

**Министерство социального развития,
опеки и попечительства Иркутской области**

Областное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Учебно-методический центр развития социального обслуживания»



РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОВЗ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОГО ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА
РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ
В СИСТЕМЕ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
«ИНСТИТУТ ПОЛИФОРМАТНОГО ОБРАЗОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ
СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ»

ПО НАПРАВЛЕНИЮ

«РАБОТА С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ
С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ»

Иркутск
2018

Печатается по решению
редакционно-издательского совета

ББК 364
УДК 65.272

Ранняя помощь детям с ОВЗ: методическое пособие в рамках регионального инновационного проекта развития социального сопровождения семей с детьми в системе опеки и попечительства Иркутской области «Институт полиформатного образования участников социального сопровождения семей с детьми» по направлению «Работа с семьями, имеющими детей с ОВЗ и инвалидностью». – Иркутск: Изд-во Учебно-методического центра, 2018. – 80 с.

Автор-составитель:

*Баширова Т. Б.,
Карпушенко В. И.*

Научное редактирование:

Переломова Н. А., д-р пед. наук, профессор

Рецензирование:

Дичина Н. Ю., канд. пед. наук, доцент

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка.....	4
Теоретические аспекты изучения проблем ранней помощи.....	7
История развития служб ранней помощи за рубежом.....	12
Концепция системы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам в возрасте от рождения до 4 лет в Иркутской области на период до 2020 года.....	21
Из опыта работы Института раннего вмешательства города Санкт-Петербурга.....	47
Заключение.....	76
Библиографический список.....	78

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Проблема ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (*далее – ОВЗ*) и их социальной адаптации в общество является в настоящее время чрезвычайно актуальной. Ранняя комплексная помощь детям с ОВЗ – это совокупность систем социальной поддержки, охраны здоровья и специального образования.

Первые годы жизни – это уникальный период и решающий этап развития ребенка. Особенности развития ребенка в раннем возрасте – пластичность центральной нервной системы и способность к компенсации нарушенных функций – обуславливают важность ранней комплексной помощи, позволяющей путем целенаправленного воздействия исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии.

Существуют две основные модели помощи «особым детям»: традиционная модель, сфокусированная на ребенке как носителе дефекта, и модель раннего вмешательства, представляющая собой семейноцентрированную модель сопровождения семьи.

Современные представления о ранней помощи предполагают широкий спектр помощи, ориентированной не только на ребенка с проблемами в развитии, но и на семью в целом. Оказание помощи осуществляется в процессе согласованной деятельности «команды» специалистов разного профиля.

Поэтому ранняя помощь рассматривается как комплекс психолого-педагогических и медико-социальных мер, направленных на обеспечение и улучшение развития детей младенческого и раннего возрастов с ограниченными возможностями здоровья или риском их возникновения, в эмоционально благоприятных условиях семейного воспитания в целях максимально возможной социализации. Ранняя помощь предполагает несколько направлений помощи родителям (законным представителям) детей с ОВЗ:

- информационно-просветительское;

- методическое;
- психолого-педагогическое и консультативное.

Развитие ребенка с «особыми» потребностями зависит от участия родителей в его физическом и нравственном становлении, правильности воспитательных воздействий и от благополучия семейной ситуации. Конфликты и осложнение отношений между супругами, родственниками отражаются на развитии ребенка. Поэтому в центре внимания специалистов должна быть семья, работа с которой включает мониторинг психологического внутрисемейного климата, своевременное решение проблемных вопросов в воспитании и обучении, оказание помощи в планировании коррекционной работы в домашних условиях, оказание консультативной и практической поддержки.

Функционирование системы ранней помощи на региональном уровне рассматривается как важный начальный компонент образовательной и социальной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду нормально развивающихся сверстников. Это создает предпосылки для реализации равных прав детей на получение образования. Сущностные характеристики системы ранней помощи сосредоточены в реализации ее важнейших принципов:

- семейно ориентированной помощи;
- взаимодействия ведомств, организаций и групп специалистов;
- комплексного подхода в оказании помощи семье ребенка с

ОВЗ;

- профилактической работы на каждом этапе ее осуществления.

Важнейшим ресурсом становления и развития системы ранней помощи признается повышение квалификации специалистов, основанное на компетентностном подходе с использованием методов формирования и совершенствования профессиональной рефлексии и профессионального мышления, создания установки на организацию взаимодействия специалистов различных профессий.

С помощью совместных усилий специалистов и родителей, воспитывающих необыкновенного ребенка, и готовности социума

к оказанию поддержки таким семьям, можно достичь достаточно высокого качества их жизни.

В данном методическом пособии рассматриваются теоретические и исторические аспекты изучения проблем ранней помощи. Представлена Концепция системы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам в возрасте от рождения до 4 лет в Иркутской области на период до 2020 года, а также опыт работы Института раннего вмешательства города Санкт-Петербурга.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ РАННЕЙ ПОМОЩИ

По данным ООН в мире насчитывается 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития. Это составляет десятую часть населения нашей планеты. Организация жизнеспособности детей с ограниченными возможностями выдвигает много проблем их новой социальной адаптации. Актуальность проблемы социальной адаптации детей с ограниченными возможностями в реальных условиях обусловлена недостаточно активными реабилитационными мерами на ранних этапах жизни детей, имеющих различные отклонения и заболевания. В настоящее время процесс обновления нарушенных связей между детьми и обществом не обеспечивает привлечение их к основным сферам жизнедеятельности (труд, быт, досуг), то есть ограничивает их интеграцию в общество. Актуальность проблемы связана и с положением детей-инвалидов, где нормой их бытия является изоляция от сверстников, ограничение в общении и в информации и, как следствие, – неуверенность в себе, страх перед миром здоровых детей и взрослых. В связи с этим необходимо создание эффективной социально-педагогической поддержки, которая во многом зависит от согласованных усилий всех воспитывающих сил в обществе и прежде всего от семьи и образовательных учреждений. Поэтому проблема социализации и социальной адаптации детей с нарушениями психического и физического развития актуальна как в теоретическом, так и в практическом плане и в наше время активно развивается.

Вопросы реабилитации детей с особыми потребностями и их семей начали интенсивно разрабатываться с 1990 г. Разные аспекты реабилитации детей с функциональными ограничениями рассматривают Т. Баранцова, А. Капская, О. Молчан, И. Пинчук, О. Толстоухова и др.

Принципы, содержание, формы и методы реабилитации детей, в том числе в условиях лечебно-профилактического учреждения, охарактеризованы в работах Г. М. Иващенко, М. В. Ип-

политовой, Е. Н. Ким, И. Ю. Левченко, И. И. Мамайчук, Н. С. Моровой, О. Г. Приходько, Э. И. Танюхиной и др.

Вопросами адаптации, социализации, интеграции детей и подростков занимались Б. Н. Алмазов, Г. А. Гусев, Р. А. Литвак, Г. М. Андреева, А. И. Ковалева, А. В. Мудрик, Н. Н. Малофеев, Т. В. Егорова и др.

Реабилитационная педагогика в образовательно-воспитательном контексте разрабатывалась Н. Вайзманом, А. В. Гордеевой, Е. А. Горшковой, Р. В. Овчаровой и др.

Специфика развития личности подростка, имеющего физические нарушения, рассмотрена в трудах Л. С. Выготского, И. В. Беляковой, Р. М. Боскис, Р. Е. Левиной, М. С. Певзнер, В. Г. Петровой, О. Н. Усановой и др.

Исследованиями Р. Д. Бабенковой, Т. А. Власовой, М. В. Ипполитовой, Е. Н. Мастюковой, К. А. Семеновой и др. установлено, что у детей, имеющих проблемы со здоровьем, возникают трудности в познании окружающего мира, овладении знаниями, двигательными умениями и навыками.

Проблемы педагогической коррекции раскрыты В. П. Кащенко, А. Д. Гонеевым и др.

Содержанию работы с родителями детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, посвящены исследования Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой, А. П. Коноваловой, Т. В. Лодкиной, А. Р. Малера, Н. Ю. Синягиной и др.

Согласно Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р, по данным Федеральной службы государственной статистики за последние 5 лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составляет около двух процентов детского населения. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются психические расстройства и расстройства поведения (22,8%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (20,6%), болезни нервной системы (20%).

Раннее начало комплексной помощи содействует максимально возможным достижениям в развитии ребенка, поддержанию его здоровья, а также успешной социализации и включению ребенка в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством здравоохранения Российской Федерации, высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, экспертным сообществом осуществлена проработка вопроса о необходимости развития ранней помощи детям группы риска, детям-инвалидам, детям с генетическими нарушениями и сопровождения их семей. Также рассмотрены вопросы методического обеспечения работы в субъектах Российской Федерации по этому направлению. В ходе работы проанализирована информация, полученная из 76 субъектов Российской Федерации, о существующей в настоящее время в регионах практике оказания ранней помощи детям-инвалидам и детям группы риска.

В отдельных субъектах Российской Федерации (Республика Марий Эл, Новосибирская и Самарская области, г. Санкт-Петербург и др.) разработаны и внедрены региональные модели и региональные межведомственные программы раннего вмешательства, ранней помощи детям с нарушениями в развитии и детям-инвалидам.

В 2009-2015 гг. в 29 субъектах Российской Федерации реализованы программы Фонда «Раннее вмешательство» и «Право быть равным», предусматривающие оказание ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, детям-инвалидам и семьям, их воспитывающим. Еще в 45 регионах ведется работа по раннему выявлению и профилактике инвалидности у детей на основе межведомственного взаимодействия, механизм которого определяется с учетом выбора координирующего ведомства.

Подходы к оказанию ранней помощи в регионах различны, и в части случаев соответствующие услуги оказываются в недостаточном объеме для коррекции нарушений в развитии ребенка –

на курсовой основе 14-21 день в год, при этом не соблюдаются принципы непрерывности и семейной ориентированности ранней помощи.

Целевой группой для оказания ранней помощи являются семьи с детьми в возрасте от 0 до 3 лет, у которых имеются отставание в физическом или умственном развитии, нарушения здоровья, с высокой вероятностью приводящие к задержкам развития.

Можно выделить три основных типа организации системы ранней помощи:

- сеть типовых служб ранней помощи, как правило, на базе учреждений одной ведомственной принадлежности, обеспечивающих максимальный охват семей с детьми целевой группы в местах их непосредственного проживания, с одновременным определением (созданием) единого регионального информационно-методического (ресурсного) центра (республики Марий Эл и Татарстан, Алтайский край, Новосибирская, Самарская, Тамбовская, Тюменская области и др.). Эффективность межведомственного взаимодействия при этом обеспечивают специально разработанные порядки взаимодействия органов исполнительной власти и учреждений разной ведомственной принадлежности;

- систему ранней помощи, в которой центральное место занимает одно учреждение, обеспечивающее оказание услуг ранней помощи в разных сферах (образование, медицина, социальная сфера), являющееся координатором указанной работы и обеспечивающее максимальный объем практической и методической деятельности (Республика Саха (Якутия), Красноярский край, Астраханская, Архангельская, Вологодская, Калужская, Курская области). При этом другие организации-участники осуществляют разработку и реализацию отдельных технологий оказания ранней помощи;

- организаци. ранней помощи, при которой открытие служб ранней помощи и внедрение новых технологий в основном сосредоточено на базе 3-4 организаций, в том числе медицинских организаций, организаций образования и организаций социального обслуживания населения (Забайкальский и Камчатский края, Калининградская и Курганская области, Еврейская автономная область).

Таким образом, из анализа представленной субъектами Российской Федерации информации следует, что до настоящего времени отсутствуют единые подходы, нормы и стандарты организации предоставления услуг ранней помощи и координации деятельности различных ведомств при ее организации.

Это обусловлено особенностями социально-демографической ситуации, социально-экономическими условиями, наличием ресурсной базы, другими региональными факторами и затрудняет создание равных условий для оказания услуг ранней помощи детям и их семьям, проживающим в различных регионах.

Исследования доказывают, что при условии раннего выявления и организации адекватного медико-психолого-педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация функций могут быть достигнуты в 60% случаев к 3 годам. То есть ранняя систематическая помощь помогает добиться поразительных результатов.

В настоящее время в практику все больше входит ранняя диагностика отклонений развития у детей. Развитие службы ранней помощи сократит число детей с ОВЗ, которые по достижении школьного возраста смогут без дополнительной поддержки учиться в общем образовательном потоке. Именно те дети успешны в инклюзии, которые получили раннюю помощь с рождения, а не только в детском саду, могут успешно обучаться в обычной школе, дружить со своими сверстниками, быть как все.

Главная направленность деятельности Служб ранней помощи – комплексный междисциплинарный подход к образованию, социализации и реабилитации детей с ОВЗ. Необходимо объединение усилий всех специалистов (медики, специальные педагоги, психологи, социальные работники), которые должны быть направлены не на подмену семьи, а на развитие ее собственного потенциала. Ранняя помощь предполагает широкий спектр долгосрочных услуг, ориентированных на всю семью ребенка с проблемами в развитии и осуществляемых в процессе согласованной деятельности команды специалистов разного профиля.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ

Значение поддержки и стимулирования развития ребенка в раннем возрасте зарубежные педагоги и ученые подчеркивали давно. В первой половине XIX века, когда в педагогической среде получили широкое распространение идеи И. Г. Песталоцци, передовые европейские педагоги признавали необходимость начинать воспитание и обучение ребенка в раннем дошкольном возрасте. Среди последователей Песталоцци был и В. А. Егер, немецкий сурдопедагог, одним из первых разработавший программу и методы дошкольного воспитания детей с нарушением слуха (1831).

