ПОГЛЕД КЪМ **НЕВИДИМИТЕ ДЕЦА** НА ПЛОВДИВ

Изследване на услугите за ранно детско развитие в град Пловдив и степента, в която те отговарят на потребностите на децата с проблеми в развитието или в риск от развиване на такива проблеми и на техните семейства.

„Промяната е закон на живота и онези, които гледат само към миналото или настоящето със сигурност ще пропуснат бъдещето."
Джон Ф. Кенеди

ТРЪСТ ЗА СОЦИАЛНА АЛТЕРНАТИВА

За нашите деца
www.detebg.org

ИНСТИТУТ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО И ЧОВЕКА
ИИНЧ

ТРЪСТ ЗА СОЦИАЛНА АЛТЕРНАТИВА

За нашите деца

ИНСТИТУТ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО И ЧОВЕКА ИИНЧ

Поглед към невидимите деца на Пловдив

Изследване на услугите за ранно детско развитие в град Пловдив и степента, в която те отговарят на потребностите на децата с проблеми в развитието или в риск от развиване на такивапроблеми и на техните семейства.

Проф. Татяна Коцева, Доц. Елица Димитрова, Калина Илиева, Станислава Моралийска, Иванка Шалапатова, Ваня Кънева

Фондация „За Нашите Деца“
София
2019

Проф. Татяна Коцева

Доц. Елица Димитрова

Калина Илиева

Станислава Моралийска

Иванка Шалапатова

Ваня Кънева

Фондация „За Нашите Деца“, 2019

ISBN 978-619-91387-0-0

Съдържание

I. Въведение....2
Подход, основан на правата на децата....3
Методология на изследването....5
Ограничения и благодарности....7
II. Контекст....7
2.1. Общ демографски профил в гр. Пловдив....7
2.2. Децата в Пловдив....10
Деца на възраст от 0 до 3 години в община Пловдив....10
Деца с увреждания и риск от забавяне в развитието....11
Деца в обществена грижа....13
2.3. Здравни и социални грижи и услуги в подкрепа на децата в Пловдив....13
Майчино здравеопазване....13
Здравно обслужване....14
Детски ясли в община Пловдив....16
Социални услуги в община Пловдив....17
III. Поглед към системите, ангажирани с децата с трудности в развитието и увреждания и перспективи за бъдещето....19
3.1. Разбиране на понятието „деца в риск от проблеми в развитието“....19
3.2. Услуги за деца с проблеми в развитието и техните семейства....23
Събиране на данни....23
Социални услуги....24
Детски ясли....26
Здравни услуги....26
Предложения за подобрение....28
3.3. Работата на професионалистите....28
Начин на работа с детето и семейството....28
Трудности, с които се сблъскват професионалистите....30
3.4. Общуването и работата с родителите....34
Гледната точка на медицинските специалисти....34
Гледната точка на професионалистите в социалните услуги....35
Гледната точка на специалистите в детските ясли....36
3.5. Координация и взаимодействие между системите....38
Гледната точка на специалистите от социалните услуги....38
Гледната точка на експертите от институциите....39
Гледната точка на здравните специалисти....40
Гледната точка на персонала от детските ясли....41
Механизми за координация и сътрудничество....41
3.6. Правата на децата....43
IV. Мнението на родителите за услугите за деца с увреждания и проблеми в развитието в Пловдив....44
4.1. Описание на извадката....44
Демографски профил на децата с увреждания и/или риск от забавяне в развитието....46
4.2 Ползване и достъпност на услугите....47
4.3. Ефект и оценка на ползваните здравни грижи и услуги....53
4.4. Оценка на ползването и качеството на услугите за образование и грижа....57
4.5. Институционална и общностна мрежи за подкрепа....59
V. Изводи и препоръки....61

I. Въведение

Налице са все повече доказателства, че ранното детско развитие е от основно значение за цялостното развитие на човека, тъй като в ранната възраст тече изключително интензивен процес на изграждане на човешкия мозък и се полагат основите на физическото, психическото, социалното и познавателното развитие и в по-късните възрасти. Ключово важно е всяко дете да получава адекватна подкрепа и стимулиране на своето развитие, като най-съществените сфери на въздействие са по отношение на неговото здраве, хранене, сигурност и безопасност, ранно учене и получаване на отзивчиви родителски грижи.[1]

Научните изследвания доказват по безспорен начин и че услугите, насочени към ранното детско развитие са важен инструмент за ранна подкрепа в живота и развитието на децата. По този начин могат да бъдат компенсирани неравенствата, които произлизат от биологичните дадености, с които се ражда детето, както и социално-икономическите условия и дефицитите в семейната среда, които могат да окажат негативно влияние върху неговото развитие.

Услугите за ранно детско развитие могат да бъдат универсални, т.е. предоставяни за всички деца и семейства, или диференцирани - насочени към конкретни групи деца, за чието развитие са налице конкретни рискове. Универсалните услуги включват всички видове здравни грижи по време на бременността и раждането; здравни услуги за бебета и малки деца (вкл. имунизации, детски консултации и прегледи, домашни посещения от акушерка или патронажна сестра и др.); подкрепа за родителството (курсове за родители, занятия в конкретни области на грижата за малкото дете - като хранене и кърмене, осигуряване на информация на родителите, програми за активно бащинство и др.); грижа и образование в детски ясли, детски градини и други. За децата с трудности в развитието или увреждания много важни са диференцираните услуги за ранна детска интервенция, които целят да подкрепят семействата, за да могат да стимулират развитието на детето си. Ранната детска интервенция е доказан начин да бъде развит потенциала на деца с увреждания или трудности в развитието и е с особено висока обществена възвръщаемост. Децата, които са получавали такива

1 Основните сфери на въздействие са обособени в Рамката за пълноценна грижа, разработена от УНИЦЕФ, Световната здравна организация и Световната банка. Вж. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing Care for Early Childhood Development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva, 2018.

услуги постигат по-добри резултати в сферата на обучението и образованието, социалната и емоционалната приспособимост, физическото здраве, както и по-добро реализиране на пазара на труда впоследствие. Не по-малко важно е здравните, социалните и терапевтичните услуги, които са насочени към пряка работа с тази група деца, да са в съответствие с техните нужди и потребности.

Настоящият доклад представя резултатите от проучване проведено в рамките на проект „Нека има светлина“, осъществено от фондация “За Нашите Деца” и Института за изследване на населението и човека при Българската академия на науките, с финансовата подкрепа на фондация „Тръст за социална алтернатива”. Изследването си постави за цел да набави и систематизира наличните данни и информация относно услугите за ранно детско развитие в град Пловдив, както и да установи степента до която наличните услуги за подкрепа на ранното детско развитие в града отговарят на потребностите на децата с проблеми в развитието, или тези които са в риск от развиване на такива проблеми и на техните семейства.

Дефиницията на Комитета на правата на детето на ООН определя ранното детство като периодът от раждането до тръгването на училище.[2] Настоящото изследване е фокусирано върху периода от 0 до 3 годишна възраст, който би могъл да се определи като най-динамичният период от човешкият живот, в който тялото се променя най-интензивно, мозъкът е с най-висока степен на пластичност и въздействията на околната среда оставят най-трайни и дълбоки следи. Ранната детска интервенция в периода от 0 до 3 г. е от изключително съществено значение за преодоляване или адресиране на някои от трудностите в развитието на детето, както и за предотвратяване на задълбочаването на увреждания.

Целевата група на изследването са деца на възраст 0-3 г. с идентифицирани проблеми в развитието, които могат да са съществуващи към момента на раждането физически и/или ментални увреждания или възникнали или установени впоследствие рискове за развитието, вкл. съпътствани от риск от изоставяне на детето от страна на семейството. В този смисъл, целевата група на изследването може да бъде дефинирана като деца в риск от забавяне на развитието и има по-широк обхват от понятието за деца с увреждания. Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания определя хората с увреждания като „лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото равноправно с останалите“.[3] Възприемането на тази дефиниция позволява да се включат както деца с трайни увреждания, така и деца с трудности в развитието, които може да не са диагностицирани или определени като такива с решение на официален орган.

Подход, основан на правата на децата

Изследването на ранното детство от гледна точка на зачитането на правата на децата в ранна възраст дава възможност да се установят неговите социални и културни измерения, различните начини, по които се разбира и насърчава ранното детско развитие, и различните очаквания, свързани с малкото дете и системите за неговото обгрижване и образование.

Водени от убеждението, че малките деца са носители на права, изследователският екип ги разглежда като социални участници, чието оцеляване, благосъстояние и развитие зависят и се изграждат въз основа на взаимоотношения с определен брой ключови хора, най-често родители, членове на разширеното семейство и връстници, както и обгрижващи лица и други специалисти в областта на ранното детско развитие.

Цялостното прилагане на Конвенцията за правата на детето на ООН (КПД) по отношение на ранната детска възраст, взема под внимание принципът на универсалност, неделимост и взаимосвързаност

2 Комитет по правата на детето на ООН, Общ коментар № 7 (2005) „Прилагане на правата на детето в ранна детска възраст“
3 Конвенция на ООН за правата на хората с увреждания, чл. 1

на всички права. Подходът основан на правата на детето ориентира и помага да бъдат избрани подходящи стратегии и услуги за превенция и интервенция в ранната детска възраст, които имат потенциал да окажат положително влияние върху настоящото благосъстояние на малките деца и техните перспективи в бъдеще.

Конвенцията извежда потребностите на децата извън сферата на благотворителността и благосъстоянието и категорично ги поставя в сферата на човешките права, като разглежда детето в неговата цялост. Държавите, страни по Конвенцията, трябва да гарантират, че всяко дете, при всякакви обстоятелства, получава адекватна закрила, за да може да упражнява своите права.

Отправна точка за реализирането на правата на детето в ранна възраст е зачитането на различните интереси, преживявания и предизвикателства, пред които е изправено всяко малко дете. Подходът, основан на правата на детето в ранна възраст изисква отчитане на различията в положението на малките деца, качеството на живот и жизнения им опит, както и на влиянията, които оформят развитието им.

Първият от основните принципи на КПД е свързан с правото на живот на детето и задължението на държавите да осигуряват в максимално възможна степен неговото оцеляване и развитие (чл. 6). Това може да се осъществи единствено по холистичен начин чрез прилагането на всички други разпоредби на Конвенцията, свързани със здравето, пълноценното хранене, социалната сигурност, адекватен стандарт на живот, здравословна и безопасна среда, образование и игра, както и чрез зачитане на отговорностите на родителите и предоставяне на подкрепа и качествени услуги.

Вторият основен принцип, изисква прилагане на универсален подход, равна защита и осигуряване на равни възможности, без каквато и да е дискриминация към децата (чл. 2 от КПД). Дискримина-

цията може да бъде под формата на различно отношение към децата с увреждания, забавяне в развитието или различен етнически произход, което е особено важно да бъде взето предвид при целевата група на настоящото изследване. Задължение на държавите – страни по КПД е осигуряването на равни възможности за децата с увреждания да участват пълноценно в образователната система и в живота на общността, като се премахнат бариерите за реализиране на техните права, както и да осигурят помощ от специалист за детето и за неговите родители със зачитане на тяхното достойнство и насърчаване на тяхната самостоятелност.

Принципът на най-добрия интерес на детето е първостепенно съображение във всички действия, отнасящи се до деца (чл. 3 от КПД) и изисква адекватни мерки за защита на техните права и насърчаване на тяхното оцеляване, растеж и благосъстояние, както и мерки за подкрепа и съдействие на родителите и други лица, които имат ежедневна отговорност за реализирането на правата на децата. Този принцип следва да бъде водещ при всяко вземане на решение, свързано с детското развитие, от страна на родителите, специалистите и други лица, отговарящи за децата.

Най-погрешно тълкуваното и най-оспореното право, провъзгласено в Конвенцията (чл. 12) по отношение на малките деца е правото на свободно изразяване на мнението на детето по всички въпроси, които се отнасят до него и до собствения му живот. Правото на изразяване на възгледи и чувства се отнася дори и до най-малките деца, като на тях следва да се придава значение, съответстващо на възрастта и зрелостта на детето. Малките деца правят своя избор и съобщават чувствата си, идеите и желанията си по различни начини, много преди да са в състояние да общуват чрез говорим или писмен език. За да се спази това право на детето, възрастните трябва да изслушват малките деца, да зачитат тяхното достойнство и мнение както в ежедневния живот на детето вкъщи и в неговата общност; така и в рамките на институциите, организациите и заведенията за предоставяне на здравни, образователни, социални, правни и други видове услуги и грижа.

Непосредствено влияние върху правата на децата в ранното детство оказват някои основни трудности, свързани с особената уязвимост на малките деца към вредата, причинявана от безотговорни и непостоянни отношения с родителите или обгрижващите ги лица, или когато растат в крайна бедност и лишения, или в обстановка на конфликт и насилие, или при всякакви други неблагоприятни обстоятелства, които вредят на тяхното здраве и развитие. Малките деца са изложени на особен риск защото по-трудно могат да осъзнаят неблагоприятните фактори, а още по-малко могат да им повлияят и да им се противопоставят. Своевременното идентифициране на отделните или на комплексните рискове в средата на детето и на самото дете, е ключът към благополучието на детето и неговото развитие.

Основно и непосредствено влияние върху правата на детето в ранното детство има насилието и неглижирането, което е забранено от чл. 19 на КПД. Травмата от насилие и неглижиране в ранното детство оказва негативно влияние върху развитието на детето и има дългосрочно отражение, поради което държавите са длъжни да предприемат всички необходими мерки, за да опазят малките деца, които са в риск и да им предложат защита, както и да осигурят подкрепа за тяхното възстановяване и избягването на стигматизацията.

Методология на изследването

Предмет на изследването са наличните за децата от целевата група услуги за подкрепа на развитието на територията на град Пловдив – тяхната (достатъчна) наличност, достъпност, ползваемост и дефиниране на проблемните полета в предоставянето на услугите, така че да се осигури необходимата грижа за децата и техните семейства. Изследователският екип се фокусира върху следните въпроси:

1) Какви са наличните услуги за подкрепа на ранното детско развитие в Пловдив за децата на възраст 0-3 г., вкл. секторните услуги с широк достъп в здравната и социалната системи, и специализираните услуги за ранна детска интервенция и подкрепа на децата и семействата?

2) Колко деца на възраст 0-3 г. се нуждаят от услуги за ранна детска интервенция в Пловдив? Налице ли е концентрация на деца от определени уязвими групи, вкл. деца живеещи в риск от бедност и социално изключване, които се нуждаят от такива услуги?

3) До каква степен наличните услуги покриват нуждите на децата в риск от забавяне на развитието, които са изложени на социален риск, и доколко се използва подхода на ранната детска интервенция за съвместна работа с родителите в подкрепа на оптималното детско развитие?

4) Кои са основните дефицити в наличните услуги през призмата на дете-центрирания и семейно-ориентирания подход към правата и нуждите на децата в ранна възраст, и какво следва да се предприеме за да бъдат преодолени тези дефицити?

5) Доколко е налице партньорство между заинтересованите страни за създаването на интегрирана подкрепа за децата и семействата – т.е. механизмите на комуникация и координация в случаите, в които подкрепата изисква мулти-секторен подход (напр. между неонатология, социални служби, извънболнични услуги за рехабилитация и родителя, в случаи на дете, родено с увреждане)?

Методологията на изследването включи три основни направления: кабинетно проучване, теренно изследване с качествени методи сред специалисти и услуги на територията на гр. Пловдив и анкетно проучване на мненията на родители на деца в ранна възраст с увреждания или проблеми в развитието. Находките от всяка от тези части са обобщени в следващите секции на настоящия доклад.

Документалният анализ включи събиране на данни за децата с увреждания и проблеми в развитието на възраст 0-3 г. от различни източници, включително чрез провеждане на срещи за изясняване на наличните данни и насочване на искания по реда на Закона за достъп до обществена информация от релевантни структури (Община Пловдив, Министерство на здравеопазването и Регионална здравна инспекция - Пловдив, Агенция за социално подпомагане и Дирекция „Социално подпомагане“ - Пловдив, Национален статистически институт, Национален център за обществено здраве и анализи, услуги и центрове за майчино и детско здраве в града). Беше проведено и кабинетно проучване за установяване на наличието на приложими документи и други изследвания, които могат да информират отговорите на изследователските въпроси.

Теренното изследване започна с първоначални интервюта с представители на Държавна агенция за закрила на детето, Община Пловдив, отдел „Закрила на детето“ и Регионална здравна инспекция, които имаха за цел да подпомогнат създаването на инструментариума на проучването – въпросници и сценарии за фокус групи и интервюта. Те спомогнаха и за ориентиране на изследователския екип за това коя институция каква информация събира за изследваните групи деца. Впоследствие бяха проведени 10 дълбочинни интервюта с професионалисти от здравната система, работещи в подкрепа на ранното детско развитие, вкл. неонатолози, специалисти по педиатрия в болнични заведния и амбулаторни практики, общопрактикуващи лекари, медицински сестри, социални работници в болничната помощ и др. Бяха проведени и 6 фокус групи със специалисти от социални услуги за подкрепа на деца и семейства и детски ясли, с фокус върху услуги, които обслужват нуж-

дите на семейства, които живеят в условия на социален риск поради наличие на дете с увреждане или проблеми в развитието и/или поради нисък социално-икономически статус.

За да бъдат проучени мненията на родителите, беше проведена фокус група с родители на деца с увреждания и проблеми в развитието, от която бяха установени ключови теми за разработването на анкетна карта като инструмент за количествено проучване. Анкетата беше проведена сред 62 родители на деца с увреждания и проблеми в развитието от Пловдив.

На базата на получените резултати са изготвени препоръки за оптимизиране на системата от секторни, интегрирани и специализирани услуги за подкрепа на ранното детско развитие в Пловдив. Изводите и препоръките са изложени в последната секция. Те целят да провокират последващи действия, насочени към институциите на местно ниво за подобряване на мерките и услугите, насочени към насърчаване на ранното детско развитие в града.

Ограничения и благодарности

Всяко изследване има своите ограничения, и може би най-съществото в този случай бе невъзможността директно да изследваме и проучим мненията на самите деца. Това е в резултат както на времевите и ресурсните ограничения на проучването, така и на други фактори, които водят до липсата на детско участие в самото изследване. Наред с това, проведените емпирични изследвания относно наличните здравни, социални и образователни услуги за деца с трудности в развитието, поради увреждане или социално депривиране в град Пловдив нямат претенцията за изчерпателност или представителност за мненията на участвалите в тях родители, организации и специалисти.

Искаме да изразим благодарността си към всички институции, социални услуги, медицински заведения, професионалисти и родители, които се включиха в проучването и без чието съдействие и подкрепа този доклад и всички потенциални ползи от него не биха били възможни. Проучването не би било възможно без финансовата подкрепа на нашите партньори от фондация „Тръст за социална алтернатива“, към които бихме искали да отправим специални благодарности.

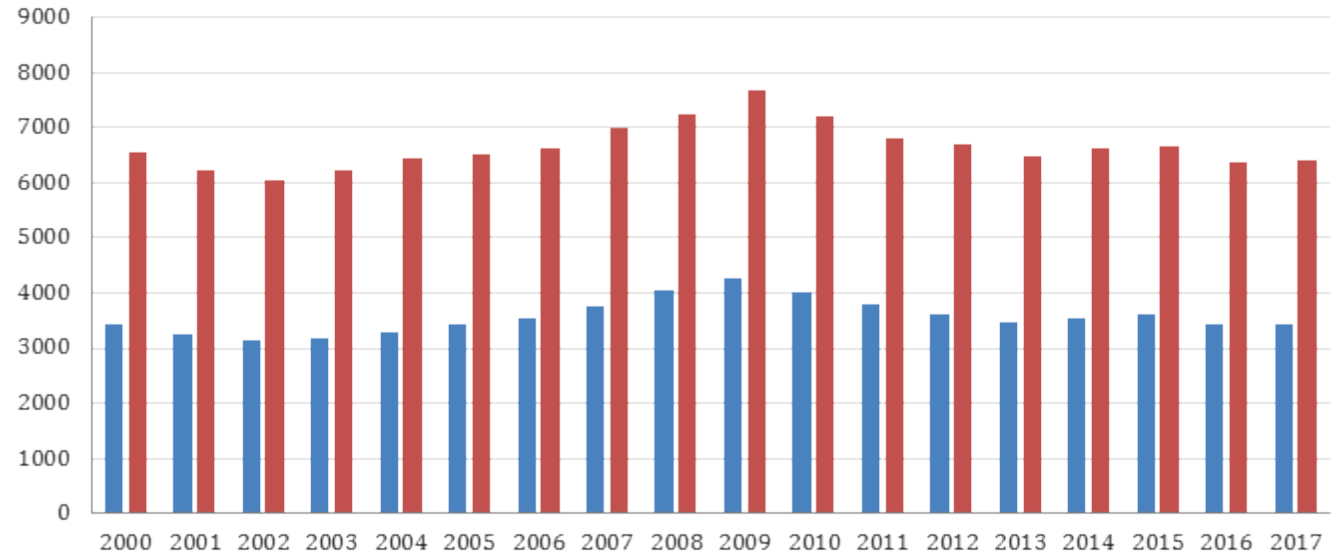
Изследователският екип включва проф. Татяна Коцева, доц. Елица Димитрова, Станислава Моралийска и Калина Илиева от ИИНЧ - БАН, и Иванка Шалапатова от фондация „За Нашите Деца“. Настоящият доклад е съвместен продукт на изследователския екип. В неговото изготвяне, както и в провеждането на дейностите по изследването, се включиха Ваня Кънева, ръководител на проект „Нека има светлина“ и Димитър Иванчев, координатор на проекта.

II. Контекст

2.1 Общ демографски профил в гр. Пловдив

Пловдив е вторият по големина град в България с население 345 213 души по настоящ адрес (към 31.12.2017 г.). През 2017 г. в града са родени 3425 деца, а в цялата област Пловдив – 6410 деца.[4] С това областта заема второ място по брой раждания в страната след София-град.

4 Една немалка част от бременните жени в областта предпочитат да родят в болница в общинския център. Статистиката по болници за 2017 г. е следната: 2098 са проплакали в частната „Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология Селена“ ООД; в родилното отделение на УМБАЛ „Свети Георги“ са се родили 1700 бебета; в УМБАЛ „Пловдив“ – 957; 578 са родени в клиника „Торакс“; 325 в родилен дом „Весела“; над 240 - във Втора градска болница.



Фиг.1.: Живородени деца в Пловдив–град и област Пловдив (в брой)5

През периода 2000-2017 г. най-много деца са се родили в областта през 2009 г. – 7 728. След тази година се наблюдава плавна тенденция на намаление в броя на родените деца, като броят им се стабилизира на около 3500 деца средногодишно. Тоталният коефициент на плодовитост за областта през 2017 г. е 1,60, което надвишава средната стойност на показателя за страната от 1,56.

Запазва се тенденция на намаляване на ражданията в най-младите възрастови групи. В община Пловдив докато 14% от всички раждания през 2000 г. са от майки на възраст под 20 години, то през 2017 г. тези раждания са наполовина по-малко и съставляват вече 7%. Относителният дял на майки под 20 години за област Пловдив е 10,4%, а за страната този дял е 9,4% спрямо всички раждания. В същото време значително увеличение се наблюдава при ражданията на жени след 35 годишна възраст, като трайно е увеличението и при възрастите на майката след 40 и 45 години. Най-голяма част от ражданията се реализират от майки във възрастовата група 25-35 години.

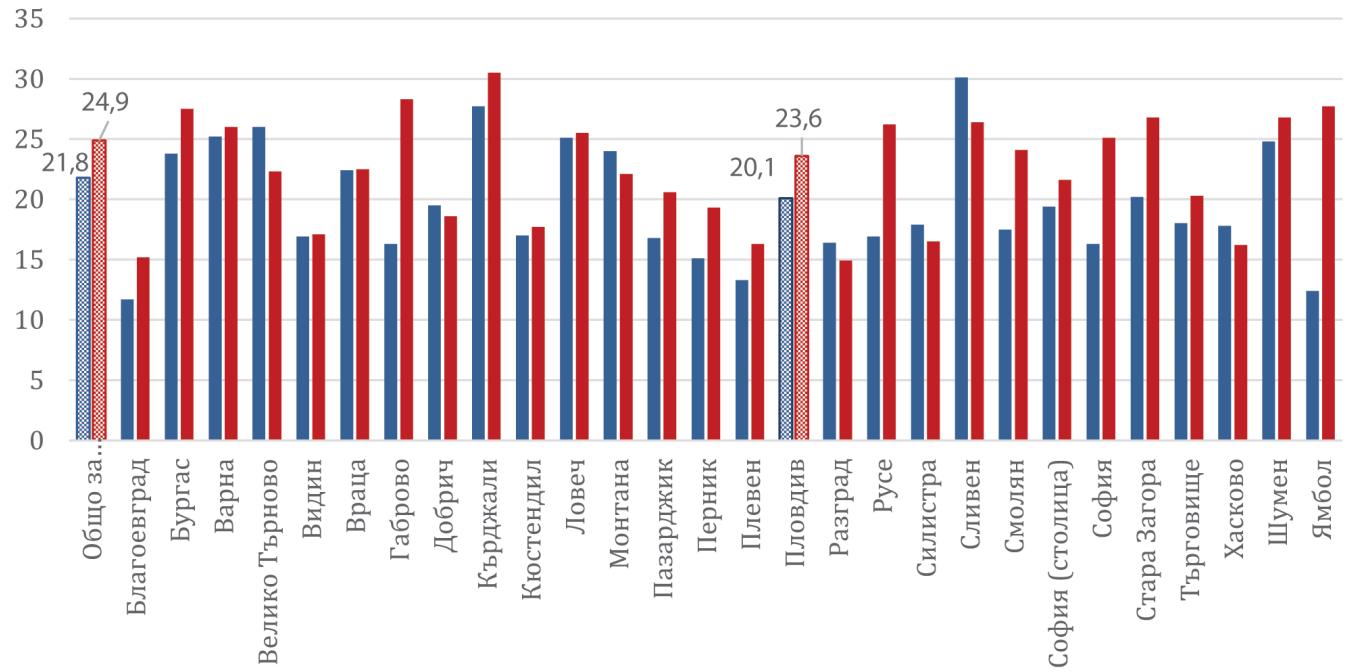
Въпреки промяната във възрастовия модел на раждаемостта и повишаването на средната възраст при раждане на дете, която в Пловдив достига до 28,5 години през 2017 г.[6], ражданията от непълнолетни майки остават на относително високо ниво, което от своя страна често е свързано с по-висок риск за здравето както на детето, така и на майката. В повечето такива случай на ранна раждаемост се изисква допълнително внимание, както по отношение на качеството на грижа на тези майки за новороденото, така и по отношение редуциране на риска от изоставяне на бебето. **През 2017 г. 9,4% от живородените деца са родени от подрастващи момичета на възраст под 20 години, което води до риск за развитието на децата и до увеличен риск от недоносеност.** Рискови за здравето на новороденото и на майката са и ражданията от жени във високите фертилни възрасти, които изискват по-стриктно наблюдение по време на протичането на цялата бременност.

