

КОНЦЕПЦИЯ ЗА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ НА ДЕЦАТА ОТ ДОМОВЕТЕ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ

I. КОНТЕКСТ НА ПРОЦЕСА НА РЕФОРМА В ДОМОВЕТЕ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА (ДМСГД).....	2
1. В изпълнение на Националната стратегия ”Визия за деинституционализация на децата в Република България”	2
2. Основни групи проблеми, свързани с настаняване на деца в ДМСГД	3
3. Ситуацията към момент:.....	4
II. ЦЕЛИ	5
III. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ПОДХОДИ В ПРОЦЕСА НА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ В ДМСГД.....	5
IV. ПОДГОТОВКА И ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ЦЯЛОСТНА ПРОМЯНА В ГРИЖИТЕ И УСЛУГИТЕ ЗА ДЕЦА ДО 3 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ И ТЕХНИТЕ СЕМЕЙСТВА.....	6
А. Реформата в сферата на ДМСГД.....	6
Б. Необходимият набор от услуги:	6
В. Изборът на пилотните ДМСГД	9
Г. Разработване на планове за закриване на ДМСГД	10
Д. Критерии за избор на пилотни домове – ДМСГД: изброените критерии следва да са кумулативно дадени	11
V. ПИЛОТЕН ПРОЕКТ ЗА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ НА ДЕЦАТА ОТ 5 - 10 ДМСГД.....	11
ПРИЛОЖЕНИЕ I.....	16
ЕФЕКТИТЕ ОТ ОТГЛЕЖДАНЕТО НА ДЕЦА ДО 3 ГОДИНИ В ИНСТИТУЦИОНАЛНА ГРИЖА В НАУЧНАТА ЛИТЕРАТУРА.....	146

I. КОНТЕКСТ НА ПРОЦЕСА НА РЕФОРМА В ДОМОВЕТЕ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА (ДМСГД)

България през последните години осъществява промяна от институционален тип грижи за деца в риск към грижи, приоритетно ориентирани към семейна и близка до семейна среда. Волята за реализиране на този процес от всички ангажирани отговорни ведомства, институции и НПО намери израз в редица законови и подзаконови нормативни актове, както и в успешни иновативни практики. В Закона за закрила на детето, като основополагащ нормативен документ за защита правата на децата, настаняването на дете в риск в институция е определено като крайна мярка, с временен характер. Въпреки това, броят на постъпващите в институции деца на ранна детска възраст остава тревожно висок. Съгласно ежегодното проучване на ДАЗД през 2009г. 2017 деца до 3 годишна възраст са постъпили в ДМСГД, от тях 943 или 47% са новородени. За Отделите за закрила на детето (ОЗД), както и за родителите на дете в риск в повечето случаи липсват алтернативи, различни от дома. На практика системата от институционална грижа остава широко отворена. Средният престой на децата е дълъг и в голяма степен те са обречени на институционална грижа до пълнолетие, което е свързано с многократни премествания от дом в дом, съобразно възрастта.

Въпреки 10 годишното развитие на алтернативните форми на семейна грижа за деца в риск от изоставяне, към момента все още първото настаняване на децата до тригодишна възраст е в ДМСГД. Като причина за това, също така може да се посочи, че на този етап няма развити услуги. Попаднали веднъж в системата на институционална грижа, извеждането и настаняването на децата в семейна среда става по-трудно и времеемко.

1. В изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България”¹ приета от Министерски съвет на 24.02.2010г. стартира процес на закриване на домовете за деца в България (включително ДМСГД), който се основава на **няколко основни факта:**

- Децата от 0 до 3 – годишна възраст са най-уязвимата група деца и по причини на своята физическа и психическа безпомощност се нуждаят най-много от постоянни грижи и любов от значим за тях възрастен. Вече съществуват неоспорими факти и доказателства за емоционалното увреждане и забавяне на развитието на децата в тази възраст, настанени в домове и разделени от семействата си. Множество международни изследвания показват, че отглеждането на деца до 3-годишна възраст в институции има трайно негативно въздействие върху тяхното развитие².

¹ В изработването на документа бяха включени експерти от неправителствени организации. Окончателният вариант на документа бе публично обсъден с 23 български неправителствени организации и уницеф (11 декември 2009).

² С.Нелсън и С. Кога 2004г., ”Въздействията на институционализацията върху развитието на мозъка и поведението при малки деца.” резултати от проекта в Букурещ за ранна интервенция). Повече литература по въпроса е описана в Приложение 1.

- Съгласно Националната стратегия „Визия за деинституционализацията на децата в Република България” настаняването и отглеждането на деца от 0 до 3 години в резидентна грижа от всякакъв тип ще приключи след реформата, която ще се реализира в преходния период от 15 години.

- В България е стартирал процес на развитие на алтернативна семейна грижа – настаняване при близки и роднини и приемна грижа. Към края на месец юни 2010 г. г. има 475 приемни семейства, в които са настанени 417 деца. В приблизително половината области от страната има развити екипи по приемна грижа.

- Домовете за медико-социални грижи за деца употребяват значителен материален, финансов и човешки ресурс, разположени са предимно в областни центрове. Преобладаващият персонал, който работи пряко с децата, са лекари, медицински сестри и акушерки. Поради това и Домовете за медико-социални грижи за деца предлагат грижа, ориентирана предимно към медицинския модел - задоволяване на физическите и здравни потребности на децата.

