

# **Формування політики раннього втручання**

Тренінговий модуль

2017 рік

УДК 362.77:368.414.3(477)

*Серія навчальних матеріалів з питань  
раннього втручання*

Схвалено для використання у роботі з дітьми  
з особливими потребами комісією із спеціальної педагогіки  
Науково-методичної ради з питань освіти Міністерства освіти і науки України  
(протокол № 4 від 18.10.2017 року)

*Лист ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти»  
від 20.10.2017 року № 211/12-Г-710*

Формування політики раннього втручання : тренінговий модуль / Кол. авторів :  
Л. Ю. Байда, Є. Б. Павлова, О. Л. Іванова, Г. В. Кукуруза. – К., 2017. – 62 с.

У тренінговому модулі «Формування політики раннього втручання» подано матеріали щодо основ та керівних принципів раннього втручання, представлено досвід різних країн у формуванні політики раннього втручання, сучасні міжнародні тенденції та стан розвитку даної послуги в Україні.

Тренінговий модуль адресовано слухачам курсів підвищення кваліфікації керівних та педагогічних курсів, керівникам закладів дошкільної освіти, охорони здоров'я, соціальної сфери, науково-педагогічним працівникам, фахівцям у сфері дитинства, громадським діячам, батькам.

Видання підготовлено в межах діяльності проекту «Розвиток раннього втручання в Україні», який реалізує ВГО «Національна Асамблея людей з інвалідністю України» за фінансової підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Відтворення матеріалів тренінгового модуля має бути узгоджено з ВГО «Національна Асамблея людей з інвалідністю України».

# ЗМІСТ

<b>ВСТУП ДО МОДУЛЯ</b>	<b>4</b>
<b>ВСТУП</b>	<b>7</b>
<b>ТЕМА 1. Основи раннього втручання</b>	<b>10</b>
1.1. Раннє втручання, як ми це розуміємо	10
1.2. Керівні принципи послуги раннього втручання	18
<b>ТЕМА 2. Політика раннього втручання: міжнародні підходи</b>	<b>23</b>
2.1. Міжнародний погляд на систему раннього втручання	23
2.2. Формування системи раннього втручання в різних країнах	32
<b>ТЕМА 3. Впровадження системи раннього втручання в Україні</b>	<b>47</b>
3.1. Сучасний стан та перспективи розвитку послуги раннього втручання в Україні	47
3.2. Формування політики раннього втручання	54
<b>ПІДВБИТТЯ ПІДСУМКІВ РОБОТИ ТРЕНІНГУ</b>	<b>58</b>
<b>ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА</b>	<b>59</b>

# ***ВСТУП ДО МОДУЛЯ***

---

Тренінговий модуль «Формування політики раннього втручання» був створений в рамках діяльності проекту «Розвиток раннього втручання в Україні», який реалізує ВГО «Національна Асамблея людей з інвалідністю України» за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Метою проекту є сприяння формуванню політики на національному та місцевому рівнях, розвиток нормативно-правового та міжвідомчого складових системи раннього втручання шляхом створення Платформи для діалогу і проведення інформаційно-просвітницької кампанії.

Реалізація проекту проходить у Харківській, Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Запорізькій областях та на загальнонаціональному рівні.

**Тренінговий модуль** «Формування політики раннього втручання» складається з трьох навчальних модулів, які представлені у логічній послідовності:

- 1) Основи раннього втручання.
- 2) Політика раннього втручання: міжнародні підходи.
- 3) Впровадження системи раннього втручання в Україні.

Загальна тривалість тренінгу – від одного до трьох днів. Такий підхід дає можливість більш гнучкого планування тренінгу чи кількох тренінгів відповідно до можливостей учасників.

Кожен навчальний модуль включає в себе: актуальність теми, завдання, матеріал і термінологічний словник до теми, а також список літератури, яку тренер може використати під час підготовки до тренінгу.

## ***Мета тренінгового модуля:***

Розширити та поглибити знання щодо існуючої на міжнародному та національному рівнях системи раннього втручання, сприяти об'єднанню зусиль у проведенні змін і впровадженні системи раннього втручання на місцевому і національному рівнях.

**Завдання модуля:****➤ Систематизувати знання щодо:**

- основних понять, пов'язаних з системою раннього втручання;
- питань еволюції політики раннього втручання в різних країнах та міжнародних підходів до даної теми;
- існуючої позитивної практики в Україні щодо раннього втручання;
- процесу формування та впровадження політики в сфері раннього втручання.

**➤ Сформувати навички (вміння) щодо:**

- роботи в команді;
- розроблення, ініціювання та впровадження заходів, які спонукають до використання інклюзивних практик надання послуг для сімей та дітей;
- співпраці неурядових та державних інституцій у процесі розробки, впровадження та моніторингу політики раннього втручання з метою запобігання дискримінації дітей та сімей в доступі до послуг на рівні громади.

**Методологія:**

Під час тренінгу використовуються різноманітні активні та інтерактивні методи навчання. Здебільшого це лекції, презентації, перегляд відеофільмів, дискусії, робота в групах.

***До уваги тренера!***

Надаючи план модуля та коментарі до нього, автори розуміють, що кожний тренер/ фасилітатор виявить особистий творчий підхід у проведенні заняття, використає додаткові матеріали, аргументи, додасть підібрані «життєві історії» та приклади кращих практик і досвіду.

Перед підготовкою до тренінгу необхідно передбачити можливість вільного переміщення і комфортного перебування учасників з інвалідністю у приміщенні, його архітектурну, комунікаційну, інформаційну доступність.

**Учасники:**

Учасниками тренінгу можуть бути представники державних структур, відповідальних за формування політики в різних сферах на національному та місцевому рівнях; керівники закладів дошкільної освіти, охорони здоров'я, соціальної сфери; громадські організації; батьки; викладачі; тренери; фахівці, котрі будуть використовувати набуті знання в процесі своєї професійної діяльності.

Кількість учасників: 20 – 25 осіб.

## ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН МОДУЛЯ

Тема, підтема	Час (у хвиликах)
<b>Вступ</b>	
Знайомство. Мета та завдання тренінгу. Очікування учасників.	40 хв
<b>Тема 1. Основи раннього втручання</b>	
1.1. Раннє втручання, як ми це розуміємо	90 хв
1.2. Керівні принципи послуги раннього втручання	80 хв
<b>Усього хвилин</b>	<b>170 хв</b>
<b>Тема 2. Політика раннього втручання: міжнародні підходи</b>	
2.1. Міжнародний погляд на систему раннього втручання	80 хв
2.2. Формування системи раннього втручання в різних країнах	70 хв
<b>Усього хвилин</b>	<b>150 хв</b>
<b>Тема 3. Впровадження системи раннього втручання в Україні</b>	
3.1. Сучасний стан та перспективи розвитку послуги раннього втручання в Україні	70 хв.
3.2. Формування політики раннього втручання	90 хв
<b>Усього хвилин</b>	<b>160 хв</b>
Підведення підсумків роботи тренінгу	30 хв
<b>Усього за модулем хвилин</b>	<b>8 год.10 хв</b>

\*Тривалість сесії може змінюватись залежно від кількості днів проведення тренінгу.

# ВСТУП

**Знайомство.**  
**Мета та завдання тренінгу.**  
**Очікування учасників.**  
**Правила роботи.**

## **Актуальність**

Даний етап необхідний для ознайомлення учасників із метою тренінгу, налаштування групи на ефективну роботу, виявлення рівня поінформованості та очікувань групи; вирішення організаційних питань.

## **Завдання:**

- ознайомити учасників з метою та завданнями тренінгу;
- познайомити учасників між собою;
- створити доброзичливу атмосферу, встановити правила роботи на тренінгу, налагодити зворотний зв'язок між тренером та учасниками.

**Необхідні матеріали для тренінгу:** фліпчарт, ручки, кольорові стікери, маркери, папір.

## ЗМІСТ ТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
	Вступ	10 хв
Робота з групою	Знайомство	20 хв
Індивідуальна робота учасників	«Очікування» учасників	5 хв
Мозковий штурм	Правила тренінгу	5 хв

---

## **ЗМІСТОВНЕ НАПОВНЕННЯ ТЕМИ**

### **Завдання для виконання.**

*Опис завдання:*

1. Привітати з початком роботи та представити організаторів тренінгу.
2. Ознайомити з метою тренінгу та планом проведення.
3. Надати можливість учасникам поставити запитання й отримати відповідь про хід проведення тренінгу, його цілі та завдання.

## **ЗНАЙОМСТВО УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ**

**Методи навчання:** робота з групою.

### **Завдання для виконання.**

*Опис завдання:*

1. Учасники розміщені в аудиторії по колу.
2. Тренер пропонує їм по черзі назвати своє ім'я, організацію, місто, сферу професійних інтересів та захоплень.
3. Учасники по черзі виконують завдання.

## **«ОЧІКУВАННЯ» УЧАСНИКІВ**

**Методи навчання:** індивідуальна робота учасників.

**Мета:** цей етап необхідний для того, щоб тренер скорегував обсяг і рівень складності та стиль подання матеріалу під час заняття. Учасникам роздаються стікери (по можливості двох кольорів), на яких вони записують свої «очікування» від тренінгу.

### **Завдання для виконання.**

*Опис завдання:*

1. Тренер на аркуші ватману робить напис «Очікування», «Виконано».
2. На етапі обговорення всі записані очікування кріпляться під написом «Очікування».
3. У подальшому кожен з учасників має можливість переносити папірці зі своїми очікуваннями в колонку «Виконано».
4. В кінці тренінгу потрібно повернутися до «Очікувань» учасників і переконатися, наскільки вони справдилися.



## **ВАРІАНТ-2 «ДЕРЕВО ОЧІКУВАННЯ»**

### **Завдання для виконання.**

*Опис завдання:*

1. Тренер на аркуші ватману малює контури дерева з гілками.
2. Учасникам пропонується вибрати кольорові стікери у формі кленових листків.
3. Тренер зауважує, що кожен з присутніх прийшов з певною метою, а отже чогось очікує від цього тренінгу. Тому він пропонує учасникам написати свої очікування на паперових стікерах і прикріпити до гілок дерева, щоб воно ожило в «Очікуванні».

*!!! За потреби тренер допомагає учасникам з функціональними порушеннями записати свої очікування. В кінці заняття потрібно переконатися, наскільки підтвердилися «Очікування» учасників тренінгу.*

## **ПРАВИЛА ТРЕНІНГУ**

**Методи навчання:** мозковий штурм.

### **Завдання для виконання.**

*Опис завдання:*

1. Тренер звертається до учасників із пропозицією обговорити та затвердити правила тренінгу, які необхідно виконувати для забезпечення ефективності тренінгу та досягнення його завдань.
2. Усі пропозиції коротко обговорюються та записуються на аркуші ватману, який протягом всього тренінгу має бути в полі зору учасників.
3. Приклади правил: виявляти повагу один до одного, приходити вчасно, говорити по черзі, мобільна тиша, піднімати руку, якщо є бажання, щось сказати, тощо.

*!!! Після запису всіх пропозицій тренер ще раз озвучує їх, щоб врахувати особливі потреби учасників з інвалідністю.*

*За потреби перед початком тренінгу учасники можуть заповнити анкету, яка спрямована на оцінку їх знань щодо запропонованої теми тренінгу. Анкета розробляється заздалегідь.*

# ТЕМА 1. ОСНОВИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

## 1.1. РАННЄ ВТРУЧАННЯ, ЯК МИ ЦЕ РОЗУМІЄМО

---

### **Актуальність теми**

Розуміння того, що раннє втручання, важливе для формування єдиного бачення та єдиних підходів до впровадження даної системи формування на національному та місцевому рівнях. Теоретичні знання нададуть можливість учасникам упроваджувати ефективну практичну діяльність у сфері формування політики раннього втручання.

### **Завдання теми:**

- розкрити зміст поняття «раннє втручання»;
- ознайомити учасників з перевагами системи раннього втручання та бар'єрами, які виникають при її впровадженні.

### **Перелік роздавального матеріалу до теми:**

- *Витяг.* Конвенція ООН про права дітей.
- *Витяг.* Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю.
- *Витяг.* Указ Президента України «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» від 13.12.2016 р. № 553/2016.

## ГЛОСАРІЙ ДО ТЕМИ

**Раннє втручання** – всі можливі заходи, орієнтовані на розвиток дитини, а також на супровід батьків, які здійснюються безпосередньо і негайно після визначення стану та рівня розвитку дитини. (*Європейська асоціація раннього втручання Eurllyaid*).

**Система раннього втручання** – система заходів, спрямованих на розвиток дітей раннього віку (від народження до 4 років) з фізичними, сенсорними, психічними, інтелектуальними порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень та орієнтованих на підтримку батьків чи законних представників таких дітей. (*Проект «Розвиток раннього втручання в Україні», ЮНІСЕФ, НАІУ, БФ «Інститут раннього втручання»*)

**Раннє втручання** – програми раннього втручання в сфері дитинства, які спрямовані на підтримку маленьких дітей з ризиком затримки розвитку, або дітей молодшого віку, в яких виявлені затримка розвитку або інвалідність. Програми включають широкий спектр послуг та підтримки для забезпечення і підвищення дитячого особистого розвитку і стійкості, зміцнення компетенції сім'ї, а також сприяння соціальній інтеграції сімей і дітей. (*Early childhood development and disability: discussion paper.WHO&UNICEF, 2012*).

**Раннє втручання** – система скоординованих послуг, які допомагають дітям із затримкою в розвитку або інвалідністю та сприяють зростанню і розвитку дитини відповідно до її віку і підтримують сім'ї в критичні ранні роки (*Overview of Early Intervention <http://www.parentcenterhub.org/repository/ei-overview/>*).

**Раннє втручання** – система комплексної, міждисциплінарної, сімейно-центрованої допомоги дітям від народження до 3 років з порушеннями розвитку чи ризиком їх виникнення, спрямована на розвиток дитини і нормалізацію життя її сім'ї.

**Інвалідність** – поняття, яке еволюціонує і є результатом взаємодії, що відбувається між людьми з інвалідністю та перешкодами у стосунках і середовищі, і яка заважає їхній повноцінній і дієвій участі у житті суспільства нарівні з іншими (*Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю*).

**Пренатальна діагностика** (лат. *prae* – попереду, перед + *natus* – народження) – діагностичні процедури, що використовуються в ході обстеження вагітної для виявлення генетичних чи будь-яких інших аномалій розвитку плоду. (*Фармацевтична енциклопедія*).

**Модель інвалідності** – узагальнений і усвідомлений виклад уявлень про інвалідність, на який орієнтується суспільство, запроваджуючи зміни і визнаючи основи політики щодо людей з інвалідністю. Модель інвалідності: моральна, благодійна, реабілітаційна, медична, культурна, британська, соціально-правова та ін.

