

Együtt nevelés vagy külön nevelés?

Dilemmák a másság ellátásában Európában

Tanulmányunkban a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatásának történetileg kialakult, illetve napjainkban elfogadott módszereivel, a szegregáció-integráció nemzetközi dimenzióival, a fogyatékoság definíciós problémáival, az előfordulás jellegzetességeivel, az oktatás-ellátás gyakorlatával, valamint az oktatás finanszírozási modelljeivel foglalkozunk. (1)

Az a kérdés, hogy egy, a formális képzésre csak korlátozottan alkalmas vagy alkalmatlan fogyatékos gyermek optimális fejlődése milyen feltételek között biztosítható, a tankötelezettség általánossá válása óta eltelt másfél évszázadban folyamatos vita tárgya volt. Az alapvető dilemma, hogy a sajátos nevelési igényű gyermek a különleges ellátásra létrehozott intézményben kapjon-e speciális szükségleteinek megfelelően kialakított nevelést-oktatást, vagy a „normál” iskolarendszerben integráltan vegyen részt a képzésben.

Az európai országokban igen eltérő, különböző elméleti alapon álló gyakorlat alakult ki az átlagos iskolai körülményekkel megküzdési nem tudó gyerekek képzésére. Egyes országokban a különleges gondozást igénylő tanulók külön iskolában és osztályban tanultak, máshol csak elenyésző részük vett részt szegregált oktatásban, többségük a többségi intézményeket látogatta. Arra is van példa, hogy a két ellátási forma párhuzamossága alakult ki. A szegregáció-integráció vitában az integrációt támogatók olyan érvekre hivatkoztak, mint demokrácia, humánus és tolerancia. Gyakori, hogy ezekben a vitákban a fogyatékosok szegregált vagy integrált nevelése-oktatása egymást kizáró megoldásokként jelentek meg, azonban a történelmi tapasztalatok és a különböző országok eltérő gyakorlatának áttekintése azt mutatja, hogy nem alakult ki minden esetben alkalmazható tökéletes és egységes megoldás. Tanulmányunk végén részletesebben is kitérünk a hazai gyógypedagógiai oktatás több mint száz éves történetére, amelyben „eseti szinten” tükröződnek a szemléleti és oktatáspolitikai változások.

Történeti áttekintés

Az iskola bírálóinak érveiben gyakran szerepel, hogy a fogyatékkal élők szegregációja a tankötelezettség terméke. E feltételezés hívei azonban kizárólag a probléma felszínét látják. Minden kultúrában és társadalomban éltek érzékszervi vagy értelmi fogyatékosággal sújtott emberek, bár az is kétségtelen, hogy az európai modernizációt megelőző századokban jóval kisebb volt a fogyatékos gyermekek felnevelkedésének esélye. Nem a közoktatás vagy a mai emberek előítéletei teszik különlegesen nehezzé a fogyatékkal élők számára az életet és a beilleszkedést, hanem a mai épített és technikai kultúrával átszőtt életvilág. Az iskolai tananyag és a követelményrendszer kialakításában az iskola alapvetően közvetítő szerepet játszik: ezek az iskolát magában foglaló és működtető társadalmi körülmények termékei. A mai társadalomban bizonyos feladatok teljesítése meghatározott szintű tudáshoz, iskolai végzettséghez kapcsolódik. A tudás, a műveltség nemcsak az elő-

rejtás, a társadalmi mobilitás alapja a modern polgári demokráciák meritokratikus értékrendje szerint. Az értelmi „belátó képesség” egy adott szintje a mindennapi létezés és az elemi alkalmazkodás, valamint a felelősségvállalás előfeltétele is.

Az iskola alapvetően két jellegzetes módon játszik szerepet a fogyatékkal élők elkülönítésében.

A tankötelezettség és az elmúlt kétszáz év oktatási hagyományai jelentős szerepet játszottak abban, hogy létrejött a gondolkodás és a problémamegoldás általános normája: az oki gondolkodás. E norma léte és iskolai közvetítése az alapja az értelmi képességek, az intelligencia mérhetőségének, amelynek eszközét, az első intelligenciatesztet Alfred Binet dolgozta ki a 20. század első éveiben. (Vajda, 2001) A mérhetőség pontosabbá tette a fogyatékoságok definícióját, ezáltal élesebbé váltak a normalitás határai. Ugyanakkor az elmúlt évszázad során az is beigazolódtott, hogy az értelmi működés „normális” szintjét jóval nehezebb meghatározni, mint a vércukor szintjét vagy a vérnyomást. Az intelligenciamérés tapasztalatai jelentősen alátámasztották az értelmi normalitás relativitásával kapcsolatos aggodalmakat. Az intelligenciatesztek nem adaptálhatók gépiesen az

egy-egy kultúrára, csak az adott társadalom „átlagos” tudásához igazítva vezetnek használható eredményre, az azonos kultúrában élő egyének értelmi teljesítőképesége, tudása is változik az időben. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy az iskolában szerzett tudás és az ottani teljesítményen alapuló minősítés nincs mindig szoros kapcsolatban a későbbi boldogulás esélyeivel. Mindennek ellenére a modern társadalmak nem mondhatnak le az iskola szűrő funkciójáról, amely a gyermek több éven át tartó követésén alapul, és felkínálja a korrekció lehetőségét is.

A társaikkal lépést tartani nem tudó gyerekek elkülönített, szegregált oktatása eredeti célja szerint éppen az egyenlő bánásmód érdekében valósult meg: az általános tankötelezettség törvénybe iktatása, állampolgári joggá tétele vezetett a fogyatékoság korrekciójára irányuló állami-társadalmi intézmények létrehozásához.

Írország egy-egy külön kategóriát képez a büntetett fiatalok és a vándorló családok gyermekeinek (roma, sinti) besorolására. Spanyolország több tekintetben is eltér az európai országok többségétől, itt külön kategóriába tartoznak a kulturális vagy szociális hovatartozásuk miatt tartós vagy átmeneti külön ellátást igénylők, s itt létesült külön kategória a tehetséges gyermekek számára.

nyek létrehozásához. A modern polgári társadalmakon kívül nem ismerünk olyan társadalmat, amely közcélnak tekintette volna az értelmi hátránnyal küzdők felzárkóztatását. Ezért túlzó és történetietlen az az állítás, hogy a fogyatékkal élők ma rosszabb, elítéltebb és kirekesztőbb környezetben élnek, mint a modernizáció előtti társadalmak hasonló sorsú tagjai. (Könczei és Kálmán, 2003)

A fogyatékos gyermekek képzésének lehetőségei már Comeniust is foglalkoztatták, a gyógypedagógiai oktatás első intézményei azonban csak fél évszázaddal a tankötelezettség törvénybe iktatása után jöttek létre. Az első átfogó iskolatörvény-tervezetek az angol és francia forradalmak idején készültek, valamennyi esetében különleges hangsúlyt kap a tanulási jog minden egyes gyermekre való kiterjesztésének követelése. Az általános, ingyenes és kötelező alapfokú oktatás csak a 19. század végére valósul meg a népesség egésze számára. A tankötelezettségnek ebben az első korszakában a fogyatékos gyermekek kimaradnak a rendszerből, felmentést kapnak a tankötelezettség alól.