- За финансиране на ДМСГД за 2009 г. държавата е отделила 31 181 505 лева. За същия период размерът на приходите от дарения в пари и натура в тези домове е 1 358 086 лв. Същевременно в тях са пребивавали 2334 деца. Средната месечна издръжка от държавния бюджет за едно дете е 963,82 лв. Дневната издръжка на дете в ДМСГД през 2009 г. възлиза на 32,12 лв. на ден. Същевременно помощта за превенция на изоставянето е само правна възможност и често не се предоставя на семействата, за да се справят с бедността. Помощта към родителите на деца с увреждания е около 300 лв. на месец, издръжката на дете в приемно семейство е около 230 лв., а заплатата на приемно семейство достига максимум 420 лв.

- Детска и майчина смъртност

- Статистическите данни за детска смъртност - 2009г .

- Раждаемост -10,7/1000;

- Детска смъртност /ДС/ до 1 година- 9,0/1000;

- Перинатална ДС -11,3/1000;

- Неонатална ДС – 5,4 /1000;

- Постнеонатална ДС -3,6 / 1000

- Статистическите данни за майчина смъртност -2008г.

- Починали 12 родилки, т.е. 14/100 000 живородени бебета

2. Основни групи проблеми, свързани с настаняване на деца в ДМСГД, са:

- ✓ социално-икономически проблеми в семейството, при което то няма средства и ресурси за отглеждане на децата си;

- ✓ деца на самотни родители и многодетни семейства, които нямат умения, капацитет и нагласа да полагат грижи за децата си;

- ✓ здравословно състояние на децата, при което се изисква постоянно медицинско наблюдение и невъзможност на семейството да осигури необходимите условия в дома си;

- ✓ насилие в семейството;

- ✓ преждевременно родени и недоносени бебета;

- ✓ раждането на нежелано от майката/семейството й дете.

Ежегодните анализи на състоянието на децата от специализираните институции за деца от 0 до 3 годишна възраст потвърждават извода, че през годините най-застрашени от настаняване извън семейството са децата с един родител, следвани от децата на безработни родители и децата от многодетни семейства.

Националното проучване на ДАЗД показва, че и през 2009 г. преобладаващата част от децата, намиращи се в специализирани институции, имат семейство и са настанени поради невъзможност да бъдат отглеждани в семейна или близка да семейната среда. Едва 0,7% от децата, настанени в ДМСГД към края на 2009 г. са пълни сираци.

Основните фактори, които обуславят настаняването на децата от семейства в неравностойно социално положение в специализирани институции са трудностите, които родителите срещат при отглеждането им (икономически, психологически, социални), съчетани с липсата на достатъчно алтернативни на институционалната грижа услуги, които да подкрепят семействата в отглеждането на децата им, особено на деца с увреждания.

3. Ситуацията към момента:

В края на 2009 г.:

- в страната има 32 ДМСГД с капацитет 3 910 места;
- в тях на институционална грижа по реда на ЗЗД са настанени 2334 деца. От тях, деца без увреждания и/или хронични заболявания са 1260 деца. Това най-често са деца на самотни родители, от бедни и многодетни семейства. Останалите 1 074 деца имат увреждане и/или хронично заболяване;
- През годината в тях са постъпили 2017 деца, като от тях 943 са от родилно отделение;
- Напуснали са институцията 1896 деца, от които 83 са починали (3,5% от всички деца в ДМСГД). Прави впечатление, че има домове, в които делът на починалите деца е около 9% - Стара Загора и Бургас;
- Към 6 от ДМСГД функционират отделения за недоносени бебета. Капацитетът им е 140 места и към 31 декември 2009 г. има 50 недоносени бебета.
- В ДМСГД са работили 2918 души по щатно разписание, от които медицинският персонал е 1520. От тях 159 са лекари – 1 лекар на 15 деца;
- Престоят на децата е от няколко месеца до над 3 години, като има ясна разлика между отделните ДМСГД – има такива, в които повечето от децата престояват до 1 година (Тетевен, Шумен, Широка Лъка, Пазарджик и др.) и такива, в които повечето деца престояват над 3 години (Стара Загора и Бузовград);
- Домовете отчитат значителен брой на деца с увреждания и хронични заболявания. Няма данни обаче дали тези заболявания са налични при постъпването на децата. Прави впечатление и че домове с еднакъв дял на деца с увреждания и хронични заболявания имат коренно различен профил по отношение на продължителността на престоя на децата и процента на детската смъртност – Бургас и Варна, например;
- Формално, профилът на домовете се задава и от наличието на специализирани отделения и социални услуги – отделения за недоносени деца има в 6 ДМСГД, дневни центрове и други услуги има в 19 ДМСГД. Редки са случаите, в които децата от ДМСГД ползват налични социални услуги в общността извън сградата на ДМСГД.
- Процесът на деинституционализация в системата на ДМСГД стартира едновременно с периода на разработване на **Областни стратегии на социални услуги** в цялата страна. Всички Областни стратегии трябва да бъдат одобрени от Областните съвети за развитие до 31 октомври 2010 г. Те се изготвят на базата на анализ на ситуацията (нужди и ресурси) и в съответствие с националните приоритети в сферата на социалните услуги и социалното включване. Областните стратегии за социални услуги ще отговарят на политиката на правителството за деинституционализация и на

Визията, приета през 2010 г. Те ще бъдат за период от пет години – от 2011 до 2016 години.

