

# SITUACIONA ANALIZA USLUGA ZA BEBE I MALU DECU SA SMETNJAMA U RAZVOJU U REPUBLICI SRBIJI

Razvoj usluga vezanih za intervencije  
u ranom detinjstvu: mogućnosti i izazovi



FONDACIJA ZA OTVORENO DRUŠTVO, SRBIJA  
OPEN SOCIETY FOUNDATION, SERBIA



# **SITUACIONA ANALIZA USLUGA ZA BEBE I MALU DECU SA SMETNJAMA U RAZVOJU U REPUBLICI SRBIJI**

**Razvoj usluga vezanih za intervencije  
u ranom detinjstvu: mogućnosti i izazovi**

# SITUACIONA ANALIZA USLUGA ZA BEBE I MALU DECU SA SMETNJAMA U RAZVOJU U REPUBLICI SRBIJI

Razvoj usluga vezanih za intervencije  
u ranom detinjstvu: mogućnosti i izazovi

## **Izdavač**

UNICEF Beograd

## **Za izdavača**

Regina De Dominicis,  
direktorka UNICEF-a u Srbiji

## **Suizdavač**

Fondacija za otvoreno društvo

## **Dizajn**

Rastko Toholj

ISBN 978-86-80902-06-7

Publikovano u novembru 2018. godine

Situaciona analiza usluga za bebe i malu decu sa smetnjama u razvoju u Republici Srbiji, Razvoj usluga za intervencije u ranom detinjstvu: mogućnosti i izazovi, istražuje status usluga ranih intervencija u Srbiji. Elektronsko izdanje publikacije pripremljeno je u okviru projekta „Kreiranje uslova za razvoj sveobuhvatnog sistema rane intervencije kod dece na ranom uzrastu u Srbiji” koji su podržali Fondacija za otvoreno društvo i UNICEF u Srbiji.

# REČ ZAHVALNOSTI

U ovoj analizi navodimo podatke do kojih se došlo istraživanjem o stanju u oblasti ranih intervencija u Srbiji, početkom 2017. godine. Cilj analize je da informiše dalji razvoj sistema ranih intervencija u državi. Izradu analize je podržao Program za rani razvoj Fondacije za otvoreno društvo, kancelarija u Londonu, u saradnji sa UNICEF-om u Srbiji.

Koncept istraživanja, osmislila je i sprovela profesorka Holi Hicks-Smol sa Pedagoškog fakulteta državnog univerziteta Portlandu u Sjedinjenim Američkim Državama, uz učešće nacionalne konsultankinje docentkinje Snežane Ilić sa Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerziteta u Beogradu.

Za osmišljavanje i praćenje istraživanja formiran je Savetodavni odbor koji su činili predstavnici relevantnih ministarstava, stručnjaci različitih naučnih disciplina iz oblasti zdravlja, socijalne zaštite i obrazovanja, aktivni u pružanju ranih intervencija u Srbiji kao i predstavnici udruženja roditelja dece sa smetnjama u razvoju. Članovi Savetodavnog odbora su u svim fazama istraživanja (definisanje koncepta, razvijanje istraživačkih instrumenata, analiza i tumačenje prikupljenih podataka, finalizacija izveštaja) davali svoj puni doprinos, uloživši svoje profesionalno znanje, ličnu posvećenost i entuzijazam, u nastojanju da se deci koja imaju rizik od razvojnih kašnjenja i deci sa smetnjama u razvoju obezbede bolji životni uslovi u Srbiji (imena članova Savetodavnog odbora su u prilogu izveštaja).

Koordinaciju istraživanja na državnom nivou od početka do kraja vodile su Dragana Sretenov, viši program menadžer Programa za rani razvoj Fondacije za otvoreno društvo u Londonu, i Jelena Zajeganović Jakovljević, specijalista za rani razvoj UNICEF-a u Srbiji.

Istraživanje ne bi bilo moguće bez aktivnog učešća roditelja i stručnjaka (vaspitača, medicinskih stručnjaka, terapeuta) koji sprovode programe podrške deci i roditeljima, koji su podelivši svoja iskustva, znanja i stavove doprineli kvalitetu istraživanja. Tehničku i logističku podršku u realizaciji istraživanja i izradi analize pružio je Beogradski psihološki centar.

# Sadržaj

<b>Pregled</b>	<b>7</b>
<b>1. UVOD</b>	<b>15</b>
1.1 Svrha, ciljevi i obim situacione analize	15
1.2 Pregled intervencija u ranom detinjstvu	16
1.3 Međuresorna priroda ranih intervencija	19
1.4 Principi i komponente savremenih ranih intervencija	20
1.5 Koliko su korisne rane intervencije	20
1.6 Nacionalni kontekst	22
1.7 Zakoni i javne politike	24
1.8 Postojeći sistemi	27
<b>2. METODOLOGIJA</b>	<b>34</b>
2.1 Konceptualni okvir	34
2.2 Pristup i vremenski okvir	40
2.3 Postavljanje analize u okvire postojećih sistema	41
2.4 Učesnici u istraživanju	42
<b>3. REZULTATI</b>	<b>45</b>
3.1 Sumnja na kašnjenje u razvoju i identifikovanje kašnjenja	45
3.2 Skrining i procena	50
3.3 Profesionalna mišljenja o skriningu i uslugama	54
3.4 Dostupnost usluga	56
3.5 Otkrivanje razvojnih kašnjenja i smetnji kod dece	60
3.6 Razvijanje individualizovanih planova podrške za dete i porodicu	63

3.7 Pružanje usluga	65
3.8 Mesto pružanja usluga i izvor finansiranja	68
3.9 Opažene prepreke u pružanju usluga deci mlađoj od tri godine	75
3.10 Kapaciteti primarne zdravstvene zaštite	77
3.11 Profesionalno usavršavanje i udruživanje	78
3.12 Kapaciteti roditelja	79
3.13 Prepreke ranoj intervenciji u okviru predškolskog vaspitanja i obrazovanja	81
3.14 Analiza uloge ministarstava i visokoškolskih institucija	84

## **4. ZAKLJUČAK I PREPORUKE** **90**

4.1 Glavni nalazi	90
4.2 Opšte dugoročne preporuke	93
4.3 Specifične kratkoročne preporuke	97
4.4. Ograničenja	99

## **5. DODACI** **101**

Prvi dodatak: Primeri pitanja u okviru polustrukturisanog intervjua	103
Drugi dodatak: Upitnik za roditelje	104
Treći dodatak: Upitnik za stručnjake	120
Četvrti dodatak: Instrumenti koje koriste stručnjaci koji su popunjavali upitnik	140
Peti dodatak: Savetodavni odbor	142

## **Literatura** **143**



# PREGLED

Iako je u Srbiji u protekloj deceniji napravljen napredak u pružanju usluga deci sa razvojnim kašnjenjem i smetnjama u razvoju i njihovim porodicama, potreba da se na nivou države razvije pravedan sistem za sprovođenje intervencija u ranom detinjstvu raste.

## Intervencije u ranom detinjstvu

Intervencije u ranom detinjstvu predstavljaju međusektorski, interdisciplinarni i integrisani nacionalni sistem pružanja stručnih usluga deci od rođenja do tri godine starosti (ponekad i pet) sa razvojnim kašnjenjem, smetnjama, netipičnim ponašanjem, socijalnim i emocionalnim poteškoćama, te maloj deci kod koje postoji velika verovatnoća da će se do polaska u školu ispoljiti razvojno kašnjenje zbog pothranjenosti, hronične bolesti ili nekih drugih bioloških ili faktora sredine u kojoj žive. Usluge se koncipiraju prema prioritetima porodice i potrebama deteta, a intervencija se sprovodi u detetovom prirodnom okruženju, kao što su njegov dom, vrtić, centar u lokalnoj zajednici, prostor za igru ili bilo koja druga sredina u kojoj se nalaze i deca bez kašnjenja i smetnji u razvoju.

Delotvoran sistem za pružanje podrške i usluga rane intervencije je:

1. **Individualizovan.** Usluga je usmerena na snage deteta, interesovanja i motivaciju i odvija se u kontekstu njegovih svakodnevnih aktivnosti;
2. **Okrenut prema porodici.** Usluga je oslonjena na jedinstvene snage svake porodice, usmerena je na porodične prioritete i osetljiva na kulturološke razlike;
3. **Zasnovan na timskom radu.** Stručni radnici i porodica zajedno rade na rešavanju problema i donošenju odluka;
4. **Potkrepljen dokazima.** Strategije koje se koriste u dostizanju funkcionalnih ishoda oslanjaju se na najkvalitetnije dokaze i iziskuju koordinisan, sveobuhvatan pristup njihovoj primeni;
5. **Usmeren na rezultate.** Usluga je koncipirana tako da se radi na povećanju detetove sposobnosti da učestvuje u uzrastu prilagođenim aktivnostima i rutinama;
6. **Stavljen u odgovarajući kontekst.** U planiranju i realizaciji intervencija vodi se računa o tome gde i kada se konkretna veština koristi;

Pružanjem usluga rane intervencije obezbeđuje se ispunjavanje međunarodno ustanovljenih prava deteta (Konvencija o pravima deteta, 1989) i ključnih zahteva Konvencije o pravima osoba sa smetnjama u razvoju (CRPD, 2006). Svako dete ima pravo da odraste u krugu svoje porodice, da se razvija i učestvuje u životu svoje porodice i zajednice što je više moguće i da dobije pomoć ukoliko njegov razvoj kasni ili ima teškoće



u razvoju. Rane intervencije predstavljaju glavni temelj za obezbeđivanje inkluzivnog obrazovanja i razvoj inkluzivnih zajednica u kojima su deca svih nivoa sposobnosti smatrana jednako vrednom i prihvaćena.

Programi i usluge ranih intervencija podrazumevaju: (a) terenski rad kako bi se pomoću skrininga i procene razvoja identifikovala deca i porodice kojima je usluga potrebna; (b) da se pružanje usluga i intervencije baziraju na funkcionalnoj proceni detetovog razvoja; (c) da se dete i rezultati programa podrške prate i evaluiraju u odnosu na dostizanje kratkoročnih zadataka i dugoročnih ciljeva. Tim zadužen za intervencije u ranom detinjstvu, uključujući i porodicu, udruženo radi na tome da se detetu olakša prelaz iz okruženja u kojem je sprovedena rana intervencija (zdravstvena ili ustanova socijalne zaštite ili neka druga) u vrtić ili školu.

## Svrha, ciljevi i obim situacione analize

U ovoj situacionoj analizi ispituju se oblasti koje su ključne za razvoj nacionalnog sistema za rane intervencije u Srbiji. Tu spadaju javne politike, programi, propisi, priprema kadra, dostupnost i domet usluge, standardi, finansijska podrška i mehanizmi odgovornosti. Ovaj dokument obuhvata: (a) iscrpan pregled principa i komponenti na kojima danas počivaju rane intervencije; (b) detaljan prikaz aktuelnog konteksta u kome se u Srbiji sprovode intervencije, uz analizu postojećih zakona, javnih politika i sistema; (c) rezime nalaza dobijenih iz upitnika kojima su ispitani roditelji i stručni radnici; i (d) opšte i specifične kratkoročne i dugoročne preporuke za razvoj održivog i fleksibilnog sistema za rane intervencije u Srbiji.

## Postojeće usluge i sistemi

Porodice u Srbiji imaju mogućnost da koriste nekoliko usluga prevencije i podrške u prvim godinama detetovog života. Reč je o prenatalnoj zaštiti, kućnim posetama patronažnih sestara i redovnim pedijatrijskim kontrolama dece. Za decu sa razvojnim kašnjenjem ili razvojnim poteškoćama postoje specijalizovane usluge, koje su dostupne u razvojnim savetovalištim na nivou primarne zdravstvene zaštite, kao i na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Osim toga, UNICEF Srbija aktivno saraduje sa Vladom Srbije na povećanju dostupnosti kvalitetnog predškolskog vaspitanja i obrazovanja jačanjem pravnog i institucionalnog okvira sistema i finansiranjem različitih programa usmerenih na inkluziju najranjivije dece u sistem predškolskog vaspitanja i obrazovanja.

U Srbiji je u saradnji sa nevladinim organizacijama i partnerima sa univerziteta sprovedeno nekoliko pilot-projekata. U ovim projektima akcenat je bio stavljen na inkluziju u predškolskom vaspitanju i obrazovanju i sprečavanje razdvajanja porodice. Iako nisu do kraja razvijene, sve komponente važne za sprovođenje ranih intervencija već postoje ili su u začetku. Na primer, pojedini pedijatri u Srbiji rade razvojni skrining; neki od njih dostigli su zavidan nivo u procenjivanju dečijeg razvoja; i stručni radnici iz drugih disciplina imaju bogato znanje koje može poslužiti kao čvrst temelj za razvoj usluga rane intervencije u Srbiji.

## Opšte dugoročne preporuke

Sledi niz preporuka za dugoročno planiranje proširenja dometa i opsega sistema i usluga rane intervencije:

- **Ispitati mogućnost uspostavljanja međusektorske saradnje.** Bez transparentnog rada i saradnje između Ministarstva zdravlja, Ministarstva za socijalna pitanja i Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja biće teško razviti nacionalni sistem za rane intervencije. Potrebno je da predstavnici tri ministarstva razmotre mogućnosti za saradnju i da odluče koje ministarstvo će preuzeti vodeću ulogu u razvoju sistema ranih intervencija. Kako bi se naglasila važnost inkluzije, najbolje bi bilo da Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja preuzme vodeću ulogu. Osim toga, predstavnici tri ministarstva treba da odrede procenat u kojem će svako ministarstvo finansijski doprineti razvoju i funkcionisanju sistema ranih intervencija, kao i standarde i mehanizme odgovornosti.

  - Ustanoviti nacionalnu međusektorsku radnu grupu koja će na regionalnom nivou imati svoje međusektorske centre.
  - U okviru pilot-projekta uspostaviti regionalne centre u kojima će se držati obuke i pratiti realizacija pilot-projekta na izabranim lokacijama. Za rad u centrima treba birati ljude sa znanjem i iskustvom u oblastima: ranog razvoja, rada sa decom kod koje su prisutne razvojne poteškoće, funkcionalne procene razvoja, konsultativne prakse, uključivanja roditelja, dečjih prava, kao i drugim oblastima i kriterijumima selekcije koji budu odabrani u dogovoru sa savetodavnim odborom koji bi bio nadležan za rad centara. Među članovima centra trebalo bi da budu stručnjaci različitih profila koji žele i voljni su da uče o ranim intervencijama i da ih integrišu u svoju praksu. Potrebno je da članovi centra zastupaju kulturološku i jezičku raznovrsnost lokaliteta/regiona i da imaju iskustva u radu sa porodicama različitog socio-ekonomskog i obrazovnog statusa.
  - Obučiti članove regionalnih centara da drže obuke i prate implementaciju pilot-projekta u oblasti ranih intervencija. Veća posvećenost i napredak mogu se očekivati ako članovi, pored obuke i nadzora, rade i monitoring primene stečenih znanja. Za centre treba da bude nadležno telo na nacionalnom nivou npr. Nacionalni savetodavni odbor, koji će da prati proces implementacije i o razvoju sistema rane intervencije pruža povratne informacije stručnom konsultantu za model intervencije zasnovane na rutinama.
- **Napraviti pilot-ispitivanje usluga rane intervencije u tri regiona** i odrediti elemente modela/sistema ranih intervencija, koje treba standardizovati i delove koji mogu ostati fleksibilni. Time bi se izašlo u susret specifičnim kontekstualnim potrebama, ali i osigurali kvalitet i efikasnost.

  - Napraviti pilot-testiranje jednog funkcionalnog, koordinisanog, inkluzivnog sistema koji sadrži sve ključne komponente rane intervencije. Odabrane komponente treba probno testirati na nekoliko lokacija sa raznovrsnom populacijom (na primer, u gradskim, prigradskim i seoskim sredinama) pre proširenja na nacionalni nivo.
  - Pilotirati model intervencije zasnovan na dnevnim rutinama, tako da čitav proces kod dece mlađe od tri godine vodi osoblje iz razvojnih savetovaništa. Za ovaj model intervencije postoji obiman materijal za obuku, metode za ocenu valjanosti implementacije i, mada je osmišljen tako da se pri-

menjuje u detetovom prirodnom okruženju, može se u prvo vreme implementirati u razvojnom savetovalištu. Takođe se može sprovoditi u jaslicama, vrtićima i u detetovom domu.

- Za decu uzrasta od tri do pet godina napraviti pilot-tim za podršku u vrtićima prema modelu intervencije zasnovane na dnevnim rutinama. Treba podsticati uključivanje dece mlađe od tri godine u inkluzivne programe koji se odvijaju u jaslicama i vrtićima, a na osnovu koordinacije razvojnih savetovališta i timova pri vrtićima. Proučiti pilot-programe kako bi se osmislili naredni koraci.
- Pilotirati model gostujućih stručnjaka za podršku u vrtićima koji nisu dovoljno veliki da formiraju svoje timove za podršku.
- Razmotriti doslednije i intenzivnije uključivanje pedagoškog asistenta kako bi se pružila veća podrška vaspitačima, nastavnici i svojoj deci, a ne samo deci sa razvojnim kašnjenjima ili smetnjama. Uspostaviti karijerni put za pedagoške asistente koji bi radili u nastavi ili učestvovali u sprovođenju rane intervencije.
- **Informisati opštu populaciju i roditelje o važnosti prvih pet godina života**, kako za decu sa razvojnim kašnjenjem i smetnjama tako i za decu tipičnog razvoja. Kreirati posebne komunikacijske kampanje za profesionalce koji rade sa decom ovog uzrasta. Postarati se da stručnjaci i roditelji saznaju kuda sve mogu uputiti decu na razvojni skrining ili procenjivanje toka razvoja i koje vrste usluga mogu da dobiju ukoliko se radi o kašnjenju ili smetnjama. Potrebno je da se predstavnici tri ministarstva ili članovi novoosnovane međusektorske radne grupe dogovore ko će predvoditi aktivnosti za informisanje javnosti. Preporučuje se osnivanje zajedničke međusektorske radne grupe za tu namenu, čiji će rad pratiti Nacionalni savetodavni odbor za rane intervencije.
  - Pokrenuti veb-sajt sa kratkim video-klipovima o ranim intervencijama, o značaju ranog prepoznavanja razvojnih problema i pružanja podrške.
  - Obezbediti štampane materijale za pedijatrijske ordinacije, jaslice i vrtiće o ranim intervencijama i ranom prepoznavanju, uz informacije o tome kome roditelji mogu da se obrate u slučaju da su zabrinuti za svoje dete.
  - Napraviti mapu službi koje već postoje u opštinama i na nivou čitave zemlje, i te informacije učiniti dostupnim roditeljima i stručnim radnicima koji rade sa malom decom i njihovim porodicama.
- **Osmisliti detaljan sistem terenskog rada, skrininga i upućivanja dece na dalje preglede**, uključujući jednoobrazne formulare i zajedničke pakete obuke. Predstavnici tri ministarstva ili članovi međusektorske komisije treba da odrede ko će predvoditi aktivnosti u vezi sa uspostavljanjem sistema skrininga. Preporučuje se osnivanje zajedničke međusektorske radne grupe, čiji će rad pratiti Nacionalni savetodavni odbor ili neko slično telo.
  - Obučiti članove regionalnih centara da drže obuke u svojim opštinama. Obučiti stručne radnike iz domova zdravlja, razvojnih savetovališta i predškolskih ustanova da vrše skrining, tumače i međusobno razmenjuju rezultate.
  - Budući da stručnjaci iz zdravstvenih ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou nisu neposredno uključeni u rutinsko sprovođenje razvojnog skrininga, u njihovoj obuci treba se fokusirati samo na interpretaciju rezultata, ne i na sprovođenje skrininga.

- Uvesti univerzalni skrining koji će do druge godine života raditi pedijatri, a sa decom starijeg uzrasta pedijatri i osoblje iz predškolskih ustanova. Preporučuje se da se skrining na nacionalnom nivou sprovodi na svakih četiri do šest meseci do detetove druge godine, a na svakih šest meseci do godinu dana posle 24 meseca života. Kod dece kod koje su prisutni višestruki rizici od razvojnog kašnjenja skrining treba vršiti češće.
- Razraditi pravila za upućivanje dece na dalje preglede i pažljivo pratiti decu kod koje postoji veći rizik za pojavu razvojnog kašnjenja.
- U domove zdravlja i razvojna savetovališta, u kojima se probno primenjuje (pilotira) model rane intervencije, uvesti sistem skrininga i procenjivanja razvoja.
- U predškolske ustanove uključene u pilotiranje modela, takođe uvesti sistem skrininga i procenjivanja razvoja.
- Na svakoj lokaciji u kojoj se pilotira projekat razraditi sheme i nivoe odlučivanja u vezi sa skriningom i daljim upućivanjem dece.
- **Pripremiti smernice za razvojni, socijalni i emocionalni skrining dece** pod pokroviteljstvom Ministarstva za socijalna pitanja.
  - Pripremiti smernice za skrining dece bez roditeljskog staranja.
  - Svu decu koja su predata na brigu nekom drugom (na primer, kod rođaka, u hraniteljsku porodicu, dom za decu i druge ustanove socijalne zaštite) trebalo bi uključiti u skrining zbog mogućeg razvojnog, socijalnog i emocionalnog kašnjenja u trenutku ulaska u sistem i obavljati ga tokom odrastanja prema utvrđenim vremenskim razmacima.
  - Decu koja odrastaju izvan svoje primarne porodice treba kontinuirano i redovno uključivati u skrining.
  - Neophodno je uspostaviti međusektorsku koordinaciju kako bi rezultati skrininga i procene razvoja stigli do osoba nadležnih za brigu i obrazovanje dece koja odrastaju izvan svoje primarne porodice.
- **Pripremiti standarde za procenu, uslove za ostvarivanje prava na uslugu i individualizovani plan podrške za dete.**
  - Pregledati i odabrati funkcionalne (i standardizovane, tamo gde je potrebno) alate za procenjivanje razvoja deteta, kako bi se odredilo ko ima pravo na uslugu i koji su ciljevi individualnog plana podrške.
  - Odrediti preduslove za upotrebu instrumenta, vrste informacija koje se njime prikupljaju, troškove pojedinačne primene i tekuće troškove. Prednost dati funkcionalnom instrumentu za koji postoji razrađen plan i uputstvo za primenu.
  - Odabrati alate koji će se isprobati kroz pilotiranje funkcionalnog sistema ranih intervencija, uz uključivanje domova zdravlja, razvojnih savetovališta i predškolskih ustanova.
  - Standardizovati komponente koje se odnose na dalje upućivanje dece, procenu i sačinjavanje izveštaja o individualizovanom planu podrške kako bi se stručni radnici različitog profila i svih nivoa pružanja usluge lakše snalazili.

- Pripremiti međuinstitucionalne sporazume za razmenu rezultata procene uz saglasnost roditelja.
- Izvršiti reviziju jednog broja slučajeva u sklopu inicijalnog uspostavljanja mehanizama odgovornosti i kontrole kvaliteta, uz dodatno angažovanje oko poboljšanja saradnje i kvaliteta tamo gde je to potrebno.
- **Uspostaviti standarde i indikatore dobre prakse.**
  - Osmisliti plan praćenja i procene prakse, kako bi se definisao obim oopulacije koja ima pravo na uslugu, gde postoji kašnjenje u njenom pružanju i koji su rezultati.
  - Napraviti vremensku liniju i prateće indikatore kako bi se sve pilot-komponente modela rane intervencije progresivno implementirale i u drugim sredinama.
- **Razmotriti mogućnost uvođenja sertifikovanih programa obuke o ranim intervencijama,** kako bi se defektolozi, vaspitači, psiholozi, socijalni radnici, logopedi, fizioterapeuti, okupacioni terapeuti, medicinske sestre i zdravstveni radnici što bolje edukovali o ranim intervencijama i inkluzivnom obrazovanju. U edukacije se mogu uključiti i univerziteti, regionalni centri i ustanove u kojima se pilotiraju modeli rane intervencije kako bi njihovi predstavnici učestvovali u sastavljanju akreditovanih kurseva i paketa obuke. Sledi spisak mogućih oblasti obuke:
  - Kontinuirani razvoj deteta i važnost perioda od rođenja do šeste godine;
  - Praksa orijentisana ka porodici;
  - Skrining;
  - Procenjivanje dečijeg razvoja;
  - Opis trenutnog razvojnog nivoa i individualizovano planiranje podrške za dete i porodicu;
  - Definisane zadatke i ciljeva;
  - Uključivanje intervencije u detetovo prirodno okruženje i dnevne rutine;
  - Obuka za timski rad i saradnju među stručnjacima;
  - Modaliteti inkluzivnog predškolskog vaspitanja i obrazovanja;
  - Praćenje ostvarenog napretka i procena programa podrške;
  - Planiranje prelaska iz porodičnog okruženja u vrtić, odnosno iz vrtića u osnovnu školu;
  - Osmišljavanje procene zasnovane na kompetencijama i njeno povezivanje sa standardima.

## Specifične kratkoročne preporuke

Na osnovu nalaza dobijenih ovom situacionom analizom izvedene su sledeće kratkoročne preporuke (koje bi, na primer, trebalo sprovesti u narednih godinu dana). Ti koraci treba da: (a) prodube razumevanje i konceptualizaciju koordinisanog i sveobuhvatnog sistema usluga rane intervencije i (b) omogućće da se maksimalno iskoriste dobre prakse koje već postoje:

- **Proširiti primenu skrininga.** S obzirom na to da je pilot-skrining vršen u Novom Sadu i Beogradu na osnovu trećeg izdanja instrumenta *Ages and Stages Questionnaire*, da bi se njegova upotreba proširila potrebno je sakupiti informacije o primeni u ovim gradovima i uložiti napor da se primena proširi (na primer, obukama).
- **Uvesti univerzalni skrining dece od rođenja do treće godine koji bi radili pedijatri u domovima zdravlja,** koji bi uput za razvojno savetovalište davali ukoliko je: (1) na skriningu dobijen rezultat ispod granične vrednosti ili (2) ako je pedijatar ili roditelj zabrinut, bez obzira na to kakav je rezultat dobijen.
- **Uvesti univerzalni skrining dece uzrasta od tri do pet godina koji bi radio tim za podršku u predškolskoj ustanovi u saradnji sa pedijatrom** kako bi se: (1) maksimalno povećala stopa dece obuhvaćene skriningom i (2) vaspitači informisali o dobrim stranama i potrebama svakog deteta, na osnovu čega će moći da sastave plan i program podrške za dete i porodicu.
- **Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištima da blagovremeno proceni svako dete koje im je upućeno,** oslanjajući se na detetove snage i kapacitete porodice. Osoblje iz razvojnog savetovališta trebalo bi da analizira celokupne nalaze skrininga zajedno sa roditeljima i da uz stručnu procenu odluči kada treba dati „blagu” podršku i ponoviti skrining u rasponu od jednog do tri meseca, a kada treba uraditi kompletnu procenu da bi se utvrdilo da li je detetu potrebna veća pomoć i podrška.
- **Odabrati instrument za funkcionalnu procenu.** Analizirati nekoliko instrumenata i odabrati i adaptirati onaj koji će se koristiti u procesu procene i odabira dece koja se kvalifikuju za korišćenje usluga rane intervencije. Instrument bi trebalo da pruži dovoljno informacija na osnovu kojih će se razviti individualizovani plan intervencije/podrške. U preporučene instrumente spadaju *AEPS*<sup>1</sup>, *MEISR*<sup>2</sup> i *HELP*<sup>3</sup>. Pre odlučivanja i izbora trebalo bi analizirati mane i prednosti svakog instrumenta. Stručnjaci koji će ga koristiti moraju se obučiti za njihovu upotrebu, uključujući i praktičnu primenu praćenu povratnim informacijama od mentora ili edukatora. Pre upotrebe trebalo bi prevesti i adaptirati instrument.
- **Članove regionalnih centara obučiti da primenjuju ranu intervenciju, uključujući i model intervencije zasnovane na dnevnim rutinama.** Oni koji već imaju iskustva u radu sa malom decom i njihovim porodicama (na primer, socijalni radnici, pedagozi, psiholozi, medicinski stručnjaci, roditelji itd.) trebalo bi da se uključe u obuku za ranu intervenciju zasnovanu na dnevnim rutinama i pružanje povratnih informacija o napredovanju deteta. U centrima treba omogućiti slobodnu razmenu mišljenja i različitih gledišta među stručnjacima.
- **Centri bi trebalo da saraduju sa osobljem iz domova zdravlja, razvojnih savetovališta i predškolskih ustanova kako bi se prikupili podaci o aktuelnim potrebama, mogućnostima i problemima.** Osoblje koje pruža usluge na primarnom nivou zdravstvene zaštite (pedijatri i sestre), osoblje u razvojnim savetovalištima, medicinske sestre u jaslama i vaspitači u većim predškolskim ustanovama trebalo

<sup>1</sup> Sistem za procenjivanje i pravljenje programa za odojčad i decu (Assessment Evaluation and Programing System for Infants and Children, AEPS).

<sup>2</sup> Merenje angažovanosti, samostalnosti i socijalnih odnosa (Measurement of Engagement, Independence and Social Relationships, MEISR).

<sup>3</sup> Havajski profil ranog učenja (Hawaii Early learning profile, HELP).

bi unutar ustanove da dobiju pomoć i podršku od stručnjaka različitih profila/stručnih saradnika ustanove (na primer, logoped, defektolog, psiholog...).

- **Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištim da radi po modelu intervencije zasnovane na dnevnim rutinama**, koji će poslužiti kao osnova za procenu i sastavljanje individualizovanog plana usluge za decu mlađu od tri godine.
- **Pružiti podršku osoblju iz razvojnog savetovališta da sprovodi rane intervencije u savetovalištim** i kad god je moguće u detetovom prirodnom okruženju, u zajednici ili kući.
- **Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištim da pomogne roditeljima da se dete** najkasnije sa dve i po godine **uključi u predškolsku ustanovu** kako bi se isplanirao program podrške za dete i olakšao prelazak u vrtić u trećoj godini. Ako dete ranije krene u jaslice ili vrtić, stručni radnici u razvojnom savetovalištu treba osoblje iz jaslica i vrtića da uključe u sastavljanje individualizovanog plana podrške i da koordinišu strategije intervencije sa svim članovima tima, među kojima su i pedagoško osoblje i roditelji.
- **Specijalizovanom osoblju vrtića obezbediti obuke za primenu modela intervencije zasnovane na dnevnim rutinama** i drugim aktivnostima, po izboru stručnjaka iz razvojnih savetovališta. Posle ovakve obuke stručni radnici predškolskih ustanova moći će da pružaju podršku za inkluziju i drugim, manjim predškolskim ustanovama koje nemaju sopstveni tim za podršku inkluziji.
- **U predškolskim ustanovama oformiti pilot-tim za podršku inkluziji.** Članovi ovog tima trebalo bi da budu zaposleni stručnjaci različitih profila iz predškolske ustanove.
- **Usooblje u timovima za podršku u predškolskim ustanovama obučiti da olakšaju prelazak dece u formalno inkluzivno obrazovanje.** Njihova pomoć podrazumeva i pružanje podrške roditeljima, i to najmanje šest meseci pre detetovog prelaska u redovnu školu.
- **Raditi na tome da svaki član osoblja razvojnog savetovališta i tima za podršku u predškolskim ustanovama ima najviše 15-18 slučajeva** u vreme pilotiranja modela rane intervencije na prvom nivou pružanja usluge.
- **U sklopu rane intervencije često kontrolisati i registrovati decu u povećanom riziku od pojave razvojnog kašnjenja ili razvojnih smetnji.**
- **Informisati socijalne radnike o značaju ranih intervencija i obučiti ih da rade razvojni monitoring.**
- **U regionalnim centrima sakupljati podataka o obukama, problemima i uspesima pilotiranja modela** pomoću kvalitativnih i kvantitativnih metoda, među kojima su fokus grupe i studije slučaja.
- **Razmotriti mogućnost uspostavljanja saradnje sa univerzitetima u oblasti praćenja i procene.**
- **Sprovesti analizu troškova i efikasnosti kako bi se odredila cena i poboljšala efikasnost i širenje usluge rane intervencije nakon pilotiranja modela.**

# 1 UVOD

## 1.1 Svrha, ciljevi i obim situacione analize

**Situaciona analiza koncipirana je u cilju prikupljanja što više podataka o stanju postojećih zakonskih propisa i usluga koje država Srbija pruža deci sa razvojnim kašnjenjem ili razvojnim smetnjama od rođenja do pete godine života, kao i njihovim porodicama.** U ovoj situacionoj analizi ispituju se oblasti koje su od ključnog značaja za razvoj nacionalnog sistema ranih intervencija (RI/ECI<sup>4</sup>), namenjenih deci sa razvojnim kašnjenjem i smetnjama u razvoju ili onoj kod koje postoji verovatnoća da će se ispoljiti razvojne poteškoće zbog bioloških činilaca ili činilaca vezanih za njihovo okruženje. U ispitivane oblasti spadaju javne politike, programski propisi, priprema kadra, dostupnost usluga i njihov domet, standardi, finansijska podrška, kao i mehanizmi odgovornosti.

**U situacionoj analizi ustanovljeno je da u odgovarajućim sektorima, među kojima su zdravstvo, socijalna zaštita i prosveta, postoje relevantne nacionalne politike i propisi.** U analizi se daje procena stanja komponenti sistema ranih intervencija koje postoje u Srbiji, uključujući i aktuelne procedure za otkrivanje dece kojoj će ove usluge verovatno biti potrebne, njihovo upućivanje na druge službe sistema, procenu podobnosti i dostupnost usluga za podršku deci sa smetnjama u razvoju i njihovim porodicama.

**U situacionoj analizi razmatra se niz kontekstualnih činilaca za koje se zna da utiču na dostupnost i način pružanja usluga rane intervencije,** među kojima su razlike između urbanih i ruralnih sredina ili razlike u socio-ekonomskom statusu. U analizi se se takođe procenjuje jaz između profesionalnog razvoja osoblja koje primenjuje i koje ne primenjuje procedure rane intervencije, kao i prilike koje se nude, problemi zaposlenih i njihove snage.

**U analizi se ispituje i politička volja i održivi kontekst za razvoj sistema ranih intervencija u Srbiji** i razmatra učešće ključnih ministarstava, donosioca odluka, institucija, nevladinog sektora, univerziteta, instituta, profesionalnih udruženja i udruženja roditelja, te međunarodnih agencija. U analizi se identifikuju i procenjuju i prepreke i povoljne okolnosti za prelazak na sledeće korake prenošenja usluga rane intervencije na nacionalni nivo u skladu sa dobijenim preporukama.

**Ova situaciona analiza ranih intervencija nije sveobuhvatna ni po obimu niti po sastavu uzorka.** U tumačenju nalaza treba uzeti u obzir specifična ograničenja u dizajniranju analize, veličini uzorka i raspoloživom vremenu. Analiza, koju je naručio Program za rano detinjstvo Fondacije za otvoreno društvo u saradnji sa UNICEF-om Srbije, pruža podatke o trenutnom statusu ranih intervencija u državi i omogućava usmeravanje programskih intervencija relevantnih za kontekst Srbije.

<sup>4</sup> ECI — Early Childhood Intervention



## 1.2 Pregled ranih intervencija

### Definisanje oblasti

Rane intervencije (RI/ECI) predstavljaju međusektorski, interdisciplinarni i integrisani sistem profesionalnih usluga za decu od rođenja do treće godine života (ponekad i do pete godine ili dok dete ne započne formalno obrazovanje). Sistem mora imati pravnu osnovu, koju između ostalog čine i propisi kojima se regulišu uslovi pružanja usluge, zatim odredbe o stručnom kadru, finansiranju, praćenju i proceni.

Intervencija je namenjena deci kod koje postoji razvojno kašnjenje, smetnje u razvoju, poteškoće u ponašanju, socijalni i emocionalni problemi ili maloj deci kod koje će se verovatno ispoljiti kašnjenje u razvoju do polaska u školu zbog pothranjenosti, hronične bolesti ili drugih bioloških činilaca ili činilaca vezanih za životno okruženje. Usluga se oblikuje prema prioritetima porodice i potrebama deteta. Stručni kadar sprovodi intervenciju u detetovom prirodnom okruženju<sup>5</sup>, što podrazumeva i njegov dom, ustanove dečje zaštite i vaspitno-obrazovne ustanove sa inkluzivnom praksom<sup>6</sup>, predškolske ustanove, vrtiće, centre u lokalnoj zajednici, jaslice i igraonice ili druge sredine u kojima borave i deca bez smetnji u razvoju. Kada se intervencija ne može sprovesti u detetovom prirodnom okruženju, stručni radnici se trude da ostanu verni svojim principima i praksi. Na primer, videti *Agreed Upon Practices for Providing Early Intervention Services in Natural Environments*.<sup>7</sup>

### Pružanje podrške porodici

U državama u kojima je sistem ranih intervencija odavno uspostavljen došlo je do udaljavanja od multidisciplinarnih, klinički zasnovanih, izolovanih i uskostručnih intervencija na usluge koje pruža tim stručnjaka koji zajednički izlaze u susret potrebama deteta i porodice u njihovom prirodnom okruženju. U ovom trenutku preporučuju se interdisciplinarni ili transdisciplinarni modeli. Kada rade u okviru interdisciplinarnog modela, stručna lica koja između sebe redovno komuniciraju zasebno pružaju svoje usluge detetu i porodici pod nadzorom nadležnog koordinatora koji obično ne radi direktno sa korisnicima usluga. U sklopu transdisciplinarnog modela jedna osoba je zadužena za primarno pružanje usluge, dok se drugi članovi po potrebi konsultuju s primarnim stručnjakom i porodicom. Prema ovom modelu, osoba koja primarno pruža uslugu obavlja i ulogu koordinatora i primarnog nosioca intervencije. Pored stručnog lica koje primarno pruža uslugu (nosilac intervencije), može se ustanoviti i zaseban koordinator. Multidisciplinarni model skuplji je preko dva puta od transdisciplinarnog modela primarnog pružanja usluge (McWilliam, 2010, str. 131-132). Za više informacija videti *Early Intervention in Natural Environments: A Five-Component Model*.<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Prirodno okruženje obuhvata sve sredine u kojima mala deca sa razvojnim kašnjenjem i razvojnim smetnjama mogu da učestvuju u aktivnostima ili situacijama koje uobičajeno doživljavaju deca bez smetnji u razvoju ili razvojnog kašnjenja.

<sup>6</sup> Inkluzivno okruženje podrazumeva širok spektar obrazovnih aktivnosti u učionici ili drugim obrazovnim sredinama u kojima sa decom kod koje ne postoje smetnje u razvoju ili razvojno kašnjenje učestvuju i deca kod kojih postoji razvojno kašnjenje ili smetnje u razvoju.

<sup>7</sup> Preuzeto od [http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/AgreedUponPractices\\_FinalDraft2\\_01\\_08.pdf](http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/AgreedUponPractices_FinalDraft2_01_08.pdf)

<sup>8</sup> Dostupno na [http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/early\\_steps/training/documents/early\\_intervention.pdf](http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/early_steps/training/documents/early_intervention.pdf)

Stručnjaci koji sprovode rane intervencije dužni su da utvrde: 1) prioritete i potrebe porodice; 2) njene jake strane i resurse kojima raspolaže; 3) ustaljene dnevne rutine i aktivnosti; i 4) ciljeve koje članovi porodice postavljaju sebi i svom detetu. Kada je potrebno, stručna lica koja pružaju uslugu intervencije daju informacije o resursima u lokalnoj zajednici i upućuju decu na druge instance sistema. U sklopu rane intervencije porodici se pruža podrška da podrži dete tako što menja pristup intervenciji, razmenjuje informacije i ohrabruju se svi članovi porodice. Stručnjaci za rane intervencije sa članovima porodice grade čvrste odnose, pune poštovanja, bez obzira na socio-ekonomske, verske, kulturološke, jezičke ili druge razlike i prilagođavaju svoju komunikaciju i pristup kako bi zadovoljili specifične potrebe svake porodice. Stručnjaci za intervencije trude se da pomognu roditeljima da steknu znanja i veštine neophodne da svom detetu pomognu da se uključi u porodične aktivnosti, rutine i navike u kojima se želi ili očekuje da dete učestvuje. Uslugom rane intervencije pomaže se deci da stupe u interakciju sa svojim vršnjacima, porodicom i članovima zajednice i stvara se socijalna mreža u kojoj će moći ne samo da razviju svoje veštine već i da izgrade prijateljske odnose i steknu korisna iskustva.

## Podrška roditeljstvu

U okviru rane intervencije podržava se integritet i celovitost porodice i sprečava institucionalizacija dece. U Istočnoj Evropi u državnim ustanovama boravi preveliki broj dece sa smetnjama. Poznato je da zdravstveni radnici često savetuju roditeljima da dete kod koga je otkrivena smetnja smeste u neku državnu instituciju radi što optimalnije rehabilitacije i nege (*Johnson, Dovbnya, Morozova, Richards & Bogdanova, 2014*). Predstavnici organizacije Human rights rafts voč navode da je 2014. godine gotovo 80% dece koja su boravila u različitim institucijama u Srbiji imalo neku smetnju, a gotovo 60% nije pohađalo školu (*Human Rights Watch, 2017*). Prema podacima navedenim u godišnjem Izveštaju Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu za 2015,<sup>9</sup> od ukupnog broja dece (564) koja su boravila u institucijama, 78% su bila deca sa smetnjama. Gotovo 12% ove dece (mlađe od 17 godina) nije bilo uključeno u sistem obrazovanja (predškolske ustanove, osnovno i srednje obrazovanje). Najviše je bilo dece predškolskog uzrasta (9,5%).

## Podrška prosvetnim radnicima

Osim što se podržava porodica, u okviru rane intervencije pruža se podrška i medicinskim sestrama, vaspitačima i nastavnicima. Podrška se pruža kroz razumevanje i uvažavanje: 1) zabrinutost i potrebe prosvetnih radnika u vezi sa inkluzijom; 2) njihovih znanja, strategija podučavanja i snaga; 3) sredstava i izvora podrške; i 4) prioriteta i ciljeva inkluzije. Stručnjaci za rane intervencije koji rade u okviru vaspitno-obrazovnog sistema stekli su u sklopu tercijarnog obrazovanja savremena znanja iz pedagogije i intervencija zasnovanih na dokazima kako bi pružali podršku deci bez obzira na to da li imaju ili nemaju razvojno kašnjenje i smetnje u razvoju. U manjim ustanovama mogu se sresti tzv. gostujući stručnjaci, specijalisti za inkluziju. Oni svoje usluge stavljaju na raspolaganje većem broju odeljenja u velikoj školi ili obilaze nekoliko predškolskih ustanova u jednoj zajednici kako bi: (1) direktno pružali usluge deci i prilagodili ih potrebama svojih kolega;<sup>10</sup> (2) obučili kolege da pomažu deci tako razvijanjem individualnog plana i programa podrške; (3) pružili

<sup>9</sup> Republički zavod za socijalnu zaštitu, Izveštaj o smeštanju dece i mladih u državne institucije za 2015.

<sup>10</sup> Ovde se reč nastavnik odnosi na svakog člana nastavnog osoblja koji radi u učionici, uključujući i pedagoškog asistenta.

kolegi emocionalnu podršku i ohrabrenje; (4) bili njegov izvor informacija; i (5) započeli uspešan timski rad između nastavnika i svih ostalih članova tima koji pružaju uslugu detetu (na primer, logopeda, pedagoškog asistenta, roditelja). Gostujući stručnjaci moraju imati neophodno znanje o ranim intervencijama ili srodnim oblastima kao što su govor i komunikacija, fizikalna terapija, okupaciona terapija, poremećaji iz spektra autizma, oštećenje vida ili sluha, uz dodatno poznavanje principa ranih intervencija. Ovi stručnjaci sa znanjem iz srodnih oblasti, a ne specifično ranih intervencija, moraju slediti bazična načela ranih intervencija. S obzirom na to da uslugu pružaju u okviru konsultativnog modela, moraju poznavati principe učenja odraslih, znati kako da podstaknu saradnju koristeći konsultativne prakse.

U vaspitno-obrazovnom okruženju intervencija u ranom detinjstvu sprovodi se u saradnji sa porodicom i vaspitačima kako bi se plan pružanja podrške prilagodio detetovim individualnim potrebama. Takav plan podrazumeva: 1) zajednički postavljene, specifične i merljive kratkoročne zadatke i dugoročne ciljeve za decu (ovde se mogu uključiti i ciljevi za porodicu); 2) plan intervencije koji omogućava detetu da ispuni zadatke i ciljeve koji se ostvaruju u njegovom prirodnom okruženju; i 3) prilagođavanje aktivnosti i programa i druge potrebne adaptacije kako bi se do maksimuma povećala detetova uključenost i ostvarivanje postavljenih ciljeva. Stručnjaci uključeni u ranu intervenciju izvan predškolske ustanove, na zahtev vaspitača daju određene preporuke i povratnu informaciju o snagama deteta kod kojeg postoji razvojno kašnjenje ili razvojna smetnja kako bi vaspitači stekli jače samopouzdanje i bolje iskoristili svoje znanje. Stručnjak za rane intervencije može pomagati i pedagoškom asistentu u vrtiću ili čak može preuzeti na sebe da realizuje aktivnost u vrtiću sa svom decom, uključujući decu koja imaju razvojno kašnjenje ili smetnje u razvoju. Gostujući stručnjaci mogu organizovati grupne aktivnosti u kojima učestvuje i dete sa smetnjama u razvoju ili demonstrirati konkretne načine za podsticanje interakcije jedan na jedan sa detetom (na primer, tako što mu se daju vizuelni rasporedi pojedinačnih koraka u okviru aktivnosti ručka). Gostujući stručnjaci nastoje da se uključe u rad kolektiva, ne izvode dete sa časa i ne rade s njim izvan vršnjačke grupe. Zahvaljujući novim istraživanjima i dokazano dobrim praksama, nesumnjivo je da će polje ranih intervencija nastaviti dalje da se razvija.