Внимание к ранним этапам детства, развитие педагогики раннего и дошкольного возраста стали возможны благодаря достижениям в XIX – первой половине XX века ряда частных наук, в структуре которых появлялись исследования, обеспечившие научный фундамент этого направления педагогической деятельности. Речь идет о теории Ч. Дарвина в биологии, о возникновении и развитии педиатрии в медицине, о появлении детской психологии, в том числе психологии детей раннего возраста (А. Бине, Д. Боулби, Ж. Пиаже, Д. Робертсон, Р. Спиц, З. Фрейд, А. Фрейд). Алгоритм комплексного подхода в исследовании раннего детского развития был задан педологией – новым междисциплинарным направлением в западноевропейской науке и практике этого периода (Аксенова Л. И., 2009).

В XX веке идея ранней педагогической помощи детям с проблемами в развитии возникла в научном русле экспериментальной педагогики. Так, американцы Н. М. Skeels и Н. Due (1939) выявили и исследовали феномен детского госпитализма, наблюдавшийся у детей в детских домах вследствие отсутствия работы персонала по их личностному и эмоциональному развитию. Во второй половине 40-х гг. прошедшего столетия швед Э. Вединберг, занимавшийся развитием слухового восприятия у своего маленького глухого сына, доказал возможность и эффективность раннего (на первом году жизни) развития остаточного слуха. Это подтвердилось аналогичными исследованиями английских ученых (А. Эвинг и

И. Эвинг, кафедры сурдопедагогике университета в Манчестере) и нидерландского педагога Антониуса Ван Удена (г. Сент-Михельгестель), проведенными в 40-50-х годах, а также немецкого сурдопедагога А. Леве – в 50-60-е годы XX в. (г. Гейдельберг).

Накапливались также научные данные о значимости ранней помощи применительно к другим категориям детей с ограниченными возможностями. Все это постепенно формировало научные представления об уникальности периода раннего детства для целостного физического и психического развития ребенка и о возможности преодоления или уменьшения проявлений нарушений развития благодаря целенаправленной и комплексной психолого-педагогической помощи, направленной на стимуляцию детского развития. Уникальные возможности такой помощи в младенческом и раннем возрасте основываются на исключительной пластичности детского мозга, находящегося в процессе своего становления и развития, что обеспечивает особую эффективность проводимой стимуляции, раннего сенсорного развития и обучения.

По данным Л. И. Аксеновой (2000, 2002, 2008 и др.), Л. Ю. Панариной (2004), Н. Ш. Тюриной (2008), А. П. Янна (2003), А. Лёве (1992, 2003) и О. Шпека (2003 и др.) комплексная ранняя помощь во многих развитых странах мира к середине XX века уже сформировалась в достаточно самостоятельную и интенсивно развивающуюся отрасль научного и практического знания, характерной чертой которой стали междисциплинарность и полифундаментальность.

В соответствии с новыми экспериментальными данными в зарубежной науке оформляется интегрированная теория раннего развития благодаря работам видных ее представителей: Дж. Боулби (1959, 1960, 1991), Д. Винникота (1960), М. Айнсворта (1978), М. Малера (1975), В. Штерна (1977, 1985, 1995), Т. Хелльбрюгге (1975 и др.) и многих других.

Разработка методики ранней помощи, или «раннего вмешательства» (англ. *early intervention*) в психофизическое развитие и жизнедеятельность детей с ограниченными возможностями здоровья, началась с программ опережающего обучения (англ. *head start*).

Эти программы были ориентированы на особую значимость первых месяцев и первых лет жизни для дальнейшего развития человека и предназначались для социально-педагогической поддержки семьи и ребенка в период, когда способы их взаимодействия с окружающим миром только начинают оформляться. Выполненные в ходе применения программ опережающего обучения научные исследования привели к революционным изменениям в представлениях о возможностях социально-эмоционального развития младенцев.

В 60-70-х гг. прошедшего столетия программы ранней помощи детям получают за рубежом все более широкое применение. Одной из первых стала успешная программа раннего обучения детей с синдромом Дауна, разработанная Л. Рходес с группой коллег (1969) в государственном госпитале Сонома (США). В Европе такие программы исследуются на эффективность и осуществляются в университетских центрах Великобритании, Германии, Швейцарии (например, в «Детском Центре» Мюнхена под руководством Т. Хелльбрупе, 1975).

Не отстает в этом отношении и Япония, где реализуются программы ранней помощи глухим младенцам и детям раннего возраста (Х. Имаи, Й. Танака, Университет образования, г. Токио, 60-е гг.; Национальный институт специального образования, г. Йокусуга, 70-е гг.).

Основной причиной создания и широкого применения подобных программ послужило отмеченное во многих странах увеличение числа детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Предполагалось, что внедрение этих программ снизит отставание в развитии детей группы риска, повысит компетенцию членов семьи в удовлетворении их особых потребностей в развитии, уменьшит вероятность изоляции детей вследствие их помещения в соответствии с установившейся многолетней практикой в специальные учреждения, с отрывом от семьи и общества, повысит их способность к социальной адаптации, полноценной интеграции в общество и впоследствии даст им шанс для независимой самостоятельной жизни.

Не менее важной причиной, обусловившей активную разработку и внедрение программ «раннего вмешательства» послужила экономическая целесообразность их применения. Было рассчитано, что реализация таких программ значительно сократит впоследствии число детей дошкольного и школьного возраста, нуждающихся в специальном образовании, на финансирование которого государство тратит значительные ресурсы – материальные, технические, кадровые и др. (Аксенова Л. И., 2008).

В 70-80-х гг. XX в. правительства большинства развитых стран признают необходимость комплексной ранней помощи детям с отклонениями в развитии и приступают к перестройке социально-образовательной политики своих стран в соответствии с новыми задачами. Так, правительство ФРГ уже в 1974 г. приняло решение о развитии системы ранней помощи детям с ограниченными возможностями.

К концу прошедшего столетия значимость и необходимость ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии были официально признаны международным сообществом. Так, в Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г., был представлен комплексный по своему сущностному содержанию процесс предупреждения (профилактики) инвалидности. Под предупреждением инвалидности понимается осуществление комплекса мер, направленного на профилактику возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня).

Зарубежные исследователи (О. Speck, 2003, А. Lowe, 1992 и др.) отмечают, что на протяжении изучаемого полувека менялась сама концепция организации ранней помощи. Так, вначале в соответствии с парадигмой «раннего вмешательства» имела место медицински детерминированная «модель для дилетантов», в которой специалист в области ранней помощи, работая с ребенком, принимал на себя весь спектр компетенций и видов деятельно-

сти, в то время как родители выступали как зависимые от него некомпетентные получатели диагностической и педагогической информации, рекомендаций и заданий, выполнение которых контролировалось специалистом. Развитие ребенка понималось как своеобразная терапия, как система тренингов, направленных на формирование его восприятия, моторики, познавательной деятельности и др. Критериями оценки продвижения ребенка служили стандартизированные нормы развития, которые одновременно являлись первичными диагностическими нормами. Родители в лучшем случае рассматривались как ассистенты специалиста по ранней помощи, которые в процессе работы с ребенком самостоятельно приобретали некоторый опыт, однако все равно не владели стратегией целостного процесса помощи ребенку и часто не обладали осознанной мотивацией. Их деятельность – ведение дневников, рабочих тетрадей, фиксация результатов выполнения назначенных упражнений и т. д. – строго и регулярно контролировалась специалистами, формируя тем самым зависимость, нарушая родительскую автономию и самостоятельность.

Описываемая модель реализовывалась, как правило, в крупных медицинских (педиатрических), университетских или социально-педиатрических центрах. Здесь же подготавливались и издавались специальные пособия и руководства для работы с детьми определенных групп риска – с отставанием в двигательном развитии, с генетическими (синдром Дауна) и сенсорными нарушениями. В этих трудах получили отражение фундаментальные направления философии и практики специального образования за рубежом – принцип нормализации и методика оперантного научения.

Переход к следующему этапу и к новой модели ранней помощи начался тогда, когда появились нарастающие тенденции к регионализации в ее оказании (примерно в 80-х гг. XX в.) – перемещение из крупных центров в небольшие региональные структуры комплексной медико-психолого-педагогической помощи с мультидисциплинарным штатом специалистов (U. Heimlich, 1999; O. Speck, 2003).

Региональные структуры ранней помощи создавались на базе уже имеющихся учреждений близкого к ним профиля. Так, педагогические подразделения ранней помощи в Швейцарии открывались при детских клинических службах; в существовавшей в то время Германской Демократической республике (ныне – часть объединенной Германии) ранняя помощь разворачивалась на базе детских яслей; в ФРГ педагогические центры ранней помощи организовывались при клиниках, а самостоятельные частные пункты и службы ранней помощи – при специальных школах и т. д.

Подобное разнообразие организационных форм наблюдалось и в других странах. Создание и деятельность этих структур, а также научные исследования в области ранней помощи финансировались из средств региональных бюджетов. Число региональных структур ранней помощи быстро увеличивалось. Так, например, по данным министерства науки и культуры Баварии число пунктов ранней помощи с 1974 по 1979 год возросло с 23 до 86, а к 2003 году оно составило 110 (O. Speck, 2003).

Регионализация структур ранней помощи, создание сети таких пунктов внесли в их организацию и содержание деятельности существенные изменения. Вместо одного ответственного за всю работу специалиста, а также вместо визитов родителей с ребенком в другие учреждения за дополнительными консультациями региональная служба ранней помощи стала обеспечивать системную помощь ребенку силами мультидисциплинарного коллектива собственных специалистов – специальных педагогов различных профилей, в том числе психологов, специалистов по лечебной физической культуре, кинезиотерапии, трудотерапии, а также социальных работников и врачей. Располагаясь на доступном от места жительства ребенка и его семьи расстоянии, региональная служба ранней помощи ориентировала свою деятельность на психолого-педагогическую помощь семье в целом, нормализуя тем самым весь мир жизни ребенка с ограниченными возможностями.

Таким образом, постепенно сформировалась семейноцентрированная модель ранней помощи. Ее развитию и упрочению способствовало возникновение мобильных служб ранней помощи, когда

не родители с ребенком должны были приезжать к специалистам, а наоборот, специалисты приезжали для оказания психолого-педагогической помощи ребенку и его семье. В большинстве западноевропейских и других стран обычной практикой за последние два десятилетия стало надомное визитирование представителей мобильной службы ранней помощи.

В новой модели подверглась изменениям и позиция родителей ребенка с ограниченными возможностями. Благодаря оказываемой им психологической и педагогической поддержке, формированию у них определенной абилитационной компетентности и мотивации, близкие ребенку взрослые стали равноправными участниками процесса оказания ему комплексной помощи, ведущими действующими лицами в повседневном процессе стимулирования его развития.

Одной из важных форм построения зарубежных моделей раннего социально-педагогического вмешательства являются организация и функционирование лекотек (от шведск. *leko* – игрушка) – библиотек игрушек.

Впервые лекотеки появились в Скандинавских странах в середине 60-х гг. прошлого столетия. К 1990 г. они функционировали уже в 21 стране мира, а в Швеции – основательнице этого движения – их число достигло 75.

Деятельность лекотек предусматривала использование игр и игрушек для обретения и расширения опыта семейно-соседских отношений, для общения, налаживания социальных контактов внутри семьи и между семьями, имеющими детей с особыми потребностями. Лекотеки служили местом встреч родителей, объединенных общими проблемами, с профессионалами для обсуждения возможности помощи и взаимопомощи, для уточнения и дополнения программ развития детей (Аксенова Л. И., 2008).

Зарубежная организация ранней комплексной помощи детям во многом базируется на педагогической системе Марии Монтессори (Италия).

Многолетний опыт реализации разных программ ранней помощи в различных странах сделал некоторые из них известными в

мире, по сути – международно одобренными. Наибольшим признанием в мировой практике пользуются такие программы ранней диагностики и ранней помощи, как Коннектикутский тест «Обследование развития новорожденных и детей до трех лет», Каролинский учебный план для детей от рождения до пяти лет, Гавайский профиль раннего обучения, Руководство Портейдж, Мюнхенская функциональная диагностика, Программа ранней диагностики развития «Тандем» (Голландия) и др. Особую известность получили две программы: Союза экспериментального обучения и развития ребенка при Вашингтонском университете (США), где в 1971 г. была организована Служба ранней помощи с целью ее апробации (Haydn A. H., Haring N. G., 1977) и программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки», разработанная в университете Маккуэри (Сидней, Австралия, 1975) и апробированная в учебном центре при работе с детьми с синдромом Дауна и другими нарушениями развития (Pieterse M., Trelohr R., 1981). Также пользовались популярностью программы ранней помощи, созданные на основе исследований и практики работы «Детского центра» в Мюнхене (руководитель Т. Хелльбрюге).

Многолетняя реализация этих программ доказала высокую эффективность их применения. Число методик раннего вмешательства в задерживающееся или отклоняющееся развитие ребенка раннего возраста постоянно растет.

В последние два десятилетия произошло значительное укрепление теоретико-методологических позиций ранней комплексной помощи. В теоретических концепциях преобладает системно-экологический подход (У. Бронфенбреннер, О. Шпек и др.). Центральной частью экологической модели является автономная саморазвивающаяся система «ребенок», которого окружает мир его жизни – микро- и макросреды его жизнедеятельности, развития, социализации.

Поэтому ранняя комплексная помощь рассматривается как нормализация микро- и макросред, окружающих ребенка, которые изначально либо стимулируют, либо угнетают его развитие. А это

означает, что комплексная помощь концентрируется не только на самом ребенке, но и на всем социальном контексте его существования. И семья, и действующие структуры ранней помощи представляют собой социальные системы, которые устремлены навстречу друг другу, идет движение от разобщенности к интеграции. Таким видится зарубежным ученым и практикам настоящее и обозримое будущее ранней комплексной помощи.

