

Подкрепа на реформи за детска грижа в условия на политическа нестабилност, бедност и ограничен човешки ресурс

(Оценка на работата на „Надежда и домове за децата — клон България“ (НДД) за периода 2014-16 г.)

*Изследователски екип: Борислава Мечева, Валентина Бижева, Галина Маркова,
Евгения Тонева, Любомир Джалев, Кристина Славова, Яна Кацарова*

Ноу-хау център за алтернативни грижи за деца, Нов български университет

Съдържание

1. Въведение	стр. 3
2. Какъв е новият контекст, в който проектът се реализира?.....	стр. 4
3. Цялостен и комплексен Модел НДД за закриване на ДМСГД.....	стр. 6
4. Методология на изследването.....	стр. 10
5. Обхват на оценката.....	стр. 12
6. Резултати.....	стр. 17
6.1. Съответствие на работата на НДД на политиката и на нейното приложение в съответния контекст (<i>Релевантност</i>).....	стр. 18
7. Ефективност.....	стр. 31
8. Полезност	стр. 49
9. Устойчивост.....	стр. 58
10. Изводи.....	стр. 74
11. Препоръки	стр. 80
12. Заключение	стр. 83

1. Въведение

Деинституционализацията е единствената реформа в България, която систематично се реализира на базата на организирани в планове за действие: политическа воля, общи ценности, инвестиции в системата за закрила, координация на работата на сектори и НПО.

В контекста на реформата работата на „Надежда и домове за децата- клон България“ може да се раздели на четири периода:

1. Деинституционализация на деца от ДМСГД преди стартиране на политиката на ДИ . (През 2009-2010 година “Hope and Homes for Children”, съвместно с българската неправителствена организация “Еквилибриум”, закрива първия дом за деца от 0 до 3 години в град Тетевен и създава модел за реформиране на този тип институции).
2. Деинституционализация на деца от ДМСГД след стартиране на реформата, но извън финансиран през държавата проект за ДИ на ДМСГД. (През 2011 и 2013 година “Надежда и домове за децата“ заедно с българското правителство закрива съответно ДМСГД Широка Лъка и Кюстендил по Проект / Стратегическа деинституционализация и реформа на грижата за деца от 0до3г. в България
3. Деинституционализация на деца от 8 пилотни ДМСГД в рамките на Самостоятелен проект / Стратегическа дейнституционализация и реформа на грижата за деца от 0до3г. в България/, подкрепящ ДИ проекта на правителството „Посока-семејство“
4. Закриване на ДМСГД в периода след приключване на проекта „Посока семејство“ по проект „Стратегическа деинституционализация за премахване на институционалната грижа за деца под 3 годишна възраст в България“

Ноу-хау център за алтернативни грижи за деца (НХЦ), НБУ беше поканен от НДД да

осъществи междинна оценка, която да изучи резултатите от работата на НДД, извършена през три от общо петгодишен финансиран от външен донор проект. Тъй като тази оценка е четвърта за НХЦ, екипът на Центъра оценяват не само въздействието на работата на НДД през отделните периоди и проекти, но и въздействието на променящия се контекст върху работата на организацията.

Контекстът, в който НДД осъществява дейността си през периода на оценка се характеризира със смяна на правителства, което води до слаба политическа ангажираност с ДИ, която се отразява върху останалите фактори : ценности, инвестиции в системата за закрила, координация на работата на сектори и НПО.

Основен извод на оценката е, **че (и) в този контекст прилагането на Модела НДД остава релевантно, ефективно, устойчиво и полезно защото:**

- **продължава да води до закриване на ДМСГД,**
- **осигурява семейна грижа за институционализирани деца, или деца, живеещи в риск от институционализиране,**
- **постига и поддържа нагласи за ДИ в системата за закрила на децата.**

В комбинация с горните фактори, по-широкият контекст –на бедност и липса на професионализъм в системата за закрила, обрича НДД да се ангажира с повече от това да изпълнява ролята на катализатор и да изпълнява лидерски функции по отношение на прилагането на ДИ. Същите фактори се отразяват негативно върху устойчивостта на работата на НДД , която е ограничена във времето.

2. Какъв е новият контекст, в който проектът се реализира?

Деинституционализацията (ДИ) и по-специално закриването на домовете за деца във възраст 0-3 (ДМСГД) е контекстът, в който организацията реализира своите дейности. Затова нейните успехи и трудности трябва да се контекстуализират както по отношение на определения социо-демографски профил на местата, в които организацията работи,

така и по отношение на това кое правителство по какъв начин реализира политиката на ДИ както на централно ниво, така и по места. Това включва: наличие на воля, фондове, отношения между местното самоуправление и политическите субекти, интереси на сектори, въввлечени в ДИ.

Основни характеристики на политическия контекст в този период са няколко:

- непрекъсната смяна на държавно управление. Между 2014-16 се провеждат два пъти предсрочни парламентарни избори, местни и президентски избори, които са свързани с непрекъснати смени на екипи, ангажирани с изпълнението на политиката по деинституционализация. За този период само в МТСП, което е водещо министерство по отношение на ДИ, има смяна на пет министри, което предизвиква нестабилност и създава предпоставки за забавяне и неизпълнение на важни политически мерки, заложен в дългосрочната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Р България“.
- липса на лидерство. Междуведомствената работна група на високо ниво, в която влизат заместник-министри от всички министерства, които имат отношение към тази реформа, както и Постоянната експертна работна група е повлияна от промените в държавното управление. Това става причина за забавяне на актуализирането на Плана за действие за изпълнение на Визията за деинституционализация с повече от две години, което забавя и изпълнението на процеса.
- всяко ново правителство в България продължава да се придържа към политиката на ДИ. Липсата на лидерство в процеса на изпълнение на реформата и бюрократичният подход поставят пред сериозни рискове устойчивостта на постигнатите резултати от една страна и планирането на нови мерки и инвестициите в продължение на реформата от друга страна.
- липса на проекти, които да структурират работата по реформата и да поддържат развитите в предишния период сътрудничества.

- системата за закрила е изчерпана по отношение на ресурси – човешки и финансови. Проектният период на ДИ е поставила нови изисквания към нея, без да я обезпечи с достатъчен ресурс.
- в услуги в общността са настанени всички деца от ДДМУИ , както и деца и младежи от ДДЛРГ. Това е процес, който е създал напрежение в системата за детска грижа, идентифицирал е нови проблеми на всички нива- управление на услуги, работа с деца и семейства, работа с общността
- целенасочени инвестиции се правят предимно през неправителствени организации, които влагат ресурс и работят интензивно, за да продължат процеса независимо от предпоставките за негов застой, както и да минимизират рисковете за децата и семействата
- ефективен инструмент за продължаване на ДИ е работата на Коалиция 2025, организация, ангажирана изключително с приоритизиране на тази реформа. НДД е активен неин член.

3. Цялостен и комплексен Модел НДД за закриване на ДМСГД

Сред организациите, които заместват институционалната грижа за деца от 0-3 със семейна, НДД се откроява освен с активната си работа по превенция на изоставянето и реинтеграция на деца от институции, и подкрепа на системата за закрила, така и с катализираща роля в административното закриване на съответното ДМСГД. Т.е. това е интервенция, която променя системата по осезаем начин.

ДМСГД са най-трудни за закриване, поради следните причини:

- управляват се от Министерство на здравеопазването – институция, която най-малко се идентифицира със социалния модел, който ДИ следва
- продължаващо настаняването на бебета в ДМСГД
- липса на подходяща и навременна подкрепа на семейства в общността

-
- липса на общински жилища
 - недостатъчен капацитет на системата за закрила на детето- липса на адекватни услуги в общността или на капацитет в съществуващите услуги да работят с целевата група 0 до 3 г., недостатъчно ефективно функциониране на ОЗД,
 - системна липса на данни и достъп до такива относно оценки за деца, обосноваващи тяхното настаняване в услуги, приемни семейства, семейства на осиновителии.

В периода на оценка 2014 -16 броят на децата в ДМСГД е 975 (уеб сайт на НЦАГ).

Цялостният и комплексен Модел НЦАГ за закриване на ДМСГД, който НЦАГ следва, е:

- постигане на меморандум за сътрудничество с централната власт;
- постигане на споразумения с местните власти;
- анализ на състоянието на съответното ДМСГД;
- анализ на системата за закрила на съответното областно ниво;
- съвместен анализ с местните власти за потребността от нови социални услуги и/или подкрепа и повишаване на качеството на работа на съществуващите такива;
- съвместен анализ с местните власти на материалния и човешки ресурс на ДМСГД и неговото използване / пренасочване към нови или съществуващи услуги след закриването на институцията
- изграждане на механизъм за координация между заинтересованите страни по отношение на процеса на ДИ чрез сформирани и работни на Областни координационни механизми по ДИ;

- повишаване на професионалния капацитет на включените в процеса експерти от ОЗД, услуги и други институции и организации в съответствие с констатираните потребности;
- оценка на децата и техните семейства и планиране на грижа (оценката винаги се прави заедно със семействата);
- изпълнение на плана за грижа чрез инструментите на Модела за активна семейна подкрепа;
- активна работа със семействата, ОЗД и останалите, въввлечени в процеса институции и организации по превенция и реинтеграция;
- закриване на ДМСГД, поради липса на настанени деца и ефективна работа по превенция на изоставянето.

Ключова характеристика на Цялостния и комплексен модел на закриване на ДМСГД е Моделът за активна подкрепа на семейството. Той е разработен от "Надежда и домове за децата" на базата на над 20-годишен практически опит в различни държави в процес на преход от институционална към базирана в общността система от грижи за деца. Той представлява гъвкава и адаптивна към различни контексти добра практика за планиране на подходящи интервенции и услуги за уязвими деца и семейства. Моделът подпомага закриването на институциите и подготовката на системата за закрила на детето да функционира без да зависи от институционалната грижа чрез канализиране на ресурсите и услугите по такъв начин, че да се предотврати входът на децата към формалната система от грижи изобщо.

Моделът на активна семейна подкрепа е модел на интервенция, насочен към идентифициране и подкрепа на деца в риск от това да бъдат отделени от своите родители и институционализирани. Той също се използва за реинтеграция на деца в техните биологични или разширени семейства.

Важен елемент от цялостния и комплексен Модел на НДД за закриване на ДМСГД е Координационния Механизъм на областно ниво/ОКМД/. Това е специален инструмент

за прилагане на политиката по ДИ, който дава възможност да се постави фокус върху проблемите на целевата група, обект на политиката, за взимане на решения и постигане на промени в неин интерес. Координационният Механизъм на областно ниво създава среда за междуинституционално взаимодействие на местно ниво, в която се прилагат максимално опростени и в същото време ефективни правила, регулиращи отношенията и отговорностите в партньорствата при изпълнение на националните политики, и по-специално процеса на ДИ. Чрез този механизъм експертизата и ресурсите се интегрират, за да се намери най-доброто решение за случаите на деца и семейства в риск, да се планират стратегии за изпълненията им в практиката, да се поемат конкретни ангажименти по тези случаи. Тази среда на анализ на случаи, на създаване на планове за разрешаването им е и среда, в която се повишава капацитета на партньорите в гарантиране правата на деца и семейства.

Координационният Механизъм на областно ниво/ОКМД/, като разработен и системно прилаган от НДД, се приема от общността на професионалистите като „втори модел“.

Предишни оценки показват, че с прилагането на тези два модела – Модела за активна семейна подкрепа и Модела Координационен Механизъм на областно ниво/ОКМД/ НДД е повишила значително способността на всички участници – политически субекти, местна власт, специалисти и родители да осигурят алтернативи на институционализацията за децата в неравностойно положение и посочените по-долу индикатори я правят ключов агент на промяната, изисквана от ДИ. Те са :

- брой закрити домове
- брой подкрепени семейства
- повишен капацитет на системата
- създаването на несъществуващо преди тяхната интервенция сътрудничество чрез Координационни механизми
- прилагане на модела за активна семейна подкрепа,

- прилагане на модела на Координационния Механизъм на областно ниво/ОКМД/.

4. Методология на изследването

а. Цел на оценката

Както и в предишната оценка, екипът следва принципите на доброто управление и указанията на Европейската Комисия /ЕК/ и необходимостта да се прецени какво е цялостното въздействие и ефективността на програмата на НДД в България. При събиране и анализиране на данните са използвани рубриците, които се оценяват чрез въпросите:

- програмата съответства ли на националната и местна политика, така че да отговори на идентифицирани нужди (релевантност);
- постига ли крайните си резултати и дали са мобилизирани достатъчно и подходящи ресурси, за да се обезпечат те, какви са ефектите върху целевите области и групи и дали те кореспондират с целите (ефективност);
- какви са ползите и какво е въздействието за целевите групи (ползност);
- доколко могат и ще продължат да се прилагат елементите на програмата (устойчивост).

Оценката има за цел да изучи и в каква степен цялостния модел на НДД се реализират в посочения период в 5 от 15 области в страната, в които НДД работи по настоящия проект.

Допълнителна задача на екипа е свързана със спецификата на работа на НДД като агент на промяна на системата, който работи на всички йерархични нива на управление на процеси (международно, национално, регионално, общностно, семейно, индивидуално), както и работа „по хоризонтала“ чрез въвличане и координиране на мултидисциплинарни и междусекторни екипи. Затова екипът на оценката разглежда

работата на тази организация по отношение на това доколко работата ѝ променя системата. И тъй като под „система“ екипът разбира освен наличие или отсъствие на домове за деца, отношенията, които заместват институционалните, той поставя фокус върху това доколко йерархичните, характерни за институционалния подход отношения, се заместват от ангажирани с детето и семейството и партньорски между всички участници в нея и в каква степен нагласите, които поддържат се променят в резултат от работата на НДД.

в. Екип

Екипът на оценката е мултидисциплинарен и се състои от изследователи с практически опит от директна работа с клиенти и изследователи с опит от изучаване на ДИ. Всеки член на екипа изучи едно от избраните за изследване места. Подбран е екип с опит от провеждане на дълбинни интервюта, с цел постигане на задълбочен анализ върху процеса с участниците.

с. Изследвани региони

Избраните региони са 5, 3 от които са с население над 200 000 души (1,2,4), една под 200 000 души, последната – с над 500 000.

Област 1. Според Областната стратегия за развитие на социалните услуги 2016-2020 на територията на областта функционират по-малко от 10 услуги.

Област 2 с ромски етнос съставлява около 4% от населението. В *Областната стратегия за развитие на социалните услуги 2016-2020 г.* Над 20 социални услуги за деца, 50% от които – резидентни.

Област 3 се състои от 7 общини, в които живеят над 129 000 души. Има 30% етнически общности. На територията на областта има ЦОП, ЦСРИ, ЦНСТ за младежи с увреждания, ЦНСТ за младежи без увреждания, ДЦ за деца с увреждания.

Област 4 наброява население от 112 000 души, които живеят в 7 общини. Специфика е по-ясно изразеният смесен етнически състав на населението. Наличните социални услуги за целева група от 0 до 3 са Дневен център за деца с увреждания, ДМСГД и 27

приемни семейства /21 от тях на територията на най-голямата община в областта/, предимно специализирани в новородени и малки деца.

Област 5 се състои от 22 общини с население от около 250 хил. души, а най-големият град и център на областта – от 18 района със свои кметове, обхващащи само части от града или части от града с други населени места, и 3 района без свои кметове, а общо населението на града е малко под 1,5 млн. души. Според *Областната стратегия за развитие на социалните услуги 2016-2020* на територията на областта към края на 2015 г. има 14 услуги в общността и 5 услуги в общността от резидентен тип. В областния център към момента функционират 23 ЦНСТ (половината от тях за деца и младежи с увреждания), 4 ЦОП, 4 кризисни центрове и само едно ЗМБ за цялата територия на града и областта.

5. Обхват на проекта

В Област 1 НДД прави превенция на 26 семейства и деца, реинтеграция на 5 деца, провежда супервизия за ОЗД, 2 Кръгли маси, 3 обучения за членовете на ОКМД, ОЗД и доставчици на услуги в областта. Закрива ДМСГД. Продължава работата на ОКМД, създаден за подкрепата на закриването на друго ДМСГД в областта, закрито в рамките на предишния проект. Участва в работна група за подготовка за концепция за разкриване на услуги за деца и семейства в закрития ДМСГД.

В Област 2 НДД са подкрепили 47 семейства и деца (вкл. 13 са случаи по реинтеграция). В подкрепа на специалистите, които работят със семействата и децата, са проведени 1 супервизия на ОЗД, 4 обучения за членове на ОКМД, ОЗД и доставчици на услуги в общността, както и едно специализирано обучение за екипа на един ЦНСТ по метода ИМПАКТ. ОКМД съществува от 2016 г. по силата на сключен Меморандум за сътрудничество с Областна администрация.

В Област 3 НДД закрива ДМСГД, работи по превенция с 27 семейства и деца, по реинтеграция с 3 деца. Провежда супервизия за ОЗД в областта, провежда 2 Кръгли маси в областта, 3 обучения за членовете на ОКМД, ОЗД и доставчици на услуги в

областта. Подкрепя разкриването на Дневен център за деца с увреждания с оборудване, ремонт и закупуване на автомобил.

В Област 4 НДД работи общо по 55 случая на деца, от които 40 са превенция, а 15 реинтеграция на деца от ДМСГД. Сред превенциите – 17-те са деца от 0 до 3, подкрепени в приемни семейства. Останалите 23 случая са превенция на изоставянето с директна подкрепа на биологични семейства. Реинтеграциите за периода са 15. НДД намалява броя на децата в ДМСГД – от 21 през 2015 до 5 през 2018. 15 деца напускат дома с успешни реинтеграции, има три осиновявания и кончина на две деца. Всички реинтеграции и превенции са ефективни. Има един или два случая на деца с особено тежки увреждания, за които не е намерена алтернативна услуга и са настанени в ДМСГД.