Perspektivan put jeste i priprema „kombinovanih” programa obuke za vaspitače o tome kako da izađu u susret potrebama sve dece, uključujući decu koja uče ili se ponašaju na drugačiji način. Programi obuke budućih vaspitača trebalo bi da budu koncipirani tako da ih osnaže o tome kako da pripreme prostor i adaptiraju plan i program rada razvojnim i socijalnim potrebama sve dece. U kombinovanim programima sadržaj se takođe nastoji smestiti u obrazovni okvir univerzalnog dizajna učenja (UDL). Prema univerzalnom dizajnu učenja potrebno je prilagoditi i osmisliti nastavni plan i program, fizički prostor, nastavno okruženje, ulogu porodice, način procenjivanja, socijalno-emocionalnu sredinu i zdravstvene i bezbednosne komponente programa tako da odgovaraju svoj deci. Inkluzija je, prema univerzalnom dizajnu učenja, sočivo kroz koje se prelama svako planiranje programa i okruženja, a ne nešto o čemu se naknadno razmišlja.

## Podržavanje inkluzivnog društva

Temelj društvene inkluzije i inkluzivnog vaspitanja i obrazovanja postavlja se kroz rane intervencije. Ovim uslugama ne podržava se samo razvoj važnih veština kod male dece već se i roditelji osnažuju da ispune svoju ulogu prvog detetovog učitelja. Deca koja su uključena u usluge rane intervencije često uspevaju da

prevaziđu početno kašnjenje. Deci koja ih kontinuirano koriste potrebno je mnogo manje podrške da bi uspešno funkcionisala u inkluzivnom obrazovnom okruženju, ostvarila znatan napredak u socijalnom i emocionalnom razvoju i sticanju veština, ranom ovladavanju govorom, komunikacijom i pismenošću i umela da se postave na pravi način kako bi zadovoljila svoje potrebe (ECTA, 2016).

### 1.3 Međuresorna priroda ranih intervencija

Pristup koji je osmišljen pre više od pedeset godina vodi poreklo iz švedskog pokreta za normalizaciju, prvih praksi ranih intervencija u Kolumbiji i pokreta za prava osoba sa smetnjama u razvoju i prava građana u Sjedinjenim Državama. Polje ranih intervencija i dalje se razvija. Potkrepljen dokazima iz disciplina kao što su psihologija, pedagogija, socijalni rad, pedijatrija, nutricionizam, logopedija, fizikalna terapija, okupaciona terapija, audiologija, ortopedija i neurologija, praktičan rad u ovoj oblasti počiva na velikom korpusu znanja. Modeli pružanja usluge, koji su prvobitno bili zasnovani na kliničkom radu i rasparčani po disciplinama, prošli su kroz transformaciju u poslednjih dvadeset godina. Umesto nepovezanih multidisciplinarnih timova, sada se preporučuju interdisciplinarni ili transdisciplinarni timovi koji se prirodno bave holističkim potrebama deteta i porodice kroz individualizovanu i koordinisanu uslugu. Usluge su okrenute prema porodici, roditelji su ključni deo tima koji detetu pruža uslugu ranih intervencija. Porodica i drugi članovi tima zajednički sastavljaju individualni plan podrške kroz određenu uslugu, smišljaju i određuju najprioritetnije specifične, merljive, dostižne i vremenski određene ciljeve sa jasnim kriterijumima za praćenje napretka.

Mada obično jedno ministarstvo preuzima vodeću ulogu, od presudne je važnosti na nacionalnom i na lokalnom nivou uspostaviti saradnju između relevantnih resora. Resori zajednički rade na otkrivanju mogućnosti za integrisanje usluga i povećanje njihove efikasnosti, ali i za pronalaženje zajedničkih izvora finansiranja. Osim toga, obuka za rane intervencije u okviru inicijalnog obrazovanja i tokom rada, omogućena međuresornim i interdisciplinarnim sporazumima, zasniva se na principima najbolje prakse i standardima koje su postavila stručna udruženja. Na primer, uskostručna obuka iz fizikalne terapije i razvoja govora i komunikacije razlikovaće se po svom fokusu i obimu od obuke o ranim intervencijama. Međutim, ključni principi uspešnih ranih intervencija protezaće se kroz sve discipline (recimo, usluge su okrenute porodici, skrojene su prema individualnim potrebama, usmerene su na funkcionalne ishode<sup>11</sup>, izvode se u prirodnom okruženju). Učesnici obuke biraju raspon uzrasta kojim će se fokusirano baviti, umesto da prate celoživotni ciklus, kao što je uobičajeno. Iskustva iz prakse prilagođavaju se rasponu uzrasta, čime se terapeutima omogućava da pružaju uslugu rane intervencije. Uslugu rane intervencije može pružati logoped, okupacioni terapeut, fizioterapeut, lekar opšte prakse ili stručnjak za neko drugo primenjeno područje, pod uslovom da je pored znanja iz svoje primarne discipline, stekao i potrebna znanja o principima i praksama ranih intervencija. Deca se šalju kod stručnjaka u zavisnosti od potreba koje imaju, od potreba i preferencija

<sup>11</sup> Funkcionalni ishodi su ponašanja i prakse neophodne za život deteta i porodice; oni su odraz stvarnog životno kontekstualizovanog okruženja; spajaju različite razvojne domene i izlaze izvan okvira svih disciplina; u njihovom formulisanju ne koriste se žargonske reči već jasan i jednostavan jezik; ističe se ono što je pozitivno, a ne negativno; koriste se reči koje označavaju aktivnost, a ne pasivnost. „Tanja će popraviti tonus mišića da bi mogla da sedi”, nije funkcionalan ishod. „Tanja će sedeti s najmanjom mogućom potporom kako bi se igrala igračkama i jela zajedno sa svojom porodicom” — ovako glasi jedan funkcionalni ishod (ECTA Center — Centar za tehničku pomoć u ranom detinjstvu).

porodice i od kapaciteta stručnjaka koji pruža uslugu. Pogledati *Key Principles of Early Intervention and Effective Practices: A Crosswalk with Statements from Discipline-Specific Literature*.<sup>12</sup>

## 1.4 Principi i komponente savremenih ranih intervencija

S protokom vremena i zahvaljujući dokazima prikupljenim u Sjedinjenim Američkim Državama i drugim delovima sveta, praksa ranih intervencija menjala se u skladu sa rezultatima istraživačkih projekata, zahtevima roditelja i zaključcima stručnjaka uključenih u rane intervencije. Danas postoji nekoliko ključnih praksi u pružanju podrške i usluge rane intervencije, neophodnih za ostvarivanje optimalnih rezultata:

1. **Intervencija je individualizovana.** Pružanje usluge usmerava se prema detetovim snagama, interesovanjima i motivaciji, i to u kontekstu njegovih svakodnevnih aktivnosti;
2. **Orijentisana je prema porodici.** U pružanju usluga treba iskoristiti jedinstvene snage svake porodice, fokusirati se na njene prioritete i uvažiti kulturološke specifičnosti;
3. **Zasnovana je na timskom radu.** Stručni radnici i porodica sarađuju u rešavanju za dete i porodicu životno važnih pitanja i problema i zajednički donose odluke;
4. **Potkrepljena podacima.** Strategije koje se koriste za ostvarivanje funkcionalnih ishoda treba da budu zasnovane na najkvalitetnijim podacima i prilikom njihove realizacije potrebno je imati koordinisani i sveobuhvatni pristup;
5. **Usmerena je na rezultate.** Prilikom pružanja usluge treba pomoći detetu da se lakše uključi u aktivnosti, koje su uvek prilagođene njegovom uzrastu, snagama i mogućnostima
6. **Kontekstualizovana je.** U planiranju i realizaciji intervencije vodi se računa o tome gde i kada će dete koristiti konkretnu veštinu imajući u vidu da ona treba da odražava svakodnevne potrebe okruženja i aktivnosti u kojima dete učestvuje zajedno sa svojim vršnjacima i porodicom.

## 1.5 Koliko su korisne rane intervencije

### Ranim intervencijama ostvaruju se prava deteta

Obezbeđivanjem ranih intervencija ispunjavaju se međunarodno ustanovljena prava deteta (recimo, ona proklamovana Konvencijom o pravima deteta, 1989; ili Konvencijom o pravima osoba sa smetnjama u razvoju, 2006). Prema Konvenciji o pravima deteta, dete sa smetnjama u razvoju treba da „uživa pun i kvalitetan život, u uslovima koji obezbeđuju dostojanstvo, unapređuju samopouzdanje i olakšavaju njegovo aktivno učešće u zajednici” (Član 23[1]). Komitet za prava deteta navodi da se o deci sa smetnjama u razvoju „najbolje vodi računa i ona se najbolje neguju u okruženju porodice” (Opšti komentar br. 9). U članu 24 zahteva se ne samo to da roditelj i dete imaju pristup vaspitanju i obrazovanju već i da im budu blagovre-

<sup>12</sup> Preuzeto sa [http://ectacenter.org/~pdfs/topics/eiservices/KeyPrinciplesMatrix\\_01\\_30\\_15.pdf](http://ectacenter.org/~pdfs/topics/eiservices/KeyPrinciplesMatrix_01_30_15.pdf).

meno obezbeđeni adekvatni programi prevencije i unapređenja zdravlja. Zdravlje, definisano kao fizičko i mentalno, ali i kao društveno blagostanje, ne znači samo odsustvo bolesti ili smetnje. Potrebno je dostići i standarde javnog zdravlja, potvrđene dokazima i dobrom praksom. Osim toga, između Člana 24 i ostalih članova postoje i direktne i indirektno veze. Na primer, države potpisnice moraju da štite decu i od fizičkog i od mentalnog zlostavljanja (Član 19); moraju da obezbede deci sa smetnjama u razvoju pristup uslugama zdravstvene zaštite i uslugama rehabilitacije (Član 23); i da garantuju pristup nacionalnim i međunarodnim izvorima informacija koje se odnose na pružanje podrške fizičkom i mentalnom zdravlju deteta, njegovoj duhovnosti, društvenom razvoju i moralnom dobru (Član 17).

U Konvenciji o pravima osoba sa smetnjama u razvoju traži se da se deci i odraslima sa smetnjama omogućí da uživaju sva ljudska prava i osnovne slobode. U Članu 19 naglašava se važnost postojanja alternative smeštanju ovih osoba u institucije. Život u porodičnom okruženju i pristup obrazovanju jesu prava svakog deteta. U Konvenciji o pravima osoba sa smetnjama u razvoju u Opštem komentaru o inkluzivnom obrazovanju navodi se da: „Intervencije u ranom detinjstvu mogu biti posebno važne za decu sa smetnjama u razvoju jer im pomažu da ojačaju svoje kapacitete, da iskoriste prednosti obrazovanja jer podstiču pohađanje vaspitno-obrazovne ustanove i vaspitno-obrazovnih programa. Svaka takva intervencija mora jamčiti poštovanje dostojanstva i autonomije deteta. U skladu sa Ciljem 4 održivog razvoja i Agendom održivog razvoja do 2030, od država potpisnica Konvencije očekuje se da deci sa smetnjama u razvoju obezbede kvalitetnu brigu u ranom detinjstvu i predškolsko vaspitanje i obrazovanje, uporedo sa pružanjem podrške njihovim roditeljima i starateljima i organizovanjem obuke za njih. Ako se deca sa smetnjama u razvoju identifikuju i podrže u najranijem uzrastu, raste verovatnoća da će se nesmetano uključiti u predškolsko i osnovno obrazovanje. Države potpisnice moraju da obezbede koordinaciju između nadležnih ministarstava, organa i tela, kao i Organizacija za osobe sa smetnjama u razvoju i drugih partnera iz nevladinog sektora” (stav 65). Rane intervencije neophodne su da bi se obezbedilo sprovođenje ovih međunarodnih zakona.

### **Ranim intervencijama postavlja se temelj budućeg razvoja**

Optimalno vreme za učenje, za postavljanje čvrstog temelja budućeg razvoja i stvaranje dispozicije za učenje (na primer, istrajavanje u rešavanju teškog zadatka) počinje od trenutka početka i traje do treće godine života. Tada dolazi do razvoja vida, sluha, rečnika, jezika i motorike, uspostavljaju se društvene veze, razvijaju se emocije i oblasti mozga koje su odgovorne za matematiku i logiku. Nervne veze, koje predstavljaju osnovu učenja, ponašanja i zdravlja, najfleksibilnije ili „najplastičnije” su u prve tri godine života. Kako vreme odmiče, sve ih je teže promeniti. Ubrzo po začecu počinje izrazito buran razvoj mozga, tokom kojeg se svake sekunde uspostavlja od 700 do 1.000 novih neuronskih veza. Broj veza nastavlja da raste u prve tri godine života. U zavisnosti od toga kako se koriste, te veze se učvršćuju ili eliminišu (gase). Ako se kod deteta blagovremeno otkrije razvojno kašnjenje i potom mu se obezbede razvojno podsticajne interakcije dovoljnog intenziteta i trajanja, u velikom broju slučajeva razvojno kašnjenje će biti prevaziđeno (Centar za dete u razvoju, *Center on the Developing Child*, N.D.; 2007).

### **Rane intervencije višestruko vraćaju uloženo**

Obezbeđivanje podrške u prvim godinama života kroz intervencije isplativo je jer se tako smanjuje ulaganje u intervencije kasnije u životu. Istraživanja pokazuju da svaki dolar koji se uloži u rano obrazovanje i

podršku ostvari uštedu između sedam i 21 dolar koji bi se kroz život morali uložiti u skuplje usluge koje će biti potrebne osobi jer nije bila uključena u ranu intervenciju (Heckman & Masterov, 2007; Rolnick & Grunewald, 2003; Sayre, Devercelli, Neuman, & Wodon, 2015). Negativna iskustva u ranom detinjstvu, kao što su život u ekstremnom siromaštvu, zlostavljanje i zanemarivanje, institucionalizacija, mogu oštetiti mozak u razvoju i dovesti do trajnih problema u učenju, ponašanju, fizičkom i duševnom zdravlju, narušiti sposobnost rešavanja problema, empatije, kao i druge izvršne funkcije kao što su planiranje, organizacija i posvećivanje pažnje — ključno važne za uspeh u školi i u životu. Deca sa smetnjama u razvoju tri puta su u većoj opasnosti da dožive neku vrstu zlostavljanja (Davis, 2011). Rane intervencije kod staratelja ojačavaju kapacitete da se brinu o ovoj deci i podstiču zdravu porodičnu dinamiku. Pozitivna rana iskustva — pre svega stabilni odnosi sa brižnim i respozivnim odraslima, bezbedno i stabilno okruženje i adekvatna ishrana — povoljno utiču na razvoj mozga, akademsko postignuće, socijalno i emocionalno prilagođavanje, nalaženje posla i visinu zarade. Pozitivna rana iskustva takođe smanjuju potrebu za institucionalizacijom i odrastanjem u neinkluzivnom okruženju i neophodan su uslov dobrog zdravlja i razvoja.

## 1.6 Nacionalni kontekst

Republika Srbija se nalazi na jugu Evrope i ima 7,1 milion stanovnika (Republički zavod za statistiku, 2015). Srbija je 2009. i zvanično podnela zahtev za pridruživanje Evropskoj uniji (EU). Evropska komisija je 2011. preporučila Srbiju za kandidaturu za ulazak u EU, uz nužan uslov da se poboljšaju odnosi sa Kosovom.

Pored glavnog grada Beograda, Srbija ima i 24 okruga. Centralna Srbija ima 24 grada i 168 opština. Beograd je najveći grad sa 1.350.000 stanovnika. U gradskim sredinama živi 59% ljudi, a 41% u seoskim. Uopšteno gledajući, stanovnici gradova imaju bolji pristup obrazovnim, zdravstvenim i socijalnim uslugama.

Zvaničan jezik je srpski. Prema Popisu iz 2011. godine, većina stanovnika su etnički Srbi (83,3%), a nakon njih Mađari (3,5%), Romi (2,1%), Bošnjaci (2,0%), Hrvati (0,8%), Slovaci (0,7%) i ostali (7,5%).

U Srbiji se beleži pad stope fertiliteta sa 1,73 porođaja po ženi 1991. godine na 1,32 u 2013. Stopa prirodnog priraštaja između 2010. i 2015. bila je -0,5. Međutim, od 2013. godine zaustavio se trend negativnog priraštaja (Paunović, 2017). Starost prvorođene porašla je sa 24,9 godina 2000. na 27,7 u 2012. (Bogdanović, Lozanović, Milovančević i Jovanović, 2016). Očekivani životni vek kod žena je 77,5 godina, a kod muškaraca 71,8 godina. Mortalitet novorođenčadi opao je u periodu 2010-2015. sa 6,4 na 5,9 odsto na 1.000 živorođenih beba (Svetska banka, *n.d.*)<sup>13</sup>.

U Srbiji živi 1.230.469 dece (17,3% stanovništva) (Republički zavod za statistiku, 2015). U 2011. ukupno 465.896 dece bilo je mlađe od šest godina (262.313 bilo je mlađe od tri godine). Prosečna starost stanovnika je 42,2 godine, što znači da celokupno stanovništvo pripada starijoj kategoriji. Prema navodima UNHCR-a, 7,96 odsto stanovništva Srbije ima neku smetnju (UNHCR, 2016). U hraniteljske porodice smešteno je 90% dece koja su lišena porodične sredine, a 10% u ustanove socijalne zaštite (Paunović, 2017). U 2016. godini 5.299 dece mlađe od 18 godina bilo je smešteno u hraniteljske porodice. Od tog broja njih 444 imalo je smetnje u razvoju.

<sup>13</sup> Preuzeto sa <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2015&locations=RS&start=2010>.

Prema navodima Tima za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije (2016), minimalna mesečna zarada iznosi 21.000 RSD, dok je prosečna mesečna socijalna pomoć za četvoročlanu porodicu 16.178 RSD (131 EUR). U 2006. godini 8,8% stanovništva spadalo je u kategoriju siromašnih, dok ih je 2014. bilo 8,9%. Procenat stanovnika Republike Srbije koji prijavljuju da teško ili jedva „sastavljaju kraj s krajem” bio je 24,6%.

Negativna iskustva u ranom detinjstvu utiču na detetova kratkoročna i dugoročna zdravstvena i razvojna dostignuća. Uspostavljanje snažne afektivne veze sa bar jednom osobom koja konstantno brine o detetu, pozitivne porodične veze, dobra samoregulacija i istrajnost u rešavanju teških zadataka mogu poslužiti kao zaštitni faktori ili pozitivni medijatori (*Banyard, Hamby & Grych, 2017; Black et al., 2017; Britto et al., 2017; Jabès & Nelson, 2014*). Unutar zemlje takođe postoje razlike. Na primer, u donjoj tabeli navedeni su indikatori razvojnog kašnjenja za celu populaciju Srbije i posebno za decu koja žive u romskim naseljima sa znatno manje sredstava. Generalno gledano, nekoliko faktora rizika, kao što su mala porođajna masa, zaostajanje u rastu, mali broj knjiga u kući, kao i to da deca ne pohađaju predškolske ustanove, da su ih roditelji dobili kao vrlo mladi i, konačno, nisko obrazovanje roditelja, povezuju se sa usporenim razvojem.

**Tabela 1 Činioci povezani sa razvojnim kašnjenjem**

	Srbija (%)	Romska naselja (%)
Mala porođajna masa	5,1	14,7
Zaostajanje u rastu	6,0	18,5
Više od tri knjige u kući	71,9	11,9
Više od dve vrste igračaka	75,0	53,2
Pohađanje predškolskih ustanova	50,2	5,7
Porođaj između 15. i 19. godine	2,8	32,8
Majke bez srednje škole	12,6	91,9
Podrška očeva u učenju	36,5	17,3

Mada činioci kao što su siromaštvo, uzrast ili obrazovanje majke ne moraju nužno značiti da će dete imati razvojne poteškoće, mnogi roditelji koji se bore sa neadekvatnim uslovima života, kao što su ograničen pristup hranljivim namirnicama, loša higijena, neadekvatni uslovi stanovanja i slaba podrška društva mogu imati poteškoće u ispunjavanju osnovnih fizičkih i emocionalnih potreba, kako svojih ličnih tako i detetovih.

Mnoge porodice u Srbiji, uključujući i tradicionalno marginalizovane delove stanovništva kao što su Romi, u poređenju sa ostatkom populacije raspolazu sa manje finansijskih sredstava, imaju niži nivo obrazovanja i slabije koriste knjige i kompjutere (UNDP, 2017). Uprkos lošijem finansijskom i obrazovnom statusu, u romskim domaćinstvima beleži se ipak viša stopa isključivog dojenja dece do trećeg i do petog meseca života, što je važan činilac za uspostavljanje vezanosti i boljeg zdravlja u kasnijem dobu. Kvalitativni podaci iz nedavnog UNICEF-ovog izveštaja (iz 2014) otkrivaju da su majke Romkinje, koje su učestvovala u ispitivanju, svesne važnosti igranja sa detetom i da u igri koriste igračke, mada ponekad nisu sigurne u to kako da stimulišu dete na razvojno podsticajan način.



Anegdotski podaci iz susednih država sa sličnim kontekstom kao u Srbiji ukazuju na to da roditelji dece sa smetnjama uglavnom imaju nerazrešena, negativna osećanja prema detetovoj smetnji. Pored toga, istočnoevropski stručnjaci koji sprovode rane intervencije ističu razlike unutar samih država. Posebno naglašavaju da se mnogo veći procenat roditelja koji žive izvan velikih gradskih sredina slabije razume u razvoj dece i da je tu stopa interakcije između roditelja i dece niža. Uopšteno, istočnoevropski stručnjaci za sprovođenje ranih intervencija preporučuju da se pre započinjanja intervencije prvo analizira funkcionisanje porodice i, između ostalog, priroda interakcije između roditelja i deteta. Na primer, jedna služba u Republici Gruziji snima (uz pristanak porodice) roditelje dok se igraju sa svojim detetom, u okviru procesa orijentacije usluge, kako bi uočili obrasce interakcije između roditelja i deteta i između jednog i drugog roditelja. Potom stručnjaci za intervenciju dobijaju priliku da razgovaraju o snimku s roditeljima kako bi poboljšali domet svoje usluge. Oni tada mogu da zamole roditelje da im kažu svoje utiske, mogu da im skrenu pažnju na pozitivne odlike u njihovom ponašanju koje su uočili na snimku i pruže im povratnu informaciju i potrebne preporuke. Snimci se takođe koriste tokom sprovođenja intervencije i mogu se pokazivati roditeljima kao ilustracija promene u njihovom ponašanju i detetovom napredovanju. Iako u Gruziji još nije testirana delotvornost (efektivnost) ovakvog pristupa, postoji mnogo dokaza koji govore u prilog njegovoj efikasnosti.<sup>14</sup>

Prilikom uspostavljanja sistema za rane intervencije treba voditi računa i o biološkim faktorima rizika. U poslednje dve decenije u Srbiji je u znatnoj meri smanjena stopa smrtnosti odojčadi zahvaljujući boljoj i savremenijoj medicinskoj nezi, uz povećani zdravstveni rizik. Smanjenje stope smrtnosti odojčadi prati povećanje broja dece kod kojih postoji opasnost od javljanja razvojnih smetnji. Pored toga, vantelesna oplodnja je sve prisutnija, sve je veći broj višeplođnih trudnoća koje prati povećani rizik od preuranjenog porođaja i niske porođajne mase. Bebe koje imaju malu težinu na rođenju imaju veće zdravstvene rizike, kao što su slabiji imuni sistem, dijabetes, srčane bolesti, u poređenju sa bebama koje su rođene sa uobičajenom težinom.

Imajući sve ovo u vidu, usluge rane intervencije treba integrisati u paket usluga za poboljšanje ranog razvoja kako bi se obezbedila kontinuirana briga: planiranje porodice, antenatalna briga za majku i dete, zdrava briga u kući i otkrivanje i lečenje dečjih bolesti i razvojnih kašnjenja, nutricionistička podrška, izrazito kvalitetna briga u ranom detinjstvu i rani obrazovni programi.

## 1.7 Zakoni i javne politike

Srbija je potpisnica osam osnovnih međunarodnih ugovora o ljudskim pravima, zaključenih u okviru Ujedinjenih nacija. Srbija je ratifikovala Evropsku konvenciju o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda, Konvenciju UN o pravima deteta (1989), iz koje je pedeset četiri člana uključeno u Ustav. Osim toga, Srbija je ratifikovala i Konvenciju UN o pravima osoba sa invaliditetom. Dakle, svi opšti komentari koji se odnose na Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom moraju se poštovati. Srbija nema sveobuhvatan zakon o deci. Prava deteta uključena su u specifične zakone iz oblasti prosvete, zdravstva, unutrašnjih poslova, pravosuđa, socijalne zaštite, zaštite deteta i u druge zakone (Paunović, 2017). Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom iz 2006. godine zabranjuje diskriminaciju na osnovu invaliditeta, dok Strategija iz

<sup>14</sup> Videti Fukink, R. G. (2008). Povratna informacija o snimku je na velikom ekranu: metaanaliza porodičnih programa. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 904-916.

2007. godine obuhvata mere za definisanje invaliditeta, odnosno smetnji u razvoju, kao i ciljeve i aktivnosti pomoću kojih bi se mogla poboljšati situacija u kojoj se nalaze osobe sa smetnjama. Osim toga, Srbija ima i Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom iz 2009, u kojem se promoviše bavljenje smetnjama u razvoju tokom čitavog života.

Donet je i niz nacionalnih strategija kojima se podržavaju prava deteta, uključujući i Nacionalni plan akcije za decu 2004-2015, strateški dokument posvećen najmlađima, u kojem postoji okvir za ostvarivanje prava deteta i koordinaciju politika na nacionalnom i lokalnom nivou. Savet za prava deteta inicirao je pripremu novog Nacionalnog plana akcije za decu. Osim toga, Srbija ima i Strategiju prevencije i zaštite od diskriminacije, sa posebnim fokusom na ranjive grupe, u koje spadaju i deca sa smetnjama u razvoju i romska deca. Akcioni plan za implementaciju Strategije prevencije i zaštite od diskriminacije do 2018. predviđa aktivnosti i odgovarajuće mere, odgovorne realizatore, budžet i rokove. Zakonom o zabrani diskriminacije (2009) zabranjuje se diskriminacija dece. U Uredbi o Nacionalnom programu za unapređenje razvoja u ranom detinjstvu (2016) detaljno se navode metode za podršku zdravom razvoju dece, uz poseban fokus na identifikaciju dece sa smetnjama u razvoju i ranu intervenciju. Strategija za socijalno uključivanje Roma od 2016. do 2025. delom ima za cilj da omogući „da deca iz romske zajednice od rođenja imaju jednake šanse za rani razvoj i učenje i da se pripreme za uključivanje u obavezno obrazovanje” (Operativni cilj 1; str. 57).

Konačno, postoje i zakoni koji su naknadno usvojeni ili izmenjeni da bi se sprečila diskriminacija dece: Zakon o udžbenicima, Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, Zakon o sportu, Zakon o znakovnom jeziku, Zakon o policiji, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama. Zakon o finansijskoj podršci porodici sa decom podržava porodice koje imaju decu sa smetnjama u razvoju i porodice sa drugim problemima zbog kojih im je potrebna pomoć u ispunjavanju osnovnih potreba svoje dece. Zakon o socijalnoj zaštiti (2011) sadrži mere podrške i prava roditelja dece sa smetnjama u razvoju. Nacrt građanskog zakonika i Nacrt zakona o besplatnoj pravnoj pomoći sada su na javnoj raspravi. Zakon o ombudsmanu za decu takođe je u postupku javne rasprave.

Zakonom o socijalnoj zaštiti regulišu se prava korišćenja finansijske pomoći zbog razvojnih poteškoća i smetnji (dodatak za pomoć i negu drugog lica, uvećani dodatak za negu drugog lica, pomoć za osposobljavanje za rad)<sup>15</sup>. U zakonu se takođe navodi broj usluga namenjenih deci sa smetnjama i njihovim porodicama, kojima se podržava najmanje restriktivan vid zaštite, odnosno boravak korisnika u prirodnom okruženju.<sup>16</sup>

Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja radi na transformisanju ustanova socijalne zaštite. Ministarstvo je razvilo strateške ciljeve u vezi sa razvojem usluga koje podržavaju brigu porodice o deci. Ti ciljevi podstiču očuvanje porodice i podržavaju deinstitucionalizaciju. Od 2006. zabranjeno je smeštati decu mlađu od tri godine u ustanove za brigu o deci, izuzev u slučaju kada ministar daje specijalnu dozvolu (obično ako postoji izuzetno veliki rizik po detetovo zdravlje). Otkad je zakon uveden samo sedamnaestoro dece mlađe od tri godine smešteno je u neku ustanovu.<sup>17</sup> U budućnosti će im se obezbeđivati boravak u manjim zajednicama sa spavaonicama i socijalno-zdravstvenim uslugama. Upo-

<sup>15</sup> Zakon o socijalnoj zaštiti, član 92-109.

<sup>16</sup> Zakon o socijalnoj zaštiti, član 40.

<sup>17</sup> Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2015. Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih.

redo s tim, deci u ustanovama pružaće se veća individualna podrška, između ostalog i prilika da učestvuju u aktivnostima u zajednici (Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, Društveno uključivanje, 2016).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti obezbeđuje novčani dodatak za plaćanje nege i pomoći oko deteta koje ima neku smetnju u razvoju. Ovaj dodatak treba da se poveća za 50% ako se briga o detetu vodi izvan njegove kuće. Roditelji koji se staraju o detetu koje ima neku smetnju ili razvojnu poteškoću mogu da zatraže nadoknadu primanja sve dok dete ne napuni pet godina. Ministarstvo zdravlja i dalje je nadležno za kontrolu zdravstvene zaštite i izdavanje lekova za decu kojoj je potrebna briga.

Prema Indeksu dečje zaštite (2016)<sup>18</sup>, „postoji raskorak između postojećih politika, zakona i strateških akcionih planova, s jedne strane, i sprovođenja postojećih politika koje se ispoljavaju u raspoloživim sredstvima, adekvatnoj usluzi, budžetskim odvajanjima i pratećom infrastrukturuom, sa druge strane” (str. 2). Indeks dečje zaštite meri nivo razvijenosti i dostignuća u oblastima dečje zaštite u poređenju sa ostalim zemljama u regionu. Srbija se u ovoj oblasti nalazi na petom mestu od devet zemalja regiona u kojima je meren Indeks. Srbija je postiže odlične rezultate u oblasti zakonodavstva i politika za zaštitu dece sa smetnjama u razvoju i koordinaciji. Međutim, najslabije rezultate postiže u oblasti utvrđivanja odgovornosti, pružanja usluga i kapacitetima. Drugim rečima, iako se država u pravnim okvirima bavi diskriminacijom lica sa smetnjama u razvoju, zahtevajući inkluzivnost u obrazovanju, ta inkluzivnost ne mora biti stvarna i zato je potrebno da se ona proširi i na druge usluge u zajednici, uključujući i sport i rekreaciju. Prema Indeksu dečje zaštite (2016), inkluzivno obrazovanje je i dalje u samom začetku, i na predškolskom i na osnovnoškolskom nivou. Iako postoji Pravilnik o individualnom obrazovnom planu, malo je kapaciteta za njegovu realizaciju. Potrebno je pozabaviti se problemima dostupnosti obrazovanja (na primer, fizička nepristupačnost), nedostatka obuke za nastavnike i pedagoške asistente, malog broja specijalnih asistenata, nepoznavanja mogućnosti prilagođavanja okruženja, te nedovoljnog čestog postavljanja funkcionalnih ciljeva koji se dostižu u prirodnom i inkluzivnom okruženju.

Prema članu 34 Zakona o predškolskom vaspitanju i obrazovanju, prema najnovijim izmenama i dopunama Zakona<sup>19</sup>, deca sa smetnjama u razvoju imaju pravo na predškolsko vaspitanje i obrazovanje u redovnim vaspitnim i u razvojnim grupama, ali su proširena prava deteta na dodatnu podršku u ustanovi. Prema najnovijim izmenama Zakona iz 2018. „Inicijativu za pokretanje postupka procene potreba deteta za dodatnom podrškom koju vrši interesorna komisija može da pokrene roditelj, odnosno drugi zakonski zastupnik deteta i/ili predškolska ustanova uz saglasnost roditelja, odnosno drugog zakonskog zastupnika.” Ako se u predškolskoj ustanovi utvrdi da je detetu sa smetnjama u razvoju potrebna dodatna obrazovna, zdravstvena ili socijalna podrška, mogu se zatražiti informacije o i od drugih ustanova uključenih u podršku, uz posredovanje Inter-resorne komisije u čijem sastavu su predstavnici svih relevantnih ustanova (doma zdravlja, centra za socijalni rad, predškolske ustanove).

Ministar zdravlja, ministar za socijalna pitanja i ministar prosvete određuju uslove dodeljivanja veće obrazovne, zdravstvene i socijalne pomoći deci, onako kako je to ustanovila interesorna komisija. Prema na-

<sup>18</sup> Preuzeto od <https://childhub.org/bg/child-protection-online-library/child-protection-index-serbia-2016-childpact>.

<sup>19</sup> Ova dopuna je izvršena nakon zaključivanja teksta Situacione analize od strane autorke sa ciljem da pomogne u daljoj primeni nalaza analize u Srbiji.

vodima iz Republičkog zavoda za statistiku, 1,2% dece sa smetnjama u razvoju pohađa neki oblik predškolskog vaspitanja i obrazovanja.

U Zakonu o predškolskom vaspitanju i obrazovanju navodi se da roditelji moraju da pokriju približno 20% troškova za predškolsko obrazovanje svog deteta; mada se iz ovoga „izuzimaju deca bez roditeljskog staranja, deca sa smetnjama u razvoju i invaliditetom i deca iz materijalno ugroženih porodica” (Član 50). Pod predškolskim uzrastom podrazumeva se uzrast dece od šest meseci do 5,5 godina. U Zakonu se takođe navodi i da je osnivač predškolske ustanove lokalna samouprava. Lokalna samouprava mora da ustanovi najmanje 5, a najviše 100 vaspitnih grupa. Predškolski program može da se ostvaruje u bolnicama, privatno ili angažovanjem putujućeg predškolskog vaspitača ili u putujućem vrtiću. Predškolski program može se ostvarivati i na stranom jeziku tako što će se primenjivati dvojezični pristup (na primer, srpski i drugi jezik) i obično se organizuje tako da može da traje duže od osam sati dnevno, ali se obavi u rasponu od četiri do osam sati. Na primer, vaspitna grupa dece uzrasta od tri do četiri godine može da ima maksimalno dvadesetoro dece (Član 30). U vaspitnu grupu može da se upiše najviše dva deteta sa smetnjama u razvoju, ali se onda „broj dece u vaspitnoj grupi u koju je upisano jedno dete sa smetnjama u razvoju umanjuje za tri deteta” (Član 34).

Po osnovu Člana 39 Zakona o predškolskom vaspitanju i obrazovanju, zahtevi vezani za obrazovanje vaspitača zavise od organizacije ustanove (odnosno, da li su grupe vaspitne ili razvojne), te od uzrasta i potreba dece s kojom vaspitač radi. Vaspitač koji radi sa decom od šest meseci do dve godine mora imati srednje obrazovanje; ako radi sa decom starijom od dve godine, mora imati obrazovanje prvog ili drugog stepena; ako radi sa decom sa razvojnim smetnjama u vaspitnoj grupi, vaspitač mora imati obrazovanje usklađeno prema specifičnom uzrastu grupe i završenu „stručnu obuku ili propisani program za rad sa decom sa smetnjama u razvoju”.

## 1.8 Postojeći sistemi

### Zdravstvene usluge

U prvim godinama detetovog života u zdravstvenom sistemu postoji niz kontakt-osoba za roditelje i decu. U tabeli 2. dat je pregled preporučenih poseta ginekolozima i pedijatrima u domovima zdravlja kao i obaveznih poseta patronažnih sestara porodici.

Visok procenat žena u trudnoći odlazi na četiri preporučena pregleda (94% svih žena i 75% Romkinja). Većina beba rađa se u nekoj zdravstvenoj ustanovi (na primer, u porodilištu) (UNICEF, 2014). Novorođena deca sa povećanim rizikom ili ustanovljenim zdravstvenim problemima mogu, na zahtev pedijatra, imati više poseta patronažne sestre ili češće preglede kod pedijatra. Sve majke imaju pravo na jedanaest meseci porođajnog odustva, a majke dece sa smetnjama na pet godina plaćenog odsustva. Na odsustvo može otići i otac, mada ga češće koristi majka. Odsustvo pruža roditeljima priliku da učestvuju u ostvarivanju intervencije.

Svako dete u Srbiji treba da ima pristup pedijatru, koga roditelj izabere u domu zdravlja u kojem se leči i odlazi na redovne zdravstvene kontrole. Republika obezbeđuje zdravstveno osiguranje za svu decu, bez

obzira na status osiguranja roditelja, pa samim tim svako dete ima pravo na lečenje. Procedure oko vađenja zdravstvenih knjižica u nekim slučajevima roditeljima predstavljaju prepreku za korišćenje usluga, pa tako 8% ukupnog broja dece uzrasta 0-11 meseci i 22% romske dece nema zdravstvenu knjižicu (UNICEF, 2014).

**Tabela 2 Redovne kontakt-službe za roditelje i decu**

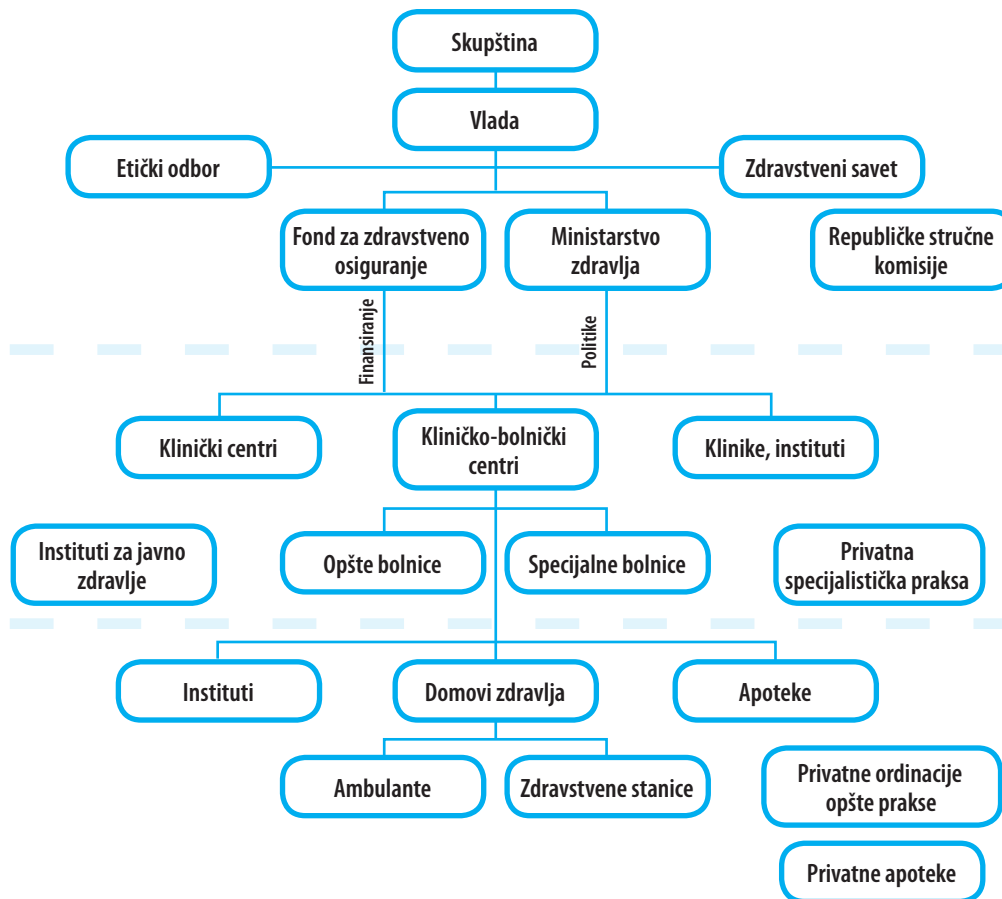
Vrsta zdravstvene pomoći	Stručnjak	Usluga
Prenatalna	Ginekolog	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3-5 ultrazvučnih pregleda</li> <li>➤ Laboratorijski testovi</li> </ul>
Kućne posete	Patronažna sestra	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jedna poseta u trudnoći; u slučaju visokorizičnih trudnoća, dve.</li> <li>➤ Pet poseta u prvih petnaest dana od porođaja</li> <li>➤ Jedna redovna poseta u prvoj godini bebinog života ili više njih ako dete ima neku smetnju.</li> <li>➤ Jedna poseta u drugoj godini.</li> <li>➤ Jedna poseta u četvrtoj godini.</li> </ul>
Primarna zdravstvena zaštita	Pedijatar	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Šest pregleda u prvoj godini (odnosno, kada beba napuni prvi mesec, zatim dva, tri i po, pet, šest i devet meseci)</li> <li>➤ Dva pregleda u drugoj godini (odnosno, u periodu između 13 i 15 meseci i 18 i 24 meseca)</li> <li>➤ Dva pregleda pre polaska u školu (odnosno, na uzrastu od četiri godine i šest-sedam godina)</li> </ul>

U zemlji postoji tri nivoa zdravstvenih usluga: primarni, sekundarni i tercijarni. Na sledećoj slici, preuzetoj od Bjegović-Mikanović (2016), detaljno je prikazana struktura sistema zdravstvene zaštite u Srbiji u okviru koje se deci sa smetnjama u razvoju nudi mnoštvo usluga. U zemlji postoji i gotovo četrdeset razvojnih savetovališta. Ova savetovališta rade u sklopu primarne zdravstvene zaštite. Usluge u savetovalištima pružaju multidisciplinarni timovi, međutim, u mnogim slučajevima postoje poteškoće da se zadrži potreban broj osoblja. Stručnjaci u savetovalištima brinu se u okviru primarnog nivoa zdravstvene zaštite o potrebama dece sa smetnjama.

Drugi nivo zdravstvene zaštite čine bolnice i pojedine specijalističke klinike, kao i specijalisti sa privatnom praksom. U sredinama u kojima ne postoje razvojna savetovališta, deca kojoj su potrebne dodatne usluge dobijaju pomoć stručnih lica na sekundarnom nivou. Konačno, na trećem nivou Srbija ima nekoliko specijalizovanih kliničkih centara, instituta i bolnica u kojima se deci sa smetnjama u razvoju pružaju najspeccijalizovanije usluge.

Većina usluga trećeg nivoa zdravstvene zaštite može se dobiti samo u velikim gradovima, kao što su Beograd i Niš. Porodice koje žive u slabije naseljenim oblastima često nemaju pristup ni razvojnom savetovalištu. Usluge iz domena drugog nivoa zdravstvene zaštite takođe se nude samo u gušće naseljenim oblastima.

**Slika 1** Sistem zdravstvene zaštite u Srbiji (preuzeto od Bjegović-Mikanović, 2016.)



## Izabrani pedijatar

Izabrani pedijatar nastoji da otkrije i utiče na faktore koji mogu poboljšati detetov napredak. U okviru redovnih pedijatrijskih kontrola dece pedijatri tragaju za kašnjenjem u motoričkom i psiho-socijalnom razvoju i proveravaju sluh i vid. Raspored ovih pregleda je ustaljen i oni se održavaju kada dete navrší mesec dana, potom u drugom, četvrtom, šestom i devetom mesecu života, u drugoj i četvrtoj godini, te pre upisa u osnovnu školu. Pedijatri takođe daju roditeljima razvojne smernice, između ostalog i savete kako da podstaknu detetovo napredovanje u slučaju blagog kašnjenja. Uz podršku UNICEF-a pedijatri iz 24 od 168 ustanova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti počeli su da primenjuju standardizovani razvojni skrining u sklopu kontrolnih pregleda zdrave dece, a roditelji popunjavaju treće izdanje Upitnika o razvoju deteta (URD-3) (*Ages and Stages Questionnaires – ASQ-3*). Ovaj instrument se trenutno testira u deset centara primarne zdravstvene zaštite. Upitnik koji je preporučilo Američko udruženje pedijatarata i koji se koristi širom sveta pruža roditeljima važnu priliku da daju informacije o razvoju svoga deteta. Pomoću upitnika sakupljaju se podaci o pet oblasti dečjeg razvoja (razvoj govora, krupne motorike, fine/sitne motorike, rešavanje problema i socijalizacija) i porede s postignućima dece istog uzrasta kako bi roditelji stekli uvid u

razvoj svoga deteta. Cilj je da se ovim instrumentom identifikuju deca kod kojih postoje razvojna kašnjenja i kojima je potrebna dodatna procena. Decu kod koje je, prema rezultatima na upitniku URD-3/ASQ-3, identifikovano umereno do znatno kašnjenje ili kod koje postoji neka vidljiva smetnja, pedijatri upućuju u razvojno savetovalište gde će dete pregledati tim stručnjaka i, u skladu sa nalazima, ponuditi intervenciju odnosno program podrške razvoju.

## Razvojna savetovališta

U opštinama sa najmanje osam i po hiljada dece predškolskog uzrasta u sklopu primarne zdravstvene zaštite moraju postojati razvojna savetovališta za decu sa razvojnim kašnjenjem ili razvojnim smetnjama. Postoje dva strukturna modela razvojnih savetovališta. Mogu biti koncipirana kao „organizacione jedinice” sa odgovarajućim prostorijama i osobljem ili kao „funkcionalne jedinice” u okviru kojih osoblje pruža svoje usluge, ali nema zaseban prostor za rad. Prema nedavno sprovedenom istraživanju, razvojna savetovališta postoje u 42 (26,6%) ustanove primarne zdravstvene zaštite od ukupno 158. Osam je strukturisano kao organizaciona jedinica, a 34 kao funkcionalna.

U razvojnim savetovalištimu rade zdravstveni saradnici (na primer, psiholozi, defektolozi, socijalni radnici) koji deci pružaju terapijske usluge. Stalni tim zdravstvenih saradnika u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, u kojima postoje razvojna savetovališta, uglavnom nema druge obaveze izvan samog savetovališta. Osoblje Zavoda za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju „Prof. dr Cvetko Brajović” u Beogradu koordiniše rad svih zdravstvenih radnika i saradnika angažovanih u razvojnim savetovalištimu u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Član 128). Pedijatri koji rade u razvojnim savetovalištimu pregledaju decu i vode njihove slučajeve. I broj pedijatara i vreme koje oni provode u razvojnom savetovalištu variraju. Trenutno se rad pedijatara u razvojnim savetovalištimu dodatno finansijski ne podržava (kroz redovna mesečna primanja).

