret for helsetjenester og medisinske tjenester på primærforebyggingsnivå rettet mot alle barn på helsestasjonene. I takt med endringer i levesett har fokuset på helsestasjonene blitt endret fra hovedsakelig å stå for overvåking og immuniseringsprogrammer til også å inkludere større innsats innenfor psykosomatiske og sosioemosjonelle problemer, endring i foreldrerollen og støtte til innvandrerfamilier. Som en del av denne tjenesten arrangeres det foreldregrupper og foreldreopplæringskurs.

Et familieorientert perspektiv innebærer at intervensjonen gjennomføres i naturlige omgivelser, som en del av dagliglivet. Derfor gjennomføres slike tiltak i Sverige hovedsakelig innenfor barnets dagligdagse rammer, i familien og/eller innenfor det offentlige barnehage-/førskoletilbud. Både kommuner og fylker er ansvarlige for dette tjenestetilbudet. Kommunenes ansvar omfatter spesifikke intervensjonstiltak i førskolen eller i familien, personlig assistanse og avlastningstjenester for barn med behov for spesialstøtte og deres familier. Fylkene er ansvarlig for tjenester til barn med funksjonshemminger, gjennom Barnehabiliteringstjenesten (HAB).



Sveriges offisielle filosofi når det gjelder støtte til barn med funksjonshemninger, er basert på et perspektiv som er i tråd med WHO-klassifiseringen ICF (International Classification of Functioning Disability and Health – WHO, 2001). I ICF klassifiseres aspekter ved et individs helse og helserelaterte faktorer ved hjelp av følgende fire dimensjoner: kroppsfunksjon, kroppsstruktur, aktivitet, deltakelse og miljøfaktorer.

ICF kan brukes til å beskrive den organisatoriske strukturen til tjenestene som tilbys små barn med behov for støtte i Sverige. Tjenestene som tilbys av fylkene, er primært rettet mot fysiske helse og utvikling (helsestasjonen) og aktivitet/deltakelse (HAB). Om det fastslås at et barn har fysiske problemer, henvises han/hun til medisinsk behandling på helsestasjonen. Der får barnet og dets familie hjelp av fagpersoner i en organisasjon som er basert på den medisinske modellen med fokus på fysiske forhold, for eksempel en øyeklinikk eller indremedisinske eller ortopediske klinikker. Dersom det fastslås at et barn ikke utvikler seg som det skal, ikke utfører aktiviteter i samsvar med forventningene, henvises han/hun til HAB. Rehabiliteringstjenester er rettet mot barn med funksjonshemninger og deres familier og baseres på en “aktiv dialog” mellom brukerne og tilbyderne av tjenestene.

Ved HAB jobber det grupper bestående av personer på fagfeltene medisin, pedagogikk, psykologi og sosialtjenester sammen med barnet og familien. Spesialister organiseres ofte i overensstemmelse med rollen eller systemet de skal støtte, for eksempel som familiestøtte eller førskolekonsulent. Etter at en vurdering er fullført, involveres mange spesialister fra forskjellige organisasjoner i arbeidet med å tilby det aktuelle barnet de nødvendige tjenestene. En viktig faktor for samarbeidet om å tilby disse barna tilpasset støtte, er hvordan man koordinerer anbefalingene og tjenestene som tilbys av spesialister som jobber i ulike systemer og har forskjellige innfallsvinkler til tidlig intervensjon i førskolealder.

2.3.2 Likheter og forskjeller

Generell informasjon fra nasjonale eksperter, som beskrevet ovenfor, samt drøftelser med fagpersoner fra de tre



eksempelstedene, avdekket enkelte likheter og forskjeller mellom de tre nasjonale eksemplene.

Den samme teoretiske modellen: Disse tre eksempelstedene baserer sin praksis på prinsippene i den økologisk-systemiske modellen og har noen ting til felles:

- De har samme prinsipper når det gjelder en familiefokusert tilnærming, sosialt orienterte konsepter, fokus på gruppearbeid og det at tjenester skal ytes i familiens nærmiljø.
- Tjenestene er gratis for familiene.
- Opplæring av fagpersoner prioriteres høyt, og alle gruppedeltakere deltar på forskjellige kompetanseutviklingskurs.
- Det er et høyt engasjements- og kompetansenivå blant fagpersonene, og de har en positiv innstilling til samarbeid.
- Det er et positivt miljø, preget av fokus på felles målsettinger.