#### ЗМІСТ ТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
Лекція-презентація, відповіді на запитання.	<b>Раннє втручання, як ми це розуміємо</b>	45 хв
Робота в групах		15 хв
		30 хв
Усього (тема 1.1. у цілому)		90 хв

**Змістовне наповнення теми:** Раннє втручання, як ми це розуміємо?

**Методи навчання:** лекція-презентація, обговорення, робота в групах.

**Матеріали для обов'язкового вивчення:** лекційний матеріал, відеоматеріали.

## ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПІДТЕМИ 1.1.

Уряди багатьох країн все більше усвідомлюють той факт, що інвестиції в програми раннього дитинства мають високий коефіцієнт капіталовкладень. На жаль, країни з низьким та середнім рівнем доходу на душу населення в більшості випадків приділяють увагу тільки певним аспектам, які пов'язані з виживанням та розвитком дітей раннього віку. Міжнародні дослідження виявили прямий зв'язок між державними програмами, які спрямовані на ранній розвиток дітей, і питаннями бідності, безграмотності, соціальною напругою, насильством у сім'ї, хронічними хворобами та ін. Покоління дітей можуть бути загубленими для суспільства, бо не отримують вчасно необхідної допомоги, а значить у майбутньому не зможуть піти в школу, здобути освіту, працевлаштуватись, будуть ізольовані від суспільства.

Усвідомлюючи наслідки такої перспективи, прогресивні держави намагаються впроваджувати дієву політику в сфері раннього дитинства, яка надає можливість ефективно використовувати бюджетні кошти, залучати додаткові інвестиції для покращення послуг дітям та сім'ям. До такої державної політики можна віднести систему раннього втручання.

Програми раннього втручання (early intervention programs) були вперше розроблені в США і країнах Західної Європи для дітей перших трьох років життя. Їх мета – якомога раніше виявити проблеми або порушення в розвитку дитини і надати відповідну допомогу дитині і її родині. Система раннього втручання розрахована на всіх дітей, що мають ризик відставання або порушення в розвитку, та їх сім'ї.

*Бувають випадки, коли діти з'являються на світ без будь-яких проблем, але їх розвиток може відбуватися повільніше, ніж у інших дітей, або відрізнитися від типового розвитку. Іноді діти народжуються недоношеними, з малою масою тіла, і після того, як дитина була виписана додому з пологового будинку, батьки можуть потребувати консультації фахівців з раннього втручання, як розвивати дитину. В іншому випадку, вже від народження дитини є очевидним те, що дитина і сім'я потребуватиме супроводу спеціалістів раннього втручання, наприклад дітям з синдромом Дауна.*

Раннє втручання спрямовано на розвиток всіх базових навичок, а також будь-яких навичок, які дитина засвоює протягом перших трьох років життя. А саме:

- Рухові навички (дотягуватися і брати іграшки, повертатися, повзати, ходити та ін.).
- Когнітивні навички (думати, пам'ятати, вирішувати проблеми та поставлені завдання та ін.).
- Комунікативні навички (слухати звернену до неї мову, розуміти, розмовляти та ін.).
- Соціально-емоційні навички (грати, взаємодіяти з іншими людьми, виявляти почуття та ін.).
- Навички самообслуговування (їсти, одягатися, митися та ін.).

Завдяки системі раннього втручання – підтримці дітей та сімей – такі діти отримують необхідну базу для дорослого незалежного та активного життя в суспільстві.

*Кожна дівчинка та кожен хлопчик народжуються вільними та рівними у своїй гідності і правах; необхідно покінчити з будь-якою дискримінацією щодо дітей у всіх формах...*

*Дітям необхідно створити якнайкращі умови на початку життя...*

*Діти з інвалідністю та діти з особливими потребами нарівні мають користуватись усіма правами людини й основними свободами, включаючи доступ до медичного обслуговування, освіти, відпочинку, для забезпечення гідності цих дітей, сприяння їх самостійності й полегшення їх активної участі в житті громади. (Спеціальна Сесія Генеральної Асамблеї ООН, 2002 р.)<sup>1</sup>*

За 25 років в Україні чисельність дітей з інвалідністю зросла більш як у два рази – з 72 086 осіб на початок 1991 року до 151 125 осіб на початок 2015 року. Кількість дітей з інвалідністю у загальній структурі дітей за зазначений період збільшилася з 0,5 % до 1,98 %. Дитяча смертність за останні чверть століття знизилася вдвічі, але залишається в 2 – 3 рази вищою, ніж в європейських країнах. Так, за зазначений період чисельність померлих дітей у віці до 1 року в Україні зменшилася з 13,9 випадків до 7,8 випадків на 1000 живонароджених і становила у 2014 році 3656 дітей.

Офіційні статистичні дані щодо чисельності дітей раннього віку з порушеннями розвитку та ризиком появи таких порушень в Україні відсутні. Водночас досвід міжнародних країн і сучасні дослідження свідчать, що вже в перші роки життя 13 – 18 % дітей мають затримку розвитку та ризик їх виникнення, внаслідок чого потребують відповідної допомоги.

Міжнародні дослідження та практика демонструють, що раннє втручання є ефективною системою виявлення та організації допомоги дітям раннього віку з порушенням розвитку та їх сім'ям, а також сприяє попередженню інвалідизації та інституціоналізації дітей.

На сьогодні не існує єдиного визначення поняття «раннє втручання»<sup>2</sup>. В більшості країн під раннім втручанням розуміють системну роботу, яка спрямована на розвиток дитини та нормалізацію життя родини, має виражену профілактичну спрямованість щодо попередження дитячої смертності, сирітства, прогресування порушень у дітей, їх інвалідизації та інституціоналізації, допомагає дитині та батькам адаптуватися до життя в суспільстві.

---

<sup>1</sup>[http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/worldchild.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/worldchild.shtml)

<sup>2</sup>У даному модулі використовується визначення «раннього втручання», запропоноване Європейською Асоціацією раннього втручання (Eurlayid).

**Раннє втручання забезпечує:**

- найбільш раннє виявлення відставання і порушень в розвитку дитини;
- інформаційну та емоційну підтримку та допомогу сім'ям;
- систематичну оцінку рівня розвитку дитини;
- розробку та реалізацію спільно з сім'єю індивідуальної програми допомоги розвитку дитини;
- розвиток у батьків компетентності в питаннях забезпечення догляду за дитиною для її оптимального розвитку;
- координацію та взаємодію з іншими службами, що забезпечують послуги для дитини і сім'ї;
- організацію груп підтримки для сімей.

**Переваги послуги раннього втручання (РВ):**

– Заснована на пріоритетах сім'ї і потребах дитини і надається в природному середовищі дитини; розвиває можливості дитини, щоб зростати і розвиватись, вчитись, а також допомагає сім'ї зміцнити родину, підвищити обізнаність, «полегшити стрес», гармонізує суспільство;

*«Родина має право на всеосяжний захист і підтримку. На родині лежить головна відповідальність за захист, виховання і розвиток дітей. Всі інститути суспільства повинні шанувати права і благополуччя дітей і відповідно допомагати батькам, родинам, законним опікунам та іншим особам, які піклуються про дітей, з тим, щоб діти могли зростати і розвиватись у безпечному і стабільному суспільстві, атмосфері щастя, любові, розуміння...»*

*(Світ сприятливий для дітей. Спеціальна Сесія в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН, 2002 р.)*

– є професійною послугою для дітей від народження до 4 років<sup>3</sup> із затримкою розвитку, інвалідністю, атиповою формою поведінки, соціальними і емоційними труднощами та ін.;

*У країнах, де дошкільна освіта використовує інклюзивні програми служб раннього втручання, система РВ фокусується на критично важливому періоді – від народження до 3-х років, працюючи з дітьми і сім'ями, і орієнтована на підвищення ролі і можливостей батьків, їх навчання та підтримку.*

*В інших країнах система РВ працює від народження дитини до шкільного віку (моменту «входження» дитини в шкільну систему).*

*Також система раннього втручання може охоплювати період з моменту пренатальної діагностики до досягнення дитиною віку, коли вона має йти в дошкільний заклад.*

---

<sup>3</sup>У деяких країнах система РВ працює від народження до 6 – 8 років.

– має велике значення для розвитку інклюзивного суспільства, тому що дає можливість дітям із затримкою розвитку, інвалідністю стати повноправними та активним громадянами суспільства;

*У деяких країнах система раннього втручання побудована так, що після початку надання послуг спеціалісти одразу починають працювати з батьками над питаннями вибору дитячого садка або навчального закладу. Батьки краще інформовані про наявні варіанти, можуть приймати правильні рішення.*

– є економічно вигідною для країни. Звичайно, оцінити всю ефективність упровадження системи РВ в Україні можна буде тільки в перспективі, у майбутньому;

*Суспільні вигоди від реалізації повноцінної моделі РВ є більшими, ніж витрати. Кожний \$ 1, вкладений в послугу раннього втручання, економить державі до \$ 17, які були б витрачені на медичні послуги, спеціалізовані навчальні програми, додаткові послуги<sup>4</sup>.*

*Джеймс Хекман, Нобелівський лауреат, в своєму новому дослідженні (2016 р.) робить висновок, що кожний \$ 1, який витрачається на програми раннього дитинства, повертається суспільству інвестицією в \$ 6,30 за рахунок економії в державних програмах, таких як соціальний захист, кримінальне правосуддя, охорона здоров'я<sup>5</sup>.*

– забезпечує дотримання прав дитини. Кожна дитина має право зростати в сім'ї;

*Раннє втручання запобігає процесу «відмов», сприяє профілактиці інституціоналізації. Батьки, котрі виховують дитину з інвалідністю без належної підтримки частіше можуть відмовитись від неї і віддати в державні заклади опіки;*

*РВ забезпечує надання послуг дітям та батькам на рівні громади / за місцем проживання.*

– забезпечує впровадження соціально-правової моделі інвалідності в Україні в сфері охорони здоров'я.

*Система доступу до послуг для дітей з різними функціональними порушеннями, яка сьогодні діє в Україні, базується на «медичній» моделі інвалідності<sup>6</sup>, в тому числі і в системі охорони здоров'я; не застосовується повною мірою Міжнародна кваліфікація функціонування, обмеження життєдіяльності, здоров'я; відсутні послуги на рівні громади.*

---

<sup>4</sup>Barrett, S. W. (2000). Economics of early childhood intervention. In Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J., Editors, Handbook of Early Childhood Intervention, Second Edition, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

<sup>5</sup>heckmanequation.org

<sup>6</sup>Моделі інвалідності – див. Глосарій до теми.

ПОРІВНЯЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ «ТРАДИЦІЙНОЇ»  
МЕДИКО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ТА РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА	ТРАДИЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МОДЕЛЬ	РАНЬО ВТРУЧАННЯ
<b>Цільова група</b>	Діти з порушеннями здоров'я або встановленою інвалідністю	Діти з порушеннями здоров'я та встановленими ознаками порушень розвитку, а також <i>ризиком їх виникнення (біологічним або соціальним)</i>
<b>Раннє виявлення</b>	Часто відтермінується виявлення порушень, не пов'язаних з важкими фізичними або моторними порушеннями (ранні порушення комунікації, мислення – когнітивної сфери, мови, тонкої моторики)	Раннє виявлення ( <i>від перших днів</i> ) з використанням скринінгів, опитувальників для батьків, педіатричного скерування тощо) та ранній початок втручання
<b>Класифікація</b>	Описує дитину за діагнозом Констатує вади (с використанням МКХ)	Описує можливості дитини з порушеннями, її участь в житті родини та суспільства (з використанням МКФ)
<b>Фокус</b>	Дитина в контексті «вад»	Дитина в контексті повсякденного життя сім'ї
<b>Мета</b>	«Нормалізація» дитини, усунення вад	Участь дитини в повсякденному житті, нормалізація життя родини, адаптація (в тому числі з використанням допоміжних засобів пересування, комунікації тощо)
<b>Взаємодія «фахівці – батьки»</b>	Ієрархічні відносини по типу «спеціаліст – пацієнт». Експерти – професіонали. Батьки мають виконувати завдання та рекомендації фахівців	Партнерські відносини між батьками та спеціалістами. Експертами є і батьки, і професіонали. Сумісно робиться обстеження та узгодження, реалізація і оцінка ефективності індивідуального плану втручання
<b>Взаємодія «фахівці – фахівці»</b>	Індивідуальна («кабінетна», окрема) робота фахівців. Роз'єднані, взаємодія «через папери»	Скоординована взаємодія фахівців різних спеціальностей. Спільна оцінка, мета роботи та спільний план втручання. Командна робота
<b>Тривалість та періодичність послуг</b>	Короткотривалі курси	Послуга надається регулярно на протязі перших років життя дитини (від 0 до 4 років)
<b>Надання послуг</b>	Залежить від установи, стандартний пакет	Індивідуальний підхід, що базується на аналізі актуальних потреб дитини та батьків в контексті життя родини.
<b>Вихід з програми</b>	Закінчення терміну реабілітаційного курсу залежно від правил закладу. Не передбачається супровід переходу в інші програми	Планування виходу сім'ї з програми раннього втручання, супровід під час переходу в наступну програму



## **БАР'ЄРИ НА ШЛЯХУ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ**

**Інституційні** – відсутність політичної волі, законодавчо-нормативного забезпечення, державних програм / стратегій, не врахування потреб дітей, котрі мають функціональні порушення, затримку розвитку або інвалідність при формуванні державної політики.

**Інформаційні** – відсутність інформації про систему раннього втручання для державних службовців, фахівців, батьків, громадськості.

**Недостатня організація надання послуг** – відсутність міжвідомчої координації надання послуг на національному та місцевому рівнях; відсутність рівності доступу до послуг, особливо для дітей з сільської та віддаленої місцевості.

**Кадрова політика** – недостатнє кадрове забезпечення, низький рівень професійної підготовки, розвитку дітей раннього віку та командної роботи в ранньому втручанні, що позначається на якості послуг, відсутність досвіду.

**Недостатнє фінансування** – нерозуміння переваг впровадження системи раннього втручання, а тому не включення цих питань до місцевих та державного бюджетів; відсутність системи фінансування послуг.

**Стереотипи / судження** – упередженість щодо впровадження нових підходів у політиці «дитинства», стереотипів щодо дітей з функціональними порушеннями.

**Участь та консультування** – обмежена участь батьків у процесі прийняття рішень, які стосуються їх та дітей.

*!!! Після лекції тренер надає змогу учасникам поставити питання.*

## **МОЖЛИВІ КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ**

1. Які є бар'єри у запровадженні якісних послуг на рівні громади для дітей з порушенням розвитку / ризиком виникнення порушень у вашому місті / області?
2. Які, на вашу думку, переваги впровадження системи раннього втручання?
3. Запропонуйте учасникам розповісти власну історію чи навести приклад існуючої системи надання послуг для дітей з функціональними порушеннями / ризиком виникнення порушень.
4. Які зміни необхідно здійснити в громаді, щоб досягти мети – впровадження системи раннього втручання?

## **ЗАВДАННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ**

### *Опис завдання*

1. Тренер ділить учасників на групи і пояснює завдання.
2. На аркушах паперу (фліп-чарті) кожна група має дати відповідь на запитання: «Ваші аргументи «за» та «проти» системи раннього втручання?».
3. Кожна група вибирає учасника, який представляє напрацювання.
4. Після обговорення тренер робить узагальнення.

*!!! Бажано, щоб напрацювання груп залишались в аудиторії до кінця тренінгу.*

## **1.2. КЕРІВНІ ПРИНЦИПИ ПОСЛУГИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ**

---

### **Актуальність теми**

Розкриття теми надасть можливість учасникам осмислити, що потрібно враховувати у процесі формування системи раннього втручання на національному та місцевому рівнях.

### **Завдання теми:**

- систематизувати знання учасників щодо базових принципів раннього втручання;
- мотивувати до впровадження раннього втручання.