Razvojna savetovališta su tako osmišljena da se u njima nudi čitav spektar usluga, među kojima su i sveobuhvatna procena motoričkih, psiholoških, senzornih funkcija, te govora, komunikacionih veština i kognitivnih sposobnosti dece. Zvaničan spisak usluga razvojnih savetovališta koje priznaje zdravstveno osiguranje obuhvata i: testiranje psihičkih funkcija, individualnu psihoterapiju, grupnu psihoterapiju, testiranje govora i terapijske procedure povezane sa govorom i poremećajima govora. Tim stručnjaka iz razvojnog savetovališta procenjuje snage porodice, zahvaljujući kojima se ispunjavaju detetove potrebe i osmišljava i uvodi individualizovani plan intervencije za svako dete. Stručnjaci iz razvojnih savetovališta takođe saraduju sa organizacijama iz zajednice, kao što su predškolske ustanove i centri za socijalni rad, kako bi deca sa smetnjama i njihove porodice mogli računati na pomoć. I, konačno, razvojna savetovališta saraduju sa lokalnim intersektorskim komisijama u proceni svakog deteta kako bi se odlučilo postoji li potreba za dodatnim angažovanjem obrazovnih, zdravstvenih i socijalnih službi podrške.

Na osnovu gorepomenutog ispitivanja, samo 55,5% dece kod kojih postoje razvojni rizici registrovana su kao korisnici usluga razvojnog savetovališta u 2015. Prosečno trajanje seanse varira u zavisnosti od usluge. Zakazani susreti s pedijatrom uglavnom traju 15-30 minuta (59,4%). Gotovo četvrtina poseta (23,9%) traje petnaest minuta ili kraće. Nasuprot tome, prosečno trajanje posete psihologu traje duže, obično 45-60 minuta (42,5%) ili 30-45 minuta (23%)

## Vaspitno-obrazovne usluge

U Srbiji se u domenu ranog obrazovanja nudi niz privatnih i državnih usluga koje se, između ostalog, ostvaruju u jaslicama i predškolskim ustanovama. Deca sa smetnjama u razvoju mogu pohađati jaslice ili predškolske ustanove u kojima će učiti i igrati se sa svojim vršnjacima koji nemaju smetnje u razvoju. Pedagoški asistenti predstavljaju dodatnu podršku deci sa smetnjama u razvoju i deci romske nacionalnosti (za prevazilaženje jezičkih barijera). Razvojne grupe su neinkluzivan vaspitno obrazovni okvir u kojem deci sa smetnjama u razvoju podršku pružaju stručnjaci različitih profila, među kojima su vaspitači, defektolozi, logopedi i psiholozi. Razvojne grupe mogu biti fizički smeštene u istoj zgradi u kojoj su i druge grupe dece ili se mogu nalaziti pri školi za decu i učenike sa smetnjama u razvoju. Ostvarivanje obrazovnog programa za decu na dužem bolničkom lečenju može se organizovati i u zdravstvenoj ustanovi. Vaspitno obrazovni rad u dnevnom boravku, koji nije u obavezi da nudi deci obrazovne sadržaje i ostvaruje obrazovne ishode, može se organizovati i pri školama za decu i učenike sa smetnjama u razvoju.

U većim predškolskim ustanovama pored medicinskih sestara (u jaslicama gde su deca uzrasta od jedne do tri godine) i vaspitača (u vrtićima gde su deca od tri do šest ipo godina), prema zakonskom normativu (na 25 vaspitnih grupa-jedan) kao stručni saradnici i saradnici rade i psiholozi, pedagozi, logopedi i socijalni radnici. Ukoliko u predškolskoj ustanovi postoje razvojne grupe, mogu se angažovati i defektolozi. U sklopu sistema predškolskog vaspitanja i obrazovanja postoje odgovarajuće procedure za razvijanje individualnog obrazovnog plana i pedagoškog profila za decu sa smetnjama u razvoju. Procenjivanje obavlja tim u kojem se mogu naći defektolog, psiholog, pedagog i roditelji. predškolsko vaspitanje i obrazovanje odvija se i u privatnim predškolskim ustanovama, koje verifikuje Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja. Trenutno ne postoji sistem praćenja realizacije programa i kvaliteta usluga u privatnim ustanovama, dok se u javnim predškolskim ustanovama kvalitet prati kroz Nacionalni okvir kvaliteta rada obrazovnih ustanova od strane prosvetnih savetnika u Školskim upravama, regionalnim ograncima Ministarstva.

## Socijalna zaštita

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti, deca sa smetnjama i njihove porodice imaju prava na: različite vrste finansijske pomoći, dodatak za osobu kojoj je potrebna pomoć zbog različitih poteškoća (između ostalog, fizičkih, intelektualnih, senzornih oštećenja ili narušenog zdravstvenog stanja) usluge službi socijalne zaštite skrojene prema njihovim potrebama. Obim i oblik pomoći proračunava se na osnovu propisa o penzijskom osiguranju.<sup>20</sup>

U Srbiji su načinjeni važni pomaci u vezi sa očuvanjem porodice i podržavanjem roditeljskog staranja. Od 2006. deca mlađa od tri godine ne predaju se na staranje ustanovama bez odobrenja ministra (što se događa samo u izuzetnim slučajevima). Do danas je samo sedamnaestoro dece mlađe od tri godine smešteno u dve ustanove u zemlji. U poslednjih petnaest godina predstavnici sistema socijalne zaštite snažno se zalažu za razvoj usluga kojima će se podržati očuvanje porodice (odnosno, omogućiti ostanak deteta u porodici). Razvijene su različite usluge kao alternativa institucionalnoj zaštiti: porodični smeštaj, dnevni boravak za decu sa smetnjama, prihvatilišta i pedagoški asistent.

<sup>20</sup> Član 109 u Zakonu o socijalnoj zaštiti.



Od 2015. u Srbiji se u saradnji sa UNICEF-om uspešno sprovodi pilot-projekat Porodični saradnik (Family Outreach Workers) za decu sa razvojnim smetnjama. Ova nova usluga pre svega je namenjena porodicama kada postoji opasnost da se dete odvoji od roditelja. Porodični saradnici pružaju podršku detetu i porodici u njihovom domu, u prirodnom okruženju, ali i u lokalnoj zajednici, u skladu sa potrebama deteta i porodice. Radi se intenzivno (najmanje jedanput nedeljno) i u ograničenom periodu (do godinu dana). Uslugu pružaju kompetentni, obrazovani stručnjaci. Porodični saradnici se usredsređuju na kompetencije roditelja, na porodične i društvene odnose, praktičnu podršku, obrazovnu podršku detetu i unapređenje zdravlja ili ponovno povezivanje porodice sa različitim akterima kako bi dete i porodica ostvarili svoja prava i dobili odgovarajuće usluge. Za dodatne informacije videti *Piloting the Family Outreach Service and Evaluation of the Service Provision Outcomes: Study Summary*.<sup>21</sup>

## Interresorne komisije

U većini opština i gradova Srbije konstituisane su interresorne komisije. Svrha ovih komisija jeste da se izađe u susret dodatnim potrebama dece sa razvojnim smetnjama u obrazovanju, zdravstvu i domenu socijalne zaštite. među dužnostima članova komisije spadaju i susreti sa roditeljima i decom, tokom kojih vrše opservaciju, vode razgovore, zadaju standardizovane testove i interpretiraju dobijene rezultate, pregledaju lekarske beleške i školske izveštaje kako bi odredili da li je detetu potrebna dodatna usluga. Članovi komisije zajedno „definišu ciljeve, očekivane rezultate, aktivnosti i mere, stručnjake koji će pružiti potrebnu podršku i vremenski okvir za to”<sup>22</sup>, što se detaljno navodi i u Individualnom obrazovnom planu za dete koje ostvaruje pravo da se program realizuje na taj način. Kada komisija postigne saglasnost, detetovi roditelji mogu prihvatiti ili odbiti preporuke komisije (na primer, tako što će potpisati dokument).

Prema Pravilniku, interresorna komisija mora se osnovati u svakoj lokalnoj samoupravi (opštini ili gradu). Međutim, kako je njihova aktivnost u nadležnosti lokalne vlasti, način rada može se razlikovati. U sastav petočlane komisije ulaze predstavnik sistema zdravstvene zaštite (pedijatar), predstavnik prosvetnog sistema (školski/predškolski psiholog), predstavnik socijalne zaštite (socijalni radnik) i još dva privremena člana. Članovi komisije u proseku ostaju na položaju dve godine. U pojedinim slučajevima lokalna vlast na početku svake godine uspostavlja formalni dogovor između članova. Kada su zvanično angažovani, članovi komisije dobijaju novčanu naknadu na dva ili tri meseca. Svaki član dobija hiljadu dinara po jednom slučaju (9 dolara). Najčešće se članovi plaćaju po broju obavljenih slučajeva, tačnije, na osnovu jednog susreta sa detetom posle kojeg daju preporuke za dalji rad. Ponekad, zbog nepravilnosti na lokalnom nivou, isplate izostaju. Svi članovi komisije stalno su zaposleni na svojim redovnim radnim mestima, rad u komisiji je njihov dopunski posao koji se odvija u sklopu njihovog radnog vremena.

<sup>21</sup> [https://www.unicef.org/serbia/Piloting\\_summary\\_A4.pdf](https://www.unicef.org/serbia/Piloting_summary_A4.pdf)

<sup>22</sup> Pravilnik o dodatnoj obrazovnoj, zdravstvenoj i socijalnoj pomoći za dete i učenika. „Službeni Glasnik Republike Srbije, br. 63/2010; Pravilnik o bližim uputstvima za utvrđivanje prava na individualni obrazovni plan, njegovu primenu i vrednovanje”. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 76/2010.

## Univerzitetska obuka

Na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju pri Beogradskom univerzitetu postoji osmosemestralni program za stručnjake koji će raditi sa decom sa smetnjama. Na Univerzitetu navode da se njihova obuka zasniva na „biološkim, psihološkim, socijalnim i obrazovnim karakteristikama dece sa razvojnim poremećajima, osoba sa smetnjama, dece i osoba sa poremećajima socijalnog ponašanja i onih kojima je potrebna pomoć da se uključe u zajednicu.” Osnova programa je defektologija, a nudi se pet modula (smetnje i poremećaji vida, smetnje i poremećaji sluha, motoričke smetnje i poremećaji, senzomotoričke smetnje i poremećaji, prevencija i tretman poremećaja ponašanja).

Na Odeljenju za specijalnu rehabilitaciju i edukaciju Medicinskog fakulteta u Novom Sadu školuju se studenti osnovnih, master i doktorskih akademskih studija. U oktobru 2017. trebalo je da se uvede jednogodišnja specijalizacija za intervencije u ranom detinjstvu.

Pored toga, univerziteti sprovode primenjena istraživanja koja su usmerena na razvoj usluga rane intervencije. Na primer, „Naša priča” je projekat koji vodi Filozofski fakultet u Novom Sadu u saradnji sa organizacijom civilnog društva „Harmonija — centar za podršku ranom razvoju i porodičnim odnosima u Novom Sadu”. Za potrebe projekta napravljen je priručnik za obuku i primenu programa. Akcenat u radu stavljen je na utvrđivanje potreba ne samo deteta sa smetnjama koje pohađa predškolski program već i potreba njegove porodice. Više detalja moguće je pronaći u različitim publikacijama i radovima sa konferencija.<sup>23</sup>

I vlasti u saradnji sa UNICEF-om Srbije sprovode od 2015. novi pilot-projekat terenskog rada sa porodicom. Reč je o pružanju podrške porodicama sa decom koja imaju poteškoće i koja su u opasnosti da budu odvojena od roditelja. Rad se obavlja u porodičnom domu i lokalnoj zajednici prema potrebama deteta i porodice. Sa porodicom se radi najmanje jedanput nedeljno do godinu dana. Stručnjaci obučeni za pružanje ove usluge rade sa roditeljima na osnaživanju kapaciteta za roditeljstvo, poboljšanju porodičnih i socijalnih odnosa, zadovoljenju obrazovnih i zdravstvenih potreba dece i što lakšem snalaženju u procesu traženja odobrenja za dodatne usluge.

- <sup>23</sup> Krstić T., Mihić I., Rajić M., Branković J. (2017). Podrška roditeljima dece sa smetnjama u razvoju i hroničnim bolestima: Praktikum za program „Naša priča”. Novi Sad, Filozofski fakultet (ISBN:978-86-6065-396-5)
- Mihić I., Rajić M., Krstić T., Divljan S., Lukić N. (2016) „Naša priča” — program podrške roditeljima dece sa smetnjama u razvoju: primer dobre prakse u predškolskim ustanovama. Specijalna edukacija i rehabilitacija, 15 (4), 477-498.
- Lukić N., Mihić I., Krstić T., Rajić M. (2015). Podrška roditelja u prihvatanju dijagnoze razvojne smetnje deteta: izazovi porodica sa različitim stepenom razrešenja. Saopštenje na Devetim stručnim susretima stručnih saradnika i saradnika predškolskih ustanova, Zlatibor, 15-18. 10. 2015. godine. Mihić I. (ur). Zbornik radova (elektronski izvor) ISBN 978-86-919235-0-1.
- Stojić O., Krstić T., Mihić I. (2015). Potreba za individualizacijom plana podrške porodicama dece sa smetnjama u razvoju: indikacije na osnovu RDI protokola. Saopštenje na Devetim stručnim susretima stručnih saradnika i saradnika predškolskih ustanova, Zlatibor, 15-18. 10. 2015. godine. Mihić I. (ur). Zbornik radova (elektronski izvor) ISBN 978-86-919235-0-1.
- Mihić I., Rajić M. (2015). Usluge u lokalnoj zajednici za porodice dece sa smetnjama u razvoju: uloga predškolskih ustanova. u: Z. Kuburić, M. Zotović, M. Škorić, A. Kišjuhas (ur). Istraživanja u oblasti socijalnog rada, socijalne zaštite i socijalne politike. Novi Sad: Filozofski fakultet, 157-178.
- Mihić I., Krstić T., Lukić N., Rajić M. (2015). Procena reagovanja roditelja na dijagnozu hronične bolesti ili razvojne smetnje deteta — značaj za planiranje saradnje sa roditeljima. Pedagoška stvarnost, 61(3,)481-496.

## 2 METODOLOGIJA

### 2.1 Konceptualni okvir

Na Slici 2 dat je konceptualni okvir ove situacione analize. Konkretno, vizuelno je prikazana teorija promene koja je u osnovi delotvornog sistema ranih intervencija. Prema ovom okviru, koji je prilagođen od Kage (2015), delotvoran sistem ranih intervencija prikazuje se kao složeno preplitanje infrastrukture i direktnih usluga koje, kada se realizuju na način da se dostignu sistemski i porodični kapaciteti, dovode do poboljšanja kvaliteta života male dece i njihove porodice.

U ključne infrastrukturne komponente jednog delotvornog sistema ranih intervencija spadaju:

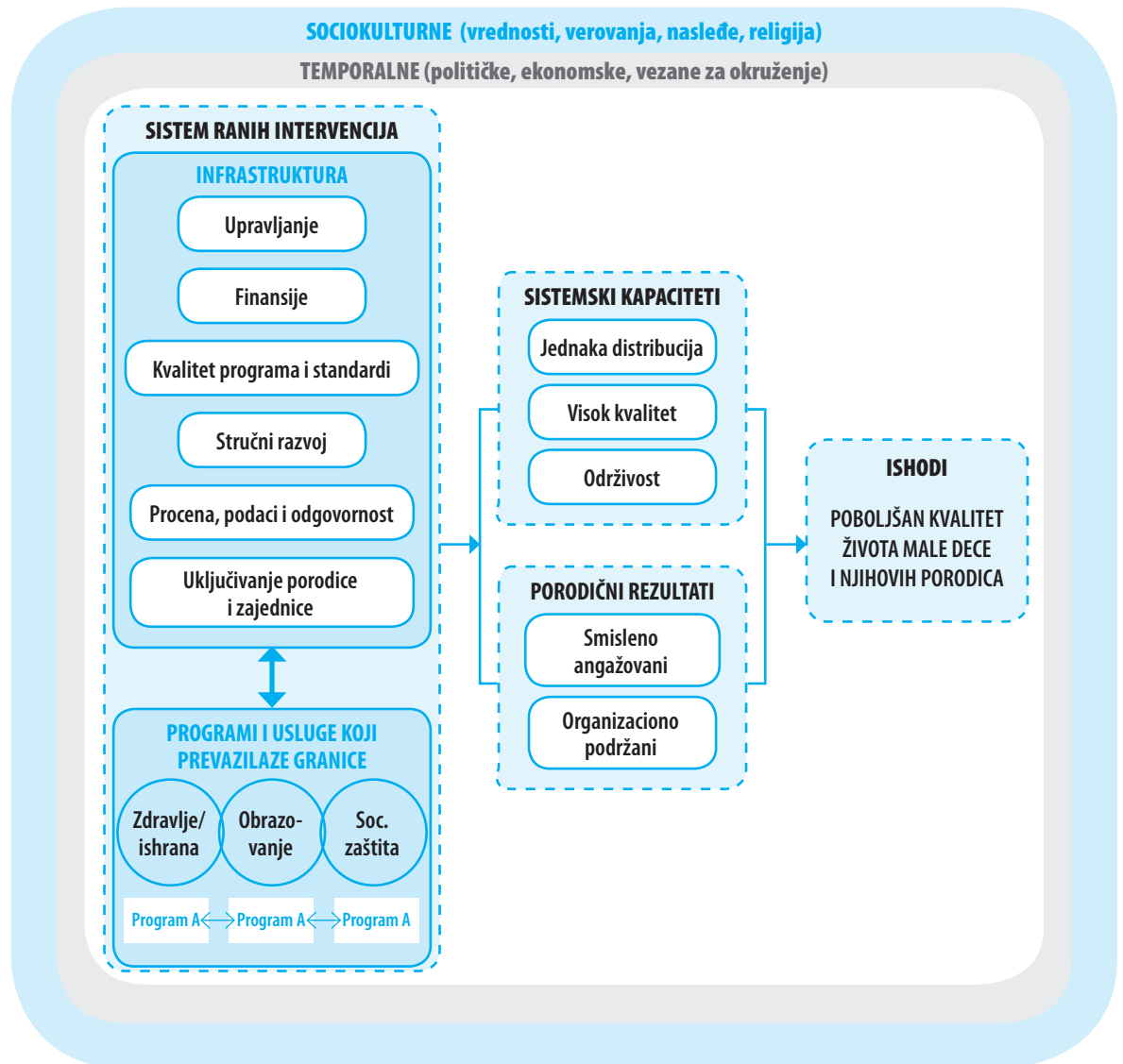
- **Upravljanje:** Strukture, procesi i alati koji se koriste u efikasnoj realizaciji usluga;
- **Finansijska sredstva:** Mehanizmi i strategije finansiranja strukture, sistema i usluga rane intervencije;
- **Obezbeđenje kvaliteta programa i standardi:** Mehanizmi za procenjivanje i praćenje kvaliteta programa, standardi za akreditovanje i za pružanje usluga;
- **Stručni razvoj:** Prilike za obuku o ranoj intervenciji tokom inicijalnog obrazovanja i iz rada, kao i tehnička podrška;
- **Mehanizmi odgovornosti:** Sistemi za praćenje i izveštavanje, odnosno pružanje povratnih informacija o relevantnim rezultatima;
- **Metode za uključivanje porodice i zajednice:** Infrastruktura koja omogućava da se porodica i zajednica uključe u strukture upravljanja neophodne za uspostavljanje snažnih sistema ranih intervencija (na primer, učesće u radu odbora, komisija, savetovališta itd).

Ključne infrastrukturne komponente efikasnog sistema ranih intervencija određuju dinamiku procesa pružanja usluga, i to u svim resorima (u zdravstvu, prosveti, socijalnoj zaštiti itd.) i svim programima. Kao što je istaknuto na gornjoj slici, da bi sistem usluga rane intervencije bio efikasan, sistemski kapaciteti moraju biti jednako distribuirani, imati visok kvalitet i biti održivi. I konačno, da bi sistem bio efikasan i delotvoran (efektivan), održive, visokokvalitetne usluge moraju ravnomerno da se sprovode u svim pomenutim resorima, uz svrsishodno uključivanje porodice. Tako će sistem i usluge ranih intervencija poboljšati kvalitet života male dece i njihovih porodica.

Posebno su važni mehanizmi odgovornosti. U Sjedinjenim Državama uspostavljen je na nacionalnom nivou jedinstven, razvijeni sistem izveštavanja o ključnim rezultatima ranih intervencija. Svaka američka savezna država jednom godišnje dostavlja podatke Kancelariji za specijalne obrazovne programe Ministarstva obrazovanja SAD-a, o ostvarenosti sledeća tri zadatka u pružanju podrške deci od rođenja do pete godine njihovog života:

- Razvijanje društvenih odnosa, što između ostalog obuhvata i to kako se dete slaže sa drugom decom i da li ima dobre odnose sa odraslima;
- Korišćenje znanja i veština, pri čemu se misli na to kako dete razmišlja, rezonuje, rešava probleme, kako teče rano opismenjavanje i sticanje matematičkih veština;
- Preduzimanje akcije radi zadovoljenja potreba, odnosno da li dete samostalno jede, oblači se, vodi računa o sebi i pridržava se pravila važnih za očuvanje zdravlja i lične bezbednosti.

**Slika 2 Ključne infrastrukturne komponente efikasnog sistema ranih intervencija**



Ispunjavanje ovih zadataka meri se polugodišnje, pomoću instrumenta koji su odobrili Ministarstvo obrazovanja SAD-a i pojedinačne savezne države. Stavke u okviru odobrenih mernih instrumenata unakrsno se povezuju sa tri oblasti o kojima se podnosi izveštaj. Podaci se zatim koriste za utvrđivanje procenta dece kojoj su rane intervencije pomogle.

U periodu 2014-2015. polovina dece mlađe od tri godine koja su u Sjedinjenim Državama koristila usluge rane intervencije izašla su iz programa jer im više nije bio potreban. Približno 70% dece pokazalo je veći napredak od očekivanog u tri navedene oblasti. Deca su sticala veštine brže nego pre ulaska u program. Deca uzrasta od tri do pet godina pokazala su veliki napredak, pri čemu je kod skoro 80% njih tempo napredovanja bio brži od očekivanog u sve tri oblasti. Iz programa je izašlo 58% dece koja su u oblasti razvijanja društvenih odnosa dostigla očekivane rezultate za svoj uzrast; 53% dece koja su ih dostigla u oblasti korišćenja znanja i veština i 64% dece u oblasti preduzimanja akcija za zadovoljenje svojih potreba (Centar EKTA, 2016).

Ulaganje napora da se na lokalnom i nacionalnom nivou prikupe ovi podaci važno je za utvrđivanje mehanizma odgovornosti, analizu efikasnosti programa i intervencija, izračunavanje troškova pružanja usluga i utvrđivanje potrebe za novim kadrovima. Osim što se prate rezultati postignuti u ove tri oblasti, u okviru programa se prijavljuju i godišnji podaci u vezi sa poštovanjem zakonskih propisa na saveznom i državnom nivou, kreiranim tako da zaštite porodicu i prava deteta. Na primer, u okviru programa intervencije u ranom detinjstvu, ugovorenih i odobrenih na saveznom nivou, podnose se izveštaji o ključnim dimenzijama pružanja usluge, recimo, koliko je vremena prošlo otkad je detetu prepisana intervencija do procene razvojnog statusa, koliko je vremena prošlo otkad je procenjen detetov razvoj do pružanja usluge, koliko je dece dobilo uslugu u svakoj kategoriji obuhvaćenoj intervencijom, koliki je nivo zadovoljstva roditelja i broj dece koja su izdvojena iz svog prirodnog okruženja. Osim toga, podaci se analiziraju i u odnosu na niz drugih činilaca, kao što su društveno-ekonomski status roditelja, etnička pripadnost, jezik koji se govori u kući i o kojem tipu smetnje je reč kako bi se procenile stope prevalencije, dostupnost usluge i pravičnost.

U saveznoj državi SAD u kojoj nisu ispunjeni specifični ciljevi ovi podaci se koriste za sastavljanje akcionog plana. Na osnovu saveznih podataka osmišljavaju se i programi za školovanje vaspitača i ciljevi stručne obuke zaposlenih. Programski standardi na saveznom i državnom nivou povezuju se sa programima stručnog razvoja i visokoškolskim obukama, akreditacijom i zahtevima koje je potrebno ispuniti da bi se dobila dozvola za rad (licenciranje).

## Principi i komponente ranih intervencija

**Ova situaciona analiza počiva na principima i komponentama savremenih ranih intervencija i programa za pružanje ovih vidova usluge.** Komponente za programiranje i pružanje usluga rane intervencije podrazumevaju:

- terenski rad sa ciljem da se identifikuju — pomoću skrininga i upućivanja na dalje preglede — deca kojoj je usluga potrebna;
- sveobuhvatnu i funkcionalnu procenu koja će pokazati da li je detetu potrebna intervencija i pružiti osnovu za sastavljanje individualizovanog programa podrške za dete i porodicu;

- sprovođenje intervencije zasnovane na potrebama deteta i porodice, u čemu učestvuje tim stručnjaka za rane intervencije (uključujući i roditelje);
- praćenje i procenjivanje ostvarenih rezultata kod deteta i porodice, kako bi se utvrdila delotvornost programa i dete pripremljeno za uključivanje u formalno obrazovanje; uspostavljanje mehanizama odgovornosti za izvođenje programa, na osnovu podnošenja izveštaja u standardizovani formama, u skladu sa važećim pravilima i propisima.

## Osnovne komponente ranih intervencija

Sprovođenje ranih intervencija započinje terenskim radom i naporima da se identifikuju deca koja će imati koristi od ove usluge. Ovo često podrazumeva uvođenje jeftinog i lako primenljivog skrininga<sup>24</sup>. „Pozitivan rezultat” pokreće sveobuhvatnu procenu kako bi se utvrdilo da li će dete imati koristi od intervencije, postavila dijagnoza, ako je ima, i prikupili podaci na osnovu kojih će se planirati intervencija. U pripremanju individualnog plana intervencije<sup>25</sup> učestvuju svi članovi tima, pa i detetova porodica. U sastavljanju individualnog plana tim se rukovodi prioritetima porodice i potrebama deteta. Rana intervencija koja se sprovodi u detetovom prirodnom okruženju, kao što su porodični dom, jaslice ili vrtić mora biti funkcionalna, prilagođena detetovim snagama i potrebama i — kad god je to moguće — moraju je primenjivati osobe koje provode najviše vremena sa detetom (recimo, roditelj, vaspitačica), uz podršku stručnjaka za rane intervencije. Napredak se prati na osnovu zapažanja članova porodice, vaspitača i stručnjaka koji pružaju uslugu, ali i prikupljenih podataka. Stručnjaci koji pružaju uslugu rane intervencije koriste ove podatke i da kroz formalan sistem prate proces dostizanja kratkoročnih i dugoročnih, šestomesečnih ili godišnjih ciljeva. Kvantitativni podaci se prikupljaju i prate kako bi se ocenilo napredovanje svakog deteta, kao i napredovanje grupa dece. Tim za rane intervencije, uključujući i detetovu porodicu (i vaspitače, ako dete pohađa predškolsku ustanovu), potom zajednički radi na tome da olakša detetu prelaz iz sredine u kojoj se intervencija sprovodi (detetov dom i/ili inkluzivne jaslice) u vrtić. U Sjedinjenim Američkim Državama kod većine dece intervencija do treće godine sprovodi se za vreme kućnih poseta ili tako što se kućne posete kombinuju sa boravkom dece u jaslicama.

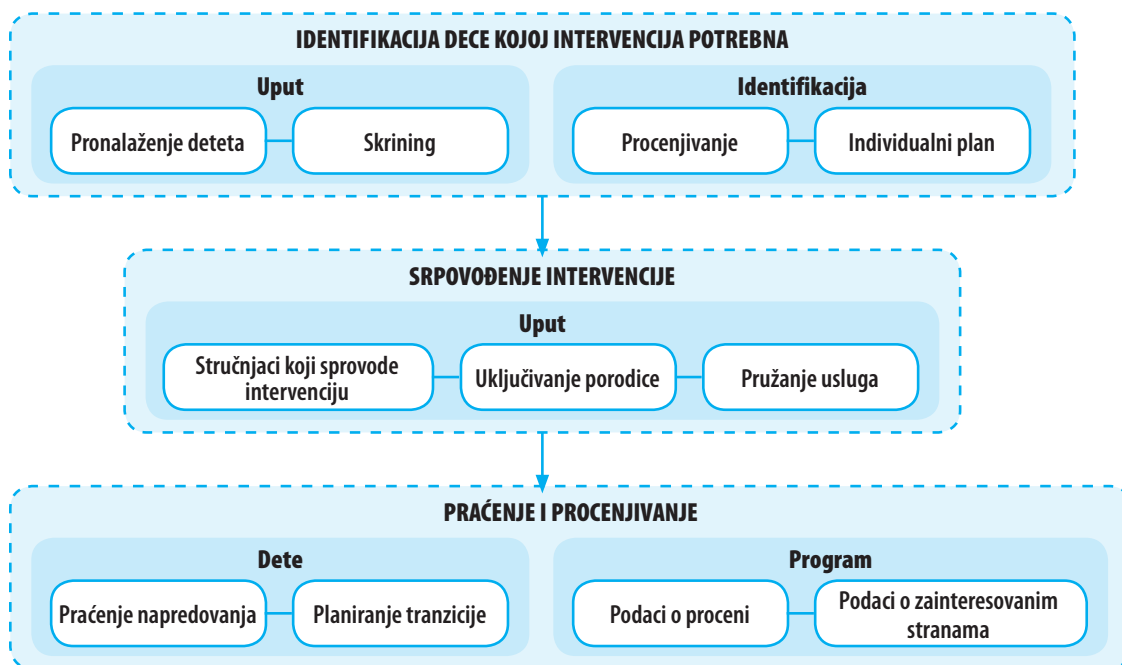
Za vreme tih poseta stručnjaci za rane intervencije rade sa roditeljima ili vaspitačima na tome da se u toku obavljanja svakodnevnih aktivnosti, na primer dok se dete igra ili jede, iskoriste prilike za učenje. Za sasvim malu decu najkorisnije je da vreme provode u poznatoj sredini, okruženi poznatim igračkama i materijalom. Stručnjaci koji sprovode intervenciju koriste sredstva pronađena u okruženju, a dodatni materijal donose samo ako je neophodno.

U nastavku ćemo prikazati dva ilustrativna slučaja. Prvi primer opisuje sprovođenje intervencije u kući deteta mlađeg od tri godine. U drugom primeru usluga je pružena u inkluzivnom okruženju predškolske ustanove. Posle navršene treće godine života, za dete je najbolje da deo vremena provodi u okruženju predškolske ustanove, čak i kada ima neku smetnju u razvoju. Na ovom uzrastu za decu je korisno i pozitivno da se druže sa drugom decom. Neki programi ranih intervencija podrazumevaju kombinovanje konsultacija sa stručnjakom kod kuće i u vrtiću.

<sup>24</sup> U primere skrininga spada i upitnik Ages and Stages Questionnaire i Parets' Evaluation of Developmental Status, što su dve tehnički dobre i često upotrebljivane alatke za skrining.

<sup>25</sup> U Sjedinjenim Državama reč je o Individualnom planu pružanja usluge porodici do detetove treće godine (ponekad, ako država usvoji tu mogućnost, do pete godine) ili individualnom obrazovnom planu za decu uzrasta 3-5 godina.

Slika 3 Nivoi usluga rane intervencije



## Primer kućne posete

Vladan ima 24 meseca i zbog kašnjenja u razvoju krupne motorike svake nedelje ga posećuje stručnjak za rane intervencije koji s njim radi 45 minuta. Pre svake kućne posete Larisa, stručnjak za ranu intervenciju, zajedno sa Vladanovom majkom Gordanom razmatra ciljeve i kratkoročne zadatke u okviru individualnog plana podrške, ali i beleške iz svoje poslednje posete. Pre početka rane intervencije Vladanova majka je učestvovala u zajedničkom odabiru prioriteta na kojima treba raditi sa Vladanom. Za vreme svoje posete Larisa analizira zajednički plan i sve strategije koje je Gordana prethodne sedmice prihvatila da isproba, postavljajući joj pitanja o tome šta se događalo između dve posete. Larisa ima zadatak da postavlja otvorena pitanja kako bi podstakla Gordanu da analizira Vladanovo napredovanje i svoju sposobnost da realizuje dogovorene strategije. Larisa ohrabruje Gordanu da iznese sopstvene ideje i postavlja joj pitanja kako bi ustanovila koliko Gordana trenutno zna i koliko je sposobna da primeni strategije intervencije. Larisa pomaže Gordani da stekne veću sigurnost u sebe i poboljša svoje veštine u radu sa detetom tako što joj demonstrira kako treba da postupa s njim i skreće joj pažnju na sve ono što dobro uradi. Gordana je ipak najčešće sa Vladanom. Ona radi skraćeno radno vreme i zajedno sa bakom vodi najviše brige o Vladanu. Dakle, Gordana može stvoriti najviše prilika da Vladan uči i razvija svoje veštine.

Vladan trenutno uči da hoda, što je za Gordanu prioritet. Pošto je čula od Gordane koje je strategije već isprobala i da li bi želela da nauči neki novi pristup, Larisa joj pokazuje nekoliko načina da pomogne Vladanu da ojača mišiće i stekne koordinaciju i sigurnost koji su potrebni za prohodavanje. Ovde se ne koriste masaža i vežbe za mišiće. Stručnjak za intervenciju zajedno sa roditeljem odlučuje kada će dete, u svako-

dnevnom kontekstu, upotrebiti svoju veštinu (na primer, hodaće do željene igračke) i podstiče roditelja da takve situacije uvodi u svakodnevne aktivnosti. Na primer, umesto da sama ode po Vladanovu omiljenu igračku, Gordana uči da igračku stavi na malu udaljenost, blizu nekog komada nameštaja, kako bi Vladan mogao da se uspravi i hoda uz oslonac, čime se za korak približava usmerenom, nezavisnom hodanju. Larisa i Gordana smišljaju različite zabavne i korisne prilike u kojima će Vladan vežbati da hoda. Za vreme svojih poseta, Larisa prikuplja i kvantitativne podatke pomoću kojih prati Vladanov napredak ka dostizanju ciljeva i specifičnih zadataka. Takođe se evidentiraju i podaci iz opservacija. Običaj je da se kod male dece, poput Vladana, na svakih šest meseci uradi funkcionalna procena stanja, na osnovu koje se po potrebi redefinišu ciljevi i specifični zadaci i podešava plan individualne intervencije i strategije. Zbog ubrzanog razvoja u prve tri godine života, potrebno je češće procenjivati stanje male dece. Da Vladan pohađa jaslice, Larisa bi jednom sedmično dolazila u njegovu grupu i pomagala vaspitaču. Majka želi da Vladan krene u vrtić sa navršene tri godine. Larisa će zajedno sa Gordanom i Vladanovim novim vaspitačem razraditi plan za Vladanov polazak u vrtić. Larisa i vaspitač će pomoći Gordani da razume raspored rada u vrtiću i šta Vladan može da očekuje. Zajedno mogu da odaberu novu veštinu koju će razvijati sa Vladanom, kao što je veća samostalnost u jelu, jer se od dece koja pohađaju vrtić očekuje da umeju sama da jedu.

### Primer iz vrtića

Vanja ima četiri godine i pohađa predškolsku ustanovu. Jedna od oblasti u kojima se najviše radi s njom jeste društvena komunikacija. Cilj koji su prihvatili njeni roditelji, vaspitač i stručnjak za rane intervencije jeste da Vanja uvede u stalnu upotrebu 10 reči kojima će približno označavati predmete, ljude i događaje. Stručnjak za rane intervencije Ana pokazuje Vanjinoj vaspitačici gospođi Nikolić kako da podstakne Vanju na društvenu komunikaciju koristeći antecedente (tako što pokaže Vanji jedan predmet, izgovori reč, postavi joj pitanje i sačeka), kakve odgovore da zahteva od Vanje, te kako da reaguje na njene pokušaje uspostavljanja društvene komunikacije kako bi se taj razvoj dodatno podstakao (na primer, pruža joj imenovani predmet, posvećuje pažnju, započinje zajedničku aktivnost, podražava Vanjin odgovor). Ana i gospođa Nikolić analiziraju raspored dnevnih aktivnosti i traže prostor u kojem će se Vanji pružiti prilika da razvija društvenu komunikaciju (na primer, ujutru pri dolasku u vrtić, za vreme ručka, dok su napolju, kada sva deca sede zajedno u krugu, dok se samostalno igraju). Ana pokazuje gospođi Nikolić kako da usmeri i podstakne društvenu komunikaciju između Vanje i druge dece u grupi, a onda zajedno analiziraju kako da organizuju prostor u kojem deca borave, tako da što više ohrabre društvene komunikacije.

Vanja učestvuje u svim aktivnostima svoje grupe. Gospođa Nikolić je svesna njenih ciljeva u učenju i strategija koje su ona i Ana odabrale. Ona se trudi da primenjuje ove strategije tokom čitavog dana. Za vreme svojih poseta, Ana redovno beleži podatke kako bi videla da li Vanja napreduje u dostizanju svojih ciljeva i zadataka. Jednom godišnje Vanja učestvuje u funkcionalnoj proceni, na osnovu koje se redefiniše individualni plan njene intervencije. Roditelji su uvek uključeni u procenu i proces razvoja individualnog plana. Ana ne vodi Vanju u posebnu sobu gde će je učiti da govori. Ana se umesto toga druži sa svom decom, a glavni cilj joj je da pomogne gospođi Nikolić da što bolje pomogne Vanji. Čak i kada Ana radi direktno sa Vanjom, to se dešava u društvu Vanjinih vršnjaka. Na primer, Ana može da se pridruži deci u kaobajagi igri i da podstiče društvenu komunikaciju između Vanje i njenih drugara tako što će im postavljati razna pitanja.



## 2.2 Pristup i vremenski okvir

Svrha situacione analize jeste da se, koliko je to moguće, analizira trenutno stanje u zemlji po pitanju pružanja usluge rane intervencije za najmlađu decu i njihove porodice, uz poseban osvrt na ključne oblasti koje su značajne za razvoj sistema usluga. Prikupljene informacije korišćiće se za određivanje nadležnih instanci, razvijanje podržavajućih propisa i drugih preduslova za pružanje usluga rane intervencije (procedure i mehanizmi), za planiranje javnih politika, pripremu kadrova, za nivelisanje kvaliteta programa, njegovog opsega i finansiranja.

Kako bi se u što kraćem roku i sa ograničenim sredstvima što bolje iskoristile prikupljene informacije dobijene od brojnih zainteresovanih strana, u pristupu će se koristiti nekoliko metoda pomoću kojih se dokumentuje stanje infrastrukture za sprovođenje rane intervencije i praksa pružanja te usluge u zemlji. Mešovita metodologija je iziskivala prikupljanje i kvalitativnih (nenumeričkih) i kvantitativnih (numeričkih) podataka.

Kvalitativni podaci prikupljeni su: 1) posmatranjem stanja na terenu i razgovorima sa ključnim akterima, uključujući i zvaničnike iz ministarstava; 2) u okviru dvosatne fokus-grupne diskusije u kojoj je učestvovalo šest roditelja dece sa smetnjama u razvoju; 3) pregledom dokumentacije; i 4) u okviru dvosatnog sastanka Savetodavnog odbora (SO), koji je formiran radi situacione analize.

Kvantitativni podaci prikupljeni su: 1) zadavanjem upitnika roditeljima male dece kod koje je prisutna smetnja u razvoju i 2) zadavanjem upitnika stručnjacima praktičarima koji rade sa decom sa smetnjama u razvoju (vaspitači, medicinski stručnjaci, terapeuti). Svi prikupljeni podaci odnosili su se na decu uzrasta do pet godina. U okviru upitnika ponuđeno je i nekoliko pitanja otvorenog tipa. Pre samog prikupljanja podataka nisu bile postavljene nikakve hipoteze, a podaci su triangulirani kako bi se dopunili nalazi situacione analize. Pre finalizacije anketa, članovima Odbora predstavljen je konceptualni okvir situacione analize, prezentovane su ključne komponente intervencija u ranom detinjstvu, a članovi Odbora su izneli svoje mišljenje o stanju ranih intervencija u Srbiji. Nakon toga, članovi Savetodavnog odbora dali su pojedinačno mišljenje o nacrtu istraživanja u okviru analize, kao i o instrumentima. O nalazima situacione analize Savetodavni odbor je dostavio zajedničke povratne informacije.

### Vremenski okvir

Pregled dokumentacije trajao je dva dana. Opservacija i razgovori na terenu obavljani su od 14. do 18. novembra 2016. godine, nakon čega je usledio rad u kancelariji. Održani su sastanci sa predstavnicima Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, Ministarstva zdravlja, Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu, Instituta za javno zdravlje Srbije, Gradskog zavoda za javno zdravlje Beograd, Klinike za rehabilitaciju „Miroslav Zotović” i Instituta za mentalno zdravlje. Osim toga, vođeni su razgovori i sa ljudima sa Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Beogradskog univerziteta, Medicinskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu: Odseka za specijalnu rehabilitaciju i edukaciju, sa pedijatrima, psihijatrima sa Instituta za zdravstvenu zaštitu dece i omladine, stručnjacima iz Dečje bolnice i sa Odeljenja za neonatologiju i rehabilitaciju. Razgovaralo se i sa zaposlenima u Zavodu za psihofiziološke po-

remećaje i govornu patologiju „Prof. dr Cvetko Brajović” i održani su sastanci sa zaposlenima u Centru za ranu intervenciju „Milan Petrović” u Novom Sadu. Istraživački tim posetio je domove zdravlja u Nišu i Aleksincu (ispod dvadeset hiljada stanovnika). U Beogradu je opservirana jedna predškolska razvojna grupa, a održana je i fokus-grupna diskusija sa roditeljima iz Beograda i južne Srbije. Razgovori su vođeni na engleskom i srpskom, uz profesionalno prevođenje prema potrebi. Razgovori su uglavnom trajali između sat i sat i po. Sa ključnim sagovornicima korišćen je polustrukturisani intervju (za uzorke pitanja videti Aneks 1).

Većina kvantitativnih upitnika koji su bili napisani na engleskom jeziku prevedena je na srpski. Upitnici su zadavani dve sedmice (od 23. januara 2017. do 6. februara 2017). Za distribuciju upitnika korišćen je *Qualtrics*, bezbedna onlajn platforma. Primerici upitnika priloženi su u Aneksima 2 i 3. Za distribuciju upitnika korišćen je metod lančanog upućivanja, što je tip uzorkovanja po principu snežne grudve. Pozivi su poslani preko društvenih medija i lista kontakata pojedincima koji se angažuju u radu sa decom s nekom razvojnom smetnjom. Tehnika neslučajnog izbora uzorka omogućavala je ispitanicima da regrutuju nove ispitanike za popunjavanje upitnika, povećavajući tako veličinu uzorka. Ograničenje ove metode je što se rezultati ne mogu generalizovati na čitavu populaciju Srbije. Da bi učestvovali u anketi, ispitanici su morali da koriste kompjuter, pametni telefon ili tablet, te da raspolažu internetskim ili ćelijskim podacima. Budući da 63,6% opšte populacije ima kućni ili lični kompjuter ili laptop, a romske samo 42,1%, kao i da 57,5% stanovništva ima pristup internetu, za razliku od 34,8% romskih domaćinstava, postojala je opasnost da u uzorku budu zastupljeniji dobrostojeći stanovnici i oni koji se bolje služe novim tehnologijama (Istraživanje grupa višestrukih pokazatelja, 2014). Nije poznato koliko je ispitanika popunilo upitnik sa pametnih telefona, kojima najveći broj stanovnika Srbije ima pristup (Istraživanje grupa višestrukih pokazatelja, 2014). Osim toga, pozivi za popunjavanje upitnika uglavnom su slati preko postojećih udruženja roditelja i stručnih udruženja, društvenih platformi kao što je Fejsbuk i putem pojedinačnih imejllova, zbog čega je odabir uzorka potencijalno pristrasan.

## 2.3 Postavljanje analize u okvire postojećih sistema

Budući da u Srbiji još ne postoji sistem za rane intervencije, analizom su fokusirane mogućnosti i prepreke za njegovu realizaciju i određivani prioriteti. Na primer, kakva je mogućnost direktnog uključivanja nadležnih ministarstava u upravljanje sistemima za sprovođenje ranih intervencija, kao u drugim zemljama. Kako bi se identifikovala i analizirala izolovana ostrvca dobrih praksi, koje iako u začetku mogu poslužiti kao potencijalni oslonci za proširivanje usluga rane intervencije, obavljene su terenske posete primarnim, sekundarnim i tercijarnim službama za decu sa smetnjama u razvoju, kao i razvojnoj grupi u jednoj predškolskoj ustanovi.

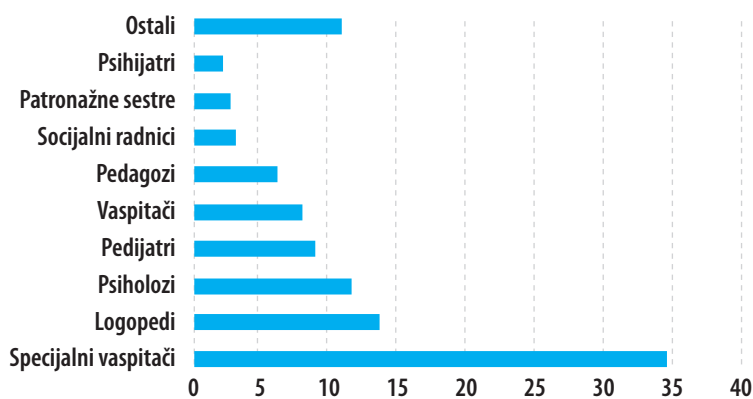
## 2.4 Učesnici u istraživanju

U ispitivanju su učestvovala 184 roditelja dece sa smetnjama u razvoju i 596 stručnjaka iz različitih disciplina, koji rade sa malom decom sa smetnjama. Od 596 stručnjaka, 84% (n=416) navelo je da radi sa decom mlađom od šest godina<sup>26</sup>. Od 416 stručnih lica koja rade sa decom mlađom od šest godina, 179 (43%) pozitivno je odgovorilo na pitanje: „Da li pružate medicinsku pomoć deci mlađoj od šest godina?” Većina ispitanika bile su žene (93% su bili stručnjaci i praktičari, 94% roditelji).

### Stručni radnici

Većina stručnjaka praktičara (31.3%) bili su specijalni vaspitači (defektolozi), logopedi (14,9%) ili psiholozi (12,7%). Vaspitači su činili 7,9% uzorka, a pedagozi 6,0%. Pedijatra je bilo 10,6%.