В Област 5, по данни на НДД, обхватът на работа на организацията е:

Работа по превенция за периода 2014 до сега 224 семейства и деца

Работа по реинтеграция за периода 2014 до сега – 7 деца

Проведени 4 обучения в двете области за членовете на ОКМД

Проведени 4 обучения на тема „Активна семейна подкрепа“ и „ДИ и алтернативна грижа“ за ОЗД и доставчици на услуги

Проведени 3 Кръгли маси.

а. Участници в оценката са:

- Професионалисти на национално ниво – ръководен екип и експерти НДД
- Професионалисти на регионално ниво – представители на Областна и общинска администрация, РЗИ, МБАЛ, Областна дирекция на МВР, местни координатори на МЗ и НДД във всички области, в които е проведена оценката.
- Професионалисти от социалната и здравна системата – РДСП, ОЗД; доставчици на социални услуги, ДМСГД

- Родители и близки – биологични и приемни
- Деца

Участници в изследването – обобщена информация:

Област/ участници	Област 2	Област 5	Област 4	Област 3	Област 1
Родители/ семейства	3 семейства (майки, деца, членове на разширеното семейство)	18 семейства (родители, деца, членове на разширеното семейство)	8 семейства (родители, приемни родители)	4 семейства (родители, деца, членове на разширеното семейство)	7 семейства (биологични и приемни, родители, деца и членове на разширеното семейство; в това число представители на приемно семейство, семейство с превенция на изоставяне и семейство с реинтегрирано дете)

Професионалисти	1 началник на ОЗД 7 социални работници от ОЗД 2 социални работници по приемна грижа 3 ръководители на социални услуги (ЦОП, ЦОП, ЦНСТ) 2 социални работника от услуги 1 служител на ръководна длъжност от Общинска администрация 1 координатор на НДД	4 началник ОЗД 4 социални работници в ОЗД 1 директор на КСУ (ЗМБ към НПО) 1 ръководител на ЦОП 1 координатор на НДД	2 човека от общината 1 Заместник директор ДМСГД, завеждащ лекар 5 експерта (Директор дирекция „Социални дейности“; 3 Началник ОЗД Главен експерт РДСП) 1 директор на НПО	1 началник ОЗД 1 главен експерт Областна администрация 1 директор на РЗИ 1 експерт - ДСП 1 главен експерт - РДСП 1 психолог - ЦОП 2 началник ОЗД	1 представител на областна администрация 2 експерта от ОЗД 1 експерт от РДСП 4 експерта от КСУ 1 координатор на НДД
Общо участници по места	20 човека	29 човека	17 човека	12 човека	15/16 човека

Участници в изследването са работещи в НДД на различна позиция, специалисти в държавни и НПО организации.

Всички срещи са проведени в домовете на семействата и в присъствието на координатор на НДД, което е допълнителен източник на данни : за средата на живот, отношения между децата и родителите, комуникация в семействата, и с представителя на НДД.

в. Дизайн на оценката

Изследването съчетава количествени и качествени методи като следва методологията на предходната оценка за целите на възможни сравнения. Комбинацията на двата типа данни позволява разкриване на общи тенденции (чрез количествените данни) и тяхно обяснение чрез качествените. Този дизайн е ползван за оценка на ефективността на Модела НДД по отношение на инвестираните средства и на интервенциите в семействата.

с. Инструменти

Качественото изследване използва: анализи на доклади и документи, полуструктурирани интервюта и фокусни групи., наблюдения. Въпросите на полуструктурираното интервю са в Приложение 3

Въпросник за оценка на Приложение 4

В приложения са представени трите набора от инструменти.

д. Етика на работата

Изследователската етика е следвана при събиране и документиране на данните. Всички участници са информирани относно целите и задачите на оценката, използвания подход, начина на събиране, документиране и използване на информацията, времетраенето на срещите. Анонимността на участниците е гарантирана, както и възможността да откажат участие или да напуснат срещата във всеки момент, когато решат. Независимо от това, че някои от участниците искат пренебрегване на конфиденциалността, тя е спазена във финалния доклад.

е. Анализ на данните

Той е правен индивидуално и групово по отношение на рубриките релевантност, ефективност, полезност и устойчивост, както и по отношение на въпроса за това по какъв начин контекстът променя работата на НДД. Анализът на данните е направен и по отношение на международни стандарти за практика на социална работа: гарантиране на права, достъп до услуги, право на избор, мултидисциплинарна екипна работа, работа в общността, овластяване, практика на базата на комбинация от знания, умения и нагласи, чувствителни към културата подходи.

Количествените данни са анализирани статистически.

f. Ограничения на оценката

Ограниченията на оценката се състоят в това, че достъпът до участници се осигурява от работещи в НДД, от бивши координатори на организацията.

6. Резултати

6.1. Съответствие на работата на НДД на политиката и на нейното приложение в съответния контекст (*Релевантност*)

Извод : Моделът НДД е релевантен на политиката, на бариерите пред приложението на ДИ в различните контексти. НДД постигат това чрез активно прилагане на политиката, предоставяне на знания, умения и преодоляване на съпротиви, поддържащи институционалния подход, както и чрез ролевия модел, който координаторите демонстрират, въвличайки с него системата в прилагането на Модела.

1. НДД прилага “Визия за деинституционализация на децата в Република България” (2010 г.) и Актуализирания план за действие за изпълнение на Националната стратегия “Визия за деинституционализация на децата в Република България” (октомври, 2016 г.) като закрива ДМСГД, като преодолява съпротивите срещу

реформата..

2. НДД прилага базиран на доказателства подход, за да е релевантен на всеки контекст, като преодолява бариерите пред ДИ: ограничен материален и човешки ресурс, липса на лидерство в преодоляването на съпротиви срещу ДИ, поддържани от:

- бюрократичен подход ЧРЕЗ предлагане на гъвкава, индивидуализирана подкрепа ;
- стигма към потребителите в новите услуги ЧРЕЗ отношения на привързаност с координатор;
- липса на партньорство между заинтересовани страни ЧРЕЗ работа в екип и мрежи.

6.1.1. Съответствие с политиката

НДД прилага “Визия за деинституционализация на децата в Република България” (2010 г.) и Актуализирания план за действие за изпълнение на Националната стратегия “Визия за деинституционализация на децата в Република България” (октомври, 2016 г.) с фокус върху закриване на ДМСГД.

НДД е международна организация ,чиято работа съответства на глобалния дневен ред за закриване на домовете за деца.

В България, най-големият принос на НДД, във връзка със съответствието на работата ѝ с политика за ДИ, е , че дори тогава, когато държавното управление не влиза в ролята на лидер в прилагането на политиката си, НДД го прави , като системно прилага документи и закони, свързани с нея. Освен системното позоваване на приети документи, профилът на НДД като международна организация, прилагаща ДИ в глобален мащаб има допълнителен ефект върху последователността, с която НДД отстоява прилагането на ДИ политиката.

В изследвания период .Актуализирания план, в страната все още функционират 17 ДМСГД, като от общо 647-те деца в тях, 467 са в целевата група на НДД - на възраст до 0-3 години¹. Резултат от работата на НДД е, че в този период е закрила 1 ДМСГД в Област 3, 1 ДМСГД в Област 1 и ДМСГД в Област 5 и е настанила в семейна среда около 131 деца от 0-3.

За постигането на този резултат е важен профилът на организацията.

„Международна организация, която има големи успехи в областта на деинституционализацията. Преди нас са били в Румъния. В много други държави, но непосредствено идват от Румъния. И тъй като в X имахме дом за медико-социални грижи за деца от 0 до 3 години, а тяхната целева група е именно тази, подписаха споразумение на областно ниво да участват в процеса по закриване на институцията, като ни указват подкрепа в работата ни по случаи по превенция и реинтеграция на деца от 0 до 3 години“ (ОЗД)

За постигане на този резултат е важна работата със съпротивите на всички нива. НДД разбира ДИ като работа със съпротиви, познава ги и работи с тях.

Съпротивите срещу закриването на домове продължават. Независимо от политиката по ДИ в продължение на 5 години (2010-2015), финансово обезпечена чрез трите големи национални проекта “Посока: Семейство”, “Приеми ме” и “Детство за всички”, в някои региони на страната на местно ниво съпротивата срещу затварянето на ДМСГД е силна. На такива места интервенцията от страна на НДД се оказва решаваща за катализиране на процеса и реализиране на националната политика..

Съпротивите се проявяват при закриването на всяка една институция.

“Имаше голяма съпротива от персонала на Дома, те правеха всичко възможно... отказваха всякакво сътрудничество по повод на това да бъдат

¹ <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>

преместени децата. По проекта “Детство за всички” беше предвидено те да придружават деца (при транспортиране), за да бъде по-лесна адаптацията им, те отказваха категорично. Не сътрудничеха (персонала) по никакъв начин, напротив, всячески търсеха деца, за да настаняват ... по всякакъв начин ни затрудняваха...” (ОЗД)

Или

„Основният им способ беше освидетелстването на деца с различни клинични диагнози (сърдечни проблеми, изоставане в нервно-психологичното развитие, проблеми в тазобедрените стави) с цел забавяне на извеждането им, като се покаже, че това са деца, изискващи специални грижи“ (РДСП).

„Искат да си задържат деца, да си пазят работата. То беше война. Имаха страшни съпротиви. Обвиняваха ме, че ако взема детето не могла да добутам до пенсия и не можела да си взема 6-те минимални работни заплати. Надраскаха ни колата по време на срещата.....Директорката на дома беше много възрастна, беше изкарала целия си живот в тази институция. Координаторът и НДД тогава бяха сериозна подкрепа, не съм сигурна че щяхме да удържим в дома, ако бяхме сами. Усещането, че имаш някого зад гърба ти непрекъснато е незаменимо. И нещото, което много липсва дори и сега, когато нямаме нужда от финансов ресурс. На срещата с директорката, когато тя беше враждебна и нападателна, не съм сигурна че бихме могли да се преборим с нея сами, ако тя не беше там. Тя е сериозен ресурс, сериозен боец. Иначе се чувстваш съвсем сам.....“ (Приемна майка).

Координаторът на НДД, социални работници и семейства споделят за грубо отношение, надраскване на коли, отдръпване от и затрудняване на контакта между децата и

приемните семейства с цел да бъде осуетено желанието им да вземат дете. Те са заплашвани, обиждани и разубеждавани с мотива, че няма да успят да се справят.

Съществуват съпротиви и срещу затваряне на входа.

„Координаторът устоя на натиска за настаняване на детето като активно подкрепяше семействата. Помагаше с количка, легло, памперси и храна, и с малко подкрепа от отдела и ЦОП, така спряхме настаняванията. И така успяхме да намалим броя на децата в ДМСГД. Само от спиране на входа. Иначе много малка част от децата бяха осиновени, много малко са реинтеграциите. Настанявахме от едно до две деца годишно.“ (ОЗД)

Съпротивите на ниво управление на ДИ се проявяват в пренебрегване на грижата за емоционалните връзки на децата.

„Битката си беше...някои хора не си надделяха егото. Нагледахме се на ужаси. На мен това за X ми е един от най-тежките моменти в цялата ми кариера. Децата ги разхвърляхме като кучета, като куфари....Обезверява се човек виждаш че пред теб седи една система един механизъм който няма преборване“ (Представител РДСП).

В тези случаи дейността на координатора на НДД е насочена към опита да се поддържа фокуса върху децата, да са разясняват последствията от тези действия и да се търсят съмишленици в разбиранията си. В X, обаче, всички опити за интервенция на институционално ниво не успяват да защитят нито деца, нито специалистите от травмата да са участници в „разхвърлянето“ на децата в различни краища на България.

6.1.2. Съответствие с контекста и бариерите пред ДИ

НДД постига съответствие с потребностите като прави оценка на потребностите на съответния контекст, на базата на която планира дейностите в него. 80%от интервюираните смятат, че НДД отговаря на техните потребности от: 1/материални и

човешки ресурси , които да запълват празнотите на системата и да преодолеят бюрократичното управление във всеки контекст, 2/ партньорство.

2.1. Предоставя материални и човешки ресурси

НДД помага на системата с ресурси, които „отсъстват в рамките на държавната политика“, а без които ДИ не може да се осъществи. Това са финанси, време/ индивидуален подход и високо доверие в посредничеството между семействата и държавата.

Ресурсите на НДД помагат за :

- **закриването на домове,**

“Пречка за по-бързото закриване на Дома през последните 2 години бяха децата с тежки увреждания, които трябваше да настаним в специализирани ЦНСТ. С тях имахме голям проблем с транспорта. За тези деца ни помогнаха (НДД). Финансово пак, наемането на линейка, защото само със специализирана линейка може да бъдат превозени, с медицинско оборудване и персонал, много беше рисково. Това, че те (НДД) поеха и това, беше безценно, защото първоначално проектът “Детство за всички” беше предвидил средства за транспортиране, но твърде много закъсняха в X с ЦНСТ-тата и вече беше приключил проектът, и нямаше никаква възможност да се транспортират децата” (ОЗД)

- **затваряне на входа към ДМСГД,**

Мрежата от алтернативни грижи, които да осъществят ефективна превенция на изоставянето на деца, не работи добре. В Област 5, напр., има едно Звено Майка и Бебе с капацитет 10 души (*директор ЗМБ*), а приемната грижа в страната е дисбалансирана и не отговаря адекватно на потребностите на местните общности (*от интервю с ръководител на ЦОП*).

НДД е често единствената организация, която предлага необходимата за превенция на изоставянето на дете подкрепа. Държавните социални помощи се предоставят бавно, а процедурите са сложни. Липсата на капацитет на системите са бариера пред това те да търсят или мобилизират наличен ресурс. Еднократните помощи при раждане на дете се получават след минимум месец-период, който може да е решаващ за решението на

семейството да изостави или да се грижи за детето. Често след използване на държавен ресурс, социални работници биват проверявани и наказвани.

Ролята на Мобилността, кризисната реакция и приоритизиране на директната работа със семейства пред административните задачи са три основни характеристики в работата на координаторите на НДД, който има следния ресурс:

- служебна кола с голям багажник, зареден с необходимите хуманитарни пакети и с възможност за превозване на обемисти товари (напр. дърва за огрев), гориво за колата и служебен телефон.
- добри логистични умения,
- редовен телефонен контакт със семействата за проследяване на тяхната ситуация и потребностите им с оглед на здравословното развитие на детето, където редовният контакт служи не само на прагматичната цел за адекватна оценка на потребностите, а се възприема от семействата като ангажираност, индивидуален подход, грижа, емоционална подкрепа.

Резултатът е:

„Подкрепата им беше абсолютно навременно, точна и дете се вика животоспасяваща за семейството и възможността да си гледа детето“ (ОЗД)

- **осигуряване на семейство на всички деца от ДМСГД**

Моделът НДД е ключов в подобен контекст, защото отговаря на необходимостта от кризисна подкрепа за семейството/детето. НДД задействат своята мрежа от връзки с приемни семейства в области на страната, където са работили, и осигуряват финансов ресурс за транспортиране на детето, което държавата не прави.

“Нямаме приемни семейства (за деца с увреждания) към общините. Част от персонала на закрыта институция станаха приемни родители. Само те (НДД) са ни помагали в крайна сметка в този процес (на закриване на ДМСГД – бел. авт.), до сега никоя друга организация не се включи, всичко друго сме правили сами. За съжаление, не сме имали контакти преди и те в последните етапи се включиха, но

пък помощта им беше безценна, защото ако не бяха те, сигурно нямаше да се справим с транспортирането на децата”. (ОЗД)

- Повишава капацитета на системата

Участниците идентифицират следните елементи в работата на НДД, които постигат целта: 1/практически обучения, 2/ човешкия фактор- отношения на привързаност с координаторите и активността на екипа, 3/ екипна работа с представители на системата, в контекста на която Моделът да се усвоява от нея.

Обученията са “ винаги са много хубави” (ОЗД) и полезни:

“Обученията включваха неща, които можем да прилагаме на практика... Теми като алтернативна грижа, деинституционализация, увреждания...” (ОЗД)

Не всички участници са способни да посочат такива конкретни теми. Обучението има по-траен ефект, когато се предлага на новопостъпили специалисти, които преди обучението са прилагали заедно с НДД техния Модел. Общият практически опит в комбинация с обучение е фактор за това.

Същият ефект има екипната работа с координаторите на НДД, които формират отношения на привързаност с клиентите.

2.2. НДД компенсира липсата на лидерство като системно преодолява съпротиви срещу ДИ, поддържани от:

- *бюрократичен подход ЧРЕЗ предлагане на гъвкава, индивидуализирана подкрепа,*
- *стигма към потребителите в новите услуги ЧРЕЗ отношения на привързаност с координатора.*
- *липса на партньорство между заинтересовани страни ЧРЕЗ работа в екип и мрежи;*

Координаторите демонстрират лидерство в работата със семействата като заместват бюрократичния подход чрез гъвкава и индивидуализирана подкрепа

Участниците в изследването във всички области разпознават елементите на Модела,

прилагани от координаторите. Те разпознават ангажираността им с личната история на членовете на семейството, ролята им в активното разрешаване на кризи при раждане на дете, или връщане на детето в случаите на реинтеграция, бързата реакция при възникване на нови потребности на семейството, готовност за оказване на емоционална подкрепа и менторство около развитието на детето, мобилизирането на ресурса от социални услуги за целите на превенцията/ реинтеграцията.