Естественият прираст в областта запазва отрицателни стойности, което е характерно и за всички останали области в страната, но механичният прираст за областта трайно приема положителни стойности. Тази положителна тенденция не е достатъчна, за да обърне посоката на трайно намаление на населението в областта, но в същото време по-големия брой заселвания в града е причина за трайното увеличение на броя на населението в гр. Пловдив през последните години. Въпреки по-благоприятното развитие на някои демографски процеси в сравнение с общите характеристики на процесите в страната, процес на застаряване на населението се наблюдава и в община Пловдив, макар и с по-забавен темп.

Според ежегодно провежданото наблюдение „Статистика на доходите и условия на живот“ (EU SILC) почти половината от българските деца – 41,6%[7] или 509 900 деца, живеят в риск от бедност

5 Източник: НСИ, Инфостат, последен достъп на 29.01.2019 г.
6 При средна възраст за раждане на дете в страната – 28,7 години.
7 Индикаторът включва три показателя: риск от бедност; нисък интензитет на икономическа активност, материални лишения. http://www.nsi.bg/bg/content/8252/социално-включване-и-условия-на-живот

или социално изключване в страната. Особено уязвими са живеещите в домакинства с 3 и повече деца или само с един родител, децата от ромската и турската етническа група. Близо 33,3% от децата до 5 годишна възраст живеят в материални лишения през 2017 г., а 42.1% от тях живеят и в риск от бедност. Линията на бедност за област Пловдив за домакинство от двама възрастни с две деца под 14 години през 2017 г. е 8 628 лв., при стойност за страната от 8848 лв.



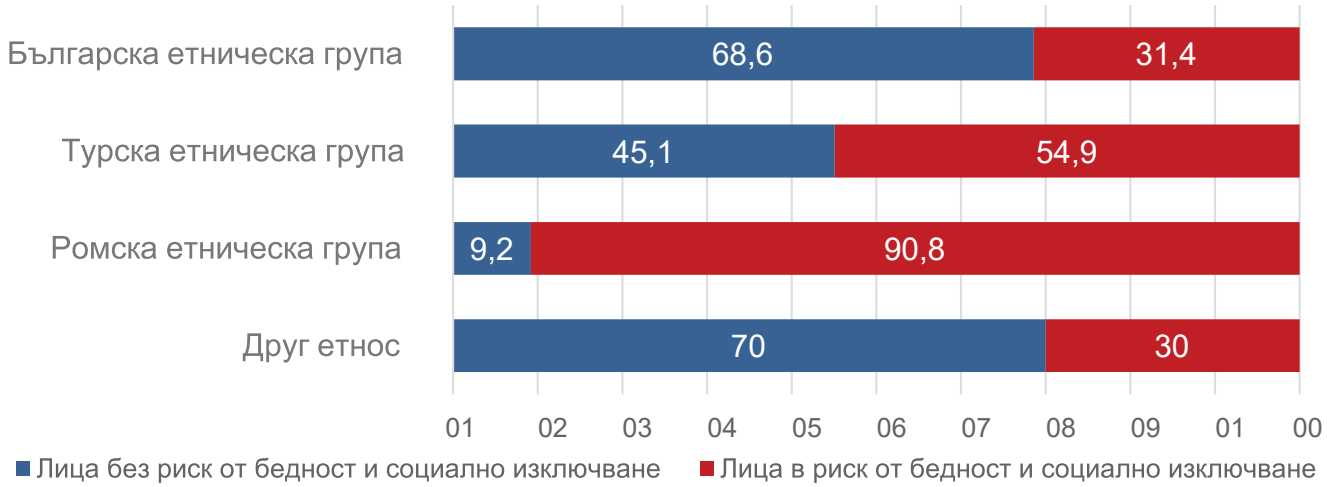
Фиг. 2. Относителен дял на бедните спрямо линията на бедност за областта, по пол през 2017 година (в %)[8]

Коефициентът на заетост в област Пловдив през 2017 г. за населението на възраст 15-64 г. е 70,1% и е по-висок от средната стойност на коефициента за страната – 66,9%. Коефициентът на безработица през 2017 г. в областта също е по-нисък от този в страната – 4,8% при съответно 6,2% за страната.

Разпределението на населението в областта по етнически признак при последното преброяване на населението през 2011 г. показва, че на територията на община Пловдив преобладава населението от българската етническа група – 82%, следвано от населението от турската етническа група – 4,8%, и ромската етническа група - 2,8%. Разпределението на децата във възрастовата група 0-9 години за общината по етнически признак е следното: 69% от децата са от български етнос, 7,7% от турски и 6,2% от ромски.[9] По-младата възрастова структура при турския и ромския етнос се дължи на по-високата раждаемост сред тези групи от населението.

Ромското население е концентрирано основно в няколко квартала на града: Столипиново, Шекер махала, Хаджи Хасан махала и Харман махала. В ромските квартали са налице по-високи нива на бедност и социално изключване – 90,8% от ромите са в риск от бедност и социално изключване (Фиг. 3). Налице са и съпътстващи бедността явления - ранно отпадане от училище, ниско образование и квалификация, трайна безработица и ограничени възможности за заетост, лоши битови условия, липса на достъп до здравни, социални, образователни услуги. Обособените ромски квартали са районите в Пловдив с най-голям относителен дял на непълнолетни майки, деца, настанени в институции и деца в риск от отпадане от училище. Немалка част от ромите в Пловдив не са здравноосигурени – не е налична разбивка по етнически групи, но общо здравноосигурените лица в област Пловдив са 87,1% от населението през 2017 г. (при стойност за страната 88,4%), и предвид обвързването на осигуряването с трудовата заетост и бедността, при всички случаи немалка част от лицата, които не са здравноосигурени са от ромски произход.

8 Източник: НСИ, Статистика на доходите и условия на живот, 2017
9 Данните са на НСИ. Въпросът в преброяването за етническата принадлежност е доброволен и една част от населението не се е самоопределила, поради което сборът от процентите не достига 100%.



Фиг. 3. Население в риск от бедност и социално изключване и етническа принадлежност през 2017 година[10]

2.2 Децата в Пловдив

Деца на възраст от 0 до 3 години в община Пловдив

Децата на възраст от 0 до 3 години съставляват 5,3% от цялото население на град Пловдив, при 4,7% средна стойност за страната. Към 31.12.2017 г. децата на възраст от 0 до 3 години са 14 533, **разпределени по единични възраст както следва: до 1 година** - 3 435, **до две години – 3 535**, **до 3 години – 3 800**, **до 4 години – 3 763.**

Разпределението на децата в тази възрастова група на територията на общината е сравнително равномерно.

Най-голям е броят на децата в район Южен – 2 924, Източен – 2 888 и район Централен – 2 868. Значително по-малък дял има единствено на територията на р-н „Западен“ (Табл. 1).

Табл. 1. Население на 0, 1, 2 и 3 годишна възраст в гр. Пловдив по райони към 1.12.2017 година[11]

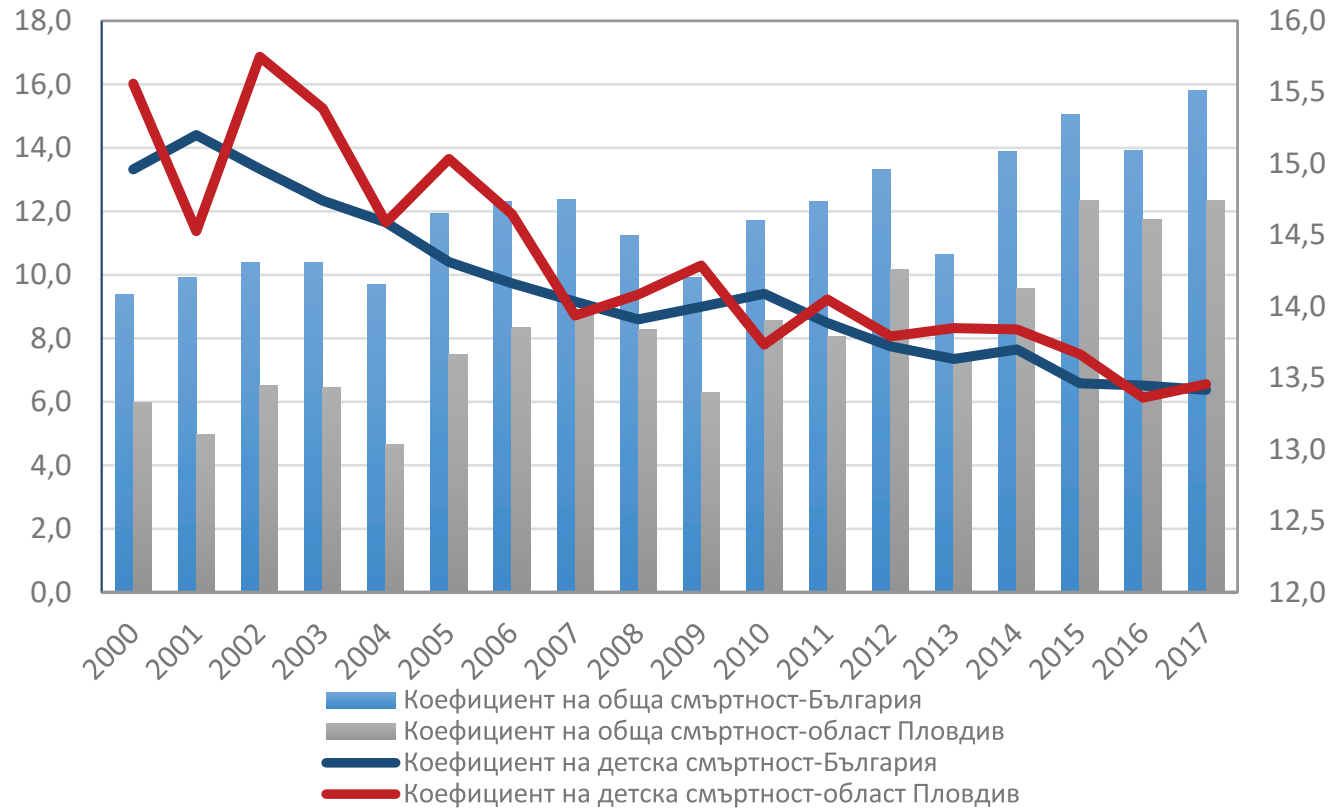
Райони	Общо население	Възраст (в години)				
		0	1	2	3	0-3
град Пловдив	**345213**	**3435**	**3535**	**3800**	**3763**	**14533**
р-н Централен	75472	697	684	750	737	2868
р-н Източен	52517	684	710	744	750	2888
р-н Западен	35791	317	307	333	332	1289
р-н Северен	50775	500	544	581	591	2216
р-н Южен	74855	734	704	771	715	2924
р-н Тракия	54744	501	579	615	631	2326
р-н Празен*	1059	2	7	6	7	22

*** Население от административни източници, неразпределено по райони**

По отношение на детската смъртност, в периода 2000-2017 г. се наблюдава тенденция на спад. Докато коефициентите за обща смъртност показват, че в област Пловдив равнището им е сравнително

10 Източник: НСИ, Статистика на доходите и условия на живот“, 2017
11 Източник: НСИ

по-ниско от съответните стойности за страната, то при показателя за детска смъртност, въпреки наблюдаваното намаление стойностите остават по-високи от средните стойности за страната (6,6 ‰ в област Пловдив, при 6,4 ‰ общо за страната) (Фиг. 4).



Фиг. 4: Коефициенти на смъртност – обща и детска (в ‰)[12]

Основните причини за детската смъртност са вродени аномалии, пороци на развитието, деформации и хромозомни аберации, и състояния възникващи през перинаталния период. Около 80% от детската смъртност в периода 0-5 г. е при възраст на детето под 1 година. Броят на мъртвородените деца през 2017 г. е 47, което е по-малко в сравнение с 2011 г., когато техният брой е бил 67.

Деца с увреждания и риск от забавяне в развитието

По данни на РЗИ, родените деца с увреждания в град Пловдив за периода 2016 г. - 2018 г. са 108. Публикуваните данни за децата, които са освидетелствани с някаква степен на увреждане обхващат възрастовата група до 16 години. Устойчива тенденция е намаляването в абсолютния им брой през годините – от 653 през 2011 г. до 418 през 2016 г., което в немалка степен се дължи на намаляващия общ брой деца. По данни от последното преброяване на населението, децата с увреждания във възрастовата група 0 до 3 години в област Пловдив през 2011 г. съставляват около една шеста от всички деца с увреждания. При запазване на пропорцията това означава, че децата, които са освидетелствани с увреждане в тази възрастова са приблизително около 60-70 средногодишно.

Табл. 2: Освидетелствани деца със степен на увреждане (в бр.)[13]

	До 16-годишна възраст				
Област Пловдив	**Общо**	**над 90%**	**71 - 90%**	**50 - 70%**	**до 50%**
2016	418	48	75	213	82
2015	399	40	67	201	91

12 Източник: НСИ
13 Източник: Здравеопазване 2016, 2017, НСИ

По данни на АСП, към 31.10.2018 г. по реда на чл. 8д от Закона за семейните помощи за деца (ЗСПД) в град Пловдив са отпуснати месечни помощи за отглеждане на дете с трайно увреждане на 1 287 семейства за 1 369 деца. Неизвестно е колко от тях са на възраст 0-3 г.

Докато броят на децата с увреждания, които са установени или още при раждането или в последствие при освидетелстването от ТЕЛК (на база което се отпускат месечните помощи за отглеждане на дете с увреждане), може да бъде установен от официалните данни, далеч не така стоят нещата при децата с проблеми в развитието. Никоя институция на национално или местно ниво не събира данни за броя деца, които имат някакви проблеми или затруднения в развитието, извън тези, които са с установени увреждания. Това представлява изключително важна и високорискова група деца, за която особено в периода 0-3 г. е важно да бъдат предоставяни услуги за ранна детска интервенция, които имат висок потенциал да намалят рисковете за развитието на детето. Липсата на такива услуги, както и изобщо на разпознаването на забавянето в развитието, води до повишен риск от здравословни проблеми, отпадане от училище, слаби образователни постижения и редица други предизвикателства в по-късната възраст.

Предвид липсата на данни, могат да се използват само ориентири за броя на децата в тази група. Един от основните рискове, свързани с по-нататъшни проблеми в развитието и здравето на децата е ниското им тегло при раждане. Броят на родени деца с поднормено тегло на територията на Пловдивска област е 655 през 2016 г., като този брой бележи значително увеличение през 2017 г. и достига 847 деца (Табл. 3). Това представлява 13,2% от всички живородени деца в областта. Разбира се, не всички те в последствие имат проблеми в развитието, но при една част такива се наблюдават.

Табл. 3. Брой родени деца с поднормено тегло в АГО на територията на Пловдивска област[14]

Лечебни заведения	Брой	
	2016 г.	2017 г.
УМБАЛ “Св. Георги”	194	205
УМБАЛ “Пловдив” АД	121	263
МБАЛ “Св. Мина”	28	34
МБАЛ “Св. Пантелеймон”	9	9
МБАЛ Асеновград	20	27
МБАЛ Карлово	37	52
МБАЛ Първомай	36	40
МБАЛ - частни	19	21
Спец. болници - частни	191	196
Пловдивска област	**655**	**847**

Друг ориентир може да бъде извлечен на база общи статистически показатели, които сочат приблизителния очакван брой деца с проблеми в развитието. Според глобални изчисления, извършени от СЗО и други реномирани източници[15], при 5-7% от децата в най-ранна възраст се наблюдава някаква степен на забавяне в развитието. Според изследването GBD (Global Burden of Disease Study, 2016), проведено за периода 1990-2016 г., на основата на данни за здравното състояние на децата от 0 до 5 години е направена оценка за риска от забавяне в развитието и увреждания в 195 държави.[16] По-благоприятни са получените резултати в западноевропейските страни. България заема междинна позиция при ранжирането на страните от Централна и Източна Европа. Според резултатите от изследването през 2016 г., броят на случаите на деца с риск от

14 Източник: РЗИ-Пловдив
15 Вж. например World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008, както и Lancet Global Health 2018; както и Valla, L., Wentzel-Larsen, T., Hofoss, D., & Slinning, K. (2015). Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. BMC pediatrics, 15, 215.
16 Global Research on Developmental Disabilities Collaborators, Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 Вж. 16 Global Research on Developmental Disabilities Collaborators, Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, http://ghdx.healthdata.org/

забавяне в развитието в България е 21397, което съставлява почти 6,5% от всички деца във възрастовата група 0-5 години. Ако предположим, че тези случаи са пропорционално разпределени на територията на страната, тогава би могло да се предположи условно, че в община Пловдив броят на тези случаи е приблизително 1098 деца на възраст от 0 до 5 години с увреждания и риск от забавяне в развитието през 2016 г. (съответно 1970 случая за област Пловдив).

Деца в обществена грижа

След 2015 г. на територията на област Пловдив са закрити всички Домове за медико-социални грижи за деца на възраст 0-3 г. На територията на Пловдив няма деца на възраст под 3 години, отглеждани в резидентна услуга. За всички деца в тази възрастова група са осигурени семейни форми на грижа. През последните пет години приемната грижа се развива значително, главно поради изпълнението на националните проекти "И аз имам семейство" и „Приеми ме" с финансиране от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси". В момента в област Пловдив има 111 професионални приемни семейства, като от тях 23 са в град Пловдив.

Изоставянето на деца продължава да се наблюдава в града. През 2018 г. само в отделението по неонатология в УМБАЛ «Пловдив» са били изоставени 19 деца. През 2018 г. 28 изоставени деца от Пловдив са били осиновени, от които 18 са осиновени в страната, а 10 - в чужбина. Още 109 деца са вписани в регистъра, воден от РДСП Пловдив като деца, които могат да бъдат осиновени при условията на пълно осиновяване. 52 от тях са здрави деца, а 57 са деца със заболявания или увреждания, което сочи, че децата с увреждания и проблеми в развитието продължават да бъдат в много по-висок риск от изоставяне и разделяне от семействата от децата без увреждания и проблеми в развитието.

2.3 Здравни и социални грижи и услуги в подкрепа на децата в Пловдив

Майчино здравеопазване

На територията на град Пловдив е концентриран по-висок дял на жени във фертилна възраст – малко над 20% от всички жени са във фертилна възраст, в сравнение със средната стойност за страната от 18%.

Проследяването на бременността е важна предпоставка за минимизирането на риска от раждане на деца с увреждания. По данни на НЗОК, броят на извършени наблюдения на бременни жени в гр. Пловдив за последните три години е както следва: 2016 г. - 38 828 бр.; 2017 г. - 39 625 бр.; 2018 г. (до м. ноември) - 32 608 бр. От тези данни не е възможно да се обособят изводи по отношение на проследяването на бременността, тъй като не е ясно на колко бременни жени е направен този брой прегледи, т.е. по колко прегледа се извършват средно на бременност. Налични са данни единствено за броя на бременните жени, на които са оказани грижи в извънболничната медицинска помощ в Пловдив, който е 5 689 през 2018 г. (и е значително по-малък в сравнение с предходните две години - 6 413 бр. през 2016 г. и 6 404 бр. през 2017 г.), но такива данни не са налични за болничната помощ, нито е ясно до каква степен при проследяването на всяка бременност се вземат предвид насоките на Световната здравна организация за здравните грижи по време на бременността.17

Налице е информация за някои допълнителни форми на здравна грижа по време на бременността, като например провежданите от Клиниката по акушерство и гинекология на УМБАЛ „Свети Георги" кампании за безплатен ултразвуков и биохимичен скрининг в първи триместър. Чрез такъв вид скрининг се откриват най-честите хромозомни аномалии, както и аномалии, които може да са асоциирани с хромозомни или генетични заболявания. В проведената кампания през 2016 г. са се включили над 300 бременни жени, като при 3% от тях са открити аномалии в развитието на плода, а с висок риск са били 5%. Подобна високоспециализирана медицинска услуга би следвало да бъде достъпна за всички бременни жени и би намалила рисковете от усложнения по време на бременността, но извън подобни кампании този вид услуги са достъпни единствено срещу заплащане.

17 Вж. World Health Organization, WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

Здравно обслужване

Лекарите в област Пловдив, съотнесени към населението, са повече от тези в страната. През 2017 г. на един общопрактикуващ лекар се падат 1452 души от населението (при 1562 за страната), а на един лекар от водеща специалност – 418 души (при 529 за страната). Броят на общопрактикуващите лекари в област Пловдив през 2017 г. е 462. Увеличава се броят на педиатрите в областта, като броят им през 2017 г. достига най-голяма стойност – 178. През 2017 г. е отбелязано и увеличение в състава на акушер-гинеколозите, чийто брой в областта достига 171.
От изключително значение за ранното детско развитие са здравните грижи и проследяването от страна на педиатрите и личните лекари. По данни на НЗОК, броят на обхванатите деца във възрастовата група от 0-3 г. от ОПЛ и педиатри в гр. Пловдив за 2018 г. е 15 001. Съпоставено с данните за ражданията за периода 2014-2018 г., може да се направи извод, че децата в тази възрастова група са включени в практиката на ОПЛ или педиатър.

Табл. 4. Брой на обхванатите деца във възрастовата група от 0-3 г. от ОПЛ и педиатри в гр. Пловдив

Година	Брой деца
2016	15 604
2017	15 654
2018	15 001

Слабо намаление се наблюдава в броя на акушерките в област Пловдив през 2017 г. спрямо предходните две години – съответно към 2017 г. техният брой е 289 или близо 6% от всички медицинските специалисти по «здравни грижи» в лечебните и здравните заведения (при средна стойност за страната – близо 7%). Слабо увеличение има в броя медицинските сестри (всички профили) - до 3208 или 66% от всички медицински специалисти по «здравни грижи» към 2017 г. (при средна стойност за страната 66,3%).

Броят на леглата в местните болнични заведения продължава да се повишава, поставяйки Пловдив на челни позиции в страната, със 7,8 легла на 1000 души от населението при 4,9 на 1000 души за страната през 2017 г. Осигуреността с достатъчно лекари и болнични легла обяснява факта, че Пловдив е областта с най-много преминали за лечение болни в МБАЛ. През 2017 г. те са 410 на 1000 души от населението, при 243 на 1000 души за страната.

Хоспитализираните случаи в стационарните лечебни заведения в област Пловдив за периода 2015-2017 г. показват значително увеличение на състоянията, възникващи през перинаталния период - от 2336 през 2015 г., 2818 през 2016 г. до 3418 през 2017 г. Хоспитализирането поради вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации също бележи увеличение от 943 през 2015 до 1021 през 2017 г. Тези два класа причини за хоспитализация съставляват 9,9 през 2015 г., съответно 11,7% през 2017 г. от всички хоспитализирани случаи на деца на възраст от 0 до 17 години в стационарните лечебни заведения в област Пловдив.

Законът за лечебните заведения предвижда нов тип лечебно заведение - Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, което се очаква да осигури цялостна грижа за нуждите на децата с увреждания. Въпреки, че по информация на МЗ се очаква разкриването на такъв център във всеки областен град в страната, към м. март 2019 г., такова лечебно заведение все още не е разкрито на територията на област Пловдив.

От м. септември 2015 г. в Пловдив стартира изпълнението на „Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.", по която Министерство на здравеопазването финансира няколко типа дейности. Сред тях са провеждане на масов универсален неонатален слухов скрининг в родилните и неонатологичните структури в държавни и общински лечебни заведения с цел ранна диагностика и своевременна интервенция при деца с увреждания на слуха; разкриване на Здравно-консултативни центрове (ЗКЦ) за майчино и детско здраве с цел подобряване на качеството и осигуряване на комплексно обслужване за бременни и деца; създаване на Експертни комисии за комплексно медицинско наблюдение на деца с диабет, с вродени лицеви малформации и с вродени хематологични заболявания; и провеждане на биохимичен скрининг на бременни и оценка на риска за раждане на дете с хромозомни аномалии. Създадени са 2 ЗКЦ към УМБАЛ „Св. Георги" и „УМБАЛ - Пловдив", като към същите болници са създадени и Експертни комисии. Според годишните отчети на лечебните заведения, броят на обхванатите деца в ЗКЦ за периода 2016 г. – м. септември 2018 г. е 1 381. През програмата за слухов скрининг са преминали 17 045 деца, а през експертни комисии – 1 451 деца.

Табл. 5. Брой обхванати деца в скринингови програми по Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020, които се осъществяват в гр. Пловдив[18]

Година	Брой обхванати ЗКЦ	Брой обхванати Слухов скрининг	Брой обхванати Експертни комисии
2016 г.	431	5291	359
2017 г.	517	6760	593
2018 г. (до 30.09.)	433	4994	499
Общо	1381	17045	1451

Изследователският екип получи подробна информация от УМБАЛ „Св. Георги" за обслужените деца на възраст от 0 до 3 години в ЗКЦ към лечебното заведение. Сред тях преобладават децата с хронични заболявания, вкл. епилепсия, анемия, диабет, хидроцефалия, микроцефалия, ДЦП, увреждания на централната нервна система, сърдечно-съдови заболявания, хемофилия, нанизъм, специфични разстройства на двигателната система. Техният брой общо за областта е съответно: 21 деца през 2015 г., 83 през 2016 г., 52 през 2017 г. и 48 през 2018 г. Всяко четвърто дете е живущо на

18 Източник: РЗИ Пловдив

територията на община Пловдив. Значително по-малък е броят на децата с проблеми в развитието, които са били обслужени през този период – само 25 деца от областта общо за целия четиригодишен период. Обслужените деца с проблеми в развитието най-често са определени като деца със смесени специфични разстройства в психичното развитие, изоставане в развитието, изоставане в говорното развитие и поведенчески нарушения, лека умствена изостаналост, аутизъм.