**Slika 4 Profili stručnjaka u uslugama ranih intervencija**

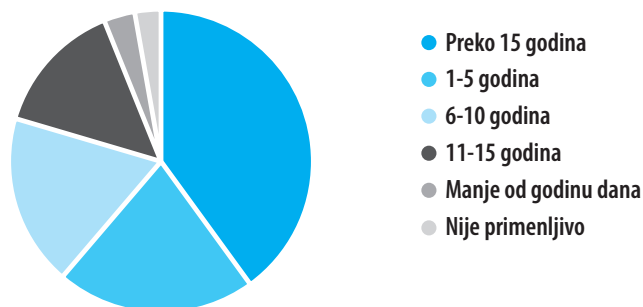


Većina stručnjaka (vaspitač, defektolog, psiholog, pedijatar) navodi da preko 15 godina radi sa malom decom sa smetnjama ili kašnjenjem u razvoju. Unutar uzorka stručnjaka praktičara 43,8% navodi da ima preko petnaest godina iskustva, 14,4% ima između 11 i 15 godina iskustva, dok je 40,6% navelo da ima manje od deset godina iskustva. U upitniku je od njih traženo da navedu na koji način rade sa decom sa smetnjama ili kašnjenjem u razvoju. Ispitanici su mogli da izaberu više kategorija.

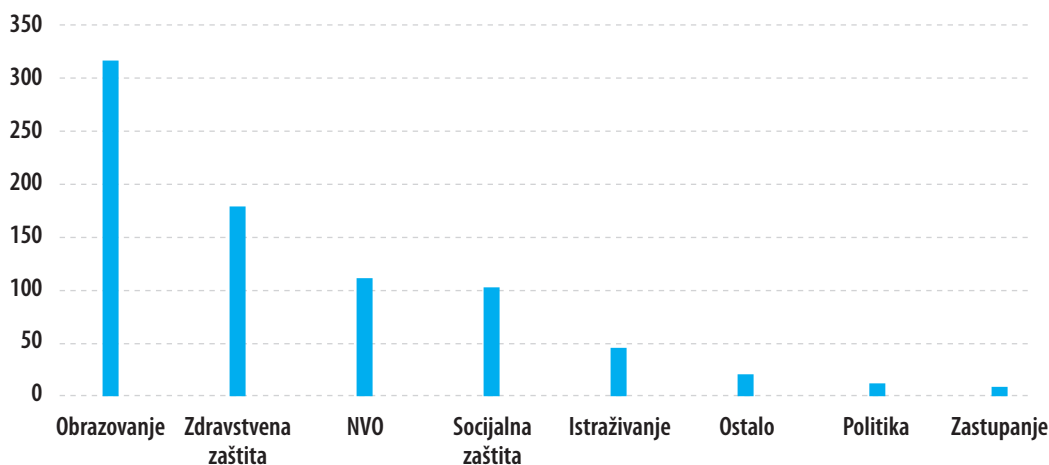
Većina je navela da sa decom koja imaju kašnjenje ili smetnje u razvoju rade u oblasti obrazovanja i vaspitanja, zdravstvene zaštite ili im pružaju usluge u okviru nevladine organizacije ili kroz službe socijalne pomoći. Nekoliko ispitanika je odabralo kategoriju „ostalo”, a nekoliko je označilo da se angažuje u sklopu privatne prakse ili radom u interesornoj komisiji. Tačnu formulaciju pitanja potražiti u Dodatku u kojem je naveden čitav upitnik.

<sup>26</sup> Iz analize je isključeno 175 stručnih lica koja su navela da ne rade sa decom mlađom od šest godina.

**Slika 5** Radno iskustvo stručnjaka u uslugama ranih intervencija



**Slika 6** Vrste rada sa decom sa smetnjama u razvoju



## Roditelji

Većina roditelja navodi da živi u nekoj vrsti partnerske veze (53,8%). Da živi u proširenoj porodici, navodi 15% roditelja iz uzorka, dok je samo 3% prijavilo da žive sami. Gotovo polovina roditelja (47,2%) ima više od jednog deteta, a 5% ima više od jednog deteta sa smetnjom u razvoju.

Kako bi se približno utvrdio društveno-ekonomski status roditelja, pitani su da li je njihova porodica u poslednjih trideset dana iskusila nešto od navedenog:

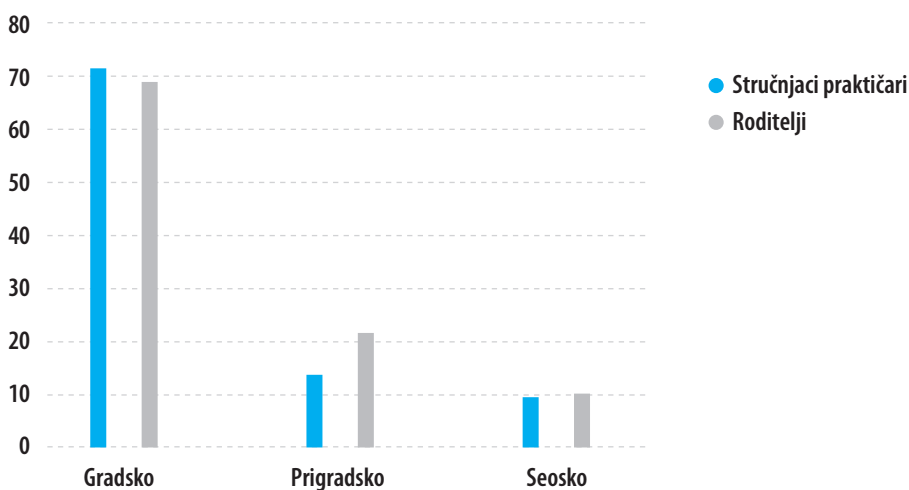
- nisu imali dovoljno hrane;
- brinuli su se zbog cene struje ili ogreva;
- nisu mogli da plate troškove prevoza;
- nemaju finansijske probleme.

Da nema finansijske probleme, navodi 38% roditelja. Tek 1% uzorka roditelja ima problema da obezbedi hranu i novac za struju i prevoz. Da ima probleme u dve od tri ponuđene oblasti, navodi 6% roditelja, a njih 21,7% u jednoj.

## Geografska struktura uzorka

I od roditelja i od stručnjaka praktičara tražilo se da navedu svoje prebivalište. Većina stručnjaka praktičara radi u nekoj gradskoj sredini. Njih pet je navelo da radi na regionalnom ili republičkom nivou ili i u gradskim i u seoskim zajednicama. Većina roditelja navodi da živi u gradskoj sredini (68,8%), pa ne iznenađuje što je 96% navelo da se do njihovog doma može stići javnim prevozom.

**Slika 7 Geografska distribucija uzorka**



### Ograničenja uzorkovanja:

- 59% stanovništva Srbije živi u gradskim sredinama, dok 41% živi u seoskim. U uzorku situacione analize nedovoljno su zastupljeni ispitanici iz seoskih sredina.
- Da bi popunili upitnik, ispitanicima je bio potreban kompjuter ili neki drugi uređaj, kao što su tablet ili pametni telefon, ali i internet. Dakle, prilikom odabira uzorka pokazana je pristrasnost prema vlasnicima ovih uređaja i onima koji se lako snalaze sa savremenom tehnologijom.
- Ispitanici su pre svega bili regrutovani slanjem pojedinačnih imejllova ili preko roditeljskih i profesionalnih udruženja, što je takođe potencijalan izvor pristrasnosti, koji ograničava mogućnost generalizovanja nalaza.

## 3 REZULTATI

U ovom poglavlju navodimo nalaze situacione analize i, na zahtev UNICEF-a i Fondacije za otvoreno društvo, preporuke za unapređenje sistema pružanja usluga za svaki deo istraživanja. Uložili smo ogroman napor da izbegnemo ponavljanje preporuka u različitim sektorima. Ponešto pak nismo mogli izbeći.

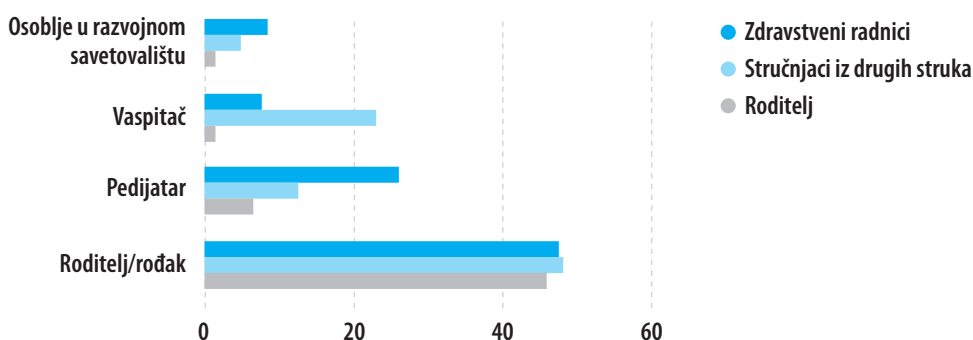
### 3.1 Sumnja na kašnjenje i identifikovanje kašnjenja

U istraživanju smo od roditelja tražili da navedu ko je prvi posumnjao da njihovo dete ima neku teškoću u razvoju ili ponašanju. Da su prvi primetili da razvoj njihovog deteta kasni ili oni sami ili neki rođak, odgovorilo je 46% roditelja. U 35,8% slučajeva roditelji su naveli nekog lekara. Ponekad je postojanje smetnji i teškoća kod deteta identifikovano odmah po rođenju.

I stručnjacima je postavljeno slično pitanje: „Prema vašem iskustvu, ko najčešće prvi posumnja da dete kasni u razvoju ili ponašanju?“ Da je to bio roditelj/rođak navodi 36% stručnjaka, potom da je to bio vaspitač (14,7%) i pedijatar iz doma zdravlja (13,5%).

Na sledećoj slici prikazane su četiri najčešće kategorije odgovora. Roditelji, zdravstveni radnici i stručnjaci iz drugih disciplina slažu se da su uglavnom roditelji ti koji prvi posumnjaju da detetov razvoj kasni ili da postoji neka smetnja. Stav zdravstvenih radnika i stručnjaka iz drugih oblasti donekle se razilazi oko toga identifikuju li češće pedijatar ili vaspitač razvojne teškoće. Razlog bi mogao biti u tome što ispitanici rade sa decom različitog uzrasta i sa različitim razvojnim smetnjama.

**Slika 8 Prva sumnja na teškoće ili smetnje u razvoju**



Intervjuisani roditelji navode da su oni prvi posumnjali da njihovo dete ima poteškoću, izuzev kad je problem bio primetan pri samom rođenju (recimo, deformitet stopala, spina bifida). Pedijatri pak ne pridaju uvek značaj njihovoj strepnji. Na primer, jedan roditelj je posumnjao da njegovo dete ne čuje dobro kada mu je bilo 22 meseca i tražio je od pedijatra proveru sluha. Pedijatar je odbio da uputi dete na pregled, uz obrazloženje da roditelji često preteruju. Detetu je kasnije postavljena dijagnoza poremećaja iz spektra autizma. Roditelji takođe opisuju svoju ozlojeđenost zbog dugog čekanja na pregled specijaliste sa tercijarnog nivoa, onda kada ih pedijatri direktno upute na te ustanove ili bolnice. U ostalim slučajevima do nepotrebnih odlaganja dolazi jer roditelji propuštaju kontrole koje je pedijatar prepisao.

Razgovori sa roditeljima ukazuju na to da do nepotrebnog odugovlačenja dolazi i zbog toga što prema novom modelu pružanja usluga u domovima zdravlja, inače koncipiranom i prema broju pacijenata, pedijatri sada moraju kontrolisati pristup korisnika specijalističkim službama. Na sledećoj slici prikazana su dva puta za upućivanje pacijenta na dalje preglede.

### Slika 9 Opcije upućivanja deteta na dalje preglede i procenu razvoja



Nasuprot tome, intervjuisani specijalista sa tercijarnog nivoa navodi da mu pedijatri iz domova zdravlja nepotrebno upućuju neku decu, te da prednost daje uputima iz razvojnih savetovališta.

## Obim posla pedijataru

Prema razgovorima obavljenim na terenu, pedijatri tri do četiri dana sedmično pregledaju bolesnu decu, a jedan do dva dana rade sa zdravom decom. Pedijatar ponekad dnevno primi 30 do 50 dece. Iz Zavoda za javno zdravlje navode da pedijatar pregleda 6.300 pacijenata godišnje i da mora biti izabrani lekar za 850 dece predškolskog uzrasta (zakonski standard). Prema podacima iz 2012. godine, pedijatri su prosečno imali 631 predškolsko dete, a 764 lekara (84% specijalista) lečilo je decu mlađu od šest godina (Zdravstveni statistički godišnjak, 2012). Ovi brojevi variraju od regiona do regiona.

## Put upućivanja pacijenata na dalje preglede

Prema podacima iz ankete, dešava se da pedijatar ne uputi dete u razvojno savetovalište ili kod specijaliste na sekundarni ili tercijarni nivo. Roditelji u razgovoru navode da im stav pedijatara koji sugeriše da treba „sačekati i pratiti situaciju”, kao i to što kontrolišu prolaz ka specijalistima, predstavlja problem. Kao što je već pomenuto, u razgovoru sa stručnjacima na sekundarnom i tercijarnom nivou ispostavlja se da im pedijatari direktno šalju decu koja nekada nisu za njih. Pojedini lekari s kojima smo razgovarali nezadovoljni su zbog toga što se dešava da i kada ih upute na dalje ispitivanje i procnu, roditelji nekad ne odu tamo kuda su upućeni. U razgovoru sa roditeljima jedna majka kaže da roditelji ponekad strahuju od odlaska sa detetom u specijalističku ustanovu kao što je psihijatrijska bolnica jer strepe od dijagnoze, a njihovu bojazan dodatno pojačavaju opasnost od stigmatizacije i nazivi ovih ustanova.

Sagovornici iz Instituta za mentalno zdravlje navode da im dolazi veliki broj dece. Pedijatri iz domova zdravlja godišnje im upute 1.000 slučajeva na prvi pregled i 5.000 na kontrolu ili dodatne pretrage. Lekar mora ambulantno pregledati svako dete pre nego što preporuči dalje lečenje. Druga specijalizovana ustanova, Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju „Prof. dr Cvetko Brajović”, godišnje primi između 2.000 i 2.500 dece, što je 12-15 novih slučajeva dnevno. Roditelji iz Beograda mogu dovesti dete na pregled bez uputa. Zaposleni navode da im se većina roditelja obrati na sopstvenu inicijativu, nakon što ih pronadu preko interneta. Takođe navode da im roditelje i decu šalju logopedi i zaposleni u domovima zdravlja ili stručna lica sa tercijarnog nivoa. Iz ustanova koje primaju pacijente samo sa uputom kao problem se navodi to što ne postoji standardizovana praksa razmene informacija i što se dokumentacija ne vodi valjano.

Na osnovu ovih razgovora stiče se utisak da se pravila u vezi sa upućivanjem pacijenata na dalje preglede i vremenski rokovi ne poštuju ni dosledno ni u potpunosti, zbog čega se na roditelje svaljuje teret da sami nađu ustanovu koja će im najverovatnije dati uput, a zatim i da se sami snalaze u zdravstvenom sistemu i pronalaze različite vrste pomoći koje njihovo dete može dobiti. Kod dece kod koje problemi postoje u više oblasti često se javljaju poteškoće oko upućivanja na dalje preglede i lečenje. Na primer, jedan roditelj navodi da mu pedijatar u toku iste posete nerado daje dva uputa za usluge specijalista različite orijentacije (recimo, za fizikalnu terapiju i govornu terapiju) iako je to detetu potrebno.

Stručnjaci iz tercijarnih ustanova, kao što je Institut za mentalno zdravlje, u svom radu sa porodicama i malom decom pokazuju izuzetno poznavanje više alatki za procenu i procedura koje su se najbolje pokazale u praksi. U isto vreme je prilikom terenskih obilazaka uočeno da postoji opasnost od neefikasnosti. Na primer, ako već razvojno savetovalište ili neka specijalizovana ustanova prikupljaju podatke o istoriji bolesti i porodičnoj anamnezi, treba izbeći dupliranje ovog procesa kako bi se smanjila neefikasnost i opterećenje porodice. Specijalista sa tercijarnog nivoa naglašava da mu pacijente upućuju s nepotpunim informacijama, zbog čega on mora da ponovi čitav postupak. Drugi stručnjaci na tercijarnom nivou takođe ističu da im vreme za rad skraćuje bavljenje pacijentima koji nisu za njih i koji bi mogli da dobiju sve potrebne usluge na primarnom ili sekundarnom nivou.

Roditelji i stručni radnici navode da postoje liste čekanja za dobijanje usluge na sekundarnom i tercijarnom nivou. Neki stručnjaci kažu da moraju skratiti vreme koje posvećuju svakom pacijentu kako bi svima izašli



u susret. Prilikom jednog razgovora u razvojnom savetovalištu analiziran je slučaj prevremeno rođenog deteta s malom porođajnom masom. Posle četiri meseca provedenog u jedinici za intenzivnu neonatalnu negu, dete je otpušteno iz bolnice i upućeno na razvojno savetovalište, ali na pregled je stiglo tek sa 12 meseci. Razlog za toliko kašnjenje nije bio postojanje liste čekanja. Potrebno je utvrditi koji su razlozi što neki pacijenti dugo čekaju pregled i otkloniti prepreke.

U razgovorima je primećeno da se kod dece iz manjih mesta sporije identifikuju smetnje. Navedeni su primeri dece kod koje kasni razvoj komunikacije. Sagovornici kažu da se deca tek sa navršene tri ili četiri godine upućuju u ustanove na sekundarnom nivou koje se bave otklanjanjem smetnji u domenu komunikacije iako je idealan trenutak za započinjanje intervencije u ovoj oblasti na mnogo mlađem uzrastu. Roditelji takođe navode da nakon odvođenja deteta logopedu, prema uputu lekara, logopedi preporučuju da se dete vrati tek kad bude dovoljno staro da mu se pruži usluga, čime se propušta važan prozor za sprovođenje rane intervencije. Ovo je verovatno posledica toga što se u akademskom planu i programu nedovoljna pažnja posvećuje periodu od rođenja do treće godine života. Moguće je da stručna lica ne shvataju važnost prve tri godine života ili nisu spremna da rade sa ovom uzrasnom grupom. Roditelji koji ostanu uskraćeni za pomoć obraćaju se stručnjacima u privatnom sektoru. Oni takođe kažu da je teško plaćati privatne preglede, ali i pronaći adekvatne privatne službe jer sami moraju da procene kvalitet usluge, budući da oni koji rade u privatnom sektoru ne moraju imati dozvolu za rad ili neku drugu obaveznu potvrdu.

## Preporuke

- Uvesti univerzalni skrining koji će obavljati pedijatri na primarnom nivou zdravstvenoj zaštite. Decu upućivati u razvojno savetovalište na dodatne preglede kada: 1) na to upućuju rezultati skrininga; 2) pedijatar oseća zabrinutost; ili 3) roditelj oseća zabrinutost. Roditeljska zebnja je izuzetno važan pokazatelj potrebe za ranom intervencijom. Zbog toga bi trebalo omogućiti roditeljima da se direktno obraćaju razvojnom savetovalištu. To bi ipak morali biti samo izuzeci jer bi uput trebalo da daje pedijatar. Kao prvi korak u razvojnom savetovalištu bi se mogao ponoviti skrining deteta u prisustvu roditelja kako bi se prikupile dodatne informacije na osnovu kojih će se odlučiti da li je potrebna detaljnija procena.
- Zbog preopterećenosti poslom trebalo bi obučiti medicinske sestre, drugo osoblje iz doma zdravlja, penzionisane kolege i volontere sa univerziteta da pozivaju roditelje da popune standardizovan i pouzdan skrining instrument kao što je ASQ-3. Oni po potrebi mogu asistirati roditeljima oko popunjavanja upitnika ili ocenjivati odgovore.
- Umesto ciljanog skrininga bolje bi bilo uvesti univerzalni, i to pomoću instrumenta ASQ-3. Decu koja dobiju pozitivnu ocenu (što znači da je osnovana sumnja na kašnjenje ili smetnje u razvoju), treba poslati u razvojno savetovalište. Tamo gde ne postoji razvojno savetovalište, dete poslati timu za inkluzivno obrazovanje ili u instituciju na sekundarnom nivou. Tamo gde pedijatri imaju manji broj pacijenata i gde ne postoji razvojno savetovalište, obučiti pedijatre da analiziraju rezultate upitnika ASQ-3 i da sa roditeljima razmatraju mogućnosti za dalje preglede i procene.
- Instrument ASQ-3 treba da upotrebljavaju pedijatri u čitavoj zemlji. Trebalo bi sprovesti istraživanje u kojem će se testirati validnost graničnih vrednosti za Srbiju, lakoća primene instrumenta, njegova osetljivost i specifičnosti.

- Uputi bi trebalo da budu jednoobrazni za čitavu zemlju.
- Potrebno je uvesti procedure za traženje i dobijanje pristupa zdravstvenoj evidenciji za zaposlene na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, kao i za druge stručne radnike angažovane na pružanju usluga (recimo, pedagoge, socijalne radnike).
- Pedijatri i osoblje u razvojnom savetovalištu treba da završe obuku iz pružanja usluga usmerenih prema porodici. U svim dostupnim informacijama (pisanim i verbalnim) za osoblje treba naglasiti važnost uloge porodice u podržavanju detetovog razvoja.
- Informisati roditelje o važnosti razvoja deteta u prve tri godine života, važnim razvojnim tačkama, te značaju interakcije između deteta i roditelja, pomoću brošura, postera i drugih multimedijjskih poruka.
- U pojedine klinike će nesumnjivo dolaziti porodice i deca koja žive u nepovoljnijim životnim prilikama. Tada treba razmotriti povećanje broja osoblja u razvojnom savetovalištu ili pedijataru kako bi nivo pružene pomoći odgovarao potrebama korisnika i riziku u zajednici. Analizirati stratifikaciju rizika među slučajevima pedijataru i razvojnih savetovališta i obavestiti osoblje o tome.
- Razmotriti mogućnost da se roditeljima zadaje instrument o socijalnom i emocionalnom razvoju, kao što su Uпитnik o razvoju deteta (URD) (*Ages and Stages: Social Emotional*), drugo izdanje (ASQ: SE-2) kada dovedu zdravo dete na redovnu kontrolu, s obzirom na karakteristike interakcije između dece i roditelja u regionu i slabu detekciju dece s problemima u mentalnom zdravlju tamo gde pedijatri ne koriste instrument za skrining.
- Prikupiti od roditelja i stručnjaka informacije o korisnosti instrumenta i zadovoljstvu njime kada se uvode novi upitnik (na primer, ASQ-3) i protokoli (na primer, da li im odnose previše vremena, da li se lako razumeju).
- Registrovati broj dece koja se upućuju na dalje preglede na osnovu rezultata skrininga. Uporediti broj uputa pre i posle inicijalne implementacije instrumenta kako bi se analizirali finansijski i kadrovski preduslovi za proširenje njegove primene na druge primarne ustanove u zemlji.
- Izvršiti procenu lokalnih potreba u različitim geografskim oblastima kako bi se ustanovili izvodljivost, kapacitet i sredstva potrebna za skrining, upućivanje pacijenata na dalje lečenje i sistem procenjivanja.
- Osim što godišnje prime od 2.000 do 2.500 dece, zaposleni u ustanovi „Prof. dr Cvetko Brajović” dužni su prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti da koordinišu rad svih zdravstvenih radnika i stručnih saradnika koji pružaju usluge deci sa razvojnim kašnjenjem ili razvojnim smetnjama. Budući da se u zemlji sprovode rane intervencije, možda bi bilo uputno ponovo razmotriti kapacitete zaposlenih u ovom institutu da istovremeno pružaju uslugu pacijentima i rade koordinaciju. Osim toga, ako se uzme u obzir da je Institut pre svega orijentisan na govornu problematiku, možda bi trebalo evaluirati kapacitete i mogućnosti ove ustanove da koordiniše širi dijapazon usluga.

## 3.2 Skrining i procena

U upitniku se od stručnih radnika tražilo da navedu ko bi trebalo da bude zadužen za sprovođenje razvojnog skrininga koji je važan za identifikovanje dece sa mogućim kašnjenjem u razvoju ili razvojnom smetnjom. Takođe se tražilo i da kažu ko bi trebalo da sprovedi procenu, koja je obično neophodna da bi se ustanovilo postoji li kod deteta kašnjenje ili smetnja u razvoju i ima li pravo na usluge. Pre davanja odgovora, ispitanicima su predočene definicije razvojnog skrininga, evaluacije i procenjivanja.

**Tabela 3** Mišljenje ispitanika o tome ko treba da procenjuje razvojni status deteta

Odgovorno lice	Procenat ispitanika koji je dao ovaj odgovor					
	Sva stručna lica		Medicinski stručnjaci		Nemedicinski stručnjaci	
	Skrining	Procenjivanje	Skrining	Procenjivanje	Skrining	Procenjivanje
Niko	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Izabrani pedijatar	<b>59,4</b>	44,0	<b>57,0</b>	40,2	<b>61,2</b>	46,8
<i>Razvojno savetovalište...</i>						
defektolog	52,4	<b>55,8</b>	41,9	46,4	60,3	<b>62,9</b>
pedijatar	45,2	46,9	44,1	<b>48,6</b>	46,0	45,6
logoped	43,5	45,4	38,5	41,9	47,3	48,1
psiholog	44,7	51,4	40,2	<b>48,6</b>	48,1	53,6
Specijalista sa sekundarnog nivoa	20,0	20,0	14,0	17,9	24,5	21,5
Specijalista sa tercijarnog nivoa	16,6	16,8	13,4	16,2	19,0	17,3
Specijalizovana institucija	---	35,8	---	30,2	---	40,1
Komisija	---	24,5	---	29,6	---	28,3
Patronažna sestra	24,5	10,8	27,4	10,6	22,4	11,0
<i>Predškolska ustanova...</i>						
vaspitačica	35,1	18,8	30,7	14,5	38,4	21,9
med. sestra	27,9	15,1	23,5	10,1	31,2	19,0
pedagog	27,9	22,6	27,4	17,9	28,3	26,2
psiholog	35,8	28,6	31,3	20,1	39,2	35,0
Roditelji	27,2	---	22,9	---	30,4	---
Ostalo	3,6	3,1	1,7	1,1	5,1	4,6

Prema dobijenim rezultatima stiče se utisak da bi skrining trebalo da radi izabrani pedijatar. Prilično veliki broj ispitanika navodi, međutim, da bi skrining mogao da se radi i u razvojnom savetovalištu. Medicinski stručnjaci češće biraju pedijatra ili psihologa, a nemedicinski stručnjaci defektologa.

## Preporuke

- Angažovati izabrane pedijatre da prilikom redovnih kontrola zdrave dece obavljaju univerzalni skrining pomoću instrumenta ASQ-3. Učesnici ankete koji smatraju da skrining treba vršiti samo u razvojnom savetovalištu verovatno veruju da bi samo decu kod koje postoji sumnja na razvojno kašnjenje trebalo podvrgavati skriningu. Ciljanim umesto univerzalnim skriningom mogu se propustiti deca kojima je usluga potrebna.
- Decu mlađu od dve godine trebalo bi testirati na svaka četiri do šest meseci, budući da se ubrzano razvijaju. Kod dece starije od dve godine ispitivanje bi trebalo sprovoditi jednom u šest meseci ili jednom godišnje. I decu kod koje postoji veća opasnost od razvojnog kašnjenja ili onu koja su ranije ispoljila blago kašnjenje možda bi trebalo češće testirati (recimo, na svakih mesec do tri meseca) kako bi se njihov razvoj bliže pratio. Mališane u Srbiji pedijatar do polaska u školu trenutno kontroliše sa navršenih mesec dana, potom sa dva, tri, pet, šest i devet meseci, dve i četiri godine. Izabrani pedijatar bi trebalo da uradi skrining na kontroli deteta sa šest i devet meseci, pa zatim između 18. i 24. meseca, zatim sa 36 meseci i u četvrtoj godini.
- Ispitati koliki procenat zdrave dece dolazi na redovne kontrole u propisanim intervalima. Ako je stopa niska, treba razmotriti ko još dolazi u kontakt sa decom. Na primer, možda vaspitači u predškolskim ustanovama, koji su češće u kontaktu sa decom, mogu sprovesti univerzalni skrining. Mlađu decu mogu ispitati medicinske sestre u jaslicama ili prilikom kućnih poseta primeniti instrument ASQ-3 tamo gde je slab odziv dece na obavezne preglede.
- Instrument ASQ-3 mogu zadavati i stručnjaci iz drugih oblasti, ali bi prilikom zadavanja trebalo da se drže pristupa orijentisanog prema porodici i principa oslonjanja na snage deteta i porodice. Rezultati se mogu upotrebiti da se roditelji obaveste o detetovom razvoju. Na primer, sestra u jaslicama ili vaspitač u vrtiću mogu zadati ASQ-3 svoj deci na početku godine, dok se još nisu privikla na okruženje, pa još jednom sredinom ili krajem godine. Rezultati mogu pomoći vaspitačima i roditeljima da utvrde detetove dobre strane i potrebe, ali i da poboljšaju rad sa decom.
- Treba voditi računa da se ne udvostručuju usluge i da se deca ne podvrgavaju prečesto skriningu, posebno ako pedijatar ili vaspitač primenjuju upitnik rutinski. Roditelje treba ohrabrivati da se upoznaju sa rezultatima skrininga koji je ranije uradio detetov vaspitač ili pedijatar.
- Sprovođenje skrininga trebalo bi da bude ekonomično. Možda cenu može smanjiti popunjavanje upitnika ASQ-3 preko interneta. Plastificiranje primeraka instrumenta ili ponovno korišćenje papirnih kopija takođe može sniziti troškove. Instrument se lako boduje, pa se mogu regrutovati voloneri koji će objašnjavati roditeljima postupak primene i računati skorove.
- Razmisliti o naknadi osiguranja za sprovođenje skrininga i određenim indikatorima za prihvatljive stope univerzalnog skrininga koje obavljaju pedijatri i stručnjaci koji rade u predškolskim ustanovama. Treba odrediti prihvatljive stope inicijalnog skrininga (na primer, 30% ukupnog broja dece ispitano je u prvih šest meseci univerzalne implementacije; 60% dece ispitano je posle godinu dana implementacije).

- Formirati centralizovanu bazu podataka sa izveštajima sa skrininga u domovima zdravlja i izdatim uputima kako bi se odredio procenat obavljenih testiranja i broj dece upućene na dalje preglede, te prikupili podaci o razvojnim oblastima u kojima je većina dece uspešna i one u kojima je pomoć najčešće potrebna.
- Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištim da primenjuju *Modified Checklist for Autism in Toddlers*<sup>27</sup>, prerađenu verziju (M-CHAT-R), ako se na instrumentima URD-3/ASQ-3 ili URD-2:SE-2/ASQ-2:SE-2 nađu uznemirujući podaci. Na internetu postoji dostupna verzija instrumenta M-CHAT-R.
- Sastaviti specijalni radni tim koja će donositi odluku o tome da li je detetu potrebna rana intervencija. Na primer, radna grupa može utvrditi da je potrebna standardizovana procena i kada je treba obaviti (na primer, autizam kao razlog za intervenciju).
- Odabrati način funkcionalne procene koji će se koristiti kod sve dece kojoj je potrebna kompletna odnosno funkcionalna procena. Bez obzira na tip kašnjenja ili smetnje, funkcionalna procena je potrebna kako bi se odredile veštine koje dete već poseduje, kao i one koje mu nedostaju, zbog čega je sprečeno da učestvuje u aktivnostima svoje porodice, zajednice i obrazovne ustanove. Preporučeni funkcionalni instrumenti su, između ostalog: *Assessment Evaluation and Programing System for Infants and Children* (AEPS), *Hawaii Early learning profile* (HELP), *Teaching Strategies GOLD* (TS GOLD), *Measurement of Engagement, Independence and Social Relationships* (MEISR)<sup>28</sup>; takođe se mogu koristiti i drugi instrumenti koji počivaju na razrađenom planu i programu, potvrđeno su kvalitetni, laki za upotrebu i pružaju informacije o detetovom funkcionisanju i omogućavaju postavljanje konkretnih kratkoročnih i dugoročnih, šestomesečnih ili godišnjih, individualnih ciljeva za svako dete. Pomenuti instrumenti u širokoj su upotrebi i u Sjedinjenim Američkim Državama i izvan njih.
- Odrediti ko vrši funkcionalnu procenu. Idealna procena bi podrazumevala popunjavanje pitanja o ponašanju, uz podatke dobijene direktnim testiranjem i iz iskaza roditelja onda kada je to potrebno. Deca često pokazuju veću spretnost u različitim oblastima kada su u svojoj prirodnoj sredini, okružena poznatim licima i predmetima. Kod dece mlađe od tri godine ova procena se, međutim, inicijalno može raditi u razvojnim savetovalištim za vreme različitih aktivnosti u čijoj je osnovi igra. Kod starije dece će biti delotvornije ako se procena obavlja u jedinici za podršku u predškolskoj ustanovi.
- Objasniti ulogu pedijataru i osoblja u razvojnim savetovalištim kako bi se pojačale međusobne veze i komunikacija, i tako poboljšala saradnja između članova tima za ranu intervenciju, u koji spadaju i detetovi roditelji. Osoblje u razvojnom savetovalištu ima izvanrednu priliku da: (1) sastavi zdravstvenu i porodičnu anamnezu, (2) pregleda podatke dobijene skriningom, (3) sprovede inicijalnu procenu i opservaciju, i (4) upozna se s porodicom i sa njima donese odluke o narednim koracima.
  - Obučiti zaposlene u razvojnom savetovalištu da se primenjuju praksu orijentisanu ka porodici.
  - Razraditi jasne sheme za upućivanje dece na instance u sekundarnom i tercijarnom nivou.
  - U svim razvojnim savetovalištim treba učiniti dostupnim informacije o sredstvima, uslugama, programima podrške koja postoje u zajednici kako bi porodice bile valjano obaveštene. Iako obezbeđi-

<sup>27</sup> Modifikovana ček lista za poremećaje iz spektra autizma kod dece uzrasta do 3 godine se kod nas koristi kao M-CHAT, na srpskom jeziku

<sup>28</sup> [http://opi.mt.gov/pdf/SpecED/EarlyChildhood/MEISR-COSF\\_Tool.pdf](http://opi.mt.gov/pdf/SpecED/EarlyChildhood/MEISR-COSF_Tool.pdf)

vanje socijalnih usluga izlazi izvan okvira rada razvojnog savetovališta, treba imati svest o tome da na razvoj dece mogu uticati porodični problemi kao što su beskućništvo, nestašica hrane i socijalna izolacija. Dete živi u porodici. Da bi porodica mogla optimalno da podrži razvoj i socijalne i emocionalne potrebe deteta, potrebno je da njenim članovima budu zadovoljene bazične potrebe.

- Ako u razvojnim savetovalištimu treba da se obavljaju procene, zaposleni treba da poznaju rezultate evaluacije različitih pristupa proceni razvoja, da imaju informacije o tome koji među njima su se najbolje pokazali u praksi i da umeju da upotrebe nekoliko instrumenata za procenjivanje. Budući da razvojna savetovališta i zdravstvene ustanove imaju ograničen prostor za rad, treba uzeti u obzir ograničenja prilikom vršenja procene, posebno kada su u pitanju deca starija od tri godine.
- Razmotriti koje bi se druge prostorije u domovima zdravlja mogle koristiti za potrebe razvojnih savetovališta. Ako, na primer, u domu zdravlja postoje prazne prostorije ili sale za rehabilitaciju, ovi prostori bi se mogli prilagoditi principima rane intervencije i pristupima koji su se najbolje pokazali u praksi.
- Razmotriti mogućnost usvajanja pristupa intervenciji po modelu zasnovanom na dnevnim rutinama (*RBI — Routine Based Intervention*) koji je razvio doktor Robin Mekvilijam (Robin McWilliam). Ovaj pristup se preporučuje jer u okviru njega postoje specifični formulari i provere opravdanosti svakog sledećeg koraka intervencije, od trenutka kada je dete poslato na dalju procenu. Dete treba uputiti na procenu na osnovu: (1) procene roditelja ili (2) procene pedijatra, izvedene na osnovu rezultata dobijenih primenom instrumenta ASQ-3 ili onda kada lekar oseća zabrinutost. Model intervencije zasnovane na dnevnim rutinama potkrepljen je dokazima. Iako je koncipiran tako da se izvodi u detetovom prirodnom okruženju, budući da se akcenat stavlja na rad sa porodicom, može se inicijalno primeniti na klinici ili ustanovi kao što su razvojno savetovalište, jaslice i vrtić. Osim toga, nekoliko komponenti modela već se poklapaju sa praksom koja se sprovodi u razvojnim savetovalištimu (na primer, razgovor sa porodicom). Kao instrument za funkcionalno procenjivanje u okviru modela koristi *Measurement of Engagement, Independence and Social Relationships* (MEISR)<sup>29</sup>. Umesto njega mogu se upotrebiti i neke druge alatke za funkcionalno procenjivanje, poput AEPS-a. Ovaj model zasniva se na partnerskom odnosu zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i detetovih roditelja i, kako bi dobili što bogatiji i sadržajni opis njegovog funkcionisanja u sklopu svakodnevnih aktivnosti, stručnjaci od roditelja traže da im opišu pristupe koje su isprobali ili im na njihov zahtev daju predloge strategija. Ako je moguće, zaposleni u ustanovama primarne zdravstvene zaštite trebalo bi bar jednom mesečno da odlaze u kućne posete ili da pogledaju snimak koji roditelji snime u kući ili zajednici kako bi stekli uvid u to sa kojim veštinama dete vlada ili raspolaže, u probleme s kojima se suočava i strategije koje su roditelji isprobali. Ovaj konsultativni pristup potpuno se razlikuje od rehabilitacije, pa stručni radnici koji pružaju ovu uslugu moraju biti pravilno obučeni kako bi se postigli željeni rezultati. U ovom pristupu koriste se principi slučajnog učenja, mada bez diskretnih pokušaja ili drugih veštački smišljenih, nesvrhovitih i nefunkcionalnih pristupa iako se zasniva na biheviorističkoj praksi. Stručnjaci koji sprovode rane intervencije u okviru ovog modela moraju dobro poznavati uobičajen i neuobičajen tok dečjeg razvoja, principe učenja odraslih i prakse koje se zasnivaju na ličnim snagama i koje su orijentisane ka porodici.

<sup>29</sup> [http://opi.mt.gov/pdf/SpecED/EarlyChildhood/MEISR-COSF\\_Tool.pdf](http://opi.mt.gov/pdf/SpecED/EarlyChildhood/MEISR-COSF_Tool.pdf)

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti ovu uslugu u razvojnim savetovalištimu mogu pružati psiholozi, defektolozi ili druga stručna lica koja mogu biti vođe i koordinatori pružanja usluge u okviru interdisciplinarnog tima. Sastav tima trebalo bi da odražava potrebe porodice i deteta.

- Model intervencije zasnovane na dnevnim rutinama može se sprovesti i u predškolskoj ustanovi. Predškolske ustanove, međutim, moraju imati bogatiji plan i program rada koji se idealno povezuje sa procenama zasnovanim na kurikulumu. Upotreba razvojno prilagođenog plana i programa rada koji se može adaptirati individualnim potrebama preporučuje se za svu decu, a ne samo za decu sa smetnjama u razvoju ili kašnjenjima (na primer, HELP, AEPS, TS GOLD). Preporučuje se da se u velikim predškolskim ustanovama, u kojima već rade stručnjaci različitih profila (recimo, defektolozi, logopedi, psiholozi) oforme ili osnaže timovi za podršku, koji će se starati o deci uzrasta do šest godina, kod koje postoji razvojno kašnjenje ili smetnja u razvoju, i to po modelu intervencije zasnovane na dnevnim rutinama. Tim za sprovođenje rane intervencije pružaće podršku vaspitaču ili drugom stručnjaku kroz modeliranje rada i konsultacije. Da bi se poboljšala inkluzija, preporučuje se uključivanje pedagoškog asistenta umesto ličnog pratioca. Njihov rad može se nadgledati u okviru tima za podršku.

### 3.3 Profesionalna mišljenja o skriningu i uslugama

Ispitanici koji su naveli da pružaju zdravstvene usluge deci mlađoj od šest godina zamoljeni su da odrede na kom nivou pružaju svoje usluge (primarnom, sekundarnom ili tercijarnom). Da radi sa decom starom do dve godine i 11 meseci, kaže 61% zdravstvenih radnika, dok 73,7% radi sa decom starom od tri do pet godina i 11 meseci. Nemedicinsko stručno osoblje prevashodno radi sa decom starom od tri do pet godina i 11 meseci (82,7%), a manji broj sa decom do dve godine i 11 meseci (36,7%).

Od svih ispitanika tražili smo da kažu u kojoj meri se slažu sa sledećim tvrdnjama, koje se odnose na identifikovanje dece, njihovo upućivanje na druge usluge i pružanje usluga deci sa kašnjenjem i smetnjama u razvoju.

Čini se da je nedostatak vremena za skrining prepreka za sva stručna lica, mada se svi uglavnom pozitivno izjašnjavaju o značaju same procedure. Visok procenat i medicinskih i nemedicinskih stručnjaka rado bi da završi obuku o razvojnom skriningu i tipičnom i netipičnom razvoju.

Postoji mnogo dokaza da pedijatri ne uspevaju da detektuju razvojno kašnjenje kada ne koriste neku standardizovanu alatku za skrining (*Hix-Small, Marks, Squires, & Nickel, 2007*). Nedavno je uz podršku UNICEF-a devedeset pedijatara u Srbiji počelo da koristi instrument za razvojni skrining — treće izdanje Upitnika o ranom razvoju dece (*Ages and Stages Questionnaire, ASQ-3*) za identifikovanje razvojnih kašnjenja. U pojedinim razvojnim savetovalištimu u upotrebi je i preveden instrument *Guide for Monitoring Child Development (GMCD)*, ili Vodič za praćenje razvoja deteta, kako bi se roditeljima dale preporuke i identifikovale poteškoće s kojima se sreću, među kojima je i depresija. Za potrebe ove situacione analize prilikom posete jednom razvojnom savetovalištu posmatrali smo kako se primenjuju pomenuti instrumenti. Ove instrumente ne upotrebljavaju lekari koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kao što je već pomenuto, potrebno je uvesti univerzalan skrining kako bi se identifikovala deca kojoj su potrebne dodatne usluge za podsticanje razvoja.

**Tabela 4** Tvrdnje koje se odnose na identifikovanje dece, upućivanje i pružanje usluga rane intervencije

Tvrdnja	% Potpuno se slažem / Donekle se slažem	
	Medicinski stručnjaci	Nemedicinski stručnjaci
Pregledi pomoću kojih se utvrđuju razvojni problemi predugo traju	75,0	84,7
Važno je rutinski proveravati sumnje da postoje razvojni problemi	80,2	61,3
Intervencije kod dece sa razvojnim poteškoćama pre treće godine života jesu delotvorne	96,2	91,6
Zabrinutost roditelja za detetov razvoj dobra je zamena za razvojni skrining	51,0	51,6
Umem da koristim formalni instrument za razvojni skrining	80,8	66,5
Bilo bi dobro da prođem obuku u vezi sa skriningom	87,6	92,1
Bilo bi dobro da prođem obuku o netipičnom razvoju i smetnjama u razvoju	87,9	88,8
Nerado obavljam taj pregled jer je teško obezbediti uslugu detetu ako se ispostavi da mu je potrebna	25,5	36,2
Smatram da je moja obuka u vezi sa dečjim razvojem dovoljna	84,2	81,7
Smatram da umem da identifikujem usluge potrebne detetu koje ima neku smetnju u razvoju	88,1	86,2
Smatram da umem da uputim dete sa razvojnim problemima tamo gde će mu biti pružena usluga ili gde će biti podvrgnuto daljoj proceni	99,0	89,4
Često za svoj groš čitam o problemima u vezi sa razvojem dece	100	99,5
Tražim i slušam predavanja ili seminare o razvoju dece	93,1	96,8

Ako pedijatri iz domova zdravlja ili pomoćno zdravstveno osoblje ne budu sprovodili razvojni skrining, neće biti otkriveno čak 60% dece sa razvojnim kašnjenjem niti 80% mališana sa socijalnim i emocionalnim poteškoćama (Lavigne, Binns, Christoffel, Rosenbaum, Arend, Smith, et al., 1993; Sheldrick, Merchant, & Perrin, 2011; Squires, Nickel, & Eisert, 1996; Sturmer, 1991). Sporni su i nedoslednost u primeni instrumenata ili korišćenje instrumenata tek nakon što roditelji iskažu zabrinutost. Upravo zbog ovoga, Američka pedijatrijska akademija (AAP) preporučuje skrining sve male dece na uzrastu od 9, 18 i 24 (ili 30) meseci (AAP, 2011). Standardizovani razvojni skrining treba da bude sastavni deo redovnog praćenja napretka zdrave dece, a ne zaseban postupak. Zabrinutost roditelja uvek treba ozbiljno shvatiti, čak i kada na to ne ukazuju skorovi dobijeni instrumentima ASQ-3 ili GMCD. Zabrinutost roditelja izuzetno dobro otkriva dete kome je potrebna dodatna briga.

Kod prevremeno rođene dece postoji veća opasnost da se javi razvojno kašnjenje ili neka razvojna smetnja, kao što je cerebralna paraliza, koja se teže dijagnostikuje u prvih nekoliko meseci (Marks, Hix-Small, Clark, & Newman, 2009). Na jednoj fokus-grupnoj diskusiji, koju je činilo šestoro roditelja dece sa smetnjama u razvoju, roditelji su iznosili slično iskustvo da razvoj njihove prevremeno rođene dece nije dovoljno pažljivo praćen ili nisu mogli dobiti uput za usluge na sekundarnom ili tercijarnom nivou.