Elsőként az érzékszervi fogyatékoságok korrekcióját szolgáló intézmények kezdtek meg működésüket az európai országokban, illetve az Egyesült Államokban a 19. század derekán. Ezek többnyire bentlakásos, egyházi vagy magánintézmények voltak. Valami-

vel később, a század végén jönnek létre az értelmi fogyatékosok korrekciós nevelését szolgáló intézetek. A 20. század első évtizedeire a gyógypedagógiai képzés állami feladattá válik. Az intézményrendszer megteremtése – hangsúlyozza Gordosné (2000) – egyértelműen a pozitív diszkriminációt szolgálta: a célja az volt, hogy képzési lehetőséghez juttassa az iskolarendszeren kívül rekedt tanulókat. Érdemes ezzel kapcsolatosan kiemelni, hogy a tankötelezettség általánossá válása nemcsak a szülőkre és a gyerekekre nézve jelentett kötelezettséget, hanem az államra nézve is. A tankötelezettséget az európai országokban a 20. század első évtizedeiben – például Belgiumban 1914-ben, Magyarországon 1921-ben – terjesztik ki a fogyatékosokra. Ez nemcsak a tanuláshoz való jog törvénybe iktatását foglalta magában, hanem az intézmények létesítésének feltételeit, valamint a beiskolázás kritériumait is. Így a gyógypedagógiai oktatás a 20. század elejére közoktatás-politikai ügy lett.

Már a 19. században megkezdődik a gyógypedagógiai rendszerek differenciálódása, ekkor jönnek létre a ma is használt enyhe, közép súlyos és súlyos fogyatékosok kategóriái. A gyógypedagógiai képzés történetében a legnagyobb problémát mindvégig az enyhe fogyatékosok kezelése jelenti. Már a korai képzési tapasztalatok rávilágítanak, hogy az enyhe és súlyos fogyatékkal élők között nemcsak teljesítménybeli, hanem képezhetőségi különbségek is vannak. Az első kiegészítő iskola Drezdában jött létre a 19. század első évtizedeiben, majd társadalmi mozgalmak hatására újabbak is követték. A 20. század kezdetétől az európai országok egy részében szegregált iskolákat alakítottak ki a fogyatékos tanulók részére, annak érdekében, hogy ott különleges pedagógiai ellátásuk maradéktalanul megvalósuljon. A lakosság javuló iskolai adaptációja és az iskolázottsági szint általános emelkedése következtében az iskolák követelményszintje mind magasabb lett, ezért folyamatosan nőtt azoknak a gyerekeknek az aránya, akik nem tudtak ép értelmű társaikkal lépést tartani, így növelve a beiskolázatlan gyerekek csoportját. A problémát súlyosbította, hogy – miként azóta is – az enyhe értelmi fogyatékosok mindig részleges átfedésben van a gazdasági és társadalmi marginalitás, a szegénység és kirekesztettség elszenvedőivel. E helyzetnek kétféle értelmezése lehetséges: a szegénység, a hátrányos társadalmi helyzet valójában a gyenge értelmi képességek következménye, vagy megfordítva: a nélkülözés az oka az értelmi lemaradásnak. E kétféle felfogás képezi az ellentétes pólusokat a többször, legutóbb 1999-ben újraéledt IQ vitában.

Az Unesco 1968-as felmérése szerint a hatvanas évek végén nem volt minden ENSZ tagállamban a fogyatékosokra is kiterjedő tankötelezettség, de minden adatszolgáltató országban működött valamilyen gyógypedagógiai intézmény. A fogyatékosokkal élők képzésének két fő típusa az elkülönített oktatás, azaz a szegregáció, illetve az integráció, ahol vagy külön osztályban való elhelyezés, vagy nagy létszámú osztályban való integrált nevelés-oktatás valósul meg.

Az elmúlt évtizedekben egyre differenciáltabbakká váltak a tipológiák. Ennek részben oka, részben kiváltója volt a specifikus nevelési igény rendkívüli kiterjedése. Fény derült rá, hogy a gyenge tanulási teljesítmény az esetek egy részében egy adott funkció súlyos fogyatékoságának (diszlexia, diszkalkulia) a következménye. Folyamatosan problémát okozott a gyógypedagógiai határesetek jelentős részének nyilvánvalóan szociális eredete. Az 1960-as években számos országban sor került az elkülönített iskolára javasoltak körének szűkítésére, korlátozására, és felmerül az integrált oktatás igénye.

Az 1990-es években bekövetkezett változásokat Gordosné (2000) „terminológiai robbanásnak” nevezi. Ebben az időszakban háttérbe szorulnak az elkülönített iskolázást preferálók, akik az orvosi terminológia mellett kardoskodnak. A hagyományos meghatározások az organikus eredetet és a sérülés tartósságát hangsúlyozták, s az ezek alapján készült tipológiák a fogyatékosok jellege és súlyossága alapján rendszereztek. Ezzel szemben az integrált nevelés hívei egyre tágabb terminusokat alkalmaznak, amelybe beletartozhat a tehetség is, s nem törekednek típusalkotásra és definiálásra. Gordosné megfogalmazása

szerint „hallgatólagosan” leveszik a napirendről a kérdést, kik tartoznak a gyógypedagógia körébe. E megközelítés hívei szerint azoknak, akik speciális nevelést igényelnek, egyéni szükségletei szerint kell „minden segítséget megadni”. A fogyatékosra utaló elnevezéseket megbélyegzőnek tartják, ezért minden korábbit felvált a „speciális nevelési szükségletű egyének” elnevezés. Az integrációs pedagógia legújabb állomása az úgynevezett inklúzió (befogadás). Ez a filozófia és gyakorlat nemcsak az egyes gyermek integrációját jelenti, hanem azon túlmenően egy olyan iskola kialakítását és fenntartását, ami mindenki számára létesül, vagyis úgy szervezik és strukturálják, hogy minden tanulóknak azonos lehetőséget teremtsen. Az elgondolás azonban logikai és gyakorlati ellentmondásokat hordoz. Logikai természetű probléma, hogy az „egyéni fejlődés” vagy „egyéni szükséglet” csak más egyénekhez képest értelmezhető. Az átlag, a normalitás megállapítása emberi tulajdonságok mérése esetén nem lehetséges másként, mint a más emberekhez való viszonyítás különböző eszközeivel. Emellett a gyakorlatban sem könnyű megvédeni azt az állítást, hogy a mindenben azonos körülmények a legkedvezőbbek az adott esetben nagy mértékben különböző képességű gyerekek egyéni fejlődése szempontjából.