Координаторите преодоляват стигмата към семействата с връзка на привързаност със семействата

Най-ценното качество на Модела НДД е човешкият фактор. Областните координатори имат ключова роля за реализиране на Модела. Интервюираните в изследването семейства често не знаят името на организацията, не са запознати подробно с дейността на НДД, защото връзката с организацията е човешка. Отношенията с координаторите, описани по-горе, са базирани на разбиране и емпатия нови отношения, които преодоляват нагласите към институционализиране както от страна на родителите, така и от страна на системата.

“Много се мъчих, по цял ден плачех и аз и мъжа ми, защото знам какъв разход е едно дете, а то трябва да има бъдеще... Мъжа ми викаше, ако има вариант да го оставим за 3 месеца и ще правим всичко да се оправим и после да си го вземем след 3 месеца... Аз бях много тъжна, че ще се наложи да си оставя детето... и тя дойде в болницата, още същия ден... обясни ми, че те са такава фондация, които помагат на такива майки, които не могат в началото... и тя ми помогна с дрешки за детето, донесе на мъжа ми памперси, фризолак, пособия за къпане... абсолютно всичко беше донесла и даже беше купила дърва и беше отоплено като дойдохме от болницата (12 февруари) ... Тя (координатор) ми даде голяма надежда, че ще помага и аз не се колебах повече...” (Майка на 9-месечно бебе)

Екипната работа с представители на системата, „работенето заедно“ с тях създава условия за устойчивост в прилагането на Модела след оттеглянето на НДД, за което важен фактор са променени нагласи, в основата на които са стремеж за запазване на работно място и стигма по отношение на родители. Преодоляването на тези съпротиви води до създаването на нови нагласи в системата. (представена в отделен раздел).

За НДД партньорството на всички нива във всеки контекст е гаранция за осигуряване на координирана грижа в общността за деца и семейства, която единствено може да замести институционалния подход.

Факторите , които подпомагат тази част от дейността на НДД са няколко.

Основният е самият ѝ профил. В меморандума за разбирателство с ДАЗД, програмата и подходът на НДД са определени като „*допълнителни, надграждащи и подкрепящи дейности*”². Това, че не НДД не е доставчик на социални услуги, а само подкрепя местните професионални общности и институции да реализират ефективно своите отговорности, създава условия – както материални, така и емоционални за екипност. НДД не се приема като конкурент, а като реална подкрепа.

Вторият фактор е **позоваването на подписани държавни документи**. С това НДД преодолява културата на имитация в държавата: съществуването на два паралелни свята, без връзка един с друг: този на документи, и този на практиката – приемане на документи „на хартия“ и тяхно пренебрегване от практиката.

Третият фактор е **включването на всички заинтересовани лица, без изключение**, като партнира (дори) на ДМСГД, от който насочват семейства към НДД.

“С координатора на НДД ни свързаха от Дома... бяхме оставили детето там, защото имаше нужда от постоянни медицински грижи... Като се видя, че вече затварят Домовете и децата отиват в приемни семейства, докторката ни каза, че тя (дъщерята) има потенциал и вече не ѝ е нужна нон-стоп медицинска грижа... от Дома, след като ни питаха какво е нашето решение, ни казаха, че НДД ще ни помогнат с каквото могат и както могат, като адаптация, и тогава ни свързаха с координатора...” (Майка на дете с увреждане на 2,5 г.)

Четвъртият фактор е управлението на ДИ на местно ниво чрез Механизма за осъществяването на хоризонталните партньорства е създаденият от НДД **Областния координационен механизъм, който** заседава само при идентифицирана потребност от страна на Областния управител или по предложение на някой от участниците. ОКМД е

² <http://hopeandhomesbg.com/wp-content/uploads/2014/04/Memorandum-SACP-HHC-Bulgaria.pdf>

инструмент за ефективна комуникация с цел намиране на съвместно решение тогава, когато това не може да се постигне чрез традиционните модели

Участниците в изследването го приемат по различен начин. Някои го преживяват като допълнително натоварване с документация. Представител на НДД потвърждава изводи от предишни изследвания, че ОКМД е най-успешният инструмент за ДИ.

Релевантността е ограничена в контекст, в който съпротивите на национално и местно ниво се обединят така, че стратегическите цели на ДИ да изглеждат почти неизпълними.

В Област 2 работи един от най-големите ДМСГД в страната с капацитет 150 деца. Там почти всички участници - професионалисти изразяват **категорично мнение, че закриването на това ДМСГД би било особено трудно, дори невъзможно**. Тази теза те аргументират с твърденето, че няма подходящи форми на алтернативна грижа за деца с тежки увреждания нито в областта, нито по принцип.

„За децата с тежки увреждания трябва да се открият ЦНСТ с постоянна медицинска грижа. ПГ не е подходяща мярка за тях.“ (ОЗД)

„Не виждам кой би се наел като приеман родител. Невъзможно е да се говори за такова нещо.“ (ЕПГ)

„Не само, че няма да има смисъл, но и децата ще са поставени в риск. Несериозно е да се говори за това.“ (ЦОП)

На въпросите дали НДД могат да въздействат някак на тази ситуация, професионалистите почти без колебание отговарят отрицателно.

„По-скоро – не. За децата без увреждания може би биха помогнали, ако им се даде възможност (бел. – каквато НДД почти нямат, защото администрацията на ДМСГД не работи с тях), но за тези с увреждания – не могат.“ (ОЗД)

Изглежда повсеместно разпространено вярването, че в това ДМСГД живеят децата с възможно най-тежки увреждания в страната. Домът непрекъснато „се захранва“ с нови

тежки случаи, повечето на деца, които се настаняват от други области. Със закриването на ДМСГД-тата в околните областни градове, тези случаи очаквано се увеличават.

„В момента настаняваме дете от неантологично отделение в X (населено място отдалечено на около 300 км от града, в който се намира ДМСГД – бел. авт.), чиито родилите живеят в Y (населено място, което се намира на 200 км от X и на повече от 500 от града, в който се намира ДМСГД – бел. авт.)“.

„Затварянето на входа“ на институцията, което изглежда решаващата крачка по посока закриването на дома, е невъзможно и по друга причина- **институциите не припознават закриването на ДМСГД като свой ангажимент.** В *Областната стратегия за развитие на социалните услуги 2016 – 2020 г.* грижата за децата присъства като приоритетно направление номер 1, но като специфична цел в този смисъл е отбелязано „запазване на дейността на ДМСГД“, а като индикатор – подобро качество на предоставянето на услугите в специализираната институция. Това кореспондира и със записаното в *Общинската стратегия*, където пък като дейност фигурира: продължава дейността на ДМСГД и грижата за високо рискови новородени с капацитет 150 места. По този начин местната политика се различава от визията за деинституционализация, възприета от НДД, но парадоксално се намира в пълен разрез и с националната политика за деинституционализация на грижата за деца.

Съответно на контекста, НДД влагат усилия в поредица неуспешни опити да му повлияят за положителна промяна. Между тях си заслужава да бъде отличен опитът да се активира местната инициатива за закриване на ДМСГД през Общинската администрация, с която да бъде подписан отделен меморандум за сътрудничество. Това, обаче, среща категоричен отпор с аргумента, че става дума за несъответствие между целите на организацията и общината (което поне от гледна точка на местните стратегически документи явно е така).

„Те (бел. – НДД) си имат своя позиция. Работят по определени проекти, но не винаги техните приоритети съвпадат с приоритетите на общините. Те казват – „ние ще закриване ДМСГД“, но ние отговаряме – „това е работа на

други институции“. ДМСГД не е на общината, не е наша работа закриването му.“ (Община)

В цитираните местни стратегически документи присъстват и редица констатации, че бедността и уврежданията са причини за настаняване на деца в институции; че това настаняването би могло да се ограничи чрез развитие на услуги за подкрепа на семейства в риск в общността; че инвестициите в превенция са по-рентабилни в сравнение с инвестициите в решаване на изявиени проблеми и др. Тези твърдения кореспондират напълно с дейността на НДД, но очевидно връзката между тях и работата на организацията, от една страна, и самото закриване на ДМСГД, от друга страна, не е ясна за институциите. (Може би такава е причината и твърденията да остават само отделни изречения, които не намират никакво отражение в планираните в документите мерки.)

„Това, че нямаме подписан меморандум, не значи, че не можем да работим заедно. Тяхната (бел. – на НДД) основна задача е да подпомагат майки с памперси, с мляко, с разни такива първоначални неща за издръжка. Това е ниша.“ (Община)

Повод за необичания опит за сключване на меморандум с Общинската администрация е и фактът, че на областно ниво ОКМД не работи, въпреки че формално съществува по силата на подписан меморандум с Областна администрация. **ОКМД не се разпознава нито като подходящ формат за вземане на решения по отделни случаи и съгласуване на позиции, нито като място за срещи, информирание и дискусии;** събирал се е само веднъж за двегодишното си съществуване. Сред причините за това е, че няма разбиране от страна на институциите (пък и от останалите заинтересовани страни) какви биха били ползите от такава структура и никой от партньорите не е мотивиран да поддържа нейната работа. Допълнително, администраторите смятат, че ОКМД дублира други формати на областно ниво, напр. областен консултативен съвет за социалните услуги, звено за мониторинг и оценка на услугите, общинска комисия за детето и др.

Професионалистите пък споделят, че комуникацията между тях тече достатъчно активно и едва ли е необходима канализация на това общуване от страна на Механизма. Това се потвърждава и от думите на координатора на НДД, според която взаимоотношенията между екипите на услугите, ДМСГД и ОЗД при работа по случаи са много добри. Ярکو изключение прави мнението на ръководителя на услуга, който заяви следното по отношение на ОКМД:

„Много е жалко, че не се случва. А от такова нещо има голяма нужда. Трябва да има форум, на който да обсъждаме проблеми, които излизат извън обхвата на нашата ежедневна дейност. И да се вземат общи решения.“ (ръководител ЦНСТ)

Самата идея за вземане на съвместни решения в областта обаче е проблематична. Усещането на повечето участници в изследването, които заемат ръководни длъжности, е, че решенията обикновено са политически и окончателни. Разбира се, те не винаги са адекватни или разбираеми на местно ниво (дори за администрациите), но въпреки това възможности за реакция почти няма. В този смисъл, представителят на Общинската администрация открито заявява – и мнението му е симптоматично – , че влизането в стратегически партньорства с НПО е безсмислено, ако се търси влияние върху националното планиране.

Това положение е пряко свързано с общата нагласа към процеса на деинституционализация: професионалистите почти не разпознават принципите и смисъла на процеса на деинституционализация, неговия ход и перспективите пред него, отвъд отделните аспекти на ежедневните си дейности (където не е имало институция, съвсем не е ясно какво е това). За тях никак не е самоочевидно как тези ежедневни дейности са свързани с крайните цели на процеса. Хората, които са били или са в административна роля споделят по-скоро лош опит.

Въпреки това, в един контекст, в който ДИ не е приоритет, НДД продължава да е в съответствие с политика на ДИ. Макар и закриването на ДМСГД да не е възможно, организацията създава условия за провеждане на ДИ чрез работата си по превенция и

реинтеграция, с промяна на нагласи и повишаване на капацитета на системата.

„Не е лесно, трябва да има едно шило, което да ръчка институциите. То това май това беше основната роля на НДД. Някак ги караш да усещат някакъв ангажимент“ (Представител на РДСП).

Въпрос:

Новият контекст кара НДД да става лидер в ДИ, освен катализатор. Възможно ли е такова компенсиране на ролята на държавата да отнема отговорността ѝ по реализирането на поетите ангажименти?

Възможно ли е НДД да преосмисли партньорството си с държавата на базата на ефективност на интервенциите си в област “релевантност“ и , ако НДД става не само изпълнител, но и лидер по ДИ, да започне да изисква от държавата и местната власт?

7. Ефективност

Извод: Моделът НДД е ефективен и в политически нестабилен контекст, в който правителства не приоритизират ДИ. Той е ефективен в: 1/ закриване на домове, 2/ осигуряване на (по-сигурна) семейна грижа за децата, чрез 3/ ефективност на инвестираните от организацията средства. Анализ на качествените и количествените данни показват, че постиженията са резултат от работата на НДД.

Тази част на доклада съдържа резюмета на анализ на количествени данни, оценяващ ефективността на работата със семейства и инвестираните за това средства. Подробните доклади са представени в приложения.

■ По отношение на закриване на ДМСГД

Закриването на ДМСГД е важно както като ефективност, така и символно за смисъла на ДИ. НДД закрива 3 ДМСГД, намален е броят на децата в едно ДМСГД от 21 до 5.

- **По отношение на осигуряване на семейства за децата, изследването показва, че на всички деца, обект на Модела НДД е осигурена семейна среда.**

Изключение са няколко деца в Силистра за които услуги няма. Те продължават престоя си в ДМСГД докато не се намери алтернативна грижа за тях.

В две от областите интерюираните твърдят, че „всички случаи, по които работят координаторите на НДД приключват успешно“, а за случаите по превенция координатори и социалните работници от ОЗД изтъкват факта, че след намесата на НДД децата не се настаняват в ДМСГД, а заживяват в семейна среда. Сред тях няма настаняване на дете в ДМСГД, децата живеят в семействата си или при приемни родители, дългосрочно са подкрепени.. изследването не регистрира отпаднали от семейната система деца. Участниците твърдят, че е увеличен броят на осиновяванията, намерени са по-качествени приемни семейства-резултат от повишаване на капацитета на системата по тази тема.

Данните от два региона посочват, че сътрудничеството с ОЗД може да ограничи ефективността на работата на НДД. Първо, ефективността се определя от това, че ОЗД дава достъп на НДД до определени случаи, за които ОЗД вече е взело решение за кои случаи интервенцията на НДД би била ефективна (би довела до превенция). Второ, ефективността се оспорва от участници предвид случаи, за които не може да се гарантира дългосрочен ефект и това се отнася основно до случаи, в които интервенцията на НДД е била еднократна. Не във всеки случай координаторите остават в трайни отношения със семействата, на които са помогнали, за периоди от време, които надхвърлят 6 месеца.

По-долу е представено резюме от анализа на количествените данни , който посочва промените , постигнати за семействата чрез програмите по превенция и реинтеграция. (Пълното изследване и представено в Приложение 1)

7.1. Ефективност на програмата „Превенция”

Целта на изследването е да изучи ефективността на помощта на семейства в риск да посрещнат своите основни нужди с цел предотвратяване на изоставянето на деца от тези семейства в специализираните институции. За оценка на ефективността са използвани данните, събрани в три кратки времеви периода при изпълнението на програмата: (1) преди интервенцията (първоначална оценка); (2) непосредствено след интервенцията (при приключване на подкрепата) и (3) шест месеца след приключване на работата с децата и техните семейства.

Участниците в изследването са семейства на 108 деца, които живеят в 15 населени места в цялата страна. От тях 58 (53,70% от всички) са момчета, а момичетата са 50 (46,30%). Възрастта на децата варира от нула (новородени) до 36 месеца, със средна възраст $M=9.42$ месеца.

Преобладаващата част от оценяваните семейства включват двамата родители – такива са 80 семейства (74,07% от всички), а останалите 28 (25,93%) са едночленни семейства, включващи само майката.

Възрастта на майките варира от 14 до 48 години, като средната им възраст е $M=28.83$ години. Само 3 от тях са на възраст до 15 години, сравнително малък е и броят на тези над 40-годишна възраст.

По отношение на трудовия статус :в майчинство са 45 от наблюдаваните случаи (41,67% от всички), а безработни са 58 майки (53,70%). Сред останалите има няколко единични случая на лишена от свобода, непълнолетна и получаваща инвалидна пенсия. Само две от майките работят в реалния сектор и получават трудови доходи. От тази перспектива 98,15% от майките са извън трудовия пазар и не получават трудови доходи.

Във възрастово отношение бащите са между 17 и 63 години, със средна възраст $M=34.61$ години. Преобладаващата част от бащите са на възраст между 20 и 40 години, 5 от тях са възраст до 20 години, а 12 – на повече от 40 години. При 34 от тези семейства бащата не е част от семейството и не полага грижи за детето, при останалите 10 бащата на детето не е известен.

52 от бащите (54.17% от тези, за които има данни) са безработни – дял, който е почти еднакъв с дела на безработните майки. Сред останалите, 8 лица са в места за лишаване от свобода, един е в чужбина и двама са с инвалидни пенсии. Заетите в реалния сектор, които са общо 14 упражняват, нискоквалифицирани професии в строителството, селското стопанство и чистотата. Следователно 82.50 % от бащите, включени в субизвадката, са извън трудовия пазар и не получават трудови доходи.

По отношение на формата на съжителство между родителите 83 семейства (65.87% от всички) живеят без брак, а в други 20 (15.87%) родителите живеят разделени.

Преобладаващата част от децата (69.04%) имат поне един сиблинг, а около половината (48.40%) – двама или повече. Като цяло сиблингите се отглеждат в биологичното семейство (85.23% от първите по ред братя/ сестри и 80.65% от вторите). Редки са случаите на отглеждане на сиблингите в разширеното семейство (съответно 4.55% и 3.23%), в приемно семейство (2.27% и 1.61%), в специализирана институция (3.41% и 11.29%) или в резидентна услуга (1.14% и 1.61%). Прави впечатление относително високият дял на вторите сиблинги, предадени за отглеждане в специализирани институции и това може би е показател за наличието на тенденция родителите да са склонни да изоставят второто си дете в институция.

Инструментариумът е специализиран инструмент, разработен в съответствие с дизайна на изследването – „Обобщен формуляр за деца, отглеждани в семейна среда“.