## Preporuke

- Informisati lekare i roditelje o važnosti univerzalnog razvojnog skrininga.
- Uspostaviti saradnju sa univerzitetima kako bi se u plan i program nastave u disciplinama koje se brinu o razvoju male dece uključilo i gradivo o tipičnom i netipičnom razvoju dece, skriningu i procenjivanju, te značaju intervencija u ranom detinjstvu.
- Poboljšati koordinaciju brige o deci koja su boravila na odeljenju za neonatalnu intenzivnu negu. Deci koja su boravila na ovom odeljenju obezbediti pojačano praćenje razvoja. Na primer, možda bi se kod njih u prve dve godine skrining mogao raditi na svakih tri do šest meseci.
- Automatski obezbediti intervenciju u ranom detinjstvu deci sa posebnim zdravstvenim stanjem, porođajnim poteškoćama i već ustanovljenim smetnjama u razvoju.
- Razmotriti uvođenje procene porodičnog blagostanja, koju bi u prvom i trećem trimestru vršio akušer ili patronažna sestra koja obilazi trudnice kod kuće. Na ovaj način mogli bi se identifikovati slučajevi zloupotrebe supstanci, nasilja u kući i lošeg materijalnog stanja, za šta se zna da je povezano s negativnim ranim iskustvima i kašnjenjem u razvoju. Treba razmotriti i mogućnost da se deca češće ispituju pomoću instrumenata za razvojni, socijalni i emocionalni skrining, pored toga što će se roditeljima davati informacije o programima podrške u zajednici.
- Osoblje u razvojnim savetovaštima treba da analizira sve raspoložive informacije kada procenjuje detetov razvoj. Pod tim se misli na informacije o trudnoći, porođaju i potencijalnim zdravstvenim faktorima (na primer, hronične upale uha, refleksi, strabizam itd.). Prevrmeno rođenje može uzrokovati manje zaostajanje u razvoju u prve dve godine života. Kod dece koja su rođena više od tri nedelje pre termina treba shodno tome podesiti instrumente za skrining do druge godine života.

## 3.4 Dostupnost usluga

### Akušeri i kućne posete patronažnih sestara

Pre i posle porođaja sa majkom postoji više prilika za kontakt. Kao što je detaljno prikazano u Tabeli 2, za vreme trudnoće buduće majke nekoliko puta odlaze kod akušera i bar jedanput ih poseti patronažna sestra. Žene koje imaju visokorizične trudnoće obilaze i češće. Ovi susreti sa trudnicama prilika su da se proceni zdravlje majke i fetusa, ali i da se utvrdi postojanje potencijalnih faktora rizika u okruženju kojima će dete po rođenju možda biti izloženo. Roditeljsko ponašanje mnogo se teže menja posle prva tri meseca detetovog života, kada obrasci ponašanja prelaze u naviku. Stoga se otkrivanjem porodica kojima je potrebna dodatna pomoć, pre detetovog rođenja, mogu poboljšati i detetove šanse za normalan razvoj i život porodice. Na taj način može se ublažiti porodični stres i omogućiti gladak put od porođaja do uspostavljanja inicijalne emotivne veze između roditelja i deteta i ustanovljavanja zdravih porodičnih navika.

Zbog ovoga je posebno važna uloga patronažnih sestara. One prema rasporedu obilaze buduću majku jedanput u trudnoći, a ako je trudnoća visokorizična — dvaput. Patronažne sestre obilaze kod kuće svu decu.

U prvih petnaest dana po rođenju deteta patronažna sestra dolazi pet puta, potom još jednom do detetovog prvog rođendana. Ako dete ima neku smetnju, ponekad ih posete još dva puta ili i češće tokom prve godine. Decu obilaze još jednom u drugoj i četvrtoj godini.

Zbog ovog, ali i zbog drugih razloga, patronažne sestre igraju važnu ulogu u identifikovanju ranih poteškoća, upoznavanju porodice sa uslugama koje se mogu dobiti u domovima zdravlja i resursima koji postoje u zajednici, ali i potkrepljivanju primera dobre brige i nege u prvim danima i mesecima života.

U okviru ankete koja je sprovedena za potrebe ove situacione analize nisu postavljena konkretna pitanja o kućnim posetama patronažnih sestara. Iz razgovora je pak ustanovljeno da patronažne sestre obave po rasporedu čak i po sedam poseta dnevno i da se staraju o licima svih uzrasta. U razgovorima su nagovestile da bi najbolje bilo da dnevno imaju pet obilazaka umesto sedam. Kao polivalentne medicinske sestre, one se staraju i o deci i o odraslima i imaju dodatne preventivne i obrazovne odgovornosti. Tokom razgovora primećeno je da često smenjivanje osoblja na ovim radnim mestima predstavlja smetnju u pružanju usluge.

Iz razgovora je takođe zaključeno da su usluge patronažne sestre korisnije roditeljima koji su dobili prvo dete jer oni tek uče kako da se staraju o novorođenčetu i navikavaju se na roditeljstvo. Osim toga, zapaženo je da patronažne sestre mogu da identifikuju porodične rizike i da prepoznaju kašnjenje u detetovom razvoju, te da ga upute pedijatru u domu zdravlja. Ograničeno trajanje poseta i često smenjivanje osoblja mogu da predstavljaju smetnju, kako kaže jedan roditelj:

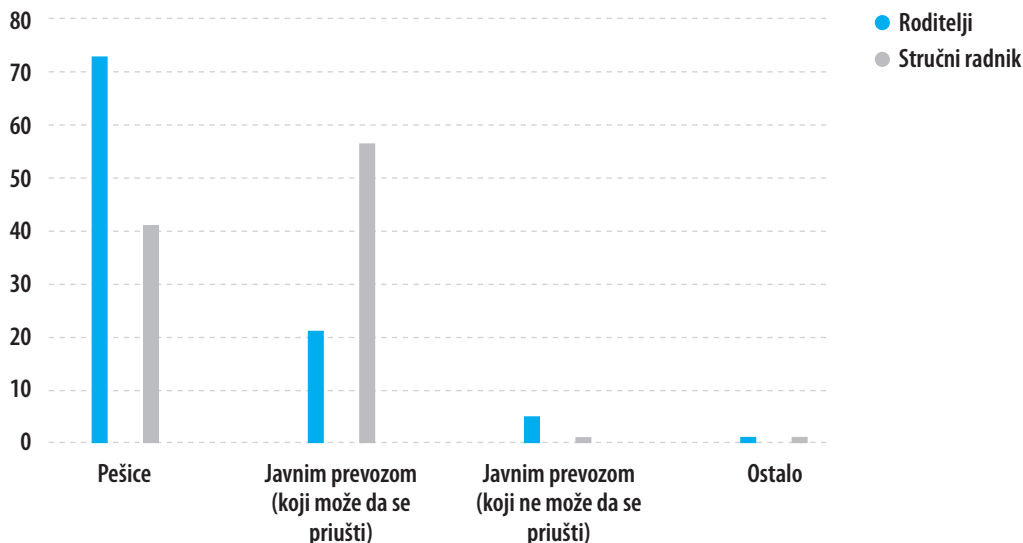
*Došla je da proveri da li dojimo bebu. Inače je bila na zamenu, menjala je koleginicu, i ostajala je oko 15 minuta. (Roditelj deteta sa smetnjom u razvoju o patronažnoj sestri)*

Sestre istovremeno pružaju veoma važne usluge. One imaju priliku da uđu u intimno okrilje porodičnog doma i da u tom okruženju posmatraju interakciju između porodice i deteta. Za neke porodice bilo bi vrlo značajno ako bi sestra zajedno s njima popunila instrumente ASQ-3 i GMCD za vreme posete njihovom domu. Sestre se mogu usredsrediti na ojačavanje roditeljskih kapaciteta tako što će ih saslušati, pohvaliti njihove napore i uobličiti strategije koje koriste. Uslugu bi moglo poboljšati smanjenje broja slučajeva o kojima se sestra brine, ali i specijalizacija za rad s najmlađom decom, što bi bilo posebno važno za porodice koje se suočavaju sa mnogim poteškoćama.

## Primarni nivo zdravstvene zaštite

S obzirom na važnost odlaska u domove zdravlja u prvim godinama detetovog života, proverili smo koliko je ova usluga dostupna tako što smo anketirane roditelje pitali: „Koliko vam je blizu najbliži dom zdravlja?“ Od roditelja se takođe tražilo da ocene nekoliko tvrdnji o domu zdravlja u koji vode svoje dete. Osim od roditelja, i od anketiranih lekara smo tražili da ocene nekoliko izjava o domu zdravlja u zajednici u kojoj rade („Koliko je većini porodica u zajednici u kojoj radite blizu najbliži dom zdravlja?“). Većina ispitanih roditelja rekla je da mogu pešice stići do najbližeg doma zdravlja. Profesionalni radnici naveli su da veći broj pacijenata dolazi do doma zdravlja javnim prevozom. Manji broj ispitanika naveo je da ne mogu da plate prevoz do doma zdravlja.

**Slika 10** Blizina doma zdravlja — roditeljima i stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti



## Iskustvo korisnika domova zdravlja

U sledećoj tabeli prikazujemo kako su roditelji i lekari ocenili pet tvrdnji koje su u obe ankete slično formulisane, a koje se odnose na iskustvo porodica u korišćenju usluga u domovima zdravlja.

**Tabela 5** Ocena iskustava porodica u korišćenju usluga doma zdravlja — roditelji i medicinski stručnjaci

Tvrdnja*	% Potpuno se slažem / Delimično se slažem	
	Roditelj	Medicinski stručnjak
Dužina čekanja porodice na zakazani pregled je prihvatljiva	82,8	96,1
Čekaonica u domu zdravlja je prijatan ambijent	53,1	72,7
Roditeljima je teško da zakažu pregled za dete zbog radnog vremena doma zdravlja	52,4	39,3
Lekari u domu zdravlja poznaju potrebe mog deteta	73,4	96,5
U domu zdravlja postoje usluge za decu sa kašnjenjima/smetnjama u razvoju do navršene šeste godine	50,0	78,9

\* Nisu postavljane nikakve a priori hipoteze. Opisna priroda situacione analize, te korišćenje neslučajnog uzorka onemogućavaju tumačenje inferencijalne statistike.

Rezultati govore da se stvarno iskustvo članova porodice i onoga što zdravstveni radnici opažaju kao njihovo iskustvo u domu zdravlja razlikuju. Zdravstveni radnici su možda svoje odgovore davali imajući u vidu svu decu s kojom rade, a ne samo decu sa smetnjama u razvoju. Ocene lekara o iskustvu koje porodice doži-

vljavaju u domu zdravlja bile su povoljnije u svim oblastima. Radno vreme i neprijatna iskustva iz čekaonice mogu da obeshrabre roditelje dece sa smetnjama u razvoju da potraže usluge u domu zdravlja.

## Preporuke

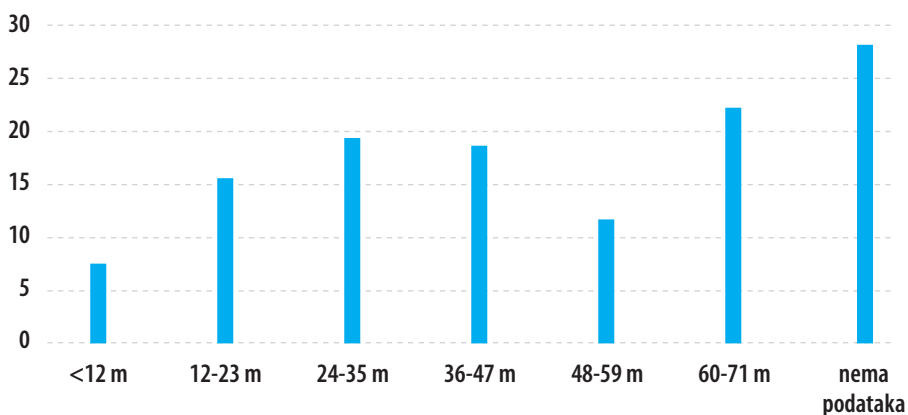
- Ispitati koliko porodica sa novorođenom i malom decom ne obidu patronažne sestre u okviru svojih „redovnih” poseta.
- Analizirati prepreke u pružanju usluga patronaže, kao i karakteristike porodica koje odbijaju ovu uslugu.
- Razmotriti specijalnu ulogu koju patronažne sestre mogu imati u pružanju jače i češće podrške deci koja su otpuštena iz jedinica za neonatalnu intenzivnu negu.
- Razmotriti mogućnosti za uvođenje pilot-programa *Reach Out and Read*<sup>30</sup> ili nekog drugog oblika „blage” intervencije koju patronažne sestre mogu sprovoditi prilikom kućnih poseta ili u pedijatrijskoj ordinaciji, kako bi se povećala interakcija i veza između roditelja i deteta i podstakao rani razvoj govora.
- Razmotriti mogućnosti specijalizacije patronažnih sestara za rad sa bebama i malom decom, slično kao što postoji u Nacionalnoj zdravstvenoj službi u Engleskoj, gde medicinske sestre nakon opšteg medicinskog školovanja prolaze jednogodišnju specijalističku obuku o razvoju dece i uslugama koje su orijentisane na porodicu.
- Pojačati saradnju između patronažnih sestara i medicinskih sestara u jaslicama. Patronažne sestre u Engleskoj tesno saraduju sa vaspitačima male dece kako bi im pomogli u ispunjavanju zdravstvenih i obrazovnih potreba male dece, uključujući i decu sa smetnjama. One rade na tome da olakšaju polazak dece u predškolske ustanove, uključujući decu sa smetnjama. Možda bi se ovaj model mogao isprobati u nekoj od opština u Srbiji.
- Razmisliti o tome kako bi se mogla poboljšati iskustva članova porodice, braće i sestara dece sa smetnjama u razvoju u čekaonicama zdravstvenih ustanova. Treba analizirati fizičko okruženje i mesta na kojima se odigrava interakcija sa zaposlenima u domu zdravlja. Eventualne promene testirati kroz pilot-projekte u malom broju domova zdravlja.
- I roditelji i zdravstveni radnici navode radno vreme domova zdravlja kao problem. Anketom nisu otkriveni razlozi za ovako niske ocene, pa su potrebne dodatne informacije kako bi se osmislile promene. Trebalo bi testirati mogućnost rada preko vikenda i dužeg radnog vremena u manjem broju ustanova.
- Treba ispitati ulogu patronažnih sestara u otkrivanju dece sa razvojnim kašnjenjima i smetnjama i njihovom upućivanju na službe koje im mogu pružiti dalju pomoć. Smisliti način da one što efikasnije razmenjuju informacije sa izabranim pedijatrom i stručnjacima u razvojnom savetovalištu.

<sup>30</sup> Pre 27 godina dva pedijatra iz Bostonskog medicinskog centra pronašla su jedinstveni način da utiču na razvoj i zdravlje dece s kojom rade. Roditeljima su savetovali da svojoj deci naglas čitaju knjige, prepisujući to kao jednostavan metod negovanja jezički bogate interakcije između roditelja i dece kako bi se podsticao razvoj mladog dečjeg mozga. Više informacija potražiti na <http://www.reachoutandread.org/>. (prim. prev.)

### 3.5 Otkrivanje razvojnih kašnjenja i smetnji kod dece

Od roditelja se tražilo da u anketi daju odgovore samo za **jedno dete**, u slučaju da imaju više od jednog deteta sa nekom smetnjom u razvoju. Približno 28% ispitanika nije odgovorilo na ovo pitanje, pa postoji mogućnost da je njihovo dete starije od 71 meseca (šest godina), pošto u anketi nije ponuđena ta mogućnost.

**Slika 11** Uzrast dece u vreme popunjavanja upitnika

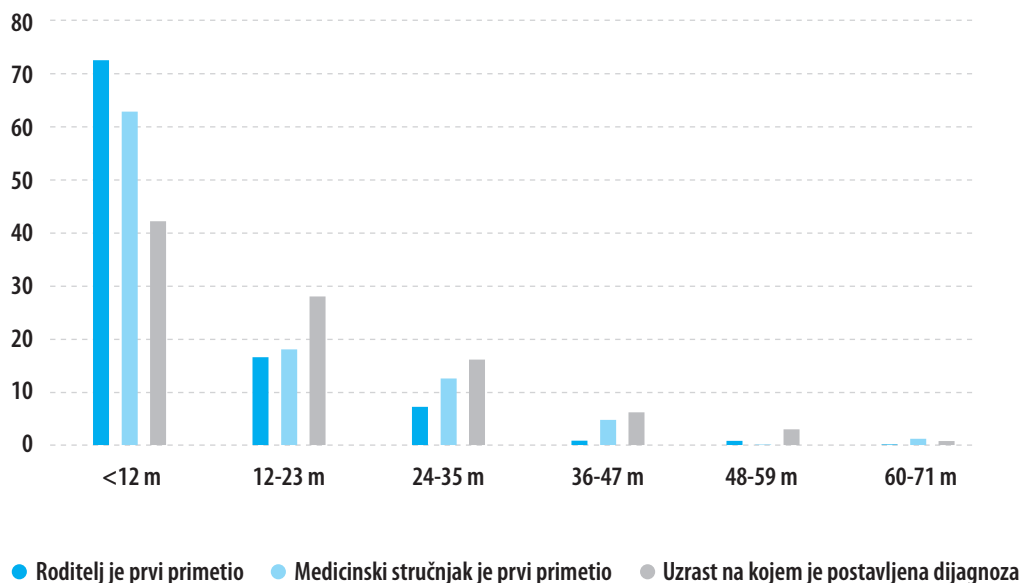


Roditelje smo takođe pitali:

- Kog uzrasta je bilo dete kada ste prvi put posumnjali da njegov razvoj kasni ili da ima nekakvu smetnju;
- Kog uzrasta je bilo dete kada je neki zdravstveni radnik ili drugi stručnjak prvi put posumnjao da kod deteta postoji razvojno kašnjenje ili smetnja;
- Kog uzrasta je bilo dete kada je stručno lice ustanovilo ili dijagnostikovalo smetnju ili kašnjenje u razvoju;
- Ko je prvi posumnjao da dete ima teškoće u razvoju ili ponašanju;
- Ko je utvrdio ili dijagnostikovao smetnju ili kašnjenje u razvoju deteta.

Na sledećoj slici prikazano je da roditelji uglavnom posumnjaju da se njihovo dete usporeno razvija već u prvoj godini, a 90,6% u prve dve godine od detetovog rođenja. Sama dijagnoza, međutim, postavlja se mnogo kasnije iako i lekari obično identifikuju veliki broj kašnjenja kod dece mlađe od dve godine (80,6%).

**Slika 12** Uzrast deteta na kome se javlja prva sumnja na razvojne teškoće

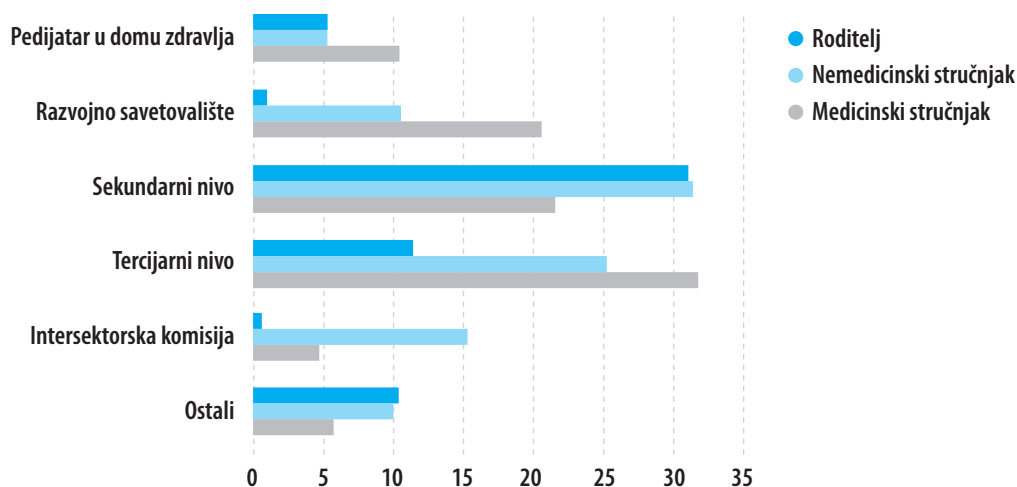


Sedamdeset osam odsto (78%) roditelja izjavljuje da je smetnju ili kašnjenje u razvoju njihovog deteta ustanovio ili dijagnostikovao stručnjak i to: stručnjak u specijalizovanoj bolnici za decu sa razvojnim kašnjenjima/smetnjama (33,6%), stručnjak sa dečje klinike (32,1%), pedijatar ili neki drugi specijalista u dečjoj bolnici (12,4%).

Isto pitanje postavljeno je i stručnjacima. Dvadeset devet odsto (29%) navelo je pedijatra ili nekog drugog specijalistu na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite; 28,4% navelo je pedijatra ili specijalistu sa tercijarnog nivoa; a 15,1% odabralo je stručnjake u razvojnom savetovalištu u domu zdravlja, na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Preko polovine ispitanika odabralo je sekundarni ili tercijarni nivo (57,1%). Veoma mali broj roditelja naveo je da je dijagnozu postavila interresorna komisija (0,7%), za razliku od 10,6% stručnjaka; 9,6% stručnjaka je izabralo pedijatra iz primarne zdravstvene zaštite u odnosu na 5,8% roditelja. Samo nekoliko roditelja navelo je razvojno savetovalište (5,8%).

Na slici koja sledi prikazane su razlike u gledištu medicinskih stručnjaka, nemedicinskih stručnjaka i roditelja povodom toga ko uglavnom utvrđuje ili dijagnostikuje smetnju ili kašnjenje u razvoju dece, a za roditelje — ko je utvrdio/dijagnostikovao kašnjenje ili smetnju kod njihovog deteta.

**Slika 13** Ko dijagnostikuje smetnje u razvoju — razlike u gledištima između roditelja, medicinskih i nemedicinskih stručnjaka



## Preporuke

- Ne treba prepuštati malom broju ljudi donošenje odluke o tome koje se dete kvalifikuje za usluge ranih intervencija. U zemljama u kojima postoji samo šačica specijalista koji postavljaju dijagnozu ili daju odobrenje za početak intervencije, stvorila su se mnoga uska grla i roditelji su veoma nezadovoljni.
- Uvesti funkcionalnu procenu kao način da se ustanovi da li je detetu potrebna rana intervencija i da se prikupe podaci na osnovu kojih će se koncipirati strategija intervencije, umesto da se čeka postavljanje dijagnoze.
- Razmotriti mogućnost osnivanja pažljivo obučanih timova za procenu razvojnog statusa dece mlađe od tri godine u razvojnim savetovalištima, i od tri do pet godina u predškolskim ustanovama. Ovako bi se možda smanjilo opterećenje zdravstvenih ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou u kojima se inače obavlja najveći deo procena razvoja. Osoblje u razvojnim savetovalištima već ima iskustva u korišćenju instrumenata za procenjivanje razvoja dece. I mada razvojno savetovalište nije detetovo prirodno okruženje, proces procenjivanja može se poboljšati ako se osoblje obuča da proceduru testiranja učini prijatnijom i za dete i za porodicu.
- Nekoliko razvojnih savetovališta mogu poslužiti kao centri za obuku o primeni modela rane intervencije zasnovane na dnevnim rutinama, posle završetka pilot-faze i obučavanja osoblja, čime bi se otvorila mogućnost da se stručnjaci u razvojnim savetovalištima obučavaju u samim ustanovama i da se razvije materijal potreban za kasnije širenje modela na čitavu zemlju.
- Razmotriti mogućnost da se u vrtiću osnuje tim za procenu razvoja, kao alternativa evaluacionom timu u razvojnom savetovalištu, tamo gde ne postoje razvojno savetovalište za decu uzrasta od tri do pet go-

dina. Članovi evaluacionog tima mogli bi sprovesti procene u samoj predškolskoj ustanovi tako što će posmatrati decu, razgovarati sa roditeljima i vaspitačima i po potrebi koristiti pomenute instrumente. Prednost se daje proceni razvoja u prirodnom okruženju, u kojem se dete oseća prijatno.

- Obučiti osoblje da koristi instrumente za procenjivanje onako kako piše u uputstvu za upotrebu. Ponekad je za korišćenje pojedinih alatki potrebna složena obuka, dobijanje sertifikata, poznavanje postupaka procenjivanja i psihometrije. U Srbiji postoje stručnjaci koji su završili obuku za korišćenje nekoliko naprednijih metoda za procenjivanje razvoja. Oni bi mogli obučavati svoje kolege, nadzirati implementaciju instrumenta i povremeno proveravati tumačenje nalaza.
- Vreme kojim raspolažu specijalisti na tercijarnom nivou rezervisati za profesionalnu primenu instrumenata za koje je potrebna ozbiljna i složena obuka. Na primer, drugo izdanje instrumenta *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)* treba da primenjuju stručnjaci koji poznaju poremećaje iz spektra autizma i dijagnostičke metode, zatim oni koji imaju iskustva u radu sa decom i sa procenjivanjem dece i koji su pohađali priznate kliničke obuke za primenu instrumenta ADOS. Oni koji koriste ovaj instrument moraju detaljno poznavati priručnik za njegovu upotrebu i moraju biti vešti u njegovom korišćenju. Ako bi profesionalci na sekundarnom i tercijarnom nivou imali rezervisano vreme za primenu visokospecijalizovanih instrumenata za procenjivanje, moglo bi se smanjiti vreme čekanja.

### 3.6 Razvijanje individualizovanih planova podrške za dete i porodicu

Stručnjake koji su učestvovali u anketi pitali smo koje tipove instrumenata za skrining ili procenjivanje poznaju. Kao što se može videti iz Dodatka 4, ispitanici su naveli veći broj alatki. Iako je spisak podugačak, na njemu nema sveobuhvatnih instrumenata za funkcionalnu procenu niti psihometrijski pouzdanih, dokazano dobrih instrumenata koji su normirani u poslednjih deset godina upotrebe u Srbiji. Nedovoljno je jasno kako se informacije dobijene pomoću ovih instrumenata koriste za: 1) razvijanje individualnog plana intervencije; 2) utvrđivanje detetovog napredovanja ka dostizanju cilja postavljenog u okviru individualnog plana; ili 3) obezbeđivanje prilika za uključivanje porodice i određivanje prioriteta.

#### Oblasti u kojima su smetnje najizraženije

Kako bismo utvrdili koje se vrste razvojnih teškoća javljaju kod dece u Srbiji, od učesnika u anketi tražili smo da kažu u kojim oblastima njihovo dete ima teškoće. Roditelji su mogli da odaberu nekoliko kategorija. I stručnim licima je postavljeno slično pitanje: „Sudeći prema vašem iskustvu u radu sa decom mlađom od šest godina, u kojim oblastima se najčešće ispoljavaju razvojna kašnjenja i poteškoće?” Sledi tabela sa rezultatima.



**Tabela 7** Oblasti razvoja dete u kojima se ispoljavaju teškoće

Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu			
	Roditelji	Sva stručna lica	Medicinski stručnjaci	Nemedicinski stručnjaci
Veliki mišići (pokretanje ruku i nogu)	<b>37,0</b>	25,0	24,6	25,3
Mali mišići (korišćenje šake i prstiju)	35,9	54,8	52,5	56,5
Komunikacija (šta dete govori i šta razume)	<b>40,8</b>	<b>71,4</b>	65,4	75,9
Svakodnevne životne veštine (jedenje, oblačenje, pranje zuba, odlazak u toalet)	32,1	43,0	36,9	47,7
Kognitivne veštine (kako se dete igra igračkama, rešava probleme)	23,4	50,2	43,6	55,3
Samoregulacija (sposobnost i spremnost deteta da se smiri, prilagodi novom okruženju)	16,3	<b>47,8</b>	46,9	48,5
Društvene i emocionalne veštine (slaganje sa drugima, izražavanje emocija, empatija)	16,8	<b>50,2</b>	46,9	52,7
Ponašanje (završavanje omiljene aktivnosti, pridržavanje pravila koja postavljaju odrasli)	17,4	44,2	38,0	48,9
Vid ili sluh	12,5	9,4	12,3	7,2
Ishrana	12,0	12,7	12,8	12,7
Ostalo	5,4	2,2	0,6	3,4

Podebljani brojevi označavaju najčešće odabrane oblasti. Roditelji navode da njihovo dete ispoljava smetnju samo u *jednoj* razvojnoj ili zdravstvenoj oblasti u 23,9% slučajeva; u *dve* oblasti u 9,2% slučajeva; i 14,1% navode *tri* oblasti. Svi učesnici u anketi primećuju da je komunikacija oblast u kojoj je mnogoj deci potrebna pomoć. Stručnjaci, za razliku od roditelja, navode da veliki procenat dece ima društveno-emocionalne probleme i poteškoće sa samoregulacijom.

## Preporuke

- Potrebna je standardizovana forma za pravljenje individualnog plana podrške u okviru pružanja usluge rane intervencije. Sadržaj plana mora se zasnivati na odobrenim instrumentima za procenjivanje razvoja, uključujući i funkcionalnu procenu. Oko komponenata mora postojati saglasnost (na primer, obavezna polja su zdravstvena anamneza, rezultati procene, detetove snage i potrebe do kojih se došlo na osnovu rezultata procene). U okviru individualizovanog plana podrške kroz usluge rane intervencije, moraju se navesti specifični, dostižni i merljivi, kratkoročni i dugoročni ciljevi. Postupak intervencije treba uskladiti sa ovim ciljevima i drugim informacijama navedenim u okviru individualizovanog plana podrške. Kvalitet plana treba kontrolisati. Plan treba osvežavati svakih šest meseci, ako su deca mlađa od tri godine, ili na pola godine ili jednom godišnje, ako su starija od tri godine, ili onda kada roditelji to zatraže ili kada stručnjaci koji pružaju uslugu rane intervencije nađu za shodno.
- Potrebno je povećati kapacitete pružanja usluge ako će se individualizovani plan sprovesti u razvojnom savetovalištu. Predškolsko osoblje (na primer, psiholozi, defektolozi) koje pruža podršku takođe

mora završiti dodatnu obuku kako bi moglo pružati ovakve usluge. Kvalitet individualizovanog plana podrške kroz usluge rane intervencije mogao bi se nadzirati iz regionalnih centara.

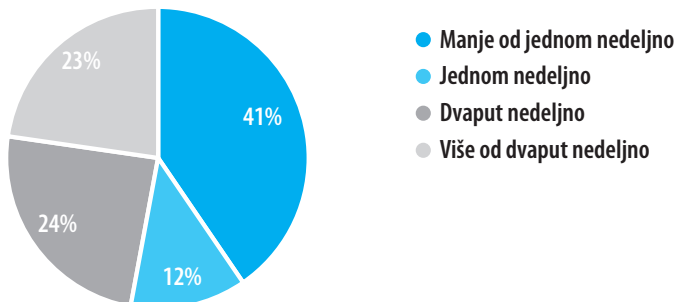
- Ustanoviti kolike su trenutne mogućnosti za uključivanje porodice u procenjivanje i proces razvoja individualizovanog plana podrške, prema zahtevima modela zasnovanog na dnevnim rutinama.
- Prikupiti podatke o resursima i prioritetima porodice i izveštaje o detetovim svakodnevnim aktivnostima i postignućima, ustanovljenim pomoću standardizovanih alata i procedura, prema modelu zasnovanom na dnevnim rutinama.
- Ustanoviti stope prevalencije određenih tipova smetnji kako bi se planirale obuke pre i posle zaposlenja, kao i nivoi pružanja usluga.
- Informisati roditelje o svim razvojnim oblastima. Prema rezultatima ankete, stručnjaci su prepoznali potrebu da se kod dece poboljša veština komunikacije, ali i da se poveća sposobnost samoregulacije i unaprede socijalno-emocionalne veštine. Roditelji su, prema rezultatima, koncentrisaniji na razvoj hodanja i govora, pa ponekad propuste priliku da unaprede i druge oblasti razvoja kod svog deteta.
- Omogućiti deci posete logopedima koji umeju da sprovode rane intervencije prema standardima evropskih ili međunarodnih udruženja. I drugim stručnjacima, između ostalog i vaspitačima u predškolskim ustanovama, obezbediti obuku iz pružanja ove usluge kako bi umeli da podstaknu razvoj rane komunikacije. Kašnjenja u ekspresivnoj jezičkoj i socijalnoj komunikaciji za uključivanje deteta u program rane intervencije.

### 3.7 Pružanje usluga

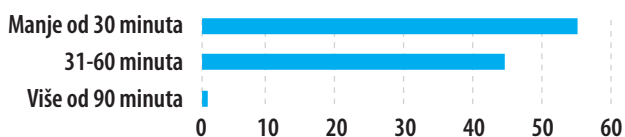
Anketirani roditelji odgovarali su na pitanja u vezi sa uslugama koje njihovo dete dobija kao podršku razvoju. Da su njihovom detu pružene sve potrebne usluge, navelo je 74% roditelja. Njih 66% reklo je da je dete bilo usluženo u poslednjih 60 dana. Preko jedne trećine (41%) roditelja ili staratelja navelo je da se s njihovim detom radilo manje od jednom nedeljno.

Idealna dužina jedne intervencije trebalo bi da traje između 45 i 60 minuta, u zavisnosti od potreba i preferencija deteta i porodice. Prema mišljenju roditelja koji su učestvovali u anketi, većina pojedinačnih intervencija traje manje od 30 minuta (55%) ili 31-60 minuta (44%). Ovi procenti se odnose na usluge koje obezbeđuju Republika ili opština. Mnogi roditelji navode da usluge dobijaju privatno. Dvadeset dva odsto roditelja kaže da njihovo dete radi sa stručnjakom koji radi privatno više od dva puta nedeljno. Uslugu u mestu u kojem živi dobija 69% dece. U upitniku nisu postavljana pitanja o karakteristikama pruženih usluga (na primer, da li je reč o govornoj terapiji).

**Slika 14** Količina usluga rane intervencije na nedeljnom nivou



**Slika 15** Dužina jednog tretmana u okviru usluge koju finansira država ili grad/opština



Sudeći prema izjavama sagovornika, kada deca borave u specijalizovanim bolnicama s njima se ponekad radi češće i seansa traje duže. Na primer, u jednoj bolnici u Beogradu postoji 65 kreveta za stacionarne pacijente i još osamdeset termina za konsultacije sa ambulatnim pacijentima. Od toga je 7-8 kreveta za decu mlađu od godinu dana i još 7-8 za decu staru od dve do tri godine. Deca mogu da ostanu sa jednim roditeljem 90 dana, potom odlaze na redovne kontrole u razvojno savetovalište. Dok se nalaze u ustanovi, ponekad dnevno imaju i po dve tridesetominutne seanse i rade sa stručnjacima različitih specijalnosti (na primer, logopedom, radnim terapeutom, fizioterapeutom).

Sa ambulatnim pacijentima stručnjaci rade jednom do dva puta nedeljno, mada mogu i svakodnevno ako postoji potreba za tim. U jednom tercijarnom institutu navode da sa decom rade jednom nedeljno ili jednom na svaka tri meseca u zavisnosti od potrebe, pri čemu je u nekim slučajevima neophodno da pacijent ostane 35 dana. Deca koja se hospitalizuju u tercijarne ustanove kako bi se radilo s njima, ostaju u pratnji roditelja. Mada je ovakva praksa dobra i za roditelja (najčešće majku) i za dete, rad sa decom koja leže u bolnici donekle opterećuje porodicu. Očevi ili drugi članovi porodice moraju da vode računa o ostaloj deci, a majke se po povratku kući nalaze pod pritiskom da primene naučene veštine i prikažu koliko je dete napredovalo.

Analizirajući stanje na terenu, primetili smo da se roditelji retko uključuju u rad u bolnicama i institutima. Čini se da se u institucijama tercijarnog nivoa intervencije zasnivaju na medicinskim metodama rehabilitacije, zastarelim i nedovoljno naučno potkrepljenim. Za nekoliko procedura koje se sprovode na institutima

i u bolnicama potrebni su specijalni aparati, oprema i prisustvo stručnjaka, čime se onemogućava njihovo izvođenje po otpuštanju deteta iz zdravstvene ustanove.

Nekada deca koja su jedno vreme provela u institucijama tercijarnog nivoa nastavljaju da dobijaju pomoć u okviru svog razvojnog savetovališta. U jednom savetovalištu navode da decu viđaju čak dva puta nedeljno do jednom u dva meseca, u zavisnosti od potreba. Na osnovu onoga što smo videli, usluge u razvojnim savetovalištim variraju u zavisnosti od raspoloživog prostora, opreme i znanja članova tima. Sudeći prema stanju na terenu i onome što piše u izveštajima, i u razvojnim savetovalištim varira stepen uključivanja roditelja u seanse.

Čini se da u razvojnim savetovalištim varira uključivanje roditelja u terapijske seanse. U pojedinim savetovalištim navode da je roditeljima i braći i sestrama dozvoljeno da prisustvuju terapijskim intervencijama (na primer, kod logopeda). U drugim navode da roditelji ostaju u čekaonici. Prema modelu intervencije zasnovane na dnevnim rutinama, osoblje u savetovalištim moraće da uspostavi bližu saradnju sa roditeljima jer se čitava intervencija naposljetku odvija između poseta i između članova tima savetovališta i roditelja. Roditelji provode najviše vremena sa detetom i stoga imaju najviše prilike da utiču na razvojne ishode.

U predškolskim ustanovama postoji mogućnosti da se napravi nova organizacija rada, preraspodela osoblja i prostora kako bi se podstakla i podržala izrazito kvalitetna inkluzija. Velike predškolske ustanove u kojima već postoje razvojne grupe za podršku i specijalizovano osoblje mogu se organizovati tako da postanu tim za podršku. Timovi mogu biti nadležni za: (1) procenu dece stare od tri do pet godina koja su im poslata zbog sumnje na razvojno kašnjenje ili smetnju u razvoju ili one kod koje je već potvrđeno postojanje neke smetnje; (2) razvijanje individualizovanog plana pomoći ili podrške; (3) implementaciju individualizovanog plana podrške kroz pružanje pomoći vaspitačima i pedagoškim asistentima (preporučena nova pozicija); (4) praćenje detetovog napretka ka ostvarenju ciljeva zadatih u individualizovanom planu podrške. Eliminisanjem razvojnih predškolskih grupa, osoblje može pružati podršku vaspitačima i pedagoškim asistentima u predškolskoj ustanovi. U zajednicama u kojima ne postoje razvojna savetovališta deca se mogu upućivati u tim za podršku u predškolskim ustanovama. Osoblje iz tima za podršku može preuzeti ulogu putujućih specijalista i obilaziti predškolske ustanove koje nisu dovoljno velike da imaju svoj tim za podršku.

## Preporuke

- Usluge se moraju pružati dovoljno intenzivno i dovoljno dugo (i, ako treba, individualizovano) da bi deca ostvarila napredak. Zbog toga usluge treba da budu skrojene prema potrebama deteta i da u intervenciju budu uključeni i članovi njegove porodice ili druge ključne odrasle osobe, kao što su medicinske sestre iz jaslaca ili vaspitači, kako bi se intervencija uklopila u detetovu svakodnevicu i planirane aktivnosti.
- Čitava intervencija događa se između poseta. Uloga stručnjaka za rane intervencije ogleda se u pružanju podrške onima koji prvi pružaju pomoć detetu (roditelj ili vaspitač), s ciljem da polazište za intervenciju pronađu u detetovim dnevnim rutinama. Deci sa kompleksnijim potrebama nisu nužno potrebne češće

posete; roditelji kojima je potrebna veća pomoć mogu zatražiti više poseta kako bi stekli samopouzdanje i veštine potrebne da izađu u susret potrebama svoga deteta.

- Usluge koje se pružaju u sklopu rane intervencije razlikuju se od rehabilitacije i zahtevaju angažovanje deteta u njegovoj prirodnoj sredini. Različite ustanove i bolnice nisu prirodan ambijent za odojčad i mališane sa smetnjama u razvoju. Ako je već potrebno raditi sa njima u ovom okruženju, preporučuje se korišćenje što prirodnijih metoda zasnovanih na igri sa detetom, ali i uključivanje članova porodice.
- Uzeti u obzir mogućnost da se prostorna ograničenja u detetovom domu i u drugim sredinama (na primer, u razvojnom savetovalištu) prevaziđu tako što će se sa detetom raditi u njegovim drugim prirodnim okruženjima (na primer, u vrtiću ili na igralištu kada to dozvoljavaju vremenske prilike).
- Oformiti tim za podršku u predškolskim ustanovama kako bi se radilo sa decom sa razvojnim teškoćama ili rizicima uzrasta od tri do pet godina. Eliminirati razvojne predškolske grupe. Otvoriti poziciju pedagoškog asistenta koji će raditi sa svom decom u grupi, uz poseban fokus na decu sa razvojnim kašnjenjem ili smetnjama. Ličnog pratioca koristiti samo kada vaspitač ili pedagoški asistent nisu u mogućnosti da se staraju o zdravstvenim i bezbednosnim potrebama konkretnog deteta (recimo, ako je dete potrebno prenositi u toku dana ili ako je često potrebna pomoć u održavanju higijene).
- Potrebno je imati koordinate slučajeve koji će voditi računa o nivou pružene usluge i napretku deteta u ostvarivanju kratkoročnih zadataka i dugoročnih ciljeva. Uzeti u obzir model pružanja usluge na primarnom nivou. Izračunati cenu različitih modela i testirati ih kako bi se odredila maksimalna korist za dete i porodicu, instance koje pružaju uslugu i sistem u celini.

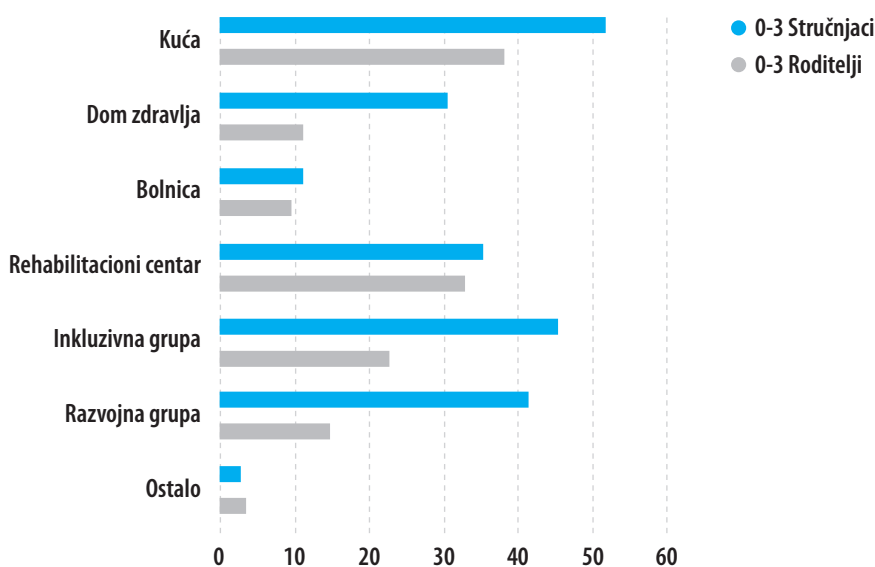
### 3.8 Mesto pružanja usluga i izvor finansiranja

U anketi je roditeljima postavljeno pitanje o konkretnom mestu gde se radi sa njihovim detetom i ko je u poslednjih 12 meseci plaćao te usluge. Republika ili opština podmiruju troškove usluga koje se pružaju u savetovalištim, klinikama i predškolskim ustanovama, dok roditelji uglavnom plaćaju usluge koje dete dobija kod kuće. Mada su državne predškolske ustanove za decu sa smetnjama u razvoju besplatne, može da se desi da roditelji ipak snose deo troškova. U razgovoru sa roditeljima čulo se da oni mogu tražiti od interesorne komisije pedagoškog asistenta ili ličnog asistenta tokom predškolskog perioda. Mada interesorna komisija može da odobri detetu ovu vrstu pomoći, ako u lokalnom budžetu ne postoje sredstva, roditelji je sami plaćaju. Osim toga, neki roditelji donose odluku da svoju decu pošalju u privatni vrtić.

**Tabela 8** Raspodela troškova za usluge ranih intervencija prema mestu pružanja usluge

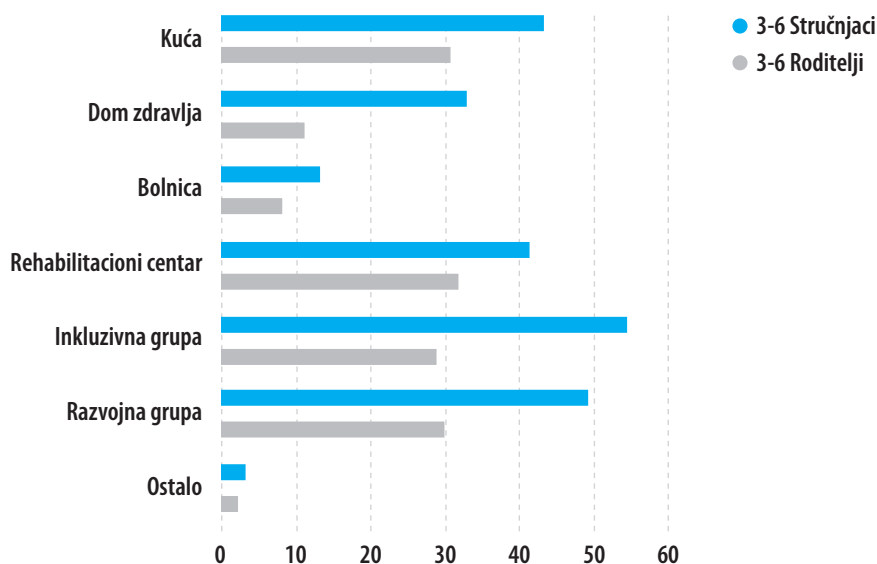
	Ko snosi troškove (%)			
	Republika/opština	NVO	Sami roditelji	Različiti izvori
Kod kuće	30,0	1,7	<b>58,0</b>	10,0
U savetovalištu	<b>94,3</b>	3,8	0,0	1,9
Na klinici	<b>83,3</b>	1,7	10,0	5,0
U vrtiću	<b>60,9</b>	4,3	23,9	10,9

Roditelje i stručnjake pitali smo gde bi po njihovom mišljenju trebalo da se radi sa decom mlađom od tri godine kada imaju neku smetnju ili kašnjenje u razvoju. Isto pitanje postavljeno je i u vezi sa uslugama koje se pružaju deci uzrasta od tri do šest godina. Ispitanici su mogli da izaberu više od jedne kategorije.

**Slika 16** Preferencije u odnosu na mesto pružanja podrške deci do tri godine

I dok roditelji navode da je za dete najbolje kada se s njim radi kod kuće ili u medicinskoj instituciji za rehabilitaciju, stručnjaci prednost daju radu kod kuće, zatim jaslenim ili vrtićkim grupama ili razvojnim vrtićkim ili jaslenim grupama. Isto pitanje postavljeno je i za decu staru od tri do šest godina.