Különböző oktatási formák Európában

A képzési rendszerek összehasonlításának kritériumai közé tartoznak a korai megelőzés, az ideológiák (politikák) és gyakorlati rendszereik, a finanszírozás, a tanárképzés és a kommunikációs technika. A következőkben e jellemzők segítségével mutatjuk be a másság ellátásának nemzetközi gyakorlatát.

Az európai országokban a fogyatékosképzés eltérően alakult. Néhány országban a szegregált intézményrendszer viszonylag hosszú ideig fennmaradt és működött. Más országokban azonban újabb iskolák alapítása helyett kezdetben inkább szegregált „pótosztályokat” hoztak létre a többségi iskolákban, később pedig a külön osztályokba sorolás helyett a tanulókat integrálták a nagy létszámú osztályokba, és egyéni segítségnyújtással, korrepetálással igyekeztek haladásukat elősegíteni. Ilyen fejlődés jellemző Dániára, Spanyolországra, Franciaországra, Írországra, Ausztriára, Portugáliára, Svédországra és Angliára. Az integráció gyakorlata Angliában már a negyvenes évek elejétől működött, majd az említett többi országban is megteremtették ennek feltételeit.

Közép- és Kelet-Európában a gyógypedagógiai ellátórendszer erősen differenciált volt, s – ami szintén fontos – a külön nevelésben és oktatásban komoly eredményeket ért el. A legnagyobb történelmi múltra visszatekintő szegregált ellátással Észtország és Magyarország rendelkezik. Ezzel szemben Észak- és Dél-Európa országai az elsők között vettek részt az „integratív modellek” kidolgozásában, amit korábbi képzési gyakorlatuk és ellátórendszerük indokolt. Ezekben a régiókban sokkal kevésbé volt differenciált a gyógypedagógiai ellátás, továbbá a fogyatékosok és épek együttnevelésének hagyományai is segítették a fogyatékosok integrációjának elfogadását.

Az európai országok közötti eltéréseknek történelmi, politikai, demográfiai és geográfiai okai vannak. Ezek részletes bemutatására itt nincs lehetőségünk, így a teljesség igénye nélkül néhány kutatás (*Meijer, Soriano és Watkins, 2003*) megállapításainak tanulságait közöljük:

- a gyógypedagógiai ellátás jellegét befolyásoló tényező az adott társadalom gondolkodásmódja és felfogása a „fogyatékoság”-ról.

- a gyógypedagógiai képzés fajtáját jelentős mértékben befolyásolták az adott település jellege, körülményei. Igen magas korreláció van például a népsűrűség és a szegregált oktatás között. A ritkábban lakott területeken a szegregáció gyakorlati, szociális és anyagi természetű hátrányokkal jár mind a finanszírozók, mind az igénylők részére, míg a sűrűn lakott területeken kevésbé mutatkoznak ezek a hátrányok. Így például Olaszországban geográfiai tényezők segítették az integráció megvalósítását, a szárazföldtől messzebb eső kisebb szigeteken mindig is együtt oktatták a gyerekeket.

– a politikai tényezők körébe tartozik a különféle ellátások finanszírozásának módja. Nyilvánvaló, hogy a fogyatékosok ellátásában alkalmazott eljárások és terápiák hozzáférhetősége a finanszírozástól függ, de a finanszírozás mértéke és összetétele erősen hat az integrációra is.

A fogyatékoság kategóriái

A fogyatékoság („sajátos nevelési igény”) definíciói és kategóriái országról-országra, esetleg megyéről-megyére(!) változhatnak. Olaszországban a fogyatékoság kritériuma a képzésben, a szociális kapcsolatok kialakításában és a foglalkoztatásban való hátráltatottság. Más országok a sajátos nevelési igénynek, illetve a fogyatékoságnak csak egy vagy két típusát ismerik el, mint például Dánia, ahol úgy tartják, hogy további fogyatékosági csoportok megnevezése könnyen a kirekesztettség egyik alternatívájává válhat. Jóval gyakrabban találkozzunk a differenciált meghatározással, és a különböző országokban a sajátos nevelési igényű gyermekek körében eltérő számú fogyatékosági kategóriát különítenek el: Spanyolországban hetet, Belgiumban nyolcat, Németországban, Hollandiában és Ausztriában tízet, Svédországban pedig tizenkét csoportos rendszer működik. Az európai országok többsége a sajátos nevelési igényű gyermekeket, tanulókat szükségleteik típusa szerint általában hat-tíz kategóriába sorolja. Ezek általában a következők: értelem-, hallás-, látás-, testi, motorikus, beszéd fogyatékosok, emocionális, szociális és tanulási problémákkal küzdők, továbbá krónikus betegek, autisták. A tanulási problémák kategóriájában számos országban fennmaradt a súlyosság három fokozata: gyenge, közepes, súlyos. Írország egy-egy külön kategóriát képez a büntetett fiatalok és a vándorló családok gyermekeinek (roma, sinti) besorolására. Spanyolország több tekintetben is eltér az európai országok többségétől, itt külön kategóriába tartoznak a kulturális vagy szociális hovatartozásuk miatt tartós vagy átmeneti külön ellátást igénylők, s itt létesült külön kategória a tehetséges gyermekek számára, elsősorban speciális igényeik ellátása céljából. Lichtenstein és Franciaország erős kivétel, ahol is nem létezik megfogalmazott kategória, csak az ellátás típusa meghatározott.

A „sajátos nevelési igény” megállapítása általában orvos-pszichológus team feladata, amit egy diagnosztikai felmérés előz meg. Az országok többségében ez egyszeri vizsgálati alkalom, de például Angliában a diagnosztikus mérés ötlépcsős folyamatban történik. Miután a diagnosztikus kategóriát és a szükségleteket megállapították, a szakmai team javaslatot tesz az ellátás fajtájára és intézményes formájára. A választási döntés joga Finnországban és Svédországban a szülő kezében van. Lichtensteinben a szakembereknek még a sajátos nevelési igényű tanulók speciális tantervét is el kell fogadtatniuk a szülőkkel. A fogyatékoság megállapítását követően a vizsgálatot tanévenként legalább egyszer (Dánia), illetve a tanévben rendszeresen (Anglia, Hollandia) meg kell ismétetni. Az újbóli vizsgálat célja mindkét esetben az, hogy az eredmények figyelembevételével szükség szerint módosítsák az ellátást. A legtöbb országban lehetséges az évközbéli „visszahelyezés normál osztályba”.

