

# РАННОТО ДЕТСКО РАЗВИТИЕ В БЪЛГАРИЯ

*Изследване на системите подкрепящи ранното  
детско развитие, взаимовръзките и взаимодействието  
между тях и с родителите*



гете и  
пространство

  
за нашите деца

  
ИНСТИТУТ  
ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ  
НА НАСЕЛЕНИЕТО  
И ЧОВЕКА  
ИИНЧ

Автори:

Йордан Йосифов - ръководител на изследователския екип

Д-р Весела Банова, Д-р Любомир Жупунов, Анет Маринова,  
Проф. Татяна Коцева, Доц. Елица Димитрова, Станислава  
Моралийска, Калина Илиева, Елица Гергинова

Ваня Кънева - редактор

Дизайн: Цвета Колева

Издател: фондация „За Нашите Деца“

София, 2018

# Съдържание

<u>I ВЪВЕДЕНИЕ</u> .....	9
<u>1.1 Обект на изследване</u> .....	9
<u>1.1.1 Ранно детско развитие</u> .....	9
<u>1.1.2 Образование и грижи в ранна детска възраст</u> .....	10
<u>1.1.3 Термините РДР и ОГРДВ използвани в това изследване</u> .....	11
<u>1.1.4 Контекст и цел на изследването</u> .....	12
<u>1.2 Методология на изследването</u> .....	13
<u>1.2.1 Изследователски въпроси</u> .....	13
<u>1.2.2 Дизайн на изследването и методически инструментариум</u> .....	14
<u>1.2.3 Ограничения на изследването</u> .....	16
<u>1.3 Екипна работа, индивидуални отговорности и приноси</u> .....	17
<u>II ИЗЛОЖЕНИЕ</u> .....	18
<u>2.1 Нормативно-политическа рамка за ранно детско развитие – национален и европейски контекст</u> .....	18
<u>2.1.1 Европейският контекст</u> .....	18
<u>2.1.1.1 Подход на Европейския съюз към политиките за ранно детско развитие</u> .....	18
<u>2.1.1.2 Документи на ЕС отнасящи се към ОГРДВ</u> .....	19
<u>2.1.2 Обзор на политиките и регулациите за деца в ранна възраст в три европейски страни</u> .....	23
<u>2.1.2.1 Въведение към обзора</u> .....	23
<u>2.1.2.2 Сравнителен обзор на политиките и системите за ОГРДВ на Франция, Германия и Норвегия</u> .....	24
<u>2.1.2.2.1 Политически цели и организация на системите за ОГРДВ</u> .....	24
<u>2.1.2.2.2 Форми на ОГРДВ: плурализъм в услугите</u> .....	25
<u>2.1.2.2.3 Публично-частно партньорство и публично-частно финансиране при осигуряване на достъп и обхващането на децата в ОГРДВ</u> .....	26
<u>2.1.2.2.4 Равенство на достъпа</u> .....	27
<u>2.1.2.2.5 Качество на грижата в системите за ОГРДВ</u> .....	28
<u>2.2 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в България</u> .	29
<u>2.2.1 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в сферата на здравеопазването</u> .....	30
<u>2.2.1.1 Нормативна рамка в сферата на здравеопазването</u> .....	30
<u>2.2.1.2 Политическа рамка в сферата на здравеопазването</u> .....	33
<u>2.2.2 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в сферата на образованието</u> .....	35
<u>2.2.2.1 Нормативна рамка в сферата на образованието</u> .....	35
<u>2.2.2.2 Политическа рамка в сферата на образованието</u> .....	39
<u>2.2.3 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в социалната сфера</u> .....	42

2.2.3.1	<a href="#">Нормативна рамка в социалната сфера</a> .....	42
2.2.3.2	<a href="#">Политическа рамка в социалната сфера</a> .....	46
2.3	<a href="#">Находки по отношение на взаимодействията</a> .....	49
2.3.1	<a href="#">Хоризонтални взаимодействия</a> .....	49
2.3.1.1	<a href="#">Наличие на взаимодействия между различни звена имащи отношение към ранното детство вътре в секторите</a> .....	50
2.3.1.2	<a href="#">Наличие на взаимодействия между системите</a> .....	53
2.3.2	<a href="#">Вертикални взаимодействия</a> .....	60
2.3.2.1	<a href="#">Участие на професионалистите работещи на терен в нормотворческия процес</a> .....	60
2.3.2.2	<a href="#">Предизвикателствата на административния вертикал</a> .....	61
2.3.2.3	<a href="#">Ролята на неправителствените организации</a> .....	63
2.3.3	<a href="#">Съществуващи интегрирани услуги: разбиране, необходимост и устойчивост</a> ....	64
2.3.3.1	<a href="#">Интегрирани услуги и ранна интервенция</a> .....	64
2.3.3.2	<a href="#">Интегрирани услуги, създадени по проект „Семейство за всяко дете“</a> .....	67
2.3.3.3	<a href="#">Интегрирани услуги, създадени по проект „Социално включване“</a> .....	72
2.3.3.3.1	<a href="#">Обратни връзки и оценки за осъществяването на ПСВ</a> .....	74
2.3.3.3.2	<a href="#">Случай на успешна реализация на ПСВ: Община Тунджа</a> .....	78
2.3.3.3.3	<a href="#">Данни от проведено пряко наблюдение в услуги, създадени по ПСВ</a> .....	82
2.3.3.4	<a href="#">Интегрирани услуги, създадени по проект „ПОСОКА: семейство“ на МЗ</a> ....	84
2.3.3.5	<a href="#">Услуги и програми по ранна интервенция, развити от НПО</a> .....	88
2.3.3.6	<a href="#">Общи изводи за интегрираните услуги и ранната интервенция</a> .....	93
2.4	<a href="#">Находки по отношение на семейно-ориентирания подход</a> .....	94
2.4.1	<a href="#">Измерения на семейно-ориентирания подход и неговото (не-)осъзнаване</a> .....	94
2.4.2	<a href="#">Нагласи на професионалистите и експертите: как те виждат своето и на колегите си взаимодействие със семействата</a> .....	97
2.4.2.1	<a href="#">Нагласи на професионалистите</a> .....	98
2.4.2.1.1	<a href="#">Критичното отношение на професионалистите към родителите</a> .....	98
2.4.2.1.2	<a href="#">Мостове на сътрудничество между родителите и професионалистите</a> .....	102
2.4.2.2	<a href="#">Мненията на експертите за взаимодействието между родителите и професионалистите</a> .....	104
2.4.2.2.1	<a href="#">Отваряне на институциите към родителите</a> .....	105
2.4.2.2.2	<a href="#">Създаване на доверителни отношения и партньорства</a> .....	106
2.4.2.2.3	<a href="#">Трансфер на знания от специалистите към семейството в емпатийна среда</a> .....	106
2.4.2.2.4	<a href="#">Осъвременяване на знанията на професионалистите и промени в нагласите</a> .....	108
2.4.2.2.5	<a href="#">Необходимост от промяна в нагласите на родителите и от обучение за родителски компетентности</a> .....	109
2.4.2.2.6	<a href="#">Активното включване на родителите от ромската общност</a> .....	110

2.4.2.2.7 Взаимодействие с работодателите.....	111
2.4.2.3 Обобщителни бележки към нагласите на професионалистите и експертите	112
2.4.3. <u>Нагласи на родителите относно здравните, образователните и социалните грижи и услуги за деца в ранна възраст в България</u> .....	113
2.4.3.1 Описание на извадката .....	113
2.4.3.2 Мнения и нагласи на родителите към здравните грижи за малките деца .....	116
2.4.3.2.1 Здравни услуги и грижи за бременните жени и малките деца.....	116
2.4.3.2.3 Изводи .....	127
2.4.3.3 <u>Нагласи на родителите към качеството на грижите за децата в детските ясли</u> .....	129
2.4.3.3.1 <u>Достъпност и наличност/ползваемост на услугата по отглеждане на дете в детска ясла</u> .....	130
2.4.3.3.2 <u>Качество на грижите в детската ясла</u> .....	133
2.4.3.3.3 <u>Предложения за подобряване на условията и препоръки към персонала в детската ясла</u> .....	136
2.4.3.3.4 <u>Изводи относно достъпността и качеството на детските ясли</u> .....	139
2.4.3.4 <u>Нагласи на родителите към качеството на грижите за децата в детските градини</u> .....	140
2.4.3.4.1 <u>Детска градина – обхват и записваемост</u> .....	141
2.4.3.4.2 <u>Качество на грижите в детската градина</u> .....	143
2.4.3.4.3 <u>Предучилищна подготовка</u> .....	147
2.4.3.4.4 <u>Предложения към подобряване на условията и към персонала в детската градина</u> .....	149
2.4.3.4.5 <u>Изводи</u> .....	153
2.4.3.5 <u>Нагласи към социалните политики и социалните услуги</u> .....	154
2.4.3.5.1 <u>Нагласи към родителския отпуск</u> .....	154
2.4.3.5.2 <u>Нагласи към детските надбавки</u> .....	156
2.4.3.5.3 <u>Нагласи към бащинството</u> .....	157
2.4.3.5.4 <u>Нагласи към отпуска за гледане на болно дете</u> .....	160
2.4.3.5.5 <u>Нагласи към социалните услуги - обхват</u> .....	161
2.4.3.5.6 <u>Нагласи към качеството на социалните услуги</u> .....	163
2.4.3.5.7 <u>Предложения за подобряване условията и качеството на социалните услуги</u> .....	168
2.4.3.5.8 <u>Изводи</u> .....	168
2.4.3.6 <u>Заключителни изводи</u> .....	169
2.5 <u>Находки по отношение на децата със специални потребности</u> .....	170
2.5.1 <u>Понятия и нормативна регламентация</u> .....	170
2.5.2 <u>Здравно обслужване</u> .....	172
2.5.2.1 <u>Достъп до здравно обслужване и медицински услуги</u> .....	173
2.5.2.2 <u>Преходът от ДМСГД към Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания: случаят на ДМСГД Варна</u> .....	177

<a href="#">2.5.2.3 Институционална грижа в ДМСГД</a> .....	182
<a href="#">2.5.3 Социална сфера</a> .....	184
<a href="#">2.5.3.1 Финансово подпомагане</a> .....	184
<a href="#">2.5.3.2 Подкрепа на децата със специални потребности чрез социални услуги</a> .....	185
<a href="#">2.5.4 Образователна сфера</a> .....	187
<a href="#">2.5.4.1 Гарантиране на правото на образование на децата със специални потребности</a> .....	187
<a href="#">2.5.4.2 Специални групи в масови детски градини</a> .....	191
<a href="#">2.5.4.2 Изводи за гарантирането на правото на образование на децата със специални потребности</a> .....	193
<a href="#">III ЗАКЛЮЧЕНИЯ</a> .....	195
<a href="#">3.1 Изводи</a> .....	195
<a href="#">3.2 Препоръки</a> .....	199
<a href="#">IV АНЕКСИ</a> .....	202
<a href="#">Анекс I: Подробен преглед на системите за ОГРДВ във Франция, Германия и Норвегия</a> .....	202
<a href="#">1. Франция</a> .....	202
<a href="#">2. Германия</a> .....	207
<a href="#">3. Норвегия</a> .....	213
<a href="#">Анекс II: Списък с институции, чиито експерти са интервюирани</a> .....	221
<a href="#">Анекс III: Библиография</a> .....	222

Списък със съкращенията:

АСП	Агенция за социално подпомагане
БАН	Българска академия на науките
ИИНЧ към БАН	Институт за изследване на населението и човека към Българска академия на науките
БКХ	Български хелзинкски комитет
ДСП	Дирекция „Социално подпомагане“
ДАЗД	Държавна агенция за закрила на детето
ДГ	Детска градина
ДДЛРГ	Дом за деца, лишени от родителска грижа
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДМСГД	Дом за медико-социални грижи за деца
ДЦДУ	Дневен център за деца с увреждания
ДЦП	Детска церебрална парализа
ДЧ	Държава членка
ЕК	Европейска комисия
ЕКПО	Екип за комплексно педагого-психологическо обслужване
ЕР	Експертно решение
ЕС	Европейски съюз
ЗДБРБ	Закон за държавния бюджет на Република България
ЗЗД	Закон за закрила на детето
ЗЗДН	Закон за защита от домашното насилие
ЗИХУ	Закон за интеграция на хората с увреждания
ЗМБ	Звено „Майка и бебе“
ЗНП	Закон за народната просвета
ЗПУО	Закон за предучилищното и училищното образование
ЗСП	Закон за социално подпомагане
ИСДП	Институт за социални дейности и практики
КЦ	Кризисен център
КПД	Конвенцията за правата на детето на ООН
КСУДС	Комплекс за социални услуги за деца и семейства
КТ	Кодекс на труда
МДЕ	Мултидисциплинарни екипи по деинституционализация
МЗ	Министерство на здравеопазването
МОН	Министерството на образованието и науката
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МЦРД	Мобилни центрове за работа с деца
НЕЛК	Национална експертна лекарска комисия
НМД	Национална мрежа за децата
НПО	Неправителствена организация
НСИ	Национален статистически институт
ОГРДВ	Образование и грижи в ранна детска възраст
ОЗД	Отдел „Закрила на детето“
ОП	Оперативна програма
ОП НОИР	Оперативна програма „Наука и образование за интелигентен растеж“

ОПРЧР	Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“
ОХБМД	Отделение за хронично болни и малформативни деца
ППЗНП	Правилник за прилагане на Закона за народната просвета
ППЗСП	Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане
ПСВ	Проект „Социално включване“
РДИ	Ранна детска интервенция
РДР	Ранно детско развитие
РИ	Ранна интервенция
СЗО	Световна здравна организация
СКЦ	Семейно-консултативен център
СОП	Специални образователни потребности
ТЕЛК	Териториална експертна лекарска комисия
ФГ	Фокус група
ЦИКОПД	Център за информирание, консултиране, обучение и подкрепа на деца
ЦКОДУХЗ	Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания
ЦМДЗ	Център за майчино и детско здраве
ЦНСТ	Център за настаняване от семеен тип
ЦНСТПМГ	ЦНСТ за деца с потребност от постоянни медицински грижи
ЦОП	Център за обществена подкрепа
ЦРДУ	Център за работа с деца на улицата
ЦРИ	Център за ранна интервенция
ЦРИУ	Центровете за ранна интервенция на уврежданията
ЦСРИ	Център за социална рехабилитация и интеграция



## 1.1 Обект на изследване

### 1.1.1 Ранно детско развитие

Появата на настоящото изследване на политиките и практиките в сферата на ранното детско развитие (РДР) в България не е случайна и, имайки предвид динамиката на събитията в секторите, имащи отношение към него, то навярно е закъсняло. Мотивацията да представим на Вашето внимание този текст е преднамерена и целенасочена. РДР е във фокуса на вниманието на родители, изследователи, политици и неправителствени организации, особено през последното десетилетие. Засиленият интерес носи със себе си обещание за позитивни социални промени и едновременно с това генерира възможности те да се случат.

Впечатляващо е, колко често в публично достъпните публикации и презентации, посветени на ранното детско развитие понятието не е дефинирано. Дори там, където има определения, те са по-скоро описания. Това, което почти никъде не липсва, обаче, е обилната информация, подкрепена и с референции, графики и данни за това колко важно е да се инвестира в програми за РДР.

Ето и няколко определения за ранното детско развитие, които заслужават внимание. Според Националната мрежа за децата, „*Ранното детско развитие включва цялата необходима подкрепа за детето от пренаталното му развитие<sup>1</sup> до осмата му година, за да може да бъде реализирано правото му на оцеляване, закрила и грижа, което ще му гарантира най-доброто развитие. Ранното детско развитие обхваща адекватни здравни услуги за бременната жена, майката и бебето, пълноценно хранене за бременната и кърмеща жена, бебето и детето, осигуряване на възможности и среда за ранно учене, подкрепа на семейството, развитие на общността и др.*“

<sup>2</sup> Тук терминът е дефиниран всеобхватно, като определена тежест е придадена на здравното и социалното измерение.

Има и определения, като това на Световната Банка, при които сякаш биологично-онтологическото е изведено начело: „[терминът] *Ранно детско развитие (РДР) се отнася до физическото, когнитивното, лингвистичното и социално-емоционалното развитие на дете от пренаталната фаза до осмата година. Това развитие се случва в разнообразна среда (дом, училище, здравни заведения, публични пространства<sup>3</sup>) и включва широка гама от дейности – от грижа за детето и хранене до образование за родителстване. Доставчиците на услуги могат да бъдат публични, частни или неправителствени организации.*“<sup>4, 5</sup>

Подобно, но с акцент върху детерминистичната важност на РДР е и определението на Световната здравна организация (СЗО): „*Периодът на ранното детство е най-важната житейска фаза в развитието на човека. Здравословното ранно детско развитие (РДР), което включва физическата, социално-емоционалната и лингвистично-когнитивната сфери, всяка от които еднакво важна, силно влияе върху благополучието, физическите параметри, душевното здраве, сърдечно-съдовите състояния, грамотността и математическите умения, склонността*

1 Пренаталното развитие е периодът от зачеването до раждането.

2 НМД (2014) Преглед на Практики и политики в областта на ранното детско развитие, Наръчник, НМД. Софи

3 В английския оригинал е използван термина community-based centers, който буквално би трябвало да се преведе като „общностни центрове“. Според нас тук по-близък по смисъл е терминът публични пространства; още повече, по-надолу в текста „общностни центрове“ се използва в съвсем различен контекст.

4 В оригинал: „Early Childhood Development (ECD) refers to the physical, cognitive, linguistic, and socio-emotional development of a child from the prenatal stage up to age eight. This development happens in a variety of settings (homes, schools, health facilities, community-based centers); and involves a wide range of activities from child care to nutrition to parent education. Providers of services can include public, private, and non-governmental agencies.“

5 The World Bank (2010), Early Childhood Development, The World Bank Factsheets, <http://siteresources.worldbank.org/EXTAFRREGTOPEDUCATION/Resources/444707-1291071725351/ECCD-factsheet-final.pdf>

към престъпления и икономическата активност през целия живот. Това, което се случва на детето в ранните му години е от изключителна важност за траекторията на детското и човешкото развитие.“<sup>6,7</sup>

Друго авторитетно и по-обхватно определение е дадено от УНИЦЕФ България на българската интернет страница на организацията, която освен елементите на детското развитие<sup>8</sup> подчертава и осъзнаването на РДР като част от правата на детето: „*Малките деца са носители на всички права по Конвенцията на ООН за правата на детето още от самия момент на своето раждане. Те трябва да бъдат възприемани и зачитани като самостоятелни личности и активни членове на своите семейства, общности и общества.*“<sup>9</sup>

Не може да не направи впечатление сходството на представените тук дефиниции. Те са концентрирани както върху обхващането на процеси, протичащи през първите осем години от човешкия живот, така и върху значението на социално-нормативното начало в РДР. Това оформя обществена среда, в която все по-ясно се формулира нагласа в България на РДР да се гледа през призмата на публичните политики и интервенции.