Forskjellig iverksettelse: Den økologiske modellen iverksettes på forskjellige måter, avhengig av nasjonale særtrekk. Forskjellene viser seg på ulike måter, avhengig av eksemplene.

Et veletablert og kompetent senter for tidlig intervensjon i München er representativt for det konsoliderte nettverket av Tidlig Intervensjon -sentre i Bayern. Dette systemet for ytelse av tjenester gjennom "spesialiserte" sentre bygger på en stabil og høyt kvalifisert gruppe av fagfolk ved sentrene, som er etablert nær familiene. Det finnes mange forskjellige sentre, og disse finansieres av ulike tjenester og departementer.

Det kan være en utfordring å ha forskjellige finansieringskilder ettersom det er viktig at fagpersoner har oversikt over alle eksisterende ressurser. Det er også viktig å sørge for et produktivt samarbeid mellom finansieringskildene slik at man sikrer støtte til familier og nødvendige ressurser i tråd med prinsippene som danner grunnlaget for den økologiske modellen.



I Coimbra har man en *høyt kvalifisert prosjektgruppe som yter tidlig intervensjon via et "tverretattlig" system*. Dette systemet er basert på enighet og samarbeid mellom ulike lokale og regionale departementer – helse-, sosial- og utdanningstjenester – som er ansvarlige for finansiering av tjenestene og tilgang på fagpersoner.

Dette systemet sikrer effektiv rasjonalisering og bruk av eksisterende ressurser, hvor sosialt vanskeligstilte familier får høy prioritet.

God koordinering av de ulike "instansene" som er involvert på alle nivåer (lokalt, regionalt og nasjonalt), er en betydelig utfordring. Om en instans 'faller bort', blir det umiddelbart vanskeligere å sørge for tjenester, både på økonomisk og faglig nivå. En annen utfordring med Portugals system er å sikre stabiliteten internt i gruppene.

Ulike fagpersoner fra det lokale ressurscenteret i Västerås tilbyr støtte til barn i førskolealder (fra ettårsalderen) og deres foreldre. Denne "lokale og desentraliserte" formen for tilbud er basert på en samfunnsstruktur med et godt utbygd sosialvesen som yter viktige sosialtjenester til familier.

Dette systemet ser ut til å fungere godt, og er tydelig basert på landets sunne økonomiske situasjon og fagpersoner med høy kompetanse.

Det finnes enkelte utfordringer. Disse er hovedsakelig relatert til behovet for koordinering og samarbeid mellom tjenester og fagpersoner på lokalt og nasjonalt nivå. I tillegg er det behov for et bredt opplæringstilbud for fagpersoner om barns utvikling.

Den siste faktoren som kommer tydelig frem i de tre eksemplene, er den økende innvirkningen innvandring har på tilbud om tidlig intervensjon. Dette er positivt fordi det indikerer en bevissthet hos fagfolk omkring samfunnsmessige endringer i Europa og hvordan disse endringene påvirker praksis.



3. ANBEFALINGER

Følgende anbefalinger er basert på prinsippet om at tidlig intervensjon i førskolealder er *en rettighet* alle barn og deres familier har krav på. Den gjennomførte analysen med resultater, som er presentert i de foregående kapitlene, bidro til å kartlegge en rekke punkter som må iverksettes. Nedenfor følger noen anbefalinger som har som formål å bidra til at fagpersoner blir oppmerksomme på nødvendige strategier for iverksettelse av punktene og hjelpe dem å unngå kjente problemer. Dette kommer barna og familiene direkte til gode. Disse anbefalingene, basert på resultatene fra diskusjonene på prosjektmøtene, anses også som interessante for beslutningstakere på feltet, selv om de primært er rettet mot fagfolk som jobber eller har ønske om å jobbe innenfor feltet.