Практическое применение нового междисциплинарного знания, создание на государственном уровне системы «раннего вмешательства», характеризует одно из успешно развивающихся направлений деятельности зарубежных ученых, педагогов и социальных служб. Реализация вариативных программ «раннего вмешательства» не только позитивно влияет на развитие системы специального образования, но коренным образом изменяет жизнь людей, имеющих отклонения в жизнедеятельности. Об этом свидетельствует прежде всего значительный прогресс в повышении уровня независимой жизни людей с различными физическими и психическими ограничениями, получивших возможность стимуляции развития в раннем возрасте. Благодаря применению этих программ они живут несравненно более полноценно чем 30-40 лет назад, увеличивается и продолжительность их жизни.

Сравнительные исследования зарубежных ученых показывают, что систематическая ранняя педагогическая помощь ребенку в условиях семьи с вовлечением родителей в абилитационную работу позволяет вывести процесс развития ребенка на новый качественный уровень, в значительной мере предопределяет успешность интеграции в общество человека со специальными потребностями как равноправного его члена, нормализует обстановку в семье, давая ей стимулы для выхода из кризисной ситуации. Материалы этих исследований также подтверждают, что ранняя помощь в рамках семейноцентрированных программ и активная стимуляция развития ребенка содействуют снижению числа детей, имеющих различные дефекты и находящихся в группе риска по инвалидности (в среднем на 50%).

Одним из следствий такого прогресса стало то, что в зарубежных странах подавляющее большинство детей с инвалидностью воспитывается в условиях семьи (родной, ее заменяющей или специально организованной), а не в специальных учреждениях вне дома. Для этого государство и региональные органы управления создают и поддерживают все необходимые условия, в том числе и в первую очередь – возможность учиться в обычной школе, находящейся недалеко от дома.

На всех этапах жизни люди с ограниченными возможностями находятся под патронажем специалистов, организующих процесс их сопровождения в образовательном и социальном пространстве. Являясь полноправными членами общества, они могут так же как их сверстники вести социально активный образ жизни.

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА

1. Основные положения

Настоящая Концепция разработана в соответствии с положениями Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о правах ребенка, Конвенции о правах инвалидов, Конституции Российской Федерации и во исполнение Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Указа Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства», распоряжения Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 года № 2723-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», Указа Губернатора Иркутской области от 15 июня 2015 года № 145-уг «О Координационном совете при Губернаторе Иркутской области

по реализации Стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы в Иркутской области, Концепции семейной политики в Иркутской области на период до 2025 года».

По данным статистического отчета на территории Иркутской области на 01.01.2018 года проживает 11 905 детей, имеющих значительные ограничения жизнедеятельности, относящихся к категории детей-инвалидов, что составляет 2,08 % от численности детского населения (в 2016 году – 11 644 ребенка данной категории (2,1%), в 2015 году – 11 979 детей (2,2%)). Следует отметить, что 88,5% детей от общего количества детей-инвалидов проживают в семьях, 8,8% – в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 2,7% – в приемных или замещающих семьях.

При соотношении числа детей с впервые установленной инвалидностью в зависимости от возраста 38,3% приходится на детей в возрасте от 0 до 4 лет, 32% – на детей от 5 до 9 лет и 29,5% – на все оставшиеся возрастные группы детского населения.

Анализ сложившейся в регионе практики системы ранней помощи семьям с детьми в возрасте от 0 до 3 лет показывает следующее.

В системе социального обслуживания

Начали активно развиваться службы сопровождения и социального обслуживания семей с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья: функционируют два реабилитационных центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья; открываются отделения дневного пребывания; комплексные центры определены организациями-операторами системы социального сопровождения семей, имеющих в своем составе людей с инвалидностью; развивается система социального обслуживания семей с детьми-инвалидами на дому. Ведется системная подготовка специалистов, оказывающих услуги семьям с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья. Все время совершенствуются и развиваются применяемые методики и технологии работы. Однако необходимо констатировать, что практика работы с семьями с детьми-инвалидами в возрасте от рождения до четырех лет является слаборазвитой.

В системе образования

В целях организации специального воспитания детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья и имеющих особые образовательные потребности в системе дошкольного образования Иркутской области создаются условия для развития данной категории детей.

На территории Иркутской области реализуются программы дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья и направлены они на развитие детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелого речевого нарушения, задержки психического развития, а также имеющих сложную структуру дефекта.

По состоянию на 1 января 2018 года охвачено услугами дошкольного образования 9 788 детей с ограниченными возможностями здоровья и 1 225 детей-инвалидов. В системе дошкольного образования для реализации адаптированных образовательных программ дошкольного образования функционируют 515 групп компенсирующей направленности, 65 групп оздоровительной направленности и 96 групп комбинированной направленности. Более того, в группах общеразвивающей направленности воспитывается 118 детей с ограниченными возможностями здоровья и 544 ребенка-инвалида.

В сравнении с 2016 годом отмечается увеличение таких групп в дошкольных образовательных организациях Иркутской области на 3,6% и количества воспитанников данной категории – на 8,2%.

В муниципальных образованиях Иркутской области функционирует 196 консультационных центров, что выше показателя 2014–2015 гг. на 20,9%. Ежегодно охватывается услугами консультационных центров более 2 401 ребенка в возрасте от рождения до трех лет.

В соответствии с «Положением о порядке организации воспитания и обучения на дому детей-инвалидов, а также размеров компенсации затрат законных представителей на воспитание и обучение детей-инвалидов на дому», утвержденным постановлением Правительства Иркутской области от 6 октября 2009 года

№ 267/46-пп, законным представителям, осуществляющим воспитание и обучение детей-инвалидов на дому самостоятельно, выплачивается компенсация, возмещающая затраты по воспитанию и обучению детей-инвалидов на дому. Размер компенсации составляет для детей дошкольного возраста – 16 983 рубля.

По-прежнему остаются острыми следующие проблемы: 1) доступности услуг ранней помощи семьям с детьми, имеющими особенности развития, в возрасте от 0 до 4 лет на территории Иркутской области; 2) подготовки специалистов для предоставления квалифицированной помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья; 3) отсутствия вариативных моделей организации и функционирования ранней помощи, учитывающих разнообразие региональных возможностей; 4) наличия развитой инфраструктуры служб ранней помощи во всех муниципальных образованиях региона; 5) неготовности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, к интеграции в дошкольные образовательные организации.

В системе здравоохранения

В сфере здравоохранения медицинская реабилитация детей целевой группы осуществляется в городских поликлиниках, районных больницах по месту прикрепления ребенка. Целью поликлинического этапа медицинской реабилитации является выполнение индивидуальной программы реабилитации инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, использование комплекса всех необходимых методов и средств реабилитации, проведение разъяснительной работы среди детей и их родителей о средствах и методах восстановления и укрепления, поддержания здоровья ребенка.

На базе трех перинатальных центров функционируют амбулаторные отделения для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации. Наблюдение осуществляется неонатологом, педиатром и неврологом, проводится подбор питания детям, профилактика рахита, анемии, дисфункции желудочно-кишечного тракта, оценка нервно-психического

развития по оценочной шкале, применение методов нейрофизиологии и нейровизуализации, подбор индивидуальной программы реабилитации и лечения, обучение и демонстрация приемов стимулирования познавательной и других видов деятельности ребенка, терапия заболеваний.

С 2017 г. функционирует отделение медицинской реабилитации для детей и подростков Иркутской области областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Ангарская городская детская больница № 1», в составе которого – 50 коек медицинской реабилитации; проводится междисциплинарная оценка основных областей развития детей, в том числе младенческого и раннего возраста, с выявленными нарушениями в развитии, групп биологического и социального риска (состояние здоровья, познавательная, социально-эмоциональная, двигательная, коммуникативная и речевая сферы, самообслуживание). Комплексные программы развития детей раннего возраста включают консультирование, тренинги и практические занятия с родителями по формированию компетенций в вопросах воспитания и развития детей с нарушениями в развитии.

В рамках мероприятий по развитию услуг ранней помощи детям целевой группы в возрасте от рождения до 4 лет и их семьям при наличии у ребенка нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности министерством здравоохранения Иркутской области подготовлена и реализована «Дорожная карта» по реорганизации областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» города Иркутска в форме присоединения к нему областного государственного казенного учреждения здравоохранения «Иркутский областной специализированный дом ребенка № 2» и перепрофилированию его в отделение медицинской реабилитации детей раннего возраста. В феврале 2018 года состоялось открытие отделения медицинской реабилитации ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» для проведения комплексной медицинской реабилитации детям раннего возраста.

На базе домов ребенка Иркутской области созданы условия пребывания детей, приближенные к семейным, способствующие благоприятному нравственному и физическому развитию детей. Дети согласно принципам семейного воспитания проживают в воспитательных группах совместного проживания и пребывания детей разного возраста и состояния здоровья, включая детей-инвалидов либо детей с ограниченными возможностями здоровья. Организовано воспитание детей с учетом их индивидуальных особенностей. Осуществляется реализация методик раннего вмешательства для детей с нарушениями функций зрения, речи, ориентации, с задержкой психического развития, а также с нарушениями взаимодействия и общения, подвижности, самообслуживания.

Остаются проблемными следующие вопросы:

1) развитие ранней помощи и консультационных пунктов на базе детских поликлиник;

2) обеспечение доступности ранней помощи детям из отдаленных районов области путем оказания медицинской реабилитации на базе функционирующих отделений ранней помощи, а также с помощью дистанционного сопровождения и консультирования;

3) обеспечение активного включения в реабилитационный процесс родителей детей целевых групп в кратчайшие сроки после выявления проблем в развитии до достижения ими 4-летнего возраста.

Анализ имеющихся исследований и практики функционирования системы ранней помощи семьям с детьми в регионе показывает, что отсутствуют методологические, научно-теоретические, практико-ориентированные основы организации ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи детям с различными нозологиями. Недостаточно разработан и требует адресной конкретизации диагностический инструментарий, позволяющий выявить актуальные и потенциальные возможности детей первых лет жизни с различными отклонениями в развитии и осуществить дифференцированный и индивидуальный подход к дальнейшей медико-психолого-педагогической работе. Не проработаны в теоретико-методологическом плане вопросы социально-образова-

тельной адаптации детей раннего возраста с различными нарушениями развития. Неполно представлены аспекты междисциплинарного взаимодействия специалистов и родителей в организации психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации детей на ранних возрастных этапах. Таким образом, можно констатировать, что существует противоречие между потребностью общества в новых возможностях обучения, развития и социальной адаптации детей с различными патологиями развития, основанной на расширении горизонтов современного научного знания о возможностях человека, гуманизации социальной жизни и образования, и недостатком адекватных форм и методов педагогической, медицинской, социальной, психологической помощи детям первых лет жизни, форм и методов работы с членами семьи, столкнувшимися с проблемами развития ребенка в раннем возрасте, а также неэффективным использованием возможностей уже имеющихся средств решения этой проблемы. Кроме того, необходимо отметить, что отсутствуют механизмы межведомственного взаимодействия для оказания комплексной помощи семье. В связи с этим проблема разработки и практической реализации системы ранней комплексной дифференцированной помощи ребенку, обеспечивающей максимальную компенсацию нарушений развития и его социальную адаптацию на самых ранних возрастных этапах, приобретает особую актуальность. В Иркутской области с учетом социально-географического положения региона создание системы ранней помощи, обеспечивающей своевременную квалифицированную помощь семьям, нуждающимся в ранней помощи в связи с рождением ребенка с особенностями развития, независимо от места проживания является особенно актуальным.

Актуальность проблемы развития ранней помощи нашла свое отражение в перечне поручений Президента Российской Федерации от 18 апреля 2013 г. по итогам первой конференции Общероссийского народного фронта на тему «Строительство социальной справедливости» (поручение Правительству Российской Федерации о внедрении системы ранней помощи семьям с детьми-инвалидами, сопровождении таких семей, а также о методическом

обеспечении работы субъектов Российской Федерации по данным вопросам). Переход с 2012 года на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорожденности с 22 недель и внедрение технологий выхаживания детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении и перенесших критические состояния в раннем неонатальном периоде, нуждающихся в динамическом наблюдении, требует развития системы служб, ориентированных на своевременное выявление нарушений в развитии детей и их эффективную коррекцию, расширение спектра предоставляемых услуг. Это интегрированный набор услуг, направленный на развитие навыков, необходимых ребенку в повседневной жизни, позволяющий улучшить социальную адаптацию ребенка к обучению, жизни в семье и обществе.

2. Основные методологические подходы к оказанию ранней помощи

Теоретико-методологической основой ранней помощи являются представления о развитии детей младенческого и раннего возраста в системе «ребенок – близкий взрослый», в том числе детей из групп социального и биологического риска нарушений развития, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Кроме того, основу ранней помощи составляют положения теории привязанности, согласно которой для благополучного психического, физического, коммуникативного развития ребенка и формирования у него адаптивных моделей поведения и типов привязанности, ребенку необходимо взаимодействие с чувствительной, отзывчивой и стабильной матерью или заменяющим ее близким взрослым. Целью и одновременно ключевым средством ранней помощи является развитие эффективного функционирования ребенка через его вовлечение и участие в типичных ситуациях домашней и социальной жизни и нормализация жизни семьи.

Системный подход рассматривает раннюю помощь как целостную интегративную систему со специфическими ценностно-целе-

выми ориентациями и функциями в более сложной социальной системе.

Синергетический подход рассматривает развитие неустойчивых ситуаций в системе ранней помощи, для чего требуется учитывать влияние разного рода случайностей, малых резонансных воздействий, которые трудно поддаются прогнозированию.

Культурологический подход позволяет осмыслить систему ранней помощи и ее социальные институты как определенного носителя культурных ценностей, норм, правил и принципов.

3. Теоретико-концептуальные подходы к организации ранней помощи

Ранняя помощь – это целостная, сложная, многомерная, открытая, социально ориентированная и социально-адаптивная система, обладающая комплексом философских, содержательных, структурных, процессуальных и динамических характеристик, нацеленная на профилактику и предотвращение возможных проблем в развитии ребенка, на коррекцию и компенсацию имеющегося у него неблагополучия, на сопровождение и поддержку его семьи.

