**ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**29 ноября 2018 г. № 1270**

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ

СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На основании подпункта 8.2 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию об организации и функционировании службы раннего вмешательства.

2. Начальникам главных управлений здравоохранения (по здравоохранению) облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Минского горисполкома, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить организацию работы центров раннего вмешательства на базе организаций здравоохранения в соответствии с Инструкцией.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 февраля 2001 г. № 44 «Об организации педиатрических отделений раннего вмешательства».

4. Контроль исполнения настоящего постановления возложить на первого

заместителя Министра Пиневича Д.Л.

Министр В.А.Малашко

УТВЕРЖДЕНО

Приказ

Министерства здравоохраненияРеспублики Беларусь

29.11.2018 № 1270

Инструкция об организации и функционировании службы раннего вмешательства

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция определяет порядок оказания междисциплинарной помощи детям раннего возраста с нарушениями развития (далее, если не указано иное, – НР) или рисками их возникновения, а также поддержки их семьям.

2. Для целей настоящей Инструкции используются следующие термины:ведущий возрастной вид деятельности – основной вид социально значимой деятельности в текущий возрастной период;

дети раннего возраста – дети от рождения до трех лет (далее – дети);

абилитация – система мероприятий, направленных на развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, на предотвращение появления у ребенка с НР ограничений жизнедеятельности или уменьшение степени их выраженности;диагностика развития детей – первичная и (или) повторная процедура получения детальной информации о развитии ребенка, особенностях функционирования ребенка и семьи, актуальной для выявления НР и их причин и

для разработки индивидуальной программы раннего вмешательства, сфокусированной на потребностях ребенка и семьи;

естественная среда – среда жизнедеятельности и проживания детей (домашняя обстановка и семейное окружение);

индивидуальная программа раннего вмешательства (далее – ИПРВ) – программа помощи детям и семье (законным представителям), формируемая междисциплинарной командой специалистов Центра раннего вмешательства (далее – ЦРВ) на основе проведенной углубленной диагностики с учетом потребностей ребенка и семьи, с указанием цели и мероприятий ее реализации;

значимые для детей факторы внешней среды – продукция (изделия) для персонального потребления (пища, лекарственные средства), средства для личного персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений, средства коммуникации и др.;индивидуальный профиль развития детей (далее – ИПРР) – уровень развития ребенка и прогнозируемые достижения с учетом его состояния здоровья и социального окружения;

междисциплинарная команда – коллектив специалистов разных профилей, действующий в высокой степени взаимной координации и интеграции между собой и семьей ребенка с НР, при этом один из специалистов определяется ответственным за планирование и реализацию ИПРВ;

нарушение развития – отставание от возрастных норм развития детей в одной или более областях развития на один и более эпикризный срок вследствие изменений в состоянии здоровья и (или) неблагоприятного влияния среды, в том числе с риском появления ограничений жизнедеятельности;раннее вмешательство – комплекс мероприятий по выявлению детей с НР и риском их появления, оказанию детям данных категорий междисциплинарной абилитационной (реабилитационной) помощи, направленной на их оптимальное развитие, сохранение и восстановление здоровья, сопровождение и поддержку их семей;

риск возникновения нарушения развития – наличие биологических и (или) социальных факторов, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие детей;

скрининг развития – стандартизированное тестирование детей раннего возраста с помощью нормативно-ориентированных шкал с целью выявления группы детей с НР и риском их возникновения;

служба раннего вмешательства – организованная служба помощи детям с НР или риском их возникновения и их семьям, в которых работает междисциплинарная команда специалистов, выполняющих проведение скринингов развития, диагностики детей с НР и риском НР, разработку и реализацию для них ИПРВ;

целевая группа детей – дети с НР или риском их возникновения.

3. В работе службы раннего вмешательства основополагающими являются принципы медицинской реабилитации, семейно-центрированный и междисциплинарный подходы, ориентация на развитие ребенка в естественной среде, использование научно-доказательной базы.

Помощь в ЦРВ осуществляется при активном внутри– и межведомственном взаимодействии, с привлечением негосударственных, международных организаций, общественных объединений и др.