### **Перелік роздавального матеріалу до теми:**

- *Витяг. Кравцова А. М., Кукуруза А. В. (2013) Раннее вмешательство: междисциплинарная помощь детям раннего возраста с нарушениями развития и их семьям: пособие для специалистов. Планета принт, Харьков, 208 с.*
- *Витяг* Опис програми раннє втручання. Навчально-реабілітаційний центр «Джерело». Львів, 2003.
- *Витяг. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства / О. Ж. Аксенова, Н. Ю. Баранова, М. М. Емец, Л. В. Самарина. – Санкт-Петербург, 2012. – 54 с.*

## ГЛОСАРІЙ ДО ТЕМИ

**Міждисциплінарна команда раннього втручання** – група спеціалістів з базовою медичною, педагогічною, психологічною, соціальною освітою, що має спеціальну підготовку або підвищення кваліфікації в сфері ранньої допомоги.

**Скринінг**<sup>7</sup> – швидкий метод первинного обстеження з метою виявлення дітей з підозрою на порушення функцій організму, які потребують більш точної діагностики або допомоги.

**Оцінка** охоплює багато видів діяльності з метою виявлення дітей групи ризику; визначення і документування функціонального, психологічного та/або соціального стану дитини, очікування батьків та сім'ї, потреби, проблеми та/або компетентність; результати втручання. (*Маніфест Європейської асоціації раннього втручання Eurlyaide*)

**Індивідуальна програма супроводу дитини та сім'ї** – основний документ, що визначає обсяг і зміст послуг, які надаються конкретній дитині і сім'ї.

**Супервізія** (від англ. *to supervise* – спостерігати і *supervision* – нагляд, спостереження) – вид професійної взаємодії фахівців. Поняття супервізії визначається через моделі аналізу і компетентного розв'язання ситуацій, що виникають у взаємодії з клієнтами. Супервізія використовується також як засіб взаємонавчання фахівців, підвищення їх професійних знань і умінь.

**Холізм, холістичний підхід** (від англ. *whole* – цілий, цілісний) – певний підхід до лікування пацієнта, при якому має значення не тільки виявлення проблеми / захворювання, але і діагностуються всі інші чинники і причини, які вплинули на стан / хворобу.

**Послуга раннього втручання** – послуга, яка поєднує медичну, психологічну, педагогічну та соціальну складові і надається мультидисциплінарною командою фахівців сім'ям, в яких виховуються діти у віці до 4 років з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень, і спрямовані на забезпечення розвитку дітей, зростання та виховання їх у середовищі, природному для дітей відповідного віку без порушень або максимально наближеному до нього, підтримку батьків чи законних представників таких дітей.

---

<sup>7</sup>Скринінг (ризик) → діагноз (відповідність критеріям, що надають право на отримання допомоги) → оцінка (втручання), США.

## ЗМІСТ ПІДТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
Лекція, презентація	<b>Керівні принципи у раннього втручання</b>	40 хв
Відповіді на запитання		10 хв
Робота в групах		30 хв
Усього (тема 1.2. у цілому)		80 хв

**Змістовне наповнення теми:** Керівні принципи послуги раннього втручання.

**Методи навчання:** лекція, відповіді на запитання, інтерактивне обговорення, робота в групах.

**Матеріали для обов'язкового вивчення:** лекційний матеріал, законодавчо-нормативні документи (роздавальний матеріал).

## ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ПІДТЕМИ 1.2.

Європейською асоціацією раннього втручання визначено, що найбільш ефективним в допомозі розвитку дітей раннього віку є підхід, який базується на таких принципах:

– *сімейно-центрованість і орієнтованість на особливості кожної дитини та її сім'ї*. Сім'я є тим природним середовищем, в якому дитина росте і розвивається, а тому саме сім'я більшою мірою мірі, ніж окрема дитина, є первинним одержувачем послуги раннього втручання в тому обсязі, в якому вона цього потребує. Термін «сімейно-центрованість» означає, що вся діяльність і рекомендації фахівців спрямовані на підтримку сім'ї і вироблення таких навичок, які забезпечують найкращі умови для збереження здоров'я, розвитку і навчання їх дитини та підвищення якості щоденного життя родини. Ключовим для реалізації сімейно-центрованого підходу є процедура узгодження з батьками запиту, цілей роботи, плану виконання. Узгодження, яке проводиться між фахівцями та батьками на кожному етапі роботи, дає змогу визначити актуальні потреби в розвитку дитини та щоденному функціонуванні / житті родини.

– *холістичність (охоплює всі аспекти життя і розвитку дитини)*. Раннє втручання охоплює всі аспекти розвитку і життя дитини, дає змогу уникнути фрагментації допомоги дітям та сім'ям шляхом надання комплексної підтримки мультидисциплінарною командою фахівців, яка координує свою діяльність, спрямовану на підтримку сім'ї, збереження здоров'я та розвитку дитини раннього віку. Даний підхід вплинув на зміну поглядів світової спільноти до питань інвалідності та принципів допомоги людям з інвалідністю, позаяк він вимагає відходу від «медичної» моделі інвалідності;

– *розвиток дитини в природному середовищі*. Цей принцип забезпечується в умовах, які формують повсякденний контекст життя дитини і сім'ї та в яких відбувається щоденний досвід і контакти з близькими людьми; максимально гарантує набуття дитиною функціональних навичок та умінь і забезпечує їх успішне закріплення в майбутньому.

Як правило, послуга спрямована на такі сфери розвитку дитини когнітивна, велика / тонка моторика, сенсорне сприйняття, комунікація, адаптивна поведінка (навички самообслуговування та соціальні навички).

## **ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ**

**Доступність для всіх.** Усі діти рівні у своїх правах. Система раннього втручання має бути доступною для кожної дитини та її сім'ї за місцем проживання; орієнтованою на задоволення потреб дитини та родини – інформування, консультування, навчання, емоційну підтримку батьків, створення розвивального середовища вдома та центрах, правовий захист тощо.

«Система йде до дитини». Сім'ї можуть самостійно звертатись за допомогою або за направленням фахівців.

Особливу увагу при формуванні політики раннього втручання потрібно приділяти дітям та сім'ям, які проживають в сільській місцевості. Рівність доступу до послуг є найважливішою умовою для розвитку інклюзивного суспільства.

**Інтегрований підхід.** Міжвідомча відповідальність відповідно до секторів у питаннях розробки політики раннього втручання та наданні послуг. Такий підхід означає, що питання раннього втручання не розглядається виключно як відповідальність одного міністерства або окремого департаменту. Всі міністерства задіяні в процесі і реалізації політики РВ.

**Фінансова доступність.** Система раннього втручання має бути фінансово забезпечена та доступна для кожної родини, бо інакше сподіватись на нормалізацію життя сім'ї дуже важко. Зазвичай, фінансова складова системи раннього втручання залежить від політики країни в соціально-економічній сфері. Фінансування може здійснюватися з державного та місцевих бюджетів, із витрат передбачених на сферу охорони здоров'я, соціального захисту та освіти, а також залучатися кошти приватних осіб, батьків, міжнародних організацій.

**Робота міждисциплінарної команди.** Для забезпечення впровадження системи раннього втручання необхідна робота міждисциплінарної команди спеціалістів, що дасть можливість подивитись на дитину і сім'ю з різних сторін, краще оцінити можливості дитини, визначити проблеми та сильні складові. При такому підході об'єктом для вивчення та надання допомоги є не тільки дитина, але і родина. Міждисциплінарна команда спільно приймає рішення, але при цьому кожен член команди несе відповідальність за свою професійну роботу. До базового складу міждисциплінарної команди зазвичай входять: лікар (педіатр, дитячий невролог), психолог, логопед (спеціаліст з розвитку комунікації та мовлення), фізичний терапевт (спеціаліст з розвитку моторики дитини).

**Індивідуальний підхід.** Кожна родина і кожна дитина мають індивідуальні потреби, що змінюються з ростом та розвитком дитини. РВ передбачає регулярне оцінювання потреб, складання програм, що можуть їх задовольнити, та оцінку ефективності реалізації програм на відповідному етапі надання допомоги.

*!!! Після лекції тренер надає змогу учасникам поставити запитання.*

Для завершення викладу теми тренер пропонує учасникам переглянути короткий фільм з теми раннього втручання (фільм додається до даного тренінгового модуля).

### **МОЖЛИВІ КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ**

1. Яке відомство, на вашу думку, може відповідати за формування політики раннього втручання в Україні і чому?
2. Чи забезпечується інтегрований підхід до наданням послуг дітям, котрі мають порушення розвитку / ризик виникнення таких, та сім'ям у вашій області / місті / селі? Якщо так, поясніть, як це відбувається. Якщо ні, то чому?

### **ЗАВДАННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ**

#### **В п р а в а № 1. «Ваші дії?»**

*Опис завдання:*

1. Тренер ділить учасників на групи і пропонує виконати таке завдання.
2. Тренер заздалегідь готує завдання для груп (одне завдання для однієї групи). На аркушах представлені різні історії дітей та сімей, які потребували допомоги. Бажано підготувати завдання з позитивними та негативними прикладами.
3. Кожна група має обговорити ситуацію, яка описана на аркуші. «Ваші дії?»
4. Учасник від групи має представити результат напрацювань групи.
5. Після обговорення тренер робить узагальнення.

#### **В п р а в а № 2. «Заінтересовані сторони»**

*Опис завдання:*

1. Тренер ділить учасників на групи і пропонує виконати таке завдання.
2. Кожна група визначає суттєві вигоди від впровадження системи раннього втручання (до 10 пунктів): «Міністерство освіти і науки», «Міністерство соціальної політики», «Міністерство охорони здоров'я», «Місцеві органи влади», «Громада».
3. Кожна група представляє свої напрацювання.
4. Тренер робить узагальнення.

# ТЕМА 2. МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

## 2.1. МІЖНАРОДНИЙ ПОГЛЯД НА СИСТЕМУ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

---

### *Актуальність теми*

Вивчення даної теми сприятиме поглибленню розуміння міжнародних підходів та політик у сфері раннього втручання. Набутті знання учасники зможуть застосовувати в процесі формування системи раннього втручання на місцевому та національному рівнях.

### *Завдання теми:*

- ознайомити з міжнародними підходами до системи раннього втручання;
- закріпити теоретичні знання отриманні в процесі тренінгу з можливістю використання їх на практиці.

*Перелік роздавального матеріалу до теми: матеріали лекції.*

### ГЛОСАРІЙ ДО ТЕМИ

**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я (англійською World Health Organization, WHO) – спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй, яка опікується проблемами охорони здоров'я у світовому масштабі. Штаб-квартира розташована у Женеві. До складу ВООЗ на 2016 рік входить 194 країни. Рішення про створення всесвітньої організації у сфері здоров'я було прийняте світовою спільнотою у 1945 році на Конференції у Сан-Франциско. У 1946 році Міжнародна конференція охорони здоров'я, яка проходила у Нью-Йорку, схвалила Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). День набуття чинності Статуту ВООЗ – 7 квітня 1948 р. – вважають Днем заснування цієї організації і щорічно відзначають як Світовий день здоров'я.

**МКФ** – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я була прийнята в 2001 році, переглянута в 2002 році. Акцентування на «складових здоров'я» і відхід від класифікації «наслідків хвороби». Включає всі аспекти здоров'я людини і деякі складові благополуччя, пов'язані зі здоров'ям, описуючи їх в термінах доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Складається з двох частин: 1) дані про функції, будову тіла і про функціонування (активності / діяльності та участі) і обмеження життєдіяльності; 2) охоплює контекстуальні чинники – навколишнього середовища і особистісні фактори. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків є похідною від МКФ, прийнятою у 2007 році. У 2016 році Міністерство охорони здоров'я України офіційно ініціювало складний та тривалий шлях упровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Посилання на текст російською мовою про МКФ: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/12/9789244547328\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/12/9789244547328_rus.pdf)

**ЕАОПІО** – Європейська Агенція із забезпечення особливих потреб та інклюзивної освіти (англійською The European Agency for Special Needs and Inclusive Education) – це незалежна організація, яка виступає в якості платформи для співробітництва країн-членів Європейського Союзу. Головна мета організації – адвокація політики Європейського Союзу в галузі освіти для забезпечення справедливого рівного доступу до якісної освіти всіх без винятку членів суспільства, особливо дітей з інвалідністю, з особливими освітніми потребами, та дітей з бідних і маргіналізованих родин. Агенція має такі стратегічні цілі: вдосконалення якості послуг у сфері особливих потреб і інклюзії; сприяння ефективному обміну знаннями і досвідом між країнами-членами ЄС; проведення аналітичних досліджень з метою визначення ключових бар'єрів, що перешкоджають запровадженню прогресивних стратегій; розробка рекомендацій для розбудови стійких державних і міждержавних політик з інклюзії і раннього розвитку дітей з особливими потребами. Штаб-квартира Агенції розташована у Брюсселі.

### ЗМІСТ ТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
Лекція	<b>Міжнародний погляд на систему раннього втручання</b>	40 хв
Відповідь на запитання / обговорення		10хв
Робота в групах		30 хв
Усього (тема 1.2. у цілому)		80 хв

**Змістове наповнення теми:** Міжнародний погляд на систему раннього втручання.

**Методи навчання:** міні-лекція, робота в групах.

**Матеріали для обов'язкового вивчення:** матеріали лекції.



### ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПІДТЕМИ 2.1.

Раннє втручання, з огляду провідних міжнародних організацій, таких як ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, ВООЗ, профільні комітети ООН і Ради Європи, належить до забезпечення права наймолодших дітей (0 – 3 роки) та їхніх сімей на отримання такої підтримки і допомоги, якої вони потребують. Як правило, ця підтримка ґрунтується на мультипрофесійному алгоритмі, який поєднує медичний, освітній, психологічний і соціальний компоненти та надається дітям від 0 до 3 років, включаючи дітей групи ризику, дітей з порушеннями розвитку, дітей з інвалідністю, та їхнім родинам.

**ЮНІСЕФ** співпрацює з урядами, національними і міжнародними установами та громадянським суспільством для підтримки кожного етапу життєвого циклу дитини. ЮНІСЕФ акцентує увагу на трьох сферах практичної діяльності для розвитку дітей у ранньому віці:

1. Якість базових послуг у сферах охорони здоров'я, освіти і соціального захисту.
2. Кращі практики догляду за дітьми у контексті сім'ї та громади.
3. Політика раннього розвитку дитини.

Втручання на ранньому етапі розвитку дітей є тим компонентом, який проходить через всі програмні документи ЮНІСЕФ.

ЮНІСЕФ виділяє чотири основні напрями діяльності для розвитку дітей раннього віку:

1. Якісне базове здоров'я і харчування; боротьба з ВІЛ / СНІД; освіта та охорона дитинства.
2. Кращі практики догляду за дітьми в сім'ї, громаді та суспільстві.
3. Політика раннього розвитку дитини.
4. Миробудівництво в ранньому дитинстві.

ЮНІСЕФ співпрацює з урядами, громадянським суспільством, приватним сектором, громадами, міжурядовими організаціями та іншими партнерами для досягнення таких цілей:

- розширення можливостей для надання послуг з раннього розвитку на національному, обласному та місцевому рівнях;
- вдосконалення практик сімейного і громадського догляду за виживанням, зростанням і розвитком дитини;
- розробка політик та координуючих структур щодо включення теми розвитку дітей раннього віку в національні стратегії, плани дій, державне фінансування і державні механізми реалізації;
- розширення можливостей для моніторингу розвитку та компетентності сім'ї по догляду за дитиною з метою прийняття обґрунтованих рішень;
- розробка системи і стратегії раннього втручання для дітей від 0 до 3 років та їхніх сімей з метою забезпечення їх подальшого розвитку й інтеграції у суспільство.