### 1.1.2 Образование и грижи в ранна детска възраст

Апелът за интервенции в ранното детство не е уникално българско явление. Много често в международен контекст, нуждата от осъзнат подход към РДР, минаващ през интервенции и политики, се формулира като се използва терминът **образование и грижи в ранна детска възраст** (ОГРДВ). Това понятие се отнася до една част от интервенциите в областта на ранното детско развитие, а именно формите на отглеждане и образование на децата, които са регулирани от държавата. Това може да включва както форми на образование и грижа, които се предоставят извън семейството, в специално създадени за целта места (напр. детски градини, детски ясли, социални услуги с елемент на дневна грижа и други), така и семейно-базирани формати, като например грижа в дома чрез професионални детегледачески услуги. Важно е тези регулирани форми на грижа и образование, предоставяни от професионалисти, да бъдат семейно-ориентирани, т.е. подкрепящи (а не заместващи) родителите в тяхната основна роля като обгрижващи детето.

Политиките за ОГРДВ са важен елемент от политиките за РДР, но е важно двата термина да не се приравняват, нито да се смесва тяхното използване. Такава опасност съществува тъй като в исторически план, особено на ниво Европейски съюз (ЕС), доминират политиките за ОГРДВ, разглеждани в контекста на целите за икономическо развитие и образование.

Европейската комисия (ЕК) дефинира термина ОГРДВ по следния начин: „... *образование и грижи в ранна детска възраст (ОГРДВ) се определя като всяка регулирана дейност, която предоставя образование и грижа за деца от момента на тяхното раждане до задължителната възраст за училищно обучение, независимо от обстановката, финансирането, работното време или съдържанието на програмата и включва институционализирана или семейно-базирана дневна грижа; частна или финансирана публично; предучилищна или подготвителна подкрепа.*“<sup>10</sup>

Това определение може да се намери в два самостоятелно публикувани документа, свързани с ЕК.<sup>11,12</sup>

6 В оригинал: The early child period is considered to be the most important developmental phase throughout the lifespan. Healthy early child development (ECD)—which includes the physical, social/emotional, and language/cognitive domains of development, each equally important—strongly influences well-being, obesity/stunting, mental health, heart disease, competence in literacy and numeracy, criminality, and economic participation throughout life. What happens to the child in the early years is critical for the child’s developmental trajectory and lifecourse.

7 World Health Organization (2017), Източник: [http://www.who.int/social\\_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/](http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/)

8 „Ранното детство – от раждането до 8-годишна възраст, е един вълнуващ и изпълнен с динамични промени период, който оставя траен отпечатък върху детската личност, здраве и поведение, и възможности за пълноценна реализация на по-късен етап от живота. През тези първи години бебето и малкото дете бързо овладява и усъвършенства ключови двигателни, социални, интелектуални, речевни и емоционални умения, които постепенно го превръщат от безпомощно и напълно зависимо от възрастните в активно, търсещо и можещо човешко същество.“ Достъпно на: <https://www.unicef.bg/ranno-detsko-razvitie>

9 Пак там.

10 В оригинал: „Early Childhood Education and Care (ECEC) is defined as any regulated arrangement that provides education and care for children from birth to compulsory primary school age – regardless of the setting, funding, opening hours or programme content – and includes centre and family day care; privately and publicly funded provision; preschool and pre-primary provision.“

11 ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Изследване на ефективното използване ОГРДВ за предотвратяване на преждевременно напускане на училище. Заключителен доклад № ЕАС/17/2012. Publications Office of the European Union, 2014

12 ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Предложение за ключови принципи за Рамка за Качествено ОГРДВ. Доклад на работната група по ОГРДВ под патронажа на Европейската комисия, ЕК: Брюксел (в оригинал: EUROPEAN COMMISSION (2014) Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care, Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission, Brussels, October 2014)

Вторият от тях, а именно *Предложение за ключови принципи за Рамка за Качествено ОГРДВ*, задава много важни характеристики за това как се определя качеството в услугите за ОГРДВ.

За експертите и професионалистите няма съмнение, че **качеството** на образованието и грижата е **от фундаментално значение** в ранното детство и затова не е възможно да бъде въведена концепцията ОГРДВ без да бъде, поне накратко, маркиран този момент. В този документ качеството се разглежда в пет аспекта: *достъпност, професионалистите работещи в сферата, съдържанието на програмите, мониторинг и оценка, управление и финансиране*. В центъра на този пентагон трябва да се ситира детето в ранна възраст и неговия най-добър интерес. Дали качеството на ОГРДВ е определено точно през тези пет характеристики или известни вариации са възможни, а може би и нужни, по никакъв начин не бива да отклонява вниманието от достигнатия консенсус, че качеството е *condition sine qua non*. Както ни предупреждава институтът Иноченти на УНИЦЕФ в своя доклад: *„ОГРДВ с лошо качество не е продукт, който може да се върне, поправи, замени или обезвъзмезди. Може да минат години преди да се появят последствията от липсата на качество; те дори може никога да не се видят явно, а последствията вероятно ще засегнат не само детето, а и цялото общество.“*<sup>13,14</sup>

Това е изключително важно уточнение, особено в страни, където все още много често достъпът до ОГРДВ е изведен на водещо място, заради засилващи се обществени очаквания, че ОГРДВ могат да спомогнат за решаването на важни обществени проблеми, като например ранното напускане на училище. Такива очаквания са, разбира се, обосновани, когато е гарантиран не просто достъп до услуги за ОГРДВ, а достъп до **качествени услуги**.

Терминът *образование и грижи в ранна детска възраст* е придобил гражданственост и в България. Тук предлагаме още една разновидност на определението, заимствана от друг, по-стар европейски текст. Българският текст е именно публикация, в която се разглежда връзката между ОГРДВ и превенцията на отпадането от училище: *„Терминът „образование и грижи в ранна детска възраст“ (ОГРДВ) или „ранно детско образование и грижи“ се отнася до публично финансираните и предлагани услуги за деца, които не са достигнали задължителната училищна възраст. „Образование“ и „грижи“ са обединени във фразата, за да се подчертае, че услугите за деца до 7-годишна възраст могат да включват физическо обгрижване, но следва да включват и възможности за учене и развитие.“*<sup>15</sup>

Внимателният читател няма как да не забележи, че тази версия на дефиницията е фокусирана върху публичното финансиране; обяснението, че думата *„образование“* преднамерено реферира към *„възможности за учене“* също прави впечатление. Отчитайки времето на всяка една от публикациите, е добре да бъдем внимателни в интерпретациите на посочените тук разлики. Все пак трябва и да отбележим, че споменатите особености, още на ниво определение, дават индикация за посоката на дискусиата по отношение на ОГРДВ в България.

### 1.1.3 Термините РДР и ОГРДВ използвани в това изследване

На базата на представените по-горе дефиниции, както и на източници, които не са отразени в представения в предходните страници анализ, следното определение за ранно детско развитие е възприето в този текст: *Ранното детство е периодът от човешкия живот от раждането до момента на достигане на задължителната възраст за училищно обучение. Този период съпада с най-важните стадии в развитието на личността във всеки един възможен аспект и независимо от средата, в която се случва, изисква оптимална подкрепа за детето и за неговото семейство от цялото общество и от всички публични институции. Ранното детско развитие е процес, който обуславя цялостното развитие на личността.*

13 Adamson, Peter (2008). The Child Care Transition: A league table of early childhood education and care in economically advanced countries, Innocenti Report Card no.8

14 В оригинал: „[...] poor quality early childhood education and care is not a product that can be returned, repaired, exchanged, or refunded. It may take years for the lack of quality to show its effects; the cause may never become apparent; and the consequences are likely to fall not only on the child but on society as a whole.“

15 Национална мрежа за децата (2014), Преглед на Практики и политики в областта на ранното детско развитие, Наръчник. София. Европейският първоизточник на дефиницията е документ на Eurydice Network от 2009 година и публикуван от Изпълнителна агенция за образование, аудиовизуални продукти и култура: ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2009) „Обучение и грижи в ранна детска възраст в Европа: справяне със социалните и културните неравенства“, Брюксел.

Дефиницията, която сме възприели в това изследване за термина **образование и грижи в ранна детска възраст** напълно съвпада с цитираното вече определение в документите, публикувани през 2014 г. със съдействието на Европейската комисия<sup>16</sup>, а именно: „**образование и грижи в ранна детска възраст** (ОГРДВ) се определя като всяка регулирана дейност, която предоставя образование и грижа за деца от момента на тяхното раждане до задължителната възраст за училищно обучение, независимо от обстановката, финансирането, работното време или съдържанието на програмата и включва институционализирана или семейно-базирана дневна грижа; частна или финансирана публично предучилищна или подготвителна подкрепа.“

Както и в дадените по-горе примери, дефинициите на РДР и ОГРДВ имат много общо помежду си, като неминуемо ОГРДВ реферира до по-тясна концепция. Вероятно има читатели, които биха намерили тези терминологични уточнения за не особено продуктивни, но вярваме, че те са важни и полезни. Най-малкото, защото, както ни посъветва един от нашите респонденти: една от първите (ни) задачи е да създадем „*общо разбиране за какво говорим*“, а това не може да се случи ако нямаме „*общии понятия*“ (интервю, експерт, голям град).

### 1.1.4 Контекст и цел на изследването

Основната част от изследването е проведено в първата половина на 2017 година и е реализирано от изследователски екип с експертиза в широк спектър от специалности, включително социология, психология, педиатрия, педагогика, социални дейности, психиатрия и право. Изследването е част от проект „Грижа в ранната възраст“, изпълняван от фондация „За нашите деца“ с финансовата подкрепа на фондация „ОУК“. Целта на проекта е да подобри развитието и благосъстоянието на децата в ранна детска възраст (0-7 г.) през изпълнението на изследователски и застъпнически дейности, както и през директна работа на терен, като по този начин намали и превентира риска от насилие срещу децата във всички негови форми. Следва да се отбележи, че предвид особено тежките и травмиращи последствия на насилието срещу децата в ранната детска възраст, фокусът е именно върху неговата първична превенция, която е далеч по-ефективна от адресирането на насилието пост-фактум. Работещите политики и практики в сферата на ранното детско развитие са именно такава форма на първична превенция.

**Предметът** на настоящото проучване е да се анализира как здравната, социалната и образователната системи организират и насърчават развитието на децата в най-ранна детска възраст /0-7 г./ в България. **Задачите**, които си поставя изследването са следните:

- А. Да се направи кратък преглед на нормативно-политическия контекст, в който функционират понастоящем секторите, имащи отношение към ранното детско развитие.
- Б. Да се проучи доколко съществува взаимодействие между здравната, социалната и образователната системи по отношение на РДР и как то рефлектира върху съществуващите услуги и форми на подкрепа.
- В. Да се проучи доколко подходът на ангажираните институции и професионалисти в грижите за деца в ранна възраст е семейно-ориентиран, както и да се проучат нагласите на родителите към състоянието на системите за ранно детско развитие.
- Г. Да се проучи до каква степен здравната, социалната и образователната системи работят като се ръководят от принципите на социалното включване и приобщаването в организирането и предоставянето на грижи за малки деца със специални потребности.

**Целта** на настоящото проучване е да се подобри разбирането за състоянието на системите за РДР в България. Предвид обширността на тази тема, обхватът на изследването е сведен до определени теми, предпоставени от задачите. Проучването на съществуващите взаимодействия между институциите, между тях и семействата, на подходите към децата със специални потребности е допълнено от фокусиран обзор на нормативно-политическата база и от кратък преглед на европейските политики и практики.

<sup>16</sup> ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Предложение за ключови принципи за Рамка за Качествено ОГРДВ. Доклад на работната група по ОГРДВ под патронажа на Европейската комисия, ЕК: Брюксел и ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Изследване на ефективното използване ОГРДВ за предотвратяване на преждевременно напускане на училище. Заключителен доклад N° EAC/17/2012. Publications Office of the European Union, 2014



При изследването на отношенията между професионалисти и семейство е отделено специално място на родителските нагласи. Този обхват на изследването създава и основа за приобщаващо обсъждане в общността на заинтересовани професионалисти и експерти. По този начин е направен и съзнателен опит да се подпомогне иницирането на реформи в сферата на ранното детско развитие.

Надеждата на екипа реализирал изследването е, че дискусиата ще допринесе за сформиранието на *общност от съмишленици*. Вярваме, че една такава общност може да се превърне в двигател за приемането на национална стратегия за ранно детско развитие, чиято необходимост е изведена като най-ключовата препоръка от изследването. Една такава стратегия може да бъде гарант, че в България най-добрият интерес на децата (по смисъла на член 3 на Конвенцията за правата на детето на ООН (КПД)<sup>17</sup> в ранна възраст бива гарантиран както нормативно, така и фактически.

## 1.2 Методология на изследването

Този текст представя резултатите от изследване на системите, имащи отношение към РДР, взаимовръзките между тях и взаимодействието им с родителите. Проучването е проведено в периода декември 2016 - април 2017 по методология, операционализираща поставените пред изследователския екип задачи.

### 1.2.1 Изследователски въпроси

Реализирането на проучването започва с дефинирането на изследователските въпроси, чиито отговори трябва да доведат до постигането на неговата цел. Поставени са следните три въпроса:

1. Какви взаимодействия има между звена на здравната, социалната и образователната системи имащи отношение към РДР и как те се проектират върху съществуващите услуги?
2. Доколко подходът на институциите и професионалистите ангажирани с грижи за деца в ранна възраст е семейно-ориентиран?
3. Ръководят ли се здравната, социалната и образователната системи от принципите на социалното включване и приобщаване в своята работа с малки деца със специални потребности и техните семейства?

На така поставените изследователски въпроси се отговаря като събраната в рамките на проучването информация се анализира през призмата на конкретни фактори. Тук те са представени накратко за всеки от изследователските въпроси. Там, където това добавя стойност, те са представени по-детайлно в съответните глави.

Факторите имащи отношение към първия изследователски въпрос са: наличие на (ефективно) взаимодействие между различни звена имащи отношение към ранното детство вътре в секторите; наличие на взаимодействие между отделните сектори; наличие на общи информационни системи за управление на случаи; взаимодействие между национална и местна администрация, включително доколко има диалогичност и къде се поставя акцента; наличие на функциониращи интегрирани услуги с отворен достъп (универсални) и ранна интервенция за деца със специални потребности в ранна възраст.

По отношение на втория изследователски въпрос събраната от нашите респонденти информация е анализирана по отношение на наличието на: положителни и отрицателни нагласи към семейно-ориентирания подход; предпоставки и ресурси за въвеждане на семейно-ориентиран подход; препятствия и предизвикателства във взаимодействието между родителите и професионалистите; включване на родителите в предоставянето на грижата за детето им.

17 Конвенция за правата на детето. Приета от ОС на ООН на 20.11.1989 г. Ратифицирана с решение на ВНС от 11.04.1991 г. - ДВ, бр. 32 от 23.04.1991 г. В сила от 3.07.1991 г.

По отношение на третия изследователски въпрос, основните фактори в анализа са наличието на достъп до услугите за деца със специални потребности, тяхното качество и включването на родителите.

За да се подпомогне по-доброто разбиране на средата, в която функционират системите за РДР, е направен обзор на ключови документи, формиращи нормативно-политическата рамка в България. Той включва и преглед на препоръките и позициите на Европейския съюз, както и кратко представяне на политиките в сферата на РДР в три европейски държави.

### 1.2.2 Дизайн на изследването и методически инструментариум

Изследването е основано на мултиметоден инструментариум, включващ качествени и количествен изследователски методи. Чрез съвместяването на различните методи и локации се цели задълбочено и многостранно проучване отчитащо различни гледни точки за политиките и практиките на ранната детска грижа в България – тези на политици, управленци, експерти на национално и регионално ниво, професионалисти работещи с деца в ранна възраст, доставчици на услуги, родители. Подборът на локациите за интервюта и фокус групи (обхващащ София, Пловдив, Варна, Русе, Кюстендил, Нови пазар, села в община Тунджа) е направен на принципа изследването да покрива както големи, така и средно големи и малки градове и села.

Качествените методи дават дълбочинно, нюансирано знание за изследваните тематични области, залегнали в изследователските въпроси. Те са:

- **Кабинетно проучване** - включва обзор на услугите за деца в ранна възраст и техните семейства, финансирани с публични средства в България, както и преглед на нормативни актове, стратегически документи и политики по отношение на РДР на национално ниво. Анализираният текстове са концентрирани върху законодателната рамка и политиките за РДР в образованието, социалната сфера и здравеопазването в България. Успоредно се прави анализ на позициите и насоките дадени от ЕС в областта на ОГДРВ, както и преглед на законодателството и политиките в областта на РДР в три подбрани<sup>18</sup> европейски страни. Това ще даде възможност на нашите читатели да погледнат политиките и практиките в България и в сравнителен план - през призмата на случващото се в Европа.
- **Групови дискусии (фокус групи)** – проведени са 17 фокус групи с професионалисти в периода декември-февруари 2017 г., както и 3 фокус групи с родители. Фокус групите с професионалисти са два типа, отличаващи се според профила на респондентите: моносферни и смесени. В 6-те проведени моносферни фокус групи участваха представители от само една професионална област: или от образованието, или от социалната сфера, или от здравеопазването. В смесените фокус групи респондентите в една и съща група са от различни професионални сфери. Те включват и 2 пилотни фокус групи в началото на изследването, чрез които беше тестван сценарият с въпросите за груповите дискусии, след което бе съставен финалният му формат. Трите групови дискусии бяха проведени с родители на деца с увреждания в ранна възраст, ползващи различни услуги в Шумен, Русе и Варна.
- **Интервюта** – проведени са полу-структурирани дълбочинни интервюта с 27 експерти на национално и регионално ниво през периода януари-март 2017 г. Профилите на респондентите са типизирани в три основни групи: управленци на национално ниво, политици и експерти, отговарящи за секторни политики в областта на здравеопазването, образованието и социалната сфера; експерти и професионалисти със силна съпричастност към РДР от водещи международни, академични и неправителствени организации; експерти на регионално ниво. Обхватът на интервюираните експерти е широк и покрива както респонденти, базирани в столицата и в големи градове, така и в малки населени места. Списък на институциите, за които работят интервюираните експерти е приложен към доклада.

<sup>18</sup> Страните са подбрани на основата широко известната типология в изследванията на режимите на държавата на благоденствието (welfare studies) на Г. Еспинг-Андерсен (Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton Univ. Press. Princeton, New Jersey). На основата на тази типология са разгледани политиките в системите на здравеопазването, образованието и социалната защита, които се отнасят до периода на ранното детство, в Германия и Франция (консервативен режим) и Норвегия (социално-демократичен режим).

➤ **Изследване на случаи** – методът „изследване на случаи“ („case study research“) няма прогностичен компонент, тъй като той цели да представи реалните параметри на изследвания обект, а не бъдещи такива. Един от водещите теоретици и практики на метода Арч Уудсайд<sup>19</sup>, отбелязва, че съвременната научна теория заключава, че 95% от мисловните процеси са подсъзнателни и че хората имат съвсем ограничен достъп до тях, и още по-ограничен до тези на други индивиди. Този факт предпоставя, че конвенционалните изследователски методи не могат винаги да отговорят на необходимостта от изследване на психични аспекти на социалните процеси и явления и е необходим емпиричен метод, който позволява комбинация от изследователски подходи, тактики и инструменти, т.е. да представлява „метод в метода“. Такъв се явява методът „изследване на случай“. В даденото изследване са представени случаи както на отделни услуги и обекти, които са част от системите за РДР, така и случаи на национални проекти и инициативи, насочени към тази сфера.