Формулярът съдържа следните шест групи от индикатори за оценка на децата:

1. Условия на живот – 9 индикатора
2. Семейни и социални взаимоотношения – 7 индикатора
3. Поведение – 12 индикатора
4. Физическо и психическо здраве – 8 индикатора
5. Образование – 7 индикатора
6. Заетост и домакинство – 5 индикатора

Всяка група, съобразно нейната специфика, съдържа различен брой индикатори – между 5 (група 6. Заетост и домакинство) и 12 индикатора (група 3. Поведение).

Чрез всяка група от индикатори се оценява определена специфична област на благосъстоянието на семейството и на детето в него, като се наблюдават както индикатори на риска (рискови фактори), които могат да провокират изоставянето на детето в институция, така и съответстващите им защитни фактори, които са формуирани в антонимичен смисъл, например „Липса или недостатъчно здрава емоционална връзка между майката и детето“ (рисков фактор от група 2. Семейни и социални взаимоотношения) и огледалния на него „Силна връзка между майката и детето“ (протективен фактор от същата група). Отделните индикатори от своя страна реферират към специфични аспекти от потенциала на семейството да осигури оптимални жизнени условия на своето дете чрез удовлетворяване на неговите нужди.

Всяко наблюдавано дете е получило по три оценки по всеки рисков фактор (през всеки от времевите периоди на наблюдение), както и съответните три оценки по всеки протективен фактор. Оценките по всеки отделен индикатор са дихотомни (наличие/отсъствие).

Освен оценки по отделните фактори, за всяка група от индикатори (области на благосъстоянието) всяко дете е получило и по три обобщаващи дихотомни оценки „да/не“ (през всеки от времевите периоди на наблюдение) дали потребностите на детето са напълно посрещнати.

Във формуляра за оценка на детето е отделено и специално внимание на измерването на промяната в благосъстоянието на семействата. Данните, които свидетелстват дали такава промяна действително е осъществена, са събрани за всяка област на благосъстоянието, по време на всеки от трите периода на наблюдение. Броят на индикаторите във всяка група за измерване на промяната също е различен. Оценката на промяната е направена в съответствие със степента, в която са посрещнати нуждите на детето чрез следната 5-степенна оценъчна скала: 1 – никак; 2 – слабо; 3 – умерено (средно); 4 – почти; 5 – напълно.

Освен описаните по-горе индикатори, Обобщеният формуляр за оценка на децата съдържа и обширен демографски блок, чрез който е събрана детайлна информация за наблюдаваните деца и техните семейства. В следващата част на доклада е представен техният обобщен демографски профил.

Като мерки за оценка на ефективността са използвани резултатите от анализа на данните от всички структурни части на специализирания инструмент „Обобщен формуляр за деца, отглеждани в семейна среда“, предназначен за оценка на 6 групи от индикатори на благосъстоянието на децата и техните семейства. Тези структурни части са:

1. Рискови фактори – отразяват онези аспекти от ситуацията на детето, които биха провокирали родителите да вземат решение за изоставяне на детето в специализирана институция.
2. Протективни фактори – отразяват онези аспекти от ситуацията на детето, които действат в противоположна посока и благоприятстват отглеждането на детето в семейството.
3. Обобщена (дихотомна) оценка за удовлетворяване на потребностите на децата – синтезира влиянието на рисковите и на протективните фактори в една цялостна оценка.
4. Измерване на промяната – разгърната оценка на степента, в която са задоволени потребностите на детето.

Оценките са направени по всяка област на благосъстоянието, във всеки от трите времеви периода при изпълнението на програмата.

Резултатите са както следва:

През първия период на оценка равнището на рисковите фактори е статистически значимо по-високо от това през втория период, докато през третия период то остава на равнището от втория период. Следователно, може да се направи заключението, че интервенцията на социалните работници в областта на рисковите фактори е била ефективна. Това се потвърждава с анализа на защитните фактори. От относително

ниски равнища през първия период на оценка, във всички области на благосъстоянието те повишават статистически значимо своето равнище през втория период, за да го запазят почти непроменено през третия.

Важно е да се отбележи, че има баланс между факторите преди интервенцията, отразена в първоначалните оценки на НДД. Нивото на рисковите фактори във всички области на благосъстоянието е около или под средното за съответната група от индикатори. Като по-слаби се открояват рисковете в областта на семейните и социалните взаимоотношения, образованието и особено на поведението. По-съществени са рисковете в областта на условията на живот, заетост и домакинство. Равнището на протективните фактори е също около и под средното. Едно интересно изключение е областта на поведението, в която нивото протективните фактори е изключително високо, в контраст със съответните рискови фактори. Други области с относително по-високо равнище на тези фактори са физическо и психическо здраве и семейни и социални взаимоотношения. С ниски равнища на тези фактори се открояват образование и заетост и домакинство.

По първите четири от областите на благосъстоянието (1. Условия на живот, 2. Семейни и социални взаимоотношения, 3. Поведение и 4. Физическо и психическо здраве) нивата на протективните фактори са по-високи от тези на рисковите. И обратно – по последните две (5. Образование и 6. Заетост и домакинство) те са по-ниски. Би могло да се каже, че като цяло двете групи от противодействащи си фактори не са балансирани и че превес имат защитните фактори, което може да се разглежда като условие, в известна степен благоприятстващо работата на социалните работници при изпълнението на дейностите по програмата.

Резултатите от анализа на обобщените (дихотомни) оценка за удовлетворяване на потребностите на децата също свидетелстват за успешното изпълнение на задачите по превенция – при всички области на благосъстояние се наблюдава значително повишаване на дела на децата, чиито потребности са удовлетворени.

Данните от измерването на промяната – групи от индикатори, предназначени за пряка оценка на ефективността на работата на социалните работници, чертаят същия модел на изменение както протективните фактори – относително ниско ниво в началния период на измерване (преди интервенцията, първоначална оценка), значимо повишаване пред втория период (непосредствено след интервенцията, при приключване на подкрепата) и запазване на равнището 6-месеца след приключване на интервенцията.

Следователно може да се направи обобщението, че във всички области на благосъстоянието на децата и техните семейства, по всички групи от индикатори, се наблюдават съществени подобрения в текущите условия, което може да се обясни с ефективната работа на социалните работници, изпълняващи програмата по превенция на изоставянето на децата в специализирани институции.

7.2. Ефективност на програма „Реинтеграция“

Програмата на НДД подпомага семейства в риск да посрещнат своите основни нужди с цел реинтеграция на техните деца, настанени преди това в специализирани институции.

В изследването са обхванати сравнително малък брой деца - общо 18 , чиито семейства живеят в 15 населени места в цялата страна. От тях 10 (55.56% от всички) са момчета, а момичетата са 8 (44.44%). Възрастта на децата варира от 1 до 36 месеца, със средна възраст $M=13.06$ месеца ($SD=10.15$). Възрастовият диапазон на реинтегрираните деца почти съвпада с този на децата, включени в изследването на превенцията, но средната им възраст е по-висока с около 4 месеца.

Преобладаващата част от оценяваните семейства включват двамата родители – такива са 16 семейства (88.89% от всички), а останалите 2 са на самотни майки (едно от които включва и баба).

Възрастта на майките варира от 16 до 42 години, като средната им възраст $M=30$ години е малко по-висока от тази на майките, обхванати в изследването за превенция.

Преобладаващата част от майките са на възраст 20 – 30 години. Само 1 от тях (5.56% от всички) е на възраст до 20 години, сравнително малък е и броят на тези над 40-годишна

възраст. Структурата на тази субизвадка по отношение на трудовия статус е сравнително проста. Преобладаващата част от тях (17 майки, 94.44% от всички) са безработни и само една (5.56%) е с трудови доходи като хигиенист в учебно заведение.

По отношение на бащите, по-голяма част от семействата (88.89% от всички) включват двамата родители, поради което обемът на субизвадката на бащите е по-малък, но съпоставим с този на майките. Във възрастово отношение бащите са между 16 и 71 години, със средна възраст $M=36.73$ години ($SD=12.73$), също по-висока, с около 2 години, от тази на бащите в изследването за превенция. По този показател субизвадката на бащите е малко по-диференцирана от тази на майките, без открояващи се честоти.

Макар и по-малко на брой, лицата, включени в тази субизвадка, са заети в много повече професионални области. Трябва да се отбележи, че 10 от бащите (62.50% от тези, за които има данни) са безработни – дял, който е много по-нисък от дела на безработните майки, но, от друга страна, е с около 10% по-висок от дела на безработните бащи в изследването на превенцията. Сред останалите, едно лице е лишено от свобода, друго има временна заетост, а за двама няма данни. Заетите в реалния сектор, които са общо 4 упражняват, нискоквалифицирани професии в строителството или като общи работници. Следователно 66.67% от бащите, включени в субизвадката, са извън трудовия пазар и не получават трудови доходи.

По отношение на формата на съжителство между родителите на наблюдаваните деца семействата се групират в две големи категории. В преобладаващата част от тях двамата родители съжителстват без брак – такива са 14 семейства (87.50% от всички), в други 2 (12.50%) родителите живеят разделени, а за две семейства липсват данни за формата на съжителство между двамата родители.

Преобладаващата част от децата (83.33%) имат поне един сиблинг, а над половината (61.11%) – двама или повече. Като цяло сиблингите се отглеждат в биологичното семейство (86.67% от първите по ред братя/ сестри и 54.54% от вторите). Редки са случаите на отглеждане на сиблингите в разширеното семейство (съответно 6.67% и

9.10%), в приемно семейство (6.67% и 9.10%), в специализирана институция (0.00% и 27.27%). И в този анализ прави впечатление относително по-високия дял на вторите сиблинги, предадени за отглеждане извън биологичното семейство, и това може би е показател за наличието на някаква тенденция родителите да са склонни да изоставят второто си дете.

За да се направи оценка на ефективността на работата на социалните работници, данните са събрани в три кратки времеви периода: (1) преди интервенцията (първоначална оценка), докато детето е все още в институцията или непосредствено след като то е било прието обратно в семейството; (2) непосредствено след интервенцията (при приключване на подкрепата); работата с всяко дете и неговото семейство има различна продължителност в зависимост от нуждите на семейството и (3) шест месеца след приключване на работата с децата и семействата. Тази процедура на събиране на доказателства съвпада напълно с процедурата, прилагана и в дейностите по превенция на изоставянето на деца в специализираните институции.

7.3. Инструментарии. Структура на данните.

Данните са събрани чрез специализиран инструмент, разработен в съответствие с дизайна на изследването – „Обобщен формуляр за деца, отглеждани в семейна среда“, използван за събиране на данните и в изследването на ефективността на превенцията. Формулярът съдържа следните шест групи от индикатори за оценка на децата:

1. Условия на живот – 9 индикатора
2. Семейни и социални взаимоотношения – 7 индикатора
3. Поведение – 12 индикатора
4. Физическо и психическо здраве – 8 индикатора
5. Образование – 7 индикатора
6. Заетост и домакинство – 5 индикатора

Всяка група, съобразно нейната специфика, съдържа различен брой индикатори – между 5 (група 6. Заетост и домакинство) и 12 индикатора (група 3. Поведение).

Чрез всяка група от индикатори се оценява определена специфична област на благосъстоянието на семейството и на детето в него, като се наблюдават както индикатори на риска (рискови фактори), които могат да влошат качеството на живот на детето в съответната област и да затруднят процесите на реинтеграция, така и съответстващите им защитни фактори, които са формулирани в антонимичен смисъл, например „Липса или недостатъчно здрава емоционална връзка между майката и детето“ (рисков фактор от група 2. Семейни и социални взаимоотношения) и огледалния на него „Силна връзка между майката и детето“ (протективен фактор от същата група). Отделните индикатори от своя страна реферират към специфични аспекти от потенциала на семейството да осигури оптимални жизнени условия на своето дете чрез удовлетворяване на неговите нужди.

Всяко наблюдавано дете е получило по три оценки по всеки рисков фактор (през всеки от времевите периоди на наблюдение), както и съответните три оценки по всеки протективен фактор, оценени дихотомно (наличие/ липса на риск или на благоприятно условие).

Освен оценки по отделните фактори, за всяка група от индикатори (области на благосъстоянието) всяко дете е получило и по три обобщаващи дихотомни оценки „да/ не“ (през всеки от времевите периоди на наблюдение) за пълното удовлетворяване на потребностите на детето.

Във формуляра за оценка на детето е отделено и специално внимание на измерването на промяната в благосъстоянието на семействата. Данните, които свидетелстват дали такава промяна действително е осъществена, са събрани за всяка област на благосъстоянието, по време на всеки от трите периода на наблюдение. Броят на индикаторите във всяка група за измерване на промяната също е различен. Оценката на промяната е направена в съответствие със степента, в която са посрещнати нуждите на

детето чрез следната 5-степенна оценъчна скала: 1 – никак; 2 – слабо; 3 – умерено (средно); 4 – почти; 5 – напълно.

Освен описаните по-горе индикатори, Обобщеният формуляр за оценка на децата съдържа и обширен демографски блок, чрез който е събрана детайлна информация за наблюдаваните деца и техните семейства. В следващата част на доклада е представен техният обобщен демографски профил.

Като мерки за оценка на ефективността са използвани резултатите от анализа на данните от всички структурни части на специализирания инструмент „Обобщен формуляр за деца, отглеждани в семейна среда“, предназначен за оценка на 6 групи от индикатори на благосъстоянието на децата и техните семейства. Тези структурни части са:

1. Рискови фактори – отразяват онези аспекти от ситуацията на детето, които биха затруднили или възпрепятствали плавното протичане на реинтеграцията на детето.
2. Протективни фактори – отразяват онези аспекти от ситуацията на детето, които действат в противоположна посока и благоприятстват връщането и отглеждането на детето в семейството.
3. Обобщена (дихотомна) оценка за удовлетворяване на потребностите на децата – синтезира влиянието на рисковите и на протективните фактори в една цялостна оценка.
4. Измерване на промяната – разгърната оценка на степента, в която са задоволени потребностите на детето.

Оценките са направени по всяка област на благосъстоянието, във всеки от трите времеви периода при изпълнението на програмата.

Критериите за оценка на ефективността на работата по реинтеграция са идентични на тези, използвани в анализа на програмата за превенция. За ефективна работа в областта на рисковите фактори се разглежда тази, която е довела до понижаване на тяхното равнище при измерването през втория период (непосредствено след интервенцията, при приключване на подкрепата) в сравнение с първия (преди интервенцията, първоначална

оценка). Обратно – ефективна в областта на протективните фактори е онази дейност, която е довела до повишаване на тяхното равнище през втория в сравнение с първия период. Същият критерий следва да се приложи и по отношение на обобщената дихотомна оценка, както и при измерването на промяната.

Следващият, не по-маловажен критерий, е трайността и устойчивостта на резултатите от интервенцията за по-дълъг период от време, т. е. съхраняване на равнището на постигнатите резултати или тяхното намаляване (при рисковите фактори), съответно повишаване (при останалите мерки).

Между резултатите от анализа на реинтеграцията и тези от превенцията се наблюдава изключително високо типологично сходство.

По отношение на рисковите фактори, във всички области на благосъстоянието се наблюдава почти идентична траектория на равнищата на постигнатите резултати. През първия период на оценка тяхното равнище е статистически значимо по-високо от това през втория период, докато през третия период то остава на равнището от втория период, със слаби, статистически незначими движения към намаляване или повишаване. Следователно, може да се направи заключението, че интервенцията на социалните работници в процеса на реинтеграция в областта на рисковите фактори е била ефективна.

Противоположна картина се наблюдава при защитните фактори. От относително ниски равнища през първия период на оценка, във всички области на благосъстоянието те повишават статистически значимо своето равнище през втория период, за да го запазят почти непроменено през третия. Следователно и по отношение на протективните фактори може да се направи заключението, че интервенцията на социалните работници е била ефективна.

Тук ще обърнем внимание на същия комплексен фактор, който, освен при превенцията, вероятно е имал самостоятелно влияние върху резултатността на действията на социалните работници за реинтеграция на децата в биологичните им семейства. Това е ситуацията в наблюдаваните семейства преди интервенцията, отразена в

първоначалните оценки, като особено интересни са рисковите и протективните фактор и балансът между тях.

Подобно на анализа на превенцията, нивото на рисковите фактори във всички области на благосъстоянието е около или под средното за съответната група от индикатори.

Като по-слаби се открояват рисковете в областта на физическото и психическо здраве, семейните и социалните взаимоотношения, образованието и особено на поведението. По-съществени са рисковете в областта на условията на живот, заетост и домакинство. Равнището на протективните фактори е също около и под средното. Едно интересно изключение, подобно на изследването на превенцията, е областта на поведението, в която нивото протективните фактори е изключително високо, в контраст със съответните рискови фактори. Други области с относително по-високо равнище на тези фактори са физическо и психическо здраве и семейни и социални взаимоотношения. С ниски равнища на тези фактори се открояват образование и заетост и домакинство.

В две от областите на благосъстояние (3. Поведение и 4. Физическо и психическо здраве) нивата на протективните фактори са по-високи от тези на рисковите. В останалите четири области те са по-ниски (1. Условия на живот, 2. Семейни и социални взаимоотношения, 5. Образование и 6. Заетост и домакинство). Би могло да се каже, че като цяло двете групи от противодействащи си фактори не са балансирани и че превес имат рисковите фактори, което може да се разглежда като условие, затрудняващо работата на социалните работници в началните етапи по изпълнението на програмата за реинтеграция.