II. ЦЕЛИ

В изпълнение на Националната стратегия „*Визия за деинституционализация на децата в Република България*”, до 2020 г. за всички уязвими деца и техните семейства в България трябва да бъдат осигурени услуги в общността, които са с високо качество и отговарят на техните индивидуални нужди. Отделянето на децата от техните семейства ще става само при необходимост и в най-добрите интереси на детето, както е определено в Конвенцията на ООН за правата на детето. Практиката за отглеждане на децата в специализирани институции трябва да бъде прекратена.

1. Дългосрочните цели в реформата в системата на ДМСГД са насочени в посока на:

- Създаване на услуги за превенция на настаняването на деца до 3 годишна възраст извън семействата им и развиване на алтернативна семейна грижа за децата, които биват разделяни от своите семейства;
- Замяна на ДМСГД с нови интегрирани здравно-социални услуги в общността за подкрепа на семействата на малки деца и с особено внимание към децата с увреждания.

2. Краткосрочни цели:

Разработване и реализиране на проекти, ориентиран към осигуряване на интегрирани здравно-социални услуги.

III. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ПОДХОДИ В ПРОЦЕСА НА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ В ДМСГД.

- Всички действия трябва да са насочени към осигуряване на най-добрия интерес на детето;
- Първоначално всички действия трябва да са насочени към осигуряване на правото на детето да живее в биологичното си семейство, а при невъзможност - в семейна среда или в близка до семейната среда;
- Отдаване на приоритет на услугите и мерките за подкрепа на биологичните семейства пред услугите за заместване на семейната грижа;
- Осигуряване на ранна интервенция в подкрепа на децата с увреждания и техните семейства с цел предотвратяване на изоставянето им;
- Децата, напускащи ДМСГД трябва да бъдат извеждани в семейна среда – с предимство в тяхното родно, а при невъзможност – в алтернативни семейства на близки и роднини, осиновители и/или приемни семейства;
- Настаняването на деца от ДМСГД в алтернативна семейна грижа трябва да бъде извършвано максимално близко до техните биологични семейства, освен ако интересът на детето не изисква друго;
- Извеждането на дете от ДМСГД да не бъде извършвано без оценка на потребностите и план за действие, както и оценка на семейната среда и възможността детето да бъде отглеждано в родното си семейство;
- При всички форми на настаняване на дете в семейна грижа, да продължи поддържането на контакт между детето и биологичното му семейство, освен ако интересът на детето не позволява това;
- Братята и сестрите трябва да се събират и отглеждат заедно;
- В никакъв случай деинституционализацията на дете да не включва преместване на деца от една специализирана институция в друга такава;

- Децата до 3 годишна възраст да не бъдат настанявани в резидентна грижа след преходния период;
- Планирането и закриването на ДМСГД, както и заместването му с нови услуги да бъде синхронизирано с прилагането на областен подход и разработените областни стратегии;
- Планирането и предоставянето на услуги да бъде съобразно потребностите на децата и семействата от общността;
- Изграждане на мрежа от партньорства на местно ниво, с участието на всички заинтересовани страни;
- Подкрепа на персонала за развитие на професионалната квалификация и умения в съответствие с новите изисквания и стандарти.

IV. ПОДГОТОВКА И ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ЦЯЛОСТНА ПРОМЯНА В ГРИЖИТЕ И УСЛУГИТЕ ЗА ДЕЦА ДО 3 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ И ТЕХНИТЕ СЕМЕЙСТВА

А. Реформата в сферата на ДМСГД стъпва на следните допускания:

- От здравите 1443 деца, с подкрепящи услуги, приблизително 50% могат да отидат в семействата си (720) – реинтегрирани. Ето защо има нужда да се осигури помощ за около 720 деца и техните семейства; другата половина от децата могат да бъдат осиновени или настанени в приемни семейства.
- С направление за седмична и дневна грижа към 31 декември 2009 г. социални услуги в тези домове ползват 535 деца.
- От тях 43 са с направление за седмична грижа и 492 са с направление за дневна грижа.
- Осем от децата, ползващи дневни и седмични услуги в ДМСГД, са здрави деца – без увреждания и/или хронични заболявания.
- Следователно 99% от децата ползващи седмична/дневна грижа в домовете за деца от 0 до 3 години са с различни заболявания и/или увреждания, живеят в семействата си и се нуждаят от почасови и дневни услуги.

Закриването на ДМСГД изисква осигуряването на интегрирани здравно-социални и социални услуги по превенция на изоставянето и реинтеграция, алтернативна семейна грижа и здравни услуги за гарантиране здравето на децата от рискови групи, особено на децата в ранна детска възраст. В съответствие с Плана за действие на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Р. България” е планирано да бъдат реализирани няколко големи институционални проекта, насочени към развитието на необходимия набор от услуги, които да заменят ДМСГД и да осигурят превенция на изоставянето и реална деинституционализация на децата от 0-3.