Табл. 6. Деца, обслужени в Здравно-консултативен център за майчино и детско здраве към УМБАЛ „Св. Георги“[19]

Възраст	Област Пловдив				Община Пловдив				Област Пловдив				Община Пловдив			
	хронични заболявания				хронични заболявания				с проблеми в развитието				с проблеми в развитието			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
0-1	8	22	12	10	3	9	5	5	1	1	1	2	0	0	0	0
1-2	3	15	15	13	0	14	3	1	0	2	4	1	1	0	1	0
2-3	6	19	15	16	1	4	2	3	3	2	1	0	0	2	2	1
общо	17	56	42	39	4	27	10	9	4	5	6	3	1	2	3	1

Детски ясли в община Пловдив

В гр. Пловдив към 31.12.2017 г. функционират 26 детски ясли, вкл. детски ясли в състава на детските градини, като местата в тях са 1832. Децата в яслите са общо 1932, от които само 3 са на възраст до 1 година; 280 са на възраст 1 година; на две години са 1 618 и 31 са на възраст 3 и повече години. Броят на децата в детските ясли надвишава със 100 техният капацитет през 2017 г., което означава, че има недостиг на местата в тях. Недостиг на места в детските ясли се наблюдава и през 2015 и 2016 г. Към м. декември 2018 г. 1535 деца са в самостоятелни детски ясли, а останалите са в яслени групи към детските градини.

Табл. 7. Деца в детските ясли по пол и възраст към 31.12.2017 г. в гр. Пловдив[20]

Възраст	Общо	Момчета	Момичета
Общо	**1932**	**1012**	**920**
До 1 година	3	2	1
На навършена 1 година	280	151	129
На навършени 2 години	1618	847	771
На навършени 3 г. и повече	31	12	19

Обхватът на децата на възраст 0-3 г. в детски ясли и яслени групи е 17,9% през 2017 г., при среден за страната 16,6%.[21] **Този дял е значително е под поставената в Барселона европейска цел за 33% обхват на децата в тази възрастова група в услуги за ранно детско образование и грижа**.

Общият брой на щатния персонал в общинските детски ясли в община Пловдив към 30.09.2018 г. е 523, в т. ч. медицински персонал - 231,5 и друг персонал - 291,5. Към „Друг персонал“ се числят детегледачките – 161 на брой, и педагозите – 22. Във всички детски ясли има по 1 брой щатна длъжност педагог, освен ДЯ №30 «Приказен свят», в която има назначени 2 броя щатни длъжности педагог. **Като проблем по отношение на персонала се отчита наличието на немалък дял от работещите в сферата, които са в пенсионна и пред-пенсионна възраст, липсата на медицински сестри и по-млад персонал – проблем, които се очаква да се изостри и поради непривлекателността на професията и по отношение на възнагражденията, както и на ограничените възможности за кариерно развитие.**

Разпределението на детските ясли и групи за яслена грижа в детските градини е сравнително

19 Източник: УМБАЛ „Св. Георги“
20 Източник: НСИ
21 Показателят се изчислява като отношение на децата, посещаващи самостоятелни детски ясли и яслени групи към ДГ, на 100 деца от населението на възраст до 3 години.

равномерно по райони. По-малък е броят на детски заведения в р-н Източен, където броят на децата във яслена възраст е сравнително висок, а записваемостта - относително ниска.

Според данни на община Пловдив, детските ясли не се посещават от деца с проблеми в развитието. Общо 22 деца, посещаващи общинска детска ясла, са с хронични заболявания.

Социални услуги в община Пловдив

Предоставянето на социални услуги за деца цели създаването на условия за пълноценно развитие и подобряване на здравето на децата в общността и децата в риск. В Областната стратегия за развитие на социалните услуги в област Пловдив 2016 – 2020 г. са поети ясни ангажименти за разширяване на обхвата на предлаганите услуги и непрекъсната работа за подобряване на тяхното качество. Като основно направление за развитие е предвидено разширяване на обхвата чрез включване на широк кръг от услуги в общността за деца и семейства с деца в риск, насочени към превенция на рисковите фактори за развитието на децата и уязвимостта на семействата.

Докато в общината към 31.12.2016 г. се предоставят 46 социални услуги, делегирани от държавата дейности и 10 социални услуги, финансирани от община Пловдив, то през 2018 г. броят на предлаганите социални услуги, които се предоставят в общината вече е 51. В този брой са включени социални услуги предоставяни в общността, социални услуги предоставяни в специализирани институции, социални услуги предоставяни в Комплекс за социални услуги (КСУ)[22] и социални услуги предоставяни в Комплекс за социални услуги за деца и семейства (КСУДС).

Услугите, които включват в целевата си група и деца са общо 39. От тях Център за социална рехабилитация и интеграция (ЦСРИ) – 8 бр., Център за обществена подкрепа (ЦОП) – 3 бр., Център за настаняване от семеен тип (ЦНСТ) – 15 бр., от които 7 са за деца и младежи с увреждания, Дневен център за деца и младежи с увреждания (ДЦДУ) – 3 бр., Звено „Майка и бебе“ (ЗМБ) – 1 бр., Кризисен център – 3 бр., Преходно жилище – 2 бр., Дом за деца, лишени от родителски грижи (ДДЛРГ) – 2 бр., Социален учебно-професионален център – 1 бр., Център за работа с деца на улицата (ЦРДУ) – 1 бр. По- голямата част от тези услуги, обаче, обслужват пълнолетни и деца на възраст над 5 години. Приблизително една четвърт от предоставяните услуги на територията на общината (9 услуги) имат капацитет да работят с деца в най-ранна детска възраст, като общият брой деца до 3 г., ползващи услуги през 2018 г. в тях е 80. Всяко четвърто дете от тях е с хронично заболяване и/или с проблеми в развитието – общо 20 деца.

22 В община Пловдив към 2019 г. функционират 5 комплекса за социални услуги - 4 КСУ и 1 КСУДС. Комплексите от услуги обединяват няколко услуги, с цел да се осигури интегриран подход чрез специфични дейности, които се развиват в зависимост от потребностите на общността, както и от потребностите на отделния човек.

Табл. 8. Брой деца на възраст от 0 до 3 години, които ползват социални услуги в общността в община Пловдив през 2018 г., вкл. деца с увреждания и проблеми в развитието, и наличен персонал, който работи пряко с децата[23]

№	Вид социална услуга в общността	Брой деца, ползващи услуга	Брой деца с хронични заболявания и/ или с проблеми в развитието	Щатен персонал, който работи пряко с децата
1	Център за обществена подкрепа "За деца и родители"	45	3	6
2	Център за обществена подкрепа "Столипиново"	2	0	3
3	Център за социална рехабилитация и интеграция	3	2	3
4	Център за социална рехабилитация и интеграция за деца с разстройства от аутистичния спектър	2	0	5
5	Звено "Майка и бебе" към КСУ за деца и семейства-Пловдив	4	0	6
6	Център за обществена подкрепа към КСУ за деца и семейства – Пловдив	7	0	12
7	Център за социална рехабилитация и интеграция за деца със специални потребности към КСУ за деца и семейства – Пловдив	2	0	5
8	Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи - 1 и 2 към КСЗУ «Света Петка» – Пловдив	4	4	11
9	Дневен център за деца и младежи с тежки множествени увреждания към КСЗУ «Света Петка» – Пловдив	11	11	4,5
ОБЩО		**80**	**20**	**55,5**

Общинската социална услуга „Асистент" е създадена с Решение № 204 на Общински съвет – Пловдив през 2006 г., за осигуряване на грижа в семейна среда на лица с увреждания с 90% и над 90% изгубена работоспособност, както и на деца с 50% и над 50% намалена възможност за социална адаптация с определена чужда помощ, които отговарят на допълнителни условия. Липсва информация и яснота за използването на мобилни услуги и личен асистент от деца във възрастовата група от 0 до 3 г. в домашна среда.

На територията на града функционира Общностен център, който е създаден по проект „Социално включване" (финансиран от МТСП със заем от Световна банка) и продължен с финансиране по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси". Общностният център е специфично насочен към подкрепа за ранното детско развитие и предлага комплекс от интегрирани услуги за деца в ранна възраст и техните семейства. От разкриването си центърът е работил с повече от 500 деца. Извършват се мобилни дейности на терен от страна на рехабилитатор, социален работник, информиране на общността, консултиране в семейна среда.
Една малка част от услугите в Пловдив са делегирани за доставка на неправителствени организации

23 Данни от Община Пловдив. Посочен е общият брой на персонала, които работи с деца от всички възрастови групи, ползватели на съответната услуга.

(НПО). Центърът за обществена подкрепа „За деца и родители“, управляван от Фондация „За нашите деца“, е услуга изцяло насочена към подкрепата за ранното детско развитие, която си сътрудничи с 3 от най-големите родилни отделения в Пловдив (УМБАЛ „Пловдив“, МБАЛ „Св. Мина“ и АГ болница „Селена“) и осъществява подкрепа на родителите с риск от изоставяне на своите новородени и малки деца, както и работи за връщането на вече изоставени деца в сигурната родна среда. Специалистите подготвят и кандидати за осиновители и оказват подкрепа на приемни родители. Дневният център за деца с увреждания „Света Анна” на Фондация „Бъдеще за България“ е комплекс от социални услуги, създаващи условия за цялостно обслужване на деца с увреждания, свързани със задоволяване на ежедневни, образователни и рехабилитационни потребности, както и с организация на свободното време. Заниманията се провеждат по индивидуално изработени програми за всяко дете. Някои НПО предоставят услуги и в рамките на проектни дейности.

По информация на Община Пловдив, през 2018 г. стартира проект “Изграждане на ефективна социална инфраструктура за предоставяне на 7 нови социални услуги в Община Пловдив“, в рамките на който до 2020 г. в града ще бъдат изградени 2 ЦНСТ за деца без увреждания; 1 преходно жилище; 1 наблюдавано жилище; 1 ЦОП с възможност за спешен прием; 1 ДЦДУ; и 1 дневен център за подкрепа на деца с тежки множествени увреждания и техните семейства (нов тип социална услуга). Тези услуги са част от продължаването на процеса на деинституционализация чрез замяна на институционалния модел на грижа с грижа в семейството или в близка до семейната среда. Ефектът на тези услуги върху децата до 3-годишна възраст и техните семейства предстои да бъде демонстриран и изследван.

III. Поглед към системите, ангажирани с децата с трудности в развитието и увреждания и перспективи за бъдещето

Анализът на дискусиите във фокус група и дълбочинните интервюта е организиран в рамките на 6 основни теми. Темите произлизат от предмета и целите на проучването и включват: разбирането на заинтересованите страни на понятието „деца в риск от забавяне на развитието“; услугите за тези деца и техните семейства; работата на професионалистите; общуването и работата с родителите; координацията между системите (здравна, социална и образователна); и правата на децата. Темите за устойчивостта на услугите и проектите, по които се създават нови практики, както и ролите на различните заинтересовани страни, също бяха подчертавани многократно от респондентите и намират своето място в анализа.

3.1 Разбиране на понятието „деца в риск от проблеми в развитието“

За повечето от респондентите от системата за закрила на детето, децата, които са освидетелствани от ТЕЛК са тези, които спадат към групата „в риск от проблеми в развитието“. Тези деца са идентифицирани по линия на помощите, които им се предоставят от Дирекция „Социално подпомагане“ на територията на населеното място. В същото време специалистите от социалните и интегрирани услуги подчертават, че във възрастта до 3 години рядко някой ще постави ТЕЛК диагноза когато при детето има затруднения в развитието.

„Когато има затруднения при липса на видими и физически затруднения е по-сложно да се установи. Педиатрите дават време на детето да порасне и да се справи с проблема и едва на 3 години насочват за детски невролог, психолог за наваксване. Това е проблем, защото детето е загубило първите 3 години. Дете на 1 година и 6 месеца, което не е проходило – Общо-практикуващият лекар казва „има време“.

Специалист от социална услуга

Това, само по себе си, показва, че системата за освидетелстване не може да бъде единствената линия за идентифициране на децата, обект на изследването и планиране на правилната интервенция. Още едно потвърждение на този извод представлява мнението на някои родители, които споделят с професионалистите, че не ползват системата на ТЕЛК, защото тя обслужва единствено и само финансовите затруднения на семейството с дете с увреждане или трудности в развитието. Този факт, наред с трудностите при преминаването през процеса на освидетелстване, кара някои родители да търсят професионална подкрепа извън системата на ТЕЛК.

Някои респонденти очертават и други характеристики, които свързват с определянето на деца като „деца в риск от забавяне на развитието“, а именно: неглижиране в семейната среда, недоносеност, рискова семейна среда, проблеми с привързаността, трудности в общуването на детето с възрастните (не могат да осъществят визуален контакт), моторни затруднения, проблеми с ходене, прохождане, проблем с изговаряне на звуци, движението, как детето би отговорило на външен дразнител, езикови бариери поради общуване в семейството на друг (различен от българския) език, риск от бедност и социално изключване.

За здравните специалисти от РЗИ към тази група деца спадат и деца, които са с „гранични състояния и не бихме ги нарекли деца с увреждания“. Това са и „деца с някои набързо преодолими или нетрайни увреждания още от раждането“.

В разговора относно понятието, професионалистите очертават категоричната роля на здравната система за следене развитието на детето още от проследяването на бременността и грижата в родилно отделение. Някои респонденти отбелязват и факта, че следенето на развитието се къса от момента на раждането до влизането на детето в детска ясла или градина, когато понякога е твърде късно за въздействие върху затрудненията на детето в развитието.

„Ето тук е другата пробойна, личните лекари не сигнализират, че дете е в риск, бременна, малолетно, непълнолетно…“, „доста неглижиране от страна на личните лекари, някак си все едно не ги касаеше…те си преглеждат, извършват си здравната консултация и подготовка и са дотам. От там нататък какво се случва с детето, със семейството няма значение“.

Представител на държавна институция

„Този проблем е голям… единични бяха случаите, при които когато детето е излязло вече от родилното, малко по-голямо, точно във възрастта до три, ако личния лекар усети, че има проблем, да подаде сигнал точно, за да може да се насочи към услуга*“*

Представител на държавна институция

Своето разбиране за понятието “деца в риск от забавяне на развитието“ споделиха и специалистите, които работят в социални и интегрирани услуги, управлявани от Община Пловдив. Това са специалисти от Общностен център, Комплекс за социални услуги за деца и семейства и Комплекс за социално-здравни услуги за деца, като в двата комплекса са налични няколко различни услуги за подкрепа на развитието на децата. За тези респонденти следните характеристики са свързани с деца в риск от забавяне на развитието: „деца, които са невидими, освен, ако не ги търсиш с работа на терен“; деца, които може и да не са с генетично заболяване, но изостават в развитието си – речево, двигателно, в общуването, когнитивно; деца на родители, които ги неглижират и/или малтретират; деца с дислексия. Силен акцент бе даден на работата на медиаторите към някои от услугите, които установяват контакт с тези семейства. Обикновено родителите подхождат през друг проблем в общуването си с медиаторите, например трудности с жилищните условия, докато специалистите стигнат до същинската работа с детето и преодоляване на дълбочинните проблеми в семейството. Според респондентите, „дете на 3 години, което не ходи, не говори, не е контактно, с изкривени крачета“, е дете с трудности в развитието. Такова дете може да е с тежък рахит и без генетични заболявания.

Респондентите акцентираха на средата, в която расте малкото дете – ако родителите са с нисък интелектуален и социален статус децата изостават в развитието си, защото това е рискова среда. Детето, което е с родители с много нисък родителски капацитет също е в рискова среда за развитието му.

При разговора ни със специалистите в детски ясли се усеща предпазливост при даване на определение на понятието. За тази група респонденти „дете с трудности в развитието“ е медикализирано понятие – мислят през необходимостта от медицинска диагноза, за се каже, че дете има проблем в развитието. Необходим е външен авторитет (лекар, друг специалист), тъй като възрастовата група 0-3 г. е характерна с неравномерното развитие на децата, при което говорът и поведението (т.е. неща, които са пряко достъпни за наблюдение от персонала) на са индикативни и на тяхна база не може да се категоризират децата. Роля играят и негативни родителски реакции ако персоналът повдигне притеснения за развитието на детето, при което много от служителите предпочитат да заемат пасивна позиция. Все пак, те признават, че виждат деца с различно развитие и дори и след реферирането към стимулиращата или задържащата развитието роля на семейството, която може да дръпне назад и едно иначе здраво дете, те имат чувствителност към по-специфична симптоматика у децата и в много случаи подозренията им са се потвърждавали. Компетентността обаче остава на лекарите/специалистите, а отговорността – на родителя.

*„Пък и не сме ние хората, дето ще ги поставяме [тези диагнози]. [За]То*ва, вече, се иска специалист.“

Педагог в детска ясла

По отношение на децата с увреждания, специалистите в детските ясли имат малък опит с тях, тъй като според тях „родителите предпочитат да си ги гледат вкъщи“. Интересен ракурс излиза от споделен опит в една от яслите при отглеждане на сляпо момиченце – в общината отказали на майката то да посещава ясла, но тя дошла „със сълзи на очи“ при директорката и последната ги приела, заедно с братче-близначе (което е здраво). Трудното в този случай било да обяснят на другите деца, че момиченцето не вижда, да я пазят и трябвало да следят непрекъснато някой да не я бутне, но самото дете не било трудно. Тоест, в тази ясла биха имали готовност да се грижат за дете с увреждания, въпреки че реакцията от супервизиращия орган – общината – в този случай е

била негативна/възпираща. От този разказ проличава и „социалната функция“ на яслата, за която ще стане дума в следващата тематична област – възможността да направят жест на добра воля към нуждаещ се родител, което им създава себеразбиране за благодетел за местната общност.

Медицинските специалисти се обединяват около понятието, че деца в риск и със забавяне на развитието са най-вече децата в медицински риск: деца с малформации, с физически или психически проблеми, незрящи, с ДЦП, със синдром на Даун и други установени медицински диагнози. По-доброто диагностициране през последните години води до откриване в по-голяма степен на физическите и психическите отклонения. Недоносените деца също спадат към тази група, защото те най-често имат комбинирана патология. Неонаталозите имат наблюдение за увеличаване на броя на недоносените деца, като особено споменават тези, които се раждат с тегло под 1500 гр., които са с висока степен на рискове за развитието. Спасяването на рискови бременности води до парадокси, тъй като е спасен човешки живот, но под определено тегло се наблюдават тежки и множествени увреждания при децата. Някои медицински специалисти отбелязват и социалните проблеми – недохранване, недостатъчни грижи от страна на родителите и др. - като причини за изоставане в развитието на детето в някои семейства, най-често от ромския етнос. Част от лекарите обръщат внимание и на свръх-диагностицирането:

„На всяко второ дете темерут сега се поставя диагноза аутист. […] Едно време тази диагноза не съществуваше. *[…] Имаше само 3 типа ДЦП.*

Общопрактикуващ лекар

Други специалисти са склонни да отхвърлят твърдението за свръх-диагностицирането, например на аутизма, и смятат, че истината е някъде по средата – между свръх-диагностицирането и реалното увеличение на болестта. Споменава се и проблемът с фалшивите диагнози, най-вече при деца със затруднения от психо-неврологичен характер, с цел получаване на ТЕЛК решение:

„Има деца с епилепсии, но и с измислени епилепсии.“

Общопрактикуващ лекар

От изложението личи, че за всички респонденти децата, които са освидетелствани от ТЕЛК, спадат към групата деца в риск от забавяне на развитието. Освен тях се оформят и други фактори, които поставят детето в риск от трудности в развитието, като например недоносеност, забавено двигателно или говорно развитие, неглижиране в семейната среда, проблеми с привързаността и трудности в общуването на детето с възрастните, езикови бариери поради различна етническа принадлежност на детето, бедност, родители, които са извън страната, и други.

На практика това представлява местната професионална дефиниция за дете в риск от трудности в развитието и факта, че тя се очертава от респондентите е една добра основа за идентифициране на тези деца и анализ на отговора на системите на техните права и потребности. Все още обаче липсва единно разбиране за това кои точно са тези деца и мненията на респондентите силно се различават относно това кои от факторите предпоставят риск. За едни респонденти това са децата с чисто медицински рискове за развитието и тези, които са освидетелствани от ТЕЛК, докато други отчитат в по-голяма степен факторите от семейната среда, които поставят малките деца в риск от забавяне на развитието.

3.2 Услуги за деца с проблеми в развитието и техните семейства

Събиране на данни

Планирането на цялостна система от ефективни и качествени услуги, било то социални, образователни, здравни или интегрирани, следва да се основе на ясни данни за броя и потребностите на целевата група, както и с ясното знание за правата на целевата група. Няма възможност на ниво община да има добро планиране на услугите ако няма надеждни данни за децата, които имат трудности в развитието, както и ако не съществува система за ползването на тези данни. В опита си да разберем с какви данни боравят респондентите ни за броя на деца с увреждания или затруднения в развитието на възраст до 3 години в Пловдив открихме, че специалистите като цяло боравят с различна информация за това кой, как и на какво ниво събира данни за децата с увреждания и проблеми в развитието.

Според представителите на системата за закрила на детето, с тези данни разполагат родилните отделения, защото ако има родено дете с трудности в развитието или увреждания, както и риск от забавяне в развитието, персоналът на болницата следва да уведоми ОЗД по смисъла на Закона за закрила на детето. Според медицинските специалисти в родилните отделения и неонаталогиите, те подават информация за недоносените деца и децата с малформации в РЗИ.

Ако трудностите в развитието се появят на по-късен етап, то според специалистите от системата за закрила, е редно общопрактикуващият лекар или самото семейство да сигнализират ОЗД

или ДАЗД. В същото време, ОПЛ нямат разписан такъв ангажимент. Според респондентите, ако детето е под грижата на детските ясли и градини, сигнал към ОЗД се подава единствено ако детето има поведенчески проблеми, но не и при наличие на другите симптоми за риск от затруднения в развитието.

Представителите на РЗИ потвърдиха, че разполагат с данни за децата, които са освидетелствани и са на възраст до 3 години от Област Пловдив. В доболничната помощ, ОПЛ не предоставят данни за това колко деца с трудности в развитието обслужват месечно/годишно. Не водят такава статистика и не са задължени да я подават на други институции. Данни за освидетелстваните деца до 7 години има и при ОЗД, защото при освидетелстването ТЕЛК изпраща копие до тях.

Прехвърлянето на отговорността към НЗОК от РЗИ относно проследяването на децата след изписването им от родилно отделение е довело до липса на информация за децата, както и неяснота в РЗИ как и дали се работи с тези деца. На този етап всички професионалисти разчитат НЗОК да събира информация от ОПЛ за проследяване развитието на детето и да анализира дали ОПЛ е изпълнил всички операции, разписани по пакета услуги за здравна грижа за малките деца, включително и дали интервенциите на специалистите от социалната система дават ефект върху развитието на детето. Остава въпросът кой проследява децата без ЕГН и ОПЛ – преди РЗИ са ги обхващали с обходи по кварталите, а сега не е ясно кой прави тази теренна работа.

Като цяло в интервютата се избягваше отговора за данните или се твърдеше, че няма такива, което много специалисти разпознават като проблем. Затова и една част от специалистите твърдят, че според тях броят на децата с проблеми в развитието в Пловдив се увеличава, а друга част – че случаите намаляват.

> *„Едва ли някой ще може да ви ги каже от Пловдив – ДСП може да кажат колко са децата с увреждания до 18* г. заради интеграционните добавки. От там могат да ви кажат всички деца с всички увреждания. Трябва да им вадят досиетата и по експертните решения да установят. Такава статистика няма. И ТЕЛК няма да ви ги дадат – нямат единна система. Това е най-големият проблем, че не знаем колко са децата. Ние знаем само за тези деца, които търсят от нас съдействие“.
>
> **Представител на държавна институция**

Социални услуги

В Пловдив се предоставя набор от социални услуги за деца и семейства. Различните видове услуги, които се предлагат на местно ниво в системата от социални услуги са семейно консултиране, обучение, подкрепа и застъпничество (напр. пред НЗОК, РЗИ, детски ясли, детски градини, за общинско жилище), ранна интервенция на увреждането, здравно консултиране и съпътстване при хоспитализация на детето, индивидуална педагогическа подкрепа, директна работа с детето от страна на психолог, социален работник, логопед, рехабилитатор, музикотерапия, игра, сензорна стимулация, подготовка за детска градина или училище, съдействие на кандидат-осиновители, постоянна медицинска грижа. Предлага се и насочване на детето и семейството към други специалисти, например детски невролог. Застъпничество също се предлага в случаите, когато се налага посредничество за намиране на работа, мотивиране на родителите да запишат детето си на училище, развитие на родителски капацитет, работа с приемни семейства, осиновители.

Повечето услуги работят едновременно по няколко направления на дейност. В Общностния център, например, се предлагат програми за семейно консултиране и подкрепа за семейства с деца до 3 г. и от 3-7 г.; ранна интервенция на увреждането; здравна консултация; индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания; застъпничество и посредничество за намиране на работа, мотивация родителите да запишат детето си на училище, оценка на родителски капацитет и др.

Има предлагане на ранна детска интервенция както в някои социални услуги (ЦОП, ДЦ, ЦСРИ и Общностен център), така и в детска клиника с направление може да се ползва рехабилитация и работа с родителите. Предизвикателство за родителите, когато ползват направления от НЗОК остава краткия период на интервенция, определен с направлението. Всички респонденти признават критичната роля на тази интервенция за посрещане на комплексните нужди на изследваната целева група. При представянето на тази мрежа от услуги респондентите очертаха важната роля на ОПЛ да я познават и да насочват семействата към нея. Насочването на децата и семействата към тези услуги става както следва: Общностният център получава насочвания от ОПЛ, от самите родители или от детски психиатър; КСЗУДС работи само с направление от ОЗД; КСУДС и ЦОП работят както с направления от ОЗД, така и със самозаявили се клиенти. Важно е, че някои от услугите могат да работят със самозаявили се клиенти, без направление от ОЗД. Това дава право на доставчика на услугата експедитивно да направи оценка на риска и да планира и предостави нужната интервенция. Когато се чака ОЗД да направи оценка и да даде направление се губи много време и това е неефективно за малките деца. За някои респонденти, родителите често не желаят да получат направление от ОЗД за ползване на социална услуга:

„Като кажеш Отдел за закрила на детето, едни интелигентни родители казват защо трябва да отида до ОЗД, как ще ме оценят…няма да скрия и отношението в Отдела… „Боже колко много работа ми създаваш“… и хората умишлено не ходят там или ходейки те мислят как да отидат на частно или някъде другаде“.