ГЛАВА 2

СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ

РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

4. Структура службы раннего вмешательства в области (г. Минске) формируется на основании приказов главных управлений здравоохранения (по здравоохранению) облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома в соответствии с законодательством, во взаимодействии с главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Республики Беларусь по детской реабилитации и по согласованию со структурными подразделениями областных (Минского городского) исполнительных комитетов, осуществляющими государственно-властные полномочия в сфере образования.

5. Служба раннего вмешательства города, района, области может быть представлена одним или несколькими ЦРВ на базах организаций здравоохранения с общей численностью закрепленного для обслуживания детского населения от 0 до 17 лет (далее – дети) не менее 15 000 человек при обеспечении преемственности реабилитации (абилитации) с организациями здравоохранения, межведомственного взаимодействия с территориальными органами образования.

6. В ЦРВ направляются дети из организаций здравоохранения, территориально закрепленных для оказания медицинской помощи детскому населению, приказом главного управления (по здравоохранению) здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Минского горисполкома.

7. ЦРВ является структурным подразделением организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь детскому населению в амбулаторных условиях, а также может быть организован на койках отделения дневного пребывания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь детскому населению в стационарных условиях.

8. ЦРВ создается на основании приказа главного врача организации здравоохранения, которым утверждается порядок работы, назначается руководитель (заведующий) ЦРВ, оснащается в соответствии с примерным табелем оснащения ЦРВ (*приложение 1* к настоящей Инструкции).

9. Штатное расписание ЦРВ формируется за счет общей штатной численности должностей (профессий) организации здравоохранения, на базе которой создан ЦРВ, и организаций здравоохранения, территориально закрепленных для направления детей. Количество штатных должностей (профессий) определяется согласно действующим примерным штатным нормативам медицинских и других работников организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детям. Примерное штатное расписание ЦРВ установлено *приложением 2* к данной Инструкции. Рекомендуемые нормы времени на одно посещение к специалистам ЦРВ при различных формах работы определены *приложением 3* к настоящей Инструкции.

10. На должность руководителя (заведующего) ЦРВ назначается врач-педиатр (врач-невролог, врач-реабилитолог).

11. Руководитель (заведующий) ЦРВ осуществляет общее руководство ЦРВ, контроль ведения учетно-отчетной документации, составляет ежегодный отчет в соответствии *с приложениями* *4*, *5* к настоящей Инструкции и проводит анализ работы ЦРВ.

12. Организационно-методическое руководство службой раннего вмешательства на уровне области (города, района) осуществляется областным (городским, районным) специалистом по педиатрии или другим специалистом, на которого возложено выполнение данных функций (главный внештатный специалист по детской неврологии, реабилитации).

13. На областном (городском) уровне приказом главного управления здравоохранения (по здравоохранению) облисполкома, комитета по здравоохранению Минского горисполкома одному из функционирующих ЦРВ придается статус Ресурсного ЦРВ, обеспечивающего информационно-методическое руководство и взаимодействие со всеми ЦРВ в области (городе), а

также с Ресурсным информационно-методическим мониторинговым центром ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»» (далее – РИММЦ

«РНПЦ «Мать и дитя»»).

14. Финансирование ЦРВ осуществляется за счет бюджетных средств, выделенных по смете расходов организации здравоохранения, на базе которого организован ЦРВ, а также иных источников в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

15. Ежегодный отчет о деятельности ЦРВ представляется в срок до 10 января следующего за отчетным года, направляется в областной (городской) Ресурсный ЦРВ, при его отсутствии – областному (городскому, районному) специалисту по педиатрии или другому назначенному ответственным лицу для формирования сводного отчета о деятельности ЦРВ в области (г. Минске).

16. Сводная информация по области (г. Минску) о деятельности ЦРВ направляется в РИММЦ «РНПЦ «Мать и дитя»» в срок до 20 января следующего за отчетным года.