Б. Необходим набор от услуги:

Услуги за подкрепа и превенция:

1. Семейно-консултативен център/комплекс от услуги:

1.1. Семейно консултиране и подкрепа, включително и семейно планиране, консултации за бременни и майки с деца – специално насочено към рискови групи;

1.2. Ранно идентифициране на риск от изоставяне – идентифициране, наблюдение и подкрепа по време на бременността и след раждането;

1.3. Формиране и развитие на родителски умения – групи за бременни майки и бъдещи бащи, „Училище за родители”, дейности тип „Общностен център за малки деца”, индивидуална работа;

1.4. Ранна интервенция - подкрепа при идентифицирано увреждане на детето;

1.5. Услуги за ранна интервенция, включително на ниво родилен дом за превенция на изоставянето;

1.6. Около 50% от децата, настанени в институциите през 2009г. са от ромски общности, поради което ще има нужда от специални медиатори, избрани от ромските общности.

1.7. За децата с увреждания ще се предлагат услуги от мултидисциплинарни екипи, които ще съдействат на семейната грижа.

Посочените по-горе услуги могат да бъдат разположени в общ комплекс от услуги (включително и с мобилни услуги), както и да представляват разширения на вече съществуващи услуги като: Център за обществена подкрепа, Дневен център за деца с увреждания и други.

2. Звено майка и бебе – необходимо е по едно звено в областен град. Към момента в страната са изградени и функционират 10 услуги от този тип. Необходимо е изграждането на 18 нови.

3. Дневна грижа – 30 места на област, необходимо е да бъдат разкрити допълнителни групи в детски градини и ясли; заместваща грижа – почасова и дневна грижа за деца с увреждания, в помощ на родителите; фамилни центрове; детегледачки. Около 30 деца за област могат да имат нужда от някаква форма на подкрепяща грижа/услуга, за да могат техните родители да работят или почиват. Тази подкрепяща грижа може да бъде осигурена чрез услугата „личен асистент” и увеличаване на местата и ресурсите на яслите и детските градини, с цел осигуряване на разпространението им в региона.

Услуги за спешна закрила

1. Специализирана приемна грижа

1.1. За малките бебета е препоръчително да бъдат настанени в семейна среда. Ето защо ще бъдат необходими 10 **Специализирани приемни семейства за спешен прием на бебета** (СПС) средно за област. Специализираните приемни семейства за спешен прием трябва да бъдат обучени да се грижат и за малки бебета с лека до средна степен увреждане.

2.3. От децата с увреждания, намиращи се в ДМСГД, приблизително 60% могат да отидат в **Специализирана приемна грижа за деца с увреждания** (360). Това изисква 360 специализирани приемни родители (13 за регион).

2. Заместваща семейна грижа

2.1. От 1443-те деца без увреждания, 50% могат да бъдат настанени в **приемно семейство с перспектива за реинтеграция или осиновяване** (720). Ето защо, има нужда от около 700 приемни родители за бебета (или 25 приемни родители за област)

2.2. Данните от ежегодното изследване на ДАЗД на специализираните институции за деца в страната показват, че през 2009 г. повече от 800 деца са били осиновени (611 деца в България и 227 в чужбина).

3. Заместваща приемна грижа – по пет приемни семейства за заместваща грижа за област;

4. Звена за приемна грижа – за развитие на приемната грижа във всяка област – подбор, обучение, оценка и подкрепа на посочения по-горе брой приемни родители, са необходими специализирани екипи, предоставящи услугата приемна грижа. Те могат да бъдат обособени като областни центрове по приемна грижа. Необходим е поне един център във всяка област.

5. Звена за подкрепа на осиновяването - за обучение и подкрепа на кандидат-осиновители и осиновители, могат да се използват специализираните екипи, предоставящи услугата приемна грижа. Ще се предлагат услуги по превенция на разсиновяването.

Специализирана резидентна грижа

1. Малки групови домове - от децата с увреждания, приблизително 15% (160) ще имат комплексни увреждания и/или хронични заболявания, които затрудняват намирането на подходящи приемни семейства. За тези деца може да се изисква някаква резидентна грижа, която е с временен характер до намиране на трайна семейна форма на грижа. Ето защо ще са необходими максимум 20 Малки групови домове за малки деца с тежки увреждания.

2. Спешни кризисни и консултативни центрове за бременни и майки с деца, жертви на насилие (КЦ и Звено/а за спешен прием към ЦОП) с капацитет 10 места, по един за област.

Център за майчино и детско здраве

- **Детски консултативно – лечебен кабинет** за системно проследяване на здравословното състояние, физическото и психомоторно развитие на кърмачето и малкото дете. Дейности по лечение и предотвратяване на детската заболеваемост, смъртност, negliжиране в семейството и други рискове в ранна възраст – екип от педиатър, детска сестра, психолог. Необходим среден капацитет от 1000 - 2000 случая на година на област.