Резултатите от анализа на обобщените (дихотомни) оценка за удовлетворяване на потребностите на децата също свидетелстват за успешното изпълнение на задачите по реинтеграция – при всички области на благосъстояние се наблюдава повишаване на дела на децата, чиито потребности са удовлетворени.

Данните от измерването на промяната – групи от индикатори, предназначени за пряка оценка на ефективността на работата на социалните работници, чертаят същия модел на изменение, както протективните фактори – относително ниско ниво в началния

период на измерване (преди интервенцията, първоначална оценка), значимо повишаване пред втория период (непосредствено след интервенцията, при приключване на подкрепата) и запазване на равнището 6-месеца след приключване на интервенцията.

Следователно може да се направи обобщението, че във всички области на благосъстоянието на децата и техните семейства, по всички групи от индикатори, се наблюдават съществени подобрения в текущите условия, което може да се обясни с ефективната работа на социалните работници, изпълняващи програмата по реинтеграция на децата в биологичните им семейства.

Важно е заключението по отношение на устойчивостта на резултатите. Шест месеца след интервенцията, резултатите се запазват.

7.4. Ефективност на финансовата инвестиция на НДД

Отделно изследване на стойността на активната семейна се провежда за целите на оценката, за да отговори на въпросите:

1. Каква е средната месечна стойност на подкрепата предоставена от НДД и от дарения, събрани и разпределени от НДД, от доставчик на услуги и от социални помощи; как тази сума се съотнася към месечната издръжка на дете в институция?
2. Как се разпределят средствата според това, в какви области на живота и за какви специфични разходи за всеки от трите вида семейства (превенция, реинтеграция, приемни семейства)?
3. Какво е съотношението между ресурса, вложен от НДД и ресурса, предоставен от държавата под формата на помощи и услуги?
4. При реинтеграция - има ли зависимост между това какъв дял от средствата се отделят за подкрепа на семейството за подготовка на реинтеграцията, и какъв след завръщането на детето в семейството?

Анализът показва, че най-значим ресурс е отделен за подобряване на условията на живот на семейството за отглеждане на детето (в т.ч. безопасността на средата,

отопление през зимните месеци, необходимите принадлежности за отглеждане на дете от 0 до 3 г. и т.н.). Значим е делът на средства отделени за здраве на детето, а в някои случаи и на родител. Ресурсът в областта “Трудова заетост” е човеко-часове на координатора, транспорт и комуникация за посредничество за намиране на работа.

Средната месечна стойност на подкрепата, предоставена от НДД и от дарения събрани и разпределени от НДД (т.е. активната подкрепа) е както следва:

- превенция 67 лева
- реинтеграция 115 лева
- приемни семейства 90 лева

Тя се отпуска най-интензивно по време на кризата на семейството. Сумарно помощта варира в широки граници в зависимост от специфичните нужди на семейството. Средно, стойността на подкрепата на случай е както следва:

- превенция 532 лева
- реинтеграция 1041 лева
- приемни семейства 141 лева

Помощта от доставчик на услуги има следната стойност:

ЦНСТ - 692 лв

ЦОП - 238.75 лв.

ЗМБ - 562.33 лв

1. Това означава, че НДД добавя към съществуващото в системата подпомагане стратегическа форма на подкрепа - невременна (кризисна), целева, специфична на потребностите, което означава, че НДД успешно идентифицира и отговаря на празноти в системата при липса на адекватни услуги в общността и при липса на механизъм за гъвкаво финансово подпомагане и кризисен отговор.

2. При различни комбинации на източниците на финансиране на подкрепата за семействата, общата месечна сума на издръжката в семейна среда в редки случаи би надвишила сумата от 1000 лева на месец, която беше предвидена за издръжката на дете в ДМСГД.
3. За всеки от трите вида семейства (превенция, реинтеграция, приемни семейства) материалната подкрепа е концентрирана около подобряване на условията на живот, като специфичните разходи са фокусирани около безопасност на дома, отопление, осигуряване на оборудване за бебето, изхранване на бебето, осигуряване на комфорт за бебето и родителите с оглед на здравословното развитие на детето.
4. За разлика от пилотната фаза на проекта, в оценявания период е отчетена слабост в дейността по фондонабиране и набиране на дарения в натура. В пилотната фаза даренията съставляват почти 50% от предоставената материална подкрепа на семействата, а в оценявания период процентът е едва 10.
5. При случаите на реинтеграция приблизително една трета от средствата се разпределят за подкрепа на семейството за подготовка на реинтеграцията, и приблизително две трети се разпределят след завръщането на детето в семейството.

Изводи

Моделът НДД е ефективен при закриване на домове и при осигуряване на подобрена семейна среда за деца, живеещи в риск от институционализация, или институционализирани.

Фактори на ефективността, посочени от професионалистите: (1) бързината, с която нещата се случват, и (2) гъвкавостта при формите на подкрепата, (3) прости процедури за заявка и отчитане на подкрепата, (4) отзивчивостта (усещането, че на организацията може да се разчита във всеки момент), а по-рядко, но все пак се споменават и (5) позитивното отношение към клиентите, и (6) креативността при предлагането на решения по случаите.

За семействата, качествените данни показват, че това е навременната подкрепа, постоянството на грижата и разбирането.

По отношение на инвестираните средства, разходите за всяко семейство са релевантни на прецизна оценка на потребностите и ресурси, устойчиви, поради постигане на устойчив доход чрез подобряване на достъпа до социални помощи и поради подобрени умения на семействата за бюджетиране. Разходите са ефективни, тъй като : 1/ преодоляват фрагментираност и изтичане на средства чрез удовлетворяване на липсващи в системата средства, 2/ стимулират процеси на взаимна подкрепа в общността, 3/ включват различните актьори (семейство, интердисциплинарни екипи, местна власт) в оценката и вземането на решения за изразходването на средства, което преодолява фрагментираността и изтичане на средства нетаргетирано.

Качествените данни показват, че ефективността се оспорва от системата в когато ценностите и целите на организацията не се споделят от управлението на местно ниво. В тези случаи оттеглянето на организацията възстановява йерархичния модел, което е риск за извеждане на деца от семейства, за осигуряване на бързина и гъвкавост на помощта.

„...НДД трябва да продължат да работят, защото няма друг ресурс, освен НДД, който да помага по този начин социално слабите семейства“.

Въпроси:

Възможно ли е в новата ситуация на дезангажираност на централно ниво, избраният фокус за партньорство с местните власти да не е достатъчен? Възможно ли е постигане на по-голяма ефективност чрез включване на интервенции на национално ниво?

Възможно ли е обученията и екипната работа със социалните работници да включва темата „мрежуване“, „застъпничество и“, „лобиране“, за да може системата да усвои знания и опит да ги прилага и след оттегляне на НДД?

Възможно ли е НДД да оставя след себе си повече подготвени хора по места, които да поддържат хоризонталния модел чрез екипни заседания, и ОКМД?

8. Полезност

Извод: Моделът НДД: 1/ осигурява семейна грижа за деца в риск, 2/възстановява семейства, 3/помага на специалисти и развива системата за закрила на децата, 4/ ползва се от политиката за закрила на деца.

8.1. Моделът НДД осигурява семейство на децата в риск

НДД постига крайния резултат – осигуряване на семеен живот на децата в риск.

„Когато дойдоха на наша територия имаше 21 деца в дома. Най-много ни помогнаха с превенцията. Реално ние спряхме настанията благодарение на тях. Различно то спрямо преди е, че още при сигнал на новородено с риск от изоставяне, незабавно се свързвахме с координаторката. Тя правеше всичко възможно, за да помогне на родителите и на детето.“ (ОЗД)

За да постигне това, НДД предлага финансови и психологическо-консултативни интервенции, посредничество между малцинствената група и тази на мнозинството. Родителите, с които работи организацията, говорят български език слабо, степента им на грамотност е ниска и нямат компетентност да се справят с административни изисквания. Без съдействие те не биха могли да се справят в болница или друг тип институция. Според представили на ОЗД, координаторът постига превенция на изоставянето в 60-70% от случаите чрез финансова подкрепа, придружаване на семействата, връзка и контакт с лекарите, осигуряване на средства за определени лекарства, придружаване до специализирани болници в страната.

„Ако не беше тази помощ, нито едно от децата не може да бъде реинтегрирано. Много от тези деца щяха да се озоват в ДМСГД-то.“ (ОЗД)

По превенция на изоставянето и реинтеграция на деца с увреждания, които могат да бъдат отглеждани в семейна среда, НДД предоставя комплексна помощ, която включва медиаторство пред институции, езиков превод, както и символна власт пред представители на здравни институции, чието отношение често е отхвърлящо и

пренебрежително към малцинствените общности. Организацията поема пътни разноски, комуникация с болнични заведения и лекари специалисти. Гъвкавостта на намесата придвижва по-бързо случаите, отколкото в каналния междуинституционален ред – ДМСГД – болнични заведения.

8.2. Моделът НДД възстановява семейства

Подкрепените от НДД семейства оценяват работата на организацията изключително високо. Те споделят, че в момента, в който са се срещнали в координатора на НДД, вече са били изморени и отчаяни от дългите и безполезни разговори с институции, от които са търсили помощ. Имали са нужда от точно определено нещо, което координаторът най-после е „имал уши да чуе“. Историята по-долу обобщава работата по Модела на НДД и ефекта от него.

Христо се ражда с малформация и риск за живота. Състоянието на детето изисква спешна операция за доизграждане на органи. Родителите са в шок. Не могат да мислят, да се мобилизират. От болницата насочват семейството към ОЗД и към НДД. Според майката на Христо, първата от всички помощи, била една еднократна помощ от НДД. Това ѝ дава сили да пътува сама до столицата и да преживее 6 операции на детето. НДД продължава да подкрепя семейството с пътните разходи. Сега детето е игриво и общително. След изтичането на проекта Майката разчита на координатора на НДД.

„Ако нямах подкрепата на НДД, не е ясно до къде би стигнало лечението на детето....Знам, че мога да ѝ се обадя когато си поискам, за всякаква помощ и подкрепа, нищо че тя вече не работи в НДД.. тя е човек, който отново ще направи всичко възможно до ми помогне...”

Моделът НДД възстановява успешно няколко групи семейства, които без помощта на организацията не биха се справили с хронични или неочаквани кризи.

НДД за семейства, живеещи в екстремна бедност

НДД изповядват философията, че в 21 век в страна-член на ЕС бедността не може да бъде причина за отделянето на детето от неговия биологичен, социален и културен произход, и е от малките организации, които работят със семейства, живеещи в екстремна бедност, като ги подпомагат в тяхната общност. Това са най-често маргинализирани махали и малки населени места, където няма социални услуги. Това, което съумяват успешно да правят, е отговор на базисните потребности на семейството (подслон, храна, лекарства), индивидуализиране на подкрепата и връзка с институции и услуги, които могат да окажат дългосрочна подкрепа след напускането на НДД.

Ключова подкрепа организацията оказва на биологични семейства, които живеят в дълбока бедност. Чрез интервенцията е дадена начална подкрепа и стабилизиране на условията за живот, като децата са при родителите.

Такъв е случаят на М., бедна жена от ромски произход, с 8 деца, която след шестото си дете е изоставена от бащата. НДД позволява на майката да върне децата си и да отгледа най-малкото в подобрени материални условия. НДД извършва частичен ремонт на колибата, която обитава майката, поставя дограма, септична яма, предоставя малка печка. Координаторът подкрепя майката и помага във водене на дело за издръжка от страна на бащата. Децата са записани в училище и на градина. По време на наблюдението жената е стабилна, поддържа хигиена и е с подобрена среда за изхранване на децата. Въпреки това, част от децата в училищна възраст не посещават училище и помощите на майката са спрени. Няма ток, условията на живот са крайно бедни. Непосещението на училище се обяснява с отдалеченост, липса на обувки и дрехи за децата, учебни пособия, чувство за потиснатост и непризнатост на усилията в училището. Извън помощта на НДД майката не е получавала такава от никаква друга институция.

Ограниченията на полезността на работата НДД са свързани с хроничната бедност, която се предава от поколения. Стратегическият документ за справяне с бедността в България приема комплексен подход, но за момента има само декларативен характер,

тъй като дори не са разработени заявените 2-годишни планове за въвеждане в действие на конкретните мерки³.

“По отношение на грижата за детето в разширеното семейство – има такива семейства, при които бедността е от поколения. Ако е единично семейство, изпаднало в бедност, винаги има кръг, който се активира по естествен начин. Но има такива, които са в трайна безпомощност от поколения, а това се превръща във фактор за насилие... Дори в такива случаи НДД не капитулират и биха работили...” (ОЗД)

Контекстът, при който “междусекторните услуги, които включват здравни, образователни и социални дейности, са слабо развити (най-вече под формата на единични пилотни проекти, които - поради липсата на финансова устойчивост - не се мултиплицират), а това затруднява предоставянето на комплексна подкрепа на уязвимите групи”⁴ може да компрометира полезността, ефективността и устойчивостта на подкрепата, предоставяна от НДД и постигнатите резултати за семействата, живеещи в екстремна бедност.

Подкрепата на такива семейства от НДД като НПО с гъвкава структура и мобилност е често единствена .

„Гърсим ги само в случаи на семейства, които живеят в крайна бедност; такива, които са крайно нуждаещи се.“ (ЦОП)

НДД за семейства от етнически различни общности

НДД помага на етнически различните общности, живеещи в тежка бедност и социална изолация. Това са случаи на семейства от ромската общност, чийто представители са всъщност голяма част от клиентите на ОЗД. Често самата принадлежност към етническо малцинство се смята за критерий за попадане в рискова група.

³ Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 - <https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/Nacionalna%20strategia.pdf>

⁴ Цитат от “Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване”

„При ромите в нашия район ранните бракове и ранните раждания са съвсем обичайни, живеят по няколко поколения в една стая, приемат хладилника за излишна вещ, нямат понятие как изглежда един нормален дом. Нашите клиентки живеят в мизерия, примитивно, но не го приемат за нещо ненормално. Не ползват сешоари, дамски превръзки. Не „вижда“, че има проблем с грижата за децата. Ромските семейства са много зависими от системата: не могат да се откъснат от нея. Работим с поколения наред, бабите и дядовците са наши клиенти, децата им, техните внучки отново са наши случаи. Комуникацията с тях е трудна, насоките не се разбират, много е сложно.“ (ОЗД)

Това описание се потвърждава в посещения, направени по настоящото изследване, при непълнолетни майки, които НДД подкрепя. В един от домовете, в две стаи живеят над 15 души заедно с новородено бебе, а майката не разбира смисъла на въпросите, които ѝ се задават.

Намесата на НДД в случаи като този има потенциал да променя „климата“ в домовете на семействата, а когато ефектът от промяната е видим и в затворената общност, това повлиява и нея.

НДД връща близнаци - момче и момиче на майка с 6 деца след като ОЗД ги дава в приемно семейство след раждането им поради липса на условия на живеене. Децата са в приемното семейство до 2 годишна възраст. С помощта на ОЗД и НДД родителите се стабилизират. Свекървата помага за закупуване на къща, ремонтът на която става с подкрепата на НДД., на което майката все още разчита. След връщането в биологичното семейство, момчето започва да боледува. НДД финансира лечението му в болница и престоя на майка му там. След приключването на проекта семейството продължава да се развива в посока повишаване на родителския капацитет. Съсед ремонтира доброволно банята на семейството. С приятели съсед си правят услуги, разменят си продукти. Днес и двамата родители работят: събират билки и получават дневно възнаграждение от 3,50 лева/час. В магазина пазаруват на вересия, до 270 лева. Това е месечната стойност, която се полага като помощи за децата.

Майката на близнаците изглежда напълно удовлетворено от това, че всичките ѝ шест деца са с нея.

НДД за подкрепа за приемни семейства

В бюджета на националния проект за приемна грижа разходи при първо настаняване на дете семействата не са включени, получават първите си заплати чак след месец и половина, а и именно в този период обикновено се правят най-големите си разходи по посрещането на детето. В този момент работата с НДД е особено полезна.

„Те подкрепяха и приемната грижа, защото ние даваме парите едва след като мине един месец. Те като купят храна и памперси за първия месец, много голяма подкрепа по превенция ни оказаха. (ОЗД)

Горните случаи илюстрират избрания метод, използван в Модела НДД – работа в кризи и с кризи, посрещането на които няма ресурс.

Този фокус се разпознава от ОЗД, които се обръщат към НДД, „по правило“ за семейства, които имат „остра необходимост“ и „финансови проблеми“. Това са случаи, в които социалните работници разпознават криза, която потенциално би довела до negliжиране, изоставяне или извеждане на детето от семейството, раздяла на родителите или дори насилие заради влошеното общуване между възрастните в семейството или друго.

Същият фокус организира помощта по гъвкав и бърз начин, това е истинска превенция, в противовес на тенденцията на държавните служби да търсят винаги варианти за формална грижа и мерки за закрила.

„Защо говорят за превенция... държавата ми казва няма да вземем детето в дом, ама после няма да ти помагаме да го гледаш... добре че има организации като на В (работеща самотна майка на 4 деца говори за координатор НДД)

Кризите могат да бъдат от различно естество, включително психична болест.

„Преминах две депресии в психиатрия. Единият път изпих син камък и се обадох на координатора на НДД, да ѝ кажа да се грижи за децата ѝ. Настаниха ме в болница. ...” как съм могла да си оставя децата така. Не смятам, че щях да оцелея с децата без тази помощ” (майка на четири деца)

Откликването на ситуацията на криза за семейството по адекватен начин, както и оставането във връзка със семейството достатъчно дълго след като кризата е преодоляна, е ключово, за да се прави превенция на изоставянето.