ГЛАВА 3

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ

ПОМОЩИ В ЦРВ

17. Основные цели раннего вмешательства:

выявление детей с НР или риском возникновения НР и оказание им и их семьям междисциплинарной помощи, направленной на содействие их

оптимальному развитию и адаптации в обществе;

повышение эффективности и качества реабилитации (абилитации) детей с НР, а также детей с риском возникновения НР;

обеспечение внутриведомственного и межведомственного взаимодействия при оказании междисциплинарной помощи детям с НР и их семьям.

18. Основные задачи раннего вмешательства:

диагностика развития детей, диагностика НР у детей;

разработка и реализация совместно с семьей (законными представителями) детей ИПРВ;

информационная и психологическая поддержка семей, имеющих детей раннего возраста с НР;

организация мероприятий по улучшению условий для удовлетворения особых потребностей детей с тяжелыми НР и инвалидностью и их семьям;

мониторинг эффективности раннего вмешательства;

обеспечение согласованности и координации действий специалистов и активное включение семьи (законных представителей) в процесс реабилитации (абилитации);

оказание информационно-методической помощи, обучение специалистов организаций здравоохранения по вопросам раннего вмешательства, реабилитации (абилитации) детей с НР;

оказание консультативной и информационной помощи семьям детей и специалистам организаций здравоохранения, учреждений образования по вопросам развития и воспитания детей с целью устранения или минимизации социальных и (или) биологических факторов риска возникновения нарушений развития, профилактики возникновения НР у детей.

19. Порядок направления (обращения) в ЦРВ:

для первичного посещения ЦРВ дети направляются врачами-педиатрами, врачами-специалистами (невролог, реабилитолог, врач общей практики), другими специалистами (психолог, учитель-дефектолог) территориальных организаций здравоохранения в соответствии с показаниями и противопоказаниями согласно *приложению 6* к настоящей Инструкции.

Показания к направлению в ЦРВ определяются при плановых медицинских осмотрах детей в организациях здравоохранения.

Повторное обращение родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей (далее – законные представители) детей в ЦРВ по месту жительства или в Ресурсный ЦРВ осуществляется на основании рекомендаций ЦРВ или специалиста организации здравоохранения, учреждения образования.

20. В ЦРВ используются следующие формы работы: первичный прием, консультативный прием, индивидуальное занятие, групповое занятие, визит на дом.

21. Основные цели первичного приема:

проведение скрининга развития детей;

определение потребности детей и их семей (законных представителей) в углубленной диагностике и междисциплинарной помощи в ЦРВ;

консультирование семьи (законных представителей) по вопросам развития детей.

Порядок проведения первичного приема:

первичный прием осуществляется по предварительной записи;

первичный прием проводится двумя специалистами (врач, учитель-дефектолог, психолог, инструктор-методист физической реабилитации).

На основании жалоб и запроса семьи по развитию и воспитанию детей, оценки анамнестических данных, сведений медицинской документации междисциплинарной командой специалистов проводится первичная комплексная диагностика, в том числе скрининг развития детей.

Продолжительность первичного приема – 45-60 минут.

По результатам первичного приема междисциплинарной командой принимается решение о необходимости предоставления детям и семье помощи в ЦРВ и составлении ИПРВ. При этом определяются предполагаемая интенсивность и длительность вмешательства (мониторинговая, кратковременная или долговременная помощь), формы работы, цели и методы дополнительной

диагностики, а также осуществляется консультирование законных представителей и других членов семьи по вопросам развития и воспитания детей.

При первичном приеме специалистами ЦРВ оформляется лист-вкладыш в учетную форму № 112, заключение специалистов Центра раннего вмешательства согласно *приложению 7* к настоящей Инструкции.

22. Консультативный прием специалиста ЦРВ осуществляется с целью предоставления законным представителям детей и специалистам дополнительной информации по вопросам, связанным с их развитием и поведением.

Обратиться за консультацией к специалисту ЦРВ имеют право законные представители детей, специалисты организации здравоохранения, в которой наблюдается ребенок, специалисты учреждений образования, оказывающих раннюю комплексную помощь детям с НР.

Консультации проводятся по мере необходимости.

Продолжительность консультативного приема врача, учителя-дефектолога, инструктора-методиста по лечебной физкультуре составляет 30 минут.