Három jellemző európai modell a sajátos nevelési igényűek ellátásában

A *sajátos nevelési igényű* gyermekek és tanulók ellátásának fogalmán egyes országok egy egész iskolaszervezetet, mások a normál iskola keretein belül biztosított széleskörű támogatást és ellátást értik.

A különleges ellátás szerkezete Európában három fő modellben írható le.

Az első csoportba azok az országok tartoznak, ahol a sajátos nevelési igényű tanulókat – kevés kivétellel – a többségi általános iskolai képzésbe integrálják (one-track approach), ahol különleges igényeik biztosítására széleskörű szolgáltatás áll rendelkezésre. Azoknak a gyerekeknek a százalékos arányszáma, akik speciális osztályba, vagy spe-

ciális iskolába járnak, osztályonként nem lehet több 1 százaléknál, a külön ellátást igénylők esetében 2 százaléknál. Ez a szerkezeti forma Európában Görögországban, Spanyolországban, Olaszországban, Portugáliában, Svédországban, Norvégiában és Cipruson valósult meg. (1. ábra) Olaszországban például a sajátos nevelési igényű tanulóknak joguk van az integrált ellátásra, egy többségi iskolának osztályonként maximum négy ilyen tanulót kell felvennie. Külön iskola csak a hallás-, beszéd- és látásfogyatékosok részére működik szegregáltan. Egész Olaszországban összesen 25 szegregált gyógypedagógiai iskola van. Svédországban a szülőknek joga van gyermeke számára iskolát választani. Itt nyolcféle speciális iskola működik.

A második csoportba azok az országok tartoznak, amelyek az ellátást két elkülönített képzési rendszer (two-track approach) működtetésével oldják meg. Ezek az országok rendelkeznek a törvény által előírt szegregált gyógypedagógiai intézményekkel, ahol speciális képzés folyik. Ugyanakkor lehetőség van

A gyermek- és tanulókorú népességből fogyatékosnak minősített gyermekek és tanulók százalékos arányszáma Európa országaiban igen eltérő. Míg Görögországban, Spanyolországban, Olaszországban, Szlovéniában, Romániában 2 százalék alatt, addig Dániában, Izlandon 10 százalék felett van, Finnországban pedig az arány eléri a 18 százalékot. A jelentős eltérések a gyakorlatban alkalmazott különféle „fogyatékoság” kategóriák alkalmazására, továbbá a sajátos nevelési igény ellátására kialakított képzési rendszerek formájára vezethetők vissza.

a fogyatékos tanulók integrációjára is. Ilyen párhuzamosságot találunk Svájcban, Belgiumban (francia nyelvterületen), Hollandiában, Bulgáriában, Romániában és Lettországon. Itt igen erős differenciáltság jellemző ma is. A gyermekek 3 százaléka jár speciális iskolába, és csak nagyon kevesen kapnak integrált ellátást a többségi iskolában.

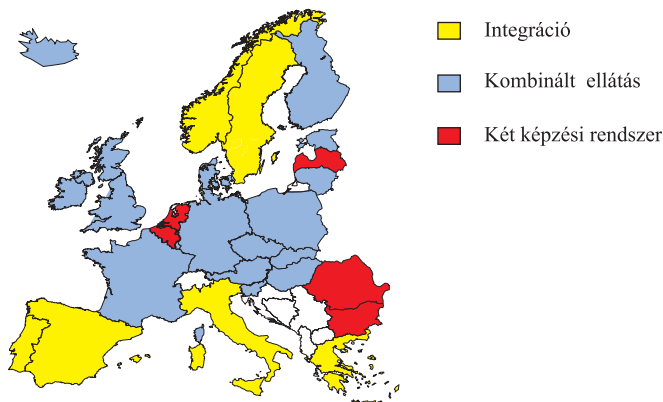
A harmadik csoportba azok az országok tartoznak, ahol a szegregáció és integráció (a többségi iskolában biztosított célzott fejlesztéssel) gyakorlata egyaránt kialakult (multi-track approach). A fogyatékosok ellátása kombinált, ami nem az intézménytípust tekintve elsődlegesnek, hanem egy széles spektrumú ellátást, aminek szolgáltatásait mindkét intézménytípusban tanulók igénybe vehetik. Ilyenek például a fél- vagy egészidős speciális osztályok, csereaktivitás, bizonyos időnkénti tanár-diák csere, kooperáció normál és speciális iskola közt. Ezekben az országokban a sajátos nevelési igényű tanulók száma relatíve magas. A tanköteles korú népesség mintegy 1–5 százaléka speciális iskolában kap ellátást. (2. ábra) Az európai országok

többsége ebbe a csoportba sorolható: Dánia, Németország, Franciaország, Írország, Ausztria, Finnország, Anglia, Izland, Lichtenstein, Csehország, Észtország, Litvánia, Lengyelország, Szlovénia, Szlovákia, Luxemburg. Ide sorolható Magyarország is. Angliában az ellátásnak hatféle kombinációja lehetséges:

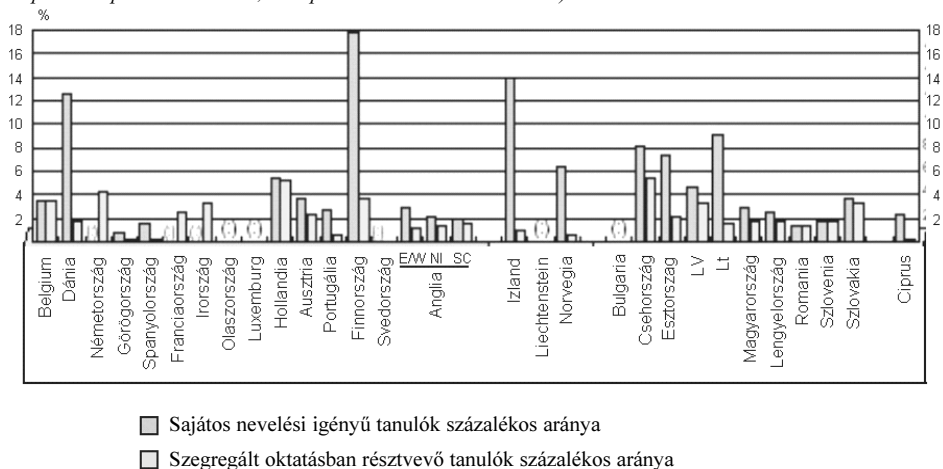
- normál osztályban való ellátás;
- normál osztályban való ellátás kiegészítve intézményen belül biztosított fejlesztéssel;
- normál osztályban való ellátás kiegészítve intézményen kívül biztosított fejlesztéssel;
- speciális osztály a normál iskolán belül;
- speciális iskola napközi otthonnal;
- bentlakásos speciális intézmény.