Съставът на участниците във фокус групите е изключително широк и покрива професионалисти и в трите сфери: здравна, образователна и социална. От здравната сфера участваха неонаталози, общопрактикуващи лекари, педиатри от доболнична и болнична помощ, медицински сестри, експерти от отдел „Здравеопазване“ в общините, служители в детски ясли. От образователната сфера – директори, главни учители и учители в детски заведения, експерти от отдел „Образование“ в общините, образователни експерти. От социалната сфера – психолози, семейни консултанти, фамилни терапевти, специални педагози, социални работници, рехабилитатори, логопеди, арт терапевти, администратори в организации доставящи социални услуги, НПО в социалната сфера, експерти от отдел „Социални дейности“ в общините, експерти в Държавната агенция за закрила на детето (ДАЗД). Мнозинството от професионалистите са с дългогодишен стаж в своите области на експертиза.

Темите на груповите дискусии засягат съответствия и несъответствия между политики и практики по отношение на РДР; как на практика се случва взаимодействието между системите и до какво то (не) води на терен; как се определя водещата сфера при срещата на услугата с друга услуга или проект; каква е координацията и комуникацията между трите сфери и къде са слабите звена на това взаимодействие; къде се поражда сътрудничество между тях и какви препоръки за по-добра ефективност и системност на работата могат да се изведат; какъв е достъпът и какъв е обхватът на услугите за деца в ранна възраст, как се работи със семействата на децата; има ли културни и други специфики на работата с определени групи деца и техните семейства; работата с децата със специални потребности и техните семейства.

Макар планираното времетраене за всяка от фокус групите да беше до два часа, средната продължителност на груповите дискусии беше в рамките на 2-2.30 часа. Интересното тук е, че практически навсякъде „удължаването“ беше еманация на желанието на респондентите да споделят повече информация, включително и по теми, които не бяха сред планираните от изследователския екип, но бяха директно релевантни към предмета на изследването. Използваме това споменаване тук още веднъж да изразим нашата благодарност към техните приноси и доверие в екипа, включително и за разширяването и обогатяването на изследването с находки, които нямаше как да бъдат предвидени в процеса на планиране.

Сценарият за интервютата съответства на тематичните клъстери, обособени във въпросника за груповите дискусии. Чрез мненията на експертите, вземащи решения на ниво политики и пряко влияещи на формирането на политиките и законодателните инициативи (на ниво закони и подзаконови нормативни актове), както и на експерти, ръководещи или отговарящи за институции и доставчици на услуги за деца в ранна възраст, се търсят отговори на въпросите за пълнотата и адекватността на законодателството и националните политики с отношение към РДР; приложението им в практиката посредством услугите и подкрепата за деца в ранна възраст и техните семейства; условията за взаимодействието между здравната, социалната и образователната системи; добрите практики с потенциал за устойчивост и разпространение; достъпността на услугите и интервенциите и техния обхват; взаимодействието със семействата на децата в ранна възраст; подкрепата за деца със специални потребности; и други въпроси, като например ролята на право-охранителната и културната системи.<sup>20</sup> Също както и при провеждането на фокус групите, и тук нашите респонденти засегнаха по-широк от

<sup>19</sup> [1] Woodside, A. Case study research: theory, methods, practice. Emerald Group Publishing Ltd. UK, 2010.

<sup>20</sup> Разбира се, не всички въпроси бяха адресирани в еднаква степен от нашите респонденти; някои от въпросите бяха по-скоро в периферията на интервютата и са получили респективното отразяване в текста.

планирания кръг въпроси и ни насочиха към обогатяване и подобряване на първоначално предвидения обхват на този доклад, за което също сме изключително благодарни.

Интервютата са проведени след предварително информирано съгласие от страна на интервюирания експерт и са правени под условието, че споделеното от тях ще бъде анонимизирано. Продължителността на едно интервю е в рамките на 1.5-2 часа.

При обработването на резултатите от експертните интервюта и фокус групите е приложен тематичен анализ – първоначално материалът е анализиран и са извлечени основните теми от членовете на изследователския екип, независимо един от друг. След това извлечените теми са обсъждани в екипа, с цел да се направят максимално обективни и валидни изводи и препоръки.

Методът „изследване на случай“ позволи набирането на емпирична информация с помощта на анализ на отделни случаи. В настоящото изследване основните обекти на този метод са случаите на трите най-големи проекта, по които се създават интегрирани услуги за деца от ранна възраст и семействата им и се подобряват условията за насърчаване на РДР: „Семейство за всяко дете“ на УНИЦЕФ, „Социално включване“ на МТСП и „ПОСОКА: семейство“ на МЗ, както и мащабната национална инициатива за преструктуриране на няколко ДМСГД в ЦКОДУХЗ. Анализът обхваща официалната информация, предоставена от съответните ведомства, които са управлявали проектите, външни оценки за проектите, анализ на случаите на успешни и интересни практики, възникнали в рамките на всеки от проектите. В проучването са включени и още други анализи на случай, осъществени чрез пряко наблюдение и ad hoc интервюта, с акцент върху обекти, предоставящи грижа за деца с увреждания и специални потребности. Предоставената информация е анонимизирана, като нейната цел е да даде моментна снимка и да онагледи някои от въпросите и проблемите, повдигнати от изследването.

**Количественият метод**, използван в изследването, **интернет базирано проучване на нагласите на родителите**. За целта е използван въпросник, адресиран към родители, които отговарят на въпроси за грижите за децата на възраст 0-7 години. Въпросникът обхваща въпроси за нагласи, групирани в четири раздела: 1. здравни услуги и грижи за бременните и децата в ранна възраст; 2. отглеждане, ранно обучение и предучилищно образование на децата; 3. семейни помощи и социални услуги; 4. демографски блок. Освен закритите въпроси, анкетираният имат възможност в свободни отговори да изразят мнения и препоръки относно подобряване на грижите за децата. Набирането на респондентите е осъществено с помощта на социологическа агенция „Сова Харис“ през м. февруари 2017 г. Използвани са популярни сайтове и онлайн форуми за събиране на мнения сред родителите. Методът на формиране на извадката е според отзовалите се. Общият брой респонденти, попълнили онлайн анкетата, е 748. Описанието на извадката показва, че онлайн проучването представя преди всичко мнения на високообразовани родители, предимно майки, живеещи в столицата или големите градове, с доходи около или над средния за страната, които най-често работят или са в отпуск по майчинство.

### 1.2.3 Ограничения на изследването

Прецизността и релевантността на резултатите в едно изследване предполага експлициране на основни ограничения, върху които се основават дизайнът на изследването и последващият анализ.

Чрез изследването се събира информация за практиките и мненията на експерти и родители за ограничен времеви период - в рамките на 3 месеца, което дава моментна картина на случващото се в областта на РДР. Емпиричната информация чрез качествени методи не може да претендира за национална представителност, но чрез случайния подбор на голям брой участници във фокус групите, интервютата и наблюдението се цели представяне на мненията на широк кръг заинтересовани страни на национално и регионално ниво от трите сфери. На свой ред количественото онлайн проучване на мненията на родителите за ранната детска грижа няма национално представителен характер, но обхваща голям брой участници, които имат опит на родител на дете или деца в ранна възраст.

Много важно е да се отбележи и едно друго ограничение на това изследване: в него не са отчетени позициите и мненията на потенциално най-важната група респонденти: децата. Това не е направено поради фактичката невъзможност в ограничения времеви хоризонт и финансова рамка на това задание да се мисли (и може би експериментира) с изработването и прилагането на адекватен методологически



инструментариум, за да се отчетат нагласите на децата в ранна възраст. Би било прекрасно това да бъде осъществено в (предстоящи – надяваме се) изследвания.

### 1.3 Екипна работа, индивидуални отговорности и приноси

Текстът, който е в ръцете ви е плод на съвместната работа на екип от девет изследователя. Текстът е замислен и реализиран като едно цяло, със своя вътрешна логика и структура и неговата ценност като цяло надхвърля сбора от стойностите на отделните части. В същото време всеки един от изследователите застава с името си зад текстовете, които е написал. За да бъдат, както отговорността, така и признанието персонализирани и за да се направи възможно коректното цитиране, следва преглед на авторството на обособените текстове.

Първата част от *ВЪВЕДЕНИЕ* (глава I), а именно *1.1 Обект на изследването* е написана от Йордан Йосифов с изключение на *1.1.4 Контекст на изследването*, която е съвместна работа на Йордан Йосифов и д-р Весела Банова. Частта *Методология на изследването* е дело на Йордан Йосифов, Елица Димитрова, Татяна Коцева и д-р Весела Банова.

В прегледа на *2.1 Нормативно-политическа рамка за ранно детско развитие*, с която започва *ИЗЛОЖЕНИЕ* (глава II) е участвал почти целия екип. Йордан Йосифов подготви частта *2.1.1 Европейският контекст*, а Калина Илиева – *2.1.2 Обзор на политиките и регулациите за деца в ранна възраст в някои европейски страни*. *2.1.3 Преглед на нормативно-политическата рамка в здравеопазването* е направен от д-р Любомир Жупунов; *2.1.4 Преглед на нормативно-политическата рамка в образованието* - от Анет Маринова, а *2.1.5 Преглед на нормативно-политическата рамка в социалната сфера* - от Станислава Моралийска и Татяна Коцева.

В частта *2.2 Находки по отношение на взаимодействието* Анет Маринова написа *2.2.1 Хоризонтални взаимодействия*, Йордан Йосифов - *Вертикални взаимодействия*, а *2.2.3 Съществуващи интегрирани услуги: разбиране, необходимост и устойчивост* е дело на д-р Весела Банова и Елица Гергинова.

В частта *2.3 Находки по отношение на семейно-ориентирания подход* Йордан Йосифов написа *2.3.1 Измерения на семейно-ориентирания подход и неговото (не-)осъзнаване*, а Татяна Коцева и Елица Димитрова - *2.3.2 Нагласи на професионалистите и експертите: как те виждат своето и на колегите си взаимодействие със семействата*. *2.3.3 Нагласи на родителите относно социалните, образователните и здравните грижи за деца в ранна възраст в България* е написана от Татяна Коцева, Елица Димитрова, Калина Илиева и Станислава Моралийска.

Цялата *2.4 Находки по отношение на децата със специални потребности* е дело на д-р Весела Банова, Елица Гергинова и Анет Маринова.

В подготовката на глава III *ЗАКЛЮЧЕНИЯ* е участвал целият изследователски екип. *Изводи* (3.1) са написани от Йордан Йосифов и д-р Весела Банова на базата на текстове, подготвени от всички членове на екипа; *Препоръки* (3.2) са дело на всички членове на екипа.

Чернова на изследователския доклад и находките от изследването бяха представени на експертна среща, организирана от фондация „За Нашите Деца“ на 31 октомври 2017 г. В рамките на срещата бяха дадени редица препоръки и беше получена обща обратна връзка от участниците по находките. В следствие черновата на доклада беше изпратена на участниците в срещата и по нея бяха получени обратни връзки и коментари, които бяха взети предвид при финалната редакция на доклада.

Доц. Златка Михова консултира изследователския екип по време на финализиране на доклада. Общата финална редакция на целия изследователски доклад е извършена от Ваня Кънева.

Фондация „За Нашите Деца“, сдружение „Дете и пространство“ и Института за изследване на населението и човека към Българската академия на науките биха искали да изразят своята признателност към всички участници в гореописания процес, включително на държавните и общински администрации, които със съдействието си го обезпечиха, и да изразят благодарност към проявената ангажираност към темите на изследването от изключително широкия кръг от заинтересовани страни, които бяха въввлечени в този процес. Това изследване също така нямаше как да се състои без финансовата подкрепа на фондация „ОУК“, за което екипът е изключително благодарен.

### 2.1 Нормативно-политическа рамка за ранно детско развитие – европейски контекст

Както вече беше отбелязано, за да се подпомогне по-доброто разбиране на средата, в която функционират РДР системите в България, е направен фокусиран обзор на нормативно-политическата рамка в ключовите сектори. Той е предхождан от кратък преглед на позициите и документи на Европейския съюз и представяне на политиките и практиките в три европейски страни. Тук не са търсени съпоставки с България, нито са правени опити за извеждане на препоръки; по-скоро се скицира един по-широк европейски контекст по отношение на засегнатата тема.

#### 2.1.1 Европейският контекст

Един пълен анализ на политиките в ЕС - а и в Европа като цяло - оптимално би очертал една по-широка рамка, зададена още с КПД и развитието на цялата сфера на правата на децата. Това не е направено тук, защото предметът на изследването е друг и респективно неговият обхват не изисква, а и не позволява толкова детайлен анализ. Целта тук е по-скоро да се маркират важни развития на европейско ниво, за да се допринесе за едно по-добро разбиране на средата, в която функционират системите в България.

##### 2.1.1.1 Подход на Европейския съюз към политиките за ранно детско развитие

Още в самото начало на този преглед е добре да се отбележат няколко особености на политиките на ЕС. Първата засяга подхода на ЕС; както сподели наш респондент: „на ниво ЕС няма нищо холистично по отношение цялостното разбиране за ранно детско развитие, а по-скоро [ЕС] се фокусира върху ОГРДВ.“ Липсата на *холистичност* е важен момент; тази фрагментарност може да бъде разбрана през анализа на документите по-долу, по-специално - през виждането на ОГРДВ като инструмент, а не на РДР като ценност сама по себе си. Това е причината целият анализ по-долу да реферира в много по-голяма степен към ОГРДВ, а не към РДР в неговата цялост.

Основният документ на ЕС, Препоръката на ЕК „Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение“ е разгледан през призмата на ОГРДВ. Анализът на *Препоръката* е централен, докато другите документи на ЕС са по-скоро изведени, тъй като те очертават една рамка, индикираща отношение към темата. Вниманието, което заслужават продължаващите и в момента усилия за разработване на качествена рамка на услугите за ОГРДВ<sup>21</sup>, е подчертано чрез представянето им още в Въведението, там където се извежда обектът на изследване.

За да се разбере подхода на ЕС е необходимо въпросът да се погледне, както от съдържателна, така и от институционална гледна точка. Този преглед започва с мястото на ОГРДВ в спектъра от политики на ЕС, защото без да е ясен балансът на правомощия между националните правителства и органите на ЕС по отношение на ОГРДВ, лесно може да се даде грешна интерпретация на съдържателната страна. Независимо дали за ОГРДВ се мисли през призмата на образованието или в контекста на социалните дейности и политиките за здравеопазване, то безусловно е една от сферите, в които политиките се определят от националните правителства, а ЕС и неговите органи и институции имат само спомагателна роля.

Един от ясните начини да се определят и обяснят политиките, които предпоставят развитието на страни членки на ЕС, е те да се разделят на – да ги наречем за удобство – европейски политики (политики

21 Вж. по-горе, бележка 12.

на Общността) и национални политики. Първите са най-общо такива, които се дефинират на ниво ЕС, като мерките по тях се изпълняват респективно във всички държави членки (ДЧ) и за тяхното приложение институциите на ЕС могат да търсят отговорност на националните правителства, като за това си има и съответни механизми. Това са именно политиките, които, образно казано, правят от ЕС едно цяло. Вторите, както и самото име подсказва, са политики, които се определят от националните правителства, като по тях всяка от страните е запазила своя суверенитет. Това са политиките, които дават възможност на цялото, наречено ЕС, да бъде многообразно и да адресира нуждите и приоритетите на своите членове.

Кое определя коя политика в коя категория попада? Това е така нареченият **принцип на субсидиарността**: решенията по политиките да се вземат на най-ниското възможно ниво. Тъй като и образованието и социалната сфера, а също и здравеопазването са оставени в компетенциите на националните правителства,<sup>22</sup> то и техните производни политики, каквато се явява и **политиката в областта на РДР е по дефиниция национална политика**.

Това, разбира се, не означава, че ЕС е пренебрегнал сферата изцяло. Важността на тази област за ЕС е обективизирана в поредица от документи, за които става дума по-долу. Но преди да погледнем към съдържанието, е важно да си даваме сметка, че това съдържание не е нормативно, още по-малко, императивно; то е указателно, стимулиращо и насърчително. Тук също не бива да ни заблуждава и лексиката и стилистиката на някои от документите на ЕС, като например въвеждащото изречение на Доклада на Комисията на ЕС по изпълнението на Целите от Барселона, според което:

*„Осигуряването на заведения за полагане на грижи за малките деца под възрастта за задължително училищно образование на приемлива цена и с добро качество е приоритет на Европейския съюз. Тези заведения включват яслите/детските градини или друг вид центрове за дневни грижи, включително дневните грижи в семейни структури, професионалните детегледачи с правоспособност, предучилищното или еквивалентно образование, задължителното училищно образование, както и структурите за грижи извън учебните занятия.“<sup>23</sup>*

Този изказ в официален документ на ЕК, лесно може да подведе.<sup>24</sup> Важно е да не забравяме, че по отношение на РДР, по-скоро става дума за европейско въздействие по отношение на националните политики, отколкото за европейска политика. Имайки предвид това, важно е да гледаме по-скоро на духа на документите на ЕС, отколкото да се вторачваме в текстовете с идеята да търсим някакъв общ европейски подход към РДР.

### 2.1.1.2 Документи на ЕС отнасящи се към ОГРДВ

Безспорно, най-значителният документ на ЕС имащ отношение към ОГРДВ е Препоръката на ЕК от 2013 г., наименувана *„Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение.“<sup>25</sup>* На този документ е отделено специално място (вж. текстовото поле). Същевременно е важно накратко да маркираме няколко други развития и документи, от които може да се изведе отношението на ЕС към ОГРДВ.

През 2002 г. на свое заседание в Барселона Европейският съвет решава да определи цели, свързани с достъпът до услуги за ОГРДВ. Държавите-членки се споразумяват в срок до 2010 г. да подсиgurят достъп

<sup>22</sup> Поне от гледна точка на ЕС; един по-детайлен преглед може да покаже, че е възможно определени политики засягащи ОГРДВ (и много повече - тяхното изпълнение) да са оставени и на по-ниски управленски нива: федерални единици, провинции, провинции и др.