Шляхом систематичного і критичного підходу до використання перевірених і науково обґрунтованих стратегій, шляхом планомірної діяльності у різних секторах і з різними партнерами, шляхом використання інноваційних каналів зв'язку, створених з урахуванням місцевих потреб і ризиків, ЮНІСЕФ здатний входити в громади, охоплювати батьків, сім'ї, вихователів і, найголовніше, – дітей.

### **Основні програмні документи, що охоплюють сферу Раннього втручання:**

– Розвиток дітей раннього віку та інвалідність: документ для обговорення (вересень 2012) / *Early Childhood Development and Disability: A Discussion Paper* (September 2012).

– Звітна Таблиця 8 – Реформування систем догляду за дитиною : Зведена таблиця щодо раннього догляду і навчання у розвинених країнах (2008) / *Report Card 8 – The Childcare Transition: A League Table on Early Childhood Education and Care in Advanced Countries* (2008).

### **Європейська Комісія**

У червні 2015 року Європейська Комісія опублікувала звіт за 2014 рік з використанням 61 індикатора для порівняльного аналізу системи догляду і освіти для дітей раннього віку на базі 32 європейських країн. У звіті розглядаються основні проблеми країн Європи, пов'язані з наданням якісних послуг для дітей, включаючи такі аспекти, як доступ до ранньої ідентифікації і втручання, якість надання послуг, кваліфікація та навчання персоналу, залучення батьків і заходи з підтримки соціально незахищених дітей.

Ресурс: *Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe – 2014 Edition*

### **ЮНЕСКО**

Місія програми розвитку політики раннього дитинства ЮНЕСКО має на меті започаткування належної основи для розвитку і навчання дитини протягом усього життя. ЮНЕСКО активно співпрацює з державами-членами в їх зусиллях по розробці та зміцненні національного потенціалу з метою досягнення головної мети Дакарської Рамкової Програми Дій 2000, яка покликана розширювати і поліпшувати системи комплексного догляду за дітьми молодшого віку та систему освіти для всіх дітей. Основними ключовими документами ЮНЕСКО у сфері забезпечення належного розвитку дітей раннього віку є:

– Аналітичні Записки в контексті раннього дитинства / *Policy Briefs on Early Childhood*.

– Стратегії для досягнення цілей раннього розвитку і освіти для дітей раннього віку; (2008) / *Strategies for Reaching the Education for All Goal on Early Childhood Care and Education* (2008).

– Внесок раннього втручання у сталий розвиток суспільства (2009) / *The Contribution of Early Child Intervention to a Sustainable Society* (2009).

### **Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ)**

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я є направляючою і координуючою інстанцією в галузі охорони здоров'я в рамках системи Об'єднаних Націй. До програмних документів ВООЗ у контексті раннього втручання можна віднести:

- Розвиток дітей раннього віку та інвалідність (Вересень 2012) / Early Childhood Development and Disability.
- Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я для дітей і підлітків (МКФ-ДП) (2007) / The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) (2007), яка є похідною версією Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я ВООЗ (МКФ, ВООЗ, 2001) / International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO, 2001). Ця Класифікація призначена для контролю за особливостями розвитку дитини та впливу середовища, яке оточує дитину. Руна Ж. Сіменссон, голова робочої групи ВООЗ з розробки Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я для дітей і підлітків, професор Університету Північної Кароліни, описує цю класифікацію як «інструмент, що може використовуватись як спеціалістами у сфері медичних послуг, так і фахівцями в дитячих дошкільних закладах, школах, громадських організаціях та державних установах. У подальшому, спираючись на міжнародні стандарти ВООЗ, ця Класифікація буде слугувати для адвокації універсальних потреб і прав дитини».
- ВООЗ «Стандарти у сфері зростання та розвитку дитини», 2009.
- ВООЗ «Ресурси у сфері інвалідності», вересень 2012.
- ВООЗ Глобальний план дій щодо здоров'я дітей та навколишнього середовища «(червень 2009)».

### **Рада Європи**

Значною подією у контексті Раннього втручання стала ініціатива Ради Європи у 2010 р. щодо проведення аналізу діючих систем раннього втручання в різних країнах як на політичному, так і на практичному рівнях, починаючи з 2005 року. До проведення аналізу було залучено Європейську Агенцію з розвитку спеціальної освіти (далі – Агенція). Результати роботи Агенції аналізують останні зміни в галузі раннього втручання на європейському та міжнародному рівнях і висвітлюються в документах Європейської комісії відповідно у 2010 і 2011 рр.; Європейського Парламенту у 2011; документах Організації Об'єднаних Націй у 2006 та 2010 рр. та ВООЗ у 2011 рр.

В сучасних тенденціях раннього розвитку виділено ряд ключових питань. Так, якісне навчання дітей раннього віку приносить величезну користь – через надання можливостей усім дітям реалізувати свій потенціал – для досягнення стратегічних завдань, які мають бути виконаними країнами Європи до 2020 року, а саме зниження рівня раннього вибування із школи до 10 % і допомога, як мінімум, 20 мільйонам людей вийти з бідності і соціальної ізоляції. Стратегія «Європа 2020» не може бути досягнутою, якщо не всі діти мають рівний старт у житті.

**Основні пріоритети та ключові елементи політики раннього втручання визначені як:**

1. Доступ до універсальних, загальнодоступних, інклюзивних послуг раннього втручання з метою всебічного розвитку потенціалу дитини з подальшим її включенням в освітні процеси загальноосвітніх шкіл (Європейська комісія, 2011);

2. Адміністрування Раннього втручання: системний підхід раннього втручання означає тісну співпрацю між різними секторами політики і практики у галузі освіти, охорони здоров'я і соціальної політики. Для цього потрібно:

- єдине бачення, яке є спільним для всіх зацікавлених сторін, включаючи батьків;
- визначення спільної політики РВ із зазначенням конкретних цілей і завдань для всієї системи і чітко визначених функцій та обов'язків, як на центральному, так і на місцевому рівнях (Європейська комісія, 2011);

3. Якість послуг РВ: послуги РВ повинні надаватись для задоволення повного спектру потреб всіх дітей: когнітивних, емоційних, соціальних і фізичних. Послуги з РВ повинні також передбачати і розвиток некогнітивних навичок (наполегливість, мотивація, уміння взаємодіяти з іншими людьми), оскільки в перші роки життя формування таких навичок має важливе значення для майбутнього навчання та успішної соціальної комунікації. Якісні послуги РВ доповнюють, а не замінюють систему соціального забезпечення (Європейська комісія, 2011).

4. Підхід, орієнтований на дитину: ранні роки дитинства мають вирішальне значення для пізнавального, сенсорного, моторного та особистісного розвитку і засвоєння мови, а також для закладення основи для навчання впродовж усього життя (Європейський парламент, 2011).

5. Взаємодія з батьками: батьки – як мама, так і тато – є рівноправними партнерами у РВ. Послуги РВ повинні бути повністю відкритими, за участю всіх спеціалістів, батьків і самих дітей (Європейський парламент, 2011).

6. Персонал: компетенція спеціалістів є запорукою високої якості РВ. Коло питань діяльності спеціалістів з РВ і особливості дітей, за яких вони відповідають, вимагає постійного переосмислення педагогічної практики, а також системного підходу до підвищення своєї кваліфікації (Європейська комісія, 2011).

До дослідження існуючих систем РВ, ініційованого Радою Європи у 2010 році, було залучено 35 експертів із 27 країн (Австрії, Бельгії, Франції, Кіпру, Чехії, Данії, Естонії, Фінляндії, Німеччини, Греції, Угорщини, Ісландії, Ірландії, Латвії, Литви, Люксембургу, Мальти, Нідерландів, Норвегії, Польщі, Португалії, Словенії, Іспанії, Швеції, Швейцарії та Великобританії), включаючи чиновників, відповідальних за формування політики з РВ, та спеціалістів у цій галузі.

Дослідження спиралось на результати першого аналізу Агенції, проведеного у 2003 – 2004 роках, і мало на меті представити огляд основних досягнень та напрацювань у галузі

раннього втручання на європейському рівні з 2005 року. Експерти дослідження підкреслюють, що сучасна модель РВ, спрямована на розвиток дитини, демонструє перехід від традиційних форм втручання, які в основному фокусуються на допомозі дитині, до розширеного підходу за участю дітей, їх сім'ї і навколишнього середовища. Такий підхід відповідає еволюції більш широкого кола понять у сфері інвалідності, а саме перехід від медичної до соціальної моделі інвалідності.

Відповідно до цих тверджень експертною групою було запропоновано і узгоджено нове визначення РВ:

*РВ являє собою сукупність послуг для зовсім маленьких дітей та їхніх сімей, які спрямовані на забезпечення і підвищення особистісного розвитку дитини, зміцнення компетенції сім'ї з подальшою інтеграцією дитини та її сім'ї у суспільство.*

Експерти визначили 5 ключових елементів для забезпечення функціонування системи РВ. Ці елементи, які мають бути інтегрованими у модель РВ, потребують ефективного виконання, є взаємопов'язаними і не можуть розглядатися у відриві один від одного:

- 1. Наявність:** система РВ має існувати в кожній країні, її розбудова має бути пріоритетним напрямом розвитку кожної країни для того, щоб охопити всіх дітей і сім'ї, які потребують підтримки, якомога раніше.
- 2. Наближеність:** послуги РВ мають бути максимально наближені до цільових сім'ямей.
- 3. Доступність:** послуги РВ повинні надаватися безкоштовно або за мінімальну плату, яка здійснюється не за рахунок родини, а за рахунок державних коштів системи охорони здоров'я, соціального захисту або органів управління освітою, а також через неурядові, в тому числі некомерційні, організації.
- 4. Мультидисциплінарність:** спеціалісти, які безпосередньо відповідають за підтримку дітей та їх сімей, мають представляти різні професії. Міждисциплінарна робота сприяє обміну інформацією між членами команди.
- 5. Різноманітність:** цей елемент тісно пов'язаний з різноманітністю дисциплін, які задіяні в програмах раннього втручання. Участь трьох служб – охорони здоров'я, соціальних послуг та освіти – є загальною рисою для моделей РВ у різних країнах.

### **Основні висновки проведеного аналізу існуючих систем РВ відображені у трьох пріоритетах:**

**А.** Необхідно охопити всіх тих, хто потребує послуг РВ: це твердження має бути пріоритетним для всіх країн, щоб охопити всіх дітей і всі сім'ї, які потребують підтримки РВ, якомога раніше.

**Б.** Необхідно забезпечити єдині стандарти якості надання послуг РВ: цей пріоритет пов'язаний з необхідністю мати розроблені і чітко визначені стандарти якості послуг раннього втручання. Крім того, розробка механізмів оцінки дотримання стандартів якості

дасть змогу підвищити ефективність діяльності служби раннього втручання і забезпечити однаково високу якість надання послуг по всій країні, незважаючи на географічні і культурні відмінності.

**В.** Необхідно поважати права та потреби дітей і їхніх родин: цей пріоритет веде до необхідності створення сімейно-орієнтованих видів послуг. Служби РВ будуть працювати для дітей і сімей з партнерським залученням батьків на всіх рівнях планування та надання послуг.

### **Основні рекомендації для подальшого розвитку і запровадження системи РВ у кожній окремій країні:**

1. Законодавство та політика: значна кількість актів, норм, постанов та інших законодавчих і політичних актів були прийняті після 2004 / 2005 рр., що свідчить про заінтересованість директивних органів у розбудові системи РВ і їх прихильність до РВ. Проте зміни законодавства і політики є першими кроками в процесі становлення системи РВ. Необхідно також забезпечити постійний моніторинг політики і законодавства в сфері РВ.

2. Роль спеціалістів: ключова роль спеціалістів, котрі беруть участь на різних рівнях у процесі раннього втручання, є визначальною. Ця роль стосується інформації, що надається сім'ям; розроблених навчальних і реабілітаційних програм, орієнтованих на можливість працювати в багатопрофільній команді; розроблених загальних критеріїв і спільних завдань з метою ефективної роботи з дітьми і сім'ями.

3. Необхідність визначення координатора або ключового працівника РВ з метою узгодження дій і функцій між кількома службами: це буде гарантувати належну координацію між службами, фахівцями та сім'ями.

4. Вдосконалення координації між секторами і всередині них: оскільки модель РВ включає за потреби спеціалістів різних галузей (охорони здоров'я, соціального захисту, освіти), існує ряд можливих причин недостатньої координації діяльності служб раннього втручання через робочі, культурні, філософські розбіжності; через різні канали фінансування спеціалістів з різних дисциплін і професій. Сім'я повинна бути в центрі уваги служб РВ.

Незважаючи на прогрес, який відбувся за останні кілька років у Європі, у контексті реалізації сприятливих заходів політики у сфері раннього втручання, розробки і надання якісних послуг РВ, а також забезпечення належної координації служб і спеціалістів РВ залишається низка принципових питань, які вимагають подальшого вивчення. Необхідно докладати всіх зусиль, щоб програми раннього втручання гарантовано здійснювались на основі рівності та ефективними способами.

**Експерти окреслили такі напрями, які потребують особливої уваги:**

1. Всеохоплююча стратегія: служби раннього втручання можуть лише частково компенсувати бідність і соціально-економічне неблагополуччя сім'ї. Для цього, система РВ приносить постійну користь і надавала якісні послуги у довгостроковій перспективі, РВ повинно мати синергію з іншими напрямками державної політики в рамках комплексної національної стратегії (зайнятість, житло, охорона здоров'я тощо).

2. Стандарти якості: повинні бути чітко визначені стандарти якості послуг раннього втручання та механізми їх оцінювання.

3. Державні асигнування та інвестиції: система РВ, як правило, отримує менше уваги і менше інвестицій, ніж будь-які інші послуги, незважаючи на очевидні докази того, що РВ є більш ефективним, в тому числі і економічно ефективним, ніж надання допомоги та послуг на більш пізньому етапі. Необхідно забезпечити належне постійне фінансування РВ з державного бюджету.

4. Кваліфіковані спеціалісти: залучення, навчання та утримання кваліфікованого персоналу є великою проблемою у всьому світі. Високі професійні стандарти мають досягатись шляхом запровадження ефективних програм кваліфікації і підвищення кваліфікації для спеціалістів РВ. Необхідно докладати всіх зусиль для впровадження спеціальних навчальних курсів з РВ у вищих навчальних закладах.

Насамперед експертна група наголошує, що попри зусилля всіх країн і наявність певного прогресу в галузі РВ, більше уваги має приділятися досягненню основного принципу РВ – повного забезпечення права кожної дитини та її сім'ї отримувати ту підтримку, якої вони потребують. Доступ до загальнодоступного, якісного та інклюзивного РВ – це перший етап тривалого процесу до інклюзивної освіти та забезпечення рівних можливостей для всіх у демократичному та інклюзивному суспільстві.

*!!! Після лекції тренер надає змогу учасникам поставити запитання.*

## **МОЖЛИВІ КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ**

1. Назвіть п'ять ключових елементів для забезпечення функціонування системи РВ, згідно з рекомендаціями Ради Європи. Який елемент, на вашу думку, є найголовнішим для України? Поясніть, чому?