De fem hovedpunktene som ble nevnt i kapittel 2, presenteres nedenfor, sammen med en ufullstendig liste over anbefalinger for vellykket iverksettelse.

3.1 Tilgjengelighet

For å sikre at alle barn og familier med behov for tidlig intervensjon i førskolealder nås så tidlig som mulig, er følgende anbefalinger utarbeidet:

Politiske retningslinjer for tidlig intervensjon: Politiske retningslinjer på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå skal gjøre tidlig intervensjon i førskolealder til en rettighet for barna og familiene deres. Slike politiske retningslinjer skal styrke arbeidet som utføres av ulike fagfolk i samarbeid med familier, gjennom å definere kriterier for kvalitet og evaluering av tjeneste - tilbudet. Med utgangspunkt i situasjonen i de ulike landene, er det tre spørsmål som krever ekstra oppmerksomhet:

1. Familier og fagpersoner trenger retningslinjer som er nøye koordinert når det gjelder strategier for iverksettelse, målsettinger, arbeidsmåter og resultater.
2. Retningslinjene skal ha som formål å støtte og sikre koordinering av utdannings-, sosial- og helsetjenestene



som er involvert. Overlappende eller motstridende tiltak internt eller på tvers av tjenester må unngås.

3. Retningslinjene kan omfatte utvikling av regionale og nasjonale støttesentre for tidlig intervensjon som kan opptre som et forbindelsesledd mellom det politiske, faglige og brukerrelaterede (familien) nivået.

Informasjonstilgjengelighet: Så raskt som mulig skal omfattende, lettfattelig og presis informasjon om tjenestetilbudet gjøres tilgjengelig på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for familier og fagpersoner fra alle relevante tjenester. Det skal legges ekstra vekt på bruk av et presist, men lett forståelig språk. Når det gjelder familier fra en annen kulturell bakgrunn, skal deres foretrukne språk benyttes, slik at man unngår situasjoner der viktig informasjon ikke når frem.

Entydig definisjon av målgrupper: Det er beslutningstakerne som bestemmer kriteriene for hvem som skal tilbys tidlig intervensjon, men fagfolk skal spille en rådgivende rolle i prosessen. Sentre, tilbud, team og fagpersoner skal fokusere på de definerte målgruppene, i overensstemmelse med prioriteringene som er fastsatt på lokalt, regionalt og/eller nasjonalt nivå. Dersom det er uoverensstemmelser mellom nivåene, kan det oppstå forvirring/misforståelser slik at barn og familier ikke får den støtten de trenger eller tilgang på de ressurser som er tilpasset deres behov.

3.2 Nærhet³

Det er viktig å sikre at tjenestene er tilgjengelige så geografisk nær målgruppen som mulig. Derfor skal det tas hensyn til følgende:

Desentralisering av tjenester/tilbud: Tjenestetilbud innen tidlig intervensjon skal legges så nær familiene som mulig for å oppnå følgende:

³ Begrepet nærhet har to betydninger i dette dokumentet: nærhet til sted og nærhet til person.



- God kjennskap til situasjonen/forholdene i familiens nærmiljø.
- Samme kvalitetsnivå på tjenestene uavhengig av geografisk plassering (f.eks. i tynt befolkede områder).
- Unngå overlappinger, irrelevante eller villedende vei - valg.

Imøtekommelse av behovene til familier og barn: Tjeneste- og tilbudsytere skal gjøre en nødvendig innsats for å nå familier og barn og oppfylle deres behov. Dette innebærer at:

- Familier har krav på utfyllende informasjon fra det øyeblikket behovet er identifisert.
- Familier har rett til å bestemme, sammen med fagpersonene, hvilke tiltak som skal iverksettes.
- Tidlig intervensjon kan ikke påtvinges familier, men skal garantere barnets rett til beskyttelse. Rettighetene til barnet og familiens behov må samsvare med hverandre.
- Familier og fagpersoner må dele en forståelse av formålet og fordelen med intervensjonstypen som anbefales familier og barn.
- Utarbeidelsen av et skriftlig dokument (en individuell plan, individuell plan for familietjenester eller tilsvarende) av fagpersoner i samarbeid med familien, bidrar til synliggjøring og enighet omkring prosessen: planlegging av intervensjonen, formulering av målsettinger og ansvarsområder, evaluering av resultater.
- Familier skal motta et opplæringstilbud på forespørsel som gjør dem i stand til å tilegne seg ferdigheter og kunnskap som gjør det enklere å samarbeide med fagpersoner og med barnet deres.