- Позициониране на **отделения за недоносени деца и деца с ниско тегло** (6 в цялата страна) от ДМСГД в структурата на съответните областни МБАЛ. В отделенията да се осигурят възможности майката да не се отделя от детето по време на престоя му в болницата;

- **Ранна здравна интервенция за деца с увреждания** – медицинска рехабилитация, информиране и консултиране на родителите. Комплекс за ранна диагностика и подкрепа на деца с увреждания и техните семейства – целта е подкрепа на семейството за ранна диагностика и последващо своевременно лечение на увреждането, обучение на семейството за обгрижване на болното дете. Центърът може да осигурява медицинско наблюдение и на децата от Малките групови домове. Екип от педиатър, детска сестра, психолог, логопед, кинезитерапевт, рехабилитатор - необходим среден капацитет от 1000 - 2000 случая на година на област.

- **Център за здравна подкрепа на бременни и майки в риск** (целевата група са непълнолетни майки и бременни, бременни от малцинствените общности, бременни със зависимости, HIV и т.н.).

- **Мобилни здравно-социални услуги**, предоставяни от профилактичния център за майчино и детско здраве. Екипите ще осигуряват медицински манипулации при необходимост, рехабилитация и кинезитерапия в дома на пациента.

Една част от тези услуги ще бъдат разкрити в сградата на ДМСГД, но повечето от тях ще бъдат разкрити на различни места в областите и ще обслужват както деца до 3-годишна възраст, така и над тази възрастова граница.

Център за психично здраве за деца и юноши - предоставя психиатрични и психотерапевтични грижи на деца и юноши с психични разстройства и психологическа подкрепа за техните семейства; персоналът включва мултидисциплинарен екип под ръководството на детски психиатър, специалисти с компетентност по детска психиатрия, детска психология, психотерапия и социална рехабилитация - 5 за цялата страна.

Закриването на ДМСГД ще се извърши постепенно в период от 15 години. На първия етап ще бъдат закрити най-малко 5 ДМСГД с използване на финансиране от европейските фондове.

Пилотните проекти предвиждат закриване на 5 – 10 дома за медико-социални грижи за деца в периода 2011г. – 2016г.

Паралелно с това, с въведените нови мерки и програми за семейна подкрепа, както и с работата на услуги, насочени към превенция на настаняването на деца и извеждането на настанени деца, ще тече процес на реформа и във всички останали ДМСГД. Ще бъдат търсени допълнителни финансови средства за закриване на възможно най-голям брой ДМСГД.

В. Изборът на пилотните ДМСГД ще стъпи на процес, който ще включва описаните по-долу стъпки:

1. Анализ на причините за настаняване на децата в ДМСГД

- да се определят причините, поради които децата от 0-3 годишна възраст се настаняват в домове;
- да се изведе средносрочния престой на децата в институцията;
- да се определят причините, поради които децата не се реинтегрират;
- да се определят причините, поради които децата не се настаняват в алтернативна семейна среда – осиновители и приемни семейства;
- да се определят причините поради които децата се преместват в друга институция, при навършване на тригодишна възраст.

2. Анализ на състоянието на децата – преглед и актуализиране на оценката на децата и плана за действие с оглед идентифициране на подходящите услуги за конкретни деца, настанени в ДМСГД.

Това включва преглед и анализ на:

- потребностите на децата;
- обективното им състояние към момента;
- социален статус, оценка на родителския капацитет, поддържане на лични отношения с родното и разширено семейство или други значими за детето възрастни.
- определяне на подходящите услуги, съответстващи на индивидуалните нужди на детето.
- актуализиране на плана за действие и плана за грижи въз основа на прегледа и анализа на оценката на детето.

3. Анализ на наличните здравни и социални услуги в областта, вкл. и готовността за промяна в общността

Разработване на карта на наличните здравни и социални услуги в областта, включваща описание на услугата – дейности, населено място, където се предоставя, капацитет на услугата, заетост, възможности за прием на нови деца в услугите, други ресурси от общността в подкрепа на деинституционализацията.

4. Анализ на ресурсите на ДМСГД

Описание на ресурсите на специализираната институция:

4.1. Информация за персонала, включваща описание на: щатен брой персонал, вид – административен, специализиран, обгрижващ и обслужващ, квалификация, професионален опит, преминали курсове за повишаване на квалификацията в областта на работа с деца и семейства, детско здраве, участие в проекти и др.

4.2. Информация за сградата, района - инфраструктура, материална база, технически средства, брой и тип детски и образователни институции, здравни и лечебни заведения и др.

На базата на общия анализ на нуждите на рисковите групи и необходимите услуги за тяхното покриване ще бъдат планирани и създадени:

- услуги за превенция на изоставянето на деца;
- услуги за ранна интервенция;
- услуги за извеждането на деца от ДМСГД;
- начинът на използване на ресурсите на ДМСГД – материални и човешки.

Тъй като в някои случаи децата в ДМСГД са от различни области, в процеса на изготвяне на плановете за закриване на ДМСГД, трябва да има национална координация от АСП и МЗ, така че за всяка област да се планират услуги за реалния брой бебета, настанени в ДМСГД от нейна територия, както и в риск от изоставяне.