Представител на държавна институция

За респондентите от здравната система услугите, които се предлагат на територията на общината, не са добре познати и това затруднява връзката между здравната и социалната системи. Разчита се само на това ОПЛ или друг здравен специалист да отвори уебстраницата на общината и сам да потърси информация. Липсва обучение или друга форма на запознаване на ОПЛ с типа и спецификите на предлаганите социални и интегрирани услуги.

Според респондентите от системата за закрила на детето в Пловдив, като проблем се определя тенденцията услугите за деца да се преобразуват в услуги за „деца и възрастни“ по указание на МТСП, което води до загуба на спецификата при работа с деца, както и обособяването на специфична среда за работа за деца. Така и НПО променят своята работа. Важен ресурс на системата от услуги са медиаторите (различни от здравните медиатори), които са ключов проводник между общностите и услугите.

Предизвикателство за някои от респондентите в социалните услуги е застъпничеството за общинско жилище. Те говорят за успехи при предоставянето на жилище в критични случаи на родители и деца в риск, което се е случило единствено поради субективния фактор на служителя в тази структура на общината. В същото време респондентите споменават за случаи, в които няма адекватно решение от страна на местната власт и единствено поради жилищните затруднения и липсата на решение се наблюдава разпад на семейството.

Респондентите споделиха, че в работата си следват различни видове указания, методики и правила. КСЗУДС работят както по методика на Министерство на здравеопазването (за грижата на децата в ЦНСТПМГ), така и по методиките на Световна банка, внедрени по проект „Социално включване“. Общностният център също ползва тези методики, докато различните социални услуги използват методически указания в съответствие със спецификата си.
Устойчивостта на услугите беше една от темите, на която респондентите поставиха сериозен акцент. Финансирането на услуги по проекти предизвиква прекъсване на работата, загуба на клиенти и демотивация. От друга страна, някои услуги, които са изградени по проект, имат повече ресурси за заплати от тези, които са делегирани от държавата дейности и това създава неравнопоставеност. В същото време понякога услуги, създадени по проекти, не се продължават и всичко това води до несигурност.

Детски ясли

Професионалистите подчертават развитийната функция на яслата. Често децата идват без никакви навици за самообслужване и без да говорят, както и във възраст, трудна за социализация – около 2 години. Детската ясла изгражда всички тези навици и подготвя децата за детска градина.

> *„Те при нас израстват. Тук идват бебета – на 1 г. и 2 месеца сме имали – и стоят до 3 г. и 9 месеца. Това е един период за децата, който е огромен и иска много усилие във всяко едно отношение – и умствено, и физическо, и отглеждането, поведението. И, от нас също много зависи децата да станат такива, каквито трябва да бъдат.“*
>
> **Персонал на детска ясла**

> *„Дете, което не е ходило на ясла* – коренно различно е в градината. […] Оттук си отиват на всичко научени.“
>
> **Директор на детска ясла**

Единствено при говорното развитие специалистите от детска ясла не успяват да компенсират липсата на родителско внимание и все по-голям процент деца (дават пример с една от последните си групи – 10 от 20 деца) биват изписвани, без да говорят, „при положение, че тук им говорим постоянно, а, вие представяте ли си, ако бяха вкъщи и не бяха ходили на ясла?!“

Детската ясла има и социална функция в услуга на родителите, освен че значително подпомага развитието на децата. Липсата на контакт на специалистите от детска ясла с родителите, преди да запишат детето, се отчита като недостатък на системата за електронен прием. Това е довело до загуба на социални функции на детската ясла:

> „Все пак ние се водим малко като социална услуга и когато искаш да помогнеш на някой родител… Преди, на място се подаваха заявленията и ние решавахме кои деца ще бъдат приети и кои – не. Естествено, имаше си правила. И, гледаш как не може да помогнеш.“
>
> **Директор на детска ясла**

След въвеждането на централизирана система за прием в детските заведения, тази им роля – да предоставят приоритет на кандидатурите на децата след личен контакт с родителите, запознавайки се по-детайлно със ситуацията на семейството, е отпаднала, а същевременно беше споделено, че общината проявява ригидност към включването на деца с трудности в развитието в системата на детските ясли и това е вероятната причина за почти пълната липса на деца с увреждания в детските ясли.

Здравни услуги

За наличието на здравни услуги, мнението на специалистите е, че има добро покритие, защото в областта има 43 заведения за болнична и 2002 заведения за доболнична помощ. Според някои от респондентите, обаче, услугите в здравната система „нямат приоритети да следят развитието на детето“. Като липсващи услуги, респондентите посочиха нуждата от звено за спешно настаняване на деца от родилно отделение без майката. Когато детето е без родител, няма алтернативи за временно отглеждане в община Пловдив. Нужни са и повече мобилни услуги с медицински специалисти.

В неонатологичните отделения към УМБАЛ, наред с другите здравни услуги се предлага кенгуру грижа за недоносени деца и рехабилитация след като стигнат 3 кг. В неонатологичното отделение

на УМБАЛ Пловдив по линия на обща дейност с НПО се работи за превенция на риск от изоставяне, предоставя се рехабилитация и е създадена Семейна стая, в която майките общуват с недоносените деца. В детската клиника към УМБАЛ „Свети Георги“ има създадено звено от координатор и социален работник, които осъществяват връзката с ОЗД и други институции при риск от изоставяне на детето, комуникират с родителите. Медицинските специалисти оценяват тази координационна работа като много полезна, но тя е по проект. Предлага се и психологична помощ в детското отделение, но само за онкологично болни деца. Специалистите в болничната помощ смятат, че голям дефицит на сегашната система е, че немедицинските терапевтични услуги – логопед, психолог, рехабилитатор и други - не се покриват от НЗОК. Някои от услугите се покриват от други центрове чрез общината, но не са толкова регулирани, както са услугите в здравната система. Това води до загуба на връзката между здравни и социални услуги, или ако такава се установи, не е регулирана практика, а инцидентна и свързана с работа по проект.

Като правило ОПЛ не познават и не работят със социалните служби, няма изградена система за такива контакти. В редки случаи, при тежко неглижиране или инцидент с детето, ОПЛ сигнализират органите за закрила на детето.

Мобилни услуги не се предлагат от здравните специалисти в болничната помощ. ОПЛ изпълняват такива услуги в зависимост от тяхната инициатива и мотивация.

> „Със сестрата обикалям района /Шекер махала/ самосиндикално и издирвам деца за ваксинация и с проблеми. Ако трябва и от покрива ще ги сваля, за да ги имунизирам“.
>
> **Общопрактикуващ лекар**

Патронажната грижа и ролята на патронажната сестра се приема като добра практика, съществувала в миналото, но сред специалистите има силно изразен скептицизъм как би могла да се организира този тип грижа днес поради дефицит на медицински сестри в болниците, дефицит на детски сестри, и неясната откъде ще се финансира тази дейност. ОПЛ има ангажимент за едно домашно посещение след като се роди детето, при условие че то е записано при ОПЛ. За да се изпълни това условие, детето трябва да има ЕГН, което се получава по-късно - след 7-я ден от раждането, а има родители, които записват детето в общината много по-късно. Това е административен проблем, но с последствия върху родителите и на практика забавя първия медицински преглед и поради това има новородени деца, които са без ОПЛ. Не беше възможно да получим точна информация колко са тези деца в Пловдив, но някои ОПЛ споменаха, че издирват в районите такива деца.

Всички специалисти признават изключително важната роля на проследяването на бременността с оглед превенцията на бъдещи рискове за детето. Според една част от лекарите, някои от бременните жени имат ниска здравна култура, което е особено изразено в малцинствените общности. Има също бременни жени, отказващи изследвания от лекаря, което създава последващ риск. Общо е впечатлението, че пакетът услуги по НЗОК не е достатъчен и жените с по-високи отговорности, но и с финансови възможности си доплащат за другите изследвания и наблюдения, които не са покрити от НЗОК.

> „Има случаи на пропуски по отношение наблюдение на бременността, което обуславя една част от проблема деца с увреждания; важни изследвания по време на бременността се пропускат от НЗОК“.
>
> **Неонатолог**

Медицинските специалисти се обединяват, че ОПЛ и родителите носят основната отговорност за откриване на проблеми в развитието на детето, освен установените в родилно отделение малформации след раждане. ОПЛ обаче споделят, че не винаги може да се направи добра диагностика на децата поради няколко различни причини. Едната е, че понякога трудно се откриват симптомите: „Има дискретно ДЦП, симптомите могат да не се забележат навреме и се изтърват

дори от добър специалист до 1 г. възраст на детето“. Друг фактор е липсата на време за обстойни прегледи: „Иска повече време от страна на лекарите, а те са претрупани от работа и сведения“; „Голямата бумащина и бюрокрация, това е административен терор върху лекарите“. Личните лекари заемат защитна позиция защо не могат да правят ранна диагностика, а само да насочват към специалисти, каквато роля им е разписана. Има ОПЛ, които прехвърлят отговорността на родителите, които според лекарите трябва да забележат и алармират ОПЛ. Другите специалисти в болничната помощ изказват противоречиви мнения относно ролята на ОПЛ: едни смятат, че ОПЛ нямат нужната квалификация да разпознават симптоми /една част от тях не са педиатри/ и затова трябва да се правят допълнителни обучения. ОПЛ не разполагат и с нужната диагностична апаратура. Обръща се внимание и на необходимостта от генетични тестове, но те трябва да се правят по предназначение, защото са скъпи.

Предложения за подобрение

Респондентите споделиха някои от своите решения на трудностите. Едно от тях беше внедряването на координационен механизъм за работата с едно дете и семейство, който да е работещ и за трите системи – образователна, социална и здравна - и да не е наложен „отгоре“. Много е важно специалистите да си дават сметка за границата на своите възможности и да насочат семейството към място, където подкрепата ще е точна.

Друго решение е да има едно място в здравната система и медицинските структури за ранно идентифициране на затруднения в развитието или диагностициране и от там да става насочването за работа с детето. Този център да прави и цялостнообследване на развитието на детето през целия период на ранното детство.

Друго предложение беше по-активна работа за градене капацитета на родителите, тъй като усетът им за отклоненията в развитието е важен фактор, за да се работи рано и ефективно с детето. Трябва да има механизъм да работи системата, когато родителят не е ангажиран и не прави нужното. Трудно е да се задължи родителят да предприеме някакви действия, но е важно за детето.

Здравната система изглежда много добре обезпечена. Никой от респондентите от тази система не спомена за недостиг на ресурси – дори се говори, че заведенията и здравните услуги са повече от нуждата. Все още обаче липсват специалисти като детски психиатър, невролог, детски гастроентеролог – тесни специалисти, които да работят с тази целева група.

В същото време в социалната система услуги като Общностния център се издържат на проектни начала и това има редица негативи. Има неяснота за бъдещата издръжка на тези услуги. Допуснато е също така заплащането на труда на специалистите по проекти да е по-високо от това на специалистите от делегираните от държавата дейности. Препоръчва се да има яснота кои услуги, след изтичането на проект, ще бъдат предоставяни като държавно-делегирана дейност.

3.3 Работата на професионалистите

Начин на работа с детето и семейството

Всички услуги заявяват, че правят оценка на ситуацията с детето и семейството и изготвят план за работа, в който включват и родителите. Тази оценка се прави от мултидисциплинарен екип, като не се поставя „диагноза“, а по-скоро се таргетират отклоненията от определени норми на развитие. Някои от респондентите споделиха за висока професионална осъзнатост на опасността професионалистът да се „самоовласти и поставя диагнози“.
Общностният център ползва и медиатори, които са изключително важни за работата с общността, защото на тях хората имат доверие и така се прави връзка на нуждаещите се и услугата, особено при наличие на езикови бариери.

Във всички услуги се прави редовен преглед на плана, като някои от тях включват родителите и при междинните прегледи. Всички респонденти от услугите заявиха, че трудно включват ОПЛ в изработването на индивидуалния план. С детски ясли/градини им е по-лесно да постигнат договореност за плана, но по-често работят на принципа „сепариране по единен план“. Не се споменават трудности във включването на други членове на семейството, НПО, училища, инспектори от Детска педагогическа стая при прегледа на плана за работа. Само в КСЗУДС имат стиковка на плана с ОПЛ, но по телефон.

Ако детето е жертва на насилие се прави и обследване на родителския капацитет и това е практика на експертите от КСЗУДС в случаите, в които се изследва потенциала за реинтеграция на дете. Едно от предизвикателствата на екипа на КСЗУДС е работата с деца, които са малтретирани от родителите си в ситуации, в които се планира реинтеграция.

Начинът на работа с детето и семейството има и чисто организационен момент, свързан с комуникацията между различните страни, въвлечени в оказването на подкрепа. Методиката на ОЗД позволява да не бъде отварян случай когато родителите на дете с увреждане полагат адекватна грижа – търсят специалисти и извършват необходимите консултации и терапии. Тогава само ги насочват към социални или социално-здравни услуги. От доставчика на тези услуги ОЗД следва да получава редовна документация и информация относно развитието на детето, а също и за работата със семейството. Наблюденията на ОЗД са, че родителите често биват обучавани как да се грижат за децата в домашна среда, а не само в социалната услуга. В тези случаи, нещата зависят от доставчика и от неговите ресурси, желание и капацитет да работи с детето и семейството. Според ОЗД, липсата на отваряне на случай при работа с дете с увреждане не е проблем, защото доставчикът работи дълго време с детето и семейството, учи родителите и в домашна среда, а отдела получава редовна информация за напредъка и при детето, и при семейството.

Според някои от доставчиците, издаването на направление без да се отваря случай не е ефективно от гледна точка на взаимодействието и ако системата позволява родителите да се самозаявят като клиенти, те смятат, че това ще е една добра алтернатива, когато не се работи по случай с тях от страна на ОЗД. Незадължителното прилагане на методиката е пречка за добрата координация. От друга страна, според ОЗД, липсва възможност за отваряне на случай за всеки сигнал поради претовареността на социалните работници в отдела. Те имат значителен обем работа с медиите, със съда (по бракоразводни дела) и с детските градини и училища, които при пет неизвинени отсъствия на дете ги викат за педагогически съвети.

„„Не могат да се поемат нещата. Ние реагираме своевременно на сигнали за закрила, но другите задължения и отговорности, които ни се вменяват, са непоносими.“.

Представител на държавна институция

За разлика от професионалистите в услугите, медицинските специалисти, експертите и персоналът от детските ясли пречупват през различни призми индивидуалния подход на работа с детето в съответствие със степента, в която той би могъл да ориентира дейността им. Понятието за индивидуален подход в някои случаи се асоциира с обективна липса на възможности за такъв.

Лекарите-неонатолози консултират родителите на недоносени деца за наличните пътища на лечение, рехабилитация и грижа при изписването от отделението и дават индивидуален план за изследвания по месеци, но спазването му зависи изцяло от родителите и нерядко не се спазва. Лекарите, обаче, не виждат механизъм за въздействие от своя страна.

Индивидуалното внимание към пациента за ОПЛ е въпрос на труден баланс между времето, с което той разполага за преглед и документалната работа във връзка с отчитането пред НЗОК, която е в голям обем. Общопрактикуващите лекари споделят, че времето за преглед е ограничено от многото бумащина и признават, че в тези условия, работата с деца с проблеми в развитието им коства свръхусилия.

Участниците във фокус групите в детските ясли разказаха, че индивидуалните изисквания на родителите понякога влизат в противоречие с характера на тяхната работа. Индивидуалната ситуация на детето се отчита при проблеми в семейството – тогава персоналът наблюдава реакциите и промените в поведението и емоционалното състояние на детето и проявява стремеж да компенсира дефицитите, които се създават от семейната среда.

Трудности, с които се сблъскват професионалистите

По отношение на трудностите, с които респондентите от доставчиците на услуги се сблъскват, споделено беше мнението, че липсват достатъчно обучения и супервизия за екипите. В Общностния център, например, средствата са недостатъчни, тъй като услугата все още се издържа по проект, а в КСЗУДС размерът на държавно делегирания бюджет не позволява да се осигури външна супервизия и такава се предоставя на непостоянен принцип. Като цяло, сериозен акцент бе поставен на недостатъчната издръжка на социалните услуги от държавата. Това налага услугите да разчитат на дарения, включително и за базови продукти, като например адаптирано мляко за бебета.

Трудности в работата произтичат и от това, че за някои специфични групи ползватели на социални услуги, не винаги може да се предостави опция за грижа. Например, за родителите с увреждания няма никакви услуги за заместваща грижа и тези хора се сблъскват с дискриминационно и неуважително отношение. Децата на тези родители често биват настанени в приемна грижа, в много случаи далеч от Пловдив и това прекъсва връзката с детето.

> „Не е за първи път, когато майката има проблем и трябва да отиде да се лекува, и се оказва, че не може да си осигури грижа за бебето. Липсва палитра за алтернативни грижи – краткосрочни, заместваща грижа“.
>
> **Професионалист в социална услуга**

Самотните майки и непълнолетните майки разчитат на много ниски финансови помощи от държавата, които са недостатъчни да водят самостоятелен живот.

За постигането на цялостно обследване на дете със затруднения в развитието, някои респонденти препоръчват задължително да се прилага подходът „работа по случай“, който да гарантира системна работа за дълъг период от време. При липса на подобен капацитет за системна работа, цялостна специализирана оценка и мобилизиране на набор от услуги за работа както с детето, така и със семейството и дори разширеното семейство и средата на детето, не може да се постигне качество на цялостната подкрепа в развитието на децата.

От своя страна, социалните служби изтъкват високото натоварване като трудност, с която се сблъскват – многото случаи, които се падат на един социален работник. В ОЗД често имат 50-60 отворени случая без сигнал и доклади, а следва тези отворени случаи да бъдат не повече от десет. Поради натоварването, както и поради ниското заплащане на труда, има текучество на служителите. Кадри има, но те не избират социалната сфера. Това води до допускане в системата на хора без нужната квалификация.

Една от сериозните трудности за професионалистите е работата с незаинтересовани родители, както и с такива, които не искат да чуят мнението на експерта. Особено трудни са случаите на разделящи се родители. В тези случаи има очаквания и натиск върху ОЗД, свързани с докладите към съда, а родителите се концентрират върху себе си и своя интерес, и не поставят детето в центъра.

Насочването от ОПЛ на дете към системата на социална закрила и социални услуги бе оценено като недостатъчно. Това се дължи на факта, че ОПЛ не познават наличните услуги, а липсва и инициативност от тяхна страна. При добро обучение, ОПЛ могат да предоставят

ценна подкрепа в развитието на капацитета на родителите, в ранната диагностика на проблемите при децата, както и в тяхното насочване към немедицински услуги. При проверка на ДАЗД, например, станало ясно, че случаи на зависимости и непълнолетни бременни не се подават като сигнали към ОЗД, което е сериозен пропуск, а социалните работници често не срещат уважително и партньорско отношение от ОПЛ.

Като трудност в работата си, медицинските специалисти изтъкват ниската здравна култура на част от семействата, която е причина за непроследени бременности и усложнения при детето, които е можело да бъдат избегнати. В този кръг от проблеми също е слабата интеграция на родителите от ромската общност, които не говорят български и се налага лекарите да търсят посредник, за да могат да общуват с тях.

Понякога организирането на системата на здравеопазването принуждава лекарите да влизат в несвойствени роли:

> „Аз съм и психолог, у нас няма кой една дума да каже на жена, която ражда мъртво дете; няма подкрепа за такива жени."
>
> **Медицински специалист**

В детските ясли, които бяха посетени, в миналото е имало деца от ромски произход, но понастоящем те посещават ясла в близост до техния квартал, което очерта сегрегация по етнос в институциите за ранна детска грижа. В социалните услуги, напротив, често се работи с деца и родители от ромския етнос, особено в Общностния център. Там проблемът с езиковата бариера е решен чрез медиатори от общността, които свързват специалистите от услугите с нуждаещите се от подкрепа семейства. Специалистите признават, че без тях и без мобилна услуга, която да работи проактивно със семействата, не биха обхванали много деца, родени с проблеми или изоставащи поради социалната си среда, които поради културни специфики биват изолирани от външния свят, а същевременно семейството няма ресурс да се справи само.

За медицинските специалисти в неонатологичните отделения тема, предизвикваща сериозни притеснения е изоставянето на новородени и начинът им на действие в тези ситуации. Споделени бяха както случаи на успешна превенция на изоставянето, в които семейството е поело грижата за детето (понякога за учудване на лекарите!), така и драстични случаи на родителска отчужденост. Изоставянето на новородени не бе свързано със социално-икономически или малцинствен статус на родителите. По-определяща, според лекарите, е поставената диагноза и свързаната с нея нужда от грижа.

Респондентите от медицинската сфера често проблематизираха липсата на регулирани връзки вътре в системата на здравеопазването. Според ОПЛ, липсва регламентиран поток на информацията от проведени изследвания, лечения и други между тях самите и болничната помощ. ОПЛ не получават обратна връзка какво се е случило с пациента след като са го насочили към друг специалист/ болница. Общуването и взаимодействието със специалистите от социалната и образователната системи, медицинските специалисти от болничните заведения осъществяват чрез посредничеството на социални работници, често наети при тях по проект, което не очертава системата като устойчива.

Друга голяма тема, която касае трудностите в работата на всички участници в изследването е липсата на персонал на всички нива. В неонатологиите начинът на финансиране на специализациите чрез средства, отчислени от работата по клинични пътеки, е причина да се разкриват малко на брой специализации по неонатология, тъй като от тези средства се покриват и заплатите на вече работещите в отделението.

Позициите в социалните услуги са неатрактивни поради ниското заплащане, което дори е символично спрямо натовареността на труда. Същият проблем съществува и с медицинските сестри.

„Няма медицински сестри, които да работят за 640 лв. тази работа, която е с висока отговорност и риск. Вечер една сестра е отговорна за 16 деца и е сама в цялата сграда“.

Професионалист в социална услуга

Не само ниското заплащане е проблем, но и подценяването на техния социален статус. Например, към тях се проявява лошо отношение, когато са придружители на деца от ЦНСТ в болнични заведения:

„Няма легло, стол, викат, неучтиви са и всичко това в присъствието на детето. Те си взимат пътеките, а грижата е само от нас“.

Медицинска сестра

Проблем с възпроизводството на персонала – медицински и педагогически – се потвърди и в детските ясли, където дори и към момента съществува недостиг, който се замаскира като се оставят на работа пенсионирани колеги. От една страна, се наблюдава отлив на педагогически персонал от детските ясли към детските градини, където заплащането и условията на труд са по-добри, а от друга страна – професията не е атрактивна и за медицинските сестри, които се ориентират към медицинските заведения, в които имат поле за развитие, както и по-добро заплащане.

Предложенията как да бъде избегнат очертаващия се бъдещ остър недостиг на персонал в детските ясли, визираха промяна в изискванията за квалификация или преустройство на системата на детските ясли. Тъй като професията ‘сестра в ясла’ е неатрактивна за завършващите медицинско образование, грижата в яслите би могла да се повери на квалифицирани детегледачи, а медицинска сестра да супервизира тяхната работа. Друг вариант е преминаването към цялостно различен модел на яслена грижа под шапката на МОН и системата от детски градини. Финансово стимулиране също бе предложено, както и субсидиране на обучението за медицински сестри, които ще работят в детска ясла.

Обучения на персонала в детските ясли не се предоставят, но липсата им не бе отчетена като необходимост. По отношение на необходимостта от подкрепа при работата с деца, които имат трудности и която да бъде оказана от специалисти (психолози, логопеди, др.) бяха изказани противоположни мнения. От една страна, нуждата от консултиране във връзка с проблем при детето се разглежда като „проблем на родителя“ и поради тази нагласа се наблюдава известно капсулиране към външна намеса, която освен това би променила и изградените режими и стилове на работа. От друга страна, имаше предложение да се въведат скрининги за установяване на проблеми при децата в детска ясла, които да се извършват от поканени специалисти, по подобие на практиката в детските градини.

Като трудност в една от яслите беше посочен проблемът с условията на труд –недостатъчността на персонала, както и остарялата материална база с липса на пространство както за персонала, така и за децата:

„Големите затруднения идват от високата бройка деца. За да има европейски изисквания от родителите и от обществото спрямо нас трябва да се направи нещо – да има и тези стандарти на гледане на деца. Стандартът е много завишен.“

Фокус група в детска ясла

3.4 Общуването и работата с родителите

Изграждането на доверителни връзки в общуването между професионалистите и семействата е в основата на успешното развитие на детето. Общуването, основано на партньорски отношения с родителите и семействата е ключов аспект в работата на професионалистите с децата с увреждания и проблеми в развитието с оглед осигуряване на по-добра закрила и възможности за развитие на тези деца. Преди всичко родителите и семейството отговарят за развитието и осигуряването на по-добър живот за своите деца с проблеми, но тези родители се нуждаят в много по-голяма степен от подкрепата и компетентната помощ на професионалистите. Как професионалистите от доболничната и болничната помощ, както и специалистите от социалните услуги и персоналът в детските ясли общуват с родителите, какъв е опитът, който споделят, какви добри практики коментират, с какви проблеми и трудности се срещат в ежедневните си практики – тези въпроси и отговори ще бъдат представени в този раздел.

Гледната точка на медицинските специалисти

Работата на медицинските специалисти в родилните отделения включва непрекъснато общуване с майката. Медицинските специалисти имат възможност да информират и обучат родителите как да обгрижват специфичните нужди на бебето, да преведат специфичните медицински термини на достъпен език и така да се изгради доверие между лекуващите лекари и близките на бебето. На места се практикуват подходи за стимулиране на контакта между майката и бебето, например кенгуру грижата. Този здравословен подход, известен още като контакт „кожа до кожа“, който запазва близостта на бебето до майката, „помага на недоносените деца много по-бързо да излязат от критичното състояние – от кувьоза да бъдат изведени на термо легло, а след това изписани вкъщи“, както сподели в интервю един от неонатолозите.

В двете университетски болници – УМБАЛ „Пловдив“ и УМБАЛ „Свети Георги“ има психолози, които подпомагат лекарите и медицинския персонал в общуването с майките. Комуникацията с родителите на деца с увреждания е много трудна за лекарите, защото изисква специален подход, търпеливост, съпричастност.