<sup>23</sup> ЕК (2013), ДОКЛАД НА КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА, ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА НА РЕГИОНИТЕ Цели от Барселона: Развиване на детските заведения за деца в ранна възраст в Европа за постигането на устойчив и приобщаващ растеж. Брюксел, 29.5.2013

<sup>24</sup> За да не отегчаваме експертната аудитория, към която е насочен текста и която е съвсем наясно с принципа на субсидиарността и неговата формално-юридическа обосновка в сферата на РДР, основният текст не адресира специфично тази тема. Ако все пак има читатели, за които един експресен преглед на компетентностите на ЕС, в сферите имащи отношение към РДР, би бил полезен – тук кратце са маркирани няколко норми дефинирани в Договора за функционирането на Европейския съюз (ДФЕС). Според чл. 3 на ДФЕС от изключителна компетентност на ЕС (par excellence Европейски политики) са мерки насочени към функционирането на вътрешния пазар. Мерки в областта на ОГРДВ по никакъв начин не могат да попадат в кръга на изключителната компетентност на ЕС. По-скоро може да става дума донякъде, условно, за споделена компетентност (член 4 от ДФЕС). В много по-голяма степен ОГРДВ следва да се види през призмата на компетентността на ЕС да подкрепя, координира или допълва действия на страните членки (член 6 от ДФЕС), където са включени образованието и здравеопазването (на индивидуално ниво) и компетентността на ЕС да предлага условия, в рамките на които страните членки на ЕС трябва да координират политиките си (член 5 от ДФЕС), където попадат социалните политики, икономическата политиката и тази по отношение на заетостта. Този преглед е базиран на информация предоставена от ЕС; източник: <http://ec.europa.eu/citizens-initiative/public/competences/faq?lg=bg#q1>

<sup>25</sup> ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2013) ПРЕПОРЪКА НА КОМИСИЯТА: Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение, (2013/112/ЕС), 20 февруари 2013 година. Official Journal of the European Union, L 59/5

до услуги на най-малко 90% от децата между 3-годишна възраст и задължителната училищна възраст и най-малко 33% от децата под 3-годишна възраст. Това се превръща в т.нар. „Цели от Барселона“, които в последствие биват ревизирани през 2013 г. Докладът на ЕК<sup>26</sup> от тази година сочи, че ДЧ не са успели да постигнат заложените цели. Към 2010 само 10 от ДЧ са успели да постигнат целта от 33% за децата на възраст 0-3 г., като общо за ЕС процентът е 29%, а в България се наблюдава един от най-ниските нива на обхват – 7%. За по-късната възраст от 3 години до задължителната училищна възраст, само 11 ДЧ са изпълнили целта от 90% обхват, като средният за ЕС показател е 86%. България отново е с далеч под средните показатели, с под 60% обхват, като с по-нисък показател е единствено Полша. Само 6 ДЧ са изпълнили и двете цели. През 2009 г. е поставен нов европейски критерий за по-късната възрастова група, според който най-малко 95% от децата между 4-годишна възраст и началото на задължителното образование следва да бъдат обхванати от услуги за ОГРДВ до 2020 г.

На ОГРДВ се гледа и през призмата на стратегията на ЕС „Европа 2020“, разглеждано като средство за обслужване на вече поставени пред ЕС цели; тоест - инструмент за икономически растеж и социален прогрес. Това е заявено още с встъпителните изречения на Съобщението на ЕК от 2011 г. „Образование и грижи в ранна детска възраст: да осигурим за всички деца най-добрия старт в живота за утрешния свят“:

*„Бъдещето на Европа ще се основава на интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. Подобряването на качеството и на ефективността на образователните системи в целия ЕС е от съществено значение и за трите измерения на растеж. В този контекст образованието и грижите в ранна детска възраст (ОГРДВ) са най-важната основа за успешното учене през целия живот, за социалната интеграция, личното развитие и за шансовете за намиране на работа в бъдеще.“<sup>27</sup>*

От съдържателна гледна точка (в контекста на това изследване) вероятно най-важното е, че документът подчертава „необходимостта от подобряване на ОГРДВ в целия ЕС посредством допълване на съществуващите вече количествени цели с мерки за подобряване на достъпа и за осигуряване на качеството на тяхното предоставяне.“<sup>28</sup> С други думи към **количествените** Цели от Барселона се добавя **качествено** измерение. Правейки преглед на текущата ситуация (към 2011 г.) Комисията подчертава, че „[д]о момента по-голямата част от действията на равнище ЕС бяха насочени към увеличаване на **количеството** [sic<sup>29</sup>], що се отнася до местата в детските заведения и в структурите за предучилищно образование, за да се даде възможност на повече родители, и най-вече на майките, да излязат на пазара на труда.“ Отчитайки от една страна неравномерен напредък, а от друга необходимост усилията да се насочат не само към максимализиране на достъпа (да се обхванат всички деца), Комисията акцентира върху „**повиша[ването] на качеството на предоставянето на това образование и грижи** [sic<sup>30</sup>].“ Важно е да се отбележи, че Комисията вижда реализирането на тази цел чрез „**добре интегрирани услуги**.“ Според Комисията те трябва да стъпят на „**една обща визия**“<sup>31</sup>, в която включва както съдържателни така и управленски компоненти. Достъпът до услуги за ОГРДВ продължава да бъде *conditio sine qua non*, като се обръща специално внимание на децата в непривилегирани ситуации и позиции, но наличието на услуги вече не се разглежда като достатъчно само по себе си. То трябва да е подплатено от „**справедливо и ефективно финансиране**“ и от „**качество**“, като последното се разглежда през призмата на съдържанието (учебна програма) и професионалната<sup>32</sup> и управленска компетентност. Европейският съвет се съгласява с тези констатации на ЕК в своята реакция към Съобщението, като се подчертава, че „**общият и равен достъп до висококачествени ОГРДВ може да има голям принос към успеха на стратегията „Европа 2020“ и особено да допринесе за постигането на две от основните цели: да намали отпадането от училище до под 10% и да изкара поне 20 млн. души от риска от бедност и социално изключване.**“<sup>33</sup>

26 Вж. по-горе, бележка 23.

27 ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2011) СЪОБЩЕНИЕ НА КОМИСИЯТА. Образование и грижи в ранна детска възраст: да осигурим за всички деца най-добрия старт в живота за утрешния свят. Брюксел, 17. 2. 2011

28 Пак там.

29 Подчертаването е на Комисията.

30 Подчертаването е на Комисията.

31 Подчертаването е добавено.

32 Тук се има предвид професионалистите в сферата на ОГРДВ; в текста на Съобщението е използван терминът „персонал“.

33 СЪВЕТ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ (2011) Заключение на Съвета на ЕС по отношение на образование и грижи в ранна

Показателен е факта, че в Програмата на ЕС за правата на детето<sup>34</sup> терминът „*образование и грижи в ранна детска възраст*“ е споменат един-единствен път, в контекста на усилието да се намали броя на напускащите училище, и отново с референция към стратегията „Европа 2020“.<sup>35</sup>

В свое изследване от 2014 г. ЕК затвърждава впечатлението, че на ОГДРВ продължава да се гледа като на инструментариум в социално-икономическия дневен ред на ЕС, като особено внимание се отделя на *връзката между ОГДРВ и предотвратяването на преждевременното напускане на училище, което е и една от целите на стратегията „Европа 2020“*.

Прегледът на споменатите документи не претендира за изчерпателност; има и други документи, в които могат да се намерят референции към ОГДРВ. Изброеното до тук, обаче, вече дава идея за призмата, през която се адресира ОГДРВ. Изначалният поглед на институциите на ЕС към ОГДРВ е по-скоро като към обещаващ инструментариум за реализиране на социално-икономическите цели, заложиени пред Съюза.

---

детска възраст: да осигурим за всички деца най-добрия старт в живота за утрешния свят. 3090-та среща на СЪВЕТА ПОСВЕТЕНА НА ОБРАЗОВАНИЕ, МЛАДЕЖТА, КУЛТУРА И СПОРТ 19 и 20 Май 2011.

34 ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2011) СЪОБЩЕНИЕ НА КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА, ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА НА РЕГИОНИТЕ. Програма на ЕС за правата на детето. Брюксел, 15. 2. 2011

35 ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Изследване на ефективното използване ОГДРВ за предотвратяване на преждевременно напускане на училище. Заключителен доклад N°ЕАС/17/2012. Publications Office of the European Union, 2014.



## Специален фокус: Препоръката на ЕК

### *„Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение“*

Препоръката на ЕК от 2013 г. „Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение“ може да бъде определена като най-значимия документ за ОГРДВ на европейско ниво. Препоръката генерира надежда, че е възможно на европейско ниво да се гледа на ранното детско развитие не само като на част от инструментариума за постигане на други (социално-икономически) цели, а като на ценност сама по себе си.

Да започнем с това, че Комисията препоръчва на ДЧ „[д]а поставят винаги на първо място интереса на детето и да признават децата за независими носители на права, като същевременно отчитат в пълна степен важността на подкрепата за семействата като основни полагащи грижи за децата.“ Тук в едно изречение са вплетени три ключови момента: най-добрият интерес на детето винаги трябва да има приоритет; от ДЧ се очаква да имат подход базиран на правата на детето и горните две минават и през подкрепата за семейството.

В същото време според Комисията това може да се случи по кохерентен начин, като: „една обща европейска рамка може да подсили синергиите между съответните области на политика, да помогне на държавите членки да преразгледат политиките си и да се поучат взаимно от опита си в повишаването на ефективността и ефикасността чрез иновативни подходи, като същевременно отчита различните ситуации и различните нужди на местно, регионално и национално ниво.“ Важно е, че Препоръката призовава за интегрирани стратегии на основата на „достъп до адекватни ресурси“ (за намаляване на бедността); „достъп до качествени и финансово постижими услуги“ и „детско участие“.

Препоръката отделя внимание на детската бедност, както като на социално зло, застрашаващо развитието на децата, така и като на порок, чието съществуване не трябва да бъде приемано. Тук разбира се, трябва да се има предвид и момента, в който тази Препоръка е подготвена и публикувана: годините непосредствено преди 2013 г. са времето на една от най-тежките глобални икономически кризи, особено силно засегнали ЕС. Няма как този контекст да не се отрази при подготовката на Препоръката. Същевременно трябва да бъдем внимателни и да не ограничим посланието на Препоръката до необходимостта от борба с детската бедност. Мисията на Препоръката е по-фундаментална и тя е изведена ясно: преодоляването на бедността и социалната маргинализация минават неминуемо през масивна и устойчива подкрепа за образованието и грижите за деца, със сигурност - за деца в ранна възраст и техните семейства.

Редно е ясно да се отбележи, че документът не е предимно посветен на ОГРДВ; в същото време обаче, Комисията поставя ясен акцент върху нуждата от образование и грижи в ранна възраст. ЕК настоява ДЧ:

- „Да осигурят достъп до висококачествени и приобщаващи образование и грижи в ранна детска възраст; да гарантират тяхната финансова достъпност и да адаптират предлагането им към нуждите на семействата.
- Да осигурят стимули за участието на децата, произхождащи от неравностойна среда (особено тези под тригодишна възраст), независимо от положението на родителите им на пазара на труда, като същевременно избягват стигматизирането и сегрегацията.
- Да подкрепят родителите в тяхната роля на основни възпитатели на своите деца в годините на ранното детство и да насърчават службите, предоставящи ОГРДВ, да работят в тясно сътрудничество с родителите и действащите лица от общността, участващи в отглеждането на децата (например предоставящи здравни услуги и услуги в подкрепа на родителството).
- Да повишават осведомеността на родителите за ползите от участието в програми за ОГРДВ за тях и техните деца; да използват ОГРДВ като система за ранно предупреждение, чрез която да откриват свързани със семейството или училището физически или психологически проблеми, специални потребности или случаи на малтретиране на деца.“

## Вместо заключение

Как този кратък анализ ни помага да разберем средата, за развитие на политиките и системите за РДР в една държава членка на ЕС? Най-последователният извод от анализа на представените документи е, че на РДР – или по-скоро на ОГРДВ – се гледа като на част от социално-икономически дневен ред на Европейския съюз. Макар че в най-прогресивния документ, Препоръката на ЕК „*Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение*“, вече могат да се открият заявки, че РДР има самостоятелна ценност, дори тук то е адресирано като необходим инструмент за постигане на социално-икономически цели. И в този документ подкрепата за децата и техните семейства се разглежда като средство за постигане на социална кохезия и икономически растеж; тази функция е изведена дори в преамбюла на Препоръката.

В този смисъл, мотивите на управленците, формиращи политиките, задават възможностите, които съответните политики създават. Не по-малко важно за разбирането на средата, в която се формират политиките по отношение на РДР е напомнянето, че тяхната същност се решава в София. Това, което идва от Брюксел (и Страсбург) са препоръки и стимули, не изисквания към ДЧ. Предвид съществуващото разпределение на правомощия, а и на политическия климат и тенденции в обществените настроения през последните години, гореспоменатите документи навярно достигат максимума на подкрепа, която РДР може да получи от ЕС и неговите органи.<sup>36</sup>

### 2.1.2 Обзор на политиките и регулациите за деца в ранна възраст в три европейски страни

#### 2.1.2.1 Въведение към обзора

В този раздел се разглеждат системите за РДР на три европейски страни – Франция, Германия и Норвегия – които се различават значително по формата и степента си на регулация, в резултат на своята принадлежност към различни модели на социална държава.

Съгласно типологията на датския социолог Г. Еспинг-Андерсен<sup>37</sup>, Франция и Германия принадлежат към консервативно-корпоративисткия модел или режим, при който държавата играе активна роля в социалната сфера, преразпределяйки благата и доходите самостоятелно или чрез други субекти, върху които тя осъществява контрол. При преразпределението, обаче, тя се стреми да запази социално-класовите разлики, напр. социалните обезщетения се намират в правопрпорционална връзка с получаваните от индивидите трудови доходи (т.е. с размера на внасяните социални осигуровки). Двете държави-представителки на този модел имат различни исторически пътища, по-специално що се касае възприемането на политики за подкрепа на семейството и децата, което ги прави типологично различни. Франция има почти вековна традиция в семейното подпомагане (детски помощи и детски заведения за образование и грижа извън дома), докато присъствието на семейството в публичния дневен ред на Германия стартира през 50-те години на миналия век с въвеждането на първите семейни помощи.

Третата страна в анализа – Норвегия – представлява пример за социално-демократичен режим, при който държавата е главният работодател, концентриращ значителен обществен ресурс под формата на данъци и осигуровки и извършващ огромно преразпределение на обществени средства, стремящо се да свие диференциалите между бедни и богати, като по този начин поддържането на благосъстоянието на индивида се откъсва от зависимостта му от участието на пазара на труда (декомодификация на

36 Тук е редно да отбележим и цитираното по-горе Предложение за ключови принципи за Рамка за Качествено ОГРДВ. Доклад на работната група по ОГРДВ под патронажа на Европейската комисия Брюксел 2014 (Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care, Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission, Brussels, October 2014). Този документ, създаден под патронажа и с логистичната помощ (координацията) на ЕК допринесе за това дебатът в сферата за ОГРДВ да продължи на европейско, поне експертно, ниво. Този доклад не е разгледан в детайл тук, защото от една страна -чисто съдържателно- негови ключови послания вече са адресирани по-горе в текста (във Въведението), а чисто формално погледнато статутът му (и това е изведено и в заглавието) не е на официален документ; все пак става дума за предложение на работна група публикувано от Генерална Дирекция Образование и Култура на ЕК.

37 Вж. по-горе, бележка 18.

социалните права).<sup>38,39</sup> Както посочва Еспинг-Андерсен, „когато се разглеждат международните различия в социалните права и стратификацията, произвеждана от социалната държава се откриват качествено различни конфигурации между държавата, пазара и семейството.“ (стр. 26)

Предвид избраните типологично-различни национални социални системи, целта на настоящия обзор е да представи в сравнителна перспектива механизмите, по които те реализират някои от водещите концепции в сферата на ОГРДВ: стремежът към универсализъм на системата с висок обхват на децата в нея; равенството на достъпа на всички деца до качествена грижа и образование, независимо от социално-груповата им принадлежност; достъпността за родителите на услугите по ОГРДВ в смисъла на наличност, но също и на финансова такава; във връзка с качеството – квалификацията на персонала, съотношението между броя на децата и този на възпитателите, педагогическите подходи за ОГРДВ, взаимодействието с родителите, публичното мониториране на мрежите от детски заведения и гарантирането на качеството на тяхната работа чрез приемането на нормативни и програмни документи. По-детайлизирано изложение по страни може да бъде намерено като приложение към този доклад.

За информационна база са използвани предимно вторични източници – доклади на международни организации, международни сравнителни изследвания, правителствени сайтове и стратегически документи и не е включен изчерпателен преглед на нормативната база *per se*, макар в някои случаи да са цитирани отделни закони, регламентиращи конкретни мерки в политическата рамка.

### 2.1.2.2 Сравнителен обзор на политиките и системите за ОГРДВ на Франция, Германия и Норвегия

#### 2.1.2.2.1 Политически цели и организация на системите за ОГРДВ

Масовото обхващане на децата от системите за ОГРДВ е експлицитна политическа цел във всяка от разглежданите страни. По очакваните си следствия, тази цел е двойка. От една страна – заличаване на социалните различия между децата, заложили от семействата им на произход чрез образователните и социализиращите компоненти на ОГРДВ, а от друга – увеличаване на икономически активното население чрез включването на майките на пазара на труда, което от своя страна би следвало да доведе до изравняване участието на двата пола в публичния и семейния живот, т.е. до равенство на половете.

В Германия семейната политика поставя ударението върху съвместяването на семейния и професионалния живот, за да се насърчи възприемането от двойките на модел на споделени отговорности във всяка от двете сфери, а предлагането на достъпна и качествена детска грижа е едно от средствата да се даде избор на родителите. През последните години страната активно увеличава инфраструктурата си за детска грижа, като същевременно повишава изискванията си към нейното качество.

Френската държава поддържа постоянен ангажимент по значително финансиране с публични средства на универсалната по своя обхват система за ранни детски грижи и образование за деца на възраст 3-6 г. „*ecole maternelle*“. С обществено финансиране също така се подпомагат различни гъвкави форми за грижа за деца под 3 г. (обхват 51.9%)<sup>40</sup>, за да се предостави избор на родителите между връщане на работа в комбинация с използване на външна грижа, или оставане заедно с детето у дома.

Норвегия единствена от страните прилага система, вписваща децата на всички възрасти в рамките на една сфера – тази на образованието. Централизираният стил на управление поражда стремеж към егалитарност на системата и унифицира ресурсите. Основа е и за богатата налична информация за сектора, позволяваща стандартизация при развиването на качеството в детските институции, така че

38 Съществува още един модел социална държава, незасегнат в настоящия обзор – либерален – при който държавата осъществява минимална социално-перераспределителна функция; при този режим няма задължително социално осигуряване, но може да има частно такова, напр. частни пенсионни фондове; няма универсални социални трансфери, а социалните помощи се предоставят само на нуждаещите се, след доходен или друг тест; по такъв начин социалното подпомагане постига запазване на съществуващата социална стратификация в обществото: „равенство в бедността сред получателите на социални помощи и пазарно-диференцирано благосъстояние сред мнозинството“ (с. 27). Типични примери за този модел държава са САЩ, Канада, Австралия, Великобритания.

39 Публичните средства, предназначени за оперативни и инвестиционни разходи на институциите за ранно образование и грижа (обществени и частни) като процент от БВП по данни на Евростат (2014 г.) достигат: 1.49% в Норвегия, 0.7% във Франция и 0.68% в Германия. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

40 OECD (2014), Education at a Glance 2014: OECD Indicators, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>



да се достигне до по-голяма равнопоставеност между децата по отношение на получаваната грижа и образование. Последното е една от ултимативните цели на системата, която в този смисъл е по-силно дете-центрирана, отколкото тези в другите страни.

По-интензивното обучение и грижи, необходими за децата с езикови трудности или от беден или рисков произход и в трите държави се обезпечават чрез наемане на допълнителен педагогически персонал с цел намаляване съотношението деца - персонал, а също и през допълнително финансиране. Критериите за въвеждане на подобни мерки са различни: идентифициране на територии със струпване на повече от 20% неговорещо официалния език население (т.нар. *Zones d'Education Prioritaire, ZEP* във Франция); интервениране чрез правителствени програми в детски заведения, в които има над средния брой деца на мигранти (Германия); специално предназначени субсидии за езиково обучение в бюджетите на общините (Норвегия). Особено внимание и в трите страни е насочено към ранното езиково обучение по официалния говорим език в страната. Освен това, в Норвегия повишаването на езиковата компетентност по майчиния език на детето се припознава като инвестиция в социализационен ресурс, с който се цели социална мобилност вътре в рамките на етническата/малцинствената група. За целта детските градини наемат и учители по майчин език когато това е необходимо.