От гледна точка на семействата ползата е очевидна, а от гледна точка на системата, превенцията означава по-малко деца, поставени във формална грижа и подкрепени в естествената им среда – нещо, което Актуализираният план за действие отчита като слабост.

8.3. НДД помага на професионалистите и системата за закрила на децата

За различни групи професионалистите, ползите са различни, което доказва гъвкавостта на предлаганата помощ и за тях..

Например, работещ по приемна грижа социален работник, споделя:

„Ние (бел. – системата за закрила и НДД) взаимно се допълваме. Разликата е, че за нас е важно да има доверителна връзка и дългосрочни отношения с клиентите. За координатора на НДД това не е толкова важно, те просто се включват в определен момент.“

Други социални работници се обръщат към организацията тогава, когато всички техни възможности за оказване на подкрепа са изчерпани. На въпрос какво не биха могли да правят без НДД, често отговорът е:

„Материалната подкрепа. Нямахме да изоставим случаите си, но без нея, щеше да ни е много трудно. Имаме подобни случаи с по-големи деца и ни е страшно трудно с тях.“ (ръководител на ЦОП)

Участници в изследването отбелязват и значението на външната на НДД позиция, спрямо институциите, която позволява изграждане на доверие със семействата:

„Ако щете дори и в наблюденията е полезно. Те пред нас родителите се държат по един начин, защото може да им вземем детето. Докато пред А са много по-естествени. В някои от случаите имаше и по-точни наблюдения върху семейството от нас. Тя с тях ставаше приятел и има единици случаи, а пък ние имаме 300 и отгоре. Не можем да ходим така ежедневно. Тя ги придружаваше до болници.“ (ОЗД)

Някои социални работници от ОЗД са амбивалентни по отношение на това да разполагат с ресурса на НДД. Смятат, че със средствата ще се увеличи отчетността им, а също ще се повишат очакванията на клиентите към получаването на допълнителни финансова и материална подкрепа. Последното би породило, според тях, „спекулации“ и създаването на зависимост у клиентите към тях.

Клиентите ще приемат, че е някаква даденост ОЗД да предоставят такава подкрепа , че това е задължителна част от работата по случаите и ще започнат да я изискват. Свърхупотребата ще има обратен ефект.“ (ОЗД).

Освен липса на умения и разбиране за ролята на системата, в подобни интервюта личи безпомощността на работещите в системата. Те са критични към нея защото ги кара да обслужват административни процедури, вместо клиенти, но се чувстват безпомощни да я променят.

„Системата, ако е можела да направи нещо, да го е направила досега. От 2003 година тази система само иска да прави някакви чудеса, но единствено се увеличава натискът върху служителите и бумащината, а не се поставя акцент върху директната социална работа.“ (ОЗД)

Така те се чувстват принудени да работят против собствените си обявени разбирания и , вместо да работят с бедността и произтичащата от това зависимост от ресурси, те се оказват в ролята да ограничават семействата в достъпа им до ресурси.

При такава степен на конфликт между два стила на работа -на системата и на НДД, полезността не може да се отчита на базата на сходни разбирания и етика.

В същото време, участници на различните нива – от клиенти до работещи на национално ниво, обсъждат как може да се постигне системна промяна, която да интегрира възможностите на НДД за бърза, гъвкава подкрепа, ясни процедури и дългосрочни отношения на доверие. Тъй като това е „невъзможно“ оттеглянето на организацията възстановява йерархичния модел. Затова има съгласие, че “НДД трябва да продължат да работят“, защото друг такъв ресурс няма.

А това означава възстановяване на институционалния модел за работа с тези семейства.

8.4. НДД помага в прилагането на политиката за закрила на деца

Участниците в изследването на това ниво познават работата на организацията и й имат доверие. В същото време, съществува очакване за по-системна работа на политическо ниво. Например, очакване към организацията е поддържане на комуникацията на ниво министерства и тяхно информиране за процеса на ДИ по места.

Въпроси:

Възможно ли е повишаването на ефективността на НДД да се повиши чрез интервенция на национално ниво? Познава ли това ниво работата на НДД?

Възможно ли е обученията на социалните работници да включат умения за създаване на отношения на доверие с клиентите? Някъде това е възможно , някъде –не. Вероятно е важно да се оценяват потребностите от обучение в тази област.

Възможно ли е НДД да използва мрежите, които създава за по-системна промяна на нагласи?

9. Устойчивост

Извод: НДД постига устойчиви резултати в : 1/ прилагане на ДИ чрез закриване на ДМСГД, 2/ осигуряване на семейна грижа на деца в риск, 3/ промяна на нагласи, поддържащи институционалната грижа. 4/ има рискове пред устойчивостта.

9.1. НДД постига закриване на домове дори в условия на смяна на правителства, липса на лидерство на ДИ на национално и местно ниво.

Постигането на устойчивост е интегрирано в Модела НДД чрез системна работа на всички нива: управленско - на местно и национално ниво, развитие на системата , работа със семейства, осигуряване на семейства за деца.

В контекст на политически промени НДД запълва вакуумът от лидерство по места , а с това прави ДИ устойчива. НДД постига устойчивост като не се съобразява с промените в управлението на държавата. За екипа ДИ е над-партийна политика:

„Не се съобразяваме с политическите промени, ДИ е приета от всички политически партии и правителства. Това припомняме на всички участници в процеса.“ (НДД)

Закриването на една институция , освен индикатор за успех по отношение на децата, е индикатор за това, че ДИ е необратим процес.

Изследването установи, че дори в периоди на политическа нестабилност, в която политическите субекти (чиито усилия за ДИ НДД подкрепя) се сменят често, организацията успява да закриват домове за бебета. В периода на оценка НДД закриват 3 ДМСГД. Изключение правят два дома, които продължават да работят по различни причини. В първият има деца, за които организацията търси семейна среда, преди закриването му.

„В ДМСГД има 5 деца, за които не сме намерили семейства. Децата ще останат в дома докато не намерим семейства за останалите 5 деца, живеещи все още в него. Това е нашата философия. Против сме да преместим тези деца от този дом в друг, само за да го закрием, а с това да подложим на допълнителен стрес тези деца.“ (НДД)

Вторият не се закрива поради липса на политическа воля за това (случаят е описан подробно в 6.1.)

9. 2. Осигуряване на семейна грижа за деца в риск

Резултатите показват 100% устойчивост при осигуряване на семейна среда на деца от домове и деца в риск от настаняване 6 месеца след приключване на интервенциите.

Доказателства за това са представени в глава 6.2. Ефективност, чрез количественото изследване на ефективността на програмата Активна семейна подкрепа. Същото изследване стига до извода за устойчивост на промените. Изследването показва, че устойчиво са намалени рискови за детето фактори на семейната среда и повишени протективни фактори, осигуряващи сигурност в семействата. Тези фактори са „условия на живот“, „семеини и социални взаимоотношения“, „поведение“, „физическо и психическо здраве“, „образование“, „заетост и домакинство“.

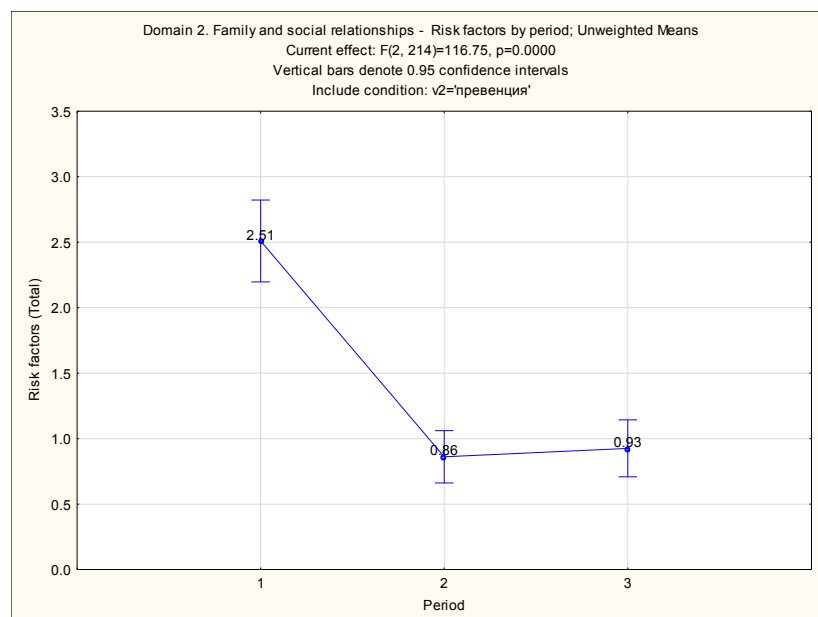
Тенденцията, която анализът идентифицира е, че има значимо повишаване на резултатите на работата в сравнение с първоначалната оценка на факторите, и този резултат се запазва на равнището 6-месеца след приключване на интервенцията. Следователно може да се направи обобщението, че във всички области на благосъстоянието на децата и техните семейства, по всички групи от индикатори, се наблюдават съществени подобрения в текущите условия, което може да се обясни с ефективната работа на социалните работници, изпълняващи програмата по превенция на изоставянето на децата в специализирани институции. Запазването на резултатите 6 месеца след приключването на интервенцията говори за устойчивостта на промените.

Отношенията в семействата е критичен фактор, който е пряко свързан с оптималното развитие на малките деца.

Факторите в тази област на благосъстоянието са свързани с недостатъчно здравите емоционални връзки между детето, родителите и другите деца в семейството, с липсата на родителски контрол и подкрепа, както и от страна на другите възрастни в разширеното семейство, затруднения на детето да се сприятелява с връстници и др.

Резултатите от анализа са илюстрирани чрез графика, в която всяка от точките показва общото средно равнище на рисковите фактори преди, след интервенцията, и 6 месеца след прекъсването ѝ. Тя показва, че в равнището на рисковите фактори в тази област настъпва значимо изменение с хода на изпълнение на програмата.

Фигура 1. Семейни и социални взаимоотношения – рискови фактори



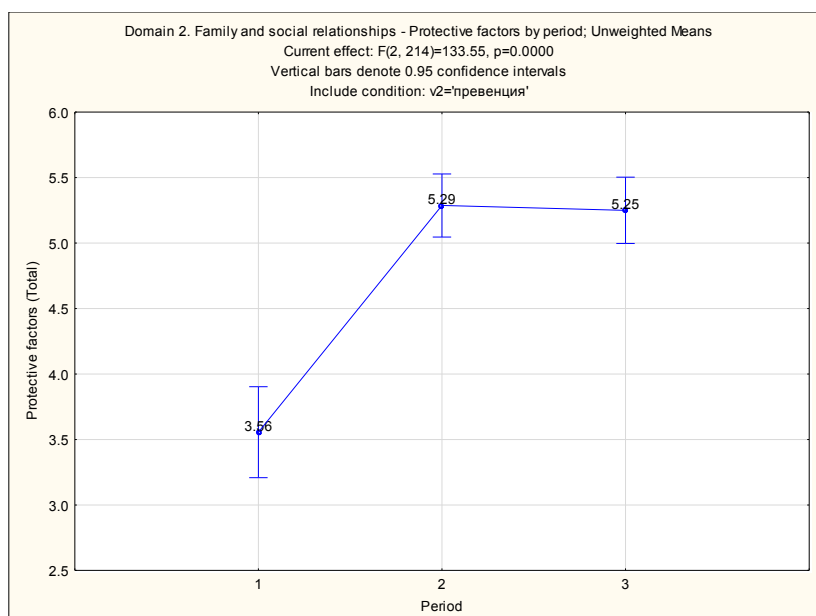
За това свидетелства и тестовата статистика $F(2, 214)=116.75, p=0.00$. Докато през началния период на наблюдение (преди интервенцията) общото средно равнище на рисковите фактори е 2.51, то през втория период (непосредствено след интервенцията)

тяхното равнище вече е 0.86, като се забелязва слабо покачване през третия период (шест месеца след приключване на подкрепата).

Общото равнище на защитните фактори в тази област, противоположно на тези, които са свързани с риск от изоставяне на детето, повишават значимо своето равнище в хода на изпълнението на програмата ($F(2, 214)=133.55, p=0.00$).

Първоначалното средно равнище на тази група от фактори ($M=3.56$) е по-високо от това на съответните рисковите фактори, което е свидетелство, че в областта на семейните и социални взаимоотношения действащите в противоположни посоки различни аспекти на тези взаимоотношения не са в равновесие и по-скоро благоприятстват превантивните действия на социалните работници. Очевидно те са стъпили на тази добра основа и са развили тенденцията, защото в края на интервенцията протективните фактори повишават своето равнище ($M=5.29$) и го запазват почти непроменено шест месеца след приключване на работата с децата и семействата ($M=5.25$).

Фигура 2. Семейни и социални взаимоотношения – протективни фактори



Подобна ясна тенденция за подобряване на качеството на социалните и емоционалните

взаимоотношения на децата се наблюдава и въз основа на обобщените оценки за удовлетворяване на потребностите на децата. Докато преди започване на интервенцията са удовлетворени потребностите от емоционални връзки и подкрепа на 38.89% от децата, то след нейното приключване делът на тези деца нараства на 99.21%, за да остане такъв и след изтичане на 6-месечния период.

Докладът фокусира върху тези резултати за устойчивост, тъй като промените в отношенията се постигат най-трудно, а за развитието на малки деца те са от най-голямо значение за оптималното им развитие. Затова устойчивостта на постигнатото по тази линия предполага устойчивост в дългосрочното развитие на детето.

(Цялото изследване е в Приложение 2)

9.3. Промяна на нагласи, поддържащи институционалната грижа.

Данните показват, че започва промяна на нагласите, които подкрепят институционалния тип грижа. Тези данни за обобщени в главата за устойчивост, тъй като нагласите са най-трудно подаващи се на промени, но веднъж променени са гаранция за устойчив процес.

Деинституционализацията е свързана с преодоляване на нагласите, които поддържат институционалната грижа и затова анализът по-долу обобщава получените данни през въпросите : променила ли се е съществуващата нагласа към държавния патернализъм (по-голямо доверие към държавната грижа в сравнение със семейната); намалява ли недоверието към родители на деца „в риск“, променя ли се бюрократичния и дезангажиран стил на помагане; преодоляват ли се нагласите срещу екипността и мултидисциплинарната екипна работа.

Анализът установява, че работата на НДД започва да променя : 1/ нагласи към реформата, 2/ нагласи към родителите, 3/ нагласи към стила на помагане, 4/ нагласи към мултидисциплинарната екипна работа.

- Нагласата към реформата устойчиво се променя, независимо от съпротивите към нея, липсващите услуги, които пречат на закриването на домове.

„Реформата и промените са много добри и смислени. Деинституционализацията доведе до по-смислена грижа за децата.“ (ОЗД)

- Нагласите към „изоставящи родители“ се преразглежда. Нещо повече, създадена е критичност по отношение на ролята на държавата в раздялата на деца от семейства. И родители, и социални работници твърдят, че НДД не правят превенция на изоставяне, а на извеждането на децата от дома, на интервенцията на системата. Социалните работници дори споделят, че намеренията за изоставяне се регистрират рядко и само в случаи на непълнолетни, които научават, че са бременни.

„Родителите са младо семейство, и двамата са с увреждания. В никакъв случай не са давали знак, че искат да изоставят детето, напротив – искат си го много. Смята се, че има риск за детето, но рискът е по-скоро от извеждане.“ (ЦОП)

- Нагласите към биологичните родители също се променят.

„Грехота е да се дават пари за резидентни услуги и приемни семейства. По-добре тези пари държавата да даде на семействата. Семействата в риск, получават помощ от ОЗД от 12 до 18 месеца. След това помощта спира. А приемните семейства получават помощ всеки месец през цялата продължителност на отглеждането на децата. Това не е справедливо спрямо семействата“ (фокусна група ОЗД, ДСП, РДСП).

Има промяна на нагласи към родители от различни етноси, особено в общности с преобладаващо ромско и турско малцинства, при които рисковете от раздяла на семействата са бедност, лошо здравословно състояние на децата, усложнена семейна история или здравословен проблем на членове от семейството. Успешната реинтеграция на деца кара представители на институции да мислят за алтернативни методи за превенция на настаняванията, които биха повишили капацитета на семействата „ако

има кой да финансира тези семейства, като месечни такси в детската градина“ ,както и да мислят за семействата като цяло по различен начин:

„Повечето родители, с които работим си искат децата. Гледат ги по разумен начин.“ (ОЗД)

Преразглеждането на нагласите е сложно поради липсата на професионализъм. Представител на РДСП обобщава:

„На някои закостенели социални работници не им е много лесно да променят начина си на мислене. Да се изведе детето, да го настани в ДМСГД, защото там е по-сигурно, но не и да го върне. След това не се интересува какво става с това дете. За него то ще бъде изкърпано и нахранено и няма риск както в биологичното семейство. За много голяма част от социалните работници работата с детето приключва в този момент. Особено, ако е настанено в друга община и вече е отговорност на друг колега. Това е много търсен ефект.....Реално, всъщност има огромно разминаване във вярванията на специалистите, работещи в системата – къде реално на детето му е по-добре, или кое е по-добро за детето“ .