2. Які найперші кроки ви зробили б для впровадження системи РВ на місцевому рівні і чому?

3. Чи змінились ваші уявлення щодо системи раннього втручання? Якщо так, поясніть.

4. Яких заходів ви можете вжити, щоб якомога більше людей у вашій місцевості / громаді мали інформацію з даної теми?

## **ЗАВДАННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ**

*Опис завдання:*

«Світове кафе»

1. Тренер об'єднує учасників в групи за столами, озвучує питання, за якими будуть працювати групи, пояснює правила роботи.

2. Робота в групах відбувається в декілька етапів. Учасники ходять між столами, фіксують напрацьовану інформацію, вивчають напрацювання попередніх груп.

3. Тренер визначає учасників, котрі готові взяти на себе роль модератора з кожного запитання. Його функція – занотовувати основні моменти розмови. Модератор постійно залишається за своїм столом. Він коротко підсумовує перебіг обговорення з даного предмета для кожної нової групи, а потім запрошує продовжити розмову.

4. Презентація результатів, підбиття підсумків.

## **2.2. ФОРМУВАННЯ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ В РІЗНИХ КРАЇНАХ**

---

### ***Актуальність теми***

Розкриття теми надасть можливість ознайомитись з формуванням політики різних країн щодо системи раннього втручання. Такий підхід у подальшому сприятиме здійсненню ефективних стратегій та практичних дій у даній сфері в Україні.

### ***Завдання теми:***

- розширити розуміння підходів до системи раннього втручання;
- спонукати до застосування в практичній роботі набутих знань.

***Перелік роздавального матеріалу до теми:*** матеріали лекції.



## ГЛОСАРІЙ ДО ТЕМИ

**Соціальне середовище** – оточуючий зовнішній соціальний світ (соціум) – норми, закони, правила, традиції, які впливають на людину або соціальну групу.

**Моніторинг** – це комплексна система спостережень, збору, обробки, систематизації та аналізу інформації про стан навколишнього середовища, яка дає оцінку і прогнозує його зміни, розробляє обґрунтовані рекомендації для прийняття управлінських рішень.

## ЗМІСТ ТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
Лекція Загальне обговорення / запитання Робота в групах	<b>Формування раннього втручання в різних країнах</b>	40 хв 10 хв 20 хв
Усього (тема 1.2. у цілому)		70 хв

**Змістовне наповнення теми:** Формування раннього втручання в різних країнах.

**Методи навчання:** лекція, обговорення, робота в групах.

**Матеріали для обов'язкового вивчення:** матеріали лекції.

## ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПІДТЕМИ 2.2.

Ця тема об'єднує різні приклади міжнародної практики раннього втручання. Попри різний національний, законодавчий та соціальний контексти можна виокремити спільні риси формування системи РВ у різних країнах:

- спрямованість на роботу з батьками, сім'ями та громадами з метою формування позитивного середовища, в якій діти можуть рости і розвиватись;
- необхідність вживати належних і своєчасних заходів для підтримки сімей, що перебувають у вразливому становищі;
- орієнтація на принципи, які не допускають осудження і стигматизації;
- доступність для всіх;
- міждисциплінарна співпраця як основний спосіб взаємодії з сім'ями для зміцнення їх життєстійкості і розширення можливостей.

Вивчення досвіду різних країн у наданні послуг РВ дає можливість виокремити основні тенденції і підходи до РВ:

- Іспанія / Північна Ірландія / Франція в цілому спрямовані на зміцненні сім'ї, громад і соціальної згуртованості;
- Бельгія / Нідерланди / Німеччина / Швеція / Італія / Польща сфокусовані на підтримці батьків у виконанні ними своїх батьківських функцій;
- Румунія / Болгарія, Уельс наріжним каменем ставлять захист дітей від відокремлення і розлучення з батьками та профілактику інституалізації.

## Система Раннього втручання в США

### 1) Становлення та нормативно-правова база.

США є однією з перших країн світу, яка прийняла рішення розвивати та впроваджувати програми Раннього втручання на федеральному рівні. Основа цього розвитку була покладена в 1975 р. завдяки прийнятому закону (Education of All Handicapped Children Act), який гарантував освіту, що відповідає рівню можливостей для всіх дітей в США. У 1986 р. Конгрес США дійшов висновку, що необхідно розвивати всебічну, скоординовану, міждисциплінарну, міжвідомчу програму служб Раннього втручання (USA Public Law 99-457, Part H) з метою:

- зменшити відставання у розвитку;
- знизити витрати на спеціальну освіту, а також спеціалізовані послуги для дітей з інвалідністю;
- збільшити спроможності сімей задовольняти особливі потреби дітей з інвалідністю, а також зменшити ймовірність інституалізації дітей з інвалідністю та розвинути їх потенціал і здатність незалежно функціонувати в суспільстві.

У подальшому цей закон отримав назву IDEA Individual with Disabilities Education Act (Закон про освіту осіб з інвалідністю). Останні зміни до Закону були внесені у вересні 2011 року і стосувалися уточнення поняття міждисциплінарності у контексті розробки індивідуального плану допомоги сім'ям, мовних питань, уточнення процедур перенаправлення, процедури скринінгу, оцінювання якості послуг, а також деяких інших аспектів. На сьогодні Закон IDEA складається з двох частин:

Частина В – Навчання у школах;

Частина С – Раннє втручання.

Саме Частина С Закону регулює функціонування системи раннього втручання і висуває цілий ряд вимог щодо реалізації програм раннього втручання у США, зокрема:

- забезпечення доступу до програм усім дітям;
- призначення (губернатором штату) відповідальної структури, для якої виділяються кошти на реалізацію програм РВ. Згідно із законом кожен штат самостійно вибирає структуру, відповідальну за функціонування РВ. В деяких штатах ця відповідальність лягає на систему охорони здоров'я, в інших – на систему освіти чи соціальний захист.

## 2) Критерії включення в програму РВ.

Для включення дітей у програму РВ у США існують різні джерела раннього виявлення. Окремі організації та спеціалісти покликані виявляти потенційних клієнтів програми РВ через:

- батьків (особливо батьків дітей з біологічним ризиком виникнення порушень у розвитку, як наприклад недоношені діти);
- установи системи охорони здоров'я: лікарні (включаючи пренатальні і постнатальні відділення), клініки, сімейних лікарів;
- установи системи освіти: дитячі дошкільні заклади та програми з раннього навчання;
- установи соціального захисту: соціальні служби, організації захисту дитини;
- притулки (для бездомних), кризові центри.

Безперечно, батьки чи члени родини можуть самостійно звертатися з проханням бути включеними в програми РВ.

Згідно із законом про РВ, як тільки дитину, котра потенційно потребує послуги РВ, було виявлено, її слід якомога швидше направити в систему служб РВ. Процедура направлення повинна бути здійснена **максимум через 7 днів**. Федеральний уряд зобов'язує надавати послуги РВ дітям **до 3 років**. Кожен штат визначає, чи надаватимуться послуги РВ дітям старшим за три роки, а також дітям групи ризику. Слід зазначити, що багато штатів надають послуги дітям і після досягнення 3-х років.

## 3) Координація послуг.

Як тільки дитина була виявлена і направлена в систему РВ, їй і її родині призначають Координатора послуг, відповідального за інформування та супровід сім'ї на всіх наступних етапах. Координатор є контактною особою з усіх питань, пов'язаних з системою РВ.

## 4) Скринінг і первинне оцінювання.

Скринінг – швидка проста і дешева процедура для виявлення відставання / затримки / ризиків у розвитку дитини. Скринінг і оцінка розвитку дитини здійснюється міждисциплінарною групою експертів за умови письмової згоди батьків. Після здійснення процедури скринінгу або первинної оцінки виноситься рішення про включення дитини та його сім'ї в програму РВ відповідно встановлених критеріїв. Це рішення обговорюється з батьками

## 5) Індивідуальний план роботи з сім'єю.

Основоположний принцип формування цього плану – сімейно-центрованість. План містить дані про потреби дитини та сім'ї, включаючи інформацію про рівень розвитку дитини в різних аспектах. У ньому також зазначено конкретні заходи, необхідні для задоволення виявлених потреб, а також дані про співробітників, котрі беруть участь у реалізації програми. Визначається співробітник, кваліфікація якого максимально відповідає потребам дитини і сім'ї для координації виконання індивідуального плану. За погодженням з родиною визначаються місце проведення заходів (зустрічі в установі та / або візити додому), частота

і тривалість зустрічей, види і методи роботи, передбачувана тривалість програми. Затверджуються процедури, критерії та періодичність оцінки досягнутих результатів.

З моменту первинного скринінгу до розробки і підписання індивідуального плану має пройти **не більше 45 днів**.

#### **6) Проведення заходів та процедур РВ.**

Важливим принципом програми РВ є надання послуг, які максимально наближені до сім'ї і дитини та здійснюються, згідно із законом про Раннє втручання, переважно в природному середовищі розвитку маленької дитини, будь-то місце його проживання, ігровий майданчик або дитячий садок. Список послуг може бути найрізноманітнішим і включати:

- допоміжні технології;
- послуги аудіологів, слухопротезування та ін.;
- допомога в розвитку мови і мовлення;
- медичні послуги;
- послуги з додаткового догляду за дитиною;
- тренінги і консультації для сім'ї;
- спеціальну освіту;
- адаптацію дитини до навколишнього середовища, а також створення середовища, відповідає потребам дитини (occupational therapy);
- фізична терапія і розвиток руху (physical therapy);
- психологічні консультації тощо.

#### **7) Підготовка та перехід до інших програм.**

Підготовка до переходу в інші програми починається у віці **30 – 32 місяців, але не пізніше 33 місяців**. План переходу є частиною індивідуального плану обслуговування сім'ї та включає заходи, спрямовані на:

- визначення програми, до якої направляється дитина відповідно до її можливостей і потреб;
- підтримку та адаптацію дитини до нових умов та процедур наступної програми;
- підготовку та інформування спеціалістів нової програми, котрі надалі будуть супроводжувати дитину;
- залучення відповідних відомств, організацій та осіб для здійснення поступового переходу. На цьому етапі важливу роль відіграє міжвідомча координація.

Усі ці заходи здійснюються в тісній співпраці з сім'ями дітей, котрі отримують послуги в системі РВ.

### **8) Основні проблеми функціонування системи РВ у США.**

Попри те, що система РВ у США є однією з найбільш розвинених у світі, фахівці відзначають ряд стійких проблем, які перешкоджають подальшому розвитку і успішному функціонуванню системи:

- якість надання послуг РВ варіюється і відрізняється у різних штатах;
- повноцінне залучення батьків і місцевих громад залишається проблематичним;
- проблема ліцензування послуг і програм залишається проблемою через відсутність єдиних підходів до навчання спеціалістів;
- бракує наукових досліджень, аби визначити ефективність як програм РВ, що давно застосовуються, так і нових програм.

## **Система Раннього втручання в Німеччині**

### **1) Становлення та нормативно-правова база.**

Розвиток системи Раннього втручання в Німеччині почався у 1970-х роках. Робота, побудована на взаємодії між спеціалістами-медиками та психологами, отримала назву «тандем-партнерство». Цей принцип активно використовується донині. Починаючи з 1974 року, після внесення поправок до Федерального закону про соціальні послуги, було закладено нормативно-правову базу для створення центрів Раннього втручання, що призвело до появи більш як 1000 центрів РВ по всій Німеччині і, що особливо важливо, також і в сільських районах. В даний час ці центри пропонують сімейно-центровані міждисциплінарні послуги, які надаються в природному середовищі розвитку дитини і спрямовані на створення оптимальних умов для розвитку і навчання дитини та її включення в життя місцевої громади. На організаційному рівні центри Раннього втручання функціонують як місцеві / регіональні установи.

Паралельно з нормативно-правовою базою також розвивалися професійні стандарти, що сприяли зміні парадигми – від біомедичної моделі до прийняття соціальної моделі інвалідності, сімейної центрованості та інших цінностей і принципів РВ.

### **2) Особливості функціонування системи РВ у Німеччині.**

На сьогоднішній день система РВ включає близько 1000 центрів РВ. Регіональні центри РВ пропонують допомогу як на базі самих центрів, так і в природному середовищі розвитку дитини: відвідують дитину вдома, в дитячому садку тощо. Однак останнім часом у зв'язку з скороченням фінансування спеціалістам все складніше надавати послуги в природному середовищі, що, суперечить принципам Раннього втручання.

### **3) Раннє виявлення.**

Більшість дітей проходить через процедуру скринінгу під час планових візитів до домашнього лікаря або педіатра. Якщо виникають підозри або ризики, дитину направляють до центрів РВ. Щоб потрапити в центр РВ, необхідно отримати направлення від соціального

управління і лікаря державної служби охорони здоров'я. Багато сімей із соціально вразливих верств населення часто уникають подібних процедур, боячись стигматизації, що робить послуги РВ менш доступними. Для оптимізації процедури раннього виявлення розробляються механізми щодо подолання таких проблем.

Центри РВ розташовані якомога доступно, переважно в радіусі 10 км від місця проживання сім'ї. До складу команди входять різні фахівці (педагоги, соціальні працівники, психологи, фізіотерапевти, ерготерапевти, логопеди, педіатри та ін., в середньому до 11 фахівців), це робить послуги РВ доступними для дітей з різними порушеннями та розладами.

#### **4) Діагностика.**

Як правило, один із спеціалістів команди РВ призначається як контактна особа з родиною і несе відповідальність за збір результатів діагностики, оцінку та спостереження під час домашніх відвідувань, інтерв'ю тощо. Потім на спільному обговоренні міждисциплінарною командою спеціалістів приймається рішення щодо діагнозу та розробляється індивідуальний план допомоги дитині і сім'ї.

#### **5) Індивідуальний план роботи з сім'єю.**

Реалізація цього плану вимагає залучення різних відомств і служб. Відповідальність за реалізацію індивідуального плану, а також за координацію послуг РВ покладається на регіональну команду РВ. Періодичність зустрічей залежить від індивідуальних потреб дитини і в середньому відбувається не рідше ніж 2 рази на тиждень.

#### **6) Кваліфікація спеціалістів.**

У Німеччині велика увага приділяється підготовці кадрів. Багато спеціалістів мають можливість набути необхідних знань завдяки різним програмам і тренінгам. Так, наприклад, вступний курс для терапевтів-початківців триває один рік без відриву від основного робочого місця і включає різні модулі – від первинного контакту з батьками та дитиною до завершальної фази – втручання. Курс включає такі теми:

- послуги, спрямовані на дитину (діагноз, індивідуальні потреби, іграшки та обладнання, медико-терапевтичні, педагогічні та психологічні аспекти);
- співпраця з батьками (консультування, організація процесу втручання);
- командна робота та співпраця спеціалістів (консультації, міждисциплінарний обмін).

#### **7) Фінансування.**

Фінансування служб РВ здійснюється з регіонального бюджету. Якщо в команді працюють медики, їх послуги також покриваються державною медичною страховкою. У Баварії, наприклад, фінансування роботи центрів РВ надходить з різних відомств: муніципальні бюджети, Міністерство з питань науки освіти та культури, Міністерство соціальної політики.