Основные теоретические положения:

– ранняя помощь обеспечивает максимально широкий охват детей с проблемами в развитии на ранних этапах онтогенеза (помощь оказывается не только детям с уже выявленными отклонениями в развитии, но и детям группы риска младенческого и раннего возрастов, у которых могут чаще, чем у их сверстников, возникать те или иные проблемы в развитии);

– ранняя помощь позволяет преодолевать разрыв между моментом определения первичного нарушения в развитии ребенка и началом оказания комплексной медико-психолого-педагогической помощи, а также консультативной помощи родителям;

– ранняя помощь позволяет предупреждать возникновение вторичных по своей природе нарушений в развитии у детей, обеспечивает максимальную реализацию реабилитационного потенциала

и тем самым максимально возможное снижение уровня риска социальной недостаточности ребенка;

– система ранней помощи позволяет максимально раскрыть реабилитационный потенциал семьи в оказании помощи и поддержки ребенку;

– для значительной части детей с ограниченными возможностями здоровья ранняя помощь способствует достижению того уровня развития, который остался бы недостижимым при более позднем начале обучения; ранняя помощь делает возможным включение в общий образовательный поток (интегрированное обучение) на более раннем этапе возрастного развития (в дошкольном возрасте), что исключает необходимость дальнейшего дорогостоящего специального школьного образования. Система ранней помощи обладает не только высокой социальной, но и экономической эффективностью. Вложения в раннюю помощь окупаются экономией к началу обучения детей в школе.

Изучение теоретических положений позволило нам определить раннюю помощь как совокупность услуг и/или мер для детей раннего возраста и их семей, обеспечиваемых по их запросу в определенное время жизни ребенка, включая особую помощь:

- в обеспечении и улучшении развития ребенка;
- в повышении собственной компетенции семьи ребенка;
- в содействии социальной инклюзии ребенка и его семьи.

4. Цели и задачи оказания ранней помощи

Целью развития системы ранней помощи в Иркутской области является создание условий предоставления услуг ранней помощи, в том числе на межведомственной основе, обеспечивающих раннее выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, оптимальное развитие и адаптацию детей, интеграцию семьи и ребенка в общество, профилактику или снижение выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепление физического и психического здоровья, повышение доступности образования для детей целевой группы.

Достижение цели обеспечивается в результате более эффективного определения и использования ресурсов ранней помощи в системе здравоохранения, образования и социального обслуживания, а также межведомственного взаимодействия региональных министерств – здравоохранения, образования, социального развития, опеки и попечительства, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций и учреждений с привлечением общественных и социально ориентированных некоммерческих организаций в результате решения ряда управленческих задач:

1) развитие нормативной правовой основы для создания общего подхода к выделению группы детей, нуждающихся в ранней помощи (включая детей из групп биологического и социального риска), и организация условий для получения ими и их семьями быстрой, доступной и эффективной ранней помощи, а также к созданию механизмов межведомственного и межсекторного взаимодействия;

2) поддержка и развитие кадрового ресурса: организация переподготовки, повышения квалификации и методической поддержки специалистов, осуществляющих предоставление услуг данным категориям семей;

3) апробация и внедрение в практику работы учреждений различной ведомственной подчиненности практик, методик и технологий работы, направленных на оказание помощи и сопровождение семей, имеющих ребенка с особенностями развития в возрасте от 0 до 4 лет;

4) формирование механизмов межведомственного и межсекторного сотрудничества, формирование единой информационной среды с учетом региональных особенностей и имеющихся ресурсов;

5) развитие сотрудничества с семьей: обеспечение мониторинга потребностей и удовлетворенности помощью; поддержка семьи, воспитывающей ребенка, нуждающегося в ранней помощи; активное вовлечение родителей в процесс реабилитации через развитие ответственной родительской позиции.

5. Принципы сопровождения процесса ранней помощи

Принцип семейно ориентированной помощи отражает передачу полномочий родителям, установление партнерских отношений между родителями и специалистами, признание значимости семейных паттернов взаимодействия для развития и благополучия ребенка.

Выделены ключевые положения этого принципа:

- уважительное отношение к привычкам и взглядам семьи;
- индивидуализированные и гибкие методы работы с семьей;
- предоставление семье всей необходимой информации для принятия важных решений;
- сотрудничество и партнерство семьи и специалистов;
- обеспечение семьи необходимыми ресурсами и формами помощи.

Принцип интеграции отражает все усилия, направленные на максимальное увеличение участия ребенка и его семьи в обычных домашних и общественных видах деятельности. Дети с нарушениями должны быть вовлечены в нормальную среду настолько, насколько это возможно. Для младенцев и детей раннего возраста предпочтительна естественная среда (т. е. ранняя помощь должна осуществляться в тех местах, где можно встретить нормально развивающихся детей).

Принцип междисциплинарного подхода в оказании помощи семье и ребенку характеризует качество группового взаимодействия специалистов разного профиля между собой и выстраивание отношений сотрудничества с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Принцип координации и интеграции компонентов системы, а также кооперации и социального партнерства системы ранней помощи и ее институтов с другими ведомствами и их учреждениями в целях повышения качества оказываемых услуг.

Принцип включения членов семьи ребенка в процесс оказания помощи, означающий, что семья становится активным участником разработки, обсуждения и реализации программы помощи,

входит в состав команды специалистов и участвует в работе службы ранней помощи на каждом ее этапе.

Принцип нормализации означает приближение стиля жизни особой семьи к стилю жизни других семей, проживающих рядом: возможность жить в семье, доступность получения помощи и медицинских услуг, образование и воспитание вместе с обычными детьми, возможность будущей независимой жизни.

Принцип оказания ранней помощи в естественной для ребенка среде, означающий максимальное раскрытие возможностей ребенка в естественном для него окружении, а также количество и качество оказываемой помощи на дому и в естественной обстановке (в парке, на игровой площадке, в песочнице и т. п.).

Принцип индивидуализации оказываемой помощи ориентирует систему на работу с конкретным индивидуальным случаем.

Принцип понимания и принятия культурных различий и понимания их влияния на развитие ребенка и функционирование семьи.

6. Основные направления организации ранней помощи

Региональная модель системы ранней помощи формируется по пути создания разветвленной сети типовых служб ранней помощи на базе учреждений различной ведомственной принадлежности. Услуги ранней помощи должны оказываться специализированным структурным подразделением, которое создано и работает в организациях социального обслуживания или образования, или здравоохранения, в некоммерческих организациях. Модель службы ранней помощи подлежит разработке как основной структурный элемент системы ранней помощи.

Эффективность межведомственного взаимодействия при этом обеспечивается за счет разработанного и утвержденного регламента взаимодействия.

Служба ранней помощи (*далее – СРП*) – это междисциплинарная и межведомственная структура, предназначенная для оказания помощи детям в возрасте от рождения до 4 лет с особыми

потребностями. Эффективность межведомственного взаимодействия при этом обеспечивается за счет разработанного и утвержденного регламента взаимодействия.

Координатор – Правительство Иркутской области.

Межведомственное взаимодействие

Объекты взаимодействия: семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 0 до 4 лет.

Субъекты взаимодействия: министерство здравоохранения Иркутской области, министерство образования Иркутской области, министерство социального развития, опеки и попечительства Иркутской области.

Для обеспечения межведомственного взаимодействия при Правительстве Иркутской области создается ***Межведомственный Координационный совет*** с участием всех субъектов, отвечающих за реализацию Концепции ранней помощи, а также специалистов сферы ранней помощи, профильных СО НКО, родительских организаций.

Межведомственное взаимодействие в рамках реализации региональной Концепции ранней помощи включает слаженную деятельность здравоохранения, образования, социальной защиты, как по существующим основным направлениям их текущей деятельности, так и с включением новых функций каждого из ведомств в целях реализации Концепции. Для координации деятельности ведомств по реализации Концепции формируется «Дорожная карта» основных мероприятий по формированию и реализации системы ранней помощи в Иркутской области. С целью отслеживания результатов реализации Концепции ответственные исполнители «Дорожной карты» ежеквартально направляют результаты ее реализации в Межведомственный координационный совет. Межведомственный координационный совет подводит итоги реализации «Дорожной карты», а также при необходимости вносит в нее корректировки и дополнения один раз в год в январе после получения отчетов всех исполнителей.

Функции ведомств в рамках реализации Концепции ранней помощи

Новые функции ведомства здравоохранения в целях реализации региональной Программы ранней помощи – быстрое направление выявленных детей целевой группы в организации, предоставляющие услуги ранней помощи. В существующей мировой практике здравоохранение выявляет более 80% детей целевой группы в раннем возрасте.

Существующие ведомственные *услуги здравоохранения*, необходимые для реализации региональной Концепции ранней помощи, реализуемые в рамках межведомственного взаимодействия *и не являющиеся услугами ранней помощи*:

- ранняя диагностика нарушений структуры и функций организма;
- организация социально-психологической поддержки и консультирования родителей детей с выявленными нарушениями структуры и функций организма, генетическими нарушениями и пр. с привлечением специалистов других ведомств, специалистов ранней помощи;
- профилактика отказов от новорожденных;
- медицинское сопровождение ребенка целевой группы;
- определение реабилитационной услуги, определяющей возможность и способность удовлетворять потребности ребенка-инвалида и осуществлять его реабилитацию и социальную адаптацию;
- направление детей, имеющих ограничения жизнедеятельности, в бюро медико-социальной экспертизы.

Деятельность осуществляется в медицинских организациях, реализующих:

- сопровождение беременных;
- генетическое консультирование;
- родовспоможение и помощь новорожденным;
- стационарную и амбулаторную помощь детям целевой группы.

Существующие ведомственные услуги *в сфере образования*, необходимые для реализации региональной Концепции ранней

помощи, реализуемые в рамках межведомственного взаимодействия и не являющиеся услугами ранней помощи:

- выявление детей, нуждающихся в ранней помощи с использованием психолого-педагогического скрининга в организациях системы образования, с последующим направлением в организации, предоставляющие услуги ранней помощи;
- определение объема ранней комплексной помощи;
- порядок передачи информации между организациями различной ведомственной принадлежности;
- подбор программ абилитации и реабилитации детей целевой группы, нуждающихся в ранней помощи;
- подбор программ профилактики нарушений развития у детей из групп биологического и социального риска;
- организация процесса междисциплинарной диагностики и психолого-педагогической коррекции детей целевой группы;
- подготовка специалистов по ранней помощи за счет имеющейся развитой сети центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (*далее – ППМС-центров*) и филиалов психолого-медико-педагогической комиссии (*далее – ПМПК*), научно-методических и кадровых ресурсов;
- психолого-педагогическая коррекция детей целевой группы, обеспечивающая профилактику вторичных нарушений в развитии и эффективное включение в образовательный процесс с минимальными (или стабилизированными) нарушениями;
- создание условий для качественной инклюзии ребенка;
- обеспечение психолого-педагогической и коррекционной помощи детям раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам, услуги лекотек, групп кратковременного пребывания в ДООУ и прочие ведомственные услуги для детей раннего и дошкольного возраста, реализуемые в рамках межведомственного взаимодействия;
- сопровождение перехода в систему образования и взаимодействие с ПМПК при определении специальных образовательных условий в соответствии с возможностями ребенка и с учетом выбора родителями образовательной организации, реализуемые в рамках

межведомственного взаимодействия, и не являющиеся услугами ранней помощи.

Деятельность реализуется посредством создания Центра помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и их семьям и территориальных служб ранней помощи для детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и их семей в организациях, подведомственных органам государственной исполнительной власти и органам местного самоуправления.

Существующие ведомственные услуги в *сфере социального обслуживания*, необходимые для реализации региональной Концепции ранней помощи, реализуемые в рамках межведомственного взаимодействия *и не являющиеся услугами ранней помощи*:

- обеспечение доступной среды жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, включая их обеспечение техническими средствами реабилитации, игровыми средствами, коммуникативными устройствами;

- преодоление социальной исключенности детей целевой группы из организаций стационарного социального обслуживания, а также из воспитывающих их семей по причинам социальной уязвимости, связанным с трудной жизненной ситуацией;

- диагностика социального окружения ребенка и семьи, прояснение запросов семьи, трудностей и ресурсов семьи, потребностей семьи для планирования работы по сопровождению семьи, предоставления социальных услуг, включая организацию досуга и отдыха;

- обеспечение временного присмотра и ухода за детьми-инвалидами;

- оказание помощи родителям детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в трудоустройстве, в том числе на условиях неполной занятости, дистанционных и домашних форм занятости;

- создание условий для сочетания родителями выполнения трудовых функций и воспитания ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида.

Деятельность реализуется в организациях социального обслуживания населения, социально-психологических службах и вариативных формах временного присмотра и ухода за детьми в условиях учреждений социальной защиты и на дому (режим «передышка»).

Включение детей в программу ранней помощи с учетом соответствия критериям нуждаемости в услугах ранней помощи также возможно по самостоятельному обращению родителей в организации, предоставляющие услуги ранней помощи.

Предоставление услуг ранней помощи

Деятельность по предоставлению услуг ранней помощи реализуется в организациях любой ведомственной принадлежности, в которых создаются структурные подразделения (Центры) ранней помощи, действующие на основании единого Стандарта услуг ранней помощи и на основании Положения о Центре (структурном подразделении) ранней помощи.

Муниципальные службы ранней помощи (Центры) могут создаваться в организациях любой ведомственной принадлежности, в том числе: поликлиниках, организациях дошкольного образования, центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, организациях социального обслуживания, в том числе реабилитационных центрах и пр.

Главный принцип – обеспечение доступности услуг ранней помощи путем приближения к месту жительства ребенка и семьи.