„Родителите преминават през различни фази: отричане, депресия, взимане на нещата в свои ръце, но не всички родители стигат до третата фаза.“

Медицински специалист

В УМБАЛ „Свети Георги“ по проект работят двама социални работници, които осъществяват връзката между отделенията и органите за закрила на детето – общината и ОЗД в случаи на риск от изоставяне или настаняване в социално заведение. В интервюто социалният работник-координатор на ЗКЦ в болницата споделя, че много често след съобщението за диагнозата на детето майката изпада в депресия. В проведените интервюта лекарите в детското отделение и неонатологията оценяват координационната работа на социалните работници като изключително необходима. Те споделят, че биха искали да има повече психолози в болниците, за да не влизат те в ролята на психолози. В същото време лекарите изразяват скептицизъм, че това може да се случи в близко бъдеще.

Медицинските специалисти разделят родителите на два типа. Едните са интересуващите се и сътрудничещи на специалистите родители. Особено внимание медицинските специалисти отделят на пациентските организации, в които се организират родители на деца по видове заболявания. Специалистите виждат в тях огромен ресурс, чрез който родителите със сходен опит и интереси се обединяват, оказват взаимна психологическа, социална и материална помощ, както и сътрудничат със съответните специалисти. Като пример за активна организация посочват Фондация „Нашите недоносени деца“, която активно лобира пред различни институции, събира статистика и сътрудничи в дейностите на неонатологични отделения, в грижата за недоносените в извънболничната помощ, в домашни условия и др.

Вторият тип родители според медицинските специалисти са незаинтересованите и неглижиращите грижите за децата родители. С тях професионалистите работят много трудно:

„Всички проблеми на нас, педиатрите, идват от родителите.“

Медицински специалист

Сериозен проблем е ниската здравна култура на част от родителите, които могат да игнорират и съветите на лекаря. Една част от този тип се срещат както сред интелигентните родители, така и сред малцинствените етноси. „Повечето се грижат за децата си, но не искат да се интегрират“ е най-често изразеното от специалистите отношение към родителите от малцинствата. Лекарите изпитват трудности в това, че трудно комуникират с родителите от ромския етнос, които не знаят български език.

Някои лекари споделят и за трудната комуникация със свръхинформирани и всезнаещи родители, които четат много, вкл. и по Интернет и дават насоки на лекаря какви изследвания и какво лечение да се предприема, като по този начин игнорират мнението на професионалиста.

Неонатолози описват случаи на неглижиране, когато бебето е в болницата, а майката е навън и го посещава рядко, а след това се издирва с полиция да дойде и да го прибере за изписване. По наблюденията на медицинския персонал, много от децата с увреждания биват изоставяни в родилния дом. Тъжно е да се чуе изводът на медицински специалист, че в нашата страна „системата не помага, трябва родителите сами да си помогнат“. Познавайки добре трудностите, през които минават родителите, друг медицински специалист заключава: „Да гледаш дете с увреждане – да пази Господ! Защото е носене на огромна тежест!“

Някои специалисти отбелязват, че има случаи, когато сривът на родителите с дете с тежко увреждане е огромен, заболяването е тежко и с неблагоприятна прогноза, което поставя пред изпитание и риск от разпад на семейството. Родителите минават през различни етапи докато осъзнаят и приемат, че детето им е различно и има трудности в развитието, и подкрепата на психолог в този период би била ценна за много от тях. За съжаление, ресурс за това в много случаи не е налице в болничните заведения.

Друг проблем, на който медицинските специалисти обръщат внимание, е разминаването в гледните точки и критериите на лекари и социални работници при оценка на родителския капацитет.

Гледната точка на професионалистите в социалните услуги

Работата на професионалистите в социалните услуги задължително е насочена към общуване и обучение на родителите. Достъпът на родителите до услугите става най-вече чрез направление от ОЗД, но на някои места, където е възможно, родителите сами намират услугата.

Всички услуги демонстрират активна позиция, чувствителност и механизъм да изследват притесненията, приоритетите и ресурсите на семействата. Специалистите правят оценка на ситуацията с детето и семейството и изготвят план за работа, в който включват и родителите. Обратната връзка от родителите специалистите получават при контакта с тях. Когато няма текучество на потребители на услугата, т.е. родителите не напускат услугата в търсене на нова, това е индикатор, че са удовлетворени.

Според специалистите, родителите често не осъзнават, че детето им има трудности в развитието или не приемат, че детето има проблем. Понякога родителите посочват една трудност, а специалистите улавят друг проблем. Понякога на пръв поглед изглежда, че родителите са приели увреждането, но после се разбира, че все още не са го приели, което е огромно поле за работа на специалистите. Има и родители, които търсят социалната услуга с желанието да им се отрече поставената диагноза на детето. Много чести са случаите, в които проблемът на детето до 3 годишна възраст се неглижира от родителите, с идеята, че още е малко и „ще го израсте“. Не се осъзнава, че забавянето може да има необратими последствия.

В другата част на спектъра са нереалистичните очаквания на родителите за напредъка в развитието на детето. Някои от тях оставят детето в услугата, без да стигнат до разбирането, че без тяхното сътрудничество трудно ще се стигне до желания резултат.

Основните ресурси, на които разчитат професионалистите в работата със семействата, са на първо място свързани със самите родители и тяхната любов към детето, както и желанието и мотивацията им за промяна и за придобиване на нови знания. Добре е да се инвестира в знания на родителите за детското развитие и неговите етапи. Уменията за дисциплинираност и ангажираност със задачите, които им дават професионалистите, са много важен ресурс. Много важна е и подкрепата на разширеното семейство (баба, дядо), както и привличането на бащите.

Някои от респондентите отбелязаха липсата на системен подход в работата на специалистите в някои от социалните услуги. Очерта се липсата на системен подход в работата със семейството:

„Има работа с родителите, но тя е несистемна. Системна е, когато ти си оценил потребността на родителя да бъде подкрепен, да бъдат развити неговите възможности в посока на това той адекватно да посреща нуждите на детето. Целенасочената работа е да се следи семейната динамика, отношенията между самите родители, за да има подходяща среда за детето. Много често грижата за такова дете създава дискомфорт, дисбаланс във взаимоотношенията между родителите. *Поради това не се следи семейната динамика и не се насърчава пълния потенциал на семейството“.*

Представител на държавна институция

Гледната точка на специалистите в детските ясли

Специалистите, работещи с децата в детските ясли, разискват темата за общуването с родителите най-вече през призмата на липса на ресурси и дефицити на семейството. Позитивните, силните страни на семейството, с които персоналът може да работи и да надгражда в средата на детската ясла, отсъстваха в проведените групови разговори, освен споделената обща констатация, че, „когато с детето се работи вкъщи – това личи от километри“. Отчитането от персонала на родителските притеснения и приоритети бе дискутирано от гледна точка на поставянето на прекалено завишени изисквания от страна на някои родители, които колективната форма за отглеждане на деца в детска ясла няма как да удовлетвори, и това бе посочвано като една от причините за непостигане на сътрудничество с родителите.

Мнението на родителите се взема предвид най-вече при проблеми със здравословното състояние на детето, например какво лекарство да се даде при висока температура. Детските специалисти очакват родителите да приоритизират изискванията на детската ясла в полза на по-успешното адаптиране на детето към колективната форма на грижа.

Специалистите възприемат детската ясла като място, където децата могат да получат в повече това, от което са лишени в семействата. “Опитваме се да компенсираме“, споделят те. Говорят и за една част от семействата, в които се наблюдават дефицити - разделени родители, родители в конфликт, изоставени от двамата родители деца, деца, отглеждани от баби и дядовци, вкл. и случаи на малтретирани деца.

В общуването и работата с родителите специалистите от детските ясли обръщат внимание основно на трудностите, които се обясняват най-вече с поколенческа промяна у родителите и децата. Всеобщо споделено е критичното отношение към родителите и методите на тяхното възпитание. Родителите са обвинявани в това, че не приучават децата към самостоятелност и в неглижиране на тяхното интелектуално, емоционално и социално развитие. Телевизията, таблетите, телефоните заместват общуването с родителя, с което детските специалисти обясняват трудното проговаряне на децата, тяхната затвореност и липса на концентрация. Децата, с които родителите работят вкъщи, си личат – те бързо се включват в заниманията на яслата и им е интересно; но има деца, които не могат да седят на едно място и да си фокусират вниманието.

Незаинтересоваността на днешните родители от децата се изразява и в отношението им към ежедневието на децата им в яслата и към работата на персонала:

„Някой път само се отваря [вратата] – бута се детето и се затваря вратата. Няма думи, не може да разберем кой е.“
„Ти му обясняваш, че детето не е в състояние да остане да преспи вътре в детското заведение – той – бащата – ми казва: „Аз утре съм на работа и не ме интересува!“ Това не е отговор на родител!“

Специалисти в детска ясла

По-често срещаната стратегия за общуване с родителите от страна на специалистите в детската ясла е премълчаването на проблема с детето, нежеланието им за споделяне. По-рядко си позволяват да отправят коментари към родителите.

„Аз на всички [от персонала] казвам: „Няма да казвате на родителите! – защото – получава се точно обратния ефект – „Вие обявявате детето ми за ненормално! То си е напълно нормално!“ Разбирате ли – излизаме лошия вестител. Не че майката не го знае това – тя не може да не прави сравнение с другите деца. От личен опит, всеки ще ви каже – опитвали сме се да казваме на родителите – приемат го на нож.“

Специалист в детска ясла

Друга трудност в работата на персонала в детските ясли е липсата на споделени критерии за грижа за децата между тях и родителите. Посочен бе трудният синхрон при изграждането на навиците за самообслужване на детето – свалянето на памперса, храненето с обща храна, вместо с адаптирани млека, което отлага развитието на способността на детето да дъвче, да пие от чаша и да седи на стол докато се храни. Според специалистите, децата масово си тръгват от яслата с памперс и без да са проговорили. Коренът на проблема отново се вижда в незаинтересоваността на родителите: „Не желаят да си развалят спокойствието“. Друга причина за липсата на навременно за възрастта развитие на говорните и социалните умения при децата те виждат в липсата на внимание и контакт с родителя.

Според специалистите ‘трудни деца’ произвежда и прекалено либералното възпитание от страна на родителите и отказът от санкциониране на неприемливо поведение. В основата е поколенческата промяна в родителските стилове, която е довела до промяна и при децата.

Една от стратегиите за общуване с родителите е недопускането им до занималните на децата. Темата се асоциира с контрол от страна на родителя върху работата на персонала, а не с кооперираща включване в ежедневието на децата съвместно с персонала. Много отстоявана е позицията, че допускането на родители в яслата, дори на тържества, не трябва се прави, защото „се разстройват децата“. Това също е поколенческа промяна: „Когато започнах работа – 1980-та година – всички тържества бяха с родителите.“ (Директор)

Има и позитивни примери на родителско отношение, които посочват детските специалисти – мили думи към персонала, събиране на пари по собствена инициатива, за да се купи нещо за яслата. Но като цяло преобладават примерите за подценяване, липса на кооперативност, критики и обвинения и липса на благодарност от страна на родителите.

В нито една от дискусиите в детските ясли не се постави въпроса за необходимост от допълнителни умения на персонала за общуване и работа с родителите.

3.5 Координация и взаимодействие между системите

Гледната точка на специалистите от социалните услуги

Респондентите ни дадоха немалко примери на добро партньорство и взаимодействие между различните системи. Професионалистите от Общностния център например посочват, че като общинска структура им е лесно да общуват с други структури на общината. С КСУДС и ЗМБ работят добре, както и с екипа по приемна грижа във връзка с работата с кандидат-приемни родители. КСЗУДС също реферират към общинските и държавни структури като към партньори, с които работят добре – с ОЗД имат бърза комуникация при нужда да се вземат спешни мерки, становища; с ДСП, с която споделят и обща сграда „намират адекватна подкрепа и са добри партньори“; с Министерство на правосъдието имат директна връзка, тъй като имат много деца в процедура за международно осиновяване.

Наблюдават се и различни предизвикателства по отношение на взаимодействието със системите. За КСЗУДС, например, труден е опитът им за осигуряване на образование на част от децата. Те посещават само една детска градина - „Елица“, където има медицинска сестра, която наблюдава децата. Признават, че останалите детски градини в града отказват да приемат техните деца, защото натоварват учителите и им е необходим помощен персонал, какъвто те нямат. Като най-проблематични определят взаимоотношенията си с болниците, които не приемат деца от тяхната институция без придружител и същевременно към него се отнасят силно пренебрежително. От другия комплекс, КСУДС, беше споменато, че ЦНСТ-та не са отворени да ползват външни услуги и специалисти в полза на децата и тяхното развитие.

С други услуги, управлявани от НПО, някои от респондентите определят отношенията си като неразвити, защото са възприемани като техни конкуренти. С болниците им се налага да работят, но никой не определя отношенията с тях като партньорски. В лицето на ДАЗД специалистите от социалните услуги виждат само контролен орган.

Гледната точка на експертите от институциите

Като проблеми в координацията между системите респондентите от тази група очертаха капсулирането на секторите здравеопазване и социални дейности, които работят отделно един от друг. Според експертите, на преден план излиза субективният фактор – ролята на ръководителя на всяка услуга за постигането на координация и сътрудничество:

„Това зависи от ръководителя на услугата. Ако той е креативен, ако търси контакти с другите услуги, ако си промотира услугите и търси другите сфери да си помагат за определени казуси… това е на лична инициатива.“

Представител на държавна институция

Важна предпоставка да се случва институционалното сътрудничество представлява наличието на диалог между специалистите от различни сектори по един случай. Даден бе конкретен пример за добра практика: случай на недохранено дете, настанено в Детската клиника към УМБАЛ „Св. Георги“, при който са се ангажирали няколко страни – ОЗД, общината, полицията, социална услуга. Друг добър пример в това отношение беше даден за сътрудничеството между Пловдивски университет и общината. Между двете страни тече обмен на кадри, информация, инициативи и други.

Бяха посочени примери за споразумения, които уреждат прозрачно и ясно ангажиментите в постигането на обща цел. Кампания на РЗИ през 2017 г. успяла да мобилизира всички ресурси за постигане на пълен обхват на децата за борба с морбили. Тогава общинската администрация срещнала трудност с достигане до надеждна информация от личните лекари на децата до 3-годишна възраст, които не са ваксинирани. Причина за тази трудност от страна на лекарите била липсата на време и възможност.

„Ами, като ми казаха, един от личните лекари в Столипиново имал по списък 10 000 пациента – ясно е, че този лекар само си ги записва, как ще ги познава. […] Ако им е част от задълженията, Здравната каса да им плати на края на месеца сумата за обслужени пациенти, може би ще се трогнат, ще подават сигнали и ще участват активно в решението на определени казуси“.

Представител на държавна институция

Като цяло, експертите са единодушни, че механизмите за партньорство с ОПЛ не работят добре. Личните лекари не комуникират с ОЗД, а когато социален работник отива в техния кабинет, получава отказ да бъде приет и лекарят не желае да се ангажира с категорична позиция по конкретен случай. Преди време, РЗИ организирало среща с ОПЛ, за да ги информира за ролята на ОЗД, на която дошли пет човека: „Те не се смятат за орган по закрила и не подават информация за малолетни родилки, нито за насилие“. Всеобщо е мнението, че личните лекари не познават социалните услуги, а е важно да има инициатива от самите тях: „стига някой да позвъни и да попита какви са услугите; има ги на сайта на Общината, както и в ОЗД – винаги може да се поиска информация.“

ДАЗД получават сигнали за малолетни и непълнолетни майки от родилните отделения, но личните лекари са „пробойна“: „за тях въобще няма значение какво се случва с детето и семейството след раждането – те си вършат чисто медицинската дейност“ и неглижират случаи, в които трябва да подадат сигнал. Позитивна промяна се забелязва в това, че ОПЛ вече по-често подават сигнали за непоставени ваксини. В опит да преодолеят тези трудности, ДАЗД са разработили практически насоки за педиатрите как да се свързват с тяхната институция.

Пак според експертите, проблем представлява факта, че детските ясли не са готови да работят с деца с проблеми в развитието. Те ги връщат и казват, че „детето не е готово за тях“, което показва липса на готовност те да се променят спрямо децата.

Гледната точка на здравните специалисти

От гледна точка на ОПЛ, връзките между институциите не винаги са регламентирани и затова са разпокъсани. Беше даден пример как ОПЛ по своя инициатива обхожда района си и търси пациенти за поставяне на ваксини, като също на добра воля поддържа собствена мрежа от контакти със социалните служби и НПО, които познава и към които се обръща за съдействие.

Към органите от системата за закрила на детето (ДАЗД, ОЗД) медицинските специалисти от болничната и доболничната помощ се обръщат само в крайни случаи (насилие, риск за изоставяне), за което отново посочват, че няма точно установени и регламентирани правила. Много често контактите се инициират на лична основа. Посочват се и пропуски – например, при проблем с родител, който отказвал лечение на дете, лекар потърсил съдействие от орган по закрила на детето, но никой не се обадил в почивните дни.

Добри примери на работещо взаимодействие между сферата на здравеопазването и социалната сфера са социалните работници в неонатологичните отделения, които играят координираща и консултативна роля при контактите между децата, техните родители и социалните служби. Медицинските специалисти смятат за абсолютно необходимо наличието на такова звено и нуждата от такива специалисти, но нямат сигурност в неговото трайно функциониране, поради финансови причини.

Медицинските специалисти отбелязват активната роля на НПО, в частност Фондация „За Нашите Деца“, Фондация „Нашите недоносени деца“, Асоциация на децата с диабет, Асоциация на децата с редки заболявания и др., с които работят съвместно по проекти. В тяхната активност и заинтересованост виждат бъдещото развитие на услугите за тези деца.

Бяха дадени примери за липса на координация и взаимодействие вътре системата на здравеопазването. Специалистите от неонатологични отделения споделят, че след изписване на недоносено дете, няма механизъм за проследяване на развитието му, тъй като не се поддържат контакти с личните лекари.

Решение на проблема с разпокъсаните връзки между специалистите вътре в системата на здравеопазването се вижда от някои специалисти във въвеждането на електронни досиета на пациентите. Бяха дадени и примери за инициативи вътре в системата на здравеопазване, които целят да преодолеят координационните проблеми, без това да е изискано или регламентирано, като например създаването на методично ръководство за ОПЛ относно изоставането в растежа, което да им послужи да извършват насочване към детски ендокринолог.

Гледната точка на персонала от детските ясли

Професионалистите от детските ясли описват партньорски отношения с детските градини, които уважават тяхната работа. Работни срещи вътре в колегията имат един-два пъти годишно. Като партньорски се определят и работните отношения с общината, до която се допитват когато имат проблем. Имали са и срещи с ръководството си в общината, на които обсъждат проблеми в работата си – например, недостига на персонал. Добавят, обаче, че решенията на проблемите си зависят от тях самите.

Със системата за закрила на детето (особено ДАЗД) всички ясли имаха минал опит във връзка с приемане на деца по социални критерии, най-вече от ромски произход. Описват отношенията си като партньорски, но в конкретни случаи, когато силно подозирали малтретиране на дете или насилие над майката, не се решили да сигнализират, поради страх от отмъщение от страна на насилника, което говори за известно недоверие в капацитета на институцията да реши проблема.

Като цяло, яслите се посещават от много малко деца с увреждания и проблеми в развитието (тъй като според тях, „майките предпочитат да си ги гледат вкъщи“). Беше даден пример за възпрепятстване от страна на общината на приемането на такова дете (примерът е описан и в по-горната секция, на сляпо момиченце), но след личен разговор с директорката на яслата, детето било прието. Беше споделено обаче и мнение, че деца с диагностицирани заболявания би било по-подходящо да не са в масовите групи в детските заведения, а да посещават специализирани такива. Такива нагласи са притеснителни от гледна точка на усилията за приобщаването на децата с увреждания и трудности в развитието.

Контактите с ОПЛ се определят амбивалентно от страна на персонала на яслите – понякога, когато се налагало да се обаждат на личен лекар във връзка с ваксини или за медицински бележки при отсъствие на дете, се натъквали на грубо отношение. Освен това, според тях ОПЛ не желаят да бъдат в ролята на „лош вестител“ и умишлено не отразяват точно състоянието на детето в здравния му картон, за да запазят добри взаимоотношения с родителите, които биха счели, че „това не е достойно за детето им“. Това натоварва персонала на яслата, тъй като той пръв трябва да обърне внимание на родителя, че детето му може да има проблем в развитието, а няма достатъчен авторитет пред родителя, за да го направи.

В една от яслите имаха контакти с ЦОП, посещаван от тяхно дете, към който сами бяха насочили майката. Определяха работа му като положителна, но смятаха, че майката не е достатъчно подготвена или мотивирана, за да продължава работата с детето вкъщи и това не е достатъчно за прогреса на детето.

Механизми за координация и сътрудничество

Всички респонденти дадоха примери за работещи механизми на сътрудничество, основани на субективни фактори – лична мотивация и познанства. За постигане на работеща координация, важна предпоставка е хората да работят не заради личността на дадена позиция, а заради потенциала и работната задача на институцията:

> *„Често системата се гради на името на някой. В жилфонд има една служителка… и ние търсим само нея! Ако жената напусне,* няма да има добра връзка. В РЗИ е някой друг. …За система е важно да не се разчита само на личността, а на институцията“.
>
> **Специалист в социална услуга**

Когато системата е основана на добра воля, пречка за ефективното сътрудничество е всичко, свързано със субективния фактор – ниската мотивация за контакти извън собствената сфера, не на последно място поради ниско заплащане, лоша организация на работата и голямо натоварване. Фактът, че липсва система на взаимодействие, се показва и от това, че специалистите с частна практика нямат никаква координация и сътрудничество със специалистите от безплатните услуги. Мнението на професионалистите от услугите е, че все още няма механизъм, който да мотивира колегите от други институции да работят в партньорство по един случай. Подчертават, че е важно този механизъм да бъде договорен, а не да е спуснат „насилствено“.

От само себе си се налага въпросът как би могло да се премине от взаимодействие, основано на лични контакти към институционализиран механизъм за сътрудничество между специалистите и организациите от трите системи – здравна, социална и образователна. Самите респонденти имаха предложения в посока изграждането на механизми за сътрудничество.

По отношение на взаимодействието си с болничните заведения, специалистите от социалните услуги предлагат да се замени „единия лист“, който получават от болничните заведения, с механизъм за редовни срещи, на които да бъдат обсъдени положението и плана за действие с детето и семейството. Според тях трябва да се помисли за начин лекарите да останат ангажирани и след изчерпването на клиничната пътека, тъй като в момента след нейното изтичане родителите са оставени без подкрепа. Вместо това, би могло при изписване от болничното заведение родителите и децата да бъдат насочвани към социалните и интегрирани услуги и лекарите да поддържат комуникация с тях. За специалистите от услугите е особено важно на ОПЛ да се вмени задължението да сътрудничат на лекарите от услугите, а не да ги възприемат като конкуренти за пациенти. В Общностния център, например, са имали срещи и са обяснявали на лекари от ДКЦ и различни клиники характера на своята работа, но въпреки това рядко се получава взаимодействие с тях при липсата на формални задължения и механизми.

Респондентите от услугите препоръчват ОЗД да отваря случай за всяко дете с трудности в развитието, за се осигури системна и ефективна работа с него и неговото семейство. ОЗД би могъл да създаде координационен механизъм, в който да участват различните услуги, които консултират детето и семейството.

Друго предложение, касаещо взаимодействието между всички системи, е да се създаде център за диагностика, към който да се обръщат родители, които имат притеснения за развитието на своите деца. Предлага се това да бъде едно обединяващо звено, чиято роля би била да обследва детето и след това да насочва към услуги. Освен това, редовно да свиква мултидисциплинарен екип, който заедно със семейството да следи динамиката в развитието на детето.

Медицинските специалисти оценяват високо съществуващите форми за медико-социално консултиране за семействата на недоносени деца или деца с увреждания или трудности в развитието – консултативни центрове, базирани в болнични заведения от типа на ЗКЦ или такива, създадени в сътрудничество с НПО, като Семейната стая към Отделението по неонатология на УМБАЛ Пловдив. Минус виждат в тяхната неустойчивост, тъй като те биват разработвани на проектен принцип. Изказано бе мнението, че начин да се покрие дефицитът на социална и друга специализирана подкрепа, извън медицинската грижа, за пациентите в болничните заведения, е работата именно с доставчици на услуги.

От своя страна, интервюираните експерти и длъжностни лица на ръководни позиции в местните структури на държавните институции и местните власти потвърждават някои от дадените предложения и виждат няколко други потенциални решения на проблемите с координацията и взаимодействието. За всяко дете, идентифицирано в риск от забавяне в развитието (било по медицински или социални причини) следва да се отваря случай. Така ще се постигне системен подход и насърчаване развитието на пълния потенциал на семейството с микс от услуги. Важно е да се изработи национален единен финансов стандарт за превенция, който да покрива разходи отвъд средствата, необходими на услугата за консумативи и заплати на наетия персонал. Сегашното финансиране на услугите, освен че е недостатъчно, не дава и гъвкавост на доставчика да покрие индивидуалните нужди на едно семейство, което често разчита на социални помощи, чийто размер е недостатъчен. Според експертите, в момента няма механизъм, по който да става насочването от ОПЛ към услуги, а личните лекари са първите, които имат досег с детето и семейството. Това са системни проблеми в здравеопазването, които могат да се преодолеят само „ако им е част от задълженията – Здравната каса да им плати след обслужени пациенти в координация с услуги – тогава ще се наложи да работят с нас.“ Предложено бе да се потърси сътрудничество с професионалната асоциация на ОПЛ като потенциал за изграждане на институционално сътрудничество.

3.6 Правата на децата

Базирайки се на подхода, основан на правата на децата, очертан във въведението, изследователският екип постави акцент върху осъзнаването на правата на децата в контекста на системата от услуги, която съществува в Пловдив за тях.

Впечатление на изследователския екип направи факта, че при разговора с експертите от институциите, които имат ангажимент да гарантират правата на целевата група, никой не спомена правата на децата, спрямо които да изложи мнението си за услугите, специалистите, координацията и т.н.