### **8) Основні проблеми функціонування системи РВ у Німеччині.**

- Скорочення фінансування служб РВ. Це обмежує можливості і послуги центрів, особливо це стосується домашнього відвідування та надання послуг у природному середовищі розвитку дитини.
- Істотна різниця в якості і організації послуг між різними регіонами і організаціями.
- Надання послуг РВ дітям, котрі не мають медичного діагнозу, але перебувають у групі ризику, а також організація послуг РВ у дошкільних дитячих закладах (яслах, садочках) залишається актуальним питанням розвитку послуг РВ.
- Недосконала організація міждисциплінарної співпраці.

## **Система Раннього втручання в Португалії**

### **1) Становлення та нормативно-правова база.**

Історія розвитку системи РВ в Португалії цікава тим, що в цій країні з досить обмеженими ресурсами та спеціалістами за порівняно короткий час вдалося досягти значних результатів не тільки на рівні окремих проектів і пілотних моделей, але і на національному рівні. До 1980-х років дітьми з порушеннями розвитку в ранньому та дошкільному віці займалися переважно два міністерства: Міністерство охорони здоров'я і Міністерство соціального захисту. В цей час вже існувало чимало програм для дітей з порушеннями розвитку, які відрізнялися одна від одної за багатьма параметрами: теоретичною базою, цільовими групами, методами і завданнями, рівнем залучення сімей та інтенсивністю і якістю послуг. Переважна більшість послуг не були пов'язані між собою і надавалися відокремлено. Такі послуги були спрямовані на діагностику та «усунення» захворювання або обмежувалися наданням фінансової підтримки та/або психологічної допомоги сім'ям.

Але вже у 1990-х роках у Португалії був здійснений перехід від традиційної медичної моделі до нової парадигми Раннього втручання. Поштовхом до цього послужила плідна співпраця з північноамериканськими та британськими спеціалістами з РВ, що привело до успішної розробки і реалізації двох проектів РВ – у Коїмбрі та Лісабоні. Завдяки проекту в Лісабоні, який був заснований на методі домашнього відвідування «Портаж» (Portage), були запроваджені такі інновації, як індивідуальне планування цілей і стратегій втручання, координація різних послуг, підвищення кваліфікації спеціалістів та супервізія фахівців, котрі здійснюють домашнє відвідування. Цей проект також заклав підвалини міждисциплінарного підходу при наданні послуг РВ.

Проект у Коїмбрі був побудований на базі міжвідомчого співробітництва управлінь соціального захисту, охорони здоров'я та освіти. В рамках цього проекту були розроблені та апробовані такі принципи РВ, як підтримка сімей та сімейних відносин, особливо у контексті контактів між батьками і дитиною з порушеннями розвитку; залучення родини як рівного партнера у роботу команди спеціалістів; вибір науково обґрунтованих методів у роботі з сім'ями; організація послуг тощо. Ця модель розвивалась в ситуації досить обмежених

фінансових ресурсів, насамперед за рахунок використання неформальних, уже існуючих, фінансових і людських ресурсів, а також за рахунок налагодження належної співпраці між системами охорони здоров'я, освіти та соціального захисту.

На той час у країні були відсутні навчальні програми або курси підвищення кваліфікації, які могли б готувати професійні кадри для роботи в системі РВ, але тим не менш було прийнято рішення реформувати послуги для дітей раннього віку з порушеннями розвитку та їх сімей і перейти до сімейно-центрованої, міждисциплінарної і міжвідомчої моделі, яка має функціонувати в умовах місцевих громад.

Саме ця модель є основою Закону, який поклав початок нормативно-правовій базі для РВ і сприяв переходу до спеціалізованих послуг для дітей з вадами розвитку і ризиком їх виникнення у віці від 0 до 6 років. Цим Законом передбачалась сімейна центрованість надання послуг РВ; міждисциплінарність та міжвідомчий підхід. Даний закон також визначив механізми фінансування послуг РВ. Найбільш важливим аспектом Закону стало положення про запровадження індивідуального плану втручання, який повинен бути розроблений і здійснений відповідно до філософії сімейної центрованості. Прийняття Закону в 1999 році стало не тільки важливим етапом в історії розвитку РВ у Португалії, а й і у всій Європі, створивши таким чином прецедент для інших європейських країн. Хоча закон і був прийнятий, його реалізація в різних округах Португалії здійснювалася не завжди успішно. У 2009 році Парламент прийняв новий закон, який має більшу вагу і в даний час визначає нормативно-правову базу РВ у Португалії.

Згідно із Законом РВ являє собою превентивні та реабілітаційні заходи, спрямовані на всебічну підтримку дітей у віці від 0 до 6 років, котрі мають порушення або ризик виникнення порушень розвитку, та їх сім'ям. Закон ґрунтується на біопсихосоціальной моделі здоров'я і хвороби та рекомендує використання МКФ для дітей та молоді (ВООЗ, 2007) з метою визначення критеріїв включення в програми РВ. Закон стверджує, що крім порушень або труднощів розвитку необхідно також брати до уваги потенціал розвитку дитини, а також планувати необхідні зміни в природному середовищі розвитку дитини. Індивідуальний план втручання, який повинен бути розроблений і здійснений відповідно до принципу сімейної центрованості, є наріжним принципом Закону.

Закон передбачає необхідність формування координаційних структур, до складу яких на всіх рівнях повинні входити представники системи охорони здоров'я, освіти, а також соціального захисту у співпраці з приватними інститутами системи соціальної солідарності. Таким чином, система Раннього втручання включає такі структури:

- національна координаційна комісія (включає по 2 представники від кожного міністерства і несе відповідальність за координацію на національному рівні);
- 5 регіональних підрозділів (члени підрозділів призначаються відповідними міністерствами, підкомітети несуть відповідальність за управління людськими, матеріальними та фінансовими ресурсами; збір та оновлення інформації, виступаючи при цьому посередником між національною комісією та місцевими командами; планування, організацію і координацію заходів, здійснюваних місцевими командами);



- 149 місцевих команд РВ (команди несуть відповідальність за шляхи направлення дитини і її сім'ї в програму РВ, здійснюють надання послуг в місцевих громадах).

Закон також зобов'язує надавати послуги у відповідно до потреб сімей та надавати підтримку сім'ям у доступі до соціальних, освітніх та медичних ресурсів, а також ресурсів місцевої громади. Закон також встановлює право дітей на інклюзію і повноцінну участь у житті суспільства. Фінансування послуг Раннього втручання здійснюється за рахунок всіх міністерств і відомств, залучених у систему РВ. Сім'ї отримують послуги безкоштовно.

## **2) Скринінг і направлення в програми РВ.**

Міністерство охорони здоров'я несе відповідальність за виявлення дітей з порушенням розвитку або ризиком його виникнення та направлення до служби РВ через місцеві центри здоров'я та сімейних лікарів. При цьому будь-яка приватна особа або організація також може направити потенційно вразливу дитину в систему РВ через місцеві команди Раннього втручання. Однак у Португалії відсутні спеціальні протоколи, що регулюють процедури виявлення, скринінгу та оцінки. Рішення про надання послуг приймається після направлення в систему Раннього втручання.

## **3) Моніторинг і супервізія.**

Місцеві команди РВ зобов'язані проводити моніторинг та спостереження за дітьми, котрі не відповідають критеріям включення в програму, але потребують періодичного нагляду через наявність факторів ризику. Місцеві команди також зобов'язані направляти дітей у систему соціального захисту в разі, якщо це необхідно. Протоколи, що визначають частоту і формат спостереження, визначаються регіональними підрозділами або національною координаційною комісією. Процедури, які визначають фактори ризик, ще не розроблені, що ускладнює роботу програм моніторингу.

## **4) Критерії включення в програму РВ.**

Згідно із законодавством послуги Раннього втручання надаються двом категоріям дітей у віці від 0 до 6 років та їх сім'ям:

- перша група включає дітей з відставанням або порушеннями фізичного розвитку, які обмежують можливість участі у звичайній для віку і соціального контексту діяльності.
- друга група включає дітей з високим ризиком виникнення відставання або порушень розвитку. Йдеться про біологічні та психоемоційні фактори ризику, а також фактори навколишнього середовища, які з високою ймовірністю можуть викликати відставання в розвитку. У разі якщо зазначені вище обставини зафіксовані спеціалістами і діти цієї групи наражаються на чотири і більше факторів ризику, можна говорити про відповідність критеріям включення в програми РВ.

### **5) Індивідуальний план роботи.**

План складається місцевими командами РВ і включає як оцінку функціонування дитини в умовах сім'ї з урахуванням потреб і ресурсів дитини та його сім'ї, так і опис заходів, які необхідно здійснити для реалізації максимального потенціалу розвитку дитини. Місцеві команди РВ сприяють встановленню співробітництва між усіма сторонами, залученими в реалізацію індивідуального плану. До індивідуального плану входить також опис процедури переходу з програм РВ у дошкільні навчальні заклади або школи, яка відповідає б унікальним потребам і можливостям дитини у контексті місцевої громади.

### **6) Підготовка кадрів.**

Підготовка кадрів є наріжним каменем у розвитку системи Раннього втручання. Саме на підготовку, навчання і підвищення кваліфікації спеціалістів було зроблено особливий наголос у розвитку системи РВ у Португалії. Першим кроком у цьому процесі було створення загальних концептуальних рамок і філософії РВ для представників різних відомств. У співпраці з американськими, а надалі і європейськими фахівцями вже до 1994 року були розроблені магістерські курси в університетах та інших вищих навчальних закладах, а також програми підвищення кваліфікації, які були сфокусовані на таких темах: 1) дитина; 2) сім'я; 3) команда; 4) філософія і цінності. В даний час навчальні курси включають такі основні розділи:

- типовий та нетиповий розвиток дитини у віці від народження і до трьох років, різні форми порушень розвитку;
- скринінг і оцінка;
- робота з сім'ями;
- домашнє відвідування;
- сімейна центрованість;
- міждисциплінарна командна робота;
- розробка і застосування індивідуального плану втручання;
- філософія та концепція Раннього втручання;
- проведення супервізії.

Важливу роль у розробці навчальних програм відіграло створення Національної Асоціації раннього втручання, яка займається підвищенням кваліфікації спеціалістів у Португалії. Завдяки зусиллям Асоціації розроблені курси з РВ були акредитовані Національною системою акредитації. У зв'язку з тим, що спеціалісти системи охорони здоров'я відіграють важливу роль у виявленні і діагностиці порушень розвитку, особливий наголос було зроблено на розробку навчальних програм для медичних працівників. Також були створені міждисциплінарні тренінги, розраховані на навчання фахівців з різних дисциплін. Важливо відзначити, що поряд з навчальними програмами була створена система супервізій з боку представників місцевих громад, покликана підтримувати і допомагати спеціалістам, підвищувати їх професіоналізм і якість наданих ними послуг.

### **7) Основні проблеми функціонування системи РВ у Португалії.**

Попри той факт що Португалія, використовуючи досить обмежені ресурси, змогла за короткий період досягти значних результатів у створенні системи Раннього втручання на національному рівні, спеціалісти все ще стикаються з істотними труднощами у становленні РВ, такими як:

- створення єдиної концепції РВ та її застосування всіма місцевими командами РВ;
- визначення критеріїв і стандартів якості;
- удосконалення системи раннього виявлення та шляхів направлення;
- удосконалення міждисциплінарної оцінки;
- удосконалення системи підготовки кадрів;
- інформування як політиків, так і широкі верстви населення про важливість РВ.

### **Практика Раннього втручання в Канаді**

У Канаді термін «раннє втручання» охоплює широкий спектр стратегій, програм і послуг, які сприяють здоровому розвитку чиники сім'ї від зачаття до 6 або 7 років (Франкель і Голд, 2007). Згідно із Законом про охорону здоров'я Канади діти вважаються уразливими, якщо їх розвиток перебуває під загрозою через хромосомні порушення, біологічні чинники, у тому числі дуже низьку вагу при народженні, та / або негативний вплив чинників навколишнього середовища, що впливають на траєкторію розвитку дитини. Через відсутність федерального законодавства з раннього втручання доступність і якість послуг РВ дуже відрізняється в різних провінціях. Раннє виявлення та процедури ідентифікації здійснюються в кожній провінції шляхом скринінгу, але загальний доступ всіх сімей до цих процедур не передбачений. Не існує також єдиних протоколів оцінки результатів скринінгу та програм направлення вразливих дітей до системи РВ.

Раннє втручання в Канаді включає в себе як освітні, так і лікувальні компоненти і тлумачиться як систематично планований метод прийняття рішень на основі потреб дитини протягом перших років життя. Раннє втручання охоплює широке коло заходів, включаючи, але не обмежуючись:

- сімейні практики;
- залучення родини;
- використання природного для дитини середовища для навчання і розвитку;
- соціальну інтеграцію в інклюзивних класах;
- розробку індивідуального плану втручання з визначенням цілей і стратегій розвитку дитини;
- міжвідомчу і міждисциплінарну взаємодію;
- підготовку спеціалістів;
- просвітницькі програми для батьків.

Канадські програми РВ більше спрямовані на дітей з метою надання їм допомоги та лікування. Батьки, хоч і охоплюються програмами РВ, проте в якості об'єктів для навчання навичкам забезпечення потреб дитини, а не як повноцінний партнер у системі РВ.

Спеціалісти з РВ у Канаді дійшли висновку, що з метою найбільшої ефективності РВ повинно бути комплексним, інтенсивним, а його програми різноманітними, індивідуальними та спрямованими безпосередньо на дитину. Ключовими компонентами канадських програм РВ є: вік дитини на початку втручання; інтенсивність втручання; обсяг послуг та залучення батьків. Кожна програма РВ обов'язково включає просвітницький компонент для батьків, оскільки батьки потребують підтримки та навичок, необхідних для забезпечення особливих потреб своєї дитини. Особлива увага при наданні послуг РВ приділяється структурованості обраних програм, моніторингу і супервізії досягнення поставлених цілей, періодичного перегляду та внесення змін до програм РВ.

Згідно з даними статистичного управління Канади, на сьогодні близько 88 098 канадських дітей у віці від 0 до 8 років мають ті чи інші функціональні порушення у зв'язку з хронічними захворюваннями. Серед них понад 29 000 дітей мають порушення розвитку (наприклад, аутизм, синдром Аспергера, часткова затримка розвитку). Проте, підтримка програм РВ урядом варіюється в кожній окремій провінції. У Британській Колумбії третини коштів виділяється на програми для дітей, в тому числі і програми РВ. У провінції Квебек державні кошти покривають лише частину програм з РВ, батьки мають записатись на ці програми, а список очікування досить великий. Провінції Альберта, Онтаріо і острів Принца Едуарда покривають лише незначну частину витрат на послуги з РВ, а основні витрати лягають на батьків. Тому професійні спільноти, експерти та широка громадськість висувають перед урядом Канади такі вимоги щодо РВ:

- рівний доступ до послуг РВ у всіх провінціях без винятку;
- належна кадрова підготовка у сфері РВ;
- розробка чіткої концепції і візії РВ відповідно до міжнародних зобов'язань Канади;
- розробка законодавства щодо РВ та державне фінансування програм РВ.