Írországon a tanulók 50 százaléka a részidős speciális osztályt látogatja, de az oktatás időtartamának több mint felét „normál” osztályban töltik. Hollandiában pozitív eredményeket hozott az úgynevezett ambuláns rendszer bevezetése, melynek keretében spe-

ciális végzettségű szakember látogatja az iskolákat, szakmailag segítve az integrált oktatást. Dániában az integrált oktatásban résztvevő sajátos nevelési igényűek lehetőség szerint külön tantárgyi foglalkozáson vesznek részt, vagy egyes tantárgyakat más szakember oktat, s alkalmanként lehetőség van az integrációs osztályból bizonyos óraszámban vagy meghatározott időben való „átlátogatás”-ra a speciális osztályba.



1. ábra. A sajátos nevelési igényűek ellátása Európában (Forrás: Key data on education in Europe. Chapter H: Special Education, European Commission 1999/2000)



2. ábra. A sajátos nevelési igényű szegregált ellátásban részesülő gyermekek százalékos arányszáma Európában (Forrás: uo.)

A „sajátos nevelési igényűnek” minősített gyermekek százalékos aránya

A gyakorlatban a felsorolt kategóriák alkalmazása korántsem egyszerű, több országban gondot okoz a gyermekek besorolása. Az is viták tárgyát képezi, hogy inkább az „egy gyermek – egy kategória” alapelv érvényesüljön, vagy célszerű egy gyermek besorolása több csoportba is. Ennek eldöntése helyett egyre inkább olyan reformjavaslatok születnek, melyek besorolás helyett az individuális szükségleteket hangsúlyozzák, olyan tartalmú definíciókat melyek az észlelés, mozgás és más képességek szintjei mellett tekintettel vannak a motiváció, a kreativitás és más személyiségtulajdonságok működésére is. Hollandiában úgyszintén reformkorát éli a gyógypedagógia, de a viták arról folynak, hogy a kategorizá-

lás/besorolás mögött erősen érezhetőek orvosi, pszichológiai szakmai szempontok. Hasonló úton jár Svédország, ahol ma már a nehézségek részletező leírása helyett azok hatását tartják fontosabbnak. Norvégia gyakorlatában az orvosi (egészségügyi) diagnosztikát egyre inkább felváltja a fogyatékoság leírása, mint besorolási szempont.

A gyermek- és tanulókorú népességből fogyatékosnak minősített gyermekek és tanulók százalékos arányszáma Európa országaiban igen eltérő. (1. és 2. táblázat). Míg Görögországban, Spanyolországban, Olaszországban, Szlovéniában, Romániában 2 százalék alatt, addig Dániában, Izlandon 10 százalék felett van, Finnországban pedig az arány eléri a 18 százalékot. A jelentős eltérések a gyakorlatban alkalmazott különféle „fogyatékoság” kategóriák alkalmazására, továbbá a sajátos nevelési igény ellátására kialakított képzési rendszerek formájára vezethetők vissza. Az előfordulási gyakoriság szoros összefüggésben áll az egyes országokban alkalmazott értékelő-ellenőrző eljárásokkal (egyres területeken 16 éves korig nincs érdemjegyes értékelés), és nem utolsósorban erősen korrelál az adott területen rendelkezésre álló anyagi erőforrások elosztásával és felhasználásával.

1. táblázat. A sajátos nevelési igényű gyermekek/tanulók száma 2002-ben

	Az iskolaköteles tanulók száma	SEN*-es gyermekek százalékos megoszlása	A szegregált oktatásban résztvevő tanulók százalékos száma
Anglia	9 994 159	3,2%	1,1%
Ausztria	848 126	3,2%	1,6%
Belgium – német nyelvterület	9 427	2,7%	2,3%
Belgium – francia nyelvterület	680 360	4,0%	4,0%
Belgium – flamand nyelvterület	822 666	5,0%	4,9%
Ciprus	–	5,6%	0,7%
Cseh Köztársaság	1 146 607	9,8%	5,0%
Dánia	670 000	11,9%	1,5%
Észtország	205 367	12,5%	3,4%
Finnország	583 945	17,8%	3,7%
Franciaország	9 709 000	3,1%	2,6%
Görögország	1 439 411	0,9%	<0,5%
Hollandia	2 000,000	2,1%	1,8%
Lengyelország	4 410 516	3,5%	2,0%
Lettország	583 858	9,4%	1,1%
Liechtenstein	3 813	2,3%	1,8%
Litvánia	294 607	3,7%	3,6%
Luxembourg	57 295	≈2,6%	≈1,0%
Írország	575 559	4,2%	1,2%
Izland	42 320	15,0%	0,9%
Magyarország	1 191 750	4,1%	3,7%
Németország	9 159 068	5,3%	4,6%
Norvégia	601 826	5,6%	0,5%
Olaszország	8 867 824	1,5%	< 0,5%
Portugália	1 365 830	5,8%	< 0,5%
Spanyolország	4 541 489	3,7%	0,4%
Svájc	807 101	6,0%	6,0%
Svédország	1 062 735	2,0%	1,3%
Szlovákia	762 111	4,0%	3,4%
Szlovénia	198 342	4,7%	(:)

* SEN: Special Educational Needs (sajátos nevelési igényűek) (Forrás: Euridyce, 2003)

Az 1. táblázat adatai világosan utalnak a definíciós bizonytalanság következményeire. A fogyatékosággal élő, „sajátos nevelési igényű” gyerekek aránya a különböző orszá-

gokban 1,9 százaléktól 17,8 százalékig terjed. Nehéz elképzelni, hogy valóban ilyen rendkívüli mértékben különbözne a hasonló, nyugati kultúrában élő és nevelkedő gyermekek között a fogyatékoság aránya. Feltűnő, hogy éppen a polgárainknak magas élet-színvonalat biztosító skandináv országokban különösen magas ez az arány, kivéve Svédországot, ahol csupán 2 százalék. Vagyis felmerül a gyanú, hogy nem megfelelőek a definíciós kategóriák, vagy a megállapításuknál alkalmazott mérési eszközök. Csakhogy ilyen körülmények között nehezen mérhető az adott oktatási forma eredményessége, hatékonysága is.