В разговора с професионалистите от системата за закрила на детето и медицинските специалисти също не се спомена темата за правата на децата, които бяха обект на дискусията. Тя не беше засегната нито в разговора около понятието „деца в риск от забавяне на развитието“, нито в обсъждането на това, което все още не се предоставя на тези деца и техните семейства. Не се направи връзка между правата на децата и статуквото, което респондентите описаха. Само по себе си, това показва, че при изследване на ситуацията и пропуските в системата за грижа за децата в

ранна възраст, планирането на решенията и прегледа на подобренията, в Пловдив не се прилага дете-центриран подход, основан на гарантирането на правата на тази специфична група деца или поне това не е съзнателна линия за управление и влияние върху системата.

Единствено доставчиците на социални и интегрирани услуги споменаха правата на децата и на родителите в контекста на услугите, които те предоставят. Ясно се очертават предизвикателствата, с които професионалистите от тези услуги се сблъскват при работа с родители, които спорят за родителски права над деца. Правата на децата и на родителите се споменават от различните респонденти:

> „Важно е да се отчита, че детето не е само епикриза и има права и не е само обект, а субект с права.“
>
> **Представител на социална услуга**

За специалистите от детските ясли темата за правата на децата се разглежда само през призмата на това какво липсва за децата с трудности в развитието и техните семейства. За да се отглеждат деца с проблеми в развитието в детските ясли, трябва да се назначи още персонал, за да не се стига до това децата да се отделят в специални групи. Групите в яслите са големи и персоналът не е достатъчен във връзка с повишеното внимание, което изисква грижата за дете с проблеми в развитието. Одобрителното отношение, на което се натъкнахме, към това да има специализирани отделни детски ясли, детски градини и училища за такива деца, категорично е в разрез с принципите на правата на детето. Отчита се, че и самите родители не биха приели това, тъй като те искат децата им да се в „нормални“ детски заведения.

Като цяло, в местната общност сред заинтересованите страни липсва висока степен на осъзнаване правата на децата в ранна възраст, особено тези в риск от забавяне на развитието и с наличие на увреждания. Липсата на подобно осъзнаване представлява един от дефицитите на системата за грижа в община Пловдив.

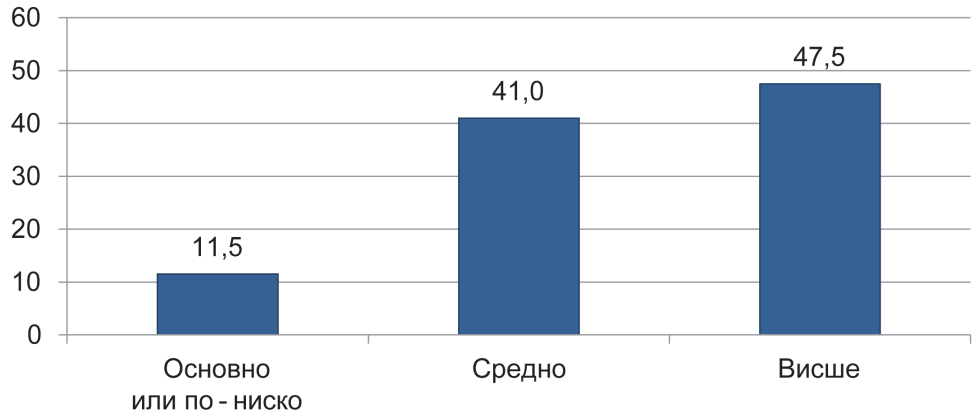
IV. Мнението на родителите за услугите за деца с увреждания и проблеми в развитието в Пловдив

4.1 Описание на извадката

Проучването на мнението на родителите за услугите за подкрепа на ранното детско развитие в гр. Пловдив е проведено в периода м. януари-март 2019 г. Методът на регистрация е онлайн анкета/ анкетни карти, а методът на извадката – според отзовалите се. Създаден е онлайн формуляр на въпросника и е разпространен в интернет в различни онлайн групи и форуми на родители на деца с увреждания и/или на деца с риск от забавяне в развитието. След преглед на онлайн анкетите, попълнени от всички участници в проучването, са селектирани само онези, които са на родители на деца с увреждания и/или риск от забавяне в развитието, които живеят в област Пловдив. Допълнително са раздадени и анкетни карти на родители от областта (основно от гр. Пловдив), като целта е да се обхванат и онези лица, които не са активни потребители в интернет.

Общият брой на лицата, участвали в проучването, които отговарят на посочените критерии, е 62. От тях 60 са жени (96.8%), а двама са мъже (3.2%). От селектираните респонденти, от град Пловдив са 82%, останалите 18% са от градове и села в областта. Разпределението им по възраст показва, че най-висок е делът на лицата над 40 г. – 40.3%. Под 25 г. са 4.8% от участниците в анкетата; 16.1% са на възраст 25-29 г.; 19.4% попадат в следващата възрастова група – 30-34 г. Същият е делът и на тези, които са на възраст 35-39 г.

Разпределението по образование показва, че почти половината от участниците в проучването са с висше образование – 47.5%; със средно образование са 41%, а с основно или по-ниско образование – 11.5%.



Фиг. 5. Разпределение по образование на участниците в изследването (%)

Разпределението според трудовия статус на участниците в проучването показва, че 46.6% са безработни; 36.2% работят; по майчинство са 20.7%; 10.3% са асистенти/ придружители на дете с увреждания, а 1.7% учат.

Фиг. 6. Разпределение на респондентите според трудовия им статус (%)[24]

Най-голям е делът на участниците в проучването, които живеят в домакинства с месечен доход под 1000 лв. – 27.9%. С месечен доход на домакинството между 1000 и 1500 лв. са 26.2%; 8.2% са с доход между 1500 и 2000 лв.; 9.8% са с доход между 2000 и 3000 лв. С месечен доход на домакинството над 3000 лв. са 1.6% от анкетираните лица. Една четвърт от респондентите не желаят да отговоря какъв е месечния доход на домакинството им – 26.2%.

Демографски профил на децата с увреждания и/или риск от забавяне в развитието

В извадката преобладават лицата с едно или две биологични деца – 46.8% и 38.7%. С три и повече биологични деца са 11.3% от участниците в проучването. Осиновителите са двама, като те имат едно и две осиновени деца.

Табл. 9. Разпределение на анкетираните лица според броя на децата им (биологични, осиновени, приемна грижа)

	Брой	**%**
Биологични деца		
1 дете	29	46.8
2 деца	24	38.7
3 деца	5	8.1
4 деца	2	3.2
Осиновени деца		
1 дете	1	1.6
2 деца	1	1.6
Приемна грижа		
Нито едно	0	0.0
Общо	**62**	**100**

24 Вариантите за отговор са повече от един, поради което сборът на процентите надхвърля 100. Това важи за всички подобни въпроси в анкетата, в които сборът е повече от 100%.

Общият брой на децата в извадката е 102, а средният им брой на семейство - 1.5. Разпределението по възраст показва, че 9.8% от децата са на възраст между нула и една години; 11.8% са на възраст от една до две години; от две до три години са 14.7%, а над три навършени години са 63.7% от децата на респондентите. Общият брой на децата с увреждания и/или риск от забавяне в развитието е 65 (63.7% от всички деца в извадката). От тях 61.5% са първи деца, вторите деца са 30.8%, а 7.7% са трети деца.

Най-често срещаните заболявания сред децата с увреждания и/или риск от забавяне в развитието са нервно-психичните нарушения, ДЦП и епилепсия – 27.7%, синдром на Даун – 16.9%, сензорно-двигателни нарушения – 15.4%, аутизъм – 14%, езиково-говорни проблеми – 12.3%.

Табл. 10. Разпределение на децата с увреждания и/или риск от забавяне в развитието според заболяването

Заболявания	Брой	%
Нервно-психични нарушения, ДЦП, епилепсия	18	27.7
Синдром на Даун	11	16.9
Аутизъм	9	13.8
Езиково-говорни проблеми	8	12.3
Сензорно-двигателни нарушения	10	15.4
Хронични заболявания - диабет, астма	4	6.2
Други	5	7.7
Общо	**65**	**100**

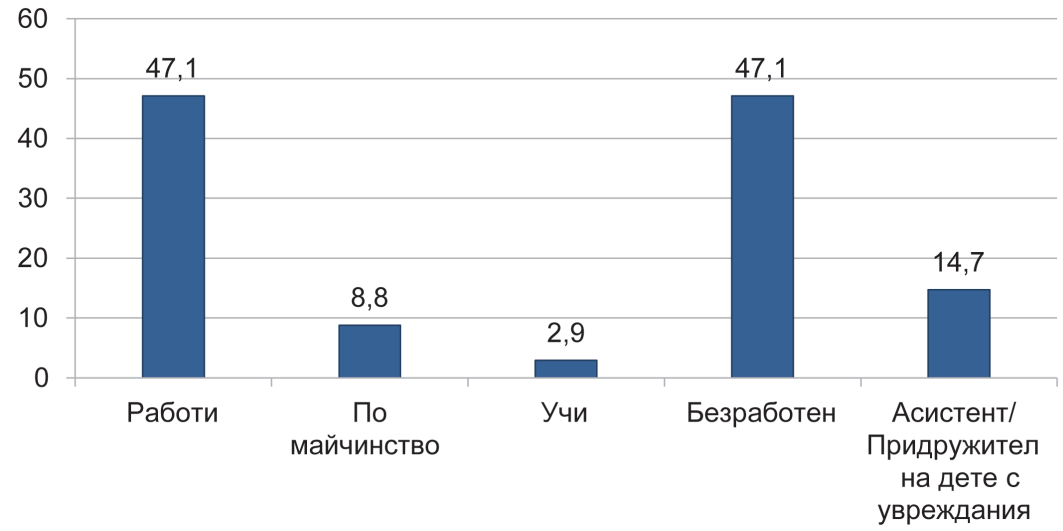
На 42 деца е издаден ТЕЛК – 64.6% от всички деца с увреждания и 41.2% от всички деца в извадката. От децата с издадени ТЕЛК-ове, за които са посочени отговори, 70.3% са с инвалидност между 75 и 100%; 24.3% са с инвалидност от 50 до 75% и 5.4% са с под 50%.

Табл. 11. Разпределение на децата с увреждания според процента на издадения ТЕЛК[25]

Издаден ТЕЛК	**Общо**	
	Брой	%
До 30%	1	**2.7**
от 30 до 50%	1	**2.7**
от 50 до 75%	9	**24.3**
от 75 до 100%	26	**70.3**
Общо*	**37**	**100**

Разпределението на децата с ТЕЛК според месечния доход на домакинството показва, че най-висок е делът на тези, който живеят в домакинства с доход под 1000 лв. – 28.6%, следван от делът на децата от домакинства, чиито доход е между 1000 и 1500 лв. – 25.7%. 8.6% от децата с издаден ТЕЛК живеят в домакинства, чиито месечен доход е между 1500 и 2000 лв.; 11.4% - в домакинства с доход между 2000 и 3000 лв., а 2.9% живеят в домакинства с доход над 3000 лв. Прави впечатление високият процент на деца с увреждания, които живеят в семейства, в които единият от родителите е безработен – 47.1%. Като относителен дял той се равнява на дела на децата, които живеят с работещ родител – 47.1%.

25 Респондентът е имал право да не посочва процента на издадения ТЕЛК.



Фиг. 7. Разпределение на децата с ТЕЛК според трудовия статус на родителя (%)

4.2 Ползване и достъпност на услугите

На Фиг. 8 може да се види как са разпределени децата с увреждания и забавяне в развитието според вида на услугите и формите на подкрепа, които ползват. Повече от половината деца ползват услугите на логопед и рехабилитатор. Почти 46% от изследваните деца ползват услугите на психолог. Подкрепа чрез ранна детска интервенция получават близо 17% от децата. Средно около 10% от децата ползват услуги, свързани с повишаване на социалните и образователни им умения. По-слабо използвани са услуги като хипотерапия и арт-терапия. Ерготерапията не е използвана услуга според отговорите на анкетираните лица.

Фиг. 8. Какви услуги и форми на подкрепа ползвате за Вашето дете/деца? (%)

В зависимост от увреждането и нуждите, всяко от децата ползва различен брой от посочените услуги и форма на подкрепа. Повече от половината деца са ползватели на повече от една от изброените услуги – 18 от деца ползват една, 20 две, 9 три, 4 четири, 3 пет, 3 шест от посочените услуги или форма на подкрепа.

В групата „Други“ са посочени услуги и форми на подкрепа като: плуване, услуги на терапевти от Монтесори център, подкрепа в ресурсни центрове, ЦНСТ и ЦОП, услуги на социални работници.

По-голяма яснота относно формата на организация на услугите може да се получи от следващия въпрос в анкетното проучване. Според отговорите на анкетираните лица по отношение на формата, в която са организирани ползваните услуги, както може да се види на Фиг. 9, над 50% от тях са свързани с частни практики. На второ място се позиционират Дневните центрове за деца с увреждания. Следват детските градини/ясли, болничните заведения, ЦСРИ, ЦОП и най-слабо застъпени остават услугите в домашна среда и ползването на личен асистент.

Фиг. 9. Под каква форма са организирани услугите? (%)[26]

Най-често за услугите, които ползват децата им, родителите са получили препоръки и информация в разговор с други хора в подобна ситуация. Това са заявили 50% от анкетираните лица. В не малко от случаите родителите сами намират нужната им информация за наличието и достъпа до определени услуги в Интернет или други източници на информация. Трето място при насочването към определени услуги заема детският педиатър. Следват социалните грижи, ОПЛ, педагозите в детската градина/ясла, акушер-гинеколозите, неонатолозите и на последно място - близки от семейната среда.

Фиг. 10. Кой Ви насочи към тези услуги? (%)

26 Вариантите за отговор са повече от един, поради което сборът на процентите надхвърля 100.

Независимо от увреждането или специалните нужди на децата, най-често консултации са провеждани с детски невролог – за повече от половината деца (Табл. 12). Други посочени като по-често използвани за консултации специалисти са: психолог, логопед, психиатър, рехабилитатор и педиатър.

Табл. 12. С колко и какви специалисти сте се консултирали досега във връзка с увреждането/специалните нужди на Вашето дете/деца? (брой)

Детски невролог	37	Гастроентеролог	3
Психолог	31	Детски специалист УНГ	2
Логопед	18	Социален работник	2
Психиатър	12	Детски ендокринолог	2
Рехабилитатор	11	Детски ортопед	2
Педиатър	11	Специалист ранно детско развитие	2
Кардиолог	9	Кинезитерапевт	2
ОПЛ	8	Неврохирург	2
Ортопед	6	Уролог	2
Неонатолог	5	Нефролог	2
Специален педагог	5	Физиотерапевт	1
Хирург, Неврохирург	5	Акушерка	1
Офталмолог	4	Лекар по физикална медицина	1
Генетик	3	Хематолог	1
Пулмолог	3	Алерголог	1
Монтесори преподавател	3	Ендокринолог	1

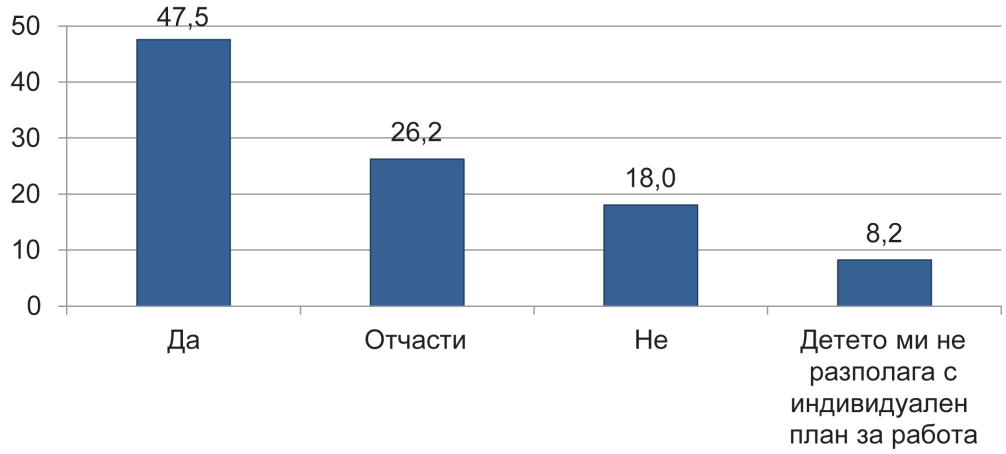
Всички анкетирани родители посочват, че са потърсили консултация с повече от един специалист. Доколкото родителите изчерпателно са посочили специалистите, с които са се консултирали за здравето и развитието на тяхното дете до момента се вижда, че при малка част от децата консултация е направена само с един специалист. Според данните, на дете средно се падат по 3-4 консултации с различни специалисти.

От особено значение за правилното детско развитие и лечение е навременната диагностика. Според отговорилите родители на въпроса по отношение на времето, което е било необходимо, за да се постави точна диагноза на детето им се вижда, че за голяма част от децата проблемът е бил установен още при раждането им – в около една трета от случаите (Фиг. 11). За около една трета от децата проблемът е бил диагностициран в рамките на един до шест месеца. При една трета от децата този период е продължил около година, а за 10% от децата все още диагнозата е неуточнена.

Фиг. 11. Колко време Ви отне да установите проблема на Вашето дете/деца от момента, в който забелязахте някакви симптоми до поставянето на точната диагноза? (%)

Повече от половината респонденти са потърсили консултация с медицински или други специалисти извън населено място, където живеят – близо 52%. Всички от потърсилите такава консултация са посочили гр. София. Живеещите в близост до гр. Пловдив са потърсили специалист в града, а няколко респондента са посочили за това гр. Варна. Успоредно с това, в други държави са потърсили помощ почти половината от нуждаещите се от специализирана консултация, като почти всички потърсили консултация извън страната са направили това в две държави. Изброени са следните страни: Германия, Австрия, Турция, Италия, Гърция, Сърбия.
На въпроса дали знаят за съществуването на скринингови програми за ранно установяване на различни проблеми в развитието на децата, около една трета от респондентите са дали утвърдителен отговор – 31%, като по-малко от половината от тях са посочили конкретни скринингови програми. Сред тях са изброени следните: 4Д видеозон, фетална морфология, АТЕС, биохимичен скрининг, генетичен скрининг, фетална морфология, ехография, скрининг в четвърти месец от бременността, тестове за оценка на развитието на детето от най-ранна възраст, хипотиреоидизъм, тестове за синдром Даун. Както се вижда, една голяма част от идеята за „скрининг“ се асоциира с проследяването на бременността, и много по-малко със скринингови инструменти за развитието в ранната възраст на детето, което е ключов инструмент в услугите за ранна детска интервенция.

Около 48% от родителите са заявили, че са взели участие заедно със специалистите в изработването на индивидуалния план за работа с тяхното дете; за малко над 26% това се е случило отчасти; 18% не са участвали в подготовката на индивидуалния план, а за близо 8% от родителите такъв план за работа с детето им въобще липсва.



Фиг. 12. Вие участвате ли в изработването на индивидуалния план за работа с Вашето дете/деца? (%)

На въпроса „Срещали ли сте затруднения в намирането на услуги за подкрепа на Вашето дете/деца?“, 68% от родителите заявяват, че не са срещали затруднения, а 32% твърдят, че са се сблъскали с трудности. Като основни проблеми в намирането на подходящи услуги родителите са посочили:

- **„Намиране на правилните специалисти, на добри специалисти и диагностици.“**

- **„Качествени услуги, които да оценяват уменията на детето и да работят по дефицитите му.“**

- **„Непокриване на всички нужди на детето – допълнителна рехабилитация; отказан ни бе държавен психолог и логопед, защото детето ми е невербално и според тях нямало нужда**

(но истината е, че нямат желание нито за професионално израстване, нито за работа)“.

• „Неадекватни и незаинтересовани лекари и рехабилитатори.“

• „Медицинският персонал не е достатъчно обучен.“

• „Специалистите, вместо да са от полза за развитието на детето, правят обратното. Губят така ценното време, в нищо правене. Три години изгубихме с детето с такива специалисти.“

• „За обратна връзка и дума да не става.“

• „Трудно намиране на частен специалист, липсват специалисти в яслите и детските градини. Ресурсно подпомагане отказва помощ, освен ако детето не е силно увредено или с двигателни нарушения.“

• „Липса на бройки към общината за личен асистент.“

• „Трудности в посещаването на детска градина и в приема на такава.“

• „Липса на дневен център, в който да работят качествено и адекватно.“

• „Липса на качествени услуги за дневна грижа.“

• „Липса на единно място, удобни часове, лично време, място да е за всички възрасти, транспорт.“

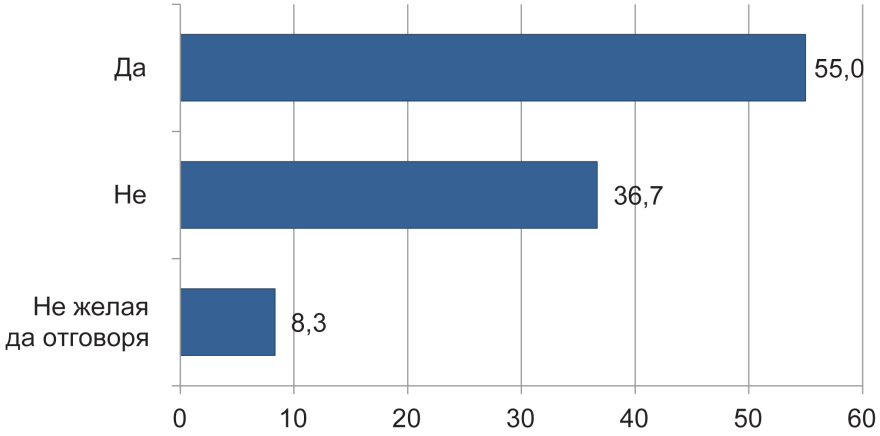
• „Липса на център за комплексна рехабилитация, в който да се извършва цялата необходима терапия.“

• „Няма достатъчно достъпна информация.“

При осигуряване на необходимата грижа за детето/децата си родителите най-често се сблъскват с финансови затруднения – почти половината от родителите (47%) декларират, че това е проблем за тях. На второ място като проблем родителите посочват затруднения при полагането на грижи за децата си, поради липсата на обучения и информация, която би им помогнала и улеснила. Липсата на комуникация между различните специалисти и липсата на интегрирани услуги са посочени като проблем от 34% от запитаните родители. Невъзможността да работят и едновременно с това да полагат необходимите грижи за детето си е проблем за всеки трети от анкетираните. Липсата на специалисти затруднява всеки четвърти родител. За да посещават съответните специалисти често родителите се сблъскват с трудности с придвижването и транспорта. Не малко от тях посочват като проблеми и липсата на услуги за дневна грижа, както и проблеми с приема на децата им в детски ясли/градини – проблем за почти всеки пети родител, според резултатите от направеното запитване.

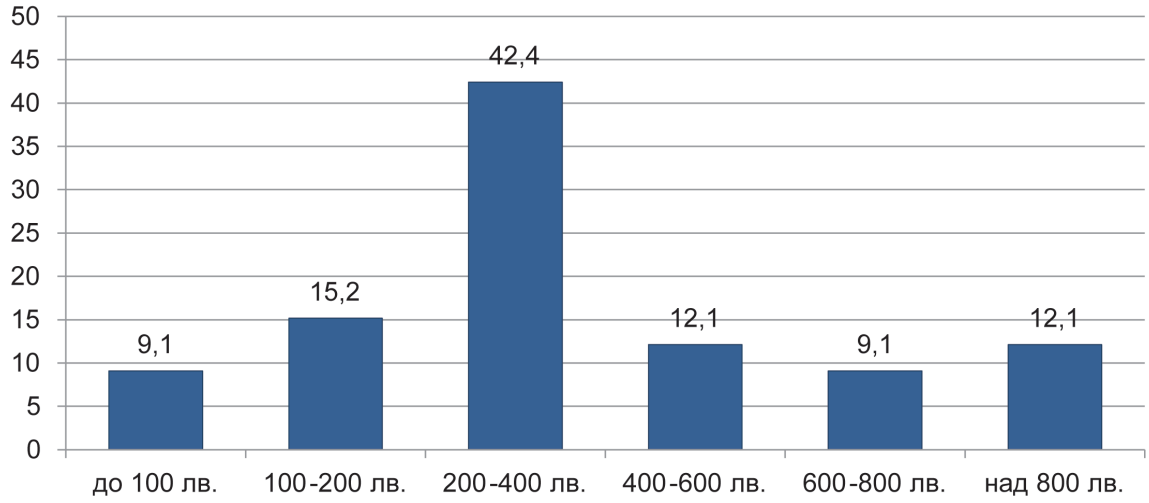
Фиг. 13. С какви проблеми се сблъсквате най-често при осигуряване на необходимата грижа за Вашето дете/деца? (%)

Малка част от родителите, които се налага да заплащат за ползваните от тяхното дете услуги, успяват да се справят с тази финансова тежест. Над половината от родителите заявяват, че ползват услуги за детето, за които се налага да заплатят. Както се вижда на предходната фигура, това е проблем за 47% от родителите, т.е. тези разходи са основен проблем за голяма част от родителите, на които се налага да ползват платени услуги.



Фиг. 14. Ползвате ли услуги за детето/децата, за които плащате? (%)

Родителите, ползващите платени услуги за тяхното дете посочват, че месечните разходи за това най-често са в диапазона от 200 до 400 лв. Според дадените отговори на въпроса за изразходваната месечна сума за платени услуги, средният разход на семейството за покриване на нуждите от услуги за едно дете с увреждане или забавяне в развитието е около 400 лв. месечно.