Г. Разработване на плановете за закриване на ДМСГД

Планът за закриване на специализирана институция включва:

1. Дейности с децата – актуализиране на оценките на децата, работа с родителите и семействата за реинтеграция, нястаняване на децата в семейства на близки и роднини, приемни семейства и осиновяване, преместване в нови услуги от резидентен тип, подобряване качеството на грижа за децата, подготовка на децата за преместване в новите форми на грижа, разработване на плановете за напускане на дома и други документи, съгласно разработените индивидуални плановете за действие;

2. Постепенно намаляване на капацитета на специализираната институция, конкретно разписано във времето;

3. Дейности за персонала – обучения - въвеждащи и надграждащи, супервизия, специализирани модули за процедурата по приемна грижа, очаквани срокове за намаляване на броя на персонала, пенсиониране и пренаемане на персонала;

4. План за бъдещето на материалната база – конкретен бизнес план с дейности, срокове и ресурси за трансформиране на материалната база и развитие на нови услуги.

Предвижда се, след приключване на процеса на деинституционализация на ДМСГД новосъздадените социални услуги да бъдат децентрализирани към общините и да бъдат финансирани като държавно делегирани дейности.

Необходимо е да се разработи ясен финансов механизъм, който да гарантира, че средствата за издръжка на съществуващите към момента специализирани институции ще се насочат целево към новите услуги, които ще се разкрият в рамките на проектите по плана за действие и започнат да функционират като делегирани от държавата дейности, когато приключи финансирането им по ОПРЧР,

Д. Критерии за избор на пилотни ДМСГД: изброените критерии следва да са кумулативно дадени

1. ДМСГД да е в областен град с добра социална инфраструктура.
2. Да има разбиране и готовност за деинституционализацията в ръководството/персонала на дома.
3. Общината да е ангажирана с каузата за деинституционализация и да има готовност за партньорство;
4. В дома да са настанени деца с увреждания и без увреждания, но да не преобладават децата с увреждания.
5. В областта да има домове за деца с увреждания, които ще бъдат закривани в рамките на проект „Детство за всички“;
6. Наличие на услуги по семейна подкрепа в областта – изградени и работещи Център за обществена подкрепа в различни общини в областта.
7. Наличие на алтернативна семейна грижа в областта – приемна грижа.
8. ДМСГД е в град, в който съществуват специализирани медицински практики за диагностика и лечение и рехабилитация на деца с увреждания и заболявания.
9. Броят на настанените деца да не е прекалено малък или прекалено голям (между 40 и 100).
10. Децата да бъдат от различни етнически общности.

При стартиране на пилотните проекти, ще се спре настаняването на децата от други области, за да може чрез проектите да се осъществят дейности, насочени към идентифицираните целеви групи в областта:

Изборът на пилотните ДМСГД ще се осъществи от МЗ в партньорство с МТСП, ДАЗД и АСП след анализ на ситуацията и по избор по горните критерии. От април до октомври ще се осъществява и процес на областно планиране на социални услуги, в рамките на който до юни месец ще бъде извършен анализ на ситуацията във всички области в страната. Двата процеса е възможно да бъдат консолидирани и взаимно-допълващи се. На базата на критериите ще бъде оформен списък от 5 - 10 ДМСГД, за които приоритетно ще бъдат изготвени планове за закриване.

V. ПИЛОТЕН ПРОЕКТ ЗА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ НА ДЕЦАТА ОТ 5 - 10 ДМСГД

Пилотният проект ще интегрира планирането и прилагането на конкретни и ефективни мерки за реална деинституционализация на децата от 0-3

годишна възраст /децата, настанени в ДМСГД и децата от общността в риск от изоставяне/. Чрез проекта ще се планират и реализират интегрираните услуги, описани в Проект №2 и Проект №3, от Плана за действие за изпълнение на Визията за деинституционализация на децата в Република България. Услугите и мерките е необходимо да бъдат развити едновременно в рамките на един интегриран проект. Само чрез паралелното осигуряване на здравни и социални услуги по превенция на изоставянето и услуги, осигуряващи алтернативна и близка до семейната среда, може да се осъществи реална деинституционализация на децата от ДМСГД и да се ограничи ефективно “входа” на деца към институционална грижа.

Услугите, които следва да бъдат развити:

- **Услуги за подкрепа и превенция** - Семейно – консултативен център / комплекс от услуги, Звено „Майка и бебе”, Дневна грижа.
- **Услуги за спешна закрила** –специализирани приемни семейства за спешен прием на бебета.
- **Заместваща семейна грижа** – приемна грижа за бебета и специализирана за деца с увреждания, заместваща приемна грижа, осиновяване, звена за развитие на приемната грижа и подкрепа на осиновяването
- **Специализирана резидентна грижа** – Малки групови домове за деца с тежки увреждания, спешни кризисни и консултативни центрове за бременни и майки с деца, преживели насилие (КЦ и Звено за спешен прием към ЦОП).
- **Здравно – социални услуги** – Център за майчино и детско здраве и Център за психично здраве за деца

Проектът ще се изпълнява от Министерство на здравеопазването и Агенцията за социално подпомагане.

Обща цел:

Да се реализира устойчив модел за трайна деинституционализация на децата от 0 до 3 годишна възраст, настанени в ДМСГД и/или в риск от изоставяне.