3.3 Kostnader

For å sikre at tilbud om tidlig intervensjon og -tjenester når alle familier og småbarn som trenger støtte, uansett sosial og økonomisk bakgrunn, er det nødvendig å sørge for at **familiene tilbys tjenester/tilbud som er gratis**. Dette innebærer at offentlige midler skal dekke alle kostnader forbundet med tidlig intervensjon i førskolealder via offentlige instanser,



forsikringsselskaper, ideelle organisasjoner osv., som oppfyller kvalitetsstandardene definert i det enkelte lands lovgivning. I tilfeller der det eksisterer et privat tilbud om tidlig intervensjon som betales i sin helhet av familien, parallelt med offentlig finansierte tjenester, må en sikre at kravet til kvalitet som er definert i den nasjonale lovgivningen på området blir oppfylt.

3.4 Tverrfaglig samarbeid

Tjenester og tilbud i forbindelse med tidlig intervensjon i førskolealder involverer fagpersoner fra forskjellige fagfelter og bakgrunner. For å sikre god kvalitet på teamarbeidet, foreslås følgende anbefalinger:

Samarbeid med familier⁴: Ettersom familien er den primære samarbeidspartneren, er det viktig å sikre et godt samarbeid med utgangspunkt i følgende:

- Fagpersoner skal invitere til samarbeid og opptre på en åpen og respektfull måte overfor familien, slik at familien ikke føler at de påtvinges synspunkter de ikke er enige i, men får anledning til å presentere sine behov og forventninger.
- Fagpersoner skal arrangere møter der man kan diskutere ulike synspunkter med foreldrene og sammen utarbeide et skriftlig dokument – en individuell plan eller tilsvarende.
- En individuell plan (Individuell plan for familiestøtte eller tilsvarende) skal angi intervensjonstype, målsettinger, strategier, ansvarsområder og evalueringsprosedyrer, og være basert på enighet mellom partene. Denne skriftlige planen skal evalueres regelmessig av familien og fagpersonene sammen.

Teamutvikling: Det er viktig at fagpersoner, på tross av ulik faglig bakgrunn, samarbeider tett i tverrfaglige team, både før

⁴ Begrepet samarbeid i denne teksten henviser til at familier og fagpersoner jobber sammen og bidrar med egen ekspertise, gjør en felles innsats og tildeler ansvarsområder.



og underveis i iverksettelsen av planlagte oppgaver. Det må være dialog om prinsipper, målsettinger og arbeidsstrategier. Forskjellige tilnæringsmetoder må integreres og koordineres slik at man oppnår en bred og holistisk tilnærming i stedet for en "sektorbegrenset" tilnærming. Følgende punkter er spesielt viktige:

- Informasjonsutveksling er en forutsetning for at teammedlemmer skal kunne utfylle hverandre, både når det gjelder personlige egenskaper og kompetanse.
- Beslutninger skal fattes av teamet/fagpersonene på basis av drøftelser og avtaler.
- Det skal utpekes en kontaktperson som skal koordinere alle nødvendige tiltak, sikre kontinuerlig kontakt med familien og sørge for at man unngår unødvendig og enveiskontakt mellom de aktuelle tjenestene og familien. Kontaktpersonen skal være referanseperson for familien og faggruppen. Han/hun skal utpekes på bakgrunn av egenskapene som kreves i de ulike situasjonene.
- Team -medlemmer fra ulike fagfelt må ha kompetanse i samarbeid. Det skal organiseres felles videreutdannings- eller kompetanseutviklingskurs for å gi fagpersoner felles kunnskap om barnets utvikling, spesialkompetanse i arbeidsmetoder, vurdering/ kartleggings -metoder osv. samt personlig kunnskap om hvordan man samarbeider med familier, i team, med andre tjenester og utvikler personlige ferdigheter/evner.