И в трите държави, системите за ОГРДВ са регулирани в националното законодателство чрез законодателната инициатива на правителството или парламента, но са организирани и ръководени на местно ниво, най-често от общините. Моделът на вертикалните връзки делегира различни обеми от отговорности на различните административни нива според степента на децентрализация.

В Норвегия ОГРДВ се възприема като част от образователната система и се ръководи от специално създадена дирекция към Министерството на образованието и научните изследвания, която изпълнява функции по одитиране, събиране на данни, формулиране на политики и проектиране на разходите за системата в националния бюджет. Местните власти имат тясно ограничен периметър на действие при формулирането на политики, но се спазва консенсусен подход за колективно вземане на оперативни решения.

В Германия ОГРДВ не се разглежда като част от образователната система, а е поставено в сферата на детското и младежкото благосъстояние (т.е. в социалната сфера) и се ръководи от Министерство на семейството, възрастните, жените и децата. Гражданският сектор, в лицето на НПО, както и стопанския сектор, като правило биват приобщавани към функционирането на държавата, с което се насърчава един „интегративен“ модел и политика на сътрудничество на правителството с групите, чиито интереси са засегнати от дадена политика на федерално, регионално или местно ниво. Това прави системата децентрализирана.

Във Франция отговорността за грижата и образованието на децата до достигане на училищната възраст е разделена по възраст – за децата на възраст 0-3 г. тя е поделена между Министерство на социалните дейности и труда и Министерство на здравеопазването, а за тези между 3 и 6 г. тя е в компетенциите на Министерство на образованието. Това определя френската система като разединена (split)<sup>41</sup> под юрисдикцията на различни публични власти, но в същото време и високо централизирана, доколкото задачите на местните власти са свързани предимно с преразпределението на оперативни средства.

#### 2.1.2.2.2 *Форми на ОГРДВ: плурализъм в услугите*

Разнообразие от форми на детска грижа във всяка от възрастите на децата са дадени на родителите и в трите страни вместо да се разчита на предлагането на еднотипни услуги за колективен прием от типа детска ясла или детска градина В Германия някои родители дори използват паралелни типове услуги, които съчетават гъвкаво, напр. детски център и детегледач.

Във всяка от страните за децата под 3 г., наред със съществуването на заведения за колективен прием, съществува лицензирана (след спазване на национално приети регламенти) услуга по отглеждане на деца в домашна среда, индивидуално (от детегледач) или в организирани колективни форми –

<sup>41</sup> В англоезичната литература се срещат две типологии на системите за ОГРДВ в зависимост от това дали попадат под юрисдикцията на една или повече публични власти: „split“-системи, в които съществуват отделни административни структури за различните възрастови групи на децата (0-3 г. и 3-5(6)г.) и „integrated“-системи, които отговарят за цялата възрастова група 0-5(6) г. като обикновено я поставят в сектора на образованието.

семејни детски градини, мини-детски ясли, родителски кооперативи и др. Най-масово използваните от наличните форми са изброени по-конкретно в изложението по страни, но тук заслужава да се отбележи по-специално възможността за индивидуално отглеждане от детегледач, като професијата е регулирана посредством различни механизми.

Во Франција легитимноста на професијата се гарантира како мярка на пазара на труда преку мотивирањето на детегледачите да се регистрираат во местните општини, а родителите – да наемат лицензирани детегледачи, за што добиваат државни помощи. Родителите, избрале оваа опција, добиваат месечна надбавка за плаќање на оваа услуга, како вредноста варира според плаќаното од родителите вознаградение на детегледач, возрастот на детето и доходот на семејството. По такв начин професијата е делумно општествено-субсидирана, а регулираниот сектор на детегледачки услуги опфаќа 19% од децата 0-3 г. во Франција преку 2013 г.<sup>42</sup>

Регулирањето на пазара на детегледачки услуги во Германија е активизирано преку последните години преку разработувањето на програми на федерално ниво за квалификација на детегледачи, остварувани од акредитирани за целта учебни центрове. Воведени се професионални стандарти, вклучувајќи минимум образование и стаж, а след лицензирањето си регистрираните детегледачи добиваат општествено финансирање. Вопреки ова, сè опште се смета, че големоа дел од услугите на детегледачите се во нерегулираниот сектор.

Во Норвешја регулација на услугите, доставувани од детегледачи се извршува кога то се доставуваат за повеќе од 2 деца, на регуларен принцип и за повеќе од 10 часа седмично. Тези форми се општествено по-малко предпочитани од заведенијата за колективен прием, како опфаќаат на децата во детските ясли на возраст 1-2 г. е 82% преку 2016 г.<sup>43</sup> За децата до 1 г. многу рядко се търсят услуги по отглеждане, тџ како родителите ползуваат високоплатен родителски опусок со времетраене околу една година.

За децата во возрастовата група 3-6 г. сџо има разнообразие на предлаганите услуги, макар и во трите страни детската градина да е предпочитаната од родителите форма за ОГРДВ (среден опхват на децата – 93.6% во Германија<sup>44</sup>, 97% во Норвешја<sup>45</sup> и 100% во Франција)<sup>46</sup>. Франција е известна со институционализираната си дневна грижа за деца „*ecole maternelle*“, кога без да е задолжителна, постига почти пџлен опхват на децата опште на 3-годишна возраст. Во Норвешја дневни центрове, сџествувајќи под различни форми (т.нар. „*barnehager*“) сџо постигаат почти универсален опхват на децата и сџо се општествено-финансирани. Во Германија повеќето од децата во ова возрастова група посетуваат частни или општествени детски градини, како и двете добиваат општествени субсидии.

### 2.1.2.2.3 Публично-частно партнџорство и публично-частно финансирање при осигурување на достапност и опфаќањето на децата во ОГРДВ

Специален интерес представува пресекалната точка межу публично-частното финансирање и публично-частното предлагане на услуги за ОГРДВ од гледна точка на достапноста и опфаќањето на децата во системите на рано образование и грижи. Во сџички разглеждани страни, финансирањето на ОГРДВ идва предимно од општествени средства, но предлагането не е ограничено само до публични доставчици. По-големиот дел од финансирањето на формално регулираниот сектор се пада на државата во сџака од разглежданите страни. Родителскиот дел од сџфинансирањето обично е по-малко од една пета (15-20%).<sup>47,48</sup>

42 Villaume, S., Legendre, E. (2014) Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013. In: Etudes et Resultats, N° 896 • octobre 2014. Direction de la recherche, des etudes, de l'evaluation et des statistiques (DREES)

43 По данни од статистичкиот портал на норвешката Дирекција по образование Utdanningsdirektoratet, достапни на: <https://statistikkportalen.udir.no/bhg/Pages/BasilAntall-barn-alder.aspx>

44 По данни на националната статистика Destatis за 2016 г.: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/SocialStatistics/SocialBenefits/PublicChildrenYouthWelfare/Tables/AttendanceRatesChildrenInDaycareYear.html>

45 По данни од статистичкиот портал на дирекцијата по образование Utdanningsdirektoratet, достапни на: <https://statistikkportalen.udir.no/bhg/Pages/BasilAntall-barn-alder.aspx>

46 OECD (2017), Starting Strong 2017: Key OECD Indicators on Early Childhood Education and Care, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264276116-en>

47 Belfield, C. R. (2006) Financing early childhood care and education: an international review. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2007 Strong foundations: early childhood care and education. 2007/ED/EFA/MRT/PI/4. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147443e.pdf>

48 Engel, A., Barnett, S., Anders, Y. and M. Taguma (2015) Early Childhood Education And Care Policy Review – Norway. OECD, June

ОГРДВ може да се предоставя от обществени или частни доставчици, като последните могат да са създадени в обществена полза или с търговска цел във Франция и Германия, докато в Норвегия не съществуват частни услуги с търговска цел, както и няма независими частни детски заведения в предучилищното ниво на образованието. Има само зависими от държавата частни услуги, обхващащи 49% от децата, и обществени услуги, които обхващат останалите 51%.<sup>49</sup> Във Франция и Германия сред търговски ориентирани услуги има както самофинансиращи се, така и ползващи държавни субсидии.

В Германия повечето деца (73%) са обхванати в зависими от държавно финансиране частни заведения с търговска цел или в обществена полза, отколкото в обществени такива. В страната се дава приоритет при откриването на услуги за детска грижа на неправителствените доставчици, чиито дял е нараснал от 55.2% през 1998 г. до 63.2% през 2016 г.<sup>50,51</sup>, но по-големи субсидии получават общинските детски дневни центрове, както и големи доставчици, в т.ч. църкви, Германския червен кръст, Каритас и други, които съществуват от по-отдавна.

Във Франция финансирането на ОГРДВ е предимно отговорност на правителството, като значителното финансиране с публични средства на универсалната по своя обхват система за ранни детски грижи става със задължително работодателско участие. Съфинансирането при генерирането на публични средства за издръжката на колективните форми на грижа за деца 0-3 г. във Франция е: 43.5% от държавата чрез „Семейния отрасъл“ (*La branche Famille*) на социално-осигурителната система (CNAF), преразпределян към доставчиците на услуги през местните й подразделения (CAFs)<sup>52</sup>; 19.6% от местните власти; 18.7% от семействата и остатъкът идва от частни средства. Източниците на финансиране на предучилищното образование за децата 3-5 г. се разпределят между държавата (в лицето на Министерство на образованието) – 46%; местните власти – 46% и семействата – 7%.<sup>53</sup>

Коефициентите на обхват са високи във всяка от страните за възрастовата група над 3 г. - над 90% във всяка от страните, което надминава „Целите от Барселона“, с които са обвързани Франция и Германия като ДЧ на ЕС<sup>54</sup>. В Норвегия националните регулации за осигуряване на места за всички деца са били изпълнени още през 2009 г. и през 2016 г. 93% от 2-годишните, 94% от 3-годишните и 97% от 5-годишните деца са обхванати от системата за ОГРДВ.<sup>55</sup> През последните години Германия активно работи за разширяването на мрежата от детски заведения, като между 2006 г. и 2014 г. увеличението на коефициентите за обхват на децата на възраст 0-3 г. в регулирана детска грижа и в предучилищните детски градини (3-5 г.) е особено високо – 18.7%. Франция и Норвегия следват по-отдавна същата политика, но също отчитат значително нарастване на броя на обхванатите деца през този период от около 10-12%.<sup>56</sup>

#### 2.1.2.2.4 Равенство на достъпа

Равенството на достъпа следва да се разбира като степента, в която услуги за ОГРДВ са налични и достъпни за всички деца, независимо от техния здравен, социален, икономически, етнически или друг статус. Системите за ОГРДВ във всички разглеждани страни разпознават специални групи деца, чието обхващане може да бъде затруднено, поради действието на различни рискови фактори – деца със специални потребности, деца, за които официалният език не е майчин (малцинствени групи, имигранти), деца от семейства с ниски доходи и други. Целта е да се осигури равен достъп на тези групи до обществено регулирани форми на образование и грижа и обхватът им да се изравни с този

2015

49 Statistics Norway (2017). This is Norway. What the figures say. [https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/237252?\\_ts=1516c73e3a](https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/237252?_ts=1516c73e3a)

50 The Education System in the Federal Republic of Germany 2013/2014. A description of the responsibilities, structures and developments in education policy for the exchange of information in Europe. B. Lohmar and T. Eckhardt (eds.). KMK, Bonn, 2015

51 OECD (2017). Table C2.2. See Annex 3 for notes ([www.oecd.org/education/education-at-a-glance-19991487.htm](http://www.oecd.org/education/education-at-a-glance-19991487.htm))

52 73% от средствата набирани в държавния фонд CNAF са работодателски вноски, 19% е приносът на наетите и 7% на самоосигуряващите се лица.

53 CNAF (2016). L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT EN 2015. DONNÉES STATISTIQUES. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PETITE ENFANCE Rapport 2016.

54 Вж. по-горе, бележка 23.

55 Данни от Statistikkportalen, достъпен на: <https://statistikkportalen.udir.no/bhg/Pages/BasilAntall-barn-alder.aspx>

56 По данни от OECD Family Database <http://www.oecd.org/els/family/database.htm> - индикатор PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school

на децата, за които не са налице рискови фактори. Във Франция и Германия в детските заведения все още съществуват т.нар. специални групи за деца с увреждания, докато в Норвегия такава форма изобщо отсъства и децата със специални потребности посещават масовите групи.

Един от механизмите за увеличаване обхвата на децата в услуги за ОГРДВ е въвеждането на гарантиран достъп чрез законово регламентирано индивидуално право на място в детско заведение на децата, след навършване на определена възраст. По този начин, Норвегия през 2009 г. и Германия през 2013 г. са приели в националното си законодателство регламенти, гарантиращи правото на всяко дете, навършило 1 г., на място в детско заведение. Отговорността за тяхното изпълнение е на общините. Във Франция системата на „*ecole maternelle*“ се развива от 1881 г., като понастоящем осигурява почти универсален безплатен достъп на децата от много ранна възраст (2-3 г.).

Равенството на достъпа и повишаването на обхвата на децата от семейства в риск в услуги за ОГРДВ се гарантира и чрез разкриване на безплатни места за тях в детските заведения. Децата, идващи от бедни или рискови семейства разполагат с изцяло финансирани от общините места в детските градини в Норвегия и в Германия, но обхватът в Германия остава проблематичен – 88% от тези деца на възраст 3-6 г. посещават детска градина в сравнение с 96% от децата, които не са мигранти.<sup>57</sup> Във Франция безплатното ранно образование от 2 г. възраст е традиция, а ако се начисляват допълнителни такси, те са доходнотествани. Допълнително, от 2006 г. местните власти се задължават със закон да направят така, че едно от всеки двадесет места в детските градини да е „запазено“ за деца от семейства, които получават социални помощи или които са в риск от социално изключване, независимо дали получават социални помощи.

Използването на различни средства за намаляване на неравенствата между семействата, изразени чрез дела на разходите им за ОГРДВ спрямо общия им бюджет, е опция, която оживено се дискутира. Най-общо прилаганите мерки се делят на два вида: политики за семействата и такива, насочени към доставчиците на услугите. Към първите спадат финансови помощи, изплащани директно на семействата под различни форми (данъчни отстъпки и освобождаване от данъци или месечни целеви суми за покриване на разходи по заплащане на детска грижа), както и намаляване на таксите, начислявани от доставчиците на услуги за някои групи деца. Политиките по отношение доставчиците на услугите могат да бъдат: допълнително финансово подпомагане или допълнителен щат за персонал; финансови поощрения за персонал, който работи с отделни случаи на деца в риск или за такъв, който работи в места, където повечето от децата са от рискови групи; бюджетни преразпределения от централното правителство, като критериите за увеличаване на средствата на местните власти вземат предвид демографските и социално-икономическите фактори на региона.

#### 2.1.2.2.5 Качество на грижата в системите за ОГРДВ

Регулирането на качеството на услугите в трите разглеждани държави се извършва според предписания (едновременно служещи и като индикатори за качество) за съотношението възрастни – деца, големината на групите, квалификацията на персонала и други. Те варират между типовете услуги за ОГРДВ. Колективните форми на ОГРДВ (в т.ч. детски ясли и детски градини) представляват и в трите страни частта от услугите, попадаща изцяло в регулаторните рамки на държавата, тъй като за да бъдат разкрити те трябва да покриват определени критерии, свързани с качеството.

Максимално-допустимият брой деца на един възрастен често се удвоява при преминаването на децата в по-горната възрастова група, т.е., когато станат на 3 г. При възрастовата група на по-малките деца (0-3 г.), нормативните изисквания на страните варират от 5 деца на един възрастен (Франция) до 7-9 деца (Норвегия). Във Франция високият обхват на децата на 3-5 г. в детските градини е за сметка на относително завишените съотношения на педагогическия персонал спрямо децата в групата - 1:25.<sup>58</sup> В Германия същият показател при групите в предучилищното образование е 1:12.<sup>59</sup> В Норвегия т.нар. педагогическа норма предвижда един детски учител на 14-18 деца и тези предписания се спазват от почти всички доставчици, като само около 7% от децата посещават детска градина, която не отговаря на този стандарт през 2015 г.<sup>60</sup>

57 По данни на федералната статистическа служба Destatis: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/SocialStatistics/SocialBenefits/PublicChildrenYouthWelfare/Tables/ChildrenMigration2011.html>

58 CNAF (2016). L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT EN 2015. DONNÉES STATISTIQUES. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PETITE ENFANCE Rapport 2016.

59 OECD (2014). Germany – Country Note – Education at a Glance 2014: OECD Indicators.

60 Данни на Utdanningsdirektoratet, The Education Mirror 2016, достъпно на: <http://utdanningspeilet.udir.no/2016/en/>



Изискванията за квалификация на персонала варират според типа детска грижа (колективна или семейна), но присъствие на квалифицирани педагози е регламентирано за децата във всяка възрастова група на ранното детство. Във Франция за децата 0-3 г. в детските ясли се изисква най-малко един специалист с висше образование в педагогическа специалност, ако детското заведение предлага услуги за над 40 деца, а в предучилищната детска градина квалификационното ниво на персонала е по-хомогенно и 75% от персонала има педагогическа квалификация.<sup>61</sup> В Норвегия около една трета от персонала в пряк контакт с децата са квалифицирани педагози, а в семейния тип детски услуги, където няма изискване за квалификация на персонала, съществува разпоредба той да бъде консултиран ежеседмично от квалифициран предучилищен педагог в съотношение един на всеки 30 деца. В Германия изискванията за квалификация се определят на регионално ниво от всяка провинция, но общо за страната делът на работещите в системата детски педагози е 64%.<sup>62</sup> От 2016 г. се въвеждат изисквания за по-висока квалификация и на работещите в регулираната част на системата на индивидуалните форми на детегледачески услуги.

Национално приети рамки за образователното съдържание за децата от 3 до 6 години, адаптирани на местно ниво, е практика в Норвегия и Германия. Във Франция „*ecole maternelle*“ работят по утвърдени учебни програми на Министерство на образованието. Образователното съдържание във всяка от страните лансира норми и стандарти за ранно детско развитие на мястото на предишното разностранно образование, в дефинирани области като напр. вербални умения или умения за боравене с числа. Реформите в националните политики и образователни програми, моделирани по модерните теории за развитие на децата са обект на постоянен дебат относно ползата да се поставят образователни цели от толкова ранна възраст, вместо да се гледа на детето като на малък изследовател, който има нужда само от малко напътствия.

От гледна точка на мониторинга и контрола върху качеството, във Франция Националната служба по защита на майчинството и детството (*Les centres de protection maternelle et infantile*) и нейните локални подразделения имат ключова роля по супервизирането на работещите в сектора. В Норвегия детските заведения биват наблюдавани и контролирани от обществени служби към общините, които са ги лицензирали, а в Германия всяка провинция съставя стандарти за детските услуги на своя територия, които се следят от независимите Служби по младежките въпроси (*Landesjugendämter*).

## 2.2 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в България

С ратификацията от страна на България на Конвенцията за правата на детето на ООН през 1991 г., този документ става част от нормативната рамка и според чл. 5 от Конституцията е част от вътрешното право на страната и има предимство пред тези норми на вътрешното законодателство, които му противоречат. Конвенцията е в основата на подход към детето, който го разглежда като носител на права, както всички останали граждани. В своя общ коментар № 7 от 2005 г. „Прилагане на правата на детето в ранна детска възраст“, Комитетът по правата на детето изтъква, че децата в ранна възраст имат всички права по Конвенцията. Те трябва да се зачитат като самостоятелни личности със собствени права и да се разглеждат като активни членове на семействата, общностите и обществата. При разглеждането на правата в ранна детска възраст се включват всички периоди от живота на малките деца: раждане и кърмаческа възраст, предучилищен период, както и преходния период до тръгване на училище.