## **Північна Ірландія**

Раннє втручання відображено в таких законодавчих актах Північної Ірландії, як Сімейний кодекс, Закон про підтримку сімей в Північній Ірландії та Регіональна стратегія батьківства. Програми раннього втручання в Північній Ірландії спрямовані як на дітей з інвалідністю та затримкою розвитку, так і на дітей, котрі перебувають у ризику можливої інвалідизації. Вік дітей, включених до програм РВ, починається від 0 і може бути продовженим до кінця початкової школи (7 – 8 років). Програми РВ (сфера втручання) включають:

- допологовий пакет послуг;
- постнатальні програми;

- програма «Справжній старт» для дітей від 0 до 3 років;
- програми для дітей молодшого шкільного віку (для роботи вдома і в дитячих закладах);
- програми для дітей початкової школи (навчальна і соціальна інклюзія);
- програми навчання батьків;
- програми підготовки спеціалістів з РВ.

Послуги РВ спрямовані здебільшого на підтримку сімей, превенцію розлучень і, виходячи з цього, профілактику можливої інституалізації дитини. Тому найважливішими послугами РВ є домашнє відвідування, послуги патронажної служби, короткостроковий догляд за дитиною.

Система РВ у Північній Ірландії ґрунтується на:

- Партнерстві (з дітьми, сім'ями, фахівцями та громадою).
- Розумному втручанні, що прагне до подальшої обов'язкової мінімізації.
- Чіткій орієнтації на бажання, почуття, безпеку та благополуччя дітей.
- Фокусі на сильних сторонах батьків і дитини.
- Міждисциплінарному підході.

Послуги РВ обов'язково мають бути:

- доступними і гнучкими в плані місцезнаходження, часу, обстановки і потреб, що змінюються;
- сприяти тому, щоб батьки самостійно звертались за отриманням послуг і мали для цього різноманітні шляхи доступу;
- мати чіткі механізми планування, моніторингу, оцінки і надаватись на постійній основі;
- спрямованими на соціальну інтеграцію дитини і її родини, враховуючи етнічний і територіальний (сільська / міська місцевість) контекст;
- бути якісними, ефективними, ґрунтованими на кращих практиках та досвіді.

## **Система Раннього втручання в Російській Федерації**

У різних регіонах Російської Федерації діють різні моделі організації ранньої допомоги дітям; відсутні єдині стандарти та підходи, проте передбачається їх уніфікація в майбутньому. До приблизного переліку послуг раннього втручання включені медичні послуги та соціальні послуги, послуги розвитку для дітей з порушеннями слуху та зору, які належать до системи соціального захисту: координація та супровід, соціально-психологічне, соціально-педагогічне, консультування та навчання членів сім'ї, догляд, патронаж, застосування допоміжних технологій та обладнання, розвиток та формування мовлення і навичок комунікації, соціально-побутових навичок, розвиток рухової активності.

У 2016 році затверджена Концепція розвитку ранньої допомоги в Російській Федерації до 2020 року. В Російській Федерації існує три основні типи організації системи ранньої допомоги:

– мережа типових служб ранньої допомоги, як правило, на базі установ одного відомчого підпорядкування, які забезпечують максимальне охоплення сімей з дітьми цільової групи в місцях їх безпосереднього проживання, з одночасним визначенням / створенням єдиного регіонального інформаційно-методичного центру. Ефективність міжвідомчої взаємодії при цьому забезпечують спеціально розроблені порядки взаємодії органів виконавчої влади та установ різного відомчого підпорядкування;

– система ранньої допомоги, в якій центральне місце займає один заклад, що забезпечує надання послуг ранньої допомоги в різних сферах (освіта, медицина, соціальна сфера), що є координатором зазначеної роботи і забезпечує максимальний обсяг практичної та методичної діяльності. При цьому інші організації-учасники здійснюють розробку та реалізацію окремих технологій надання ранньої допомоги;

– організація ранньої допомоги, при якій відкриття служб ранньої допомоги та впровадження нових технологій в основному зосереджено на базі 3 – 4 організацій, в тому числі медичних, освітніх організацій та організацій соціального обслуговування населення.

*!!! Після лекції тренер надає змогу учасникам поставити запитання.*

## **ІНТЕРАКТИВНЕ ОБГОВОРЕННЯ**

1. Система Раннього втручання якої країни вам сподобалась найбільше і чому?
2. Який позитивний досвід ви застосували б в Україні?

# ТЕМА 3. ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ В УКРАЇНІ

## 3.1. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПОСЛУГИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ В УКРАЇНІ

---

### **Актуальність теми**

Розуміння існуючої системи надання послуг дітям та сім'ям та необхідності розвитку системи раннього втручання в Україні є важливою умовою для впровадження реформи в різних сферах в умовах децентралізації. Набуті знання учасники зможуть застосовувати для впровадження системи РВ на місцевому рівні.

### **Завдання теми:**

- розглянути існуючу систему надання послуг сім'ям та дітям;
- сформулювати бачення місця послуги в системі послуг, що існує;
- отримання досвіду використання інформації в професійній діяльності.

### **Перелік роздавального матеріалу до теми: матеріали лекції.**

– *Витяг.* Указ Президента України Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю «від 13.12.2016 р. № 553/2016».

– *Витяг.* Розпорядження Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуги раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» від 14.12.2016.

– *Витяг.* Рекомендації Комітету ООН з прав дитини (2011 р.)

– *Витяг.* Рекомендації Комітету ООН з прав людей з інвалідністю «Заключні зауваження стосовно першої доповіді України» (2015 р.)

ГЛОСАРІЙ ДО ТЕМИ

**Соціальне замовлення** – засіб регулювання діяльності у сфері надання соціальних послуг шляхом залучення на договірній основі суб'єктів господарювання для задоволення потреб у соціальних послугах, визначених місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування. (*Закон України «Про соціальні послуги». Ст. 1*)

**Соціальні послуги** – комплекс заходів з надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, з метою розв'язання їхніх життєвих проблем.

(*Закон України «Про соціальні послуги». Ст. 1*)

**Мережа закладів охорони здоров'я** – сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території (*Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Ст. 3*)

ЗМІСТ ТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
Лекція	Сучасний стан та перспективи	30 хв
Загальне обговорення	розвитку послуги раннього втру-	10 хв
Робота в групах	чання в Україні	30 хв
Усього (тема 3.1. у цілому)		70 хв

**Змістове наповнення теми:** Сучасний стан та перспективи розвитку послуги раннього втручання в Україні.

**Методи навчання:** лекція, робота в групах, обговорення.

**Матеріали для обов'язкового вивчення:** лекційні матеріали, нормативні документи.



### ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПІДТЕМИ 3.1.

У контексті реформування сфери охорони здоров'я, освіти та соціальних послуг особливої актуальності заслуговують питання організації системи раннього втручання, яка має бути врахована в ході впровадження цих реформ.

На цей час в Україні існує певний спектр послуг, які надаються закладами різного відомчого підпорядкування сім'ям з маленькими дітьми. Функціонують різні установи системи охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та недержавних організацій, які надають послуги дітям з порушеннями розвитку та їх родинам.

У нормативному полі системи соціального захисту використовується термін «рання соціальна реабілітація», яка спрямована на групу дітей з інвалідністю до 7 років та дітей до 2-х років, які мають ризик її отримання. Надання послуг в сфері соціального захисту регулюється, з одного боку, стандартами послуг, а з іншого – обумовлюється типовими положеннями про заклади, що їх надають. Стандарти визначають зміст та вимоги до послуги, а категорії клієнтів визначаються типовими положеннями про заклад. У системі соціального захисту населення послуги для дітей та сімей надають центри і відділення соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центри соціально-психологічної реабілітації для дітей, дитячі будинки, інтернати.

У сфері освіти використовуються терміни «рання корекційна допомога», «соціально-педагогічний патронат», «рання допомога», «рання соціалізація» та ін., між собою неузгоджені. В системі освіти послуги для дітей з інвалідністю та дітей, у яких є ризик виникнення функціональних порушень, затримки розвитку, надаються в закладах компенсаторного та санаторного типу, дитячих садках, навчально-реабілітаційних центрах, дитячих будинках, школах-інтернатах, ПМПК та ін.

У сфері охорони здоров'я використовується термін «медико-соціальна реабілітація», де робота спрямована на корекцію здоров'я та порушень дитини. Для дітей від народження до 3-х років система охорони здоров'я є найбільш розгалуженою порівняно з системою соціального захисту та освіти щодо надання допомоги дітям з функціональними порушеннями, затримкою розвитку та ризиком виникнення порушень та сім'ям, які виховують таких дітей.

Зазначені установи та заклади не утворюються єдиної комплексної системи, яка б забезпечувала належну міжгалузеву координацію та взаємодію стосовно задоволення потреб відповідної групи дітей, здебільшого вони працюють у «межах компетенції», тобто коли освітяни, медики та соціальні працівники надають послуги окремо один від одного в різних приміщеннях за умови, що до «них прийдуть», і майже жодна з таких установ і закладів не забезпечує мультидисциплінарного підходу. При цьому нерідко відбувається дублювання послуг, вікові обмеження (дитина досягла певного віку і не може отримувати необхідні послуги там, де отримувала раніше) та ін.

Дані проведених фокус-груп серед батьків у Харківській, Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Харківській областях свідчать, що «перше звернення більшості батьків було до медичних закладів», і в той же час вони зазначили, що «не отримали якісних міждисциплінарних послуг за місцем проживання»<sup>8</sup>.

Система раннього втручання надає можливість покращити доступ до послуг дітям раннього віку та родинам, які виховують дітей з певними функціональними порушеннями і дітей з можливістю виникнення таких порушень. Це сприяє в подальшому активному включенню цієї групи дітей у суспільне життя, зміцненню сімей та надання їм належної допомоги.

Завдяки активній діяльності громадських організацій на сьогодні в Україні команди раннього втручання працюють на базі Благодійного фонду «Інститут раннього втручання» (м. Харків), навчально-реабілітаційного центру «Джерело» (м. Львів), Закарпатського обласного центру комплексної реабілітації «Дорога життя» (м. Ужгород), НДО «Здорове суспільство».

Починаючи з 2010 року структурні підрозділи РВ було відкрито в КУ «Харківська міська дитяча поліклініка № 23», КУ «Харківська міська дитяча поліклініка № 2», ДНЗ № 12 у м. Чугуїв Харківської області, що поклало основу створенню міської мережі служб раннього втручання.

У жовтні 2012 року досвід розвитку раннього втручання в м. Харкові отримав офіційну підтримку Президії Національної академії медичних наук України.

Починаючи з 2008 року львівська команда раннього втручання в рамках проекту Королівства Нідерландів МАТРА та за експертної підтримки голландської організації SOFT Tulip провели тренінги для фахівців у різних областях, семінари для батьків, просвітницькі заходи.

З 2016 року значно активізувався рух батьків за раннє втручання в різних областях України, створюється Національна Платформа з проблеми раннього втручання, проводяться навчання, просвітницькі кампанії.

Позитивним кроком для розвитку системи раннього втручання в Україні стали Рекомендації парламентських слухань: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення»<sup>9</sup>.

Запровадження та забезпечення функціонування системи послуг раннього втручання з метою створення сприятливих умов життєдіяльності для дітей, які мають порушення розвитку та ризик їх виникнення, підтримки сімей, в яких вони виховуються, запобігання відмова батьків від дітей, які мають порушення розвитку, інвалідизації дитячого населення є одним з очікуваних результатів розділу «Забезпечення прав дитини» Національної стратегії у сфері прав людини, затвердженої Указом Президента України від 25 серпня 2015 р. № 501.

Крім того, згідно з пункту 2.1 Плану заходів з виконання у 2015 році Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції про права дитини до 2016 року»<sup>10</sup> доручено пілотне впровадження в медичну практику надання послуг раннього втручання.

---

<sup>8</sup>Доступність послуг для сімей та дітей. Звіт за результатами проведення фокус-груп у пілотних регіонах за проектом «Розвиток раннього втручання в Україні», НАІУ, 2017 р.

<sup>9</sup>Постанова Верховної Ради України від 13 січня 2015 р. – № 96-VIII.

<sup>10</sup>Затверджено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26 серпня 2015 р. № 881.

Комітет ООН з прав людей з інвалідністю<sup>11</sup> рекомендував Україні створити доступні комплексні послуги і програми абілітації та реабілітації, зокрема такі, як раннє втручання, забезпечивши комплексну, міждисциплінарну та індивідуальну підтримку людям з інвалідністю та їх сім'ям.

Нині десяти областях України за підтримки Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, Європейської комісії, SOFT Tulip (Нідерланди), Європейської Асоціації раннього втручання працюють міжнародні проекти, спрямовані на впровадження системи раннього втручання. Це дасть можливість здійснити аналіз чинного законодавства та ситуації з наданням послуг на рівні громади, провести апробацію різних підходів до організації системи раннього втручання на місцевому рівні, підготувати команди раннього втручання на рівні громади, провести навчання для державних службовців, які відповідають за прийняття рішень, інформаційно-просвітницьку кампанію та ін.

У березні 2017 року для розбудови в Україні системи раннього втручання було підписано Меморандум про взаєморозуміння між ключовими партнерами<sup>12</sup>. Однією з цілей даного Меморандуму є створення Платформи задля запровадження діалогу щодо формування та реалізації державної політики з раннього втручання.

При всіх позитивних зрушеннях щодо впровадження в Україні системи раннього втручання залишаються певні бар'єри, які заважають даному процесу, – недосконалість законодавчо-нормативної бази, відсутність цілісної стратегії РВ на рівні держави, міжвідомчої координації; навчання та підготовка фахівців, державних службовців; недостатня просвіта батьків та їх залучення до процесу прийняття рішень; фінансування тощо.

### **В існуючому нормативному полі місцеві органи виконавчої влади можуть забезпечити організацію послуги РВ шляхом:**

1. Створення центрів раннього втручання комунальної форми власності.
2. Формування послуги РВ на базі установ різного відомчого підпорядкування
3. Соціального замовлення на послугу РВ у недержавних суб'єктів.

### **Створення центрів РВ комунальної форми власності**

Організація надання послуг лише через новостворювані центри раннього втручання є малореалістичною в сучасних економічних умовах, при суттєвій диференціації розвитку різних регіонів та на початковому етапі процесу децентралізації. Проте створення таких центрів може рекомендуватися у містах, адміністративних територіальних одиницях, які мають достатнє фінансування та кадровий потенціал.

---

<sup>11</sup>Заключні зауваження стосовно Первинної доповіді України про стан реалізації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, 2015 р.

<sup>12</sup>Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ), ВГО «Національна Асамблея людей з інвалідністю України», БФ «Інститут раннього втручання» для дітей з порушеннями розвитку та дітей-інвалідів, ВГО Всеукраїнська фундація «Захист прав дітей», Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України, Фундація SOFT Tulip Королівства Нідерландів, Європейська Асоціація Раннього Втручання Eurllyaid.

### Формування послуги РВ на базі установ різного відомчого підпорядкування

Метою раннього втручання є не тільки реабілітація / абілітація, але й профілактика порушень розвитку у дітей. Таким чином, раннє втручання виглядає таким, що включає елементи реабілітації, але не обмежується нею, та має значну профілактичну складову.

Модель реабілітаційних послуг не відображає повною мірою принципи РВ, такі як: орієнтованість на сім'ю та підвищення її компетенцій; міждисциплінарність; скоординованість та надання послуг у природньому для дитини середовищі.