Задачи муниципальных служб ранней помощи

Услуги ранней помощи детям целевой группы и их семьям реализуются преимущественно в естественных жизненных ситуациях (*далее – ЕЖС*) на междисциплинарной основе и направлены на содействие физическому и психическому развитию детей, их включенности и нормализации функционирования в ЕЖС, формирование позитивного взаимодействия и отношений в семье, включение детей в среду сверстников, их интеграцию в социум, а также на повышение компетентности родителей/законных представителей.

Объектами услуг ранней помощи являются **ребенок и семья**. Услуги ранней помощи основаны на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (*далее – МКФ*) и являются *относительно новыми* в спектре услуг, оказываемых в РФ детям целевой группы и их семьям.

Содержание деятельности муниципальных служб, предоставляющих услуги ранней помощи:

- составление индивидуальной программы ранней помощи ребенку целевой группы и семье (*далее – ИПРП*), ее реализация в соответствии с этапами и сроками, оценка эффективности, завершение либо пролонгирование в случае необходимости, включая этап перехода (поступления) ребенка в образовательную организацию с целью обеспечения преемственности;

- обеспечение междисциплинарного сопровождения детей и их семей;

- проведение оценок функционирования ребенка и состояния среды;

- консультирование и обучение родителей активным формам поддержки детей целевой группы.

Деятельность служб, предоставляющих услуги ранней помощи, строится на основе принципов семейной центрированности, командности, междисциплинарности, функциональной направленности и развития ребенка в естественной среде в соответствии со Стандартом услуг ранней помощи и другими методическими и нормативными документами, регламентирующими деятельность по предоставлению услуг ранней помощи.

Государственные учреждения, участвующие в процессе апробации системы ранней помощи в Иркутской области:

- учреждения социального обслуживания, оказывающие услуги социальной и социально-медицинской реабилитации для детей целевой группы в Иркутской области;

- учреждения системы здравоохранения, оказывающие услуги медицинской реабилитации для детей целевой группы в Иркутской области;

– государственные и муниципальные образовательные организации Иркутской области.

Негосударственные организации, участвующие в процессе апробации системы ранней помощи в Иркутской области, – социально ориентированные некоммерческие организации, к основным видам деятельности которых относится предоставление реабилитационных услуг семьям с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья, в том числе в возрасте от 0 до 4 лет.

Цели межведомственного взаимодействия – создать доступную для жителей региона систему взаимодействия служб различной ведомственной подчиненности при предоставлении услуг ранней помощи семьям с детьми с особенностями развития в возрасте от 0 до 4 лет, аккумулировать имеющиеся региональные ресурсы, апробировать современные формы и методы оказания ранней помощи данной категории семей и распространить сложившуюся и отработанную систему ранней помощи на всей территории субъекта.

7. Структура организации ранней помощи

Региональная система ранней помощи организуется в рамках основной деятельности, а также посредством объединения усилий всех субъектов ранней помощи по предоставлению семье комплексной социально-медицинской и психолого-педагогической помощи на основе межведомственного взаимодействия министерства здравоохранения Иркутской области, министерства образования Иркутской области, министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций и учреждений с привлечением общественных и социально ориентированных некоммерческих организаций.

Система ранней помощи включает в себя:

уровень семьи

– выявление детей группы риска и их семей;

- составление индивидуальных программ ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи на основе скрининга физического и психического здоровья, уровня развития детей раннего возраста;
- картографирование процесса предоставления семье ранней помощи субъектами ранней помощи;
- определение перечня мероприятий ранней помощи в соответствии с требованиями стандартов предоставления услуг в соответствующей отрасли;
- повышение психолого-педагогической компетенции родителей, воспитывающих детей с особенностями развития в возрасте от 0 до 4 лет;
- включение родителей (законных представителей) в процесс реализации индивидуальных программ ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи;
- ведомственную оценку эффективности мероприятий по ранней помощи семье;
уровень субъектов ранней помощи
- разработку нормативно-правовой основы функционирования системы ранней помощи в регионе;
- разработку региональной системы мониторинга эффективности системы ранней помощи;
- развитие служб ранней помощи;
- разработку основных областей деятельности специалистов региональной системы ранней помощи;
- разработку и реализацию специализированных программ профессионального самосовершенствования всех участников региональной системы ранней помощи, в том числе программ, направленных на отработку механизмов межведомственного взаимодействия на муниципальном уровне;
- оценку эффективности совместной деятельности участников региональной системы ранней помощи.

К основным элементам региональной системы ранней помощи относятся:

в сфере здравоохранения

- единый доступный и обязательный скрининг физического и психического здоровья, уровня развития детей раннего возраста;
- критерии и порядок направления ребенка и семьи в службы ранней помощи в системе образования и социального обслуживания для получения своевременной помощи;

- медицинская реабилитация и абилитация;

в сфере социального обслуживания

- закрепленный перечень услуг по оказанию ранней помощи и социальному сопровождению семьи, воспитывающей ребенка целевой группы;

- компетентные структурные подразделения государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания;

- штат специалистов по ранней помощи;

- средства дистанционного сопровождения и консультирования для семей из отдаленных районов;

- информация об имеющихся ресурсах системы ранней помощи;

в сфере образования

- интеграция создающейся системы ранней помощи в имеющуюся систему регионального и муниципального образования;

- привлечение к работе служб ранней помощи ППМС-центров;

- создание лекотек, групп кратковременного пребывания;

- деятельное участие психолого-медико-педагогических комиссий в подготовке и организации перехода ребенка в соответствующие дошкольные и общеобразовательные организации;

- обеспечение вариативности форм психолого-педагогического сопровождения;

- подготовка специалистов (магистров) по ранней помощи;

- создание и развитие научно-методической базы для работы специалистов, оказывающих раннюю помощь в городе Иркутске и в районах области на базе образовательных учреждений (консультационные и реабилитационные услуги, интеграция в инклюзивную среду);

в сфере общественных организаций и социально ориентированных некоммерческих организаций

- интеграция в региональную систему ранней помощи через открытие специализированных служб ранней помощи;
- объединение родителей, воспитывающих детей целевой группы, с целью вовлечения их в процесс оказания ранней помощи детям, активизации родительских ресурсов;
- психологическая коррекция и помощь в организации семейного досуга.

8. Этапы осуществления ранней помощи

Ранняя помощь семье осуществляется поэтапно.

I этап – выявление детей, нуждающихся в ранней помощи (скрининг развития): выявление проблем, направление в службу ранней помощи. Организация первого этапа находится в компетенции системы здравоохранения – единственной системы, имеющей данные о каждом новорожденном ребенке.

II этап – создание и реализация программ ранней помощи: точная междисциплинарная оценка развития, определение причин проблем в развитии, разработка индивидуальных программ, работа с ребенком и семьей.

III этап – переход ребенка в другие программы (в дошкольные образовательные или другие организации): организация необходимого сопровождения ребенка при переходе в дошкольную образовательную организацию.

IV этап – динамическое наблюдение за ходом дальнейшего психофизического и речевого развития (не реже одного раза в шесть месяцев): корректировка индивидуальных программ развития, организация необходимого сопровождения ребенка при переходе в дошкольную образовательную организацию.

9. Оценка эффективности системы ранней помощи

Эффективность ожидаемых результатов будет оцениваться по результатам мониторинга реализации мероприятий по развитию

системы ранней помощи в Иркутской области, в том числе по следующим критериям:

– доле детей целевой группы, получивших услуги по программе ранней помощи в Иркутской области, от всех детей целевой группы (повышение доли);

– доле семей, удовлетворенных качеством услуг, их доступностью и разнообразием, от всех семей, получивших услуги по программе ранней помощи (повышение доли);

– доле семей, активно участвующих в процессе реабилитации, от всех семей, воспитывающих детей целевой группы (повышение доли).

10. Финансовое обеспечение Концепции организации и сопровождения ранней помощи

Ресурсное обеспечение по формированию и реализации программ ранней помощи осуществляется через реализацию государственных программ Иркутской области:

- государственной программы Иркутской области «Социальная поддержка населения», утвержденной постановлением Правительства Иркутской области от 24 октября 2013 года № 437-пп «Об утверждении государственной программы Иркутской области «Социальная поддержка населения» на 2014-2020 годы»;
- государственной программы Иркутской области «Развитие образования» на 2014-2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Иркутской области от 24 октября 2013 года № 456-пп «Об утверждении государственной программы Иркутской области «Развитие образования» на 2014-2020 годы»;
- государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения» на 2014-2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Иркутской области от 24 октября 2013 года № 457-пп «Об утверждении государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения» на 2014-2020 годы».

11. Механизмы реализации Концепции организации и сопровождения ранней помощи

Формирование и реализацию системы ранней помощи предполагается осуществлять путем создания межведомственной рабочей группы и разработки «Дорожной карты» реализации основных мероприятий по формированию и реализации системы ранней помощи (Приложение № 1).

Основные направления планирования работы по формированию и реализации системы ранней помощи:

- разработка нормативно-правового поля функционирования системы ранней помощи в регионе;
- разработка механизмов реализации Концепции через работу Координационного совета;
- разработка механизмов межведомственного и межсекторного взаимодействия субъектов ранней помощи;
- создание инфраструктуры служб ранней помощи в регионе;
- организация условий для развития методического и кадрового ресурса системы ранней помощи в Иркутской области;
- апробация и внедрение лучших практик ранней помощи для распространения на всех территориях региона.

12. Ожидаемые результаты

Реализация Концепции позволит обеспечить получение следующих результатов:

1. Разработка региональной модели межведомственного взаимодействия.
2. Разработка и внедрение единого диагностического подхода к определению группы детей, нуждающихся в ранней помощи (дети с ОВЗ раннего возраста, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, дети из групп биологического и социального риска).
3. Разработка и принятие нормативных правовых актов, регулирующих развитие системы ранней помощи детям целевой группы на территории Иркутской области:

– о порядке направления в ведомственные подразделения детей целевой группы, выявленных в медицинских учреждениях;

– о сетевом взаимодействии ведомственных подразделений с ПМПК в рамках организованного межведомственного взаимодействия;

– об утверждении перечня (реестра) организаций (структурных подразделений), где будет оказываться ранняя помощь;

– о мониторинге деятельности учреждений (структурных подразделений) и обеспеченности услугами ранней помощи с указанием основных показателей эффективности служб ранней помощи.

4. Разработка и внедрение методик активного включения родителей в реабилитационный процесс (дистанционное консультирование и сопровождение, группы родительской поддержки, раннее информирование в роддомах).

5. Проведение мониторинга качества оказанных услуг (анкетирование, опрос, выезд в организации).

6. Повышение родительской ответственности по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам, сокращение отказов родителей от таких детей.

7. Увеличение числа детей, поступающих в образовательные организации, реализующие инклюзивное дошкольное образование, из числа детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, выявленных в раннем возрасте, соответственно, максимальная их интеграция во взрослом возрасте.

8. Повышение уровня и качества жизни семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, улучшение социального самочувствия и психологического климата в таких семьях.

9. Повышение профессиональной компетентности специалистов в вопросах оказания ранней помощи.

Эффективность и степень достижения ожидаемых результатов планируется оценивать на основе мониторинга реализации мероприятий по развитию системы ранней помощи и удовлетворенности родителей предоставляемыми услугами ранней помощи в регионе.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ АНО ДПО «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА»

В последние годы в России накоплен опыт региональных практик и инициатив, получены результаты многолетних научных исследований, которые ярко высвечивают потребность и актуальность создания системы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии (Е. Р. Баенская, Е. А. Ек-жанова, Е. В. Кожевникова, С. Б. Лазуренко, И. Ю. Левченко, Н. Н. Малофеев, Г. А. Мишина, Р. Ж. Мухамедрахимов, О. Г. Приходько, Ю. А. Разенкова, Е. А. Стребелева, Л. И. Фильчикова, Н. Д. Шматко и др.).

В различных регионах страны существуют службы ранней помощи, работающие с детьми с проблемами в развитии, – в городах Москве, Санкт-Петербурге, Великом Новгороде, в Амурской, Самарской, Ярославской областях, в Республике Башкортостан и других. Вместе с тем во многих регионах страны остается острая потребность в создании соответствующих служб.

Специалисты АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства» разработали «Методические рекомендации по развитию ранней помощи детям в субъектах РФ».

Термины и определения

В настоящих методических рекомендациях используются следующие термины с соответствующими определениями:

Ранняя помощь детям и их семьям – комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формирование позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей/других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей/других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

Дети целевой группы (дети, нуждающиеся в услугах ранней помощи) – дети в возрасте от рождения до 3 лет, имеющие ограниченные жизнедеятельности или дети группы риска.

Дети группы риска в сфере ранней помощи – дети в возрасте до 3 лет с риском развития ограничений жизнедеятельности и/или инвалидности.

Индивидуальная программа ранней помощи – документ, оформленный в письменном и электронном виде, составленный на основании оценки функционирования ребенка в контексте влияния факторов окружающей среды, включая взаимодействие и отношения в семье, с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, содержащий цели ранней помощи, естественные жизненные ситуации, в которых планируется их достижение, перечень услуг ранней помощи, объем, сроки, ведущего специалиста, исполнителей, формы и места их оказания.

Естественные жизненные ситуации ребенка – жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для типично развивающихся сверстников.

Ребенок с ограничением жизнедеятельности – ребенок, имеющий ограничение активности или возможности участия в естественных жизненных ситуациях вследствие нарушения структур или функций организма, а также влияния факторов окружающей среды.

Функционирование ребенка, нуждающегося в ранней помощи, – проявления активности и участия ребенка в естественных жизненных ситуациях.

Семья – круг лиц, совместно проживающих с ребенком, включая родителей, опекунов, попечителей, приемных родителей, близких родственников, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также при проживании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, – дети и воспитатели группы проживания ребенка.

Услуга ранней помощи – комплекс профессиональных действий, направленных на достижение целей ранней помощи детям и их семьям.