За разлика от някои други държави, в България не са налице закони или политически документи, които са изцяло посветени на ранното детско развитие. Нормативно-политическата рамка, касаеща проблемите на ранното детско развитие, е обособена в секторите на здравеопазването, образованието и социалната сфера, които са разгледани отделно в тази глава. Гарантирането на правата на детето

61 OECD(2006), Starting Strong II: Early Childhood Education and Care, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264035461-en>

62 OECD(2006), Starting Strong II: Early Childhood Education and Care, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264035461-en>

в ранна възраст и политиките, насочени към тях, са обект основно на секторните политики в тези три сектора. От анализа по сектори личи, че съществуват ресурси и предпоставки за подобряване на ситуацията по отношение на ранното детско развитие, но липсват нормативни и политически документи, които да го извеждат и фокусират като водещ приоритет и инвестиция на обществото ни с най-голяма възвръщаемост. Липсата на единна политика е ясно разпозната от участниците в настоящото изследване:

*„Категорично не може да се говори за единна политика по отношение на ранно детско развитие. Доскоро дори термини като „ранно детско развитие“, „образование и грижа в ранна детска възраст“ бяха непознати. Тепърва се отваря пространство за такива разговори. Това е въпрос на доста задълбочена реформа, защото това е свързано и с административната уредба, и с разпределението по ресори. От една страна са общините, от друга здравеопазване, образование и някак родителите остават изцяло встрани.“ (интервю с експерт, голям град)*

Липсата на цялостна статистическа информационна база от индикатори в областта на детското благосъстояние в България е един от сериозните дефицити, който възпрепятства солидната информационна обосновааност, върху която следва да се изграждат политиките към децата и семействата. Наложително от тази гледна точка е въвеждането на практика за регулярно събиране на данни чрез периодични изследвания за оценка на ефективността на действащите и новосъздаваните мерки и услуги, оценка на професионалното развитие и обучение на работната сила, осигуряваща образование и грижи за децата.

## 2.2.1 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в сферата на здравеопазването

### 2.2.1.1 Нормативна рамка в сферата на здравеопазването

По традиция в България нормативната рамка на здравеопазването осигурява майчиното и детско здраве. **Законът за здравето**, последно променян през 2016 г., дава общата рамка за правата на децата като пациенти и осигуряването на здравна грижа за тях. Този закон регламентира най-ценното в системата на българското здравеопазване за децата – правото им на пълна и безплатна медицинска помощ до 18-годишна възраст и неограничен достъп до здравни услуги, както от личен лекар, така и от педиатър. Законът регламентира и дейността на националната и териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК/НЕЛК), които изготвят експертизи за деца до 16 години с увреждания с участието на педиатър.

Здравните грижи за децата са обект на Раздел I от Глава четвърта на Закона за здравето. Там е регламентирано създаването на детски ясли и кухни, които традиционно са част от здравната система, както и функционирането на детски кабинети в училища, детски градини, специализирани институции и социални услуги за деца. Децата от социалните резидентни услуги имат право на профилактична медицинска помощ от лекари и лечебни заведения, като е определен редът за приемането им в болница и заплащането на денталните услуги от съответните държавни ведомства.

Изпълнението на регламентите на Закона за здравето изисква ефективен междусекторен подход, но стои въпросът как този междусекторен подход се осъществява в практиката, особено, когато се отнася до ранната детска възраст. Един от начините, според закона, е чрез предоставянето на интегрирани здравно-социални услуги. В него те са дефинирани като „[...] дейности, чрез които медицински специалисти и специалистите в областта на социалните услуги предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности.“<sup>63</sup>

Законът предвижда видът на услугите, условията и редът за предоставянето им, критериите и стандартите за тяхното качество и редът за осъществяване на контрола по спазването им да се

уреждат с наредба, приета от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването и министъра на труда и социалната политика.<sup>64</sup> Идеята е интегрираните услуги да са регламентирани „интердисциплинарно“, за да се даде възможност за така дълго отлаганото „засичане“ между отделните сектори – социален, здравен, образователен, отговорни за развитието на децата, в това число в диапазона от 0 до 7 години. Такава наредба обаче към датата на публикуване на настоящото изследване все още не е приета, въпреки опитите за създаване на работна група към Министерство на здравеопазването за целта. Контролът относно спазването на критериите и стандартите за качество на услугите се предвижда да се осъществява съвместно от инспектората към Агенцията за социално подпомагане, Държавната агенция за закрила на детето и регионалните здравни инспекции.<sup>65</sup>

*„Малко закъсняхме с разкриването на интегрираните здравно-социални услуги, чакахме съответните нормативни документи да излязат. И това ще е голямо предизвикателство, защото въпреки разбирателството, все още някак си не е изчистен достатъчно въпросът кой какво ще финансира и кой за какво ще отговаря. На експертно, ведомствено ниво трябва да разпишем конкретните видове интегрирани услуги и отговорностите на двете системи, за да могат да се случат те.“ /интервю с ръководен кадър, МЗ/*

От проведените интервюта с представители на МЗ става ясно, че на експертно и ведомствено ниво има известна готовност да се разпишат конкретните видове интегрирани услуги и отговорностите на здравната и социалната системи, за да могат те наистина да се случат. Според ръководен кадър от МЗ, по отношение на децата в министерството имат „относително изчистена визия за видовете услуги, които ние като министерство не само ще пледираме да бъдат развивани, но и ще поемем тяхното финансиране“. В същото интервю се пояснява, че става дума и за резидентни услуги за деца, които имат агресивно и автоагресивно поведение:

*„Бихме искали да развием и да направим още по-добри осемте центъра, направени по проект ПОСОКА: семейство в миналия програмен период. И да изградим още 20. Според плана трябва да развием още една специфична услуга, която ще бъде предизвикателство за нас – резидентна услуга за деца, които имат особено опасно поведение - агресивно и автоагресивно. От друга страна патронажните грижи, които наистина искаме да стигнат до всяко дете. И дневни рехабилитационни програми“. /интервю с ръководен кадър, МЗ/*

От друга страна, усилията към интегрираните услуги да бъде добавен и образователен елемент на този етап не са дали никакъв резултат. Според кадър на МЗ, „Процесът с МТСП е почти на финала, а с МОН предстои.“ Можем да направим заключението, че въпреки усилията интегрираните услуги да се регламентират в Закона за здравето, на практика липсва споделена концепция между трите ключови министерства /здравно, образователно и социално/ за това как те следва да бъдат развивани и регламентирани.

Положителен факт е, че МЗ извежда на преден план необходимостта от интегриран междусекторен подход, но прилагането на тези нови възможности изисква изключително внимание и търпение от страна на специалистите, както и комплексност в предлагането на квалифицирана помощ и подкрепа. Въпреки това, интегрираните услуги не са единствения начин да се реализира интегрирана грижа. Здравната система има огромен потенциал да подпомогне детското развитие за всички деца от общността и през адекватни секторни услуги, които реализират интегриран подход, докато интегрираните услуги са важен елемент по отношение на децата с комплексни потребности.

Опити за възприемане на интегриран подход са направени и в други нормативни актове, каквито са Законът за лечебните заведения и Националният стандарт по педиатрия. Законът за лечебните заведения регламентира, че лечебни заведения са домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД), в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца на възраст 0-3 г. Деца с ниско тегло поради недоносеност или с хронични заболявания и увреждания с необходимост от продължително лечение, рехабилитация и постоянни медицински грижи и със съгласието на родителите им, могат

64 Пак там, Чл. 125г, ал. 1

65 Пак там, Чл. 125г, ал. 2

да бъдат настанявани в ДМСГД. В тези институции, като краен вариант и с влязло в сила решение на районния съд се отглеждат и здрави деца до 3-годишна възраст, които са лишени от родителски грижи и са под закрила, както и деца под закрила над 3-годишна възраст с увреждания, които остават в ДМСГД най-късно до навършване на 7-годишна възраст. Грижите в домовете са безплатни за децата. В повечето от тях могат да се настаняват по спешност деца с полицейска закрила. Към някои от ДМСГД функционират и Дневни центрове за деца, които са с физически и/или психически увреждания и се нуждаят от ежедневна рехабилитация и физиотерапия. Към м. януари 2018 г. в страната функционират 17 ДМСГД. Тези институции са част от системата за институционална грижа в България, която е в процес на реформа чрез продължаващия процес по деинституционализация. Актуализираният през 2016 г. План за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ предвижда всички ДМСГД в страната да бъдат закрити до 2020 г.<sup>66</sup>

В Закона за лечебните заведения през 2015 г. се регламентира и нов вид лечебно заведение за долекуване и отглеждане на деца с увреждания и хронични заболявания - Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания /ЦКОДУХЗ/. В края на 2016 г. Министерство на здравеопазването издава и Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на тези заведения. В новата услуга се предвижда да се осъществяват: ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация; продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда; осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална услуга резидентен тип; както и осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. Тези центрове могат да предоставят социални услуги по реда на Закона за социално подпомагане, което е опит за осигуряване на междусекторен подход в предоставянето на грижи за децата с увреждания, нуждаещи се от диагностика, долекуване и палиативна грижа. По своята същност услугите би следвало да са ориентирани в значителна степен към децата в ранна възраст и към подкрепа за техните семейства. Дали и доколко това ще допринесе за доброто ранно развитие на тази група деца, предстои да се види, тъй като към началото на 2018 г. процесът по разкриване на тези услуги все още не е стартирал и на територията на страната такива не съществуват.

Двата медицински стандарта, които са част от нормативната рамка и имат отношение към здравните грижи за децата в ранна възраст са медицинския стандарт „Педиатрия“<sup>67</sup> медицинските стандарти по обща медицинска практика.<sup>68</sup>

**Медицинският стандарт „Педиатрия“** осигурява нормативна основа за по-качествено обслужване на децата от 0 до 7 години. В него е отбелязано препоръчителното наблюдение и лечение на децата до 7-годишна възраст, което да се осъществява от общопрактикуващ лекар със специалност педиатрия или специалист педиатър. В рамките на промоционалната и профилактичната дейност общопрактикуващият лекар или специалистът педиатър проследява физическото и нервно-психическото развитие на детето. Стандартът включва медико-социални дейности като оценка на средата, подобряване на условията на живот на децата чрез контакти с държавни органи и НПО, както и интердисциплинарни взаимодействия с други специалисти: „*За осигуряване при обгрижване на децата на интегриран подход при необходимост дейностите се осъществяват съвместно и с немедицински специалисти – психолози, социални работници, педагози, представители на съдебната власт, служители на Министерството на вътрешните работи и др.*“<sup>69</sup> В стандарта също така е заложено задължение за общопрактикуващите лекари, които нямат специалност педиатрия, да консултират децата в ранна възраст със специалист педиатър периодично, като тази периодичност зависи от възрастта на детето и намалява с нарастването на възрастта.

**В медицинския стандарт „Обща медицинска практика“** също са заложени някои разпоредби, касаещи здравните грижи за децата в ранна възраст. Те включват задължение в графика за работното време на практиките да има предвидени специални часове за прием на деца до 3 г. и

66 Актуализиран План за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, 2016, достъпен на: [https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/deca%20i%20semeistvo/deinstitucionalizaciq%20na%20grijata%20za%20deca/Aktualiziran%20plan\\_proces%20na%20DEI%20na%20grijata%20za%20decata.pdf](https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/deca%20i%20semeistvo/deinstitucionalizaciq%20na%20grijata%20za%20deca/Aktualiziran%20plan_proces%20na%20DEI%20na%20grijata%20za%20decata.pdf)

67 Приет с Наредба № 7 от 3 ноември 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Педиатрия“

68 Приет с Наредба № 41 от 21 декември 2005 г. за утвърждаване на „Медицински стандарти по обща медицинска практика“.

69 т. 3.2. от медицински стандарт „Педиатрия“



женски консултации, осигуряване на незабавен прием на бременни жени и деца до 1 г., провеждане на имунизации и други. Поради недостига или липсата на специалисти педиатри в някои населени места, общопрактикуващите лекари нерядко са единствените медицински специалисти, които полагат грижи за детето, поради което стандартите за тяхната практика са изключително важни.

**Наредба №8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията** регламентира вида и периодичността на профилактичните прегледи и изследвания при здравно осигурени бременни при нормално протичаща бременност и при бременност с риск, както и за децата. Безплатна акушерска помощ при раждане е гарантирана<sup>70</sup> и на здравно неосигурените жени, които обаче имат право само на един безплатен профилактичен преглед по време на бременността.<sup>71</sup>

Съгласно **Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в България**, малките деца подлежат на задължителен пълен курс от имунизации. Националната здравноосигурителна каса е разработила програма „Детско здравеопазване“. Тази програма се изпълнява от общопрактикуващия лекар на детето или от лекар специалист по детски болести. Тя определя всички профилактични дейности (прегледи, изследвания, имунизации), които са задължителни при наблюдението на растежа и развитието на детето – от раждането до 18-годишната му възраст. Здравните осигуровки на децата се заплащат от държавния бюджет. Децата до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ и извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. За прегледите и за задължителните имунизации на деца не се дължи потребителска такса. Ако установи отклонения във физическото или психическото развитие на детето, наблюдаващият детето лекар по програма „Детско здравеопазване“ е длъжен да го насочи своевременно към консултация с лекар специалист от съответния профил или към извършване на допълнителни изследвания или лечение.

### 2.2.1.2 Политическа рамка в сферата на здравеопазването

Грижите за деца в най-ранна възраст са обект на стратегически национални документи в сферата на здравеопазването, които в своята комплексност следва да осигурят най-важните, гарантирани от държавата права на гражданите, включително и на най-малките. Разгледаните тук документи, очертаващи националните политики, са Националната здравна стратегия 2020 и Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве (2014-2020), които не са единствените политики, които имат отношение към здравните грижи в най-ранната възраст, но са с най-стратегически и дългосрочен характер.

**В Националната здравна стратегия 2020** се признава, че детската смъртност в България е неоправдано висока спрямо средните стойности за ЕС: 7.3 през 2013 г. на 1000 живородени, спрямо средния показател за ЕС през 2011 г., който е 4 на 1000 живородени деца. Затова стратегията си поставя за цел да се снижи смъртността при децата от 0 - 1 годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца, а при децата от 1 - 9 годишна възраст - до 0.24 на 1000. Авторите ѝ посочват водещата роля на социалните детерминанти като основна причина за тази тъжна картина: *„Децата от семейства с по-нисък социален статус и деца, произхождащи от уязвими групи, често се раждат с тегло по-ниско от средното, а теглото на детето е един от най-добрите предиктори не само на шанса му за оцеляване, но и на вероятността да расте здраво и да се справя добре в училище“*.<sup>72</sup>

Според анализа на детската смъртност и на някои други здравно-демографски показатели на жените и децата в България, представен в Националната здравна стратегия, стойностите на показателя детска смъртност и на неговите подвидове в много голяма степен са зависими от въздействието и взаимодействието на редица неблагоприятни социално-икономически и културни фактори и не са пряко обвързани с параметрите на здравната система. По тази причина, решаването на проблемите на детското и майчино здраве изисква здравната система да излезе от рамките на стандартните дейности по осигуряване на медицински услуги.

70 Наредба № 26 от 14 юни 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени

71 Чл. 19 от Наредба № 26 от 14 юни 2007 г.

72 Национална здравна стратегия 2014-2020, стр. 16, достъпна на: [http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/09/12/nzs\\_2020.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf)

*„Ако обобщя – най-малките деца са на грижата на здравната система само – на педиатъра и на джипито. Който обаче, като им лекува настинката и хремата, бяга от оценката на развитието и подкрепата за родителите. Затова ние трябва да развиваме компетентностите на общопрактикуващите лекари, на лекарите, които се грижат за децата в най-ранните години. Прекалено медикализирана е грижата за децата. Макар че все пак изградената и наследена от годините профилактична работа с децата дават добра възможност за оценка на развитието. И някои от колегите се справят доста добре, но първа това трябва да се развива като компетентност“.* /интервю с ръководен кадър, МЗ/

Можем да направим заключението, че ефективното изпълнение на националните цели в сферата на здравните грижи за децата в ранна възраст зависи от развитие на компетентностите на общопрактикуващите лекари и педиатрите по посока на оценка на общото развитие на детето, подкрепата на родителите и взаимодействието с институциите от системите на социалната и образователна сфера. От проведените интервюта с ръководни кадри и експерти в МЗ става ясно, че е осъзнато адаптирането на медицинската грижа към емоционалните потребности на пациентите и развитие на т.нар. „хуманизирани“ медицински грижи и лечебни заведения, осигуряващи приятелска към децата и майките болнична среда и здравна система.

Интегрираният подход към грижите за бременните жени и децата в ранна възраст е очертан като липсващо звено, а неговото въвеждане – като приоритет. Според Националната здравна стратегия *„интегрирането на здравните и социални услуги за бременните, майките и бебетата изисква развитието на капацитет за осъществяване на процесите на координация, в т.ч. изграждане на работеща партньорска мрежа за ефективна подкрепа на децата и семействата“*.<sup>73</sup>

За да се улесни изпълнението на целите, заложи в Националната здравна стратегия, се разработва и приема Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве (2014-2020). Тя се опира на Политика 7 от стратегията: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване. Тази политика обхваща мерки за интегриран подход на институциите и обществото за здравето на децата, както и отразява схващането, че грижите за здравето на децата са *„инвестиция в бъдещите поколения и в просперитета на държавата“*<sup>74</sup>, предвид факта, че основите на човешкото здраве се полагат през детството.

В Националната програма се прави извода, че реализирането на адекватна промоция на детското здраве, своевременна превенция на болестите и целенасочена здравна политика може да се осъществи с активното участие на сектори като образование, икономика, финанси, социални грижи, спорт и др. Осъзнава се необходимостта от това, че идентифицираните проблеми в областта на детското здраве налагат интегриран подход и към преодоляване на съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната и най-вече между селата и градовете.