Продолжительность консультативного приема психолога составляет 45-60 минут.

23. Индивидуальные занятия с детьми проводятся одним или двумя специалистами при непосредственном участии законных представителей, других членов семьи с максимальным использованием ведущего возрастного вида деятельности, в целях реализации ИПРВ, развития навыков и умений ребенка, обучения родителей приемам ухода за ребенком и его стимуляции, подбора технических средств социальной реабилитации для нуждающихся.

Индивидуальное занятие имеет определенную структуру со сменой видов деятельности ребенка каждые 10-15 минут.

Длительность индивидуального занятия – 45-60 минут.

Кратность – 1-2 раза в неделю. Индивидуальные занятия прерываются на время, когда дети проходят курсы медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения или лечения в стационарных условиях либо при наличии противопоказаний. В эти периоды реализация ИПРВ осуществляется родителями самостоятельно – в соответствии с рекомендациями специалистов.

24. Групповые занятия проводятся специалистами ЦРВ с группой детей при участии их законных представителей, других членов семьи. Групповые занятия проводятся в целях реализации ИПРВ, формирования навыков и умений детей и их социализации, улучшения детско-родительских

отношений, психологической поддержки семьи.Групповые занятия проводятся двумя специалистами ЦРВ с группой детей (2-4 человека) и их законных представителей, других членов семьи. Групповые занятия проводятся не реже 1 раза в неделю в течение трех месяцев с момента формирования группы. Длительность группового занятия зависит от применяемой методики и составляет от 45 минут до 2 часов, структура группового занятия предполагает

смену видов деятельности ребенка каждые 10-15 минут. Групповые занятия организуются при наличии показаний у детей и с учетом имеющихся ресурсов функционирующего ЦРВ.

25. Основными показаниями к визитам на дом специалиста(ов) ЦРВ являются ограниченные возможности транспортировки детей (использование аппарата искусственной вентиляции легких, кислородная зависимость, высокая вероятность ухудшения состояния ребенка при транспортировке и т. п.), необходимость углубленной оценки состояния ребенка и его функционирования в естественной для него среде.

Цели визита на дом – изучение функционирования и активности детей в естественной среде, взаимодействия ребенка с законными представителями, другими членами семьи, подбор и адаптация специальной мебели, других технических средств социальной реабилитации, консультирование членов семьи по приемам ухода и стимуляции ребенка. Нуждаемость детей и семей в домашних визитах и их частота определяются индивидуально специалистами ЦРВ. Продолжительность домашнего визита составляет 1,5-2 часа.

26. Индивидуальные, групповые занятия, консультативные приемы и визиты на дом регистрируются в журнале регистрации амбулаторных больных № 074/у согласно *приложению 8* к настоящей Инструкции.

27. Помощь, оказываемая ребенку и семье в ЦРВ, может быть в виде мониторинговой, кратковременной и долговременной.

28. Мониторинговая помощь в ЦРВ, в т. ч. с использованием дистанционных консультативных технологий, предполагает динамическое наблюдение и консультирование членов семьи в случаях, когда дети не имеют НР, но установлена высокая степень риска их возникновения, либо имеют незначительное НР (отставание на 1 эпикризный срок) в одной или двух областях развития. Частота приемов специалистами детей и членов семьи – 1 раз в 1-2 месяца.

29. Кратковременная помощь в ЦРВ предполагает оказание помощи в форме индивидуальных и (или) групповых занятий с детьми и их семьями, имеющими НР с отставанием на 1-2 эпикризных срока в одной или нескольких областях развития. Частота приемов специалистами составляет от 1 раза в 2 недели до 1-2 раз в неделю. Продолжительность – от 1 до 6 месяцев. На каждого ребенка, получающего помощь в ЦРВ не менее 3 месяцев, специалистами ЦРВ разрабатывается ИПРВ на срок предполагаемой длительности помощи согласно *приложению 9* к настоящей Инструкции. Оценка эффективности и пересмотр ИПРВ на детей, получающих кратковременную помощь, проводятся 1 раз в 3 месяца.