2. táblázat. A szegregált ellátásban résztvevő gyermekek százalékos aránya országonként

< 1%	< 1–2%	< 3%
Ciprus	Ausztria	Belgium (flamand)
Görögország	Dánia	Észtország
Izland	Írország	Finnország
Olaszország	Lichtenstein	Franciaország
Norvégia	Litvánia	Magyarország
Portugália	Luxemburg	Lettország
Spanyolország	Hollandia	Szlovákia
	Svédország	Csehország
	Anglia	Németország

Forrás: Eurydice, 2003

A gyógypedagógiai ellátás finanszírozása: rendszerek és mutatók

A finanszírozás kétségtelenül kulcsszerepet foglal el a gyógypedagógiai ellátásban.

Több fajta finanszírozási modell ismert az európai országokban. Az oktatási, egészségügyi és szociális területeket áttekintő szakirodalom a korábban működő és az újonnan fejlesztett finanszírozási modelleket a következő szempontok szerint vizsgálja (Meijer, 1995):

- milyen a támogatás jellege (pénzügyi segítség, pedagógiai segítség, például segédanyag, célszerű tanterem, többlet idő biztosítása stb.);
- ki a támogatás címzettje (szülő/gyerek, iskola, önkormányzat);
- a támogatás célirányos-e (konkrét célra kell fordítani/kötetlen);
- mi a finanszírozás feltétele (bemeneti, kimeneti, fenntartó támogatás);
- milyen a támogatási gyakorlat (megelőlegezett, utólagos).

E paraméterek kombinációjával a finanszírozásnak számos lehetséges modellje létezhet. A következőkben két fő mutató, illetve ezek összefüggésével foglalkozunk részletesebben: a támogatás címzettje és a finanszírozás feltétele.

A pénzügyi támogatás egyik lehetséges címzettje az ellátást igénylő gyermek, illetve a szülő. Ha a kialakult rendszer iskolaszintű támogatási formát preferál, akkor a két lehetséges címzett az ellátást nyújtó többségi vagy a speciális iskola. Olyan gyakorlat is kialakult, melyben a támogatás regionális, megyei, területi vagy helyi önkormányzati címzettnek, vagy iskolák bizonyos csoportjának vagy regionálisan működő tanácsadó központoknak érkezik. A finanszírozás jelentős hatással van a szervezeti feltételekre és a munka szakmai felügyeletére.

A finanszírozási mutatók alapvetően háromféleképpen csoportosíthatók a finanszírozás feltétele szerint (3. táblázat) az úgynevezett bemeneti, a fenntartó és a kimeneti modellek. (Meijer, 1995) A bemeneti támogatás (input) a megállapított szükséglet, például az iskolában, a településen vagy a régióban ellátott sajátos nevelési igényű gyermekek és tanulók száma alapján megállapított pénzügyi feltételek szerinti támogatás. A kimeneti támogatás (output) tartalmazza az elégtelen tanulmányi teljesítmény, a hátrányos helyzetű gyermekek, illetve tanulók segítésének pénzügyi fedezetét is. A kimeneti modell köz-

ponti eleme az aktuálisan felmért szükséglet, éppen ezért ez a finanszírozási modell változékony és folyamatosan alakuló. A fenntartó modell (throughput) a már működő ellátások fenntartására és folyamatosságának megőrzésére irányul. Nem szükségletelvű, hanem az iskolában, az önkormányzati intézményekben vagy a régiószinten kialakított ellátásokat támogatja, melyek mindenki számára hozzáférhetőek.

3. táblázat. A finanszírozási módok mutatói, előnyei és hátrányai (Meijer és mtsai. 2003, EA 1999)

	<i>Bemeneti</i>	<i>Fenntartó</i>	<i>Kimeneti</i>
Mutató	Szükséglet	Szolgáltatási feladat	Eredményesség Áthelyezés elkerülése
Előny	Megállapított szükségleten alapuló támogatás	Szolgáltatások motiválása	Elősegíti a kívánt eredmény elérését
Hátrány	A támogatás feltétele az állapot deficit, ezt erősíti, mert éppen ez a hozzáférési feltétel	Mindenképp van, azért inaktivitáshoz vezethet	Gyengén teljesítő tanuló áthelyezésre kerül

A gyakorlatban az egyes európai országok finanszírozása nem merül ki e három alapmodellben, a finanszírozás terén is eltér az egyes nemzetek gyakorlata. A legtöbb országban a tanulók különböző csoportjainak (kategóriák, súlyosság) ellátásán alapuló bemeneti modell valósul meg. Ezt tovább bonyolítja, hogy azokban az országokban, ahol az oktatás erősen decentralizált, a regionális hatóságok is újabb finanszírozási modelleket alkalmaznak. Egyes országokban, például Portugáliában két minisztérium (Ministério da Educação [MEd] (oktatásügyi minisztérium), valamint a Ministério da Segurança Social e do Trabalho [MSST] (a szociális biztonság és foglalkoztatottság minisztériuma) illetékes a gyógypedagógia finanszírozásában, s ezek támogatási eljárásai jellegükénél fogva eltérőek. Az egyébként is változatos képet tovább tarkítja, hogy a speciális iskolák külön támogatása is alapvetően különbözik a többségi iskolák támogatásától.

A sajátos nevelési igényűek pénzügyi ellátásának két paramétere – a támogatás címzettje és a finanszírozás módja – alapján tizenöt potenciális támogatási modell állítható fel. (4. táblázat)

4. táblázat: A két finanszírozási mód kombinációiból létrejött támogatási modellek fajtái

Finanszírozás jellemzői	<i>A támogatás címzettje</i>				
	Szülő/Gyermek	Iskola	Speciális iskola	Önkormányzat	Regi inté:
Bemeneti	1	2	5	8	
Fenntartó	–	3	6	9	
Kimeneti	–	4	7	10	

Forrás: Meijer és mtsai. 2003, EA 1999

A fentiekből is kitűnik, hogy nem lehetséges egy országot egyetlen finanszírozási rendszer szerint jellemezni. Ezért a pénzügyi támogatás elemzése nem az egyes országok összehasonlítására, hanem egy bizonyos területre, régióra jellemző modellek összehasonlítására támaszkodik. A következőkben az ilyen típusú modellek három fajtája kerül bemutatásra:

Az első modell azokban az országokban használatos, ahol relatíve magas a speciális iskolába járó gyermekek százalékos aránya, éppen ezért a központi támogatás alapja a szükséglet vagy a fogyatékoság súlyossága. Ez a modell „iskola szintű, szükségletalapú” modellként határozható meg, s jellegzetesen bemeneti jellegű. Ha a finanszírozás feltétele bizonyított, a támogatás kormány szintű, míg a döntés a felhasználás formájáról és

céljáról a régiók vagy iskolák, iskolacsoportok kezében van. Ilyen bemeneti modell található Ausztriában, Belgiumban, Franciaországban, Németországban, Írországon és Hollandiában.