**Slika 17** Preferencije u odnosu na mesto pružanja podrške deci 3-6 godina



Stručni radnici koji su učestvovali u anketi imaju slične preferencije i kod mališana mlađih od tri godine. Međutim, roditelji su kao najpoželjnija mesta za rad sa decom mnogo složnije birali medicinske ustanove za rehabilitaciju, kućno okruženje, inkluzivne sredine i razvojne grupe u okviru predškolskih ustanova. Pojedini roditelji su u okviru fokus-grupe naglasili da je njihovoj deci lakše da se usredsrede na zadatke kada ih obavljaju izvan kuće.

Kvalitativni podaci koji su dobijeni od roditelja potkrepljuju praksu rada u različitim okruženjima u zavisnosti od uzrasta deteta. Roditelji koji su pružanje usluga kod kuće odabrali kao najprihvatljivije, navode da je to najbolja opcija, posebno za decu mlađu od tri godine jer je za njih dom poznato, bezbedno i udobno okruženje, a tako je zgodno i roditeljima:

*Zato što je kuća ambijent u kojem dete provodi najviše vremena i gde se oseća sigurno. Tu se najbolje može videti kako dete funkcioniše, kao i priroda interakcije između deteta i roditelja. Rad kod kuće pruža i roditeljima priliku da nauče kako da pristupe detetu, što je bitno budući da dete najviše vremena provodi sa roditeljima. Sa druge strane, ambijent u domovima zdravlja, bolnicama i rehabilitacionim centrima uglavnom je takav da čovek jedino poželi da pobjegne odatle glavom bez obzira. Sa dužnim poštovanjem.*

Roditelji kojima se više dopada kada se sa detetom radi izvan kuće kao prednost naglašavaju blizinu profesionalaca, veći prostor i opremu kao glavne razloge za svoj izbor:

*Jer su najbolji uslovi za to u ustanovama i drugim mestima za rehabilitaciju (privatnim, ne državnim, po mom iskustvu) i u tipičnoj vrtičkoj grupi, s tim da defektolog i logoped treba*

*da drže časove u drugoj prostoriji (jer iz iskustva zaključujem da moje dete bolje napreduje u običnoj grupi, a ne u razvojnoj).*

Drugi roditelji se zalažu da se sa decom radi u različitim prostorima, posebno kad je reč o starijoj deci:

*Zbog efikasnog korišćenja vremena i novca i prijatne atmosfere kod kuće, detetu je lakše da sarađuje nego u bolničkim uslovima. Takođe, smatram da bi bilo veoma dobro da se sistem rane podrške organizuje u vrtićima jer bi se dete tako odmah uključilo u vrtić i na jednom mestu dobijalo sve što mu je potrebno za razvoj (kao i deca tipičnog neurološkog razvoja), a roditelji bi mogli da se posvete svojim obavezama jer bi im dete bilo zbrinuto u vrtiću. (Moje dete još ne ide u vrtić jer nemamo vremena da ga vodimo zbog svakodnevnog odlaska na fizikalne, defektološke i logopedске terapije, a ja je svakodnevno vozim na sto strana i ne mogu da se vratim svom poslu).*

Mnogi roditelji čija deca imaju smetnje u razvoju kažu da je za njihovo dete važno da se s njim radi van kuće jer ono tako dolazi u kontakt sa različitim ljudima i otkriva nove sadržaje. Ovo je uobičajeno u zemljama u kojima postoji malo inkluzivnih okruženja u zajednici, uključujući i ustanove za predškolsko vaspitanje i obrazovanje.

Pitali smo roditelje i ko najčešće pruža usluge njihovom detetu. Isto pitanje postavili smo i stručnjacima, tražeći od njih da navedu ko, prema njihovom iskustvu, najčešće radi sa decom koja imaju razvojno kašnjenje ili neke smetnje u predškolskom periodu. Ispitanici su mogli da obeleže više od jednog odgovora.

**Tabela 9** Mišljenje roditela o tome ko najčešće pruža podršku njihovom detetu

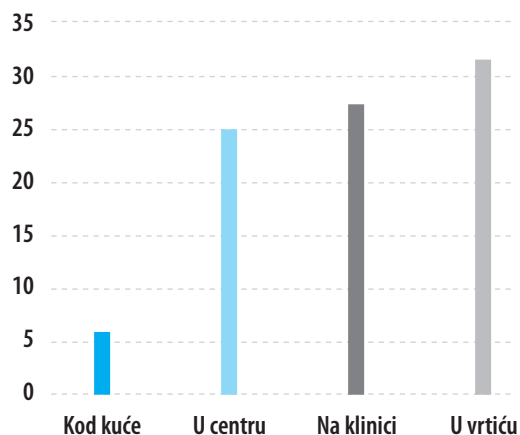
Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu	
	Roditelj	Stručnjak
Sa velikim brojem dece niko ne radi	6,0	13,3
Pedijatar iz primarne zdravstvene zaštite	14,7	17,8
Pedijatar ili zdravstveni saradnik iz razvojnog savetovališta	7,1	15,4
Saradnici iz razvojnog savetovališta	1,6	29,3
Pedijatar ili drugi specijalista u dečjoj bolnici (sekundarni nivo)	12,0	14,9
Pedijatar ili specijalista na dečjoj klinici ili u specijalizovanoj bolnici (tercijarni nivo)	17,9	12,1
Privatni specijalista (koga plaćaju roditelji)	<b>26,6</b>	24,3
Vaspitač	6,5	28,1
Medicinska sestra iz jaslica	2,7	11,1
Predškolski pedagog	2,2	15,1
Predškolski defektolog (specijalni vaspitač)	2,7	29,1
Predškolski psiholog	2,7	18,0
Logoped	13,6	<b>41,1</b>
Socijalni radnik	2,2	6,0
Nevladine organizacije	0,0	7,9
Drugo	3,3	7,0



Iz tabele se vidi da se roditelji i stručnjaci razmimoilaze u nekoliko ocena. Stručna lica su uglavnom birala logopeda, potom osoblje u razvojnim savetovalištim, predškolskog defektologa, vaspitače i privatne specijaliste. Posmatranja pokazuju da logopedi imaju uticajnu ulogu u savetovalištim, što može biti razlog da ispitanici često u odgovorima navode razvojno savetovalište i logopeda. Roditelji su naveli da njihovom detetu većinu usluga pružaju specijalisti u privatnoj praksi, a zatim i specijalisti sa tercijarnog nivoa, pedijatar iz doma zdravlja i logopedi.

Pitali smo stručne radnike i koliko često se sa detetom radi kod kuće, a koliko u centru, na klinici i u vrtiću. Kao što se može videti na sledećoj slici, sa veoma malim brojem dece radi se kod kuće.

**Slika 18** Mesto na kome se najčešće pruža podrška detetu



U anketi se i od stručnjaka i od roditelja tražilo da odgovore na nekoliko tvrdnji u vezi sa ulogom roditelja tokom pružanja usluga. U sledećoj tabeli rezimirali smo rezultate. Trećina roditelja smatra da bi trebalo da budu u prostoriji u kojoj se radi sa detetom, a četvrtina misli da mogu da ostanu u prostoriji ili da izađu iz nje u zavisnosti od stava stručnog lica. Sa druge strane, medicinski stručnjaci smatraju da roditelji treba da ostanu u prostoriji dok oni rade sa detetom i da isprobavaju tehnike koje im pokazuje specijalista (45,5% nasuprot 24,9%).

**Tabela 10** Mišljenja o ulozi roditelja tokom pružanja podrške detetu, kroz usluge rane intervencije

Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu			
	Roditelji	Sva stručna lica	Medicinski stručnjaci	Nemedicinski stručnjaci
Ostaju u prostoriji i gledaju šta radi specijalista	<b>33,3</b>	9,7	11,6	8,5
Ostaju u prostoriji i isprobavaju tehnike koje pokazuje specijalista	16,0	33,2	<b>45,5</b>	24,9
Čekaju napolju do kraja seanse, kada će specijalista ukratko opisati šta je tog dana urađeno	21,3	6,7	2,5	9,6
Čekaju napolju do kraja seanse (i uopšte ne dolaze u kontakt sa specijalistom ili ga sretnu samo usputno)	5,3	0,3	0,0	0,6
U zavisnosti od onoga što im specijalista kaže, čekaju napolju ili ostaju unutra	24,0	<b>50,0</b>	40,5	<b>56,5</b>

Stiče se utisak da uzorak nemedicinskih stručnjaka potcenjuje važnost aktivnog uključivanja roditelja u pružanje usluga, pa i koordinaciju između kućne intervencije i one koja se sprovodi u predškolskoj ustanovi. I anketirani roditelji najčešće prihvataju pasivnu ulogu. Roditelji možda ne razumeju koliko je važno da se intervencija sprovodi i između poseta specijalistima i posle povratka iz vrtića; oni možda posetu specijalisti vide kao trenutak za lični predah, a možda im je suviše teško da se uključe u detetovu seansu ili da se usklade sa radom vaspitača, posebno ako imaju još dece o kojoj moraju da vode računa.

Deca svoje veštine pokazuju u boljem svetlu kada stupaju u interakciju sa poznatim ljudima i sadržajima. Rad sa decom u kućnom ambijentu ili u okviru predškolskih ustanova predstavlja priliku da roditelji i vaspitači dece podrže razvoj dečijih veština u sklopu detetovih dnevnih navika, planiranih aktivnosti i onih koje dete samo inicira, recimo za vreme jela ili igre.

Stručnjaci za rane intervencije iz čitavog regiona navode da se teško odlučuju da napuste medicinsko-ekspertski model u okviru kojeg stručna lica koriste komplikovanu terminologiju i sve vežbe rade sami sa detetom jer roditelji ovakav pristup doživljavaju kao intenzivniji i korisniji.

## Preporuke

- Ispitati tip usluga koje roditelji plaćaju u svojoj kući i proveriti zašto oni biraju baš tu opciju za svoje dete.
- Objasniti roditeljima i stručnjacima važnost rada sa decom u prirodnom, inkluzivnom okruženju, kao što su kuća, vrtić i druge inkluzivne sredine u zajednici.
- Objasniti roditeljima i stručnjacima koliko je važno da porodica realizuje planirane intervencije tokom čitavog dana i u okviru detetovih svakodnevnih aktivnosti i igre.

- Objasniti roditeljima i stručnjacima koliko je važno osmisliti i koordinisati intervencije zajedno sa vaspitačima, ako dete pohađa jaslice ili vrtić.
- Objasniti roditeljima i stručnjacima na koji način se rana intervencija, uključujući i inkluzivne modele i metode obrazovanja, razlikuju od rehabilitacije.
- Kako deca rastu i uključuju se u predškolsko vaspitanje i obrazovanje, od presudne je važnosti da se pružanje usluge prebaci u prostor predškolskih ustanova. Iz tog razloga trebalo bi uložiti napor u povećanje kapaciteta predškolskih ustanova kako bi se u njima sprovodile procene (između ostalih, i funkcionalno procenjivanje) i kreirali individualizovani planovi podrške za decu kod koje su smetnje otkrivene posle navršene dve i po godine. Osoblje bi trebalo obučiti da vrši kontinuirano praćenje i reviziju ciljeva postavljenih u okviru individualizovanog plana podrške i da sprovodi intervenciju uz pomoć porodice. Specijalizovano osoblje iz većih predškolskih ustanova može gostovati u manjim zajednicama ili privatnim predškolskim ustanovama i raditi sa decom.
- Predškolskim ustanovama je potrebna pomoć u gašenju razvojnih grupa i širenju prakse inkluzivnih grupa u čitavoj zemlji, kao i u prevođenju dece u formalan obrazovni okvir.
- Treba uzeti u obzir da mnogi roditelji u ovom regionu smatraju da su usluge koje se baziraju na rehabilitaciji i ekspertskom pristupu mnogo intenzivnije i efikasnije, čak i kada to nije slučaj. Roditeljima treba pružiti informacije o značaju ranih intervencija koje su usmerene prema porodici i značaju samih roditelja koji su u toku dana najduže u kontaktu sa detetom, i samim tim u najpovoljnijoj prilici da utiču na njegov razvoj. Roditeljima koji učestvuju u pilot-programu biće možda potrebno 6-12 meseci da se prilagode na novi model pružanja usluga. Roditelji su izuzetno zadovoljni modelom intervencije zasnovane na dnevnim rutinama kada vide napredak kod deteta i oseće podršku. Stoga treba prikupiti utiske roditelja o kvalitetima novog modela kako bismo ih predočili i drugim roditeljima.
- Deci čiji roditelji, zbog određenih poteškoća kao što je ispoljavanje sklonosti ka depresivnim stanjima, nemaju dovoljno mogućnosti da postave intervenciju polazeći od detetovih dnevnih rutina i aktivnosti, možda će koristiti kombinovana rana intervencija u jaslicama ili vrtiću i intervencija koju bi vršila stručna lica prilikom kućnih poseta.
- Mnogim roditeljima dece sa posebnim potrebama pomoći će učešće u grupama za podršku roditeljima, povremeni boravci u centrima za predah ili savetovanje. Uporedo sa uvođenjem usluge rane intervencije, potrebno je uvesti i ove vidove podrške za roditelje.
- Angažovanjem čitave porodice, između ostalog i braće i sestara, oca, šireg porodičnog kruga, može se ublažiti stres i poboljšati koordinacija brige o detetu. Važno je uspostaviti partnerski odnos sa socijalnom službom kako bi se utvrdilo koja se vrsta podrške može dobiti.

### 3.9 Opažene prepreke u pružanju usluga deci mlađoj od tri godine

Anketirani roditelji i stručnjaci istakli su postojanje prepreka u pružanju usluga deci mlađoj od tri godine. Generalno gledano, i jedni i drugi su kao najčešću prepreku naveli to što se ne zna koje sve usluge postoje. Između medicinskih i nemedicinskih stručnjaka postoji saglasnost u vezi sa najčešćim preprekama. Nedostatak obučenog kadra kao problem navodi 48% medicinskih stručnjaka i 38,4% nemedicinskih. Da su prepreka interresorne odluke, smatra 27% nemedicinskih stručnjaka, što smatra i 11,7% medicinskih stručnjaka. Da prepreku predstavlja nedostatak prostora, navodi 25% medicinskih stručnjaka, za šta se izjašnjava 22,8% nemedicinskih stručnjaka. Roditelji takođe navode slične poteškoće u radu sa decom uzrasta od tri do šest godina.

**Tabela 11** Prepreke u pružanju usluga rane intervencije/podrške za dete do tri godin i porodicu

Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu		
	Roditelj 0-3	Roditelj 3-6	Stručnjak 0-3
Roditelji ne traže usluge	14,7	11,4	31,3
Korisnici ne znaju koje sve usluge postoje	<b>41,3</b>	<b>36,4</b>	<b>55,5</b>
Ograničena politička podrška	13,6	12,5	18,3
O koristima intervencija u ranom detinjstvu malo se zna	29,9	25,5	40,4
Finansijskih sredstava nema dovoljno ili ih nema uopšte	<b>33,2</b>	<b>29,9</b>	<b>45,2</b>
Manjak obučenih ljudi koji bi pružali usluge	<b>33,2</b>	<b>31,5</b>	42,3
U zemlji nema dovoljno ili nema uopšte ekspertske kadra	21,7	22,8	16,6
Odluke intersektorske komisije	15,2	17,4	20,4
Prevoz za roditelje	13,6	13,6	21,2
Ograničen prostor za rad sa detetom	21,7	22,8	23,8
Lista čekanja	20,1	18,5	16,8
Slaba koordinacija među sektorima	27,7	25,5	<b>43,0</b>
To što nijedno ministarstvo nema vodeću ulogu	16,8	- - -	28,6

Stručnjaci nisu davali odgovore o deci uzrasta od tri do šest godina.

#### Preporuke

- Utvrditi u kojim je delovima sistema pružanje usluga uslovljeno ranijom praksom kako bi se neefikasno upotrebljeni kadrovski i finansijski resursi usmerili na sprovođenje savremenijih modela ranih intervencija.
- Na osnovu finansijske analize utvrditi koliko je sredstava potrebno za pružanje usluge rane intervencije po modelu zasnovanom na dnevnim rutinama deteta u razvojnim savetovalištim, u sklopu tran-

sdisciplinarnog ili interdisciplinarnog modela pružanja usluge na primarnom zdravstvenom nivou, nasuprot pružanju usluge u kućnom okruženju, koje organizuju geografski timovi u saradnji sa koordinatorima.

- Mapirati usluge za decu sa smetnjama u razvoju koje se trenutno mogu dobiti privatno ili državno i razviti mehanizam za distribuciju ovih informacija roditeljima i stručnim licima.
- Mapirati postojeće privatne i državne pomoćne službe i dostaviti ove informacije licima koja rade sa malom decom i njihovim porodicama radi razmene informacija i lakšeg upućivanja dece (na primer, službe za prevoz).
- Ustanoviti broj stručnjaka po regionima za koje se može organizovati dodatna obuka kako bi mogli da rade kao članovi regionalnih centara i da u okviru pilot-projekta na odabranim mestima obučavaju druge kolege.
- Ispitati koliku prepreku predstavljaju stavovi osoblja i stručnjaka direktno angažovanih na sprovođenju intervencija na terenu i kroz procenu i pružanje usluga (na primer, vaspitači koji možda oklevaju da prime određenu decu u grupu, pedijatri koji nerado testiraju decu i upućuju ih na sledeće instance, osoblje u razvojnim savetovalištima koje se možda opire pristupu koji je transdisciplinarni i orijentisan na porodicu).
- Proveriti visokoškolske i druge ustanove koje uz podršku mogu razviti i ponuditi obuke o ranim intervencijama i za zaposlene i za one koji se tek školuju.
- Stvoriti radna mesta na kojima bi se u obuci mogla raditi praksa. Teorijska obuka nije dovoljna za podsticanje promene u ponašanju. Ljudi koji se obučavaju moraju dobiti priliku da upotrebe nova znanja i dobiju povratnu informaciju.
- Razmotriti mogućnost sastavljanja interresorne radne grupe kako bi se:
  - Ispitale preporuke i pripremio strateški plan, akcioni plan i vremenski raspored;
  - Istražile mogućnosti za unapređenje sektorske koordinacije;
  - Kroz proces konsultacija odredile kompetencije i standardi za sprovođenje rane intervencije;
  - Osnovali intersektorski centri za rani razvoj za koje bi bio nadležan savetodavni odbor;
  - Iskoristili ovi centri da se mapiraju sve postojeće usluge u okviru zdravstva, prosvete i socijalnih službi i da se nađe način da se u okviru njihovih usluga inkorporira rana intervencija. Bez obzira na kontekst, usluge moraju da se baziraju na standardima dogovorenim i definisanim prema odabranom modelu.

### 3.10 Kapaciteti primarne zdravstvene zaštite

Medicinskim stručnjacima je postavljen niz pitanja u vezi sa brojem pedijatara koji u njihovom domu zdravlja rade sa decom mlađom od pet godina i 11 meseci. Kao što se vidi u donjoj tabeli, medicinski stručnjaci navode da je pedijatar u domu zdravlja najpozvaniji da identifikuje biološke faktore razvojnog rizika i da ustanovi neuhranjenost kod dece, ali da je najmanje spreman da upotrebi standardizovane instrumente za razvojni skrining, intervju ili neku opservacionu tehniku kako bi procenio razvoj deteta. U anketi su ponuđeni odgovori: gotovo svi (100-75%), veliki broj (74-50%), pojedini (49-25%), mali broj 24-5%, gotovo niko (4-0%) i ne znam.

**Tabela 12 Procena kapaciteta stručnjaka za procenu razvoja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite**

Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu	
	Gotovo svi (100-75%)	Veliki broj (74-50%)
Znaju da utvrde biološke faktore razvojnog rizika kao što su mala težina na rođenju	<b>46,4</b>	23,7
Znaju da utvrde razvojno kašnjenje kod male dece	16,9	33,7
Znaju da identifikuju socijalno-emocionalne poteškoće kod male dece	11,5	20,7
Znaju da upotrebe intervju i tehnike opservacije kako bi procenili razvoj malog deteta	<b>9,0</b>	16,9
Znaju da upotrebe proverene standardizovane instrumente za skrining kako bi procenili razvoj male dece	<b>5,7</b>	11,4
Znaju da upotrebe standardizovane metode za procenjivanje neuhranjenosti kod male dece	<b>38,9</b>	20,0
Znaju da ustanove oštećenje sluha u prvih šest meseci života	16,7	25,6
Znaju da procene vid u prvih šest meseci života	18,0	15,7
Znaju da identifikuju decu kod kojih postoji opasnost od javljanja autizma u toku prve tri godine života	11,0	15,4
Znaju da utvrde postoji li opasnost od javljanja cerebralne paralize u toku prve godine života	13,6	40,9
Znaju da prepoznaju dete koje je žrtva zlostavljanja i zanemarivanja	15,4	22,0
Znaju da posavetuju roditelje/staratelje kako da unaprede razvoj svog deteta	14,6	22,5
Znaju da posavetuju roditelje/staratelje o tome kako da obezbede detetu ranu intervenciju i usluge i resurse vezane za rehabilitaciju	17,6	25,3
Znaju da se posvete posebnim zdravstvenim potrebama dece sa razvojnim poteškoćama	18,0	25,8

## Preporuke

- Uspostaviti saradnju sa udruženjima zdravstvenih radnika, kako bi se ustanovile potrebe za stručnim usavršavanjem.
- Analizirati postojeći plan i program obuke i sticanja iskustva u okviru redovnog stažiranja kako bi se pedijatri i zdravstveni saradnici pripremili da pruže podršku deci sa kašnjenjem i smetnjama u razvoju. Trenutno se beleži napredak jer su studentima medicine ponuđeni izborni kursevi iz razvojne pedijatrije. Biće važno ustanoviti kolika je efikasnost tih kurseva.
- Uspostaviti partnerski odnos između medicinskih fakulteta i modela službi (razvojnih savetovališta ili drugih službi koje pružaju uslugu rane intervencije) kako bi se stvorile prilike za stvaranje praktičan rad i znanje što lakše prenelo u praksu.
- Istražiti mogućnosti za uključivanje roditelja i vaspitača u medicinski pristup orijentisan na detetu i porodici (pacijentu) i kućni rad sa decom sa specijalnim razvojnim i zdravstvenim potrebama.

## 3.11 Profesionalno usavršavanje i udruživanje

Različitim profesionalnim udruženjima pripada 58% nemedicinskih i 50% medicinskih stručnjaka. Udruženja mogu da pruže prilike za kontinuirano usavršavanje i da blagovremeno plasiraju informacije svojim članovima.

Sticanje istrajnosti potrebno je ne samo studentima medicine već i onima koji se bave drugim disciplinama važnim za brigu i staranje o maloj deci. Zaposlenima je potrebno obezbediti stručno usavršavanje. Prema rezultatima istraživanja, blizu 61% nemedicinskih stručnjaka i 62,7% lekara pohađalo je neku obuku u proteklih dvanaest meseci. Kontinuirane obuke omogućavaju stručnim licima da održe korak sa aktuelnim otkrićima, podižu im samopouzdanje i promovišu praksu zasnovanu na najnovijim naučnim dokazima i profesionalnim standardima i propisima.

## Preporuke

- Sprovesti analizu nastavnog plana i programa prema kojem se školuju stručnjaci medicinske i srodnih profesija, uključeni u sprovođenje ranih intervencija, među kojima su i obrazovni programi za medicinske sestre u jaslicama i vaspitače u vrtićima. Integrisati informacije o intervenciji u ranom detinjstvu sa tim srodnim disciplinama.
- Uspostaviti partnerstvo između organizacija koje obezbeđuju stručnu obuku zaposlenih i udruženja stručnjaka i roditelja. Regionalni centri i odabrani domovi zdravlja, razvojna savetovališta, predškolski timovi za podršku i druge organizacije za pružanje rane intervencije mogu poslužiti sa snimanje video-materijala, organizovanje poseta i sastavljanje onlajn obuke.
- Ponuditi postdiplomsku obuku iz rane intervencije onima koji su motivisani da rade na ovom polju ili onima koji već rade sa decom i porodicama, ali im je potrebno dodatno usavršavanje, šire od stručnih obuka.

- Organizovati regionalne trenere koji će pomoći stručnjacima koji pružaju ovu uslugu da pređu na model intervencije zasnovane na dnevnim rutinama i usmerene prema porodici.
- Otvoriti internet stranicu na kojoj će se naći adrese za sve besplatne sadržaje i informacije. Mnoge adrese sa besplatnim informacijama postoje na engleskom i moguće ih je prilagoditi za upotrebu na srpskom. Na primer, Centar za kontrolu bolesti dopušta slobodno prevođenje i adaptaciju sadržaja o razvoju dece.<sup>31</sup>
- Obratiti pažnju na potrebe za obukom medicinskih i nemedicinskih stručnjaka i razvrstati ih po važnosti u odnosu na plan razvoja i širenja usluga rane intervencije.
- Iskoristiti stručna udruženja da promovišu i plasiraju informacije o ranim intervencijama svojim članovima.

### 3.12 Kapaciteti roditelja

Anketirani roditelji ocenjivali su tačnost nekoliko tvrdnji u vezi sa pružanjem podrške njihovom detetu koje ima neku smetnju u razvoju. Podebljani brojevi pokazuju oblasti na kojima treba više raditi.

**Tabela 13** Samoprocena roditelja o kapacitetima za pružanje podrške detetu u okviru ranih intervencija

Tvrdnja	% Potpuno se slažem / Delimično se slažem
Znam koje usluge se nude deci sa razvojnim kašnjenjima i smetnjama u razvoju	<b>42,4</b>
Znam kako da dođem do usluga namenjenih deci sa razvojnim kašnjenjima i smetnjama u razvoju	<b>39,7</b>
Znam kako da se staram o svakodnevnom potrebama svoga deteta, kao što su ishrana, kupanje, oblačenje	100
Znam kako da pospešim društveni i emocionalni razvoj svog deteta	93,8
Znam kako da pomognem svom detetu da nauči nove veštine	91,4
Znam kako da podstaknem sveukupni razvoj svog deteta	91,3
Znam kako da se igram sa svojim detetom	97,8

Mada je 74% anketiranih roditelja navelo da njihovo dete koristi ove usluge, a njih 66% reklo da su im usluge pružene u poslednjih 60 dana, preko polovine roditelja i dalje ne zna koje sve usluge postoje i kako se do njih može doći.

Da su u poslednjih dvanaest meseci pohađali seminare, radionice ili druge vrste obuka posvećene razvojnim smetnjama i kašnjenjima kod dece mlađe od šest godina, navodi 27% roditelja, 25% roditelja iz seoskih sredina pohađalo je neku obuku, u poređenju sa 30% roditelja iz gradskih i 22% roditelja iz prigradskih sredina.

<sup>31</sup> Za više informacija pogledati na <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/index.html>.



Roditelji često dolaze do važnih informacija i nalaze emocionalnu podršku u udruženjima roditelja. U okviru ankete pitali smo roditelje pripadaju li nekom udruženju roditelja i da li dobijaju bilo kakvu vrstu podrške. Da je član nekog udruženja, odgovorilo je 47% anketiranih roditelja. Samo 14% roditelja iz seoskih sredina učestvuje u radu nekog udruženja, u poređenju sa 58,2% roditelja iz gradskih i 26% roditelja iz prigradskih sredina.

Jedan roditelj objašnjava koliko je važna komunikacija sa drugim roditeljima koji imaju decu sa sličnim potrebama. U svojoj izjavi ističe da u grupi na Fejsbuku dobija emocionalnu podršku, ali i priliku da razmeni ideje:

*Skidam sa interneta materijal za rad i kopiram ideje za učenje sa Fejsbuk grupe „Roditelji dece sa govorno-jezičkim problemima”. Mnogo mi znači to što znam da nismo sami u svojoj borbi. Nemam baš mnogo vremena za druženje.*

Drugi roditelji pominju da tako dolaze do informacija o svojim pravima i načinu ostvarivanja usluga:

*Pomoć uglavnom dobijam u vidu informacija o pravima koja nam pripadaju i načinu na koji možemo da ih ostvarimo.*

*U ovom udruženju/grupi saznala sam sve o tome šta možemo da očekujemo i kako da pomognemo i detetu i sebi. Dobila sam informacije o specijalistima i stručnjacima koji su najbolji za moje dete.*

Nekoliko roditelja navelo je da su tako stekli pravo na besplatno parkiranje, ulazak na razne događaje i terapiju.

## Preporuke

- Udruženja roditelja imaju važnu ulogu u distribuciji informacija o dostupnim uslugama i pružanju pomoći svojim članovima da ostvare pravo na usluge. Upravo zbog toga treba prosledivati informacije predsednicima ovih udruženja, pozivati ih na obuke i ohrabrivati da prenesu svoja znanja i informacije članovima.
- Medicinski i nemedicinski stručnjaci trebalo bi da distribuiraju informacije o udruženjima roditelja porodicama i svojim kolegama.
- Treba sakupljati informacije o dostupnim uslugama i uslovima koje treba ispuniti da bi se došlo do njih, pa te informacije u elektronskoj ili nekoj drugoj formi proslediti roditeljima, vaspitačima, medicinskim radnicima i kolegama iz drugih profesija. Iste informacije treba proslediti i udruženjima roditelja.
- Pojednim roditeljima biće potrebna pomoć osoblja iz razvojnih savetovališta da ostvare svoje pravo na usluge rane intervencije. Roditelji dobrovoljci i konsultativni razgovori sa osobljem iz razvojnih savetovališta mogli bi pomoći roditeljima kojima je potrebna veća podrška zbog nedovoljne pismenosti, kognitivnih ograničenja, jezičkih poteškoća ili neke druge prepreke da ravnopravno ostvare svoje pravo na usluge iz ove oblasti. I patronažne sestre kao i romske zdravstvene medijatorke, kada je u pitanju romska populacija, mogu im pružiti neku vrstu pomoći u sklopu svojih kućnih poseta.

- Informacije o uslugama treba ponuditi u pisanoj i ilustrovanoj formi kako bi ih razumele i osobe koje su nedovoljno pismene ili koje ne razumeju srpski.
- Razmotriti mogućnost da se pomoću kratkih video-klipova prošire informacije o uslugama rane intervencije, načinu na koji se do njih dolazi i ulozi porodice, vaspitača, pedijatra, razvojnih savetovališta i drugih specijalista. Ovi video-klipovi mogu se puštati u čekaonicama u domovima zdravlja i drugim mestima koja često posećuju roditelji male dece.
- Naći način da se pomogne roditeljima iz seoskih sredina da se ravnopravno uključe u rad udruženja roditelja.
- Obezbediti što više mogućnosti pojedincima koji su važni za razvoj nacionalnog sistema ranih intervencija i različitih komponenti tog sistema da pohađaju sertifikovane obuke i da sarađuju sa mentorom kako bi i sami mogli držati predavanja na temu skrininga i procene, intervencije zasnovane na dnevnim rutinama, model višestruke i povezane podrške, učvršćivanje željenog ponašanja kroz pozitivne instrukcije, univerzalni dizajn itd.
- Oformiti nacionalni centar sa vrhunskim predavačima za specifične teme, u kojem bi mogli raditi stručnjaci koji će držati profesionalne obuke, raditi kao treneri i konsultanti.

### 3.13 Prepreke ranoj intervenciji u okviru predškolskog vaspitanja i obrazovanja

U anketi za roditelje postojalo je i nekoliko tvrdnji o mogućim preprekama koje se odnose na predškolsko vaspitanje i obrazovanje. Najveća prepreka je nedovoljan broj specijalista koji mogu da pomognu vaspitačima i roditeljima, zatim neadekvatna obuka vaspitača i preveliki broj dece u vrtićkim grupama.

Na osnovu posmatranja malog uzorka predškolskih ustanova u kojima je 2011. obavljen pilot-projekat inkluzivnog predškolskog vaspitanja i obrazovanja i rada jedne razvojne grupe 2016, čini se da se u Srbiji uopšte ne primenjuje ili se tek minimalno primenjuje međunarodno prihvaćena praksa inkluzije. Nije dovoljno da se prisustvo deteta i njegovog ličnog pratioca u vrtićkoj grupi ograniči na jedan deo prostorije, tako da ono nema kontakt s vršnjacima niti pristup sadržajima dostupnim drugoj deci.

Na osnovu posmatranja, zaključujemo da su razvojne grupe zgodnije za rad vaspitačima, ali ne i deci. Posmatranjem rada u tri razvojne grupe utvrđeno je da i kad jedan vaspitač vodi računa o malom broju dece, plan i program rada i aktivnosti kojima se podstiče usvajanje važnog i smislenog znanja i veština prilično su ograničeni. Čini se da ne postoji nikakva vidljiva veza između aktivnosti i ciljeva koji se postavljaju u okviru individualnog plana podrške. Sadržaji koji se deci nude prilično su siromašni. Vršnjačka interakcija uglavnom ne postoji ili se ne podržava na odgovarajući način.

Prilikom posmatranja jedne razvojne grupe tokom 2016, analizirana je situacija u kojoj su deca u prostoriji prelazila unapred planiranu putanju sa preprekama. Defektolog je pristupio aktivnosti s mnogo poleta. Učinjeni su naponi da se u aktivnost uvede i kognitivno učenje (na primer, brojanje kolutova kroz koje dete prolazi). Deca su tražila pažnju i odobrenje vaspitača, ne pokušavajući da razmene podršku s vršnjacima, kojih

su samo delimično bila svesna. Mada se činilo da većina dece učestvuje u aktivnosti i da se dobro zabavlja, čitav događaj se odvijao pod kontrolom odrasle osobe. Nije bilo jasno na koji način aktivnost zadovoljava specifične, funkcionalne motoričke potrebe navedene u njihovim individualnim planovima podrške. Takođe, nije bilo jasno ni na koji način defektolog ovom aktivnošću povezuje različite razvojne domene (recimo, socijalno-emocionalni, kognitivni, motorički, adaptivni domen itd.).

**Tabela 14 Prepreke u sistemu predškolskog vaspitanja i obrazovanja — viđenje roditelja**

Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu
	Roditelji
U mestu u kojem živite ne postoji vrtić	11,4
U vrtićima nema mesta za svu decu	19,0
Ne postoji prevoz do vrtića	7,6
Ne postoji način da se uđe u vrtić (na primer, ne postoji rampa za kolica)	22,3
Vrtić nudi samo celodnevni program koje je previše skup	3,8
Radno vreme vrtića je prekratko za moje potrebe	2,2
Vrtić je otvoren u vreme kada mojoj porodici to ne odgovara	1,6
Mišljenje interesorne komisije nije adekvatno	8,7
U vaspitno-obrazovnom sistemu ne postoji pomoć koja se preporučuje u sklopu rane intervencije	12,0
Vaspitači nisu adekvatno obučeni	<b>30,4</b>
Vaspitači nemaju adekvatnu podršku	19,0
Prostor u kojem radi obrazovna grupa ili sadržaj koji se koristi nisu adekvatni	21,7
Ne postoji dovoljan broj specijalista koji bi pružili podršku vaspitačima/roditeljima	<b>35,9</b>
U predškolskim grupama ima previše dece	<b>28,3</b>
Vrtić nije bezbedna sredina za decu sa smetnjama u razvoju	12,0
Deca sa smetnjama u razvoju ne dobijaju odgovarajuću podršku u svojim obrazovnim grupama	25,5
Deca sa smetnjama u razvoju ne napreduju u svojim obrazovnim grupama	8,7
Deca koja imaju pravo na lične asistente ne mogu da ih dobiju	22,8
Nailazimo na neprihvatanje/otpor roditelja čija deca idu u isti vrtić	16,8
Nije osnovan tim za podršku detetu (roditelju, vaspitaču, specijalisti)	19,6
Tim za podršku nije pripremio pedagoški profil ili individualni obrazovni plan	13,0

Iz razgovora smo saznali da deca u razvojnim grupama ponavljaju aktivnosti ako se oceni da nisu dovoljno napredovala. Na osnovu onoga što smo čuli nije se moglo zaključiti koji se kriterijumi koriste da bi se donela takva odluka, koja nije povezana ni sa kakvim standardizovanim ili funkcionalnim procenama niti željama roditelja. Umesto da se radi na pronalaženju strategija pomoću kojih će se zadovoljiti detetove individualne potrebe za učenjem, čini se da je fokus pomeren na bavljenje detetovom smetnjom. Tako, na primer, dete koje ima poteškoće u kretanju ili komuniciranju ne treba da bude sprečeno da učestvuje u radu vrtićke grupe.

Iz razgovora, ali i na osnovu posmatranja, može se naslutiti da je deci sa teškoćama u ponašanju onemogućen prelazak iz razvojne grupe u redovnu „vaspitnu grupu” u kojoj su i deca tipičnog razvoja. Na osnovu opservacija stiče se utisak da osoblje koje vodi razvojne grupe ne poznaje dovoljno strategije za učvršćivanje željenog ponašanja pomoću pozitivnih instrukcija, za razvoj plana podrške željenog ponašanja, te da problem u ovoj oblasti predstavlja i to što na jednog vaspitača dolazi previše dece.

Predškolsko vaspitanje i obrazovanje predstavlja izuzetnu priliku da deca sa smetnjama u razvoju i deca bez smetnji uče jedna od drugih. Deca s poteškoćama u razvoju mnogo bolje napreduju ako se uključe u program visokog kvaliteta. Zahvaljujući ovim nalazima, u zemljama poput Sjedinjenih Američkih Država i Engleske smatra se da je u interesu deteta da bude smešteno u najmanje restriktivno, prirodno i inkluzivno okruženje. Čine se svi naponi da se deci omogući boravak u prirodnom okruženju s njegovim tipičnim vršnjacima, čak i kada je to samo u jednom delu dana.

Potrebno je imati jedinstvenu viziju o ranim intervencijama i inkluziji u obrazovanju. Nalazi iz situacione analize otkrivaju veliko neslaganje oko odgovarajućeg načina pružanja usluga deci sa smetnjama i mesta gde se to odvija. Možda će proći mnogo vremena dok se ne ostvari vizija optimalnog pružanja usluge. Prvi korak ka poboljšanju inkluzije u obrazovanju bio bi zajednički rad defektologa i vaspitača. Oni bi mogli u paru raditi sa svim predškolicima u grupi. Defektolog bi mogao da predoči svoje strategije vaspitaču, a vaspitač da nauči defektologa kako se planira i realizuje vaspitno obrazovni program. Ono što je važno — defektolozi i vaspitači bi trebalo da rade sa svom decom i da sebe vide kao obrazovni tim.

## Preporuke

- Svi delovi prostorije i svi sadržaji u njoj moraju biti dostupni svoj deci, uz određena prilagođavanja on- da kada je to potrebno (na primer, posebno oblikovane šolje i kašike) i tako napravljeni da ih sva deca mogu koristiti (na primer, postojanje rampe, korišćenje vizuelnih elemenata, otvoreni prostor za lako hodanje).
- Kroz inicijalnu obuku i kasnije kroz dodatno savetovanje i mentorski rad, treba uvesti pristupe po prin- cipu univerzalnog dizajniranja programa i aktivnosti sa decom.
- Treba odabrati što bogatiji plan i program rada i povezati ga sa funkcionalnom procenom, tako da se može prilagoditi i koristiti sa svom decom. Tehnike procenjivanja koristiti za praćenje napredovanja dece sa smetnjama u razvoju.
- Deci treba obezbediti prilike da razvijaju veštine potrebne za samoregulisanje ponašanja i usmeravanje učenja. Ove veštine treba otvoreno pokazivati i potkrepljivati.
- Vršnjačka interakcija važna je za učenje. Ponuditi vaspitačima obuku o tome kako da podstiču interak- ciju između dece istog i različitog uzrasta, bez obzira na njihove sposobnosti.
- Sastaviti uputstvo za procenu stepena inkluzije u svim sredinama u kojima se neguje rano učenje pre- ma dokazano dobroj praksi. Preduzeti akcije tamo gde je to potrebno kako bi se popravilo okruženje, interakcija između vaspitača i dece, stavovi vaspitača prema inkluziji, pristup radnim materijalima i pedagoški rad.

- Razmotriti mogućnost da se prostorije razvojnih grupa koriste i za druge namene. Na primer, prostor bi se mogao koristiti za inkluzivne grupe u kojima bi se u prisustvu roditelja igrala deca mlađa od tri godine ili za inkluzivne grupe u okviru jaslica.
- Naći kreativnu namenu za prostorije predškolskih ustanova za malu grupu dece, za veliku grupu i kao poligon za individualno učenje. Omogućiti pedagoškim asistentima da sami vode aktivnosti u inkluzivnoj grupi. Njihov zadatak je da podržavaju inkluziju, a ne da pružaju neinkluzivnu terapiju u vrtičkoj grupi.
- Smanjiti veličinu predškolskih grupa kako bi se podržao razvoj sve dece.
- Ukloniti ograničenje da najviše dvoje dece sa smetnjama mogu biti u jednoj razvojnoj grupi. Deca sa smetnjama u razvoju treba da imaju prioritet prilikom upisa.
- Zapošljavati osoblje prema potrebama i uz jasne smernice. Možda će biti potrebno obezbediti dodatni materijal i sredstva za predškolske ustanove kako bi se stvorilo potpuno inkluzivno okruženje i svoj deci obezbedile ravnopravne šanse za učenje (naročito asistivne tehnologije).
- Otvoriti radna mesta za pedagoške asistente i osmisliti im karijerni i akademski put kako bi posle dodatnog obrazovanja i sticanja potvrda o kompetencijama mogli postati specijalisti za rane intervencije. Pedagoški asistenti bi trebalo da poseduju određena znanja o razvoju dece i intervencijama u ranom detinjstvu, ali ne nužno na akademskom već na praktičnom nivou. Ovaj posao takođe mogu raditi studenti koji završavaju osnovne i master studije. Obarzovan pedagoški asistent može da ima gotovo sve obaveze koje ima i vaspitač, ali i poseban fokus na podsticanje i ohrabriranje angažovanja i inkluziju dece sa smetnjama u razvoju.
- Primeniti visokokvalitetne, dokazano dobre pristupe za podučavanje sve dece i za podsticanje učenja.
- Razmotriti mogućnost da se obezbede mobilne i telefonske intervenciju sa decom mlađom od tri godine i njihovim porodicama koje žive u seoskim sredinama. Vaspitačima koje rade u seoskim predškolskim ustanovama omogućiti virtuelne konsultacije i razgovore sa gostujućim savetnicima u vezi sa inkluzijom, ako ne postoji prilika da se dovoljno često održavaju žive konsultacije.

### 3.14 Analiza uloge ministarstava i visokoškolskih institucija

U ovom poglavlju trianguliramo informacije koje su prikupljene anketom, intervjuima i opservacijama, a odnose se na stavove prema inkluziji i ulozi ministarstava i visokoškolskih ustanova.

I roditelji i stručni radnici zamoljeni su da ocene u kojoj meri se slažu sa tvrdnjama koje se odnose na prava i odgovornosti kojima se reguliše inkluzivno obrazovanje. Ponudeni su odgovori: „Potpuno se slažem”, „Donekle se slažem”, „Donekle se ne slažem” i „Uopšte se ne slažem”. Većina ispitanika odgovorila je sa „Potpuno se slažem” ili „Donekle se slažem”.

**Tabela 15** Stepen slaganja roditelja i profesionalaca sa pravima dece u oblasti inkulivnog obrazovanja

Tvrdnja	Procenat ispitanika koji se slažu		
	Roditelji 0-3	Roditelji 3-6	Stručna lica 0-3
Svako dete ima pravo na standardno obrazovanje	79,4	74,8	74,4
Vrtić i drugi prostori za učenje treba da budu dostupni svojoj deci	86,3	89,1	88,6
Vaspitači treba da imaju podršku za rad u inkluzivnom obrazovnom okruženju	96,8	100	99,0
Nijedno dete ne sme biti diskriminisano zbog smetnje u razvoju	100	98,4	96,9
Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja dužno je da omogući obrazovanje deci sa smetnjama u razvoju	73,4	61,5	66,0
Ministarstvo zdravlja dužno je da omogući obrazovanje deci sa smetnjama u razvoju	69,6	49,6	55,7
Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja dužno je da omogući obrazovanje deci sa smetnjama u razvoju	67,7	48,4	55,2
Interresorna komisija (prosveta, zdravstvo, socijalna zaštita) treba da omogući obrazovanje deci sa smetnjama u razvoju	<b>88,9</b>	<b>91,1</b>	<b>90,8</b>

Kao što se može videti u gornjoj tabeli, većina ispitanika smatra da bi interresorna komisija trebalo da obezbedi deci pristup obrazovanju.

## Ministarstvo zdravlja

Iz razgovora sa predstavnicima Ministarstva zdravlja (MZ) uočeno je da se razvojne poteškoće vide kao zdravstveni problem koji treba rešavati ne samo pomoću medicinskih usluga već i uz angažovanje stručnjaka iz drugih disciplina i sektora. Ministarstvo zdravlja je otvoreno za interresornu saradnju koja izlazi izvan okvira medicinskog pristupa, ali se takođe naglašava da sektor zdravstvene zaštite ne može da preuzme brigu o intervencijama u ranom detinjstvu bez uključivanja sektora socijalne zaštite i obrazovanja, te da ne postoji mogućnost da se osnuje nova interresorna jedinica zbog zamrzavanja zapošljavanja.

Na osnovu razgovora sa predstavnicima Ministarstva zdravlja, zaključuje se da oni smatraju da su pedijatri u odličnoj poziciji da pomoću skrininga i redovnog praćenja dece ustanove razvojna kašnjenja. Deca koja kasne u razvoju, prema predstavnicima Ministarstva zdravlja, ne treba da se posmatraju kao bolesna i da razvojna savetovališta treba da koriste interdisciplinarne timove prilikom pružanja usluge rane intervencije.

Da je prepreka nedostatak prostora, navodi 25% medicinskih radnika. Razlog je možda i u tome što usluge koje se nude u razvojnim savetovalištim zbog nedostatka prostora nikad ne prevazilaze okvire rada jedan na jedan. U Ministarstvu zdravlja ističu da je potrebno „osvežiti” stručne obuke za one koji rade u ovoj oblasti. Problem nedostatka obuka istakli su i medicinski i nemedicinski stručnjaci.

Na osnovu onoga što smo čuli, čini se da Ministarstvo zdravlja poseduje bazu podataka sa evidencijom različitih problema, što znači da bi oni mogli da uspostave sistem izveštavanja. Ovo ministarstvo saraduje sa Institutom za javno zdravlje kako bi se ustanovio tačan broj dece kojoj su potrebne usluge zbog razvojnih poteškoća i smetnji.

## Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja

Ministarstvo prosvete, kako je istakao jedan sagovornik, podržava osnivanje zajedničkog međuministarškog tela koje bi povezalo Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja. U skladu s tim, potrebno je u to telo uključiti i predstavnike javne uprave i lokalne samouprave. Uloga zajedničkog tela bila bi i praćenje raspoloživih usluga. U Ministarstvu prosvete istakli su veoma važnu ulogu pedijataru i usluga orijentisanih na porodicu.

Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja i opština snose odgovornost za decu uzrasta od šest meseci do pet i po godina. U razgovoru sa predstavnicima Ministarstva ustanovljeno je da su oni delimično zaduženi za praćenje razvoja dece prema ustanovljenim normama, ali da trenutno ne postoji sistematizovan sistem kontrole i podrške. Kako stvari trenutno stoje, tim stručnih lica, među kojima su i psiholog i medicinska sestra za jasleni uzrast, vodi računa o deci mlađoj od tri godine i razmatra njihov pedagoški profil kako bi ustanovio detetove potrebe u pet razvojnih oblasti i na osnovu toga sastavio individualni plan podrške. Ovaj plan i angažovanje psihologa i medicinske sestre za jasleni uzrast moraju se pak razmatrati u svetlu angažovanja razvojnog savetovališta i sprovođenja formalnog individualnog plana podrške. Prema navodima sagovornika, približno 12% dece kojima Ministarstvo prosvete pruža usluge nalazi se u jaslicama, 49% u vrtiću, a 89% su starija deca.

Prema navodima sagovornika, Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja može da obezbedi smernice. Sredstva se, međutim, obezbeđuju na opštinskom nivou. Prema onome što smo čuli, čini se da u domenu međuresorne saradnje ima prostora za unapređenje, ali to iziskuje uključivanje Ministarstva zdravlja i Ministarstva za socijalnu zaštitu kako bi se deci sa razvojnim kašnjenjem i smetnjama u razvoju pružila adekvatna podrška. Osim toga, sagovornici su naveli i da bi trebalo poboljšati saradnju između patronažnih sestara i Ministarstva prosvete. Sagovornici ističu i da jaslice imaju pedijatrijske sestre koje su obučene za rani razvoj. To što lokalna samouprava obezbeđuje sredstva navodi se kao još jedna oblast koju je potrebno unaprediti.

U Ministarstvu prosvete, nauke i tehnološkog razvoja navode da će se 2017. godine sredstvima Svetske banke podržati razvoj velikog broja predškolskih ustanova za decu od tri i po do pet i po godina kako bi se pokrivenost ovim uslugama podigla na 60%. Tokom pilot-faze, u Ministarstvu prosvete, nauke i tehnološkog razvoja radiće se na razvijanju plana i programa rada u predškolskim ustanovama. Planirana je i obuka vaspitača (i pre i posle zaposlenja), koja će biti zasnovana na holističkom pristupu razvoju deteta.

Kao i mnogi drugi sagovornici, i predstavnici Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja navode da odnos broja vaspitača i broja dece predstavlja prepreku za inkluziju, pa vaspitači često traže od dece da pomognu kolegama koji imaju poteškoće. Prema navodima iz Ministarstva zdravlja, postoji 35 razvojnih grupa u okviru specijalnih škola i 34 koje se nalaze u predškolskim ustanovama; dvadeset četiri se nalaze u Beogradu. Deca bi teorijski trebalo da borave u razvojnoj grupi samo deo dana, a ostatak vremena

da provedu u inkluzivnom okruženju. Prema pravilniku, deca iz osetljivih grupa treba da imaju prednost pri upisu, ali ova se praksa ne poštuje, a situacija je verovatno i lošija u slučaju dece kojoj se tradicionalno pruža manje usluga nego što im je potrebno. Na primer, prema navodima Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, približno 6% romske dece pohađa vrtić, pa možemo samo da pretpostavimo koliko romske dece sa smetnjama u razvoju ne dobija inkluzivno vaspitanje i obrazovanje. Prema zakonu, najviše dvoje dece sa smetnjama u razvoju može biti upisano u jednu inkluzivnu predškolsku grupu. Prema rečima sagovornika, deca se često identifikuju tek posle upisa. Oni takođe kažu i da nema dovoljno mesta za decu sa smetnjama u razvoju zbog ograničenja broja dece u jednoj grupi.

Prema navodima predstavnika Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, oblasti u kojima bi trebalo organizovati obuke jesu podrška deci sa blagim smetnjama i deci kojoj su potrebne pozitivne instrukcije za promenu u ponašanju. U ovom ministarstvu su svesni da nema dovoljno stručnih obuka za psihologe niti sistematizovanih planova obuke. Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja može da akredituje seminare. Predškolski vaspitači samostalno biraju seminare. Prema navodima predstavnika Ministarstva, učitelji iz osnovnih škola tvrde da ne poseduju dovoljno znanja o inkluzivnom obrazovanju i vaspitanju, ali i pored toga se na seminare iz ove oblasti prijavljuje mali broj učesnika.

U Ministarstvu prosvete, nauke i tehnološkog razvoja radi se na utvrđivanju standardna i indikatora kvaliteta inkluzivnog obrazovanja. Prema njihovim navodima, dečiji vrtići se generalno posmatraju kao ustanove koje treba da obezbede zbrinjavanje dece zaposlenih roditelja, a ne kao važno mesto za socijalizaciju i učenje. Ovu perspektivu treba ispraviti. U Ministarstvu prosvete, nauke i tehnološkog razvoja se u cilju unapređenja usluga radi na odobravanju programa obuke, uvođenju još raznovrsnijih usluga (na primer, variranje broja sati u kojima korisnik može dobiti usluge u toku jednog dana), skretanju veće pažnje na period od rođenja do treće godine života, razvoju strategija za promenu ponašanja putem pozitivnih instrukcija, prikupljanju i korišćenju podataka na osnovu kojih će se osmišljavati obuke i uvođenju funkcionalnih procena.

## Socijalna zaštita

Iako postoji mogućnost da se rane intervencije prenesu u nadležnost Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, ovo se retko događa u praksi. Delimično je razlog i taj što bi se stavljanjem usluga rane intervencije pod okrilje ovog ministarstva mogao steći utisak da su ove usluge rezultat dobrotvornog rada, umesto da se posmatraju kao pravo svakog pojedinca. Sa druge strane, stavljanjem intervencija u ranom detinjstvu u nadležnost Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja pridaje se veliki značaj ranim interakcijama i iskustvima koja počinju od rođenja i koja predstavljaju temelj budućeg razvoja i obrazovanja.

## Visokoškolsko obrazovanje

Na Filozofskom fakultetu u Novom Sadu radi se na univerzalnom dizajnu kojim bi se promovisala inkluzija za svu decu. U razgovoru sa predstavnicima Fakulteta u Beogradu naglašena je važnost informisanja studenata o nizu dokazano dobrih tehnika, zatim važnost interdisciplinarnog rada i pristupa intervenciji od rođenja do kraja života. Od visokoškolskih ustanova prikupljena je ograničena količina informacija.



I mada postoje podaci da se na nekim fakultetima drže predavanja o pojedinim principima savremenih ranih intervencija (na primer, uklapanje intervencije u svakodnevne aktivnosti, usluga okrenuta porodici, interdisciplinarna ili transdisciplinarna praksa, funkcionalne procene), nije poznat kvalitet ovih predavanja, a zaposleni na fakultetima ne moraju uvek imati iskustva u implementaciji ovih principa.

Gledano i uopšteno, ali i prema principima učenja odraslih osoba, studentima treba dati priliku da pod mentorstvom iskusnih profesora, koji umeju da im pokažu primere dobre prakse, i sami kroz vežbu usavrše svoje veštine. U Sjedinjenim Američkim Državama i drugim zemljama u sklopu studija za niz disciplina, uključujući i intervencije u ranom detinjstvu, govor i komunikaciju, savetovanje, socijalni rad, fizikalnu terapiju, okupacionu terapiju i prosvetni rad, potrebno je uraditi staž pod nadzorom mentora iz te institucije. Supervizori sa univerziteta i mentori obučavaju studente i procenjuju njihovo napredovanje u dostizanju niza unapred definisanih oblasti kompetencija. Studenti moraju pokazati da su uspešno stekli skup određenih kompetencija, prema standardima prihvaćenim u oblasti koju studiraju. Prema programu nastave za intervencije u ranom detinjstvu, studenti moraju steći znanja i umeća u sledećim oblastima:

- poznavanje procedure skrininga i procenjivanja dečijeg razvoja;
- pružanje usluga orijentisanih prema porodici;
- priprema individualnog plana podrške za dete i porodicu;
- planiranje i realizacija intervencije namenjene konkretnom detetu ili grupi dece;
- prelazak iz programa za odojčad i malu decu u predškolski program, i iz predškolskog u obavezni osnovnoškolski program;
- prikupljanje i analiza podataka o deci;
- usaglašavanje ranih intervencija sa javnim politikama i procedurama;
- oslanjanje na dokazanu dobru praksu u oblasti ranih intervencija;
- poznavanje tipičnog i atipičnog razvoja deteta;
- upravljanje programima podrške detetu i porodici;
- koordinacija usluga ranih intervencija; i
- profesionalne vrednosti i etika.

Studentima koji pre zapošljavanja upišu programe stručne obuke (recimo, univerzitetski studenti) potrebno je dati priliku da primene informacije koje su stekli na studijama i predavanjima i da svoje znanje prevedu u praksu. Njima je potrebno da vide primere kvalitetnog pružanja usluga i da dobiju priliku da rade neposredno sa decom, porodicama, vaspitačima i drugim stručnim licima. Studenti takođe moraju dobiti priliku da pronađu mentora koji može da prati njihovu praksu i daje im preporuke. Razvoj centara za najbolje prakse koji bi bili povezani sa univerzitetskim programima obuke, nevladinim organizacijama ili drugim organizacijama, prilika je da studenti usavrše svoje veštine u skladu sa traženim nacionalnim standardima, i to je nešto što se preporučuje. Stepnasti programi za sticanje sertifikata ili diploma koji na kraju mogu da se ukllope u osnovne studije znatno povećavaju broj kvalifikovanih stručnjaka, što se takođe preporučuje.

## Preporuke

- Uticati na to da jedno ministarstvo preuzme vodeću ulogu u razvoju usluga vezanih za intervencije u ranom detinjstvu i stvaranju jake interresorne jedinice sa centrima na opštinskom nivou. Otvoriti plaćeno radno mesto za administratora, odnosno upravnika jedinice.
- Razvijati nacionalne standarde za intervencije u ranom detinjstvu koje su dokazane u praksi i u skladu su sa standardima međunarodnih stručnih organizacija. Uskladiti programe stručne obuke sa ovim standardima, uz jasne veze između sadržaja obuke, zadataka, testova i traženih iskustva.
- Ustanoviti definisane predispozicije, etičke principe i kompetencije koje kandidat treba da zadovolji ako želi da radi na sprovođenju intervencija u ranom detinjstvu i inkluzivnog predškolskog obrazovanja.
- Stvoriti stepenaste karijerne puteve za one koji žele da završe stručnu obuku ili da se dodatno usavrše za pružanje usluga intervencije u ranom detinjstvu.
- Stvoriti modele intervencija koje su se najbolje pokazale u praksi, što može poslužiti za praktično usavršavanje budućih vaspitača.

# 4 ZAKLJUČCI I PREPORUKE

## 4.1 Glavni nalazi

Srbija ima odgovorne politike i zakonske propise kojima podržava razvoj nacionalnog sistema intervencija u ranom detinjstvu, specifično namenjenih deci sa kašnjenjem i smetnjama u razvoju i deci koja bi verovatno imala teškoće u razvoju da je podrška izostala. Nikakvi posebni zakoni ne regulišu, međutim, komponente ranih intervencija, pa čak ni finansije.

Potrebno je obaviti finansijsku procenu kako bi se ustanovilo koliki broj slučajeva jedno stručno lice može adekvatno da vodi i koliki su intenzitet i trajanje usluge. Potrebno je, zatim, utvrditi standarde i indikatore za određivanje kvaliteta programa ranih intervencija, uključujući i standarde i protokole za interdisciplinarni, međusektorski rad. Te odluke moraju biti prihvaćene na nacionalnom nivou. Ne postoji dovoljno prilika za stručno usavršavanje. I mogućnosti koje postoje nisu dostupne svima zbog cene i vremena. Mada se evidentiraju podaci o tipovima smetnji u razvoju, potrebno je da se unapredi sistem prikupljanja podataka.

Potrebno je prikupljati podatke o svakom detetu ponaosob kako bi se ustanovilo kojim tempom dete napreduje i kako bi se stručnjacima dodelili novi slučajevi. Potrebni su i agregirani podaci kako bi se ustanovio princip ravnopravnog pružanja usluga u okviru jedne grupe i između više grupa dece, na osnovu ključnih prioritarnih varijabli, kao što su geografska lokacija (ruralno ili urbano područje), seoska ili urbana sredina, obrazovanje roditelja, kulturološke karakteristike i socio-ekonomski status. Osim toga, potrebni su i podaci o programu kako bi poslužili kao indikatori njegovog kvaliteta i bili upoređeni sa standardima (na primer, učestalost pružanja usluga, liste čekanja, broj dece koja izlaze iz programa pošto im usluge više nisu potrebne itd.). Potrebno je da postoje sporazumi i protokoli o razmeni podataka između sektora zdravstva, obrazovanja, socijalne zaštite i drugih ustanova koje su uključene u pružanje usluga (na primer, snabdevanje hranom), sa jasnim prikazom sheme odlučivanja o ulasku u sistem pružanja usluga, uslovima da se usluga dobije, primanju usluga i izlasku iz sistema.

Potrebno je raditi na boljem informisanju porodice i zajednice kako bi se porodicama i članovima zajednice, među kojima su i stručna lica, pomoglo da uvide svrhu i značaj ranih intervencija i inkluzivnog obrazovanja i da se obaveste o pravima deteta i porodice. Potrebno je objasniti razliku između rehabilitacije i medicinskih pristupa, s jedne strane, i intervencije u ranom detinjstvu i drugih pristupa koji su zasnovani na modelu društvene inkluzije, sa druge strane.

U interesu je sve dece, a ne samo one sa smetnjama u razvoju, da se roditelji ohrabre da budu njihovi prvi učitelji. Roditelji se mogu ohrabriti i uvođenje promena u postojeći program patronažnih poseta, ili pre-

ko poruka koje će dobijati prilikom redovnih kontrola kod pedijatra, ili učešćem roditelja u univerzalnom skriningu i univerzalnom programu kao što je *Reach Out and Read*. Potrebno je uključiti roditelje u proces procenjivanja deteta, kao i u standardizovani razvoj individualnog plana pružanja usluga. Roditelji treba da shvate da je potrebno da budu aktivni članovi tima koji pruža podršku detetu. Roditeljima treba otvoriti prilike da aktivno učestvuju u biranju strategija, ali i da uče i isprobavaju strategije pod vođstvom stručnih lica. Stručna lica moraju raditi sa roditeljima kao sa ravnopravnim članovima tima, koje će pitati za mišljenje pre nego što im daju predloge i pokažu strategije.

## Postojeći stručni kadar

Mada trenutno ne postoje primeri dobre prakse, u Srbiji postoji niz stručnih disciplina u medicini i srodnim oblastima na kojima bi mogao počivati razvoj intervencija u ranom detinjstvu. Mnogi stručnjaci poseduju visok nivo ekspertize i znanja. Ako sadašnji stručni kadar veruje da su intervencije u ranom detinjstvu (kao i inkluzija u obrazovanju) pravo svake porodice i deteta kojima je pomoć potrebna, lako mogu dobiti dodatnu obuku u skladu sa prihvaćenim nacionalnim i međunarodnim standardima. Međutim, na svakom nivou postoji naglašena uskostručna fragmentacija i potrebno je prevazići negativne stavove. Na primer, u okviru svake specijalističke grane deca se prate prema kriterijumima te discipline, što otežava holističko pružanje usluga i praćenje njihove efikasnosti. Mnogi stručnjaci uviđaju važnost interdisciplinarnog i multidisciplinarnog timskog rada. Iz razgovora koji su obavljeni može se zaključiti da broj pacijenata na sekundarnom i tercijarnom nivou ne ostavlja osoblju dovoljno vremena da zajednički analiziraju i razmatraju slučajeve. Osim što su stručnjaci preopterećeni, neefikasnost sistema i organizacije rada uskraćuju im prilike za saradnju.

Model pružanja usluga na primarnom nivou, nije u upotrebi. Zbog toga veliki teret pada na porodicu koja mora da obilazi razne stručnjake i uspostavlja kontakt s njima, često pritom dobijajući kontradiktorne savete. Na primer, ako dete ima probleme u više oblasti (na primer, govor i motorika), ono na različitim mestima dobija vrlo specifičnu pomoć od različitih specijalista. Prema odgovorima u anketi, stiče se utisak da roditelji provode dane jureći sa jednog zakazanog pregleda/tretmana na drugi i mnogo vremena gube u čekaonici, što, sa druge strane, ograničava vreme koje imaju za interakciju sa svojim detetom, za negovanje veze s njim i za obavljanje posla.

Na fakultetima se uvažavaju potrebe ljudi sa veoma zahtevnim smetnjama, pa se uvode akreditovani programi za govor i komunikaciju, obuke orijentisane na poremećaje iz autističnog spektra, izborni kursevi iz razvojne pedijatrije, te različiti nivoi obuke i za one koji još nisu ušli u struku i za one koji već rade (na primer, osnovne studije, master i doktorske studije). Nedostaje više prilika za stažiranje kako bi studenti mogli da vide kako se radi sa decom i da se uključe u pružanje usluga pod pokroviteljstvom stručnih mentora. Pored toga, čini se da se u pojedinim univerzitetskim programima podržava medicinski pristup, koji se može uskladiti sa principima intervencije u ranom detinjstvu i primerima dobre prakse.

Postoje programi za obuku vaspitača koje vodi kadar priznatih defektologa. Potrebno je pak revidirati obuku defektologa u skladu sa principima društvene inkluzije i primerima dobre prakse. Uz odgovarajuću obuku, defektolozi mogu postati sjajna snaga u razvoju sistema intervencija u ranom detinjstvu. Uz dodatnu obuku i podršku, defektolozi mogu da rade kao gostujući stručnjaci i da pomažu jednom broju medicinskih sestara u jaslicama i vaspitača u vrtićima, ali i da obavljaju specijalizovane kućne posete tokom kojih će

sprovoditi program rane intervencije sa decom mlađom od tri godine koja ne mogu dobiti ovu uslugu u razvojnom savetovalištu. Osim toga, vaspitačima je potrebna obuka o standardima usluge orijentisane ka porodici i njenim snagama, umesto nedostacima i slabostima, o principima univerzalno dizajniranih programa vaspitanja i obrazovanja i programa podrške, inkluzije i osnovnih praksi kako bi ustanovili i ispunili potrebe za učenjem dece. Ovakve obuke biće dragocene za psihologe, pedagoge, pa čak i medicinske sestre. Obuka se može vršiti kroz programe na nivou master ili postdiplomskih studija. Programi obuke vaspitača koji obuhvataju upotrebu vizuelnih materijala, strategija za promenu ponašanja putem pozitivnih instrukcija, razvoj funkcionalnih veština, intervencije zasnovane na aktivnostima i čvrst plan i program rada koji uvažava potrebe sve dece u procesu učenja i igre, pružiće diplomcima osnovu koja im je potrebna za stvaranje najkvalitetnijih inkluzivnih grupa.

Patronažne sestre i zdravstveni medijatori imaju dobru priliku da identifikuju porodice i decu kojima je potrebna pomoć i da ih upute na odgovarajućeg pedijatra, obrazovnu ustanovu ili druge instance u zajednici, uključujući i grupe za obrazovanje i podršku roditeljima. Stručna lica koja su prošla kroz specijalne obuke o razvoju dece i porodičnim sistemima i koja obavljaju kućne posete dodatna su prednost kada se radi sa porodicama koje se suočavaju sa višestrukim problemima. Stručnjaci za pružanje rane intervencije mogu da rade zajedno sa patronažnim sestrama i zdravstvenim medijatorima kao treneri ili da im budu mentori ako među svojim klijentima imaju dete sa nekom smetnjom u razvoju. U idealnom slučaju, stručna lica koja sprovedu intervenciju u ranom detinjstvu vodiće računa o kulturološkim i jezičkim praksama koje postoje u zajednici kako bi na ravnopravan način podstakli inkluziju sve dece i svih porodica.

Anketirani stručni radnici pružili su snažnu podršku intervencijama u ranom detinjstvu i inkluzivnom obrazovanju. Pre svega, medicinski stručnjaci se slažu da decu treba zaštititi od diskriminacije po osnovu smetnji u razvoju. Oni takođe uočavaju da je roditeljima potrebno pomoći da nauče da podrže razvoj svog deteta i omogućiti im da posmatraju i isprobavaju tehnike koje demonstriraju stručnjaci. Roditelji, medicinski stručnjaci, vaspitači i predstavnici drugih profesija (na primer, nutricionisti, socijalni radnici, psiholozi) koji učestvuju u pružanju usluga treba da učestvuju u razvoju sistema intervencija u ranom detinjstvu u okviru transparentnog procesa koji se zasniva na konsultacijama. Pedijatrima su pak potrebna osnovna znanja o razvoju dece, razvojnim smetnjama, razvojnom skriningu i osnovnim komponentama i praksama ranih intervencija. I ostalim stručnjacima iz drugih ključnih profesija potrebna je obuka o ranim intervencijama kako bi se do kraja mogli uključiti u saradnju i konsultativne procese razvoja sistema intervencija u ranom detinjstvu. I glas roditelja trebalo bi da se čuje kroz njihovo učešće u udruženjima roditelja.

## Postojeća infrastruktura

Postojeća zdravstvena infrastruktura predstavlja odličnu početnu tačku za zadovoljavanje zdravstvenih potreba dece sa kašnjenjem i smetnjama u razvoju. Šira upotreba dostupne elektronske zdravstvene evidencije, a ne samo podataka koje poseduje lekar na primarnom nivou zdravstvene zaštite, mogla bi značajno da unapredi razmenu znanja među stručnjacima iz različitih disciplina koji rade na pružanju ovih usluga, ako se uspostave takvi sporazumi i standardizuju obrasci i procedure.

U usluge koje se pružaju u domovima zdravlja mogu se lako uključiti i sprovođenje razvojnog skrininga na redovnim kontrolama zdrave dece. Zaposleni u razvojnim savetovalištim, uključujući i defektologe, pedi-

jatre, psihologe i logopede, mogu uz dodatnu obuku preuzeti veću ulogu u proceni, pa i razvoju intervencija u ranom detinjstvu usmerenih na decu mlađu od tri godine.

U ovom trenutku ne postoji potrebna infrastruktura za pružanje usluga deci mlađoj od tri godine izvan razvojnih savetovališta ili specijalizovanih centara na sekundarnom i tercijarnom nivou. Prostorije u razvojnim savetovalištimu onemogućavaju izvođenje funkcionalnih aktivnosti, a pružanje usluga u specijalizovanim bolnicama i ustanovama možda nije rentabilno za same ustanove i roditelje ili ne pomaže u punoj meri detetu i njegovoj porodici. Kao alternativnu mogućnost valjalo bi razmotriti uvođenje kućnih posetilaca koji će sprovoditi intervencije izvan razvojnih savetovališta i predškolskih ustanova. Upotreba modela intervencije uklopljene u detetove dnevne rutine i navike može biti važna polazna tačka za razvoj usluga rane intervencije u sklopu razvojnih savetovališta.

## 4.2 Opšte dugoročne preporuke

Sledi niz preporuka koje će na duže staze proširiti domet i opseg sistema i usluga rane intervencije:

- ▶ **Ispitati mogućnost uspostavljanja međusektorske saradnje.** Bez transparentnog rada i saradnje između Ministarstva zdravlja, Ministarstva za socijalna pitanja i Ministarstva prosvete biće teško razviti nacionalni sistem za rane intervencije. Predstavnici tri ministarstva treba da se sastaju i da razmatraju mogućnosti za saradnju, te da odluče koje ministarstvo će preuzeti vodeću ulogu u razvoju sistema za rane intervencije. Kako bi se naglasila važnost inkluzije, najbolje bi bilo da Ministarstvo prosvete preuzme vođstvo. Osim toga, predstavnici tri ministarstva treba da odrede procenat u kojem će svako ministarstvo finansijski doprineti ovom procesu, standarde i mehanizme odgovornosti.
  - ▶ Ustanoviti nacionalnu međusektorsku radnu grupu koja će na regionalnom nivou imati svoje međusektorske centre.
  - ▶ U okviru pilot-projekta uspostaviti regionalne centre koji će imati ulogu radnih grupa. U centrima će se držati obuke i pratiti realizacija pilot-projekta na izabranim lokacijama. Za rad u centrima treba birati ljude sa znanjem i iskustvom u oblasti dečjih razvojnih teškoća i dečijih prava, funkcionalnog procenjivanja razvoja, prakse bazirane na konsultacijama, uključivanja roditelja, dečijeg razvoja i drugim oblastima koje budu odabrane u dogovoru sa savetodavnim odborom. Među članovima centra trebalo bi da se nađu stručnjaci različitih profesija i svi treba da budu motivisani i voljni da uče o ranim intervencijama. Članovi centra treba da zastupaju raznovrsnost među socijalnim grupama u određenom regionu (na primer, kulturnu, jezičku) i da imaju iskustva u radu sa porodicama različitog socio-ekonomskog i obrazovnog statusa.
  - ▶ Obučiti članove centra da drže obuke i prate implementaciju pilot-projekta, za šta će biti potrebna određena posvećenost i profesionalni razvoj. Za centre treba da bude nadležna nacionalna struktura kao što je Savetodavni odbor (za razvoj dece ranog uzrasta i rane intervencije). Savetodavni odbor treba da prati proces implementacije uz povratne informacije o tome i da obezbeđuje stručne konsultacije za podršku razvoju sistema rane intervencije i primenu modela intervencije zasnovane na dnevnim rutinama.

- **Napraviti pilot-ispitivanje usluga rane intervencije u tri regiona** kako bi se odredili elementi sistema koje treba standardizovati i delovi koji mogu ostati fleksibilni, čime bi se izašlo u susret specifičnim kontekstualnim potrebama, ali i osigurali kvalitet i efikasnost.
  - Napraviti pilot-testiranje jednog funkcionalnog, koordinisanog, inkluzivnog sistema koji sadrži sve ključne komponente. Ove komponente treba odabrati i probno testirati na nekoliko lokacija sa raznovrsnom populacijom (na primer, u gradskim, prigradskim i seoskim sredinama) pre proširenja na nacionalni nivo.
  - Probno implementirati model intervencije zasnovane na dnevnim rutinama, tako da čitav proces kod dece mlađe od tri godine vodi osoblje iz razvojnih savetovališta. Za ovaj model intervencije postoji obiman materijal za obuku, metode za ocenu valjanosti implementacije i, mada je ustrojen tako da se primenjuje u detetovom prirodnom okruženju, može se u prvo vreme implementirati u razvojnom savetovalištu. Takođe se može sprovoditi u jaslicama, vrtićima i u detetovoj kući.
  - Za decu uzrasta od tri do pet godina napraviti pilot-tim za podršku u vrtićima, prema modelu intervencije zasnovane na dnevnim rutinama. Za decu mlađu od tri godine treba podsticati inkluzivne programe, poput jaslica i vrtića, kao rezultat koordinacije između timova za podršku u vrtićima i razvojnih savetovališta. Proučiti pilot-programe kako bi se osmislili sledeći koraci.
  - Isprobati model gostujućih stručnjaka za podršku vrtićima koji nisu dovoljno veliki da formiraju svoj tim za podršku.
  - Razmotriti uvođenje zanimanja pedagoškog asistenta kako bi se pružila veća podrška nastavnicima i svoj deci, a ne samo onoj kod koje postoje razvojno kašnjenje ili razvojne smetnje. Otvoriti karijerni put za pedagoške asistente koji bi ravnopravno učestvovali u vaspitno obrazovnom procesu ili u sprovođenju rane intervencije.
- **Informisati ljude o važnosti prvih pet godina života** i kod dece sa razvojnim kašnjenjem i smetnjama i kod dece tipičnog razvoja. Razviti specifične komunikacijske kampanje za profesionalce koji rade sa decom uzrasta do šest godina. Postarati se da stručni radnici i roditelji saznaju kuda sve mogu uputiti decu na razvojni skrining ili procenjivanje i koje vrste usluga mogu da dobiju. Predstavnici tri ministarstva ili članovi novoosnovane međusektorske komisije treba da odrede ko će predvoditi aktivnosti za informisanje javnosti. Preporučuje se osnivanje zajedničke međusektorske radne grupe čiji će rad pratiti nacionalni savetodavni odbor.
  - Pokrenuti veb-sajt sa kratkim video-klipovima o ranim intervencijama i o značaju rane identifikacije problema i pružanja podrške.
  - Obezbediti štampane materijale za pedijatrijske ordinacije, jaslice i vrtiće o ranim intervencijama i ranoj identifikaciji, uz informacije o tome kome roditelji mogu da se obrate u slučaju da su zabrinuti za svoje dete.
  - Napraviti mapu službi koje već postoje u opštinama i na nivou čitave zemlje i učiniti te informacije dostupnim roditeljima i stručnim radnicima koji rade sa decom i njihovim porodicama.

- **Osmisliti detaljan sistem terenskog rada, skrininga i upućivanja dece na dalje preglede**, uz postojanje zajedničkih formulara i paketa obuke. Predstavnici tri ministarstva ili članovi međusektorske komisije treba da odrede ko će predvoditi aktivnosti u vezi sa sistemom skrininga. Preporučuje se osnivanje zajedničke međusektorske radne grupe čiji će rad pratiti savetodavni odbor.
  - Obučiti članove regionalnih centara tako da mogu da drže obuke u svojim opštinama. Obučiti stručne radnike iz domova zdravlja, razvojnih savetovališta, jaslica i obdaništa da vrše skrining i tumače i dele dobijene rezultate sa svojim kolegama.
  - Budući da stručnjaci iz ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou nisu neposredno uključeni u rutinsko sprovođenje razvojnog skrininga, u njihovoj obuci treba se fokusirati samo na interpretaciju dobijenih rezultata, a ne na sprovođenje skrininga.
  - Uvesti univerzalni skrining koji će do druge godine života raditi pedijatri, a sa decom starijeg uzrasta pedijatri i osoblje iz predškolskih ustanova. Preporučuje se da se skrining na nacionalnom nivou sprovodi na četiri do šest meseci od rođenja do druge godine, a na svakih šest meseci do godinu dana posle 24 meseca života. Decu kod koje postoji veći rizik javljanja razvojnog kašnjenja treba češće podvrgavati skriningu.
  - Razraditi pravila za upućivanje dece na dalje preglede i pažljivo pratiti decu kod koje postoji veći rizik da će se javiti razvojno kašnjenje.
  - U domovima zdravlja i razvojnim savetovalištima, u kojima se testira projekat, uvesti sistem skrininga i procenjivanja.
  - U predškolskim ustanovama sa timom za podršku, u kojima se testira projekat, uvesti sistem skrininga i procenjivanja.
  - Na svakoj lokaciji u kojoj se testira projekat razraditi sheme odlučivanja kako bi se znalo ko donosi odluke u vezi sa skriningom i daljim upućivanjem dece.
- **Pripremiti smernice za razvojni, socijalni i emocionalni skrining dece** pod pokroviteljstvom Ministarstva za socijalna pitanja.
  - Pripremiti smernice za skrining dece bez roditeljskog staranja.
  - Svu decu koja su predata na brigu nekom drugom (na primer, u hraniteljsku porodicu, dom) trebalo bi podvrgavati skriningu zbog mogućeg razvojnog, socijalnog i emocionalnog kašnjenja u trenutku ulaska u sistem, a kasnije u utvrđenim vremenskim razmacima.
  - Decu koja su smeštena van svoje porodice treba kontinuirano, redovno podvrgavati skriningu.
  - Neophodno je uspostaviti međusektorsku koordinaciju kako bi rezultati stigli do osoba nadležnih za brigu i obrazovanje dece smeštene van svoje porodice.
- **Pripremiti standarde za procenu, uslove za ostvarivanje prava na uslugu i individualizovani plan rada.** Pregledati i odabrati funkcionalne (i standardizovane, tamo gde je potrebno) instrumente za procenjivanje razvoja kako bi se odredilo ko ima prava na uslugu i koji su ciljevi individualnog plana rada.



- Odrediti preduslove za upotrebu instrumenta, vrste informacija koje se njime prikupljaju, troškove jednog korišćenja i tekuće troškove. Prednost dati funkcionalnom instrumentu za koji postoji razrađen plan i program korišćenja.
  - Odabrati alatke koje će se isprobati u sklopu manje pilot-procene potpuno funkcionalnog sistema ranih intervencija, uz uključivanje domova zdravlja, razvojnih savetovališta i vrtića.
  - Standardizovati komponente koje se odnose na dalje upućivanje dece, procenu i kreiranje izveštaja o individualizovanom planu usluge kako bi se stručni radnici različite orijentacije i svih nivoa pružanja usluge lakše snalazili.
  - Pripremiti međuinstitucionalne sporazume za razmenu rezultata procene uz saglasnost roditelja.
  - Izvršiti reviziju jednog broja slučajeva u sklopu inicijalnog uspostavljanja mehanizama odgovornosti i kontrole kvaliteta, uz dodatno angažovanje oko poboljšanja saradnje i kvaliteta tamo gde je to potrebno.
- **Uspostaviti standarde i indikatore dobre prakse.**
- Osmisliti plan praćenja i procene kako bi utvrdilo ko ima pravo na uslugu, gde postoji kašnjenje u njenom pružanju i koji su rezultati.
  - Napraviti vremensku liniju i prateće indikatore kako bi se sve pilot-komponente projekta rane intervencije progresivno implementirale.
- **Razmotriti mogućnost uvođenja sertifikovanih programa obuke u ranim intervencijama i za zaposlene i za one koji još ne rade** kako bi se defektolozi, vaspitači, psiholozi, socijalni radnici, logopedi, fizioterapeuti, okupacioni terapeuti i pojedine medicinske sestre i zdravstveni radnici upoznali sa ranim intervencijama i inkluzivnim obrazovanjem. U ovo se mogu uključiti i univerziteti, regionalni centri i ustanove u kojima se sprovode pilot-projekti kako bi njihovi predstavnici učestvovali u sastavljanju sertifikovanih kurseva i paketa obuke. Spisak mogućih oblasti obuke:
- kontinuirani razvoj deteta i važnost perioda od rođenja do šeste godine;
  - praksa orijentisana ka porodici;
  - skrining;
  - procenjivanje dečijeg razvoja;
  - opis trenutnog razvojnog nivoa i individualizovano planiranje podrške za dete i porodicu;
  - definisanje zadataka i ciljeva;
  - uključivanje intervencije u detetovo prirodno okruženje i dnevne rutine;
  - obuka za timski rad i saradnju među stručnjacima;
  - modaliteti inkluzivnog predškolskog vaspitanja i obrazovanja;
  - praćenje ostvarenog napretka i procena programa podrške;

- planiranje prelaska iz porodičnog okruženja u vrtić, odnosno iz vrtića u osnovnu školu;
- osmišljavanje procene zasnovane na kompetencijama i njeno povezivanje sa standardima.

### 4.3 Specifične kratkoročne preporuke

Na osnovu nalaza dobijenih ovom situacionom analizom izvedene su sledeće kratkoročne preporuke (koje bi, na primer, trebalo sprovesti u narednih godinu dana). Ti koraci treba da: (a) prodube razumevanje i konceptualizaciju koordinisanog i sveobuhvatnog sistema usluga rane intervencije i (b) omoguće da se maksimalno iskoriste dobre prakse koje već postoje u državi:

- **Proširiti implementaciju skrininga.** Iako se pilot-skrining vršio u Novom Sadu i Beogradu na osnovu trećeg izdanja instrumenta Upitnika o razvoju deteta /*Ages and Stages Questionnaire*, da bi se njegova upotreba proširila, potrebno je sakupiti informacije o implementaciji i uložiti napore da se poveća njen domašaj (na primer, organizovanjem obuka).
- **Uvesti univerzalni skrining dece od rođenja do treće godine, koji bi radili pedijatri u domovima zdravlja.** Pedijatri bi trebalo da daju uput za razvojno savetovalište ako je: (1) na skriningu dobijen rezultat ispod granične vrednosti ili je (2) pedijatar ili roditelj zabrinut, bez obzira na to kakav je rezultat dobijen.
- **Uvesti univerzalni skrining dece uzrasta od tri do pet godina, koji bi radio tim za podršku u predškolskoj ustanovi u saradnji sa pedijatrom** kako bi se: (1) maksimalno povećala stopa dece obuhvaćene skriningom i (2) vaspitači informisali o dobrim stranama i potrebama svakog deteta, na osnovu čega će moći da sastave plan i program rada.
- **Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištima da blagovremeno kontroliše svako dete koje im je upućeno,** oslanjajući se pritom na detetove snage i orijentišući se na njegovu porodicu. Osoblje iz razvojnog savetovališta trebalo bi da analizira celokupne nalaze skrininga zajedno sa roditeljima i da ume da odluči kada treba dati „blagu” podršku i ponoviti skrining u rasponu od jednog do tri meseca, a kada treba uraditi kompletnu procenu koja će pokazati da li je detetu potrebna pomoć.
- **Odabrati instrument za funkcionalnu procenu.** Analizirati nekoliko instrumenata i odabrati i adaptirati onaj koji će se koristiti u procesu procene i prilikom odabira dece koja se kvalifikuju za korišćenje usluga. Instrument bi trebalo da pruži dovoljno informacija, na osnovu kojih će se razviti individualizovani plan intervencije. U preporučene instrumente spadaju *AEPS*, *MEISR* i *HELP*. Pre odabira trebalo bi analizirati mane i prednosti svakog instrumenta. Stručni radnici koji će ga koristiti trebalo bi da završe obuku o njegovom korišćenju, uključujući i praktičnu vežbu sa povratnim informacijama. Pre upotrebe trebalo bi prevesti i adaptirati instrument.
- **Članove regionalnih centara obučiti da sprovode rane intervencije, uključujući i model intervencije zasnovane na dnevnim rutinama.** Oni koji već imaju iskustva u radu sa malom decom i njihovim porodicama (na primer, socijalni radnici, pedagozi, psiholozi, medicinski stručnjaci, roditelji itd.) trebalo bi da se uključe u obuku i slobodno daju povratnu informaciju. Treba se postarati da u centrima bude zastupljeno mnoštvo različitih glasova i gledišta.

- **Centri bi trebalo da saraduju sa osobljem iz domova zdravlja, razvojnih savetovališta i vrtića kako bi se prikupili podaci o aktuelnim potrebama, mogućnostima i problemima:** osobljem koje pruža usluge na prvom nivou zdravstvene zaštite (pedijatri i sestre), osobljem u razvojnim savetovalištim, medicinskim sestrama za jasleni uzrast i vaspitačima u vrtićima dovoljno velikim da imaju nekoliko pomoćnika stručnih za dečji razvoj (na primer, logoped, defektolog).
- **Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištim da radi prema modelu intervencije zasnovane na dnevnim rutinama,** koji će poslužiti kao osnova za procenu i sastavljanje individualizovanog plana usluge za decu mlađu od tri godine
- **Pružiti podršku osoblju iz razvojnog savetovališta da sprovodi rane intervencije u savetovalištim** i, kad god je to moguće, u detetovom prirodnom okruženju u zajednici ili kući
- **Obučiti osoblje u razvojnim savetovalištim da pomogne roditeljima da dete pođe u inkluzivnu predškolsku ustanovu** najkasnije sa dve i po godine, kako bi se isplanirao program rada sa detetom i olakšao prelazak u vrtić u trećoj godini. Ako dete krene u jaslice ili vrtić ranije, stručni radnici u razvojnom savetovalištu treba da uključe osoblje iz jaslica i vrtića u sastavljanje individualizovanog plana podrške i da koordinišu strategije intervencije sa svim članovima tima, među kojima su i pedagoško osoblje i roditelji.
- **Obezbediti specijalizovanom vrtićkom osoblju obuke o primeni modela rane intervencije zasnovane na dnevnim rutinama** i temama po izboru stručnjaka iz razvojnih savetovališta. Posle ovakve obuke stručni radnici će moći da pružaju adekvatnu podršku u svojim predškolskim ustanovama, ali i na gostujućoj bazi u drugim, manjim predškolskim ustanovama koje nemaju sopstveni tim za podršku inkluziji.
- **Oformiti pilot-timove za podršku u predškolskim ustanovama.** Članovi bi trebalo da budu odabrani iz redova zaposlenih i da budu različite stručne orijentacije.
- **Obučiti osoblje u timovima za podršku u predškolskim ustanovama da olakšaju prelazak dece u formalno inkluzivno obrazovanje.** Njihova pomoć podrazumeva i pružanje podrške roditeljima, i to najmanje šest meseci pre detetovog prelaska u pravu školu.
- **Raditi na tome da svaki član osoblja razvojnog savetovališta i tima za podršku u predškolskim ustanovama ima najviše 15-18 slučajeva** dok u vreme pilot-faze rade na prvom nivou pružanja usluge.
- **U sklopu rane intervencije često kontrolisati i registrovati decu u povećanom riziku od javljanja razvojnog kašnjenja ili razvojnih smetnji.**
- **Informisati socijalne radnike o značaju ranih intervencija i obučiti ih da rade razvojni monitoring.**
- **U regionalnim centrima sprovesti sakupljanje podataka o obukama, problemima i uspesima pilot-projekta** pomoću kvalitativnih i kvantitativnih metoda, od kojih su neke fokus grupe i studije slučajeva.
- **Razmotriti mogućnost uspostavljanja saradnje sa univerzitetima u oblasti praćenja i procene.**
- **Sprovesti analizu troškova i efikasnosti kako bi se odredila cena i poboljšala efikasnost širenja usluge.**

## 4.4 Ograničenja

Srbija je zemlja sa bogatom istorijom i dobro formiranim sistemom zdravstvenih i obrazovnih usluga. Za pripremu ove analize posetili smo manji broj zdravstvenih i vaspitno-obrazovnih ustanova. Količina prikupljenih informacija ograničena je vremenom i sredstvima koja smo imali. Mada su sprovedene dve ankete kako bi se poboljšala reprezentativnost prikupljenih informacija, anketiran je mali broj ispitanika iz ruralnih područja. Osim toga, nedostaju i odgovori predstavnika marginalizovanih grupa u Srbiji, a nisu zastupljeni ni svi delovi zemlje. Analiza bi možda bila bolja da su postojale informacije i iz privatnog i nevladinog sektora. Generalizovanje nalaza stoga je ograničeno.



# 5 DODACI



## Prvi dodatak

### Primeri pitanja u okviru polustrukturisanog intervjua

#### Primeri pitanja za predstavnike Ministarstva:

- Na koji način su se u proteklih pet godina u Srbiji poboljšale usluge rane intervencije? U čemu vi vidite prepreke?
- Prikupljate li podatke o vrstama smetnji kod dece prema godištu i mestu boravka i drugim demografskim faktorima?
- Kakva je vaša trenutna saradnja sa drugim sektorima?
- Na koji način koristite ulogu ministarstva kako biste u Srbiji na nacionalnom nivou razvijali intervencije u ranom detinjstvu?

#### Primeri pitanja za organizacije koje rade na pružanju usluga rane intervencije:

- Kako su roditelji čuli za vaš centar?
- Ko ih upućuje na vas?
- Koje vrste instrumenata za procenjivanje koristite?
- Koliko često radite sa decom i koliko dugo traje jedan susret?
- Na koji način sastavljate individualizovani plan podrške?
- Na koji način znate da je pomoć postigla efekat?
- Koji je nivo inkluzije u predškolskoj ustanovi?

#### Primeri tema o kojima su roditelji razgovarali na fokus-grupama:

Roditelji su razmenjivali iskustva o sledećim temama: podaci o porođaju, kada je prvi put otkrivena razvojna poteškoća, iskustvo sa patronažnim sestrama i posetama pedijatra, proces upućivanja deteta na dalje preglede i procene, razvoj plana intervencije i pružanje usluge.

Od roditelja smo tražili da identifikuju sledeće:

- Prostor u kojem bi se sistem mogao menjati i šta treba da se uradi da bi do promene došlo;
- Koje promene treba na prvom mestu uvesti;
- Poteškoće na nivou regiona i porodice i kako one utiču na preporuke.



## Drugi dodatak

### Upitnik za roditelje

Ово истраживање део је заједничке иницијативе Фонда за отворено друштво — Програм за рано детињство и UNICEF-а Србија. Резултати истраживања треба да дају допринос сагледавању постојећих услуга за децу раног узраста, изазова, као и могућности да се формира национални систем услуга које се односе на интервенције у раном детињству у Србији.

Мултисекторски и интердисциплинарни програми интервенција у раном детињству креирани су у циљу подршке породицама са децом са кашњењем у развоју и идентификованим сметњама, од рођења до шест година живота. Службе интервенција у раном детињству садрже низ услуга намењених унапређењу различитих домена дечјег развоја, оснаживању компетенција породице и вештина родитељства за подстицање дечјег развоја.

За попуњавање овог упитника потребно је највише 15 минута. Имајте у виду да својим учешћем у истраживању значајно можете да допринесте планирању система ране интервенције у Србији. Ваши одговори су поверљиви и биће коришћени искључиво за потребе овог истраживања

Ако имате питања у вези са истраживањем, можете се у писменој форми обратити Холи Хикс Смол (Hollie Nix-Small) на имејл: [hollie.hixsmall@gmail.com](mailto:hollie.hixsmall@gmail.com) (на енглеском језику) или Снежани Илић на имејл: [snezilic@gmail.com](mailto:snezilic@gmail.com) (на енглеском или српском).

Да ли сте родитељ детета са сметњама/кашњењима у развоју?

- Да, ја сам родитељ детета
- Да, ја сам детету старатељ/хранитељ
- Не, не одгајам дете са развојним сметњама/ кашњењима у развоју

Ја сам детету...