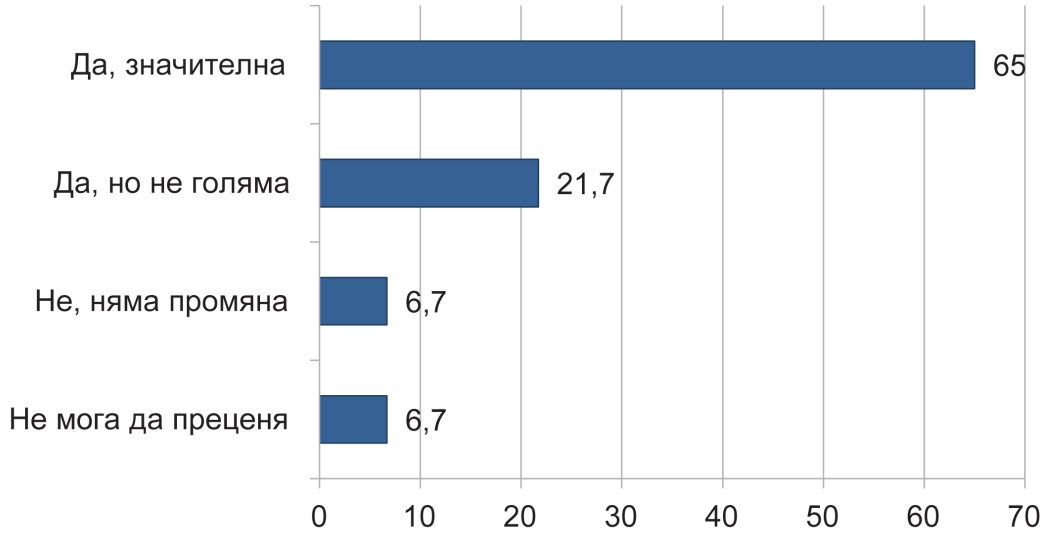


Фиг. 15. Ако ползвате платени услуги, каква сума средно месечно изразходвате за платени услуги за Вашето дете/деца? (%)

4.3 Ефект и оценка на ползваните здравни грижи и услуги

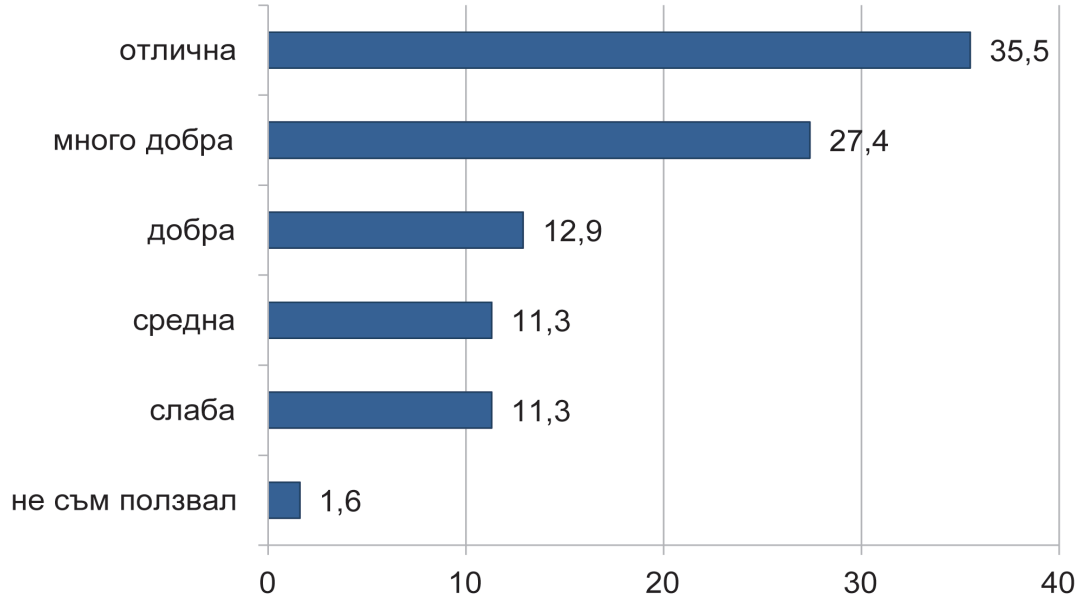
В този раздел ще покажем оценката и удовлетвореността на анкетираните родители от социалните и медицинските услуги, свързани с обгрижването на техните деца с увреждания и проблеми в развитието.

Две трети (65%) от родителите оценяват изцяло положително услугите в помощ на техните деца като виждат позитивното им въздействие върху развитието на децата. За 20.1% от родителите има полза от услугите, но не голяма. Никаква полза за децата не виждат 6.7%, а също толкова – 6.7% не могат да преценят тяхната полза.



Фиг. 16. Има ли позитивна промяна при детето/децата Ви, след ползването на услугите? (%)

Личният лекар е изключително важна фигура в живота на родителите с деца с увреждания и проблеми в развитието. Доколко родителите на тези деца разчитат на него и как оценяват неговата помощ дава информация разпределението на отговорите на Фиг. 17. Почти две трети от родителите оценяват работата на личния лекар положително (оценка „отличен“ е дадена от 35.5% и оценка „много добър“ от 27.4%). Една трета от родителите оценяват работата на личния лекар с невисока оценка (12.9% с „добра“, 11.3% - със „средна“ и 11.3% - със „слаба“).



Фиг. 17. Как бихте оценили грижата, която получавате от личния лекар за Вашето дете/деца? (%)

С какво родителите обясняват незадоволителното си отношение към работата на личния лекар? Общо 19 родители са мотивирали отговора на този въпрос с две групи причини:

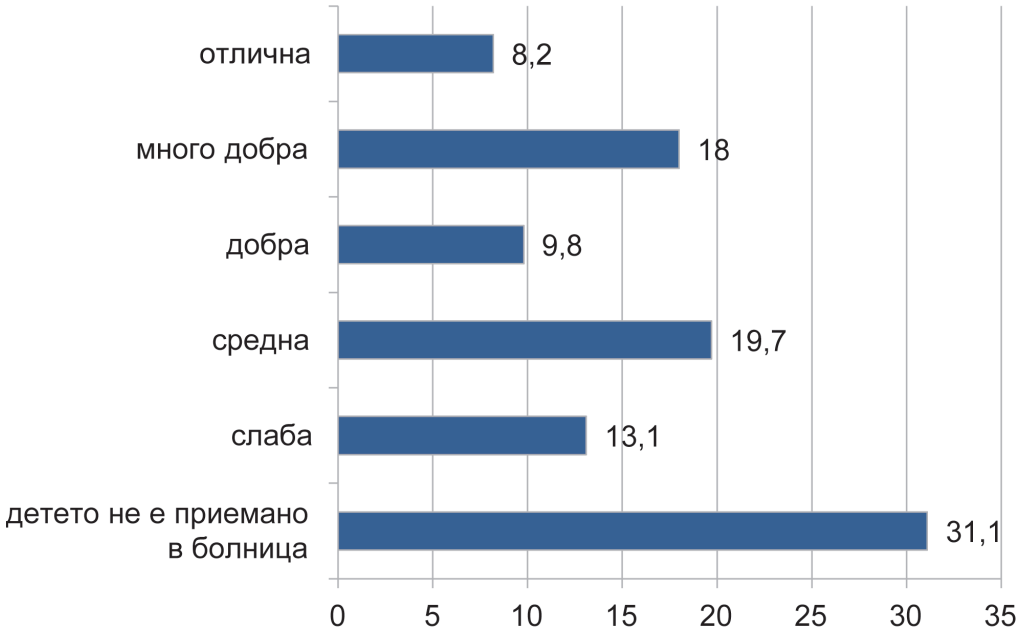
• Лоша комуникация с лекаря – „липса на компетентност, време, диалог, дори пречи на моменти“, „много пациенти, малко направления, изнервени“, „не е заинтересован за нашето развитие“, „нямат желание за помощ“, „нямат подход, идея си нямат как да общуват с деца с проблеми, още по-малко как да ги предразполагат, за да ги прегледат“, „прекалено много пациенти, винаги ядосани, няма направления, не дават насоки относно необходимостта от консултацията с различни специалисти“, „чака аз да я питам за проблема на детето,

вместо сама да ни насочва“, „праща ме при некадърни лекари“, „не обръща специално внимание на всеки поотделно, а ги слага под общ знаменател като тризнаци“.

• Лекарите нямат нужната компетентност – „не знаят за изследвания“, „не разбират генетични изследвания“, „не знаят към кого да препратят“, „не достатъчно познават и имат информация за заболяването на детето“, „лекарят има неадекватни преценки“, „ако беше специалист на място щеше да открие проблема преди нас“, „подценява състоянието на детето, не приема казаната информация“.

Недоволни от обслужването от страна на личния лекар, родителите заявяват: „Личният лекар ни служи единствено за бележка или направление.“ Някои от родителите заявяват, че понякога и самите направления са проблем. Родителските очаквания са за мотивирани и работещи с желание лекари, които проявяват инициатива: „Личният лекар трябва да насочва родителите към най-добрите специалисти. Той трябва да е наясно, че родителите не търсят най-добрите лекари за консултация, а самият той да поеме инициативата“.

Престоят в болница е често срещана практика, с която се сблъскват родителите. В мненията на родителите за болничното лечение преобладават ниските оценки (общо 42,6% от тях дават „добра“, „средна“ и „слаба“ оценки), т.е. оценяващите болничното лечение като задоволително и незадоволително са два пъти повече в сравнение с родителите, доволни от медицинските услуги и средата в болниците (общо 26.2% от тях са дали „много добра“ и „отлична“ оценка).



Фиг. 18. Как бихте оценили болничното лечение за деца с проблеми, подобни на този на Вашето дете/деца? (%)

Попитани за затрудненията, които срещат в контакта с болничната грижа, общо 20 родители са отговорили и дават следните обяснения за ниските оценки:

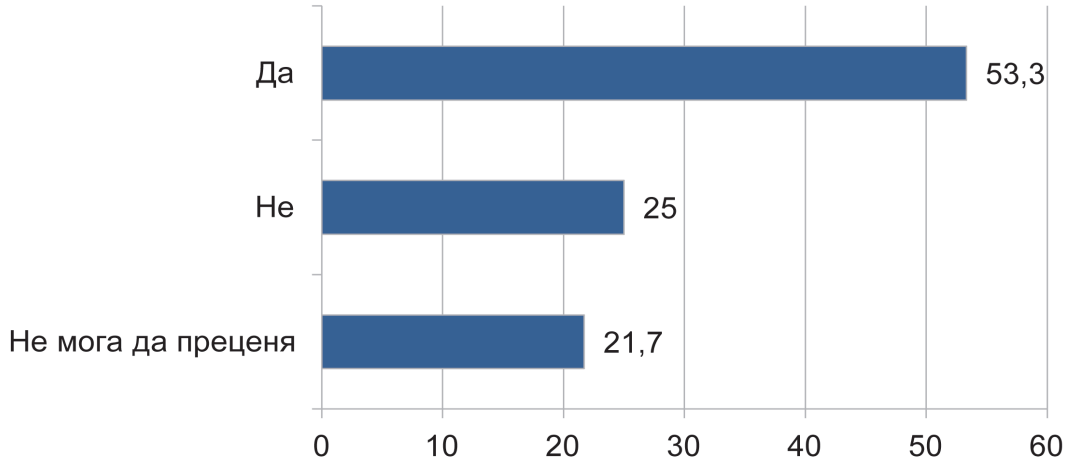
• Лошо отношение на медицинския персонал и недостатъчни познания и умения: „грубо отношение, изключително лоши болнични условия“; „липса на внимание“, „липса на индивидуален подход при диагностиката и лечението“, „липса на внимание, разбиране и помощ“, „липса на екип от специалисти и никаква комуникация между тях“, „постоянно обикаляне от една болница/етаж в други“; „много от лекарите не се интересуват от пациента, а да открият някаква нова и рядка болест, с която да блеснат“; „не умеят да се грижат за деца с увреждания“; „неправилни диагнози“; „правят изследвания и дотам, хубава обратна връзка липсва“; „някои лекари не си вършат съвестно работата“, „пълна незаинтересованост, отбива се номер, не се прилагат високоспециализирани изследва-

ния“, „нямат достатъчно познания и на деца с еднаква диагноза се изписват едни и същи медикаменти“; „детето ми е с генетично заболяване и ми се е налагало аз да обяснявам за някои части от лечението“.

• Лоша болнична среда: „мизерни условия“, „няма място за багаж, няма стол да седне детето и да си сложи калцуни“, „хигиената в болницата беше ужасна, храната – повече от гнусна, спартански условия“; ,липса на медицинска техника – локомат“; „мръсно е, няма персонал“.

Някои родители дори заявяват: „Направо ни пращат вкъщи да се спасяваме“.

Акуратното и навременното проследяване на бременността е изключително важен аспект за ранното диагностициране на проблеми с вътреутробното развитие на детето. Половината от анкетираните родители (53.3%) са доволни от начина, по който е проследена бременността, една четвърт (25%) изразяват недоволство, а не е малък и процентът на отговорилите, че не могат да преценят (21.7%).



Фиг. 19. Доволни ли сте от начина, по който беше проследена Вашата бременност /бременността на съпругата Ви/ в медицинското заведение, в което се регистрирахте? (в %)

Общо 12 анкетирани лица са отговорили на въпроса какви затруднения са срещнали при проследяването на бременността. Тези затруднения могат да бъдат обединени в следните групи:

• Недостатъчно внимание и отношение, вкл. и компетентност от страна на лекарите, което води до сгрешени диагнози, пропускане на изследвания: „грешна диагноза (хепатит), преждевременно раждане“; „лекарят не видя на ехографско изследване признаци на синдрома, за мен това е пропуск“; „не беше установен синдрома по време на бременността и нищо не беше споменато за сърдечния проблем“; „не можа да разбере, че детето ще е с проблем, трябваше да свърже две изследвания и щеше поне да се усъмни, че има нещо“, „неадекватно проследена бременност“; „недостатъчно компетентен лекар“; „до известна степен безотговорност, недостатъчно внимание“; „никаква ангажираност от страна лекаря по ЗК“.

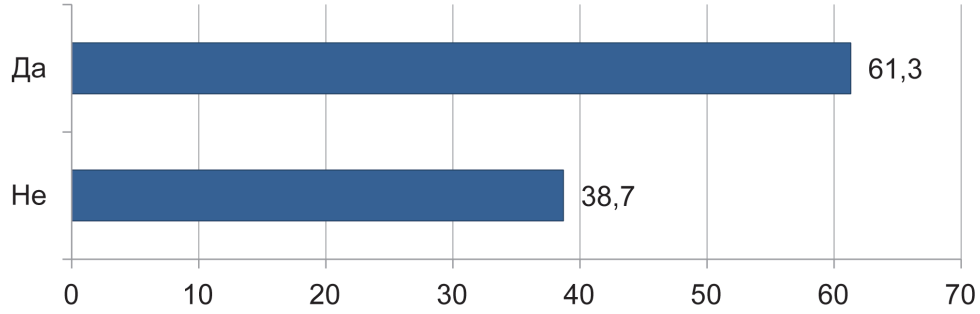
• Комерсиализирането на медицинската помощ: „докторът я караше по учебник само теоретично, никаква практичност, разбиране, надделяване над взимането на пари“; „когато бях бременна се сменяше системата и лекарите бяха ангажирани повече с бъдещето си. Частна практика или държавна“; „моля гинеколозите да извършат съвестно работата си и

да правят всички необходими изследвания, а не да мислят за джоба си“.

- **Недостатъчен брой прегледи :„Недостатъчен брой прегледи и ехографии“.**

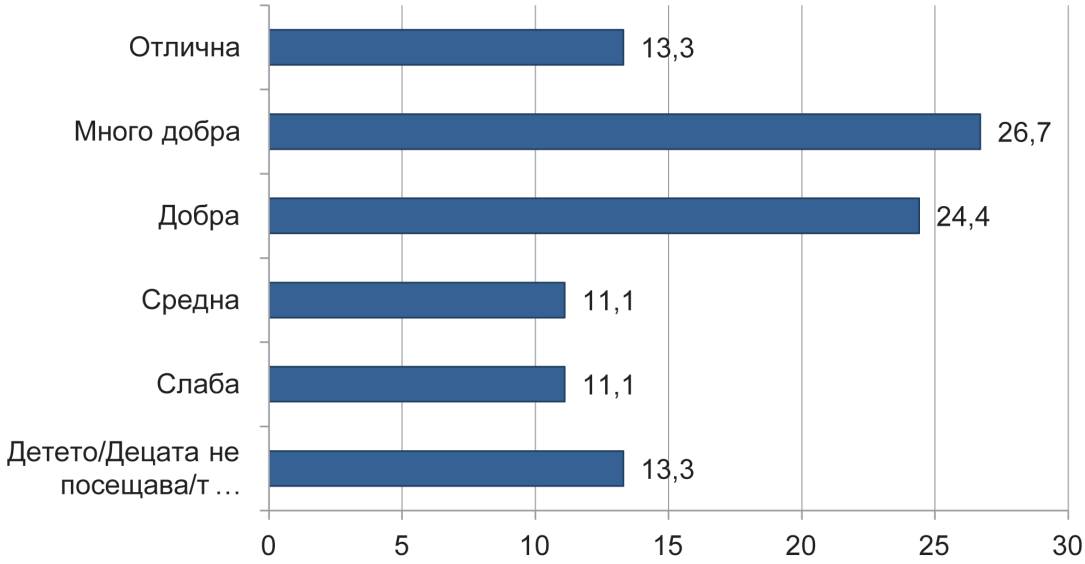
4.4 Оценка на ползването и качеството на услугите за образование и грижа

Услугите за ранно детско образование и грижа, детска ясла/детска градина, играят важна роля за стимулиране на детското развитие – психо-емоционално, социално, когнитивно и т.н. За децата с трудности в развитието, контактите извън тесния кръг обгрижващи родители и семейство, имат доказани ползи, на което се базира концепцията за приобщаващото образование, приета и прилагана през последните години в действащата нормативна уредба у нас. Прави впечатление, че децата със затруднения в развитието, които са обхванати от анкетата, в по-голямата си част са посещавали детска ясла или детска градина - 61.3% срещу 38.7% не ползвали нито една от формите.



Фиг. 20. Вашето дете/деца посещава ли детска ясла или детска градина? (%)

По отношение на качеството на услугата, която са получавали там, родителите са имали разнообразен опит – в позитивния край на скалата са 40% от отговорите (13.3% оценили с отлична и 26.7% с много добра оценка), умерено позитивна оценка са дали 24.4%, които са определили, че грижата в яслите/градините е „добра“, а недоволните са 22.2% - те са посочили „средна“ (11.1%) и „слаба“ (11.1%) оценка. Средната претеглена оценка за грижата, която предоставят детските ясли и градини на децата със затруднения или увреждания в град Пловдив и областта се оценява с 4.23.



Фиг. 21. Ако Вашето дете/деца посещава/т детска ясла или детска градина, как бихте оценили грижата, която получава/т там? (%)

Родителите, които са били в някаква степен недоволни от грижата за детето им в детската ясла/ градина и са поставили добра, средна или слаба оценка, са имали опция да изяснят причината за своето неодобрение в свободен отговор, което са направили 23-ма от тях. Споделените мнения най-

често се отнасят до изолацията на техните деца в тези институции, отделянето им от другите деца или необходимостта родителят да придружава детето по време на престоя му там, поради липсата на достатъчно персонал или поради неподготвеността или незаинтересоваността на последния за адекватно посрещане на нуждите на детето със специални потребности:

- **„Детето ми посещава ДГ по час и половина на ден, от който един (час) е изолиран от децата под претекст, че работят с него.“**

- **„Ходехме заедно, в общи линии аз си го гледах в градината. Учителите не бяха ангажирани с него. Това беше условието, за да ни приемат в градината.“**

- **„Не искат да се занимават с него. Искат аз да ходя на градина и да го придружавам, защото е с 90% ТЕЛК с придружител и „така било по закон“. А, детето в края на миналата учебна година бе отлично интегрирано и адаптирано. Сега го водя само когато има ресурсни - 1-2 пъти седмично за по 2-3 часа.“**

- **„Педагогическият персонал работи отлично, но медицинският не е достатъчно обучен, за да бъде адекватен на нуждите на моето дете. Налагало ми се е да обучавам персонал.“**

Често родителите отчитат, че чисто обективно персоналът няма как да обръща достатъчно внимание на децата със специални потребности, поради големината на групите: „Броят на учителите не позволява да се обръща достатъчно внимание на децата в групата (31).“ „В детската градина един учител се грижи за 25 деца и му е много трудно да отделя постоянно внимание на дете с проблем.“

Основната бариера за пълноценното пребиваване на детето в детска ясла или детска градина някои родители виждат в нагласите към различните деца: „Неразбирането, че детето има нужда от нормална среда с връстниците си.“ „Разбиране от страна на учителите, че детето е различно.“

Липсата на специалисти в детските заведения за ранна грижа и образование също е мотив за родителско неодобрение към тях: „Няма специалисти като логопед, психолог и специален педагог, които да работят и с други деца, които имат нужда.“

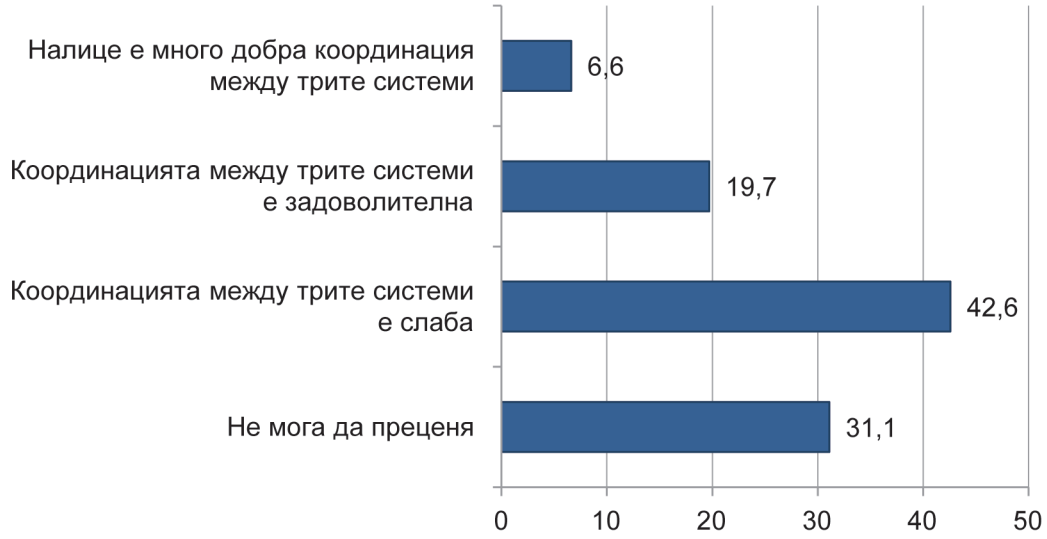
Някои родители имат очаквания, че професионално подготвеният специалист от детска ясла или детска градина ще насочи вниманието им към забелязан от него проблем при детето още от ранните години, прекарани в детските заведения, за да бъде проблемът открит навреме: „Липсва мониторинг на деца с проблеми“. Интересно е да се отбележи противоположното мнение на специалистите от детската ясла (изразено във фокус-групите и описано в предходната секция) и тяхното решение за пасивна позиция, т.е. не правене на опити да съобщават на родителите забелязаните от тях затруднения при детето поради силно негативната реакция, която получават. Докато точният начин на комуникация между родител и персонал все още не е намерен: „Навременното откриване на проблема е възпрепятствано“, смята родител на дете с трудности в развитието.

За групата родители, които не са записали децата си с проблеми в развитието на ясла/градина (38.7%), водещо е било съображението, че детето е малко (19.4%). На второ място е посочен трудният прием на такива деца в самите институции за детско образование и грижа (11.3%), а причини като ниското качеството на грижата в тях (1.6%) и предпочитанията за индивидуално отглеждане на детето (4.8%) са посочвани сравнително по-рядко. В опцията за свободен отговор, седем респонденти са уточнили други причини за непосещение извън горните опции, които се отнасят до това, че детето е преминало възрастта за посещение, че има специфични нужди, свързани със здравословното му състояние (не е проходило, нужда от катетъризиране), не са му поставени ваксини, което води до опасения, че може да е (заразно)болно, още е с памперс, както и проблеми с отношението на персонала: „Нежеланието на работещите детето да пребивава там за по-дълго време.“

4.5 Институционална и общностна мрежи за подкрепа

В раздела за оценка на институционалната и общностна мрежи за подкрепа са зададени въпроси, които целят да очертаят по-общо социалната ситуация на родителя – доколко той разчита на споделени ресурси от социалното си обкръжение през формалната институционална мрежа или през неформална подкрепа, например от родителски групи за взаимопомощ. Респондентите са поканени да оценят дали в услугите, които ползват, виждат взаимодействие и координация между системите на здравеопазването, образованието и социалната защита в опит да се подкрепи детето и семейството цялостно, както и да дадат предложения за липсващи услуги за децата с проблеми, включително да оценят ситуацията на наличните форми на подкрепа от гледна точка на спазването на правата на децата. Потърсени са мнения и относно формите на родителска взаимопомощ и нейното използване от родителите.

Оценката на родителите за наличието на координация (интегрираност, комплексност, взаимодействие) между услугите, които детето получава по линия на здравната, образователната и социалната системи най-често е слаба – 42.6%. Според 19.7% от родителите координацията в предоставянето на услуги от трите сфери е задоволителна, а само според 6.6% тя е много добра. Почти една трета от родителите са се въздържали да дадат мнение по този въпрос, тъй като не могат да преценят доколко е налице координация между системите – 31.1%. Отговорите на този въпрос показват, че съществува поле от непокрити по-комплексни услуги за децата и техните семейства, които да бъдат създадени в по-тясно сътрудничество между сферите, имащи отношение към ранното детско развитие.



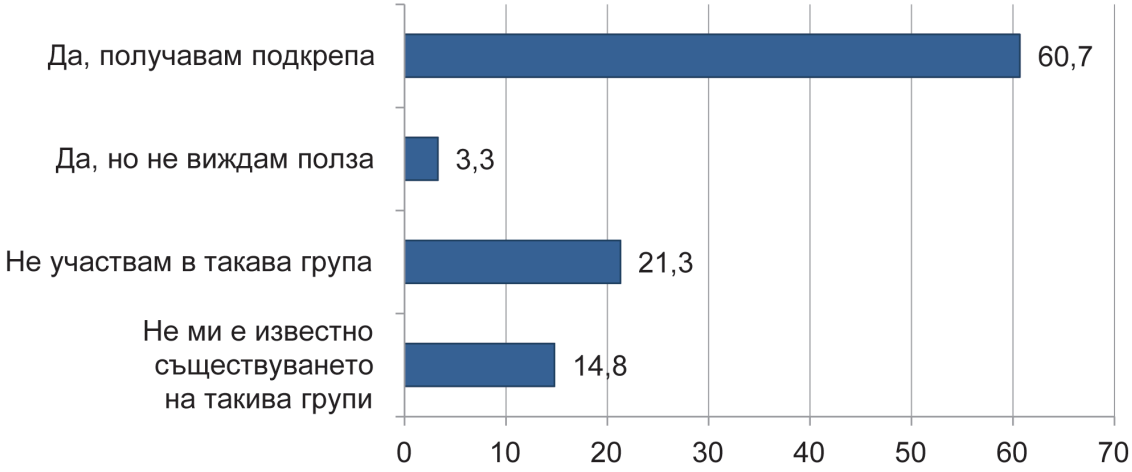
Фиг. 22. Какво е Вашето мнение за координацията между социалните, образователните и здравните грижи за Вашето дете/деца? (%)

Необходимостта от услуги, които не се намират в населеното място където живеят, е споделена от родителите в свободен отговор. Анализът на дадените препоръки показва, че за родителите най-често са проблематични липсата на услуги за рехабилитация, които да са организирани в центрове и да са достъпни ежедневно, както и отсъствието на по-специфична форма, каквато е водната рехабилитация или просто възможност детето да се запише на плуване като безплатна услуга. Други два типа липсващи услуги са ерготерапията и ранната детска интервенция: „Ранната интервенция е най-важната услуга в първите години. Услуги, които да работят със семейството и детето“. По отношение на услугите често се среща мнението, че те трябва да се предоставят в центрове: „Дневен център за деца с аутизъм“; „Дневен център на високо ниво“.