Специфичните цели са насочени към:

- ⇒ Реализиране на модели за качествена грижа за децата от 0 до 3 годишна възраст, приоритетно ориентирани към биологичното семейство или алтернативна семейна среда.
- ⇒ Прилагане на модели за ранна интервенция, с цел предотвратяване на изоставянето на деца в ранна детска възраст и настаняването им в резидентни услуги.
- ⇒ Прилагане на модели за ранна интервенция в подкрепа на деца с увреждания и техните семейства.
- ⇒ Развиване на социални услуги в общността, включително резидентни за деца с увреждания на възраст от 0 - 3 години.
- ⇒ Реализиране на иновативни модели на интегрирани здравно- социални услуги и услуги за психично здраве.

Допустими бенефициенти:

МЗ и АСП

Допустими целеви групи:

Деца от 0 - 3 години, настанени в избраните за пилотни ДМСГД.

Деца от общността на възраст 0- 3 годишна възраст, в риск от изоставяне и техните семейства.

Специализирания персонал, ангажиран с грижите за децата в пилотните ДМСГД.

Общини, доставчици на социални услуги, медицински персонал, ДСП и ОЗД.

Допустими дейности:

1. Основни анализи - анализът на причините за настаняване на децата, анализ на състоянието на децата, анализ на наличните здравно-социални услуги в областта, вкл. и готовността за промяна в общността, анализ на ресурсите на ДМСГД.

2. Идентифициране на подходящите услуги – идентифициране на подходящи форми на интегрирани услуги, които да бъдат създадени за всяко едно от децата, настанени в ДМСГД, включително и преглед на съществуващите услуги в областта.

3. Разработване на комплексен анализ с препоръка за разкриване на конкретни услуги, който е част от плана за закриване на ДМСГД .

4. Дейности по повишаване на квалификацията на специалистите, работещи в областта по отношение на политиките за превенция и ранна интервенция.

5. Дейности за мотивация и запознаване на заинтересованите страни за подкрепа на процеса.

6. Развиване на набор от услуги за превенция на изоставянето на деца .

7. Развиване на услуги, които да осигурят алтернативна семейна или близка до семейната среда на настанените деца в ДМСГД.

8. Развиване на здравно-социални услуги за детско, майчино и психично здраве.

Интегриран проект.

Реализирането на проекта и основната му цел за трайна деинституционализация на деца до 3-годишна възраст, настанени в специализирани институции за деца изисква задълбочен и последователен подход, както и по-добра целенасоченост на наличния ресурс.

За целта ще бъдат използвани по взаимодопълващ начин възможностите на две оперативни програми - Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” и Оперативна програма „Регионално развитие”.

Двете оперативни програми имат свързани цели в посока засилването на социалния аспект на устойчивото градско развитие.

Настоящия проект е планиран в контекста на тази обща цел и ще се реализира поетапно в два компонента (компонент 1 – планиране на мерките за деинституционализация и компонент 2 – подготовка на инфраструктурата).

Структури за управление на процесите

Специално нарочно създадено техническо звено за управление на интегрирания проект, обезпечаващо изпълнението на конкретните дейности.

Комуникационна кампания, като част от общата комуникационна кампания – 2010 – 2014 г.

За преодоляване на потенциалната съпротива срещу процеса на деинституционализация е необходима добра комуникационна стратегия. Всяка програма, която включва сериозна промяна вероятно ще бъде посрещната със съпротива, тъй като засегнатите от програмата хора се страхуват от промяната, която се осъществява. Добрата комуникационна стратегия ще помогне на засегнатите:

- да разберат процеса и как той ще ги засегне;
- да се фокусират върху ползите от процеса;
- да се почувстват ангажирани с процеса и да разберат, че им е отредена важна роля в него.

Фази на прилагането на проекта:

Глава	010	011	012	013	014	015	016
I. Планиране на здравно-социални услугите							
II. Изграждане на инфраструктура							
III. Извеждане на децата							
IV. Издръжка на услугите							

РЕЧНИК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ТЕРМИНИ

„Социална услуга – резидентен тип” е форма на социална услуга за задоволяване на ежедневните потребности на ограничен брой лица – не повече от 15, която предоставя възможност за живеене в среда, близка до семейната.

„Дневен център” - комплекс от социални услуги, които създават условия за цялостно обслужване на потребителите през деня или седмично. Услугите са свързани с осигуряване на храна и други ежедневни потребности, както и здравни, образователни и рехабилитационни услуги, организация на свободното време и личните контакти. В случаите, когато предоставянето на услугите е седмично, обслужването на потребителите е от понеделник до петък.

„Център за настаняване от семеен тип” – комплекс от социални услуги, които се предоставят в среда, близка до семейната, за ограничен брой лица – не повече от 15.

„Център за обществена подкрепа” - комплекс от социални услуги, свързани с превенция на изоставянето, превенция на насилието и отпадане от училище,

деинституционализация и реинтеграция на деца, обучение в умения на самостоятелен живот и социална интеграция на деца от институции, консултиране и подкрепа на семейства в риск, оценяване и обучение на бъдещи приемни родители и осиновители, консултиране и подкрепа на деца с противообществени прояви.