A második modell szerint a kormányzat gazdálkodási és szociális szempontok figyelembe vételével egy meghatározott összeget juttat az önkormányzatoknak, ahol döntenek a pénzügyi támogatás felhasználásáról. A modell első lépésben fenntartó modellként határozható meg: az önkormányzat meghatározott összeget kap, a szükséglettől függetlenül. A második lépésben, vagyis az elosztás során azonban már érvényesülnek a szükségleti szempontok. Ilyen finanszírozási modell Dánia, Finnország, Görögország, Izland, Norvégia és Svédország gyakorlatában található.

A harmadik modell szerinti támogatás nem iskolai vagy önkormányzati szinten kerül felosztásra és felhasználásra, hanem egy magasabb szinten kombinált formában. A központi támogatás indirekt, más szinteken, illetve csoportok igénybevételével történik. Ilyen Dániában a súlyos fogyatékosok, Franciaországban az integrált oktatás finanszírozása, de hasonló jellegű támogatás található Görögországban és Olaszországban is. Hollandiában napjainkban kerül ez a modell kipróbálásra a kevésbé súlyos fogyatékosok ellátásában.

Napjainkban a sajátos nevelési igényű gyermekek és tanulók ellátásának finanszírozása kiemelt fontosságú, és éppen ezért Európa-szerte a reformtörekvések középpontjában áll. Tény, hogy ha az integrációs törekvéseket nem támogatja illeszkedő finanszírozáspolitikai, akkor az integrált oktatás megvalósítása lehetetlen. Egyes kutatások egyenesen a finanszírozási rendszert teszik felelőssé a gyógypedagógiai ellátás minőségéért és gondolkodásmódjáért. Az integráció megvalósításában fontos szerepet játszik a finanszírozás hatékonysága. (2) A hatékonyság mellett az is fontos, hogy a támogatás a célcsoporthoz főlegesen bürokrácia nélkül legyen eljuttatható (efficiencia), és hogy a támogatás nagy része ténylegesen a fejlesztésre, illetve támogatásra irányuljon, ne pedig bizonyos eljárásokra, mint a diagnosztika, illetve a jogvita.

Gyógypedagógiai képzés Magyarországon – „esettanulmány”

A hazai gyógypedagógia története sok tekintetben más európai országokéhoz hasonlóan alakult. A „globalizáció” bizonyos értelemben kétségkívül nem mai találmány. Ám a globalizáció korábbi, modernizációs szakaszában eszmék, értékek, filozófiák lépték át az országhatárokat, amelyekhez az adott ország erőforrásainak és kulturális hagyományainak megfelelően teremtett törvényi háttérrel és intézményekkel.

Az első hazai, fogyatékosokat képző intézet 1847-ben nyílt meg Budapest közelében. A hazai népoktatási törvény nem vonatkozott a középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékosokra, kiterjedt ugyanakkor a debilitás, az enyhe értelmi fogyatékosok kategóriájába tartozó gyerekekre. 1898-ban válnak közoktatási intézménnyé a gyógypedagógiai intézetek, létrejön a szakfelügyeleti rendszer, s egy külön szakfolyóirat (Gyógypedagógiai Szemle). 1900-ban Budapesten megkezdte működését a gyógypedagógiai tanítóképző. Munkatársai közé tartoznak a magyar pszichológia olyan, külföldön is ismert képviselői, mint Ranschburg Pál vagy Vértes Ö. József, aki kitűnő, évtizedeken át az oktatás alapját képező tipológiát dolgozott ki. 1900-tól kezdve működnek a kisegítő népiskolák, legitimációjuk azonban rendezetlen: nem tisztázott, milyen bizonyítványt kaphatnak az itt tanuló gyermekek. 1921-ben megszületik a törvény, amely a tankötelezettséget kiterjeszti az enyhe fogyatékosokra. Ekkor számos új intézmény létesül, de számuk nem elégséges a fogyatékos gyermekek ellátására, a tankötelezettség kiterjesztése tehát csak elvben valósul meg.

A fogyatékkal élők oktatási helyzetének rendezése csupán a II. világháború után következik be. 1946-ban megjelenik a gyógypedagógiai iskolák és osztályok egységes tanterve. Az ezután következő másfél évtized a gyógypedagógia hőskora Magyarországon.

A szakemberek elszánt küzdelmet folytattak az elhagyott, rossz szociális körülmények között élő gyerekek, fogyatékosok sorsának megoldásáért. A második világháború során gazdátlanul maradt, vagy elkobzott, kifosztott kastélyokban, kolostorokban sorra létesültek az új bentlakásos intézmények, az ellátás mind szakmai, mind materiális értelemben jelentősen megjavult. 1961-ben készült el az átfogó oktatási törvény, amely kimondja, hogy a fogyatékos gyermekek oktatása gyógypedagógiai intézményekben történik: kiségitő (enyhe fok), illetve foglalkoztató iskolában (középsúlyos). A gyerekek beiskolázásáról a gyógypedagógusokból álló áthelyező bizottságok döntenek. Hamarosan azonban mind a tipológia, mind a képzési rendszer szakmai viták középpontjába kerül – csakúgy, mint Nyugat-Európa országaiban. Folyamatos a feszültség a kiségitő iskola megbélyegző volta, az átjárhatóság nem megfelelő mértéke miatt. 1975-ben új törvény született, azaz a céllal, hogy elősegítse az átjárhatóságot a gyógypedagógiai és a normál iskolarendszer között. A kiségitő iskola nyolc osztálya az általános iskola 6 osztályának feleltethető meg, a kiségitőt végzett gyerekek többsége 14 éves kora után be is fejezi a 8 általánost. 1985-ben a kiségitő iskolákat megkülönböztető jelző nélküli iskolákká minősítik, továbbtanulási lehetőséget hoznak létre az enyhe fogyatékkal élők számára, ahol szakmákat sajátíthatnak el (középfokú speciális szakiskola).