Відмінностями моделі раннього втручання та реабілітаційної моделі є:

- ✓ орієнтація раннього втручання на надання послуг у природньому для дитини середовищі, реабілітаційних послуг – переважно в спеціалізованих закладах, але і за місцем проживання та у звичайних закладах для дітей відповідного віку;
- ✓ орієнтація РВ на сім'ю, а реабілітації – переважно на дитину (індивідуальний план в РВ орієнтований на сім'ю, в реабілітації – на дитину);
- ✓ наголос на міжвідомчій координації в РВ;
- ✓ фінансування місцевими органами влади послуг у моделі РВ на протигагу фінансування закладів, які надають реабілітаційні послуги.

### Організація послуги раннього втручання

Враховуючи соціально-економічні, територіальні, інституційні та політичні передумови, найоптимальнішим на сучасному етапі виявляється впровадження раннього втручання як мережі, де через різні заклади у різних сферах надається послуга раннього втручання.

Органи місцевої влади та самоврядування можуть розробляти і затверджувати відповідні місцеві програми, та / або забезпечувати міжвідомчу координацію шляхом укладання відповідних угод між організаціями та установами.

Послуга РВ може надаватися центрами соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (далі – ЦСРДІ), дошкільними навчальними закладами, у т. ч. центрами розвитку дитини (далі – ЦРД), центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ), поліклініками тощо.

### Соціальне замовлення послуг раннього втручання у недержавних суб'єктів

В Україні, в окремих регіонах, завдяки співпраці з міжнародними організаціями послуги раннього втручання надаються недержавними організаціями. Наприклад, у Центрі раннього втручання, створеному БФ «Інститут раннього втручання» м. Харків, «Джерело», м. Львів.

Проте перед НДО завжди постає питання подальшого фінансування діяльності, адже більшість батьків не здатна сплачувати за послуги, а подібних державних чи комунальних закладів не існує. У цьому випадку місцеві органи можуть забезпечити надання послуг раннього втручання через механізм їх **соціального замовлення** у недержавних суб'єктів.

Закон України «Про соціальні послуги» покладає відповідальність за організацію соціального замовлення на місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Виходячи з розподілу владних повноважень та бюджетних видатків, соціальне замовлення правомірно здійснювати на рівні областей, м. Києва, районів, міст обласного значення. Організація соціального замовлення регулюється Порядком здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів (затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 № 324). Замовниками послуг можуть бути структурні підрозділи з питань соціального захисту місцевих держадміністрацій, виконкоми міських рад / галузеві виконавчі органи міських рад у сфері соціальної політики, керівники яких є розпорядниками бюджетних коштів. Виконавцями соціального замовлення можуть бути недержавні суб'єкти, які надають соціальні послуги (юридичні особи, що не перебувають у державній/ комунальній власності, та фізичні особи – підприємці) та відповідають критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги (постанова Кабінету Міністрів України від 14.11.2012 № 1039).

Порядок здійснення соціального замовлення передбачає наступний алгоритм дій:

Вивчення потреб адміністративно-територіальної одиниці у таких послугах (відповідно до чинного законодавства має наводитись щорічно) → включення потреби у таких послугах до пріоритетів соціального замовлення та їх затвердження у складі місцевих програм розвитку соціальних послуг → затвердження річного плану проведення конкурсів соціального замовлення → організація та проведення конкурсу → визначення виконавця соціального замовлення → укладання договору з виконавцем.

*!!! Після лекції тренер надає змогу учасникам поставити запитання.*

### **МОЖЛИВІ КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ**

1. В яких установах та закладах може бути організована послуга раннього втручання?
2. Якою є роль органів місцевої влади та самоврядування для організації послуги раннього втручання?
3. Які підходи до організації послуги раннього втручання можуть бути застосовані в Україні?
4. Що таке соціальне замовлення?

**Загальна дискусія на тему.** Які переваги та обмеження кожного із 3-х зазначених підходів? Які умови мають бути для впровадження кожного з підходів у вашому населеному пункті?

## 3.2. ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

### **Актуальність теми**

Оволодіння знаннями про формування політики раннього втручання дасть можливість глибше зрозуміти і об'єктивно проаналізувати ефективність державних заходів у цій сфері на різних етапах децентралізації та сприятиме впровадженню змін в сфері охорони дитинства.

### **Завдання теми:**

- розглянути можливі етапи формування політики РВ;
- систематизувати набуті під час тренінгу знання та сприяти їх застосуванню в практичній роботі;
- розробити можливі моделі формування політики РВ на місцевому рівні.

**Перелік роздавального матеріалу до теми:** матеріали лекції.

### ЗМІСТ ТЕМИ ТА ПРОПОНОВАНИЙ ЧАС

Вид навчальної діяльності	Назва	Пропонований час
Лекція	Формування політики раннього	20 хв
Загальне обговорення/ питання	втручання	10 хв
Робота з групами		60 хв
Усього (тема 3.2. у цілому)		90 хв

**Змістовне наповнення теми:** Формування політики раннього втручання.

**Методи навчання:** лекція, обговорення, робота в групах.

**Матеріали для обов'язкового вивчення:** матеріали лекції, рекомендовані інформаційні джерела.

### ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПІДТЕМИ 3.2.

Слово «політика» не має чіткого визначення і є надзвичайно гнучким поняттям, яке використовується залежно від кожного конкретного випадку. Як правило, під «соціальною політикою» розуміють продуманий план дій державних і громадських інституцій, суспільних груп та окремих осіб (суб'єктів соціальної політики), спрямований на реалізацію конституційних прав і свобод людини. Політика зосереджується в існуючих та спрямованих у майбутнє рішеннях. Вона розробляється тоді, коли існує дуже поширена проблема та непослідовність у її розв'язуванні. Зазвичай політика дає відповідь на запитання «Що робити?». Слід враховувати, що політику не варто розробляти, якщо залишається непослідовність, або якщо вона не матиме обов'язкової юридичної сили. Отже, політика розробляється, коли:

1. Існують непорозуміння чи непослідовність щодо того, як необхідно або правильно діяти.
2. Існує необхідність правового захисту.
3. Наявне несправедливе або непослідовне ставлення.
4. Надто багато винятків та пільгових умов.
5. Існує необхідність зміни законодавчих та нормативних актів.
6. Існує необхідність упровадження нових підходів.

Процес розробки політики передбачає кілька послідовних кроків.

*Тренер роз'яснює кожний з кроків розробки політики, коментує, наводячи приклади. Він також може звернутися до учасників і запропонувати їх надати власний приклад планування політики в сфері дитинства.*

#### 1. Організація команди.

*Наприклад, організація міжвідомчої робочої групи зі створення системи раннього втручання в регіоні (включає представників органів управління і установ різних відомств, громадських організацій, фахівців, батьків, неурядових організацій, від діяльності яких залежать повнота і розвиток системи ранньої допомоги). Визначення інституції, яка координує і відповідальна за створення системи раннього втручання. Чітке визначення повноважень та відповідальності кожної інституції, особи. Визначення інституцій в регіоні, які мають необхідні умови для надання послуги раннього втручання, і т. д. Навчання учасників команди.*

#### 2. Встановлення мети політики.

*Наприклад, основна мета полягає в наданні підтримки сім'ям у забезпеченні оптимального розвитку їх дитини і сприянні участі дитини в житті сім'ї, а сім'ї – у житті громади.*

#### 3. Збір і аналіз даних за визначеною проблемою.

*Наприклад, виявлення потреби раннього втручання в регіоні (кількість дітей, які потребують допомоги, наявність послуг для дітей та сімей, фінансування програм, виявлення недоліків, протиріч, оцінка знань державних службовців, фахівців та ін.).*

4. Розробка концепції, філософії.

*Наприклад, ознайомлення з національною стратегією, розробка концепції / стратегії раннього втручання на рівні регіону.*

5. Формулювання місії.

*Наприклад, місія регіональної програми з раннього втручання – виявлення та оцінка дітей з затримкою розвитку або можливістю виникнення такої та забезпечення належної допомоги сім'ям і дітям для покращення їх розвитку.*

*Місією програми раннього втручання є забезпечення гарантування сім'ям, які мають дітей до чотирьох років з порушенням розвитку, інвалідністю, або ризиком виникнення порушень, отримувати допомогу та ресурси, які нададуть можливість батькам розвивати свою дитину.*

6. Встановлення стратегічних цілей та завдань.

*Наприклад, розробка членами робочої групи регіональної стратегії розвитку системи раннього втручання та її затвердження місцевими органами влади. За необхідності прийняття нормативних актів, що регулюють розвиток системи раннього втручання в регіоні. Аргументувати зв'язок між цілями та проведеним аналізом (пункт 3).*

7. Розробка плану заходів.

*Наприклад, що включає заходи, як краще здійснити реалізацію політики. Чітко та доступно показати варіанти можливих заходів і навести аргументи «за» та «проти».*

8. Реалізація плану заходів та розповсюдження інформації щодо нього.

*Наприклад, необхідно, щоб рішення базувались на достовірній інформації для громади, тих, хто приймає рішення, спеціалістів. Важливо мати чітке розуміння того, яку користь приносить система раннього втручання дітям та їхнім сім'ям.*

9. Забезпечення моніторингу та оцінювання плану.

*Наприклад, моніторинг проводиться з метою оцінки, контролю та прогнозу плану дій / заходів. Щорічна звітність. Визначення індикаторів оцінки політики.*

10. Осмислення набутого досвіду та відзначення успіху.

*Наприклад, коли приймаються подальші рішення, оцінюється інформація з усіх джерел, аргументи всіх учасників процесу, що, в свою чергу, дає змогу забезпечити якість «продукту». Формування подальшої діяльності на позитивних практиках.*

При формуванні політики раннього втручання необхідно враховувати:

- існуючі інноваційні тенденції в міжнародній політиці і практиці, позитивний національний досвід;
- узгодження цілей, завдань / стратегій між усіма інституціями;
- включення питань РВ у плани дій кожної сфери;
- об'єднання ресурсів – людських, фінансових, матеріальних;
- забезпечення чітких механізмів координації;
- політичну волю, планування національної політики РВ з урахуванням економічних чинників;



- міжвідомчі угоди та відповідальність;
- рух громадських організацій людей з інвалідністю та організацій батьків, які можуть мати значний вплив на формування політики на національному та місцевому рівнях;
- наявність громадської платформи для обговорення політики, обміну інформацією;
- наявність потужного інформаційного ресурсу;
- прозорість діяльності всіх учасників процесу.

*!!! Після лекції тренер надає змогу учасникам поставити запитання.*

## **МОЖЛИВІ КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ**

1. Як ви думаєте, які існують виклики у процесі формування політики раннього втручання у вашому регіоні / місті?
2. Які функції, завдання може виконувати громадська платформа відкритого діалогу з РВ?

## **ЗАВДАННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ № 1**

*Опис завдання (залежно від групи):*

«Кроки формування політики»

1. Тренер ділить учасників на групи і пропонує виконати таке завдання.
2. На листі ватману кожна група розписує 10 найважливіших кроків формування політики раннього втручання на місцевому рівні. Групи презентують свої напрацювання, обґрунтовуючи їх.
3. Всі учасники залучаються до обговорення. Тренер робить узагальнення.

## **ЗАВДАННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ № 2**

*Опис завдання (залежно від групи):*

«Політика раннього втручання на місцевому рівні»

1. Тренер ділить учасників на групи і пропонує виконати таке завдання.
2. На листі ватману кожна група визначає підхід / підходи до організації послуги РВ, що на її думку, доцільно обрати на найближчий рік з урахуванням місцевих умов та державної політики. Складає план дій з впровадження РВ за схемою: захід – термін реалізації – відповідальний орган
3. Групи презентують свої напрацювання, обґрунтовуючи їх.
4. Всі учасники залучаються до обговорення. Тренер робить узагальнення.

# ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ РОБОТИ ТРЕНІНГУ

## **ЗАВДАННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ**

*Опис завдання:*

1. Тренер ініціює обговорення підсумків роботи тренінгу. Орієнтовні питання для обговорення:
  - Найяскравіше враження від тренінгу?
  - Які питання залишилися нерозкритими?
  - Чи справдилися ваші сподівання?
  - Чим ви можете поділитися з іншими?
  - Як ви будете застосовувати набуті знання?
  
2. Увага учасників акцентується на «Очікуваннях», які учасники висловили перед початком тренінгу. Кожному учаснику надається можливість висловитися, задавати питання один одному та тренеру.
  
3. На завершення тренер дякує всім за плідну роботу, приємне спілкування і нові знання або враження, які він також отримав від групи.
  
4. Тренер може запропонувати учасникам заповнити оціночну анкету.

## ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРАЛА

- Конвенція ООН про права дитини.
- Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю.
- Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».
- Закон України «Про охорону дитинства».
- Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю».
- Закон України «Про соціальні послуги».
- Розпорядження Президента України «Про робочу групу з опрацювання пропозицій щодо реформування системи інституційного догляду та виховання дітей» від 25.12.2015 р. № 818.
- Указ Президента України «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини» від 25.08.2015 р. № 501.
- Постанова Верховної Ради України від 13.01.2015 р. № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення».
- Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Сімейна політика України – цілі та завдання» від 08.12.2015 р. № 854.
- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів з виконання у 2015 році Загальнодержавної програми “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини” на період до 2016 року» від 26.08.2015 р. № 881-р.
- Указ Президента України Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю від 13.12.2016 р. № 553/2016.
- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» від 14.12.2016 р.

- Рекомендації Комітету ООН з прав дитини (2011 р.).
- Рекомендації Комітету ООН з прав людей з інвалідністю «Заключні зауваження стосовно першої доповіді України» (2015 р.).
- Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).
- European Commission (2010 р.) Communication from the Commission. Europe 2020 – A strategy for smart sustainable and inclusive growth. COM (2010) 2020 р.
- European Commission (2011 р.) Communication on Early Childhood Education and Care (February 2011) COM (2011 р.).
- European Parliament (2011 р.) European Parliament Resolution of 12 May 2011 on Early Years Learning in the European Union (I/2010/2159) United Nations (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities, New York, United Nations. Electronic source available online at: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> World Health Organisation (2011) World Report on Disability, Geneva, Switzerland, WHO.
- More information is available from: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> and [https://www.unicef.org/earlychildhood/index\\_action.html](https://www.unicef.org/earlychildhood/index_action.html)
- Paul Martin, ECI coordinator, Northern Ireland Corporation Overseas, «Early Intervention: from theory to practice. A Social Care perspective», Regional Report in Sofia, November 2015.  
[http://early.dextel.net/early\\_intervention.html](http://early.dextel.net/early_intervention.html)
- <http://inclusiveearlychildhood.ca/files/2015/01/Underwood-Frankel-2012.pdf>
- Individualized Family Service Plan Process Guidance Handbook. (2014). Educational and Developmental Intervention Services (EDIS) Comprehensive System of Personnel Development (2014). <http://ectacenter.org/eco/assets/pdfs/EDISIFSPProcessGuidanceHandbook.pdf>.
- European Agency for Development in Special Needs Education, 2010. [https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments\\_ECI-report-EN.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf)
- Integrated Early intervention Teams: [www.integralevroeghulp.nl](http://www.integralevroeghulp.nl)
- *Наталія Доброва-Крол*. «Раннее вмешательство: ключевые аспекты и международный опыт», ЮНИСЕФ;
- *Пасічник І. П.*, *Кукуруза Г. В.* Міждисциплінарна сімейно-центрована програма раннього втручання на етапі первинної медико-санітарної допомоги дітям: Матеріали конференції.