В медицинската сфера, недостъпността на специфични изследвания и методи за лечение също са споменати: „Генетично изследване за откриване причинителя на проблема“; „Добри оперативни методи на лечение на заболявания като ДЦП.“ Освен това, като дефицит е посочена по принцип липсата на специалисти, както и липсата на по-тясна специализация на специалистите, напр. за работа с деца в различни сектори от аутистичния спектър.

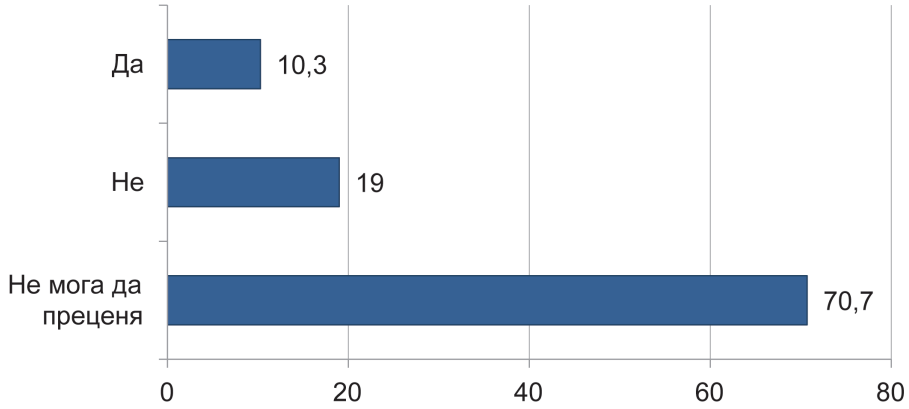
В образователната сфера няма достатъчно ресурсни учители, тъй като работата с деца със СОП има особености, които учителите не познават: „Няма достатъчно ресурсни учители за децата с аутизъм. Педагозите изпитват известен страх при работа с аутистичните деца.“ „В детската градина няма ресурсен учител, който да работи с детето ми. Тя е единственото дете със синдром на Даун.“ Не на последно място, посочена е и липсата на координация между специалистите от различните сфери, които имат досег с детето: „(Липсва) взаимовръзка и обратна връзка между лекарите и специалистите“.

Неформалните групи за взаимопомощ между родители на деца с различни проблеми напоследък са доста разпространени. Респондентите са помолени да отразят участието си в такива групи и да оценят подкрепата, която получават от тях.



Фиг. 23. Има ли общност, група на родители (онлайн или на живо) с проблеми като този на Вашето дете/деца, с която общувате и в която намирате подкрепа? (%)

По-голямата част от респондентите (60.7%) участват в родителски групи – онлайн или на живо – и оценяват положително включването си в тези организирани форми за взаимопомощ, комуникация и подкрепа между родители. Само 3.3% от респондентите са дали отрицателна оценка за участието си в подобни групи, а останалите или не знаят за съществуването им (14.8%), или не се включват, въпреки че знаят за тях (21.3%). Родителите от последните две групи, които не са информирани или не търсят подкрепа от хора в тяхното положение, по-често са с ниско образование и извън пазара на труда, което ги разкрива и като група, намираща се освен това в ситуация на социално изключване. Разпознаването на детската личност като носител на права е форма на защита от дискриминация и основа за гарантиране на равноправно третиране на децата като група с уникални потребности. Дали родителите осмислят ситуацията на своето дете с трудности в развитието като субект на права? Получените отговори ясно показват, че подобно мислене не е често срещано. Най-често посоченият отговор е „Не мога да преценя“ (70.7%), а позиция по въпроса имат 29.3%, от които 19% не смятат, че правата на детето са нарушени и само 10.3% са съгласни, че отношението към децата с трудности в развитието не съответства на правно кодифицираните норми за равенство и защита на децата.



Фиг. 24. Има ли права на децата в ранна възраст с трудности в развитието или увреждания, които системно са нарушени във Вашето населено място? (%)

Родителите, които са конкретизирали как разбират неспазването на правата на децата с проблеми в развитието, в полето за свободен отговор са посочили най-често пречките пред тяхната интеграция в обществото и в детските институции, в които е отказан реален достъп, макар да е гарантиран такъв на хартия: „Правото да учиш в избрано от теб училище, детска градина, ясла...“; „Детето ми е изолирано от децата в ДГ; хората, от които зависи интеграцията му не си вършат работата, а си прехвърлят отговорността.“; „Отказ на детските градини и училища да приемат деца с аутизъм за обучение.“. Освен в сферата на образованието, неспазване на правата на децата е забелязано от родителите и в сферата на здравеопазването – в недостатъчната осигуреност на медицинска грижа, ненавременното диагностициране на проблемите и липсата на достъп до „адекватна терапия“. Срещат се и отговори, които, без конкретизация, разкриват цялостно песимистичен възглед за отношението на обществото към децата в неравностойно положение като субекти на права: „Всички (права) са нарушени, най-вече правото на нормален живот, какъвто имат всички деца“.

V. Изводи и препоръки

Както личи от анализа на местния контекст, в гр. Пловдив е налице по-благоприятна демографска ситуация отколкото в повечето други градове в страната. Налице е по-висока заетост и по-високи доходи в сравнителен национален план, което прави града привлекателен за млади семейства, лицата в трудоспособна възраст и съответно във фертилна възраст. Очаква се броят на населението на територията на града да се увеличава, а с него и детското население в града. За да бъдат посрещнати нуждите при това разрастване, е необходимо да се предвиди нужната за това социална инфраструктура.

От гледна точка на здравни грижи и услуги, налице е сравнително добра обезпеченост с лекари и болнични заведения на глава от населението. Тъй като гр. Пловдив е притегателен център за цялата област, налице е също така и покриване на част от нуждите на съседните населени места и градове от областта. Това се изразява в тенденция на концентриране на здравните грижи, в т.ч. патологични бременности и проблемни раждания, в по-големите областни болници в града. Тъй като тази тенденция по всяка вероятност ще се задълбочава, необходимо е разширяване на периметъра и достъпността до съвременни и модерни медицински изследвания за бременни жени с цел превенция на патологиите и адекватно проследяване на бременността.

Анализът очертава също така и наличието на рискови групи от населението - семейства със слаба икономическа активност, многодетни, от малцинствен етнос, с деца с увреждания. Има голям брой здравно неосигурени лица, вкл. бременни жени, които нямат достъп до здравни грижи по време на бременността. Допуснато е също така някои деца в ранна възраст да не са записани към ОПЛ, ако не са регистрирани своевременно в общината, което ги лишава от възможности за профилактични прегледи. В дългосрочен план инвестирането в профилактиката на бременните жени, вкл.

неосигурените, както и на децата в първите месеци след раждането, би било по-щадящо ефективно, както и би постигнало по-голямо въздействие от гледна точка на ранното детско развитие.

Очертаха се сериозни предизвикателства от гледна точка на събирането на данни за децата в ранна възраст. Липсва детайлна информация за възрастовата група 0-3 години по различни признаци на територията на гр. Пловдив, напр. по статус на семействата, здравен профил и пр. Възрастовата група на децата от 0 до 3 години в много от разработваните стратегически и отчетни документи е представена като част от групата на децата до 18 години или е включена в групата на децата от 0 до 7 години. Това се отразява и в институционалното отношение към децата. В много от институциите, имащи отношение към ранното детско развитие, възрастовата група 0-3 г. се неглижира и се разглежда като хомогенна част от по-широк възрастов диапазон. Това е голямо предизвикателство, тъй като възрастта от 0 до 3 г. е много специфична по отношение на развитието на детето и неговите потребности през този период. Във всяка сфера, имаща отношение към децата на възраст от 0-3 години, се събира информация по различен стандарт, което не позволява свързването на информацията, нейното обобщаване и анализ. Не съществува единна система, която да позволява комуникация между различните информационни системи и бази данни. Различните институции така също не са напълно наясно коя с каква информация и данни борави.

Още по-голяма липса се наблюдава по отношение на данните за децата с увреждания или проблеми в развитието, което е специфичната целева група на настоящото изследване. Категориите деца с увреждане и риск от забавяне в развитието не са обхванати изцяло в нито една от институциите, имащи отношение към тях. Налице са данни единствено за децата, освидетелствани с някаква степен на увреждане, а това далеч не са всички деца с проблеми в развитието. Особено в ранната възраст, много деца с увреждания и проблеми в развитието не са преминали през процес на освидетелстване с ТЕЛК, който процедурно понякога е процес отнемащ време. Анкетното проучване сочи, че за близо половината деца процесът на самото диагностициране е продължил над една година, което би било само началото на процес по освидетелстване, ако такъв се състои. Информацията, която подават родилните отделения за децата с увреждания е моментна и не е ясно колко от тези деца са с трайни увреждания и колко от тях подлежат на излекуване, нито каква част от високия брой недоносени деца впоследствие развиват усложнения и имат изоставане в развитието. Общопрактикуващите лекари не подават към никого информация за контингентите деца, с които работят и които са с увреждания и проблеми в развитието, придобити след раждането и изписването от родилното отделение.

Съществен проблем представлява медицинският подход към увреждането, който разглежда увреждането като качество или състояние индивида, присъщащ при раждане или възникнал по-късно в резултат на травма, заболяване или друго здравословно състояние. Поради липсата на обективна терминология и методология за оценка на състоянието, приети и разпознаваеми от всички компетентни институции, децата с забавяне в развитието са неразпознаваеми и се намират извън обхвата на отговорните органи. Това е изключително притеснително, тъй като ранната интервенция е от изключителна важност през първите години от живота на детето и всяко забавяне може да доведе до пропуснати възможности за наваксване в детското развитие и достигане до пълния потенциал на детето. Липсата на данни и информация води до невъзможност да се даде адекватна оценка за контингента деца на възраст от 0 до 3 години с увреждания и риск от забавяне в развитието, както и съответно произхождащото от това адекватно планиране на социалните, здравните и образователните услуги и грижи, необходими за тези деца.

Семейната среда е ключов фактор за холистичното развитие на малките деца. Поради липсата на уеднаквено разбиране от страна на всички заинтересовани страни за това кои рискове и фактори поставят едно дете в риск от забавяне на развитието, социалните и семейните фактори най-често биват пренебрегвани от страна на образователната и медицинската сфери, за сметка на изцяло медицинските фактори. По-високата осведоменост и разбиране за комплексните фактори, обуславящи рисковете за развитието на децата, би стимулирала и по-бързото насочване на детето и семейството към подкрепящата мрежа от услуги, която съществува и се развива. Това би

провокирало при наличната пасивност от страна на някои институции и специалисти, вкл. детските ясли и ОПЛ, своевременно да сигнализират, че детето има, или е в риск от забавяне на развитието, когато няма видими увреждания. От своя страна това би дало възможност на специалистите от социални, интегрирани и медицински услуги да се намесят и стимулират развитието на детето тогава, когато е времето и по начин, който е адекватен за всяко отделно дете.

Респондентите представиха една добра картина откъм наличие и разнообразие на социални, интегрирани и здравни услуги. Това видимо се дължи не само на съществуващите възможности, предоставени от национални програми и проекти, но и на активността на лидерите в тези сфери на местно ниво. Предвид проблемите с липсващите данни и информация, няма как да бъде установено със сигурност на този етап дали наличните услуги като брой и капацитет отговарят изцяло на потребностите на децата до 3-годишна възраст, а и нашите респонденти също не демонстрират яснота дали капацитетът на услугите, които управляват, развиват или наблюдават в общината е достатъчен спрямо потребността.

Респондентите сред специалистите говорят за липса на немедицински услуги, които да са достъпни за всички деца, като особено сериозна е липсата на терапевтични услуги и специалисти като логопеди, психолози, рехабилитатори и други терапевти. Услугите за дневна грижа и ранна детска интервенция също са недостатъчни за покриване на нуждите на всички деца с проблеми в развитието. Над половината от анкетираните от нас родители са заявили, че ползваните от тях услуги са организирани в частни практики, което е свързано от една страна с висока финансова тежест за семействата, а от друга – до невъзможност за ползване на услуги от страна на родители, които не могат да си го позволят. Всеки трети родител е срещал затруднения в намирането на услуги за подкрепа на детето си, като основните са свързани с липсата на услуги и специалисти, с качеството на наличните услуги и с липсата на информация.

Липса в палитрата от услуги е и алтернатива за отглеждане на дете, което се изписва от родилно отделение и временно няма възможност да остане с биологичните си родители. Има наличие на мобилни услуги в центровете за социални и интегрирани услуги, но липсват достатъчно мобилни услуги от здравната система в дома на пациентите. Респондентите посочват важността на патронажната грижа, но не демонстрират яснота как тя би могла да се възстанови като практика на фона на недостиг на професионалисти по здравни грижи, особено медицински сестри.

Въпреки разкритите и налични услуги, прави впечатление констатацията, че много от тях не са свързани помежду си и не комуникират. Представителите на здравната система са единодушни, че тази система не познава наличните социални и интегрирани услуги и ако определен специалист има познание, то това се дължи на лична инициатива. Ниска оценка на взаимодействието и координацията между системите дават и анкетираните родители. Това оставя впечатлението, че има наличие на интервенция в една част от развитието на детето без връзка с предходните фактори, както и с това, което следва в живота на детето и неговото семейство. Точно тази последователност хронологично в естествен синхрон с етапите на развитие на детето в ранна връзка е липсваща. Работата „на парче“ не постига висока ефективност за детето и влияе на мотивацията както на семейството, така и на отделните специалисти, които не могат да станат свидетели на ефекта от своя труд, но и на труда на други професионалисти от други системи.

Достъпът до адекватни и качествени здравни услуги за деца с увреждания и проблеми в развитието често означава значителни финансови разходи за техните семейства. Лечението на деца с увреждания включва ограничен брой посещения за проследяване на състоянието, които са стандартизирани и не отчитат нивото на тежест и това принуждава родителите да плащат допълнително за лечение и прегледи, както и някои медицински консумативи, които не се финансират от НЗОК. От анкетата за родители прави впечатление високият процент на деца с увреждания, които живеят в семейства, в които единият от родителите е безработен, както и с общ доход под 1000 лв. На много голяма част от семействата обаче се налага да посрещат значителни допълнителни финансови разходи около грижата за децата. Средният месечен разход на семейството за покриване на нуждите от дадени

услуги за едно дете с увреждане или забавяне в развитието е около 400 лв. на месец сред анкетираните родители. Тази финансова тежест е основен проблем за почти всички родители, на които се налага ползването на платени услуги.

Анализът също така отчита сравнително по-високи нива на детска смъртност в Пловдивска област, което налага допълнителни мерки за подобряване на достъпа и на качеството на здравните грижи по време на бременността, раждането и следродилния период. Общопрактикуващите лекари, които са и педиатри, са недостатъчно на брой, поради което се възпрепятства адекватното проследяване на детското развитие в ранна възраст в резултат на претоварването на ОПЛ и недостатъчно задълбочените познания по темата. Родителите нерядко ползват личния лекар единствено за получаване на медицински направления за прегледи при специалист. Има очакване ОПЛ да проследява детето и при идентифициран риск от забавяне на развитието, да подаде информация към ОЗД. В същото време ОПЛ смятат, че нямат подобен ангажимент. В здравната система е необходимо да се даде пространство на организиран диалог относно този проблем, както и по отношение на заявените от нашите респонденти тези за свръх-диагностициране, поставяне на фалшиви диагнози и други явления. Това би дало възможност за начертаване на обединени действия, етични параметри и интервенции, които да поставят детето и семейството в центъра на здравна система.

Друга бариера пред достъпа до услуги е ограничението ползването на някои социални услуги да става единствено с направление от ОЗД. Според респондентите, има нежелание за контакт с ОЗД от страна на някои родители. Според някои, децата, които са освидетелствани и са изложени на рискови фактори, при всички случаи трябва да стават случаи на ОЗД, по които да има системна работа, която да осигури координация на интердисциплинарната работа на трите системи – социална, здравна и образователна, така че детето и семейството да се радват на стимулираща грижа и подкрепа. За да се реализира това е необходимо, както да се работи върху образа на ОЗД сред родителите, така и – по-съществено – да се адресира проблема с огромната натовареност на социалните работници в отделите, ниското им заплащане и усещането за липса на удовлетвореност и престиж на професията им.

Ролята на детските ясли в насърчаване развитието на децата в ранна възраст не се оценява достатъчно, особено в случаите, в които децата имат незаинтересовани родители или родители с нисък капацитет. Изследователският екип откри почти пълна липса на деца с увреждания и идентифицирани проблеми в развитието в детските ясли, които бяха изследвани. Всички актуални изследвания посочват най-голям ефект на качественото образование и грижа за деца в ранна възраст именно при деца в уязвимо положение, а положението в Пловдив ясно сочи за изолиране на една ключова група деца от системата на детските ясли. Нагласата на специалистите, че родителите „предпочитат да си гледат такива деца вкъщи“, заедно с резултатите от анкетното проучване, в което родителите сочат сериозни затруднения в приема и достъпа до детските ясли и детски градини, сочат за проблеми с обхвата на децата, обект на това изследване. Проблем за родителите е съчетаването на работни ангажименти с полагането на грижи за тяхното дете, липсата на качествени услуги за дневна грижа, което поставя много семейства в зависимост от това единият родител да не работи и да се разчита само на един месечен доход за домакинството. В комбинация с високата финансова тежест и разходите за отглеждане на дете с увреждане или проблеми в развитието, семействата с такива деца са в много завишен риск от живот в бедност и социално изключване, с всички съпътстващи го явления и рискове (напр. разпад на семейството, насилие, отпадане от училище и др.), вкл. за развитието и благосъстоянието на детето.

По-голямата част от тези родители, които ползват услугите в детските ясли и детските градини дават одобрителни оценки по отношение грижата, която децата им са получавали там. Недоволството на родителите, посочили по-ниски оценки, е свързано изолацията на техните деца в тези институции и липсата на реално приобщаващо образование за тях. Причините за това се виждат в недостатъчния брой персонал, липсата и на специализиран такъв (логопед, психолог, специален педагог и др.), неподготвеност да се работи с деца с увреждания или проблеми в развитието или нежелание към тях да се прилага по-различен и индивидуален подход.

В същото време не се наблюдава връзка на специалистите от детските ясли и тези от социалните услуги по линия на работа с родителите. Подобна връзка би подобрила методите на въздействие на персонала на яслите с родителите и респективно би оптимизирала ефектите от ясления грижа върху развитието на децата, особено на тези в уязвимо положение, които впоследствие развиват усложнения и имат изоставане в развитието. В момента на изследването позицията на специалистите от яслите изглежда по-скоро пасивна относно средата, в която детето се развива извън заведението, отколкото проактивна. Специалистите от детските ясли подават сигнал към ОЗД единствено, когато детето има поведенчески проблеми или при ясни случаи на насилие.

Според резултатите от анкетното проучване сред родители, най-често за услугите, които ползват децата им, родителите са получили препоръки и информация в разговор с други хора в подобна ситуация. В не малко от случаите родителите сами намират нужната им информация за наличието и достъпа до определени услуги в Интернет или други източници на информация, а не чрез официалните институции или канали на здравната, образователната и социалната системи. Това е притеснително, тъй като се разчита изцяло на собствената инициатива на родителите, и ако у някои от тях липсва такава, детето попада извън обхвата на системите. Още повече, че лицата от уязвими групи и живеещите в бедност и риск от социално изключване имат далеч по-малко достъп до информация за наличните услуги, както и по принцип за ранното детско развитие. Под една трета от анкетираните родители разполагат с каквато и да било информация относно скринингови програми за ранно установяване на различни проблеми в развитието на децата.

Всяко дете е различно, както и всяко дете има равни права. Грижата за детето следва да поставя както правата, така и уникалните характеристики на детето в центъра. Дете-центрираният подход предполага идентифицирането на всички рискове пред цялостното развитие на детето, както и планирането на такива действия от страна на всички системи около детето, така че то да постигне своя пълен потенциал без оглед на различието в неговото/нейното състояние. Предвид ключовата роля на родителите в живота на детето, особено по отношение на най-ранната възраст, от особено значение е системите да прилагат семейно-ориентиран подход, който е неразделна част от дете-центрирания и не влиза в никакво противоречие с него. Прилагането на двата подхода през призмата на правата на детето би подобрило както оценката на развитието на детето, така и интервенцията за осигуряване на неговия най-добър интерес.

Препоръки

Настоящите препоръки се отнасят до действия, които могат да бъдат предприети на местно ниво в гр. Пловдив за осигуряване на по-пълна подкрепа за ранното детско развитие и гарантиране правата на всички деца, особено децата с увреждания и проблеми в развитието на възраст 0-3 г. Подчертаваме, че това са препоръки за политики и мерки на местно ниво. От анализа произлизат редица находки, които насочват към мерки, които е необходимо да бъдат предприети на национално ниво, за да се подобри ситуацията навсякъде в България, вкл. в Пловдив. Тези находки са изведени както в самия анализ, така и в обобщението на изводите по-горе, но тъй като са от компетенциите на националните власти, а не на местните органи, те не са изложени тук. Такива например са мерките за разширяване на пакета от прегледи и изследвания за неосигурените бременни жени, който се покрива от НЗОК, разширяване на пакета услуги за обследване на цялостното развитие на деца до 3-годишна възраст от страна на ОПЛ, за увеличаване на възнагражденията на социалните работници в системата за закрила на детето или за въвеждане на патронажна грижа. Списъкът с препоръки, който следва, е изцяло в компетенциите на заинтересованите страни на местно ниво в гр. Пловдив.

- **Изработване и внедряване на политика на Община Пловдив за ранното детско развитие, която да гарантира достъпа на всички деца, с особен акцент върху децата с увреждания и рискове от забавяне на развитието, до услуги за подкрепа на тяхното здраве, ранно учене, сигурност и безопасност, и пълноценно развитие.**

- **Създаване на общинска система за събиране и обработване на данни за децата в ранна възраст, която да се внедри сред всички обекти (услуги, ОПЛ, болнични заведения, детски ясли, детски градини), които детето в ранна възраст и семейството му срещат по пътя си.**

Тази система следва да представлява базата, на която се изработва общинската политика за ранното детство.

• Разширяване на мрежата от социални и интегрирани услуги, насочени към децата на възраст 0-3 г. с увреждания или проблеми в развитието, и в частност услугите за ранна детска интервенция и терапевтичните услуги.

• Пилотиране на практика за цялостно обследване на децата с увреждания или риск от затруднения на развитието в периода на ранното детство, чрез единен диагностичен център, който може да насочва към услуги и да играе ролята на координиращо звено между специалистите, участващи в грижата и подкрепата за детето и родителите. Тази практика се препоръча от част от респондентите като решение на разпокъсаността на системите, като ясно се подчертава нуждата от координиращо и обединяващо звено на множеството експерти и институции, които имат роля спрямо развитието на детето. От особено значение е да се създаде работещ координационен механизъм, в който да участват както здравните специалисти, така и социалните и образователните, наред с органите за закрила при необходимост.

• Преразглеждане на жилищната политика на Община Пловдив и актуализиране на критериите за предоставяне на общинско жилище, съобразявайки се с характеристиките на населението в риск и поставяйки акцент върху семействата с малки деца.

• Разкриване на места за психолози и социални работници в болничната помощ, което ще осигури по-добра комуникация с родителите и ще подобри обслужването на децата с увреждания и проблеми в развитието.

• Разширяване на алтернативните и заместващите грижи за деца с увреждания, вкл. дневна и почасова грижа, за облекчаване на семействата и повишаване на възможностите за трудова заетост на родителите.

• Осигуряване на функционираща система за мониторинг и оценка на въздействието на социалните услуги за деца с увреждания и проблеми в развитието, с отчитане на обратната връзка от родителите.

• Осигуряване на обучителни курсове за персонала в детските ясли и детските градини за разпознаване на симптоми за забавено развитие при децата, придобиване на умения за партниране с родители и познания за правата на децата и принципите на приобщаването и недискриминацията.

• Създаване на условия за индивидуален подход към грижите за деца с увреждания и проблеми в развитието в детските ясли, което предполага по-малки групи деца, специализиран персонал и наличие на система за оценка на качеството на грижата, с отчитане на обратната връзка от родителите.

• Провеждане на информационна кампания на местно ниво и изработване на информационни материали за родители за ранното детско развитие, вкл. неговите етапи, рисковете за развитието на детето, услугите и специалистите, към които могат да се обърнат.

• Провеждане на съвместни обучения за правата на децата в ранна възраст сред представители на здравната, образователната и социалната системи, както и за ролите и отговорностите на всички страни спрямо децата и семействата.

• Създаване и ресурсно обезпечаване на мрежа от професионалисти от всички системи около детето и семейството, която автентично да обособи методите за постигане на висо-

ко ниво на координация, обмен на ифформация, пилотиране на нови методи на интервенции и гарантиране участието на тази мрежа в прилагането на местната политика за ранно детско развитие.

• Формиране на механизъм за активно гражданско участие в създаването, прилагането и мониторинга на политиката на Общината за ранното детско развитие, което да подобри осъзнаването, ангажираността, инвестициите на всички налични ресурси на общността, включително и да ги фокусира в инвестиции в ранното детство.

Подкрепата за фондация „За Нашите Деца“ е осигурена от фондация „Тръст за социална алтернатива“.
Изявленията и мненията, изразени тук, принадлежат единствено на фондация „За Нашите Деца“ и не отразяват непременно вижданията на фондация „Тръст за социална алтернатива“ или нейните партньори.