30. Долговременная помощь в ЦРВ предполагает оказание помощи в виде индивидуальных и (или) групповых занятий с детьми и их семьями, имеющими выраженные НР (задержку развития на 2 и более эпикризных срока в двух и более областях развития), в том числе на дому.

Частота приемов специалистами – 1 раз в неделю, продолжительность – более 6 месяцев.На каждого ребенка, получающего долговременную помощь в ЦРВ, разрабатывается ИПРВ сроком на 6-12 месяцев (в соответствии с *приложением 9* к данной Инструкции). Оценка эффективности и пересмотр ИПРВ на детей, получающих долговременную помощь, проводятся 1 раз в 6-12 месяцев.

Долговременная помощь детям в ЦРВ проводится до достижения ими возраста полных 3 лет.

31. ИПРВ разрабатывается междисциплинарной командой ЦРВ при участии семьи детей на основании результатов проведенной первичной и углубленной диагностики развития и оценки ИПРР согласно *приложению 9* к настоящей Инструкции. ИПРВ составляется в срок не более 1 месяца с момента решения о получении детьми и семьями помощи в ЦРВ. ИПРВ детей реализуется междисциплинарной командой специалистов, в том числе и на межведомственной основе, в партнерстве с семьей с использованием всех форм работ, в целях развития у них новых умений и навыков, улучшения качества их жизни. При реализации ИПРВ используется ведущий возрастной вид деятельности детей с учетом его активности в естественной среде. При наличии показаний дети, получающие помощь в ЦРВ, направляются на консультацию, диагностику, лечение или реабилитацию (абилитацию) в другие организации здравоохранения. Дети с НР, посещающие ЦРВ, по согласованию с законными представителями могут быть направлены в центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее – ЦКРОиР) для оказания ранней комплексной помощи. По завершении оказания помощи ребенку в ЦРВ междисциплинарной

командой специалистов оформляется и выдается законным представителям детей заключение специалистов Центра раннего вмешательства согласно *приложению 6* к настоящей Инструкции.32. Основным критерием оценки эффективности раннего вмешательства является динамика индивидуального профиля развития ребенка (ИПРР). Эффективность раннего вмешательства оценивается по завершении ИПРВ. Эффективность раннего вмешательства определяется по сумме баллов динамики ИПРР в каждой из функциональных сфер:

двигательной, познавательной, социально-эмоциональной, в развитии речи (понимание речи и речевая активность), самообслуживании и по факторам окружающей среды, значимым для развития и функционирования ребенка.

Динамика ИПРР в каждой из функциональных сфер оценивается в:

2 балла – положительная динамика развития детей от момента составления ИПРВ, фактический уровень ИПРР при завершении ИПРВ совпадает с прогнозируемым результатом или выше;

1 балл – положительная динамика развития детей от момента составления ИПРВ, фактический уровень ИПРР при завершении ИПРВ ниже прогнозируемого;

0 баллов – динамика развития детей отсутствует или отрицательная.

Значимые факторы внешней среды оцениваются в:

1 балл – оказывают благоприятное влияние на развитие и функционирование детей;

0 баллов – не оказывают существенного влияния на развитие и функционирование детей;

1 балл – оказывают негативное влияние на развитие и функционирование

детей.

Динамика ИПРР по факторам окружающей среды, значимым для развития и функционирования детей, оценивается по сумме баллов от момента составления до окончания ИПРВ.

Эффективность раннего вмешательства оценивается как:

высокая эффективность – положительная динамика от уровня развития детей на момент составления ИПРВ и достигнут прогнозируемый уровень ИПРР, сумма баллов составляет 9-12;

умеренная эффективность – положительная динамика от уровня развития детей на момент составления ИПРВ, но не достигнут прогнозируемый уровень ИПРР, сумма баллов составляет 5-8;

низкая эффективность – незначительная положительная динамика от уровня развития детей на момент составления ИПРВ, прогнозируемый уровень ИПРР не достигнут, сумма баллов составляет 1-4;

отсутствие эффекта – отсутствует динамика от уровня развития детей на момент составления ИПРВ, сумма баллов – меньше 1.