В Националната програма са набелязани следните приоритети за подобряване на здравните грижи за деца в ранна възраст:

- *„Повишена информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве.*
- *Изготвени и приети нормативни промени в здравното законодателство за регламентация на интегрирани съвременни здравно-консултативни услуги за бременни, майки, двойки, семейства, деца.*
- *Усъвършенстван механизъм за събиране на данни, оценка и анализ на състоянието на майчиното и детско здраве с оглед определяне на необходимите интервенции съобразно особеностите и потребностите на регионите.*
- *Подобрено здравно обслужване на бременните жени, двойките, майките и децата чрез предоставяне на интегрирани здравно-консултативни услуги.*
- *Превенция на усложненията при деца с хронични заболявания чрез прилагане на комплексно интердисциплинарно обслужване.*
- *Подобрени грижи за недоносените деца, вкл. наблюдение и рехабилитация.*
- *Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата.*<sup>75</sup>

73 Пак там, стр. 19

74 Пак там, стр. 16

75 Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г., стр. 16, достъпна на: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/05/18/npmdz-27-06-14-ms.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/05/18/npmdz-27-06-14-ms.pdf)

Националната програма подчертава липсата на „*интегриран медико-социален подход при обслужване на деца с хронични заболявания/увреждания*“<sup>76</sup>. Посочва се, че съществен проблем при децата с увреждания е липсата на възможности за планиране на ранна интервенция, както и на последващи интегрирани здравно-социални услуги и рехабилитация. Това е разпознато и от кадрите в МЗ, отговарящи за здравните политики:

*„В момента в лечебните заведения се смята, че работата на лекаря и на сестрата е да излекува само чисто физическото състояние, а всичко останало е работа на някой друг. Здравната и социалната система не се смесват. Има едно пренебрежително отношение към другите нужди на децата и семействата. Или поне дистанцирано отношение и това е проблем. Затова в програмата за майчино и детско здраве осигурихме във всяка областна болница и в детски специализирани заведения да може да се назначи психолог и социален работник и един координатор. За да има свързващо звено. Това все още е на много начален етап и не мога да преценя доколко сме се справили. Но слагаме по една стъпка, за да вървим към интегрирана мрежа от услуги“.* /интервю с ръководен кадър, МЗ/

За подобряване на интегрирания подход в Националната програма е предвидено разкриването на нови услуги - интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве. Планирано е те да бъдат разкрити в лечебни заведения, определени за целта според критерии на МЗ, сред които се отчита наличния потенциал от медицински специалисти в областта на майчиното и детското здраве. Предвидено е също така да бъдат взети предвид и данните за раждаемостта, прилежащ район на обслужване с наличие на отдалечени населени места на повече от 50 км, гарантиране на равнопоставен достъп на населението от всички региони на страната. Относно дейностите, който ще се осъществяват от тези нови услуги, Националната програма предвижда: *„В центровете ще се осъществяват здравно-информационни, здравно-образователни, здравно-консултативни, медико-социални дейности, психологическа консултация, координиращи и насочващи услуги за млади хора, двойки, семейства, бременни, родилки и деца до 18 г., диагностично-лечебни дейности при бременни и деца с патология, с цел подобряване на интегрираното, съвременно обслужване на тези групи. Здравните услуги ще се предоставят от квалифицирани медицински специалисти – лекари специалисти по акушерство и гинекология и по педиатрия, медицински сестри/ акушерки, социални работници, психолози, както в центъра, така и в дома на семействата.“*<sup>77</sup>

Заложено е целевите групи на центровете да бъдат активно издирвани, а достъпът до здравни и социални услуги за тях да бъде подпомаган. Освен медицинските дейности, центровете следва да осигуряват профилактика и подкрепа за добро родителство, както и да включват патронажните грижи, които трябва да заместят изчезналата детска консултация. В центровете е заложено да се води регистър за децата и родилките, както и да се осигурява ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на детето.

В началото на 2018 г. такива центрове функционират в различни лечебни заведения в страната, но не са регламентирани нормативно. Предвижда се това да бъде направено в наредбата за интегрирани услуги, която е заложено да бъде приета в Закона за здравето (вж. по-горе), но това все още не се е случило. Някои от дейностите в тях, вкл. патронажната грижа, все още не са развити.

## 2.2.2 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в сферата на образованието

### 2.2.2.1 Нормативна рамка в сферата на образованието

Детската градина е институция в системата на предучилищното и училищното образование, в която се отглеждат, възпитават, социализират и обучават деца от две- или тригодишна възраст до постъпването им в I-ви клас. По данни на Националния статистически институт през учебната 2015/2016 г. в страната са функционирали 2 002 детски градини с общ капацитет 232 025 места.

76 Пак там, стр. 9

77 Пак там, стр.18

Прегледът на нормативните документи и политики за ОГРДВ показва основно ориентиране на услугите, грижите и професионалната намеса към критични ситуации на деца, които са възникнали в резултат на изпитване на продължителни затруднения и наличието на множество рискови фактори в живота им. Специално в сферата на образованието, промените в образователната интеграция, които протичат през последните дванадесет години касаят главно децата с увреждания. От ключово значение за нормативните промени в сферата на образованието през последните години е интегрирането на деца със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания. То се катализира от два основни процеса – деинституционализацията на грижата за деца и промените в социалната система, които касаят защитата и правата на хората с увреждания. Последното е чрез ратификацията на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, гласувана от парламента на 26. 01. 2012 г.

Поради този факт, системата е изградила политики и практики на обучение на такива деца, които до момента са били обучавани предимно в специални и помощни училища. Областта на ранната грижа и образование все още не се разграничава като отделна линия на отговорност към всяко дете в хода на неговото развитие от „увреждането“, което отрежда специален статут и специални подходи. Също така, ролята на детската градина се разбира много повече като подготовка на детето за училище, отколкото като среда за развитие на детето, която има голям принос за постигане на социално-емоционални умения и създава възможности за по-добро качество на живота на детето, както и за преодоляване на неравенствата и благоприятстване на шансовете му да се развие като зрял и самостоятелен индивид.

Ако проследим динамиката в развитието на нормативната рамка в образованието, ще видим, че във вече отменения Закон за народната просвета не беше застъпена темата за ранното детско развитие, нито за грижите и образованието в тази възраст. Докато възрастта от 3 до 7 години беше включена в държавните образователни изисквания, то периодът от 0 до 3 г. не беше обект на целенасочени дейности в системата на детските градини. В Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка 2006-2015 г. се заговори за необходимост от равен достъп до качествено образование за всяко дете, но текстовете звучат декларативно и не предложиха механизъм, по който да се осигури образователна среда за децата, която да бъде гъвкава в предоставянето на възможности за обучение на различни деца. Основният фокус на документа отново беше върху академичните знания и напредък в предучилищната възраст на децата и подготовката им в детската градина, като не беше изведено значението на цялостното развитие на детето и формирането на неговата личност в периода на образование.

Новият **Закон за предучилищното и училищното образование (ЗПУО)** влезе в сила на 01.08.2016 г. след петгодишно обсъждане с широк кръг участници. В него са включени всички дейности и форми на подпомагане, които да се предлагат на децата и учениците, за да могат да бъдат приобщени, да не прекъсват и да завършат своето образование. Това са дейности и форми, които са основани на ценностите за личностно развитие и приобщаващо образование: подкрепа за личностно развитие, изграждане на позитивен организационен климат, утвърждаване на позитивна дисциплина и развитие на училищна общност. Чрез тези дейности се цели детето да бъде подкрепено в ученето, научаването, участието и разгръщането на неговия потенциал.

Във връзка с ранното детско развитие, един от споровете в системата, който включва родителите като участници в образователната реформа бе въпросът за ранното обхващане на децата в предучилищно образование с навършване на 4 годишна възраст. Поради опасения на родителите, че тази възраст не е подходяща към децата да има изисквания свързани с традиционните начини на обучение в училище, в последствие тази политика отпадна от текстовете на закона и като вход за задължително образование остана възрастта 5 години. Тук е важно да се подчертае разликата между възприетия подход в България, а именно – въвеждане на „задължително“ образование, което има за цел да принуди родителите да запишат децата си в детска градина – и този в разгледаните в предишните раздели подходи във Франция, Германия и Норвегия, в които се говори за гарантиране на правото на всяко дете до ранно образование. Двата подхода се основават на различна философия, като от тази, която задължава и принуждава при всички случаи може да се очаква да възбуди по-големи съпротиви сред родители и различни заинтересовани страни.

Задължителното предучилищно и училищно образование в държавните и в общинските детски градини и училища е безплатно за децата и учениците. Но за останалите услуги, които получават в детските градини, родителите дължат такса. На малолетните чужденци, търсещи или получили международна закрила, също се осигурява безплатно образование и обучение в държавните и в общинските детски градини



и училища, при условията и по реда за българските граждани. За осигуряване на достъп до образование в обезлюдяващи се райони съществуват средищни и защитени детски градини. Средищната детска градина се намира в най-близкото населено място и там се обучават в предучилищно образование деца от населени места, в които няма детска градина или училище, което организира задължително предучилищно образование. Защитена детска градина е детска градина, чието закриване би нарушило достъпа на образование на деца в задължителна предучилищна възраст.

Ранното детско развитие е регламентирано в ЗПУО в Раздел III, чл. 5 и чл. 6 като ангажимент на системата в осигуряването на условия за ранно детско развитие, които са разгърнати в Държавния образователен стандарт за предучилищно образование. Важен момент е че се пречупва традиционното разбиране за начало на предучилищното образование на възраст 3 г., тъй като законът разрешава децата да постъпват в яслени групи към детски градини на възраст 2 г. Регламентира се, че работата в тях следва да се основава на стандарти за ранно детско развитие, които да бъдат приети в поднормативна регламентация, което към началото на 2018 г. все още не се е случило. Същевременно не се казва нищо за самостоятелните детски ясли, които продължават да бъдат към системата на МЗ. По този начин се създават два вида публични институции с различна философия по отношение на децата.

ЗПУО съдържа раздел „Подкрепа за личностно развитие на децата и учениците“ в глава „Децата и учениците“. Именно концепцията за подкрепа за личностно развитие въвежда логически организиращ принцип на промените в образователната сфера. Тази концепция изгражда взаимовръзката Образование - Личност, с което се отваря място за разбиране на социализиращата функция на училището или детската градина. Различието между децата става водещо при определяне на качествата на образователната среда, а поведението на децата започва да има друго измерение в полето на педагогиката. Личностното развитие на всяко дете в образованието е цел в закона, с качества като автономност и зрялост на изхода на системата.

За целите на разбирането на значението на нормативните промени в системата, които имат пряко влияние върху практиките с деца, трябва да отбележим, че социализиращата роля не е част от традиционната роля, която се отрежда на детската градина и училището. Социализиращата функция и подкрепата за личностно развитие са нови понятия в нормативните документи, които променят отговорностите и ангажимента на детската градина и училището да поставят вниманието си към потребностите на всяко дете и да осигуряват *индивидуален подход* в обучението. Тези промени са предизвикателство за системата, защото преместват фокуса върху характеристики на средата в която се случва образованието, включително на деца в ранна възраст. Става дума за характеристики като организацията на работа, ролите и функциите на всеки, навлизането на нов персонал и специалисти, промяна на методите на обучение, промени във финансирането и качествата на човешките ресурси за посещаването на разнообразието от потребности на децата.

В текстовете на ЗПУО са включени всички дейности и форми на подпомагане, които образователната система предоставя на децата и учениците, за да могат да бъдат приобщени, да не прекъсват и да завършат своето образование. Принципът за приобщаващо образование е изведен като водещ още в Раздел „Принципи на Закона“ (Раздел II, чл. 3, т. 3). Според Раздел IV (чл. 7 ал. 2) приобщаващо образование е неразделна част от правото на образование на всяко дете. Изведено е като задължение на нормотворците подзаконовите нормативни актове да включат и развият разпоредби, които да гарантират организацията на управлението на детската градина и училището за целите на прилагането му в практиката.

Детските градини са задължени да приемат деца със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания. МОН има задължението да създава възможности за обучението на деца със специални образователни потребности, които не са интегрирани в общото предучилищно образование. Въз основа на специализирана оценка, на семействата се предлагат образователни услуги, насочени към деца със специални образователни потребности. Специалните образователни услуги се предоставят в специална среда, като специализирани детски градини, училища или специални такива за деца с хронични заболявания, едва след като са изчерпани всички възможности за приобщаващо обучение и възпитание в другите детски градини и училища.

**Държавният образователен стандарт за предучилищно образование** беше един от първите стандарти, който беше разработен и приет след влизането в сила на ЗПУО с Наредба №5 от 03.06.2016 г.. Според него, децата може да постъпят за предучилищно образование не по-рано от учебната година, която започва в годината на навършване на 3-годишна възраст на детето и

става задължително от учебната година, която е с начало в годината на навършване на 5-годишна възраст на детето. Предучилищното образование се организира в четири подготвителни възрастови групи (2-4-годишни; 4-5 годишни; 5-6 годишни; 6-7 годишни), като със задължителен характер са последните две възрастови групи. Организацията на учебното време може да бъде целодневна (12 часа), полудневна (6 часа), почасова (до 3 часа) или самостоятелна. Според чл. 18., самостоятелната организация включва възпитание, социализация, обучение и отглеждане на детето, организирано от родителя и по негово заявено желание, и проследяване постиженията на детето от детската градина или училището в началото и в края на учебната година. Възможна е след одобрение от експертна комисия в регионалното управление по образование. Положително развитие е припознаване на ролята на играта в ранната детска възраст, като тя е определена като основна форма на педагогическо взаимодействие (чл. 23). Според стандарта, целите на предучилищното образование са да създаде условия за „цялостно развитие на детската личност“ и за „придобиване на съвкупност от компетентности“ в основните образователни направления: български език и литература; математика; околен свят; изобразително изкуство; музика; конструиране и технологии; и физическа култура.

Текстовете в стандарта за предучилищно образование обръщат внимание на значението на възрастта, индивидуалните потребности и интересите на детето и предоставяне на образователна среда съответна на тях за всяко дете за целите на развитието на детската личност. В същото време, стандартът посочва като основен метод на работа „педагогическата ситуация“ и „програмната схема“, което отдава водеща роля на институционалния механизъм и развитие на детската градина. По този начин индивидуалният подход и отговорите на детската градина зависят от съответните програми, а не толкова от ролята на отношенията и взаимодействието между учителя и детето, които са от страна на грижата. Стандартът регламентира проследяването на постиженията на детето, с което изцяло обръща внимание на образователния процес. Може да се направи извод за нарушен баланс между грижа и образование, още повече, че в приложенията към него се съдържат програмите по съответните образователни области, а липсват индикатори за грижата.

**Държавният образователен стандарт за приобщаващо образование**, регламентиран в Наредба за приобщаващото образование от 2016 г., е изцяло насочен към подкрепата за личностно развитие на децата и учениците в детските градини и училищата. Той определя организиращия принцип на подкрепата за личностно развитие като обща и допълнителна. Стандартът включва промени на нивото на организация на детската градина и училището, управлението, самостоятелните политики за подкрепа за личностно развитие. В него се регламентира задачата на детската градина за ранно детско развитие чрез прилагане на ранен скрининг за разпознаване на затруднения и се регламентират отговорностите на детската градина за предоставяне на подкрепата в рамките на двете нива – обща и допълнителна.

Стандартът за предучилищно образование не е синхронизиран с концепцията за подкрепа за личностно развитие и приобщаващото образование и регламентите от стандарта за приобщаващо образование, където са разписани дейностите за прилагане на ранния скрининг и превенция на затрудненията. В него отсъстват текстове за ранния скрининг и превенцията на трудности в обучението, както и предоставянето на подкрепа с внимание към индивидуалността на детето, които са заложиени в стандарта за приобщаващо образование.

Един от основните принципи на приобщаващото образование е гарантирането на правото на всяко дете на достъп до детска градина или училище най-близо до неговото местоживееене, където получава обща и допълнителна подкрепа за личностно развитие. За реализиране на тази подкрепа детските градини и училищата трябва да разполагат със специалисти в зависимост от индивидуалните оценки на потребностите на децата: психолог или педагогически съветник, логопед, социален работник и ресурсни учители; рехабилитатор на слуха и говора, учител на ученици с нарушено зрение и други, както и кинезитерапевти и/или рехабилитатори, арт-терапевти и други специалисти.

Децата със специални образователни потребности се възпитават и обучават интегрирано в детските градини и училищата. Но след изчерпване на всички възможности за интегрирано обучение, може да се обучават в център за специална образователна подкрепа или в специални групи в детската градина или в училището. За обучение и подкрепа на ученици със сензорни увреждания – увреден слух или нарушено зрение – функционират специални училища, в които може да се организира и провежда и предучилищно образование на деца със сензорни увреждания преди постъпването им в I-ви клас.

Центърът за подкрепа за личностно развитие е институция в системата на предучилищното и училищното образование, в която се организират дейности, подкрепящи приобщаването, обучението и възпитанието на децата и учениците, както и дейности за развитие на техните интереси и способности. Центровете осъществяват: ресурсно подпомагане на деца и ученици със специални образователни потребности; педагогическа и психологическа подкрепа; прилагане на програми за подкрепа и обучение за семействата на децата и учениците с увреждания. Центрове за подкрепа за личностно развитие са и центровете за специална образователна подкрепа, които подкрепят и обучават деца и ученици, за които оценката на регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование е установила, че съобразно образователните им потребности може да се обучават в център за специална образователна подкрепа.

Съчетаването на нововъведените от нормативната рамка принципи на *подкрепата за личностно развитие* и *приобщаващото образование* води до друга промяна на средата, в която се провежда образованието на деца в ранна възраст. Тук предизвикателството е: ако за всяко дете е важна подкрепата за неговите индивидуални потребности, как може учителят да отговори на нуждите на 20 деца или детската градина и училището да отговорят на нуждите на 200 или на 500 и повече деца? Този въпрос отваря пътя за разбирането на „подкрепата за личностно развитие” като нов отделен компонент за системата, при който приобщаващото образование е организиращият принцип на промените.<sup>78</sup>

Какво би могло да означава това за ОГРДВ-практики и интервенции, по-специално за взаимодействието между образование, социални служби и здравеопазване? Международният опит за предоставяне на подкрепа на децата и учениците насочва към адаптирани варианти на модела на тристепенната пирамида за интервенции (*Response to intervention, RTI*).<sup>79</sup> Той определя нивата на интервенции и тяхната интензивност, като ги подрежда: от първо (общо) ниво на подкрепа за всички ученици, второ ниво на подкрепа за конкретни групи ученици и във върха на пирамидата е третото ниво на подкрепа, което представлява предоставяне на дългосрочна и интензивна персонална подкрепа.<sup>80</sup>

Нормативната рамка може да допринесе още повече за структуриране и подобряване на функционирането на средата, в която се случва ОГДРВ. Например, други начини за формулиране на потребностите и дейностите от нивата ги представят като универсални, селектирани и индикативни дейности или още като първична, вторична и третична интервенция.<sup>81</sup> Въпреки, че изследванията за използване на този модел показват необходимост от развитие на широкообхватен подход, надхвърлящ тази тристепенна рамка, той може да има широко приложение в политиките за осигуряване на равен достъп до образование, защото позволява структуриране на подкрепата за личностно развитие в новите образователни политики у нас и допринася за организиране на практиката. Моделът може да служи като отправна рамка за подреждане на многообразието от подкрепящи дейности и да ги подчини на общата цел за развитие и обучение на всяко дете във всяка детска градина и училище, и във всяка общност.

### 2.2.2.2 Политическа рамка в сферата на образованието

В сферата на образованието има няколко важни политически документи, които се фокусират върху отделни елементи от образователните политики. Макар че никой от тях не е специално фокусиран върху ранното образование, всички те имат отношение и са приложими както към училищното, така и към предучилищното образование. Те се фокусират основно върху посрещането на нуждите на конкретни уязвими групи деца.

**Стратегията за образователна интеграция на деца и ученици от етническите малцинства (2015-2020)** надгражда предходна такава от 2004 г. и по-късно актуализирана през 2010-та година

78 Маринова, А., Кръстева, Л. 2016, Подкрепата за личностно развитие в новите образователни политики за приобщаващо образование в Сборник доклади от научна конференция с международно участие “Интердисциплинарни логопедични практики”, София, НБУ

79 (Bender, W. N. (2009). Beyond the RTI pyramid: Implementation issues for the first five years. Bloomington, In: Solution Tree Press.)