Intern stabilitet i teamene: Det er viktig at teamene er stabile. Det forenkler teamutviklingsprosessen og gir dermed bedre resultater. Hyppig og umotivert utskifting av teammedlemmer kan gå utover kvaliteten på støtten som tilbys, og også være negativt for arbeidet og -opplæringen.

3.5 Mangfold

For å sikre at helse-, utdannings- og sosialsektoren som er involverte i tidlig intervensjon i førskolealder samarbeider om ansvaret, anbefales følgende:



Koordinering av sektorer: De ulike involverte sektorene skal sikre oppfyllelsen av målsettinger på alle forebyggingsnivåer gjennom hensiktsmessige og koordinerte tiltak. Dette betyr at:

- Helse-, utdannings- og sosialsektoren skal involveres i tidlig identifisering og henvisning, slik at man unngår avbrudd eller betydelige forsinkelser som kan ha negativ innvirkning på videre intervensjon eller skape lengre ventelister i situasjoner der det er stort press på tjenester eller faggrupper.
- Prosedyrer for kartlegging av utvikling skal være tilgjengelig for alle barn. De skal være godt kjent og gjennomføres systematisk.
- Prosedyrer for kontinuerlig overvåking, rådgivning og oppfølging skal tilbys alle gravide kvinner.

Koordinering av tilbud: God koordinering er en forutsetning for en best mulig utnyttelse av samfunnets ressurser. God koordinering innebærer at:

- Tjenestene skal sikre at barnet mottar kontinuerlig støtte der det overføres fra et tilbud til et annet. Familier og barn skal støttes og involveres på alle plan.
- Barn som har mottatt tjenestetilbud om tidlig intervensjon, skal sikres fri plass i førskolen.

Som nevnt ovenfor, er disse anbefalingene hovedsakelig myntet på fagfolk som jobber eller ønsker å jobbe på dette feltet, men de kan også være nyttige for beslutningstakere på politisk nivå. Dette er bakgrunnen for at det bør gjennomføres en regelmessig evaluering av effekten av politiske beslutninger på området tidlig intervensjon i førskolealder, som så viderefremidles for å stimulere til debatt og forskning på feltet. Det bør vektlegges at dette er et ansvar som både familier, fagpersoner og lokale, regionale og nasjonale beslutningstakere deler.



REFERANSER

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 (Island): 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 (Sverige): Mälardalens Högskola.

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

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

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

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

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

Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., Borges, L. (1999) Community-Based Early Intervention: The Coimbra Project



(Portugal). In *Child: Care, Health and Development*, vol. 26:5, Blackwell Publishing.

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

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

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

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

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

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

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

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).

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



European Agency for Development in Special Needs Education (1998) *Tidlig intervensjon i Europa. Tendenser i 17 europeiske land*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in Special Needs Education (2003) *Særskilt tilrettelagt opplæring i Europa*. 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. 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.

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 intervensjon i førskolealder (TIF) er et viktig felt, både på politisk og faglig nivå. Det dreier seg om retten små barn og deres familier har til å motta den hjelpen de trenger. Målet med tidlig intervensjon i førskolealder er å støtte og styrke barnet, familien og tjenestene som er involvert. Tidlig intervensjon i førskolealder bidrar til å skape et inkluderende samfunn preget av samhørighet og bevissthet omkring rettighetene til barna og familiene deres.

Denne rapporten er et sammendrag av prosjektanalysen av de viktigste sidene ved tidlig intervensjon i førskolealder i 19 europeiske land, utført av European Agency for Development in Special Needs Education i løpet av 2003 og 2004. Dokumentet inneholder også en liste over anbefalinger, hovedsakelig myntet på fagpersoner innenfor dette feltet, som kan fungere som kilde til refleksjon og forbedring av praksis.