Липсва общо разбиране за това *„кое е най-добро за детето – извеждането на детето от семейство в риск или реинтеграция с поемане на риск“* (Координатор НДД). Това води до несъгласуваност на цели, практики и политики. Част от специалистите предпочитат моментално извеждане на детето от дома му с цел превенция на риска и настаняването му в ЦНСТ или приемно семейство. Част от интервюираните докладват за увеличаване на сроковете за престой, за да се предотврати връщане на детето в биологичното му семейство или „убеждаване“ на родителите да дадат детето за осиновяване

„Имаше момент, в който ми искаха подписа да се откажа от нея окончателно. Дойдоха едни момичета с документи и аз им казах, че няма да подписвам и реших, че трябва да си я взема. Всеки месец ми изпращаха писма и документи да се разписвам. Даже и пари ми предлагаха, че тя там щяла да живее по-добре

и аз реших в един момент да не я давам повече“ (майка на реинтегрирано дете на 4 г.).

По подобни мотиви деца се настаняват в ЦНСТ , вместо при приемни родители.

В тази среда, в която липсват обща мисия и подход, дейността на НДД последователно внася ясна мисия, прилага я последователно в практиката и чрез координатора създава подкрепяща среда за социалните работници, в която те стават по-склонни да поемат по-голям риск.

„Усещането, че не си сам, е много успокояващо, има с кой да обсъдиш, да чуеш мнение друго, да видиш различна гледна точка“ (РДСП).

Има контексти, в които НДД трябва да променя родителски нагласи за институционализиране. В Област 1 оставянето на деца в домовете е практика, предавана от поколения. В повечето случаи тя не се приема като изоставяне, а даване на детето в институция, докато „поотрасне“ и контактът между родители и деца се запазва.

„...Те просто използват държавната издръжка за храна и спане. Има семейства, на които всички деца са гледани в дома, родителите са гледани в дома и родителите на родителите са гледани в дома“ (ОЗД)

Закриването на дома в тези места обръква семействата и ги изправя пред избор да си вземат детето, да го дадат за осиновяване, или в приемна грижа и евентуално да прекъснат контакта си с него, а това е ново и неочаквано за тях. Дейността на НДД подпомага взимането на решение и дава алтернативи на тези семейства, които в голямата си част не желаят да прекъснат контакта с децата си. С дейността си по посока реинтеграция, НДД правят връщането на децата в биологичните им семейства в голяма степен възможно и в същото време променят нагласите на родителите.

- Нагласи към стила на помагане

Координаторите на НДД стават ролеви модели на новия стил на оказване на помощ. Това, обаче, е постепенен процес, който преминава през сблъсък с други специалисти в системата (психолози, услуги и социални работници от ОЗД) , които се придържат към традиционната култура на работа.

През погледа на координатор на НДД, и родители, и професионалисти разпознават НДД като ресурс за материална подкрепа (покриване на неплатени битови сметки, наеми на семейства, които живеят в общински жилища, разходи по ремонтни дейности; храна и дрехи), отбелязват гъвкавостта на разпределяне на материалната подкрепа, специфичността на тази подкрепа, с която НДД компенсира унифицираните държавни социални помощи. Извън това, професионалистите не виждат работата на НДД като различна от своята, а смятат, че споделят едни и същи подходи, нагласи и принципи в комуникацията със семействата.

„Обвинявах ме, че съм груба, едва ли не натрапник в системата, който е дошъл отвън и не разбира истинските проблеми на системата, както и контингента, с които се работи. При опит да им се покажат резултати – започнаха да се засягат на тема професионализъм.....Когато си малко извън системата, хората отвътре започват да те отхвърлят заради свободата на действие и най-вече заради свободата да се мисли различно. И като че ли се затварят още повече за промяната, за новото, за другите алтернативи пред семейството. Не могат да приемат, че разликата е в мисленето, отношението, професионализма, а не в безплатните памперси“ (координатор НДД).

Данните, обаче, показват , че в същото време, системата развива критичност към себе си. Интервюираните разпознават ефективността на НДД.

„Това е директна социална работа, без утежняване със срокове и процедури, които биха ни попречили да помогнем на семейството. Нещата се случват бързо и ефективно: НДД се отзовават бързо и не се налага да подготвяме документи, за да оправим заявка към тях.“ (ОЗД)

Интервюираните харесват свободата в помагането затова, че тя дава възможност на НДД да борави с ресурса така, „че да даде конкретен, точен и бърз отговор на възникналите потребности във всеки отделен случай“. (ОЗД)

Участниците отчитат овластяващия ефект на “правене заедно” със семействата, което НДД практикува (1), дават си сметка за ролята на емпатията, за спецификата на ролите, които системата им отрежда в процеса на помагане (2), идентифицират се с професионализма и с еднакви ценности и практики (3).

1. *„Това е помощ за самопомощ. Помагаш на някого да се изправи на крака вместо да продължи да се влечи. Това е един вид безлихвен кредит на доверие.“* (ОЗД)
2. *„Няма особена разлика между нашия подход на работа и този на НДД, но за хората ние сме лошите. Ние сме тези, които ще им вземат децата. Хората не разбират, че и ние търсим начини да помогнем. НДД, от друга страна, хората възприемат като тези, които им дават нещо видимо и осезаемо. Нашите възможности са ограничени: подкрепата ни е строго целева, а работа ни е предимно консултативна, но понякога, когато хората са реално в безизходица колкото и да им говорим, те нищо не чуват.“* (ОЗД)
3. *„Няма разлика в начина, по които работим ние и НДД, а и не би трябвало да има. Ние всички сме социални работници.“* (ОЗД)

Системата разпознава и отношенията между клиенти, и координатори на НДД като инструмент за промяна:

„Транспортът е не само улеснение от финансова гледна точка, но и чисто физическа помощ: координаторът е човек, който придружава семейството и подкрепя през цялото време.“ (ЕПГ)

Разпознава се и значението на регулярността на посещенията, които помагат на родителите да структурират деня си и грижите за децата.

- Нагласи към мултидисциплинарната екипна работа

Тези нагласи се променят бавно. По отношение на мултидисциплинарната междусекторна работа участниците са по-скептични. Въпреки това, отделите отчитат ролята на НДД и в тази област.

„Именно НДД създават мрежа от представители от институции“и сформират мултидисциплинарни екипи в работа по случай на семейства с дете в риск от изоставяне“. (ОЗД)

Моделът има капацитет да променя нагласи в здравната система. В хода на работата по проекта, от януари 2014 г. до април 2016 г., семейни лекари „бавно започнали да разпознават деца в риск“ и подават сигнали за тях към ОЗД.

Участниците говорят за постиженията на НДД във включването на болници, общини, организации по места, но не ги дефинират като работа в мрежи. Едно обяснение е, че те не участват в мрежовата работа на НДД и не я разпознават през свой опит. Възможно е да възприемат тази мрежа като свързана с упражняване на власт, която нямат, или не знаят, че имат. ОЗД инициират „мрежуване“, но не го отстояват.

„Към този момент това не се случва. Напротив след прекратяването на проекта отделите работим съвсем сами. Много често дори формирали мултидисциплинарни екипи за работа, в хода на изпълнението на плана за работа оставаме съвсем сами. Няма мрежуване, няма екипна работа..“ (ОЗД)

Разработеният от НДД механизъм за координиране на усилията на местно ниво (Областен координационен механизъм, ОКМД) работи с различна ефективност по места. За управляващите НДД той остава най-ефективният инструмент за поемане на лична отговорност от хора с власт по места. Настояват, че работата с местната власт е най-ключова за процеса на ДИ.

В региони, в които „начинът на мислене на НДД за партньорството като ресурс и като

достъп до допълнителни ресурси“ съвпада с политиката и виждането на областната администрация, приложението на ОКМД е успешно в това да направи по-гъвкава работата на експертите и с това – до по-индивидуализиран подход. Координаторите от НДД са ролеви модел за изпълнението на тази идея.

„По много от случаите, по които сме работили и сме търсили подкрепата на НДД. Те бяха хората, които можеха да ни подкрепят и да ни помогнат. Така социалният работник виждаха НДД. Имаше си доста деца, които не бяха изведени, останаха си в семейството или бяха успешно реинтегрирани само благодарение на подкрепата на НДД и координаторите. Целият процес и координационният механизъм... Когато е запозната областната администрация и когато е позитивно настроена и областният управител може да разпреди участниците по социалните услуги и закрила на детето да си поемат ангажиментите, нещата се случват. Затова виждам НДД като катализатор, свързваше всички, които работят по даден случай и създава връзки и основа за екипна работа и координирани общи действия“ (ОЗД).

Нещо повече, приложението на ОКМД има капацитет да променя и стила на управление на политиката на местно ниво,

„НДД са значим партньор в създаването на един иновативен и ефективен подход. Техният начин на мислене и виждане на партньорството като ресурс и като достъп до допълнителни ресурси, съвпада с политиката и виждането на областната администрация. Това беше програма, която постигна промени не само на изпълнителско, но имаше за цел да внесе промяна и по по-високите управленски нива“ (Областната управа).

Пред използването на ОКМД има бариери:

- Съществува аналогия с неработещия държавен координационен механизъм при случаите на деца, жертви на насилие.

“(ОКМ) никога няма да заработи така, както не работи и този за случаите на насилие. Много ни е трудно да го свикаме, въпреки че се познаваме и с Районните Управления, и с училищата. Например, свиквали сме такъв при сексуално насилие над

дете, прокуратурата не дойде, а тя е ключовата институция в случая. Трудно се случват и трудно се правят тези механизми, защото се размиват отговорностите - не знаем кой е конкретният прокурор който не е дошъл, не знаем писмото ни за свикване прочетено ли е от някого въобще...” (ОЗД)

- Участват хора, които не могат да взимат решения. Тогава той не е оперативен и не води до резултат.

“КМ се провалят, когато идва представител на институция, неупълномощен да вземе решение, например, представител на Общината, който няма правомощия да вземе решение по случая за предоставяне на общинско жилище. Тогава той идва само в роля да се информира, не и да съдейства... Такива случаи правят за нас КМ повече загуба на ценно време, което нямаме, отколкото вършене на същинска работа по случая...” (група ОЗД)

- Приключване на финансирането на държавните проекти по ДИ и разпадане на екипите, ангажирани с процеса, спират хоризонталното участие на заинтересованите страни в ДИ. В тях съображения от ниво „Работа по случай“ отсъстват , което автоматично изключва механизми за подобряване на координацията и комуникацията между службите по конкретни казуси. Насочени към йерархично управление , прилагането на хоризонтален ОКМД не се разбира.
- Честата смяна на хора- в политиката и в службите, както и липсата на професионални стандарти в областта на детските права, правят усилията неефективни и неустойчиви. Липсват достъпни за всеки регистри на хора, които да бъдат свиквани на заседания на ОКМД.
- Централизираното финансиране ограничава гъвкавостта на местните структури спрямо потребностите на целевите групи на местно ниво.

Факторите, които променят нагласите на системата към практиката са няколко. Най-важно е , че НДД си поставя такава цел: *Голямата ни цел е системата да усвои стила ни на работа. (НДД)* , която преследва последователно. Вторият фактор е, че упражнявайки ролята на „катализатор“ , НДД допуска, че съществува работеща система, чиято работа трябва да се улесни. Тази липса на претенция за авторство е

овластяваща и партньорска. Трето, НДД спазва ясен профил и прости процедури, изразени ясно : НДД има приоритет- ДИ на деца от 0-3. Четвърто, НДД последователно прилага на Модела за активна семейна подкрепа и всички участници, без да назовават елементите му, говорят за тях-работи се с кризи, бързо, гъвкаво и продължително. Пето, НДД поддържа екипност, рефлексивен подход. Шесто, прилага горните принципи на работа паралелно към системата и към семействата, с които работи. Затова, както и семействата, така и специалистите, усещат сигурност, в контекста на която могат да се учат от опита си-основно условия за развитие на системата.

“Отношенията с екипа и мениджърите са човешки, няма страх от критика, трудностите и проблемите в работата се обсъждат, даже издънките... вземаме решения в диалог... мога да получа подкрепа и разбиране от колега, ако му звънна по телефона в момент на затруднение...” (Координатор, НДД).

Този стил е харесван и устойчивостта може да се търси в идентификацията с него. Специалистите в този стил разпознават своята собствена версия на помагане, „истинска социална работа“, която биха искали да прилагат, ако имаха ресурс.

Осъзнавайки ограниченията на системата, нейни представители желаят запазване на сътрудничеството с НДД. Това е и предизвикателство за устойчивостта на усилията

9.4. Участниците говорят за рискове пред устойчивостта на резултатите, постигнати от НДД по отношение на интегриране на Модела НДД от системата за закрила на детето.

Неустойчивостта на системата за закрила е първият фактор. Системата , в която НДД работи, не е устойчива. Текуществото, политическите назначения на хора на управленски позиции, съчетани с административно-авторитарен стил на работа и липса на стандарти в системата, предопределят хаоса: всеки нов ръководител има власт да променя стила на практиката. Единствената устойчивост са писаните документи и работещите в системата могат да контролират хаоса и липсата на стандарти като се придържат към тях. Затова, единственият инструмент за овладяване на рискове и страхове, е инвестицията в прецизна документация.

В ситуация на страх, усвоеното вярване за това, че детето трябва да е във фокуса на дейността на социалните работници, може да се практикува в условия на сигурност, която НДД дава.

„По-спокойно им е така, по-сигурно, не искат да поемат риск. Дори тези, които знаят или разбират, че не е редно съвсем ги е страх, защото, ако сбъркат последствията за социалния работник са много сериозни“ (координатор НДД)

Неразбиране на Модела е втори фактор. На управленско ниво се заявява, че нормативни проблеми да се интегрира Модела НДД няма. Не е сигурно какво разбиране стои в основата на подобно вярване. Дали има разбиране за това, че приложението на Модела следва ясни правила и процедури. Усещането за „свобода и гъвкавост“, по-скоро, е свързано с идеята за липса на правила.

„Всяка държавна система има нужда и се гради на процедури и правила. Това я прави институция. В момента, в които обаче една услуга се институционализира по този начин тя губи своята свобода, гъвкавост и индивидуалност на подхода.....ето защо на този етап не можем да открием как да превърнем модела на НДД в част от институцията и да запазим страните и характеристиките, които го правят различен, иновативен и най-вече ефективен. Обективно в моделът не е заложено изначално ниво на устойчивост той разчита на самоорганизация, самокоординация и спонтанност, свобода. Малко като флаш моб - възниква проблем, създава се организация, подходяща за конкретния случай, и се изпълняват действия. Тези неща не стават процедура.“
(Представител на областна администрация).

Има, обаче, разбиране за това, че устойчивостта, се носи от ролите, в които специалистите от НДД упражняват. Няма разбиране за това, че устойчивостта в НДД се носи от уменията на хората, изпълняващи тези роли, от стандартите, които организацията спазва, от процедурите, които следва и от етиката ѝ за работа с клиенти.

Капацитетът на системата е нисък и лидерският стил на работа по случай – чрез

екипност и поемане на дългосрочна отговорност- не може да се интегрира от всеки. Затова някои социални работници са обезверени.

„Не знам какво трябва да стане, че да се случи наистина така, че детето и само детето да е във фокуса на решенията“ (ОЗД).

Липсата на ресурси и механизми за тяхното ефективно управление са трети фактор.

Ресурсите са риск пред устойчивостта. Трудно е да се прогнозира по какъв начин бедността на системата, съчетана с бедността на семействата може да се отрази на бъдещото функциониране на семействата. Проблемите на част от семействата, с които работи НДД, са хронични –бедност и изолация, които са се предавали с поколения, тежки увреждания . И в двата случая е необходима дългосрочна връзка с екипи от професионалисти, транспорт, лекарства, операции.

„Какви затруднения ще дойдат? Достатъчно са ни приемните семейства. 20 – в града, 27 за областта. За здрави деца няма да има проблем. За децата с увреждания с постоянни медицински грижи – нямаме такова ЦНСТ, само в града, но там нямаше място. Оказа се, че министърът на здравеопазването е оторизирал само единични лекари, които да преценяват дали едно дете е за настаняване в такова ЦНСТ или не. Такъв лекар се оказа единствено в града за територията на Североизточна България. Лекарят не идва в нашата болница или да идва тук, а ние уреждаме транспорт, който НДД плати, тъй като болницата отпуска реаномобил само при случаи в риск за живота. Този случай няма риск за живота, но смее ли отделът? Тогава А. плати линейка. Тогава за превеждането на едно такова дете поема ангажимент отдела. Болницата дава линейка само срещу заплащане. Втори проблем – заведоха детето в града. Чакахме специализирания лекар да дойде и да прецени. Но ако прецени, че не е подходящо, какво правим. За втория случай - място има само в Х, но лекарят е отново в града. Направихме обиколка. И накрая какво -единият случай тук, а другият го поеха в града. НДД платиха транспорта, а ако го нямаше дома какво щяхме да правим?“

Въпрос:

Възможно ли е НДД да изисква условия за устойчивост преди да започне работа в

определен район?

Възможно ли е НДД да изисква гаранции за устойчивост за постигнатите ефекти от работата си по случаи?

Възможно ли е постигането на системна промяна по отношение на капацитета на системата чрез стандартизирано университетско обучение и квалификация

Възможно ли е обучение на управлението на ДИ?

Възможен ли е баланс между подкрепата, предоставяна от НДД и търсенето на отговорност от работещите в системата, особено при пестене на финансово подпомагане на държавата?

Възможно ли е преосмисляне на ОКМД в посока на подкрепяне на координационни механизми на местно ниво?

Възможно ли е ОКМД в София Област да служи на функцията за влияние на нивото на политиките и стимулиране на междусекторното партньорство?

Възможно ли е подобряване на комуникационната стратегия – от една страна към семействата, общността и местните ОЗД за по-адекватно идентифициране на случаите в риск от изоставяне; и от друга страна към управлението на процеса на ДИ на национално, областно и местно ниво, за комуникиране на ноу-хау и добри практики?