Пролонгирование услуг ранней помощи – услуги ранней помощи могут быть пролонгированы для детей старше 3 лет по ежегодному решению консилиума организации, предоставляющей услуги ранней помощи, в том числе с целью подготовки к переходу и сопровождения в ходе адаптации ребенка в образовательной организации.

Получатели услуг ранней помощи – дети целевой группы и их семьи.

Поставщик услуг ранней помощи – государственная организация/учреждение системы социального обслуживания, здравоохранения, образования или негосударственная организация, в которой создано специализированное структурное подразделение (центр), предоставляющее услуги ранней помощи на основе настоящих методических рекомендаций.

Введение

Методические рекомендации разработаны в развитие основных положений Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года и призваны способствовать формированию системы ранней помощи детям и их семьям в рамках деятельности по профилактике детской инвалидности и комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

В рекомендациях описываются этапы формирования системы ранней помощи в субъекте Российской Федерации, в том числе: составление Программы и плана развития ранней помощи, организация межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, ведомств и организаций, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям, определение порядка выявления детей, потенциально нуждающихся в ранней помощи, их направления на получение услуг ранней помощи, условий и порядка реализации услуг ранней помощи, оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям.

В приложении приведены проекты типовых документов по организации предоставления услуг ранней помощи: Положение о

структурном подразделении (Центре) по оказанию услуг ранней помощи; Типовой договор с родителями об оказании услуг ранней помощи; примерный перечень специалистов подразделения ранней помощи; перечень помещений, необходимых для работы подразделения ранней помощи; перечень оборудования, рекомендуемого для работы подразделения ранней помощи; проект Приказа «О создании подразделения (Центра) ранней помощи детям», порядок направления детей к поставщикам услуг ранней помощи, примерный порядок организации межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, ведомств и организаций, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям.

После апробации методические материалы будут доработаны с учетом полученных результатов пилотного проекта и направлены в субъекты Российской Федерации для последующего применения.

Глава I. Составление программы и плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации

Развитие ранней помощи в субъекте Российской Федерации рекомендуется осуществлять поэтапно на основе ежегодного планирования и проведения взаимосвязанных мероприятий.

1.1. Создание системы координации действий по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации

1.1.1. Создание межведомственного координационного органа по развитию ранней помощи при Высшем органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

1.1.2. Высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации назначается уполномоченный исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации по организации и координации межведомственного взаимодействия в области ранней помощи.

1.1.3. Определение организации, на базе которой создается региональный ресурсно-методический центр по ранней помощи, с последующим утверждением ее высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

1.1.4. Региональный ресурсно-методический центр по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации осуществляет координирующую, информационно-методическую, статистическую, аналитическую, экспертную функции, подготовку (переподготовку) и аттестацию специалистов ранней помощи.

1.1.5. Создание специального интернет-ресурса на базе Регионального ресурсно-методического центра для информирования населения о развитии системы ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

1.1.6. Размещение на регулярной основе на созданном интернет-ресурсе информации о деятельности межведомственного координационного органа и актуальной информации по развитию системы ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

1.2. Планирование деятельности по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации

1.2.1. Межведомственный координационный орган по развитию ранней помощи разрабатывает в соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации Программу развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации (далее – Программа) и ежегодный план мероприятий по ее реализации на период до 2020 г. с последующей пролонгацией.

1.2.2. В Программу должны входить следующие направления:

– нормативно-правовое обеспечение развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации;

– подготовка и повышение квалификации специалистов для оказания услуг ранней помощи детям и их семьям;

– создание сети поставщиков услуг ранней помощи детям и их семьям;

– создание механизмов межведомственного взаимодействия в интересах ребенка и семьи;

– информационное обеспечение развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации, включая информационные ресурсы и автоматизированную информационную систему межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи;

– обеспечение качества и эффективности ранней помощи в субъекте Российской Федерации и их контроля.

1.2.3. В перечень мероприятий первого годового плана по развитию ранней помощи рекомендуется включить следующие:

– подготовку и принятие нормативного документа о развитии системы ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации;

– размещение на созданном интернет-ресурсе (согласно п. 1.1.5.) информации о стратегии и годовом плане, актуальной информации по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации;

– подготовку и принятие нормативного акта о перечне услуг ранней помощи (согласно п. 4.1.8) и их финансировании в субъекте Российской Федерации;

– определение уполномоченного исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации, который осуществляет организацию и координацию межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи;

– подготовку и утверждение Положения о структурном подразделении (Центре), предоставляющим услуги ранней помощи детям и их семьям, на основе Примерного положения о структурном подразделении (Центре) ранней помощи, утвержденного Минтруда России;

– подготовку и принятие положения о Региональном ресурсно-методическом центре ранней помощи в субъекте Российской Федерации и открытие этого центра;

– определение перечня организаций, на базе которых планируется развернуть подразделения (Центры), предоставляющие услуги ранней помощи детям и их семьям с учетом необходимости обеспечения территориальной доступности ранней помощи для потребителей, с составлением очередности их открытия;

– планирование по годам ресурсного обеспечения, включая подготовку зданий и помещений в организациях, вошедших в перечень поставщиков услуг ранней помощи;

– адаптацию помещений к предоставлению услуг детям целевой

группы и их семьям и их оснащение в тех организациях, в которых планируется открытие подразделений (Центров) ранней помощи в первую очередь;

- подбор и подготовку специалистов для работы в подразделениях (Центрах) ранней помощи, планирование и начало повышения их квалификации по компетенциям, необходимым для оказания основных и специализированных услуг ранней помощи;

- разработку и принятие нормативного акта о межведомственном взаимодействии при реализации региональной Программы ранней помощи;

- подготовку и принятие межведомственного документа о направлении детей, потенциально нуждающихся в ранней помощи (согласно главе 3 данных рекомендаций), в организации, предоставляющие услуги ранней помощи.

1.2.4. В перечень мероприятий второго годового плана по развитию ранней помощи рекомендуется включить следующие:

- развитие сети Центров, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям, в соответствии с утвержденной очередностью;

- продолжение повышения квалификации специалистов по компетенциям, необходимым для оказания основных и специализированных услуг ранней помощи;

- развитие межведомственного взаимодействия в рамках реализации Программы ранней помощи;

- адаптацию помещений к предоставлению услуг детям целевой группы и их семьям и их оснащение в тех организациях, в которых планируется открытие подразделений ранней помощи во вторую очередь;

- внедрение механизма контроля качества и эффективности оказания услуг ранней помощи детям и их семьям;

- разработку и апробацию механизма перехода ребенка из организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям, в образовательную организацию, с регулярным предоставлением в органы управления образованием субъекта РФ сведений о

детях, получающих раннюю помощь, которые готовятся к переходу в образовательные организации;

- проведение конференции по ранней помощи в субъекте Российской Федерации с привлечением экспертов;

- размещение на созданном интернет-ресурсе информации о поставщиках услуг ранней помощи, о перечне услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации, о плане по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации на текущий год, отчет о реализации плана по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации за прошлый год.

1.2.5. В последующие годы развития ранней помощи рекомендуется сосредоточить внимание на следующих направлениях:

- совершенствовании системы раннего выявления и направления детей, потенциально нуждающихся в ранней помощи, к поставщикам услуг ранней помощи;

- совершенствовании системы контроля качества и эффективности оказания услуг ранней помощи;

- развитии системы непрерывного профессионального образования и повышения квалификации специалистов в сфере ранней помощи;

- совершенствовании межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи;

- совершенствовании системы перехода ребенка из организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям, в образовательную организацию (создание и ведение статистической базы);

- обеспечении преемственности в реализации индивидуальных программ ранней помощи (в части сопровождения конкретного ребенка и семьи) при смене поставщика услуг ранней помощи, а также при переходе ребенка в образовательную организацию.

**Глава II. Организация межведомственного взаимодействия
органов исполнительной власти субъектов
Российской Федерации
и подведомственных им организаций, обеспечивающих
предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям**

2.1. Целью межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи является организация и координация взаимодействия исполнительных органов власти субъекта Российской Федерации, а также подведомственных им учреждений и организаций, других участников межведомственного взаимодействия в целях эффективного оказания услуг ранней помощи детям и их семьям.

2.2. Межведомственное взаимодействие в сфере ранней помощи должно решать следующие задачи:

– создание системы координации действий по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации (согласно п. 1.1);

– создание сети поставщиков услуг ранней помощи, действующих на основе единого стандарта, в организациях различной ведомственной принадлежности с учетом наиболее оптимального и своевременного обеспечения доступности услуг ранней помощи для нуждающихся в них детей и их семей, с учетом региональных особенностей, и размещение информации об этих поставщиках услуг ранней помощи на едином специализированном информационном сайте (согласно п. 1.1.5);

– обеспечение организаций различной ведомственной принадлежности информацией о Программе и поставщиках услуг ранней помощи;

– обеспечение родителей и семей детей от рождения до 3 лет информацией о Программе и поставщиках услуг ранней помощи;

– обеспечение своевременного направления детей с выявленной потенциальной нуждаемостью в ранней помощи (согласно п. 3.1) к поставщикам услуг ранней помощи;

– ведение учета детей, для которых составлена и реализуется ИПРП;

– обеспечение преемственности в реализации ИПРП (в части

сопровождения конкретного ребенка и семьи) при смене поставщика услуг ранней помощи;

– обеспечение перехода ребенка в образовательную организацию;

– обеспечение сбора информации в целях управления системой ранней помощи в субъекте РФ, включая контроль качества и эффективности оказания услуг ранней помощи детям и их семьям.

2.3. Межведомственное взаимодействие осуществляется на основе нормативно-правовых актов, утверждаемых высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

2.4. Ответственность за организацию межведомственного взаимодействия возлагается на уполномоченный исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации по организации и координации межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи.

2.5. Уполномоченный исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации по организации и координации межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи может делегировать часть своих полномочий по оперативному управлению межведомственным взаимодействием Региональному ресурсно-методическому центру по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

2.6. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации осуществляют межведомственное взаимодействие в сфере ранней помощи в соответствии с действующим законодательством в пределах установленных полномочий.

Глава III. Выявление детей, потенциально нуждающихся в ранней помощи, и их направление на получение услуг ранней помощи

3.1. Выявление детей в возрасте до 3 лет, потенциально нуждающихся в ранней помощи, осуществляется в организациях и учреждениях здравоохранения, социальной защиты, образования, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в семьях.

3.2. К потенциально нуждающимся в получении услуг ранней помощи относятся следующие категории детей:

– ребенок (дети) в возрасте от рождения до трех лет, который(-ые) имеет(-ют) статус «ребенок-инвалид», подтвержденный действующей справкой об установлении категории «ребенок-инвалид», выданной учреждением медико-социальной экспертизы;

– ребенок (дети) в возрасте от рождения до трех лет, у которого(-ых) выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящие к нарушениям функций организма, задержка развития (факт наличия нарушения функции(-й), заболевания, задержки развития подтверждается справкой, выданной медицинской организацией);

– ребенок (дети) в возрасте от рождения до трех лет, который(-ые) воспитывается(-ются) в государственном (муниципальном) учреждении, в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

– ребенок (дети) в возрасте от рождения до трех лет, который(-ые) воспитывается(-ются) в семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, что выявляется организациями социального обслуживания, помощи семье и детям, органами опеки и попечительства;

– ребенок (дети) в возрасте от рождения до трех лет, который(-ые) относится(-ятся) к категории детей с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждено заключением, выданным психолого-медико-педагогической комиссией;

– ребенок (дети) в возрасте до 3 лет, в отношении которого(-ых) наблюдается беспокойство семьи по поводу его (их) развития, труд-

ностей поведения и адаптации (родители/законные представители подают заявление в организацию, являющуюся поставщиком услуг ранней помощи).

3.3. При направлении детей, потенциально нуждающихся в ранней помощи, в организации, предоставляющие услуги ранней помощи, рекомендуется соблюдать следующий порядок:

- ребенок может быть направлен к поставщику услуг ранней помощи организацией или учреждением независимо от его ведомственной принадлежности и от организационно-правовой формы;
- при выявлении у ребенка в возрасте не старше 3 лет потенциальной нуждаемости в услугах ранней помощи, специалист выдает родителям (законным представителям) ребенка направление к поставщику услуг ранней помощи и предоставляет адрес интернет-ресурса, на котором размещена информация о поставщиках услуг ранней помощи;
- факт выдачи направления должен быть зарегистрирован в основной документации ребенка (истории болезни, истории развития ребенка и т. д.);
- учреждение организует учет выдачи направлений детей к поставщикам услуг ранней помощи.

Глава IV. Порядок и условия реализации услуг ранней помощи

4.1. Общие положения

4.1.1. Целями ранней помощи являются:

- улучшение функционирования ребенка в ЕЖС;
- повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

4.1.2. Услуги ранней помощи детям и их семьям должны предоставляться при соблюдении следующих принципов:

- бесплатности (услуги ранней помощи предоставляются без взимания платы с родителей/законных представителей);

- доступности (услуги ранней помощи доступны для получателей);

- регулярности (услуги ранней помощи в рамках индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП) предоставляются получателям на регулярной основе в течение всего времени ее действия);

- открытости (информация об услугах ранней помощи открыта для родителей и других непосредственно ухаживающих за детьми целевой группы лиц);

- семейноцентрированности (специалисты организации – поставщика услуг ранней помощи содействуют вовлечению родителей и других непосредственно ухаживающих за детьми целевой группы лиц в процесс ранней помощи, в том числе в оценочные процедуры, составление и реализацию ИПРП, а также в оценку ее эффективности);

- индивидуальности (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи);

- естественности (услуги ранней помощи оказываются преимущественно в ЕЖС);

- уважительности (услуги ранней помощи предоставляются потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этнокультурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов);

- командной работы (услуги ранней помощи предоставляются междисциплинарной командой специалистов из разных областей знаний о ребенке и семье и/или специалистом в сфере ранней помощи, объединяющим в своей работе разные области знаний о ребенке и семье и получающим консультации со стороны междисциплинарной команды специалистов);

- компетентности (услуги ранней помощи предоставляются специалистами, имеющими необходимую квалификацию и соответствующие компетенции в области ранней помощи);

– научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты используют научно обоснованные методы и технологии ранней помощи);

4.1.3. Права получателей услуг ранней помощи.