A rendszerváltás utáni, elsősorban a tanulatlan, roma népességet sújtó gazdasági változások anyagi és gazdasági leromlást idéztek elő e rétegek számára. Az iskolarendszer fokozódó differenciáltsága (a 6 és 8 osztályos gimnázium megjelenése, az állami iskolák közötti differenciálódás, a magán- és egyházi intézmények megjelenése), valamint az erőteljes települési szegregáció mind szerepet játszott abban, hogy a kiségitő iskolák tanulói között egyre nagyobb arányban találhatók roma gyerekek. A helyzetből kiutat keresve, és követve más EU országok példáját, 1993 óta az évente módosuló közoktatási törvény támogatta, önkormányzati feladattá tette a többi gyerekkel együtt nevelhető érzékszervi, enyhe értelmi, beszéd és más fogyatékos tanulók ellátását is. A törvény, valamint az integráció intenzív anyagi és politikai támogatása folytán az integráció egyre kevésbé volt választási lehetőség az intézmények számára. Torda Ágnes tanulmányában, amely az integráció személyiségfejlődésre gyakorolt hatását elemzi, arra hívja fel a figyelmet, hogy kérdések ma már legfeljebb az integráció konkrét megvalósítási módjával kapcsolatban merülhetnek fel. Az integráció vállalását elősegíti a „szolgáltatói verseny”, magyarul az a tény, hogy az iskolák fennmaradásuk érdekében harcolnak az egyre csökkenő számú iskoláskorú gyermekért. A tanulmány ugyanakkor felhívja a figyelmet a lehetséges negatív következmények egyik jellegzetes típusára. A szakember tapasztalatai szerint a szülők részéről az integrált tanulás választása inkább a valóság elhárításának és nem a valóság vállalásának bizonyítéka. „A fogyatékos gyermek integrálásával a szülő szinte letisztítja gyermekéről a fogyatékoság stigmáját és a továbbiakban is a valóságtól egyre távolítva szemléli gyermeke problémáit” – írja Torda. (2000, 365.) Az integrált osztályban nevelkedő fogyatékos gyermekeket ezen túl fenyegeti a közösség peremére sodródás veszélye. Az integráció pszichés veszélyei tehát – állapítja meg Torda Ágnes – a többszörös elutasításban összegződnek. A gyereket a szülő rejtetten, a gyermektársak vagy a pedagógusok pedig több-kevesebb nyíltsággal elutasítják, ez pedig súlyos lelki terheket ró a gyerekekre, amelynek kapcsán további személyiség- és viselkedészavarok nehezítik a fejlődését és a beilleszkedését.

Az ezredforduló után az oktatási kormányzat részben követve az EU irányelveit és az általa nyújtott források segítségével igen erőteljes anyagi és törvényi nyomást gyakorol az integráció megvalósítása érdekében. Az integrációval kapcsolatban nem alakult ki társadalmi vita, bevezetését erőteljes sikerpropaganda kíséri, amelyben nem kerülnek szóba a kedvezőtlen következmények, vagy a kockázatok.

Összefoglalás

A fogyatékosok ellátására létrejött szegregált iskolarendszer Európában a század során hasonlóan, az erősödő integráció, illetve az inklúzió irányában fejlődik. Azokban az országokban – mint például Magyarország –, ahol a múltban két, egymástól elkülönülő iskolarendszer működött, a multi-integrációs ellátás irányába történő fejlődés figyelhető meg.

A változásokat ugyanakkor a fogyatékosok meghatározása körüli növekvő bizonytalanság kíséri, amely a változó elnevezésekben is tükröződik (fogyatékos, különleges tanulási igény, tanulásban akadályozottság stb). A legtöbb ország a sajátos nevelési igényt, illetve a fogyatékos fogalmát kategóriákban állapítja meg, míg mások ezt stigmatizációnak és visszafordíthatatlan tényezőnek tekintik. A fogyatékosok diagnosztikájában és ellátásában az okokból kiinduló pszichológiai-orvosi paradigmát a közeljövőben egy tünethangsúlyú pedagógiai-leíró paradigma váltaná fel, melynek koncepciója már jól felismerhető. Ez utóbbi azonban még tovább tágitja és bizonytalanabbá teszi a meghatározást.

A fogyatékosok meghatározásának bizonytalanságai sajátos módon kapcsolódnak össze a finanszírozás nehézségeivel. A leginkább bíralt a bemeneti modell, mivel a gyermekek-tanulók „címkézése” egyre növekvő kiadást eredményez. Több ország tapasztalata, hogy a kiemelt finanszírozás hatására ugrásszerűen megnő a fogyatékosok, valamint a képességzavarok (diszlexia, diszgráfia) iskolai előfordulása.

Egyedüli üdvözítő, minden szempontnak megfelelő megoldás minden bizonnyal a mások ellátásában sem létezik, félő, hogy az egész földrészre kiterjedő egységes megoldások nem igazán működőképesek. Hosszabb távon feszültségekhez és megoldatlan problémákhoz vezethet, hogy a visszajelzés és korrekció az EU jelenlegi intézményrendszerében szinte lehetetlen.

Jegyzet

(1) A 2003-ban módosított közoktatásról szóló törvény eltörölte a fogyatékos megnevezést, ám a külföldön több helyen használt speciális nevelési szükséglet helyett a sajátos nevelési igény elnevezést vezette be. Mivel országunként sokféle elnevezést találunk,

a jobb megértés kedvéért a történeti részben a fogyatékos szót használjuk.

(2) A finanszírozás hatékonysága az eredményt célozza meg, az efficencia a támogatás célba juttatását.

Irodalom

Gordosné Szabó A. (1981): *Gyógynevelés története*. Tankönyvkiadó, Budapest.

Gordosné Szabó A. (2000): A gyógynevelési iskolázás fejlődése. In Illyés Sándor (szerk.): *Gyógynevelési Alapismertek*. ELTE, Bárczi Gusztáv Főiskolai Kar, Budapest.

Randoll, Dirk: *Lernen behindert in der Schule, Integration oder Segregation?* DIPF Band 51.

Meijer, C. J. W. – Peschar, J. L. – Scheerens, J. (1995): *Prikkels*. De Lier: Akademisch Boeken Centrum.

Meijer, C. J. W. (1995): *Special education integration in Europe*. David Fulton Publishers, London. European Agency for Development in Special Needs

Education: Finanzierung der sonderpädagogischen Förderung. Bericht. (1999)

Special Needs Education in Europe: Thematik Publication. EA. (2003)

Meijer, C. J. W. – Soriano, V. – Watkins, A. (2003): *Sonderpädagogische Förderung in Europa*. Thematische Publikation European Agency for Development in Special Needs Education; In Zusammenarbeit mit Eurydice.

Torda Á. (2000): Az integrált iskolázás hatása a gyermek személyiségfejlődésére. In Illyés, 2000

Vajda Zs. (2001): Az intelligencia természete. In Vajda Zs. (szerk.): *Az intelligencia és az IQ vita*. Akadémiai Kiadó, Budapest.