10. Изводи

10.1. Релевантност

Практиката на НДД е в унисон с националните политики и ускорява реализирането на националните политики на местно ниво. Моделът „НДД“ е успешен, според всички интервюирани. Неговата адаптируемост се дължи най-вече на това, че е центриран около подкрепата на всяко семейството в общността – отчитайки всички фактори, които му пречат и помагат да се развива и отглежда децата си.

Оценката на експерти, специалисти, и подкрепени семейства определят дейността на

НДД като релевантна на потребностите, добре премерена, точна, навременна и най-вече незабавна. Има съгласие, че това е пряко свързано с:

- Адекватна преценка на потребностите и приоритизиране на нуждите, така че да бъдат подкрепени наистина нужди, които семейството не може да си подсигури;
- Индивидуалност на подхода и насочване на помощта;
- Активизиране на ресурсите на семейството;
- Създаване на мрежа за подкрепа в общността и в институциите и между специалистите, което води до увеличаване достъпа на ресурси на НДД;
- Достъп до ресурси, с които може да се оперира бързо, без предварително съгласуване и одобрение, само и единствено по преценка на координатора – материални и финансови. Приоритизиране на директната работа със семейства пред административните задачи;
- Достъп до мобилност: наличие на самостоятелен транспорт подпомага бързата реакция в кризисни ситуации, възможност за пренасяне на необходимите хуманитарни пакети и товари, възможност за осъществяване на чести срещи със семейството, детето, специалисти и подпомагане на срещи помежду им.
- Редовен телефонен контакт, което осигурява усещане и на семействата и на специалистите, че не са сами, емоционална подкрепа.

Всички тези дейности и подход на работа, подкрепят схващането на НДД, че за да се осъществи подкрепа не е нужен безграничен ресурс и вложения, а ангажираност. Това е нов подход и начин на мислене за работата на терен.

„Моделът НДД“ е приложим във всякакъв контекст, тъй като отговоря на прецизно оценени потребности, свързани с ДИ. Когато няма политическа воля за закриване на институция, НДД работи в част от алгоритъма си- създава условия за ДИ чрез работа със семейства.

Интервенциите на НДД са решаващи за преодоляване на съпротиви към ДИ на местно ниво. НДД е ключов актьор за напредване на практиките по превенция и реинтеграция

и повишава капацитета на системата чрез екипна работа със специалисти и чрез обучения.

10.2. Ефективност

НДД постига ефективност като е релевантен на политиката за ДИ чрез закриване на ДМСГД и осигуряване на семейства за деца в риск. Той постига това като партнира местната власт и системата за закрила, като внася ресурси и като работи със семейства. Всичките си дейности НДД планира и реализира чрез прецизна преценка на потребности, като се води от потребностите на децата- основната таргетна група.

Важни фактори на Модела, според участниците, са: професионалната оценка на променящите се потребности на семействата, незабавен отговор на приоритетните потребности, новият тип отношения на партньорство и доверие, “правене заедно” с тях. Ролята на координаторите е ключова във възстановяване на семейството по време и след кризисен негов период. Включването на общността в този процес постига допълнителна ефективност за самата общност, която възстановява своя потенциал да подкрепя.

НДД ефективно компенсира празноти в системата от липса на адекватни услуги в общността и при липса на механизъм за гъвкаво финансово подпомагане и кризисен отговор.

Моделът НДД се интегрира в местните екипи най-вече през съвместната работа по казуси, порвеждана в равнопоставеност и липса на страх. Работата в екип повишава личната ангажираност, предразполага към поемане на повече отговорности и рискове от страна на системата.

Моделът постига ефективност като използва неформални мрежи и контакти, пренебрегва йерархии в полза на семейства в риск. НДД има национална мрежа от контакти и връзки между институциите. Гъвкавостта в контакта между институциите, властовите отношения и осигуряване на тяхното участие повишава ефективността.

Координацията и комуникацията, която осъществяват координаторите на НДД по места,

е едно от нещата с най-голяма ефективност. Създаването на мрежа от всички специалисти, които работят по даден случай, както и включването на широк кръг от експерти с цел ефективното му решаване и увеличаването на ресурса (материален и чисто емоционален и професионален) създава усещането за цялостност на държавната система, за комплексно обгрижване, за по-пълноценна работа на специалистите, както и усещане за тяхната подкрепеност.

10.3. Устойчивост

Данните показват, че на централно ниво НДД изпълнява политиката на ДИ и е партньор, на който се разчита дългосрочно. НДД участва в разработване на политики и „елементи“ от Модела се използват в развитието на нови услуги. Създаден е устойчив модел за превенция и реинтеграция. Реалното включване на организацията в работата в „следващия програмен период“ зависи от новото разпределение на властта. МЗ, например, вярва, че АСП, която ще управлява процеса, ще включи НДД в работата по новите задачи. Концепцията за мобилност на услугите е в Актуализирания план за ДИ, НДД е разпознат носител на опит в тази област.

Елементите на Модела НДД : материалната подкрепа за семействата и координационните механизми, са залегнали в Новия План за действие и ще се мултиплицират в национален план.

На областно ниво , в области, в които ДИ е приоритет, работата на НДД е оценена като ключова, а някои разпознават в работата на НДД собствените си разбирания за ДИ. Те са наясно , че НДД прилага Модел, говорят за различните му елементи , а някои от тях дори имат разбирането за ролята на отношенията като основни в постигане на целите на работа.

„По отношение на ДИ те много помогнаха, защото бяха убедени в нея като ценност. Това е една от основните прегради пред процеса. Не всички в системата бяха убедени, че трябва да се случи. В този смисъл увереността и отдаването на идеята на НДД беше пример за всички останали. НДД носи идеята за промяна на мисленето. Техният модел на мислене на работа успява да проникне в определени нива, проникна тук в

областна администрация, но в други като местната власт не успя. Интересно е да се интерпретира защо този модел не проникна навсякъде. Деинституционализацията се прави с идеята да се постави детето като приоритет. Но не на всички нива са склонни да го направят, и понякога защитавайки тази идея поемаш много професионални, а и лични рискове“ (Областна администрация).

Когато местната власт не се идентифицира с политиката на ДИ и това се подкрепя на централно ниво, НДД фокусира върху създаване на условия за ДИ-работи със семейства и създава нови нагласи у системата.

На ниво „система“, интервюираните професионалистите имат различен капацитет за приемане, разпознаване и използване на ресурсите на НДД. Техните отговори варират от пълно приемане на НДД - до оценяване на работата ѝ като вредно и създаващо зависимост. Някои професионалисти не са сигурни, че някои семейства не могат да осигурят сигурност на децата си, но нямат аргументи да се обосноват. Тези отговори могат да бъдат обяснени от липсата на професионални стандарти на помагане, включително и етични.

Устойчивостта на работата на НДД в системата, се асоциира със състоянието на самата система. Хората, работещи в нея, не са оптимисти за положителна промяна в нея. Въпреки това, или поради това, професионалистите заявяват готовност да продължат да работят с НДД в настоящия формат. Повечето виждат работата на НДД като различна от своята само от гледна точка на предоставянето на материална подкрепа, но не и като подход и нагласи. И тук мненията са различни. Някои ОЗД не биха желали да разполагат с ресурсите, с които НДД разполагат, защото това по-скоро би усложнило работата им, би ги натоварило и би създадо повишени очаквания към тях от клиентите.

Устойчивостта на работата на НДД е важно да се търси в степента, в която нагласите към ДИ и семейства започват да се променят, а те се променят с прилагането на Модела НДД.

На ниво „клиенти“ - семейства и общности, устойчивостта е оценена чрез количествени данни, които показват, че промяната, постигната в семействата се запазва

6 месеца след прекъсване на интервенцията на НДД. Участниците оценяват създадените отношения между семействата и координаторите като най-устойчивия резултат, отношения, които се пресъздават впоследствие от ОЗД след оттеглянето на НДД.

Професионалисти оценяват и влиянието на НДД върху изолирани общности, които възстановяват способността си да се подкрепят и развиват вследствие работата с отделни семейства.

Когато клиентите страдат от хронична бедност и са хронично маргинализирани, устойчивостта по-трудно се постига.

10.4. Ползност

Ползността за семействата е потвърдена чрез количествени и качествени данни. Семействата отчитат, че НДД им е предоставила възможности: да живеят заедно, да получат помощ в кризи, да имат дългосрочен контакт със специалисти, който им дава сигурност и подкрепеност, да развият умения и да търсят подкрепа от социалните структури и услуги преди настъпване на следващи кризи с цел ранна превенция на рецидив, подобряване на климата в семейството и родителския капацитет, повишаване информираността за възможностите и правата на самите родители.

Висока е оценката на НДД от областна администрация, която се идентифицира с Модела НДД.

Специалистите признават ползността на НДД в закриването на домове и в увеличаване на броя на подкрепените деца и семейства, като подчертават ролята на НДД в:

- даване на „тласък да се реши статутът на деца, прекарвали години по институции;
- промяна на нагласите за дете-центриран подход и мотивиране на служители да се ангажират със случаи, и да поемат премерен риск при реинтеграция,

- включване на различни специалисти в оценката на възможностите за реинтеграция в биологичното семейство – ядрено или разширено,
- разчупване на мисленето за алтернативи пред детето и неговото семейство, за индивидуализиран и по-ангажиран подход,
- подпомагане на институциите в работата им за повишаване на родителския капацитет;
- инвестиране в подобряване на средата и подпомагат семействата в преодоляване на пречките, които им пречат да си вземат обратно детето;
- изграждане на система за подкрепа в общността;
- осигуряване на мобилност и гъвкавост, за да се осъществяват срещи между биологичното семейство и детето, или между социалния работник и семейството.
- синхронизиране на усилията между услуги и ОЗД във взимане на решения за деца в риск.

11. Препоръки

Препоръките се отнасят до: 1/ ДИ, 2/ до развитие на системата за закрила,3/ управлението на ДИ.

1. Основната препоръка, което изследването прави, е НДД да продължи прилагането на своя Модел, тъй като той води до устойчиви резултати за семействата и децата , настанени в тях, и до закриване на институции. Прилагането на Модела се разпознава във всичките му елементи

В работата с родители, НДД е добре да има предвид психологическа подкрепа на приемни майки, които трудно преодоляват разделите с децата Овладеяването на траура след раздялата с дете би ги подготвила за нови настанявания.

2. За интегрирането на Модела в съществуващата система задачата на НДД е сложна. Трябва да се има предвид, че във всеки контекст системата е различна, поради липсата на стандарти в социалната работа, това предопределя, че някъде Моделът ще бъде по-лесно, в друг контекст- по-трудно приет. Основна пречка

през промяна на системата е липсата на професионални стандарти. Затова, работата на НДД за професионализиране на социалната работа чрез отстояване на собствени стандарти и изисквания за такива от работещите, е важен процес на повишаване на качеството на грижата като цяло. Липсата на професионализъм води до частичното му разбиране поради липса на обяснителна теоретична или базирана на права-рамка, в която системата да започне да разбира Модела – както като принцип на работа, така и като резултат. Без разбиране и усвояване на обща обяснителна рамка, усвояването му от системата ще е частично. Особено голямо предизвикателство пред усвояването на Модела е, че той прилага парадигмата на силните страни в социалната работа в система, която действа в рамките на парадигмата на дефицита – на медицинския модел. Освен това, Моделът разбира като важни за развитието на детето емоционалните потребности на детето, отношенията му със семейството, а това също не се разбира от системата.

Затова, ако си поставя за цел да повишава капацитета на системата, препоръките към НДД е да поддържат стила на партньорство, което развиват с нея. Основното очакване на участниците е НДД да продължава да следва подхода си – този на катализатор: да дава подкрепа на ОЗД, да участва в политиките и тяхното създаване, да се адаптира към контекста.

„НДД даваха кураж на институциите да продължат в посоката, която са избрали. Винаги са били подкрепящи и разбиращи, оценяваха приносите. Винаги е по-добре да не си сам. Те са мека, адаптивна структура, които са носители на ценности, необременени от съображения като държавния апарат“ (РДСП)

В политическа ситуация на нестабилност и в система, която не е професионализирана, очакването за това, че системата ще продължи прилагане на Модела не винаги е реалистично, особено когато става въпрос за силни предразсъдъци. Правенето заедно, съпроводено с обучения, които разясняват логиката на работа със семейства са успешни и устойчиви подходи.

В обученията и „работата заедно“, в супервизиите, е необходимо да се стига до изясняването на смисъла на Модела, за да успеят специалистите да осъзнаят как бедността влияе на отношенията, как отношенията на сигурност с координаторите повлияват развитието на детето и т.н. (В това отношение обученията могат да дискутират противоречията на качествените и количествените данни, които говорят за устойчивост на резултатите със семействата).

Работата с ценностите е важна. Овластяването не се разбира, а стигмата срещу бедни родители е все още силна. Тя се проявява в предложения от типа: вместо НДД да „хаби“ ценни ресурси за семействата, които нямат капацитет, да се инвестира в други за по-дълго време, с което отказват достъп до ресурс на най-маргинализираните семейства. Това показва, че етичните правила за упражняване на професията не се познават, което означава, че обученията е добре да я предвидят или да се препоръчва на управляващите по места да въведат темата. (Етични правила има приети от Българска асоциация на социалните работници)

В обученията може да се включи работа по приключване ангажимента със семейства и предаването им на системата, както и супервизия на този процес, с оглед на овладяване на емоциите, свързани с раздялата. Оставянето на „наместник“ на НДД по места в лицето на социални работници в системата се получава по места, особено когато този човек може да поддържа стила на Модела НДД

Необходимо е преосмисляне на обученията на базата на анализ на знания и умения, необходими за прилагане на Модела, както и публикуване на стандарти в това поле. Изискване за супервизия между колеги, прилагащи Модела може да е инструмент за постигане на устойчивост по места, където това е възможно-хората са по-подготвени.

Работа и с нивото „управляващи системата“ е важно. Изследването показва, че може да има устойчива промяна на нагласите на това ниво, а тъй като системата е йерархиизирана, това може да има добър ефект върху пряко работещите с клиенти.

От гледна точка на организация на работа, работещите в системата, (вероятно водени от стила на спазване на документираните процедури), искат НДД да институционализира

свои неформални сътрудничества, защото текучество на персонал, експерти, ръководители води до промяна на стила на работа и отказ от поети от предишни ръководства устни ангажименти.

Подобно на горното, те искат обсъждане и постигане на единно разбиране за „интереса на детето“ и това да регламентира отговорности на участниците в екипната работа по случай. Това е особено важно за оценките на рисковете за деца.

По отношение на ниво управление на ДИ препоръките са направени на базата на извода:

Политическият вакуум, липсата на лидерство на ДИ и про-активния стила на работа на НДД ги поставя в позиция на екип и мрежа, която може да интервенира на ниво „политика“. Всички участници в изследването имат такова очакване. Както може да е израз за обезвластеност, така то може да е израз на оценка на работата на НДД. За работа на ниво „политика за ДИ“, НДД е необходимо да информира всички заинтересовани страни за резултатите от работата си, трудностите, които среща и непосредствените потребности на системата и клиентите да стига.

12. Заключение

В условия не пренебрегнат ангажимент към деинституционализацията, Моделът НДД променя устойчиво медицинския модел, благодарение на който съществуват институции. НДД развенчава мита за онipotентната държава като показва как дългосрочните отношения на загриженост и подкрепа към семейства могат да заместят анонимния и маргинализиращ стил и с това да постигне най-важния резултат – БРОЙ деца да растат в семейства.

Работата на НДД изглежда лесна. Това не е така. Резултатите си НДД постига чрез професионализъм, постигнат чрез поддържане на ясен профил, прецизни оценки, работа с отношения, стандарти в обученията. Това, обаче, системата не разбира, поради неподготвеност, страхове. Системата е в криза, говорят участниците в изследването.

Затова, основният въпрос към НДД е:

Възможно ли е да приложи своя Модел към работа с „държавната система“ като следва собствения си алгоритъм:

- Да дефинира състоянието на Системата като криза, поставяща и специалисти и деца в риск от травми – както за себе си, така и за околните,
- Да представи оценката на държавата- със силните и проблемните области,
- Да събере Мултидисциплинарен (междусекторен) Координационен механизъм на държавно ниво с яснота за това по какъв начин всеки от поканените ще поеме лична отговорност по отношение на развитие на системата,
- Да пакетира своя обучителен модул , да го предложи и изисква неговата устойчивост,
- Да създаде пакет от стандарти за използващите Модел НДД и да изисква тяхното спазване,
- Да изисква съобразяване с получените доказателства за ефективността си по същия принцип, по който оценява семейства - периодично – на 3 и 6 месеца,
- Да изисква доказателства за развитие на децата.

Ако това е възможно, един въпрос към „политиката“, аргументиран през тази оценка е:

1. При положение, че липсва децентрализация на услугите, при положение, че държавата иска ефективност на разходите, при положение, че държавата не подготвя социалните работници и не развива необходими услуги:

Как да стане така, че резултатите , които изследването показват, да станат устойчиви на национално ниво?

Така задения въпрос, в стила на НДД, признава правото на държавата и нейните институции да работят в медицинския модел, НО, базирайки се на резултатите от тази оценка, те стъпват на силните страни, т.е., че в България нагласите и практиките се променят в интерес на детето.

НДД има основание да интервенира на това тъй като :

- Държавата иска резултати и информираност,
- Държавата няма компетентността на работещите в НДД,
- Има очакване към НДД да търси системен ход на промяна на системата, тъй като изследванията показват, че НДД моделът е приложим навсякъде,
- Ориентира действията към развитие, не към дефицитите на системата.