4.1.3.1. Дети – получатели услуг ранней помощи – имеют право на:

- получение всех услуг ранней помощи, указанных в ИПРП;
- получение услуг ранней помощи в тех ЕЖС, в которые ребенок вовлечен;
- получение услуг ранней помощи ребенком в уважительной, чувствительной и отзывчивой манере;
- получение услуг ранней помощи ребенком с опорой на его ресурсы функционирования и его интересы;
- обеспечение поддерживающих влияний среды при получении услуг ранней помощи ребенком с учетом специфики ограничений его жизнедеятельности.

4.1.3.2. Родители (законные представители) детей – получателей услуг ранней помощи – имеют право на:

- получение информации о перечне услуг ранней помощи и о перечне поставщиков услуг ранней помощи;
- отказ от оценочных процедур, составления ИПРП и получения услуг ранней помощи;
- прохождение с ребенком оценочных процедур, разработку и утверждение ИПРП в течение 30 дней с момента обращения, если результаты оценки соответствуют критериям составления ИПРП;
- получение услуг ранней помощи в соответствии с ИПРП без взимания платы;
- участие в оценочных процедурах, составлении ИПРП, реализации ИПРП, во внесении изменений в ИПРП, в промежуточной (не реже чем 1 раз в 3-4 месяца) и итоговой оценке эффективности ИПРП;
- получение открытой информации о ходе и результатах проведения оценочных процедур, целях и задачах ИПРП, сроках, объемах, исполнителях, порядке реализации ИПРП, результатах оценки эффективности реализации ИПРП;

– своевременное получение предварительного письменного уведомления о любых изменениях в реализации ИПРП, а также о необходимости проведения промежуточной или итоговой оценки ее эффективности;

– строгое соблюдение конфиденциальности документации, которая содержит персональные данные;

– фиксацию согласия с получением услуг;

– ознакомление с рабочей документацией, связанной с оказанием услуг ранней помощи ребенку и семье;

– обращение к администрации с целью разрешения конфликтных ситуаций.

4.1.4. В случае причинения детям и их родителям при оказании услуг ранней помощи вреда их здоровью, имуществу или морального вреда они могут с целью защиты своих законных прав и интересов обращаться в суд с иском о возмещении причиненного вреда в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.1.5. Выявление детей в возрасте до трех лет, потенциально нуждающихся в услугах ранней помощи, осуществляется в организациях и учреждениях системы социального обслуживания, здравоохранения, образования.

4.1.6. Поставщик услуг ранней помощи содействует выявлению детей, нуждающихся в ранней помощи, в организациях/учреждениях систем здравоохранения, образования и социальной защиты.

4.1.7. Поставщик услуг ранней помощи предоставляет информацию об услугах ранней помощи организациям/учреждениям систем здравоохранения, образования и социальной защиты.

4.1.8. Детям и их родителям на всех этапах ранней помощи, начиная от обращения родителей (законных представителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи, и заканчивая завершением ранней помощи, могут предоставляться следующие услуги ранней помощи: административные, основные, специализированные и дополнительные услуги.

4.1.8.1. Административные услуги ранней помощи включают:

– обработку первичного обращения родителей (законных пред-

ставителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи;

- прием документов и заключение договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи;
- координацию предоставления услуг ранней помощи в рамках ИПРП.

4.1.8.2. Основные услуги ранней помощи включают:

- определение нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи;
- пролонгированное консультирование;
- краткосрочное предоставление услуг ранней помощи без составления индивидуальной программы ранней помощи;
- проведение оценочных процедур для разработки ИПРП;
- разработку ИПРП;
- поддержку развития функционирования ребенка и семьи в рамках реализации ИПРП ведущим специалистом в ЕЖС в процессе консультирования родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также в процессе организации и проведения совместной активности специалиста с ребенком и семьей в ЕЖС;
- оценку эффективности реализации ИПРП;
- консультирование специалистов организаций образования, здравоохранения и социального обслуживания по вопросам, связанным с оказанием услуг ранней помощи, а также с поддержкой перехода ребенка и семьи в другую программу сопровождения и обеспечением преемственности их обслуживания;
- консультирование родителей (законных представителей) на этапе окончания программы ранней помощи и поступления ребенка в образовательную организацию;
- консультирование родителей в период адаптации ребенка в образовательной организации.

4.1.8.3. Специализированные услуги ранней помощи включают:

- консультирование родителей, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц и специалистов организации – поставщика услуг ранней помощи по развитию общения и речи ребенка

в ЕЖС, в том числе с использованием средств дополнительной и альтернативной коммуникации;

– консультирование родителей, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц и специалистов организации – поставщика услуг ранней помощи по формированию социально-бытовых навыков ребенка, в том числе с использованием вспомогательных средств;

– консультирование родителей, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц и специалистов организации – поставщика услуг ранней помощи по развитию подвижности в ЕЖС, в том числе, с использованием вспомогательных средств;

– консультирование родителей, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц и специалистов организации – поставщика услуг ранней помощи по развитию познавательных способностей в ЕЖС, в том числе с использованием вспомогательных средств;

– психологическое консультирование родителей, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц и специалистов организации – поставщика услуг ранней помощи в области социального и эмоционального развития ребенка, его взаимодействия с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, формирования привязанности, саморегуляции, в том числе в ЕЖС, а также в области социально-психологических установок и представлений родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, отношений в семье;

– совместную активность специалиста с ребенком и семьей с целью развития общения и речи ребенка в ЕЖС, в том числе с использованием средств дополнительной и альтернативной коммуникации;

– совместную активность специалиста с ребенком и семьей с целью формирования социально-бытовых навыков ребенка, в том числе с использованием вспомогательных средств;

– совместную активность специалиста с ребенком и семьей с целью развития подвижности в ЕЖС, в том числе с использованием вспомогательных средств;

– совместную активность специалиста с ребенком и семьей с целью развития познавательных способностей ребенка в ЕЖС, в том числе с использованием вспомогательных средств;

– совместную активность специалиста с ребенком и семьей с целью социального и эмоционального развития ребенка, улучшения его взаимодействия с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, формирования привязанности, саморегуляции, в том числе в ЕЖС, а также улучшения отношений в семье в целом.

4.1.8.4. Дополнительные услуги ранней помощи, оказываемые в рамках ИПРП, включают групповую активность с детьми и их родителями с целью поддержки социализации детей.

4.1.9. Услуги ранней помощи могут предоставляться в следующих формах:

– на дому;

– при посещении потребителями организации-поставщика услуг ранней помощи;

– в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

– в организации здравоохранения, в ситуациях продолжительного стационарного лечения;

– в очной или дистанционной формах;

– в индивидуальной и групповой формах.

4.1.10. Услуги ранней помощи могут предоставляться потребителям одним специалистом или одновременно несколькими специалистами разного профиля.

4.1.11. Услуги ранней помощи могут предоставляться потребителям в рамках ИПРП одной или несколькими организациями (в порядке взаимодополнения).

4.2. Требования к порядку оказания услуг ранней помощи

4.2.1. Порядок оказания услуг ранней помощи должен соблюдаться при всех формах предоставления услуг ранней помощи. Он включает в себя следующие этапы:

– обработку первичного обращения родителей (законных пред-

ставителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи;

- прием документов и заключение договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи;

- определение нуждаемости ребенка в разработке индивидуальной программы ранней помощи (первичный прием, междисциплинарный консилиум);

- проведение оценочных процедур для составления ИПРП;

- разработку ИПРП;

- реализацию ИПРП;

- промежуточную и/или итоговую оценку результативности реализации ИПРП;

- пролонгацию или завершение реализации ИПРП;

- содействие переходу ребенка в образовательную организацию.

4.2.2. Обработка первичного обращения родителей (законных представителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи должна включать:

- регистрацию обращения;

- информирование о порядке предоставления услуг ранней помощи;

- информирование о правах получателей услуг (по запросу);

- предоставление информационных ресурсов об организации – поставщике услуг ранней помощи (по запросу);

- запись на первичный прием.

4.2.3. Прием документов и заключение договора с родителями (законными представителями) ребенка об оказании услуг ранней помощи осуществляется по записи в течение 5 рабочих дней от первичного обращения с предоставлением родителями (законными представителями) следующих документов:

- документа, удостоверяющего личность родителей (законных представителей);

- документов, подтверждающих законное представительство интересов ребенка (сотрудник организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выполняющий функции непосредственного ухода за ребенком, его воспитания и развития

(воспитатель) действует на основании доверенности на представление интересов ребенка, выданной организацией – опекуном);

- копии свидетельства о рождении ребенка (предоставляется с предъявлением оригинала);

- выписки из истории развития ребенка (форма 112/у);

- заключения психолого-медико-педагогической комиссии с рекомендацией по оказанию услуг ранней помощи (при наличии);

- действующей справки, подтверждающей факт наличия инвалидности (при наличии);

- копии индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (с предоставлением оригинала (при наличии)).

4.2.4. Определение нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи должно осуществляться на основе заключения междисциплинарного консилиума, составленного по результатам первичного приема.

4.2.4.1 Первичный прием, заключающийся в проведении оценочных процедур, должны проводить специалисты, имеющие соответствующие компетенции в сфере ранней помощи в срок со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи – 10 рабочих дней.

4.2.4.2. Первичный прием должен включать в себя проведение следующих оценочных процедур:

- оценку функционирования и выявление ограничений жизнедеятельности ребенка по ключевым категориям раздела/домена «активность и участие» МКФ, определение взаимодействия и отношений ребенка с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в контексте влияния факторов окружающей среды;

- сбор и изучение анамнеза;

- сбор и анализ информации об условиях жизни и семье ребенка, о получаемых ребенком и семьей психологических, педагогических и социальных услугах;

- анализ медицинской документации (при наличии);

- анализ индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (при наличии).

4.2.4.3. Оценочные процедуры на первичном приеме следует проводить в ситуациях, максимально приближенных к естественным, с участием родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

4.2.4.4. Информация, полученная на первичном приеме, должна быть оформлена протоколом первичного приема и содержать:

- формальные персональные данные о ребенке и семье;
- описание функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка в соответствии с доменами МКФ в контексте влияния факторов окружающей среды;
- состав семьи, жилищные условия, сведения о занятости;
- распорядок дня ребенка, включая время, которое проводят с ребенком родители и другие непосредственно ухаживающие за ребенком лица;
- социальное окружение семьи (поддержка со стороны родственников, соседей, знакомых и т. д.);
- этническая, языковая и религиозная принадлежность семьи;
- сведения о получаемых ребенком и семьей психологических, педагогических и социальных услугах;
- ожидания и запросы родителей;
- заключение о наличии или отсутствии у ребенка ограничений жизнедеятельности, основанное на сопоставлении результатов первичной оценки развития и функционирования ребенка с нормативом для данного возраста;
- рекомендации родителям.

4.2.4.5. Результаты первичного приема подлежат обсуждению на междисциплинарном консилиуме, по результатам которого должно быть составлено заключение о соответствии или несоответствии состояния ребенка критериям разработки ИПРП.

4.2.4.6. К критериям разработки ИПРП относятся наличие у ребенка в возрасте до 3 лет ограничений жизнедеятельности и отсутствие противопоказаний к ее разработке.

4.2.4.7. Наличие ограничения(-й) жизнедеятельности для детей-инвалидов указывается в индивидуальной программе реабилитации-абилитации ребенка-инвалида, а для детей, не имеющих

статуса ребенка-инвалида – выявляется при первичном приеме в организации – поставщике услуг ранней помощи и утверждается решением междисциплинарного консилиума. К критериям наличия у ребенка ограничения жизнедеятельности относятся умеренные, тяжелые или полные ограничения/задержка развития в следующих доменах МКФ:

- обучение и использование знаний;
- общие задачи и требования;
- общение;
- мобильность;
- самообслуживание,
- межличностные взаимодействия и отношения.

4.2.4.8. Противопоказанием к разработке ИПРП является устойчивая декомпенсация функции(-й) организма ребенка, препятствующая участию ребенка в получении услуг ранней помощи в рамках ИПРП. В таких случаях услуги ранней помощи ребенку и семье могут быть предоставлены без разработки ИПРП.

4.2.4.9. В случае выявления соответствия состояния функционирования ребенка критериям разработки ИПРП, первичный прием должен быть дополнен следующими процедурами:

- информированием семьи о содержании и порядке предоставления услуг ранней помощи и получением подтверждения родителей об ознакомлении с содержанием и порядком предоставления услуг ранней помощи;

- при получении согласия родителей включением (зачисление) ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи;

- назначением ведущего специалиста.

4.2.4.10. В случае если состояние ребенка не соответствует критериям разработки ИПРП, но ребенок относится к группе риска, родителям (законным представителям) и семье должно быть предложено пролонгированное консультирование, в т. ч. по вопросам взаимодействия в паре «родитель – ребенок», без составления ИПРП, с частотой до 2 раз в месяц с мониторингом функционирования ребенка и/или семьи.

4.2.4.11. В случае выявления соответствия состояния функционирования ребенка критериям разработки ИПРП, когда при этом проблемы функционирования ребенка могут быть решены при условии предоставления краткосрочных услуг, согласно заключению междисциплинарного консилиума родителям (законным представителям) могут быть предложены краткосрочные услуги ранней помощи без составления ИПРП.