- Мајка
- Отац
- Бака/дека или неки други рођак
- Хранитељ
- Друго \_\_\_\_\_

*Ако имате више од једног детета са сметњама/кашњењима у развоју, молимо да дајете одговоре само за једно дете млађе од шест година. Наведите узраст детета и наставите да одговарате на питања имајући у виду само то дете.*

**Колико је старо Ваше дете?**

- Млађе од 12 месеци
- 1 до 2 године (12-23 месеца)
- 2 до 3 године (24 до 35 месеци)
- 3 до 4 године (36 до 47 месеци)
- 4 до 5 година (48 до 59 месеци)
- 5 до 6 година (60 до 71 месеца)

**У којим областима (развојним доменима) ваше дете има тешкоће? (обележити све што важи)**

- Груба моторика (покрети руку и ногу)
- Фина моторика (употреба шака и прстију)
- Комуникација (шта дете каже и разуме)
- Вештине везане за свакодневни живот (самостално узимање хране, облачење, прање зуба, одлазак у тоалет)
- Когнитивно подручје (да се игра са играчкама, решава проблеме)
- Саморегулација емоција (способност и спремност да се примири, прилагођавање новим срединама)
- Социјално и емоционално подручје (слагање са другима, изражавање емоција, емпатија за друге)
- Понашање (завршавање омиљене активности, прихватање правила одраслих)
- Вид или слух
- Исхрана
- Друго \_\_\_\_\_

**На ком узрасту сте ви први пут посумњало на сметњу/кашњење у развоју?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пре навршених 12 месеци         | <input type="checkbox"/> 3 до 4 године (36 до 47 месеци)     |
| <input type="checkbox"/> 1 до 2 године (12-23 месеца)    | <input type="checkbox"/> 4 до 5 година (48 до 59 месеци)     |
| <input type="checkbox"/> 2 до 3 године (24 до 35 месеци) | <input type="checkbox"/> Изнад 5 година (60 месеци или више) |

**На ком узрасту је стручњак посумњао да дете касни/има сметње у развоју?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пре навршених 12 месеци         | <input type="checkbox"/> 3 до 4 године (36 до 47 месеци)     |
| <input type="checkbox"/> 1 до 2 године (12-23 месеца)    | <input type="checkbox"/> 4 до 5 година (48 до 59 месеци)     |
| <input type="checkbox"/> 2 до 3 године (24 до 35 месеци) | <input type="checkbox"/> Изнад 5 година (60 месеци или више) |

**Ко је први посумњао да ваше дете има кашњење/сметње у развоју (понашању)?**

- Родитељ или рођак
- Пријатељ или познаник
- Васпитач
- Други стручњак предшколске установе
- Педијатар
- Патронажна сестра
- Лекар специјалиста
- Неки од стручњака развојног саветовалишта
- Друго \_\_\_\_\_

**На ком узрасту је стручњак поставио дијагнозу развојног кашњења/сметње у развоју?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пре навршених 12 месеци         | <input type="checkbox"/> 4 до 5 година (48 до 59 месеци)     |
| <input type="checkbox"/> 1 до 2 године (12-23 месеца)    | <input type="checkbox"/> Изнад 5 година (60 месеци или више) |
| <input type="checkbox"/> 2 до 3 године (24 до 35 месеци) | <input type="checkbox"/> Није релевантно                     |
| <input type="checkbox"/> 3 до 4 године (36 до 47 месеци) |  |

**Ко је вашем детету поставио дијагнозу сметње/кашњења у развоју?**

- Педијатар дома здравља
- Педијатар развојног саветовалишта
- Педијатар или други специјалиста дечје клинике
- Стручњак дечје клинике
- Специјализована установа за децу са сметњама/кашњењима у развоју
- Интерресорна комисија
- Друго \_\_\_\_\_
- Није релевантно

**Где је вашем детету постављена дијагноза развојне сметња/кашњења?**

- У граду/селу где живите
- Ван града/села где живимо
- Друго \_\_\_\_\_
- Није релевантно

**Обележити све што се односи на вашу породицу**

- Живимо заједно са баком/деком или другим рођацима
- Имам више од једног детета
- Имам више од двоје деце
- Имам више од троје деце
- Имам више од једног детета са сметњама/кашњењем у развоју
- Ја сам самохрани родитељ и живим сам/-а са својим дететом
- Живим са супругом или партнером/ком
- Радим ван куће

**Обележити све што се односи на вашу породицу**

- У последњих 30 дана нисмо имали довољно хране
- У последњих 30 дана смо имали проблем да платимо трошкове за струју или грејање нашег дома
- У последњих 30 дана нисмо могли да приуштимо трошкове превоза
- У последњих 30 дана нисмо имали никаквих финансијских проблема

**Шта најбоље описује место где живите**

- Сеоско насеље
- Градско насеље
- Приградско насеље

**Да ли до вашег места живљења може да се дође јавним превозом, на пример аутобусом или трамвајем?**

- Да
- Не

**Колико је удаљен најближи дом здравља од ваше куће?**

- Можемо пешке да дођемо до њега
- Можемо доћи користећи постојећи јавни превоз
- До њега није могуће доћи јавним превозом
- Друго (молим опишите) \_\_\_\_\_

**Молим вас да изразите степен слагања са следећим тврдњама о услугама у вашем дому здравља**

Време које протекне од прегледа детета до прве контроле је прихватљиво

- У потпуности се слажем     Делимично се слажем     Делимично се не слажем     Не слажем се

Чекаоница дома здравља је пријатна за родитеље са децом

- У потпуности се слажем     Делимично се слажем     Делимично се не слажем     Не слажем се

Радно време дома здравља је такво да ми проблем представља заказивање термина за преглед мог детета

- У потпуности се слажем     Делимично се слажем     Делимично се не слажем     Не слажем се

Доктори дома здравља знају потребе мог детета

- У потпуности се слажем     Делимично се слажем     Делимично се не слажем     Не слажем се

Дом здравља пружа услуге које су потребне мом детету

- У потпуности се слажем     Делимично се слажем     Делимично се не слажем     Не слажем се

**Да ли је ваше дете икада добило услуге у вези са присутним сметњама/кашњењима у развоју?**

- Да     Не

**Да ли су услуге у вези са присутним сметњама/кашњењима у развоју пружене у последњих 60 дана?**

- Да     Не

**Када је ваше дете први пут почело да добија услуге које плаћа Република или општина?**

Године \_\_\_\_\_

Месеци \_\_\_\_\_

**Ко је највише укључен у пружање услуга вашем детету? (обележити све релевантне тврђе)**

- Већина деце не добија никакве услуге
- Педијатар из дома здравља
- Педијатар или здравствени сарадник из развојног саветовалишта
- Сарадници из развојног саветовалишта
- Други стручњаци из развојног саветовалишта
- Педијатар/други стручњак у дечјој болници (секундарни ниво здравствене заштите)
- Педијатар/други стручњак на клиници или Специјализованој болници (терцијарни ниво здравствене заштите)
- Приватни специјалисти (које ви плаћате)
- Васпитач
- Медицинска сестра
- Педагог предшколске установе
- Психолог предшколске установе
- Дефектолог предшколске установе
- Логопед
- Социјални радник
- Запослени у невладиној организацији
- Друго \_\_\_\_\_

**Колико често је ваше дете добијало услуге ране интервенције у вашој средини (у кући, на клиници, дому здравља, предшколској установи) које је платила Република или општина?**

- Мање од једном недељно
- Једном недељно
- Два пута недељно
- Више од двапут недељно

**Колико често је ваше дете добијало приватне услуге (које сте платили ви или нека невладина организација)?**

- Мање од једном недељно
- Једном недељно
- Два пута недељно
- Више од двапут недељно

**Колико дуго у просеку траје појединачна пружена услуга коју плаћа Република или општина?**

- Мање од 30 минута
- 31 до 60 минута
- 61 до 90 минута
- Више од 90 минута

**Где су вашем детету пружане услуге?**

- У граду/селу где живим
- Ван града/села где живим
- Друго \_\_\_\_\_

**У последњих годину дана, да ли је ваше дете добило неке од наведених услуга ране интервенције?**

Услуге подршке у кући

- Да       Не

Услуге у дому здравља

- Да       Не

Услуге на клиници

- Да       Не

Услуге подршке у вртићу

- Да       Не

**Уколико сте добијали услуге ране интервенције протеклих годину дана, молим вас означите ко их је плаћао?**

Услуге подршке у кући

- Држава
- Невладина организација
- Породица
- Плаћано је из више извора

Услуге у дому здравља

- Држава
- Невладина организација
- Породица
- Плаћано је из више извора

Услуге на клиници

- Држава
- Невладина организација
- Породица
- Плаћано је из више извора

Услуге подршке у вртићу

- Држава
- Невладина организација
- Породица
- Плаћано је из више извора

**Током пружања услуга, да ли сте обично били...**

- У просторији где сте могли да посматрате стручњака
- У просторији где сте могли да се укључите у рад стручњака
- Ван просторије, уз могућност да обавите разговор са стручњаком наком пружене услуге
- Ван просторије, чекајући да се термин заврши (без или у минималној интеракцији са стручњаком)
- Понекад у просторији, понекад ван, зависно од тога шта стручњак саветује



**Наведите да ли се слажете са следећим изјавама и у ком степену:**

Познато ми је које услуге постоје за децу са развојним кашњењима/сметњама у развоју

- Апсолутно се не слажем
- Не слажем се
- Делимично се слажем
- Апсолутно се слажем

Знам како да дођем до услуга за децу са развојним кашњењима/сметњама у развоју

- Апсолутно се не слажем
- Не слажем се
- Делимично се слажем
- Апсолутно се слажем

**Означите свој степен слагања са понуђеним тврдњама**

Знам како да водим рачуна о свакодневним потребама свог детета као што су храњење, купање, облачење

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Знам како да подстичем социо-емоционални развој свог детета

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Знам како да подстакнем своје дете да научи нове вештине

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Знам како да радим на подстицању развоја свог детета

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Знам како треба да се играм са својим дететом

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

**Означите свој степен слагања са понуђеним тврдњама**

Педијатри су заинтересовани да чују мишљење родитеља о детету

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Педијатри разумеју потребе родитеља

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Педијатри третирају родитеље с поштовањем/уважавају родитеље

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Здравствени сарадници (психолог, дефектолог, логопед) показују заинтересованост за мишљење родитеља

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Здравствени сарадници (психолог, дефектолог, логопед) разумеју потребе родитеља

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Здравствени сарадници (психолог, дефектолог, логопед) третирају родитеље са поштовањем/ уважавају родитеље

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

**Где сматрате да треба да се пружају услуге детету узраста нула до три године које има неку сметњу/кашњење у развоју? (обележити све што важи)**

- Код куће детета
- У дому здравља
- У болници
- У центру за рехабилитацију
- У инклузивном вртићу или јаслицама
- У развојној групи предшколске установе
- Друго \_\_\_\_\_

**Где сматрате да треба да се пружају услуге детету узраста три до шест година које има неку сметњу/кашњење у развоју? (обележити све што важи)**

- Код куће детета
- У дому здравља
- У болници
- У центру за рехабилитацију
- У инклузивном вртићу или јаслицама
- У развојној групи предшколске установе
- Друго \_\_\_\_\_

**Зашто сматрате да услуге деци са сметњама/кашњењима треба пружати баш у средини/ама које сте обележили?**

---



---



---

**Шта од следећег представља препреку за инклузивно предшколско образовање деце узраста од три до шест година (обележити све што сматрате да представља препреку)**

- Недостатак вртића у месту у којем живите
- Недовољан капацитет предшколске установе (листе чекања)
- Није обезбеђен превоз до вртића
- Простор није приступачан за сву децу (нема приступних рампи за кориснике колица)
- Предшколска установа нуди само целодневни програм који је превише скуп
- Радно време вртића је кратко за моје потребе
- Вртић ради у време које не одговара мојој породици
- Мишљења/одлуке интерресорне комисије нису адекватна/е
- Подршка у васпитно-образовном систему предложена од ИРК-а се не спроводи
- Неадекватна обука васпитача
- Неадекватна подршка у оквиру предшколске групе за васпитаче
- Неадекватан простор или материјали за рад у васпитној групи
- Нема довољно сарадника који би пружали подршку васпитачима/родитељима

- Превелики број деце у вртићкој групи
- Вртић није безбедан за децу са сметњама/кашњењима у развоју
- Деца са сметњама/кашњењима у развоју не добијају адекватну подршку у васпитним групама
- Деца са сметњама/кашњењима у развоју не напредују у васпитно-образовном процесу
- Деца која имају право на личног пратиоца то право не могу да остваре
- Дискриминација од других родитеља
- Тимови подршке за дете (родитељ, васпитач, стручни сарадник) нису формиран
- Тимови подршке не израђују педагошке профиле или индивидуалне образовне планове (ИОП-е)
- Друго \_\_\_\_\_

**Обележите све што сматрате препреком за пружање и коришћење услуга које су потребне деци са сметњама/кашњењима у развоју од рођења до три године (обележити све што важи)**

- Родитељи не траже услуге
- Недовољна информисаност о доступним услугама
- Ограничена политичка подршка
- Низак ниво свести о корисности услуга
- Недостатак финансијских средстава
- Мањак обучених људи који би пружали услуге
- Ограничен број или непостојање овакве врсте стручњака у земљи
- Недостатак одлука интерресорне комисије за децу којој су оне потребне да би добили услуге
- Превоз
- Ограничен простор за пружање услуга
- Листа чекања
- Нема сарадње/координације између сектора (здравство, образовање, социјална заштита)
- Непостојање водећег министарства које је одговорно за координацију политике и пружање услуга ране интервенције

**Шта од следећег представља препреке за пружање услуга деци са сметњама/кашњењима у развоју од три до шест година? (обележити све што сматрате да представља препреку)**

- Родитељи не траже услуге
- Недовољна информисаност о доступним услугама
- Ограничена политичка подршка
- Низак ниво свести о корисности услуга
- Недостатак финансијских средстава
- Мањак обучених људи који би пружали услуге
- Ограничен број или непостојање овакве врсте стручњака у земљи
- Недостатак одлука интерресорне комисије за децу којој су оне потребне да би добили услуге
- Превоз
- Ограничен простор за пружање услуга
- Листа чекања
- Нема сарадње/координације између сектора (здравство, образовање, социјална заштита)

**Молимо да наведете свој ниво слагања са следећим изјавама:**

Свако дете има право на васпитно образовни процес у редовном вртићу

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Вртићи и остали облици активности намењени малој деци треба да буду приступачни сваком детету

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Васпитачима који раде у инклузивном образовном окружењу треба обезбедити подршку

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Свако дете има право на заштиту од дискриминације због сметњи/кашњења у развоју

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност Министарства просвете

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност Министарства здравља

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност Министарства за социјалну заштиту

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност интерсекторске сарадње (просвета, здравље, социјална заштита)

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Не слажем се

У последњих 12 месеци, да ли сте похађали неки семинар, радионицу или неку другу обуку која се односи на децу са сметњама или кашњењима у развоју млађу од шест година?

- Да
- Не

Молимо да опишете врсту обуке коју сте похађали

---

Члан сам удружења родитеља за децу са развојним кашњењима или сметњама у развоју.

- Да
- Не

Молимо да наведете назив удружења и опишите подршку која вам је пружена

---



---

Молимо да опишете три приоритетне активности за које сматрате да могу да унапреде услуге ране интервенције у Србији за децу узраста испод три године која имају сметње/кашњења у развоју

---



---

Молимо да опишете три приоритетне активности за које сматрате да могу да унапреде услуге ране интервенције у Србији за децу узраста од три до шест година која имају сметње или кашњења у развоју

---



---



## Treći dodatak

### Upitnik za stručnjake

Ово истраживање је део заједничке иницијативе Фонда за отворено друштво — Програм за рано детињство и UNICEF-а Србија. Резултати истраживања треба да дају допринос сагледавању постојећих услуга за децу раног узраста, изазова, као и могућности да се формира национални систем услуга које се односе на интервенције у раном детињству у Србији.

Мултисекторски и интердисциплинарни програми интервенција у раном детињству креирани су у циљу подршке породицама са децом са кашњењем у развоју и идентификованим сметњама, од рођења до шест година живота. Службе интервенција у раном детињству садрже низ услуга намењених унапређењу различитих домена дечјег развоја, оснаживању компетенција породице и вештина родитељства за подстицање дечјег развоја.

За попуњавање овог упитника потребно је највише 15 минута. Имајте у виду да својим учешћем у истраживању значајно можете да допринесете планирању система ране интервенције у Србији. Ваши одговори су поверљиви и биће коришћени искључиво за потребе овог истраживања

Ако имате питања у вези са истраживањем, можете се у писменој форми обратити Холи Хикс-Смол (Hollie Nix-Small) на имејл: [hollie.hixsmall@gmail.com](mailto:hollie.hixsmall@gmail.com) (на енглеском језику) или Снежани Илић на имејл: [snezilic@gmail.com](mailto:snezilic@gmail.com) (на енглеском или српском).

Ваше занимање или радно место

---

---

---

Пружате ли услуге деци са сметњама у развоју узраста од рођења до шесте године

Да  Не

Ваш пол је (обележите)

Мушки  Женски

**Означите своје занимање (обележите само један од понуђених одговора)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Педијатар                   | <input type="checkbox"/> Медицинска сестра                             |
| <input type="checkbox"/> Дечји неуролог              | <input type="checkbox"/> Патронажна сестра                             |
| <input type="checkbox"/> Дечји психијатар/психијатар | <input type="checkbox"/> Социјални радник                              |
| <input type="checkbox"/> Психолог                    | <input type="checkbox"/> Нутрициониста                                 |
| <input type="checkbox"/> Дефектолог                  | <input type="checkbox"/> Васпитач                                      |
| <input type="checkbox"/> Логопед                     | <input type="checkbox"/> Педагог                                       |
| <input type="checkbox"/> Радни терапеут              | <input type="checkbox"/> Истраживач/предавач у високошколској установи |
| <input type="checkbox"/> Физијатар/дечји физијатар   | <input type="checkbox"/> Друго _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Физиотерапеут               |  |

**Колико имате година искуства у раду са децом са сметњама/кашњењима у развоју?**

\_\_\_\_\_

**На које начине сте били укључени у рад са децом са сметњама/кашњењима у развоју (обележити све што се односи на вас)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Здравствени систем                   | <input type="checkbox"/> Установе система које креирају политику |
| <input type="checkbox"/> Васпитно-образовни систем            | <input type="checkbox"/> Истраживач                              |
| <input type="checkbox"/> Систем социјалне заштите             | <input type="checkbox"/> Заступање права у цивилном друштву      |
| <input type="checkbox"/> Кроз сервисе невладиних организација | <input type="checkbox"/> Друго                                   |

**Како бисте на најбољи начин описали тип заједнице у којој обављате главни део свог посла? (обележите све што се односи на вас)**

- Сеоска
- Градска
- Приградска
- Не односи се на мене
- Друго \_\_\_\_\_

**Колико је најближи дом здравља доступан већини породица у заједници у којој радите?  
(обележите једну ставку)**

- Могу да дођу до њега пешице
- Могу да дођу до њега превозом који већина становника у заједници користи
- Не могу да дођу до њега превозом који већина становништва у заједници користи
- Друго (молимо да наведете) \_\_\_\_\_

**Ако радите у медицинском окружењу, који ниво здравствене заштите је у питању?**

- Примарни
- Секундарни
- Терцијални
- Друго \_\_\_\_\_
- Не важи у мом случају

**У пракси се сусрећете са децом узраста (обележити све што се односи на вас)**

- Од рођења до две године и 11 месеци
- Три године до пет година и 11 месеци
- Не важи у мом случају

**Пружате ли медицинске услуге деци млађој од шест година?**

- Да       Не

**У овом одељку упућујемо вас на следеће дефиниције:**

**Развојни скрининг** подразумева употребу стандардизованих инструмената/упитника којима се утврђује да ли је развој детета у складу са очекиваним за узраст (на основу развојних норми). Развојним скринингом идентификујемо децу коју је потребно упутити на детаљнију развојну процену. Инструменте за скрининг могу попунити родитељи или стручњаци и заснивају се на развојним показатељима. Инструменти за скрининг омогућавају свеобухватну врсту процене развоја деце. Они су једноставни за примену, јефтине, захтевају кратку обуку и могу се користити за процену развоја све деце раног узраста која немају идентификоване сметње/тешкоће.

**Упућивање** је чин који следи након идентификације развојних сметњи/ кашњења и, уз родитељску сагласност, дељења информација са другим стручњацима одговорним за детаљну процену развоја деце.

**Развојна процена** је свеобухватна процена способности детета у више развојних области, као што су: сазнајни, моторички, говорно-језички, и социо-емотивни развојни домен. Развојна процена се спроводи уз помоћ стандардизованих инструмената које примењују обучени професионалци и ослањају се на опсервацију детета у ситуацији која је за њега природна и информације које пружају родитељи. Резултати се користе за формирање индивидуалног плана услуга детету. Развојна процена се такође користи ради утврђивања треба ли дете упутити на услуге ране интервенције.

**Развојна процена** подразумева примену стандардизованих инструмената процене у више наврата током времена, након што је дете упућено на услуге ране интервенције у трајању од шест до дванаест месеци. Поновном применом инструмената за развојну процену утврђујемо напредак детета и ефикасност услуга ране интервенције.

**У последњих 12 месеци, колико деце од рођења до две године и 11 месеци сте прегледали?**

Напишите број (нпр. 80) \_\_\_\_\_

Не важи у мом случају: Не виђам децу овог узраста

**У последњих 12 месеци, колико деце узраста од три до пет година и 11 месеци сте прегледали?**

Напишите број (нпр. 80) \_\_\_\_\_

Не важи у мом случају: Не виђам децу овог узраста

**У последњих 12 месеци, колико деце од рођења до две године и 11 месеци сте упутили на детаљну развојну процену?**

Напишите број (нпр. 80) \_\_\_\_\_

Не важи у мом случају: Не виђам децу овог узраста

**У последњих 12 месеци, колико деце узраста од три до пет година и 11 месеци сте упутили на развојну процену?**

Напишите број (нпр. 80) \_\_\_\_\_

Не важи у мом случају: Не виђам децу овог узраста

**Уколико сте лекар на примарном нивоу здравствене заштите, изразите степен слагања са следећим тврдњама**

Време које протекне од прегледа детета до прве контроле је прихватљиво

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Чекаоница дома здравља је пријатна за родитеље са децом

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Радно време дома здравља је такво да може представљати проблем за родитеља да закаже преглед за дете

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Познајем потребе деце узраста 0-6 година која имају развојне сметње/кашњења

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Дом здравља пружа услуге деци са сметњама/кашњењима у развоју

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

**Који проценат педијатара на примарном нивоу здравствене заштите, који ради са децом узраста 0-5 година и 11 месеци, према вашем мишљењу зна како да:**

Идентификује биолошке факторе ризика за развој, као што су мала тежина на рођењу (нпр. >2.499 г)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Идентификује кашњења у развоју код деце

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Идентификује социјално-емоционалне тешкоће код деце

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Користи интервју и вештине опсервације за процену различитих домена развоја детета

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Користи стандардизоване и валидиране инструменте за скрининг развоја деце

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Користи стандардизоване методе за процену неухрањености деце

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Процењује стање чула слуха у првих шест месеци живота

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Процењује вид у првих шест месеци живота

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Идентификује децу која су у ризику за аутизам током прве три године живота

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Процењује да ли постоји ризик од церебралне парализе током прве године живота

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Идентификује дете за које постоји сумња да је злостављано или занемарено

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Саветује родитеље/старатеље како да подстичу развој свог детета

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Саветује родитеље/старатеље како да дођу до услуга и ресурса везаних за рехабилитацију на раном узрасту

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

Саветује родитеље/старатеље како да дођу до услуга и ресурса везаних за рехабилитацију на раном узрасту

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Већина (100-75%) | <input type="checkbox"/> Мало (24-5%)           |
| <input type="checkbox"/> Многи (74-50%)   | <input type="checkbox"/> Веома мало/нико (4-0%) |
| <input type="checkbox"/> Неки (49-25%)    | <input type="checkbox"/> Не знам                |

**Означите степен слагања са следећим изјавама које се односе на децу узраста од нула до шест година**

Скрининг развојних проблема траје сувише дуго

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Важно је да се развојни скрининг обавља рутински

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Услуге ране интервенције за децу са сметњама у развоју узраста до три године су делотворне

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем



Уважавање родитељских стрепњи може бити добра замена за развојни скрининг

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Знам како се користе формални инструменти за развојни скрининг

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Желим да прођем обуку за развојни скрининг

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Желим да прођем обуку о атипичном развоју и сметњама у развоју

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Нерадо обављам скрининг јер иако се испостави да су детету потребне додатне услуге, њих је тешко обезбедити

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Мислим да сам прошао адекватну обуку о развоју деце

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Сигуран/на сам у своју способност да одредим врсту услуга за дете које има неку сметњу у развоју (нпр. у области социо-емоционалног развоја, говора).

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Сигуран/на сам у своју стручност када треба дете са кашњењима у развоју да упутим на даљу детаљнију процену и праћење развоја.

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Често самоиницијативно читам о проблемима у вези са развојем деце

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Тражим и похађам предавања или семинаре на тему дечјег развоја

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Молим вас да наведете које инструменте за скрининг или процену развоја (нпр. ASQ, Denver, PEDS) рутински користе у вашој општини, граду или региону здравствени радници, психолози, васпитачи или други стручњаци како би установили присуство кашњења или сметњи у развоју код деце од рођења до пет година и 11 месеци. Опишите како се сваки од инструмената користи у пракси.

---



---



---

Према вашем искуству, ко најчешће први посумња на тешкоће у развоју или понашању?

- Родитељ или рођак
- Стручњак са секундарног нивоа здравствене заштите
- Породични пријатељ
- Стручњак са терцијарног нивоа здравствене заштите
- Васпитач
- Патронажна сестра
- Стручна служба предшколске установе
- Педијатар из примарне здравствене заштите
- Запослени у развојном саветовалишту
- Друго \_\_\_\_\_

Према вашем искуству, на ком узрасту родитељи најчешће први пут посумњају на кашњење/ сметње у развоју?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пре навршених 12 месеци         | <input type="checkbox"/> 3 до 4 године (36 до 47 месеци)   |
| <input type="checkbox"/> 1 до 2 године (12-23 месеца)    | <input type="checkbox"/> 4 до 5 година (48 до 59 месеци)   |
| <input type="checkbox"/> 2 до 3 године (24 до 35 месеци) | <input type="checkbox"/> Изнад 5 година (60 месеци и више) |

Према вашем искуству, на ком узрасту стручњаци најчешће први пут посумњају на присуство развојног кашњења/сметњи у развоју?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пре навршених 12 месеци         | <input type="checkbox"/> 3 до 4 године (36 до 47 месеци)   |
| <input type="checkbox"/> 1 до 2 године (12-23 месеца)    | <input type="checkbox"/> 4 до 5 година (48 до 59 месеци)   |
| <input type="checkbox"/> 2 до 3 године (24 до 35 месеци) | <input type="checkbox"/> Изнад 5 година (60 месеци и више) |

**Према вашем искуству, на ком узрасту се најчешће постави дијагноза развојног кашњења/ сметњи у развоју од стручњака?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пре навршених 12 месеци         | <input type="checkbox"/> 3 до 4 године (36 до 47 месеци)   |
| <input type="checkbox"/> 1 до 2 године (12-23 месеца)    | <input type="checkbox"/> 4 до 5 година (48 до 59 месеци)   |
| <input type="checkbox"/> 2 до 3 године (24 до 35 месеци) | <input type="checkbox"/> Изнад 5 година (60 месеци и више) |

**Према вашем искуству, ко обично поставља дијагнозу?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Педијатар из дома здравља   | <input type="checkbox"/> Педијатар или други стручњак са терцијарног нивоа здравствене заштите |
| <input type="checkbox"/> Развојно саветовалиште из дома здравља                                | <input type="checkbox"/> Интерресорна комисија   |
| <input type="checkbox"/> Педијатар или други стручњак са секундарног нивоа здравствене заштите | <input type="checkbox"/> Друго _____   |

**Скрининг развоја, према вашем мишљењу, треба да буде обавеза (обележити све што сматрате да треба)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ничија   | <input type="checkbox"/> Патронажне сестре                 |
| <input type="checkbox"/> Изабраног педијатра                                | <input type="checkbox"/> Васпитача                         |
| <input type="checkbox"/> Дефектолога из развојног саветовалишта             | <input type="checkbox"/> Медицинских сестара из јаслица    |
| <input type="checkbox"/> Педијатра из развојног саветовалишта               | <input type="checkbox"/> Педагога из предшколске установе  |
| <input type="checkbox"/> Психолога из развојног саветовалишта               | <input type="checkbox"/> Психолога из предшколске установе |
| <input type="checkbox"/> Логопеда из развојног саветовалишта                | <input type="checkbox"/> Родитеља                          |
| <input type="checkbox"/> Стручњака са секундарног нивоа здравствене заштите | <input type="checkbox"/> Друго _____                       |
| <input type="checkbox"/> Стручњака са терцијарног нивоа здравствене заштите |  |

**Развојна процена, према вашем мишљењу, треба да буде обавеза (обележити све што сматрате да треба)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ничија   | <input type="checkbox"/> Специјализованих институција за децу са сметњама у развоју |
| <input type="checkbox"/> Изабраног педијатра                                | <input type="checkbox"/> Интерресорне комисије                                      |
| <input type="checkbox"/> Дефектолога из развојног саветовалишта             | <input type="checkbox"/> Патронажних сестара  |
| <input type="checkbox"/> Педијатра из развојног саветовалишта               | <input type="checkbox"/> Васпитача  |
| <input type="checkbox"/> Психолога из развојног саветовалишта               | <input type="checkbox"/> Медицинских сестара из јаслица                             |
| <input type="checkbox"/> Логопеда из развојног саветовалишта                | <input type="checkbox"/> Педагога из предшколске установе                           |
| <input type="checkbox"/> Стручњака са секундарног нивоа здравствене заштите | <input type="checkbox"/> Психолога из предшколске установе                          |
| <input type="checkbox"/> Стручњака са терцијарног нивоа здравствене заштите | <input type="checkbox"/> Друго _____  |

**Према вашем мишљењу, у којим областима (развојним доменима) деца са сметњама у развоју узраста до шест година имају највише тешкоћа? (обележити све што важи)**

- Груба моторика (покрети руку и ногу)
- Фина моторика (употреба шака и прстију)
- Комуникација (шта дете каже и разуме)
- Вештине везане за свакодневни живот (самостално узимање хране, облачење, прање зуба, одлазак у тоалет)
- Когнитивно подручје (да се игра играчкама, решава проблеме)
- Саморегулација емоција (способност и спремност да се примири, прилагођава новим срединама)
- Социјално и емоционално подручје (слагање са другима, изражавање емоција, емпатија за друге)
- Понашање (завршавање омиљене активности, прихватање правила одраслих)
- Вид или слух
- Исхрана
- Друго \_\_\_\_\_

**Ако сматрате да немате довољно знању о развоју деце, која врста помоћи/подршке вам је потребна?**

---



---



---

**Према искуству које имате, ко пружа већину услуга за децу са сметњама/кашњењима у развоју у вашој средини? (обележити све што сматрате да треба)**

- Већина деце не добија никакве услуге
- Педијатар из дома здравља
- Педијатар или здравствени сарадник из развојног саветовалишта
- Сарадници из развојног саветовалишта
- Педијатар или други стручњаци са дечје клинике (секундарни ниво здравствене заштите)
- Педијатар или други стручњаци са дечје клинике (терцијарни ниво здравствене заштите)

- Приватни специјалисти (које ви плаћате)
- Васпитач
- Медицинска сестра
- Педагог предшколске установе
- Психолог предшколске установе
- Дефектолог предшколске установе
- Логопед
- Социјални радник
- Запослени у невладиној организацији
- Друго \_\_\_\_\_

**У просеку, колико често су деца са сметњама/кашњењима у развоју укључена у неки облик подршке, услуга ране интервенције у вашој средини (код куће, на клиници, дому здравља, у предшколској установи) које плаћа Република или општина?**

- Мање од једном недељно
- Једном недељно
- Два пута недељно
- Више од два пута недељно

**Колико у просеку траје појединачна услуга која се пружа деци са сметњама/кашњењима у развоју који плаћа Република или општина?**

- 30 минута или мање
- 31 до 60 минута
- 61 до 90 минута
- Више од 90 минута

**Када се детету са сметњама/кашњењима у развоју пружају услуге, родитељ треба да буде...**

- у просторији где се пружају услуге ране интервенције како би могао да посматра шта стручњак ради
- у просторији где се пружају услуге ране интервенције како би могао да проба технике које стручњак демонстрира

- ван просторије, чекајући да на крају стручњак са њима обави разговор
- ван просторије, чекајући да се термин заврши (без или у минималној интеракцији са стручњаком)
- понекад у просторији, понекад ван, зависно од тога шта стручњак саветује

**Када је дете са кашњењима/сметњама у развоју укључено у пружање услуга ране интервенције, колико често се оне пружају у кућним условима?**

- Никада
- Ретко
- Понекад
- Често
- Увек

**Када је дете са кашњењима/сметњама у развоју укључено у пружање услуга ране интервенције, колико често се оне пружају у дому здравља?**

- Никада
- Ретко
- Понекад
- Често
- Увек

**Када је дете са кашњењима/сметњама у развоју укључено у пружање услуга ране интервенције, колико често се оне пружају на клиници?**

- Никада
- Ретко
- Понекад
- Често
- Увек

**Када је дете са кашњењима/сметњама у развоју укључено у пружање услуга ране интервенције, колико често се оне пружају у вртићу?**

- Никада
- Ретко
- Понекад
- Често
- Увек

**Молимо вас да означите степен слагања са следећим изјавама**

Свако дете има право на васпитно-образовни процес у редовном вртићу

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Вртићи и остали облици активности намењени малој деци треба да буду приступачни сваком детету

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Васпитачима који раде у инклузивном образовном окружењу треба обезбедити подршку

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Свако дете има право на заштиту од дискриминације због сметњи/кашњења у развоју

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем



Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност Министарства просвете

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност Министарства здравља

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност Министарства за социјалну заштиту

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

Приступ образовању за децу са сметњама у развоју представља одговорност интерсекторске сарадње (просвета, здравље, социјална заштита)

- У потпуности се слажем
- Делимично се слажем
- Делимично се не слажем
- Уопште се не слажем

**Које је од доле наведених окружења оптимално за пружање услуга ране интервенције деци испод три године старости која имају неке сметње у развоју или или развојно кашњење? (обележити све што важи)**

- У кући детета
- У дому здравља

- У болници
- У центру за рехабилитацију
- У инклузивном вртићу или јаслицама
- У развојној групи предшколске установе
- Друго \_\_\_\_\_

**Где сматрате да услуге треба да се пружају детету од три до шест година које има неку сметњу у развоју или развојно кашњење? (обележити све што важи)**

- У кући детета
- У дому здравља
- У болници
- У рехабилитационом центру
- У инклузивној вртићкој/предшколској групи
- У развојној групи предшколске установе
- Друго \_\_\_\_\_

**Шта од следећег представља препреке за пружање услуга ране интервенције за децу узраста од рођења до три године која имају неку сметњу у развоју или развојно кашњење? (обележити све што важи)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Родитељи не траже услуге                                      | <input type="checkbox"/> Недостатак одлука интерресорне комисије за децу којој су оне потребне да би добили услуге                      |
| <input type="checkbox"/> Недовољна информисаност родитеља о доступним услугама         | <input type="checkbox"/> Превоз   |
| <input type="checkbox"/> Ограничена политичка подршка                                  | <input type="checkbox"/> Недостатак простора за пружање услуга  |
| <input type="checkbox"/> Низак ниво свести родитеља о корисности услуга                | <input type="checkbox"/> Листа чекања   |
| <input type="checkbox"/> Недостатак финансијских средстава                             | <input type="checkbox"/> Нема сарадње/ координације између сектора (здравство, образовање, социјална заштита)                           |
| <input type="checkbox"/> Мањак обучених људи који би пружали услуге                    | <input type="checkbox"/> Непостојање водећег министарства које је одговорно за координацију политике и пружање услуга ране интервенције |
| <input type="checkbox"/> Ограничен број или непостојање овакве врсте стручњака у земљи |   |

Опишите који је ваш интерес за интердисциплинарне услуге ране интервенције.

---

---

---

Да ли сте члан неког професионалног удружења у области своје примарне професије?

Да  Не

Молимо вас да напишете име удружења. Опишите своје професионално напредовање у области везаној за децу са сметњама/кашњењима у развоју узраста од нула до шест година које је резултат вашег ангажмана у удружењу.

---

---

---

У последњих 12 месеци, да ли сте похађали неки семинар, радионицу или неку другу обуку која се односи на децу са сметњама или кашњењима у развоју млађу од шест година?

Да  Не

Молим вас, опишите врсту тренинга/едукације коју сте похађали.

---

---

---

Молимо да опишете три приоритетне активности за које сматрате да би унапредиле услуге ране интервенције у Србији за децу узраста испод три године која имају сметње или кашњења у развоју.

---

---

---

Молимо да опишете три приоритетне активности за које сматрате да би унапредиле услуге ране интервенције у Србији за децу узраста од три до шест година која имају сметње или кашњења у развоју.

---

---

---

## Četvrti dodatak

### Instrumenti koje koriste stručnjaci koji su popunjavali upitnik

Anderson Scale	LAP
Articulation test	Leither test
ASQ-3	Linguogram
Assessment of Basic Language and Learning Skills	MCHAT-R
Auditive discrimination test	MGSD
Baucal Competence Standards for Early Development	Munich Funcional Development Diagnostics
Bayley	Nirvana Piostoljevic Developmental Scale
Behavoior assessment	Non-validated developed by kindergarden
Bender Gestalt	OAE
BERA	Oral praxis test
Bine-Simon Scale	Ozaretski
B-L test-Revised developmental scale	Peabody Developmental Motor Scales
Bojanin S. Neuro-Psychology of the development age and the general re-education method	PEDI test
Brunet-Lezine Development Scale	PEDS
CARS Child Autism Rating Scale	Phonemic Hearing Test
Non-formal Check-lists	Portage
Cohen Questionnaire	Prechtl's qualitative assessment
Connors Rating Scale	Prediction test for dysgraphia
Cordic & Bojnin General Defectological Diagnostics	Raven Progressive Matrices
Defectological Assessment Scales	RCFT Text of Complex Figure, Definition Test, Verbal Memory Test, Speech Comprehension Test
Denver DDST	Rewisk
Developmental Map	Risk assessment
Dyslexia & dysgraphia test	ROTP Screening
Family Drawing (relations of child)	RTC Development Test Cuturic

GMCD	Sensory Profile-2
Goodenough	Spasejija Vladislavljevic Articulation Test
Govedarica, T. Assessment of Re-Education of Psycho-Motor Skills	Temerin
Grammar Development Test	Test of Acoustic Analysis and word synthesis
Guzberg I	Test of Grapho-Motor Sequence
IMP test	TNR
Institute for Experimental Phonetics test	URD
Iowa Scale	Verbal Behavior Map
Ivan Ivic Scales	Verbal Memory Test
J. Novac	Vineland
Kovacevic	WASI
	WISC

## Peti dodatak

### Savetodavni odbor

Dragana Sretenov PhD, OSF UK

Jelena Zajeganović-Jakovljević, UNICEF Srbija

Stanislava Vučković, UNICEF Srbija

Tanja Ranković, UNICEF Srbija

Anamarija Viček, državni sekretar, Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja

Biljana Kojović, Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja — Grupa za socijalnu inkluziju

Ljiljana Zevnik, Ministarstvo zdravlja

Vesna Knjeginjić, Ministarstvo zdravlja

Lela Veljković, Institut za socijalnu zaštitu

Profesor Vesna Vučinić PhD, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Profesor Špela Golubović PhD, Specijalna edukacija i rehabilitacija, Medicinski fakultet Novi Sad

Profesor Ivana Mihić PhD, Razvojna psihologija, Univerzitet Novi Sad

Profesor Tatjana Krstić PhD, Razvojna psihologija, Univerzitet Novi Sad

Profesor Aleksandra Mikov PhD, psihijatar, Univerzitet Novi Sad

Danijela Vukićević, psihijatar, Klinika za rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović”

Nenad Rudić, dečiji psihijatar, Institut za mentalno zdravlje Beograd

Dragana Lozanović, Udruženje pedijatara Srbije

Vera Bikicki, „Mali Div” Udruženje roditelja prevremeno rođene dece

Mira Šulović, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”

Slavica Ilić, Romski ženski centar „Bibija”

Valentina Zavišić, Inicijativa za inkluziju „VelikiMali”

Dunja Civrić, pedijatar, Dom zdravlja Sremska Mitrovica

Vesna Stanisavljević, pedijatar, Klinički centar Kragujevac

Dunja Civrić, pedijatar, Dom zdravlja Sremska Mitrovica

Vesna Borković Brkan, pedijatar, Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju  
„Prof. Dr Cvetko Brajović”

## Literatura

- American Academy of Pediatrics (2011). Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children, *Pediatrics*, 108(1), 192-196.
- Banyard, V., Hamby, S., & Grych, J. (2017). Health effects of adverse childhood events: Identifying promising protective factors at the intersection of mental and physical well-being. *Child Abuse & Neglect*, 65, 88-98.
- Barton, E. E., & Smith, B.J. (2015). Advancing high-quality preschool inclusion: A Discussion and recommendations for the field. *Topics in Early Childhood and Special Education*, 35, 69-78.
- Bjegovic-Mikanovic, V. (2016). Governance and management of health care institutions in Serbia: An overview of recent developments (Review article). *South Eastern European Journal of Public Health*.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... & Devercelli, A. E. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90.
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., ... & MacMillan, H. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91-102.
- Bogdanović, R., Lozanović, D., Milovančević, M. P., & Jovanović, L. S. (2016). The Child Health Care System of Serbia. *The Journal of Pediatrics*, 177, S156-S172.
- Center on the Developing Child. (2007). InBrief: The Science of Early Childhood Development. Retrieved from: <http://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-science-of-eed/>
- Center on the Developing Child (N.D.). Five Numbers to Remember about Early Childhood Development. Retrieved from: <http://developingchild.harvard.edu/resources/five-numbers-to-remember-about-early-childhood-development>
- Child Protection Index (2016). Measuring Government Efforts to Protect Boys and Girls. Retrieved from [F http://www.childpact.org/wp-content/uploads/2016/11/CPI-Serbia.pdf](http://www.childpact.org/wp-content/uploads/2016/11/CPI-Serbia.pdf)
- Davis, L.A. (2011). Abuse of Children with Intellectual Disabilities. Retrieved from <http://www.thearc.org/document.doc?id=3666>
- Early Childhood Technical Assistance Center (ECTA). Outcomes for Children Served through IDEA's Early Childhood Programs: 2014-15. Retrieved from: <http://ectacenter.org/eco/assets/pdfs/childoutcomeshighlights.pdf>
- Frazer Cross, A., Traub, E. K., Hutter-Pishgahi, L., & Shelton, G. (2004). Elements of successful inclusion for children with significant disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(3), 169-183.
- Health Statistical Year Book of the Republic of Serbia 2012*, Institute for Public Health of Serbia, "Dr. Milan Jovanović Batut," Belgrade, 2013, p. 107.
- Human Rights Watch (2017). Children with Disabilities: Deprivation of liberty in the name of care and treatment. *Protecting Children against Torture in Detention: Global Solutions*. Retrieved from: <https://www.hrw.org/news/2017/03/07/children-disabilities-deprivation-liberty-name-care-and-treatment>
- Johnson, D. E., Dovbnaya, S. V., Morozova, T. U., Richards, M. A., & Bogdanova, J. G. (2014). From institutional care to family support: Development of an effective early intervention network in the Nizhny Novgorod region, Russian Federation, to support family care for children at risk for institutionalization. *Infant Mental Health Journal*, 35(2), 172-184.
- International Step by Step Association (ISSA) (2013). *Survey Report: Early Childhood services for children from birth to three years old and their families in the ISSA Regions*. International Step by Step Association, Netherlands.
- Heckman, J.J. & Masterov, D.V. (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children, *Applied Economic Perspectives and Policy* 29(3), 446-93



Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J., & Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381-389.

Palfrey, J. S., Singer, J.D., Walker, D.K. & Butler, J.A. (1994). Early identification of children's special needs: A study in five metropolitan communities. *Journal of Pediatrics*, 111, 651-655

Holland, P., & Evans, D. (2010). *Early Childhood Development Operations*.

Jabès, A., & Nelson, C. A. (2014). Neuroscience and Child Well-Being. In *Handbook of Child Well-Being* (pp. 219-247). Springer Netherlands.

Lavigne, J., Binns, H., Christoffel, K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K., et al. (1993). Behavior and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: Prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*, 91, 649-655.

Marks, K., Hix-Small, H., Clark, K., & Newman, J. (2009). Lowering developmental screening thresholds and raising quality improvement for preterm children. *Pediatrics*, 123(6), 1516-1523.

Ministry of Labour, Employment, Veteran and Social Affairs Social Inclusion and Poverty Reduction Unit (2016). Announcement by the Ministry of Labour, Employment, Veteran and Social Affairs Regarding the HRW Report "Children with Disabilities in Serbian Institutions". Retrieved from: 2017 <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs/en/announcement-by-the-ministry-of-labour-employment-veteran-and-social-affairs-regarding-the-hrw-report-my-dream-is-to-leave-here-children-with-disabilities-in-serbian-insti/>.

Paunovic, S. (2017). Opening Statement. 74<sup>th</sup> session of the Committee on the Rights of the Child, Consideration of the Second and Third Periodic Report of the Republic of Serbia on implantation of the Convention on the Rights of the Child. Geneva, Jan 24 2017.

Rolnick, A., & Grunewald, R. (2003). *Early Childhood Development: Economic Development with a High Public Return* (pp. 6-12). Minneapolis: The Federal Reserve Bank of Minneapolis.

Sayre, R. K., Devercelli, A. E., Neuman, M. J., & Wodon, Q. (2015). *Investing in early childhood development: review of the World Bank's recent experience*. World Bank Publications.

Sheldrick, R. C., Merchant, S., & Perrin, E. C. (2011). Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. *Pediatrics*, 128(2), 356-363.

Squires, J., Nickel, R.E., & Eisert, D. (1996). Early detection of developmental problems: Strategies for monitoring young children in the practice setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(6), 410-427.

Statistical Office of the Republic of Serbia: *Statistical Yearbook*, 2015.

Sturner, R.A. (1991). Parent questionnaires: Basic office equipment? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 51-54.

United Nations Statistic Division. Retrieved from: <http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Serbia>

United Nations Development Program (UNDP). UNDP Europe and Central Asia: Roma Data. Retrieved from: <http://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/ourwork/sustainable-development/development-planning-and-inclusive-sustainable-growth/roma-in-central-and-southeast-europe/roma-data.html>

UNICEF (2014). *Situation Analysis of Children in Serbia*.