"Приемна грижа" -отглеждане и възпитание в семейна среда на дете, което е настанено в семейство на роднини или близки или в приемно семейство. Социалната услуга "приемна грижа" включва дейности по набиране и оценяване на кандидати за приемни семейства, обучение, взаимно адаптиране, настаняване и отглеждане на дете в приемно семейство, подкрепа и наблюдение.

Приемно семейство са двама съпрузи или отделно лице, при което се настанява дете за отглеждане и възпитание. Приемното семейство може да бъде доброволно или професионално.

"Заместваща приемна грижа" е услуга за дете, настанено извън семейството, която се предприема планирано и/или при извънредни обстоятелства с цел подкрепа на приемното семейство или семейството на роднини или близки за осигуряване на отдых и за деца с дългосрочен престой в специализирана институция за интегриране в общността.

"Звено Майка и бебе" предоставя временно настаняване от резидентен тип до 6 месеца на бременни жени и майки в риск да изоставят децата си, насърчава родителската привързаност, подпомага младите майки чрез социално, психологическо и юридическо консултиране и подкрепа.

"Кризисен център" е комплекс от социални услуги за лица, пострадали от насилие, трафик или друга форма на експлоатация, които се предоставят за срок до 6 месеца и са насочени към оказване на индивидуална подкрепа, задоволяване на ежедневните потребности и правно консултиране на потребителите или социално-психологическа помощ, когато се налага незабавна намеса, включително чрез мобилни екипи за кризисна интервенция.

"Доставчици на социални услуги" са:

- държавата и общините;
- български физически лица, регистрирани по Търговския закон, и юридически лица;
- физически лица, извършващи търговска дейност, и юридически лица, възникнали съгласно законодателството на друга държава - членка на Европейския съюз, или на друга държава от Европейското икономическо пространство.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1:

ЕФЕКТИТЕ ОТ ОТГЛЕЖДАНЕТО НА ДЕЦА ДО 3 ГОДИНИ В ИНСТИТУЦИОНАЛНА ГРИЖА В НАУЧНАТА ЛИТЕРАТУРА

Balbernie, R. (2001) 'Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour.' *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 237-255

Bilson A. (2009 г.) „Use of Residential Care in Europe for Children Aged Under Three: Some Lessons from Neurobiology“, *British Journal of Social Work* doi:10.1093/bjsw/bcp076

Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F. and Chugani, D. C. (2001) 'Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans.' *Neuroimage*, 14, 1290–1301.

Eluvathingal, T. J., Chugani, H. T., Behen, M. E., Juha'sz, C., Muzik, O., Maqbool, M., Chungani, D. C., and Makki, M. (2006) 'Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: A diffusion tensor imaging study.' *Pediatrics*, 117, 2093–2100.

Ghera, M. M., Marshall, P. J., Fox, N. A., Zeanah, C. H., Nelson C. A., Smyke, A. T. и Guthrie, D. (2009 г.) „The effects of foster care intervention on socially deprived institutionalized children's attention and positive affect: results from the BEIP study“, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, бр. 50(3), стр. 246—253.

Hodges, J. и Tizard, B. (1989 г.-а) „Social and family relationships of ex-institutional adolescents.“, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, бр. 30(1), стр. 77—97.

Hodges, J. и Tizard, B. (1989 г.-б) „IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents.“, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, бр. 30 (1), стр. 53—75.

Johnson, R., Browne, K. и Hamilton-Giachritsis, C. (2006) „Young Children in Institutional Care at Risk of Harm.“, *Trauma, Violence, and Abuse*, 7(1), стр. 1—26.

Kreppner, J., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., и Hawkins A. (2007 г.) „Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence.“, *Developmental Psychology*, бр. 43(4), стр. 931—946

Marshall, P. J., Reeb, B.C., Fox N. A., Nelson, C. A. и Zeanah, C. H. (2008 г.) „Effects of early intervention on EEG power and coherence in previously institutionalized children in Romania.“, *Development and psychopathology*, бр. 20(3), стр. 861—680

Morison, S. J., Ames, E. W. и Chisholm, K. (1995 г.) „The development of children adopted from Romanian orphanages.“ *Merrill-Palmer Quarterly*, бр. 41, стр. 411—430

Nelson C.A. (2007) 'A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation.' *Child Development Perspectives* 1(1): 13-18

Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. T. и Guthrie, D. (2007 г.) „Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project.“ *Science*, бр. 318 (5858), стр. 1937—1940.

Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Stevens, S. и Sonuga-Barke, E. (2007 г.) „Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees.“ *European Journal of Developmental Psychology*, бр. 4(3), стр. 332—350

Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C. (1999 г.) „Quasi-autistic patterns following severe early global privation.“ *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, бр. 40, стр. 537—549.

Schore, A. N. (2001) 'Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health.' *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 7-66.

Tizard, B. (1977 г.) *Adoption: A second chance*. New York: Free Press.

Tizard, B., и Hodges, J. (1978 г.) „The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children.“, *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*, бр. 19, стр. 99—118.

Tizard, B., и Rees, J. (1974 г.) „A comparison of the effects of adoption, restoration to the natural mother, and continued institutionalization on the cognitive development of four-year-old children.“, *Child Development*, бр. 45, стр. 92—99.

Tizard, B., и Rees, J. (1975 г.). „The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of fouryear-old children.“, *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*, бр. 16, стр. 61—73.