4.2.5. Проведение оценочных процедур для разработки ИПРП планируется ведущим специалистом на основе рекомендаций междисциплинарного консилиума.

4.2.5.1. Оценочные процедуры для разработки ИПРП проводятся в течение 15 рабочих дней со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи.

4.2.5.2. Оценочные процедуры для разработки ИПРП проводятся ведущим специалистом с согласия родителей (законных представителей) и при взаимодействии с ними и/или другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами с привлечением тех специалистов, участие которых планируется в реализации ИПРП.

4.2.5.3. Оценочные процедуры для разработки ИПРП должны включать углубленную оценку функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка в контексте факторов окружающей среды, проводимую по доменам и категориям МКФ, в том числе оценку функций и структур организма ребенка, активности, вовлеченности ребенка, а также поведения ребенка и его родителей в естественных жизненных ситуациях.

4.2.5.4. В зависимости от особенностей ребенка и его социального окружения, оценочные процедуры для составления/изменения ИПРП могут включать углубленную оценку других аспектов развития ребенка и его взаимодействия с социальным окружением:

- качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье, с другими детьми;
- состояния эмоционального и поведенческого благополучия ребенка;
- других особенностей (при необходимости).

4.2.5.5. Ведущий специалист должен обсудить с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами результаты углубленной оценки и определить совместно с ними цели ИПРП и те ЕЖС, в которых планируется реализация ИПРП.

4.2.6. Разработка ИПРП осуществляется ведущим специалистом совместно с родителями, с учетом мнения специалистов, привлекаемых к реализации ИПРП.

4.2.6.1. ИПРП должна быть разработана в течение 20 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи.

4.2.6.2. ИПРП должна быть подписана ведущим специалистом, родителем (законным представителем) ребенка.

4.2.6.3 ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и пересматривается регулярно не реже 1 раза в 3 месяца, и может быть пролонгирована при отсутствии критериев ее завершения.

4.2.6.4. ИПРП должна включать:

- формальные данные о ребенке – получателе услуг ранней помощи;

- результаты оценочных процедур;

- цели ИПРП;

- перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется;

- перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления: длительность и периодичность оказания услуг, места и формы их предоставления;

- срок реализации ИПРП;

- фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста;

- фамилию, имя, отчество дополнительных специалистов;

- фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя (законного представителя).

4.2.7. Реализация ИПРП осуществляется в соответствии со следующими требованиями:

- все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи

в рамках ИПРП, должны содействовать вовлечению семьи в ее реализацию;

- все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны обсуждать с семьей ход ее реализации;

- взаимодействие с ребенком и семьей должно строиться на основе их собственной активности и участия, преимущественно в ЕЖС;

- в соответствии с целями ИПРП к ее реализации привлекаются специалисты, обладающие необходимыми компетенциями;

- услуги ранней помощи должны предоставляться потребителям в формах, определенных исходя из целей ИПРП, возможностей и готовности ребенка и семьи, места и условий проживания ребенка, возможностей организации – поставщика услуг ранней помощи;

- длительность предоставления одной или нескольких, непрерывно предоставляемых друг за другом услуг ребенку и семье должна быть не менее 45 и не более 90 минут;

- длительность дистанционной консультации должна быть не более 90 минут.

4.2.8. Промежуточная и итоговая оценки результативности реализации ИПРП должны быть направлены на определение динамики целевых показателей ИПРП.

4.2.8.1. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться с использованием тех же методов и методик, что и оценка при составлении ИПРП, а также включать в себя оценку удовлетворенности родителей (законных представителей), других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц полученными услугами.

4.2.8.2. Промежуточная оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца.

4.2.9. ИПРП следует пролонгировать, если ребенок в возрасте от 3 до 7 лет, имеющий ограничение жизнедеятельности, получавший до 3 лет услуги ранней помощи в рамках ИПРП, по решению междисциплинарного консилиума организации, предоставляющей услуги ранней помощи, недостаточно подготовлен к переходу

в дошкольную образовательную организацию и не имеет противопоказаний для получения услуг ранней помощи в рамках ИПРП.

4.2.10. Реализация ИПРП должна завершаться в следующих случаях:

- отказ семьи (законных представителей) от получения услуг ранней помощи;
- ребенок/семья больше не нуждаются в услугах ранней помощи, так как цели ИПРП достигнуты;
- ребенок поступил в детский сад и успешно осваивает образовательную программу;
- ребенок достиг возраста 3 лет – в случае отсутствия необходимости пролонгации ИПРП;
- ребенок достиг возраста 7 лет – в случае пролонгации ИПРП после 3 лет;
- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации ИПРП.

4.2.11. Специалисты организации – поставщика услуг ранней помощи должны оказывать содействие переходу ребенка в образовательную организацию, в том числе:

- помогать семье в сборе и оценке информации, необходимой для принятия решения о выборе образовательной организации;
- консультировать специалистов образовательной организации, принимающей ребенка, по их запросу;
- предоставлять семье услуги пролонгированного консультирования в период адаптации ребенка в образовательной организации сроком до 6 месяцев (по запросу семьи).

Глава V. Оценка качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям

5.1. Общие положения

5.1.1. Оценка качества предоставления услуг ранней помощи детям системы ранней помощи осуществляется в субъекте Российской Федерации и в его административно-территориальных и муниципальных образованиях.

5.1.2. Оценка эффективности предоставления услуг ранней помощи детям системы ранней помощи осуществляется поставщиками услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации и в его административно-территориальных и муниципальных образованиях.

5.1.3. Оценка качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям системы ранней помощи осуществляется в субъекте Российской Федерации ежегодно.

5.1.4. Результаты оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации служат основанием для принятия субъектом Российской Федерации соответствующих решений по совершенствованию системы ранней помощи.

5.1.5. Порядок организации проведения оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям, в том числе контроля за ее проведением, утверждается нормативным правовым актом уполномоченного исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации по организации и координации межведомственного взаимодействия в области ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

5.2. Показатели качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям и критерии их оценки

5.2.1. Оценка качества предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям проводится на уровне субъекта Российской Федерации (показатели 1-11), административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации (показатель 5) и на уровне поставщиков услуг ранней помощи (показатели 8, 11).

5.2.2. Оценка эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям проводится на уровне поставщиков услуг ранней помощи (показатели 12-15).

5.2.3. Показатели качества предоставления услуг ранней помощи.

5.2.3.1. Показатель 1. Наличие системы координации действий по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

5.2.3.2. Показатель 2. Наличие программы развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации и ежегодного плана деятельности по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

5.2.3.3. Показатель 3. Наличие утвержденного перечня услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации с обязательным включением в этот перечень основных и специализированных услуг ранней помощи в соответствии со стандартом «Порядок оказания услуг ранней помощи для детей и их семей».

5.2.3.4. Показатель 4. Обеспеченность специалистами, обладающими компетенциями предоставления основных услуг ранней помощи (согласно п. 4.1.8.1).

5.2.3.5. Показатель 5. Доля административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, на которых действуют поставщики услуг ранней помощи детям и их семьям, от общего количества административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации.

5.2.3.6. Показатель 6. Доля поставщиков услуг ранней помощи, которые в установленный срок (10 рабочих дней от даты заключения договора об оказании услуг ранней помощи) обеспечивают первичный прием детей в возрасте от рождения до 3 лет, потенциально нуждающихся в ранней помощи, и их семей, от общего количества поставщиков услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

5.2.3.7. Показатель 7. Наличие установленного порядка выявления и учета детей в возрасте от рождения до 3 лет, потенциально нуждающихся в ранней помощи, направления их к поставщику услуг ранней помощи, информирования родителей о поставщиках услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

5.2.3.8. Показатель 8. Соблюдение установленного срока составления ИПРП (30 рабочих дней от даты заключения договора об оказании услуг ранней помощи).

5.2.3.9. Показатель 9. Доля детей в субъекте Российской Федерации с впервые установленной инвалидностью в возрасте до 3 лет, родители (законные представители) которых получили направление к поставщику услуг ранней помощи, от общего количества детей с впервые установленной инвалидностью в возрасте до 3 лет в субъекте Российской Федерации за прошедший календарный год.

5.2.3.10. Показатель 10. Доля детей с установленной инвалидностью в возрасте до 3 лет, которые в прошедшем календарном году получали в субъекте Российской Федерации услуги ранней помощи в рамках ИПРП, от общего количества детей с установленной инвалидностью в возрасте до 3 лет в субъекте Российской Федерации, нуждающихся в ранней помощи.

5.2.3.11. Показатель 11. Доля детей до 3 лет, получающих услуги ранней помощи в рамках ИПРП от общей численности получателей услуг ранней помощи в рамках ИПРП.

5.2.3.12. Показатель 12. Доля детей, ИПРП которых включает мероприятия, осуществляемые преимущественно в естественных жизненных ситуациях при консультационном сопровождении специалистами поставщика услуг ранней помощи, от общего количества детей, получающих услуги ранней помощи в рамках ИПРП.

5.2.4. Показатели эффективности предоставления услуг ранней помощи.

5.2.4.1. Показатель 13. Доля детей, которые демонстрируют снижение выраженности ограничений активности по целевым категориям в соответствии с «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» и (или) увеличение вовлеченности в естественные жизненные ситуации в процессе реализации ИПРП, в общем количестве детей, получающих услуги ранней помощи в рамках ИПРП.

5.2.4.2. Показатель 14. Доля семей, которые отметили позитивное влияние реализации ИПРП на какие-либо аспекты функционирования семьи (например, на понимание членами семьи особенностей ребенка, на их способности содействовать развитию

ребенка, на качество их отношений и взаимодействия с ребенком и в семье в целом, на адаптацию семьи, на расширение позитивного социального взаимодействия семьи с социумом) в общем количестве семей, участвующих в реализации ИПРП.

5.2.4.3. Показатель 15. Доля детей, поступивших в образовательные организации по завершении ИПРП, из общей численности детей, завершивших программу ранней помощи в текущем году.

5.3. Методика оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации.

5.4. Результаты оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям оформляются органом, определенным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, в виде фрагмента годового отчета о развитии системы ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направления и содержание ранней помощи детям с ОВЗ и их семьям можно определить как универсальные и специфические. Универсальное направление представлено как решение задач службы раннего вмешательства, которые имеют общие тенденции во всем мире. Специфическое направление связано с особенностями культурного и экономического регионального контекста, в котором предоставляются данные услуги.

При создании региональной системы оказания ранней помощи учитываются различные аспекты как универсального, так и специфического содержания. Материалы данного методического пособия позволяют оптимизировать деятельность службы ранней помощи детям с ОВЗ и семьям. В методическом пособии обзорно представлен опыт Института раннего вмешательства г. Санкт-Петербурга. Задачей специалистов, которые занимаются ранней помощью в учреждениях нашего региона, является не простое копирование деятельности этого института, а творческое рефлекс-

сивное переосмысление реализации данного опыта в условиях нашего региона с учетом кадровых и финансовых ресурсов.

Усилия специалистов необходимо сконцентрировать на следующих содержательных аспектах:

- раннем выявлении нарушений в развитии младенца и ребенка раннего возраста;

- обеспечении услуг по развитию детей раннего возраста, имеющих нарушения, во избежание возникновения задержки в их развитии или минимизации этой задержки;

- формировании и развитии способности детей раннего возраста, имеющих нарушения или риск их возникновения, к самостоятельной жизни в обществе;

- предоставлении помощи родителям в создании оптимальных условий для развития и обучения ребенка в условиях семьи и местного сообщества;

- повышении уровня компетентности родителей и других членов семьи, приводящем к расширению и укреплению их возможностей по удовлетворению особых потребностей своего ребенка;

- содействии социальной интеграции семьи и ребенка;

- сокращении потребности в особом образовании и уходе при достижении детьми школьного возраста.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аксенова Л. И. Генезис научных исследований раннего развития // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: материалы международного теоретико-методологического семинара. – М., 2009. – Ч. 1.
2. Аксенова Л. И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как приоритет специального образования // Специальная педагогика: в 3 т. Педагогические системы специального образования. – М., 2008. – Т. 3.
3. Брамбринг М. Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье. – М., 2005.
4. Краузе М. П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / пер. с нем. К. А. Назаретян; научн. ред. рус. текста Н. М. Назарова.– М.: Академия, 2006. – 208 с.
5. Леве А. Развитие слуха у неслышащих детей: История. Методы. Возможности / пер. с нем. Л. Н. Родченко, Н. М. Назаровой]. – М. : АCADEMIA, 2003. – 220 с.
6. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб., 1999.
7. Питерси М. и др. Маленькие ступеньки: Университет Маккуэри. – Сидней, 1998.
8. Приходько О. Г., Югова О. В. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям: АНО «Совет по вопросам управления и развития». – М., 2015.
9. Ранняя диагностика и коррекция: в 2 т. / под ред. У. Б. Брака. – М., 2007.
10. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание. – М., 2003.
11. Штрасмайер В. Обучение и развитие ребенка раннего возраста. 260 упражнений в помощь тем, кто воспитывает детей 1-3 лет с проблемами в развитии. – М., 2002.
12. Янн А. П. Воспитание и обучение глухого ребенка: Сурдопедагогика как наука. – М., 2003.

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОВЗ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

*В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОГО ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА
РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ
В СИСТЕМЕ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
«ИНСТИТУТ ПОЛИФОРМАТНОГО ОБРАЗОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ
СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ»
ПО НАПРАВЛЕНИЮ
«РАБОТА С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ
С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ»*

Подписано в печать 12.11.2018
Формат бумаги 60×84 1/16
Объем 5,0 усл. печ. л.
Заказ 11-212. Тираж 200 экз.

Отпечатано в оперативной типографии
Учебно-методического центра
664056, г. Иркутск, ул. Академическая, 74.
Тел./факс: 8(3952) 42-95-96.