80 Моделът успява да подреди потребностите на учениците, съобразно честотата на възникване на тези потребности, съответно, изчислено е, че: 80% от децата имат потребност от обща подкрепа, 15% са деца в риск от затруднения и се нуждаят от целенасочена интензивна работа, за да преодолеят тези затруднения, а 5% са децата, които са с комплексни потребности имат нужда от персонална подкрепа.

81 Adelman, H.& Taylor, L. (2011). (Moving Beyond the Tree Tier Intervention Pyramid Toward a Comprehensive Framework for Student and Learning Supports, Center for Mental Health in Schools).

стратегия със същото наименование, която се определя като първия секторен документ насочен към образователна интеграция. В нея се внасят понятията за „деца и ученици от етнически малцинства“ и за „образователна интеграция“. Фокусът на последното е върху взаимодействията в образователната среда със запазване на етнокултурната идентичност. Образователната интеграция е насочена към процеси на отношения в средата, които изискват защита и застъпничество, както и недопускане на дискриминация по етнически признак. Стратегията няма фокус и в нея не се говори за ранното детско развитие, както и за значението на подкрепата и участието на родителите в периода на преход от семейната към средата на детската градина в процеса на социализация на децата към по-широката общност.

Като положителна стъпка се оценява въвеждането на задължителна предучилищна подготовка за всички деца навършили 5 години. Отчита се, че делът на посещаващите детска градина деца от етнически български семейства от 3 до 6 годишна възраст е над 55%, докато при деца от ромски произход е едва 30,9%.<sup>82</sup> Статистиката, посочена в стратегията, е по данни от националното представително проучване „Равенство – път към прогрес“ през 2011 г. Като друг значим успех се оценява ограничаването на практиката здрави деца от семейства в неравностойно положение да се насочват и записват в помощни училища по социални причини. Като проблем, обаче се посочва липсата на нормативен регламент, който да гарантира преодоляване на процеси на сегрегация на детски градини и то предимно по отношение на децата от ромски произход.

**Националната стратегия за насърчаване и повишаване на грамотността (2014-2020)** е приета от Министерски съвет през 2014 г. Посочването на тази стратегия във връзката ѝ с ранното детско развитие е по отношение на анализите залегнали в нея, в резултат на проблеми с грамотността и ситуацията с необхванатите ученици, отпадналите и преждевременно напусналите образователната система ученици. Като ключов въпрос е разпознаването на основната роля на детската градина и зависимостта на резултатите за постиженията на децата от посещаването на детска градина в предучилищната възраст. Изтъква се необходимостта 4 годишните деца да бъдат включени в образователна дейност от детската градина до постъпването им в първи клас. Една специфика на документа е, че се поставя акцент на грамотността като обучителни области, които следва да бъдат постигнати, например, писането и четенето във връзка с обучението в училище, както и за резултати от участието на българските ученици в международното изследване PISA. Грамотността е в пряка връзка с усвояването и ползването на официалния език. Документът посочва кои са факторите в семейната среда на детето, които влияят върху езиковото развитие - бедността и езикът, на който се говори в семейството. В областта на превенцията той ограничава дейностите до въпросите за по-ранен обхват на децата в предучилищна възраст.

**Националната стратегия за учене през целия живот (2014-2020)** е приета от Министерския съвет през 2014 г. Чрез нея продължават мерките и дейностите за разширяване на обхвата в предучилищната възрастова група и ролята на предучилищното възпитание и подготовка за прехода към училище. Стратегията поставя ясна цел за повишаване на дела на обхванатите до 2020 г. деца в детската градина до 90%, в съответствие с Целите от Барселона, с известно закъснение. Посочено е, че основната задача на образователната система е образователното включване на деца от ранна детска възраст, деца в неравностойно положение, деца със специални образователни потребности и увреждания. Стратегията прави връзка между отделните преходни етапи в системата и поставя ударение върху предучилищното възпитание и подготовка като задължителни за успешното включване и развитие на децата. Един интересен факт е, че стратегията разглежда ученето през „целия живот“ като стартиращо от 3 годишна възраст и напълно игнорира първите 3 години от живота на човека. Това е много показателно за фрагментираното разбиране за ранното детско развитие, което е в противоречие със съвременните разбирания за детето и човешкото развитие.

Друг важен документ е **Стратегията за намаляване на дела на преждевременно напусналите образователната система (2013-2020)**, която е приета от Министерския съвет през 2013г. Основната ѝ цел е да ограничи дела на преждевременно напусналите образователната система до 11% в срок до 2020 г. Тъй като поставя въпроса за необходимостта от широкообхватни политики и мерки за преход на децата между степените на образование, по същество стратегическият документ е насочен

<sup>82</sup> Стратегия за образователна интеграция на деца и ученици от етническите малцинства (2015-2020), достъпна на <https://www.mon.bg/?h=downloadFile&fileId=7634>



към развитието на детето. В самия документ, обаче не се обсъжда необходимостта от отчитане на възрастовите специфики на децата в периода на тяхното израстване и развитие и как образователната система отговаря на тях. В стратегията са анализирани причините за отпадането от образователната система – икономически, социални, образователни, етнокултурни, институционални, здравни. Бедността, семейната среда и ситуация, влиянието на връстниците, както и недостатъчната подкрепа в обучението, спецификата на културните фактори, необходимостта от подобряване на координиращата роля на МОН, децата със специални образователни потребности са акцентите в анализа на всяка група от причините. За целите на превенцията се посочват данни за недостатъчния обхват на децата в детската градина, както и включването на деца от уязвимите групи в предучилищно образование. Стратегията не отчита проблеми и не включва анализ на фактори „вътре” в системата на образование, а освен това определя децата със специални нужди само по отношение на тяхното здраве, например, не се коментира посрещането на деца в риск в образователната среда и нуждата от промени в системата на нивото на управлението и в директната практика. Все пак тя консолидира всички стратегически документи в системата към общи цели, свързани с превенцията на отпадане от образованието.

Въпреки, че е с изтекъл срок, **Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006-2015)** е първият национален документ в сферата на образованието, в който се говори за необходимост от равен достъп до качествено образование за всяко дете. Този фокус се визира във всички нормативни промени в системата на образование, които касаят интегрираното образование на деца със специални образователни потребности и/или на деца с хронични заболявания. Документът поставя акцент върху академичните знания и напредък в предучилищната възраст на децата и подготовката им в детската градина, като ранната грижа и образование не е включена в обсега на образователните политики на този етап, въпреки стартиралите промени в някои нормативни документи с промени в тях от 2004 година.

На последно място е важно да се разгледат **Националните програми за закрила на детето**, които ежегодно се приемат от Министерския съвет и които са по-скоро определящи за политики в социалната сфера, но съдържат оперативни цели и по отношение на образованието. Например в Националната програма за 2014 г. са заложили изпреварващи дейности в образователната реформа в рамките на стартирания през 2012 г. проект „Включващо обучение” на МОН. В рамките на петте основни дейности на проекта за първи път е заложила работа насочена към превенция на риска от обучителни трудности при децата. Дейността е съсредоточена към деца на 3-3,5 години в детските градини за целите на ранно улавяне на проблеми чрез прилагане на скринингов инструмент. Инструментът е създаден с подкрепата на УНИЦЕФ и е тестван в рамките на проекта на МОН от научен екип на ИИНЧ към БАН. Той се определя като „развитиен”, т.е. той служи за превенция на затрудненията в развитието на детето за целите на осигуряване и предоставяне на подкрепа като отговорност на детската градина. Новите елементи тук са два – ранно разпознаване на затруднения в развитието на всяко дете на 3-3,5 години и ангажимент на детската градина освен разпознаване, да предоставя подкрепа.

На политическо ниво се поставят въпроси, които следва да бъдат изяснени и по които образователната система трябва да бъде променена „отвътре”, които се пренасят към визията на обществото за ролята на детската градина и училището, като цяло повдигат темата за приоритетите в промените в образованието на децата у нас. През призмата на ранното детско развитие тези въпроси касаят: (1) преразглеждане на функцията на „възпитание” в светлината на новите политики за социализиране на децата; (2) детската градина в качеството ѝ на орган по закрила на детето и работата с деца в риск; (3) сътрудничеството и участието на родителите: когато говорим за детско развитие трябва да имаме предвид, че колкото е по-малко детето, толкова повече качеството на образователната услуга минава през семейството и родителите; (4) допирните точки между образователната интеграция и приобщаващото образование през призмата на приемане на различието и културата като фактор, който поражда различия; (5) подкрепата в образователната система за всяко дете и въвеждане на индивидуален подход; (6) дете-центриран модел в системата на образование или какви са пречките в нормативната уредба, от обслужваща институцията и нейните механизми, да се прилага към детето и ползите за неговото развитие чрез формиращата роля на образованието. (Един от въпросите, които често объркват учителите е свързан с изходната позиция, че дете-центрираният подход поставя в центъра на системата детето и затова в центъра на реформата е учителят, който има ключова роля); (7) понятието за образователна среда и условията ѝ на осигуряване и предоставяне в системата; (8)

сътрудничество на образователната система с другите системи – здравна и социална, както и аспектите на взаимодействията между системите в ранната детска възраст за всяка от тях.

## 2.2.3 Преглед на нормативно-политическата рамка за ранно детско развитие в социалната сфера

### 2.2.3.1 Нормативна рамка в социалната сфера

Политиките за децата и семейството в социалната сфера имат многостранен характер и предполагат поставянето на взаимосвързани цели и развитието на комплексни мерки, насочени към гарантиране правото на всяко дете да има семейство; гарантиране развитието на висококачествени социални услуги в общността, подпомагащи отглеждането на детето; намаляване на детската бедност и ускоряване на процеса на деинституционализация. Интегрирането на всички политики, имащи отношение към въпросите на детето, детството и семейството, както и включването на всички заинтересовани страни - местните и регионалните власти, неправителствените организации и самите деца - е добра стъпка към отчитане на всеобхватността на проблема и необходимостта от оптимизиране координацията на институциите при прилагането на политики, стратегии и програми, свързани с децата.

Основният двигател на промените, засягащи организацията на грижи за малки деца в социалната сфера и областта на закрила на детето е **Законът за закрила на детето (ЗЗД)**, приет през 2000 г., който поставя закрилата на детето в центъра на държавната политика и урежда правата, принципите и мерките за закрила на детето, органите на държавата и общините и тяхното взаимодействие при осъществяване на дейностите по закрила на детето, както и участието на юридически лица с нестопанска цел и физически лица в такива дейности. В него е залегнала една нова философия за детето – детето е правен субект, а не пасивен обект на грижите на държавата и обществото. Осигуряването на правото на детето да живее със своите родители е един от приоритетите на реформата в грижите за деца.

Българското законодателство в областта на закрилата на детето и залегналия в него принцип на предотвратяване на изоставянето на деца и настаняването им в специализирани институции само в краен случай, кореспондират с международните стандарти в областта на правата на децата. По закон, органите за закрила на детето следва да полагат целенасочени усилия за превенция на изоставянето и реинтеграция на деца, като освен социално-психологическа подкрепа се предоставя и финансова помощ, която е част от работата по превенция, реинтеграция и настаняване при близки и роднини или в приемно семейство. От съществено значение за гарантирането на правата и интересите на децата е, че настаняването извън семейството, включително и в специализирана институция, се извършва от съда.

Основен акцент на актуалната политика за социална закрила на детето е социалното подпомагане и работата с деца в риск или в неравностойно положение. Безспорно важен елемент от нормативната рамка в социалната сфера е социалното подпомагане на деца, особено деца в риск или в неравностойно положение. Предвид фокуса върху децата в риск, на практика една голяма част от децата остават извън фокуса на общата политика в социалната сфера, насочена към децата. Друг сериозен недостатък е и в това, че приоритет имат контролиращите и третиращите след появата на проблемите на децата и семействата подходи, докато позитивните и превантивните елементи са поставени на втори план.

**Законът за социално подпомагане (ЗСП)** урежда реда и процедурите за даване на социални помощи и предоставяне на социални услуги в общността и в специализирани институции. Регламентирани са основни алтернативи на институционалното отглеждане, вкл. през предоставяне на социалните услуги в общността на биологичното семейство, реинтеграцията в него на деца под закрила, осиновяване, настаняване в семейство на роднини или близки, настаняване в приемно семейство. Държавната политика в областта на социалното подпомагане се осъществява в сътрудничество с държавните органи, областните администрации, органите на местното самоуправление и юридическите лица с нестопанска цел, осъществяващи дейност в обществена полза, които създават условия и съдействат за реализирането на програми и проекти в тази област. В ЗСП липсва идеята за семейно-ориентиран подход и не се указват насоките за това как семействата да бъдат включени във

взаимодействието със специализираните институции и доставчици на услуги за техните деца, както и как те да бъдат подкрепени с оглед постигане на ефективност на социалното подпомагане.

Редът на предоставяне на социални помощи и социални услуги е допълнително регламентиран в **Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане (ППЗСП)**. Насърчава се социалното включване на децата с увреждания. Създават се базирани в общността услуги и специални дневни центрове за интегриране на децата с увреждания. Предвидено е тези центрове да предоставят комплексни социални услуги – рехабилитация, социални и правни консултации, образователни услуги, изработване и изпълнение на индивидуални програми за социално включване и др. Недостатък е липсата на разработена система за гарантиране на еднакво качество на предоставяните услуги в различните региони, както и диференциация на предлаганите социални услуги според възрастта на децата.

В тези нормативни документи липсват сегментирани мерки, отнасящи се специално към възрастовата група на децата под 7 годишна възраст. Макар и имплицитно да провежда философията, че семейството е най-добрата среда за развитие на детето, ЗЗД и ЗСП не формулират насоки за развитие на родителските умения и за провеждане на семейно-ориентиран подход и политики, насочени към възрастта, в която това е най-уместно и необходимо – ранната детска възраст. Мерките за социално подпомагане и закрила на детето не са обвързани с възрастта на детето.

**Законът за семейни помощи за деца (ЗСПД)** урежда условията за придобиване правото на семейни помощи при бременност, раждане и отглеждане на деца, формите и реда за тяхното предоставяне. Законът визира специални помощи, насочени към децата в ранна възраст: еднократна помощ при бременност, еднократна помощ при раждане или осиновяване на дете и месечни помощи за отглеждане на дете до навършване на една година, които са с по-висок размер от месечните помощи за отглеждане на дете след тази възраст. От тях еднократната помощ при раждане или осиновяване се предоставя независимо от размера на семейните доходи, докато за останалите се използва подоходен критерий. Размерът на помощите се определя ежегодно в държавния бюджет. Една част от семейните помощи могат да бъдат осигурявани и в натура под формата на стоки и/или услуги за детето в съответствие с индивидуалните му потребности, оценени от Дирекция „Социално подпомагане“, в случаи, в които родителите или лицата, получаващи семейната помощ, не полагат грижи за детето/децата си, не използват помощите по предназначение за детето/децата или не изпълняват задълженията си във връзка с взаимодействие с институциите, както и във всички случаи, в които майката, на която са отпуснати помощи не е навършила 18 години. Финансовото подпомагане може да бъде критично важно в някои случаи, вкл. при случаи на отглеждане на деца с тежки увреждания в семейна среда, за които с приети през м. януари 2017 г. промени бяха въведени значително по-високи прагове на семейните помощи. Подпомагането обаче не се разглежда като част от цялостен подход на подкрепа на детето и семейството, което в крайна сметка води до ниска ефективност на паричните помощи с оглед преодоляване на проблема с бедността. ЗСПД визира основно доходните критерии в семейството за получаване на социалните плащания, без да разглежда в по-широк контекст социалната среда и възможностите на семейството за отглеждане на децата. Месечните помощи за деца до завършване на средно образование, но не повече от 20-годишна възраст (т.нар. „детски надбавки“), които са най-голямото перо от финансовия ресурс в социалното подпомагане на семействата с деца, имат минимално въздействие върху намаляване на детската бедност и подоходните неравенства между семействата с различен брой деца.

**Кодексът на труда /КТ/** гарантира на биологичната майка отпуск поради бременност и раждане в размер 410 дни за всяко дете. Отпуск по майчинство се полага и на осиновителката в размер на разликата от възрастта на детето в деня на предаването му за осиновяване до изтичане срока на полагащия се отпуск за раждане. Измененията, приети в КТ от 2009 г. насам, отразяват принципите на равнопоставеност на жените и мъжете не само в трудовите им права, но и в семейните задължения, свързани с грижите за детето. С чл. 163, ал. 8 от КТ се регламентира право на бащата на отпуск при раждането на детето, който да осигури активното му участие и присъствие в първите дни от раждането на детето. Този отпуск е в размер на 15 дни, считано от датата на изписване на детето от лечебното заведение. Осиновителят има право на 15-дневен отпуск при осиновяване на дете до 5-годишна възраст при условията на пълно осиновяване от деня на предаване на детето за осиновяване. Със съгласието на майката (осиновителката) след навършване на 6-месечна възраст на детето бащата (осиновителят) може

да ползва вместо нея полагащия се отпуск за остатъка от 410 дни. След използване на отпуска поради бременност, раждане или осиновяване, ако детето не е настанено в детско заведение, работничката или служителката, или бащата или осиновителят, има право на допълнителен отпуск за отглеждане на дете до навършване на 2-годишната му възраст. На практика платеният родителски отпуск се използва от изключителна малка част от бащите.<sup>83</sup> Трудовото законодателство предоставя и специална закрила на работещите жени. Към групата на жените, които имат специална закрила, като бременните жени и майките на деца до 3 години, са прибавени и работничките и служителките в напреднал етап на лечение ин-витро (чл. 307 - 310 от КТ). При трудоустройство на друга работа поради бременност или кърмене на дете или напреднал етап на лечение ин-витро на осигурената жена се изплаща парично обезщетение, ако на новата работа се намали трудовото ѝ възнаграждение.

Както ЗЗД, така и **Закона за защита от домашно насилие**, приет през 2009 г., гарантират закрилата на малките деца от всякаква форма на насилие. Насилието е дефинирано като „*всеки акт на физическо, сексуално, психическо, емоционално или икономическо насилие, както и опитът за такова насилие, принудителното ограничаване на личния живот, личната свобода и личните права*“, както и е регламентирано, че „*за психическо и емоционално насилие върху дете се смята и всяко домашно насилие, извършено в негово присъствие*.“<sup>84</sup> По отношение на превенцията се предвижда национална мобилна група за психологическа подкрепа да работи с деца, пострадали или в риск от насилие, и да подпомага училищните екипи на места, в които няма психолози.

### **Услуги в социалната система**

Повечето социални услуги за деца и семейства, регламентирани в ППЗСП възникват след приемането на ЗЗД и са резултат от прилагането му в България. Те са резултат от изпълнението на ангажиментите на българската държава, поети с подписването на КПД. Основен двигател в развитието на социални услуги за деца и семейства е процесът на деинституционализация на децата в риск. Макар че някои от социалните услуги са отворени за деца от ранна възраст, предимно в периода от 3 до 7 години, те са силно диференцирани, т.е. ползват се след изявен риск за детето. Достъпът до тях се регулира от дирекциите „Социално подпомагане“. Извън услуги, създадени през конкретни проекти и частни инициативи, липсват масово достъпни универсални услуги, които да са достъпни за децата от раждането им до 7-годишна възраст, насочени към насърчаване на цялостното развитие на детето и превенция на рисковете.

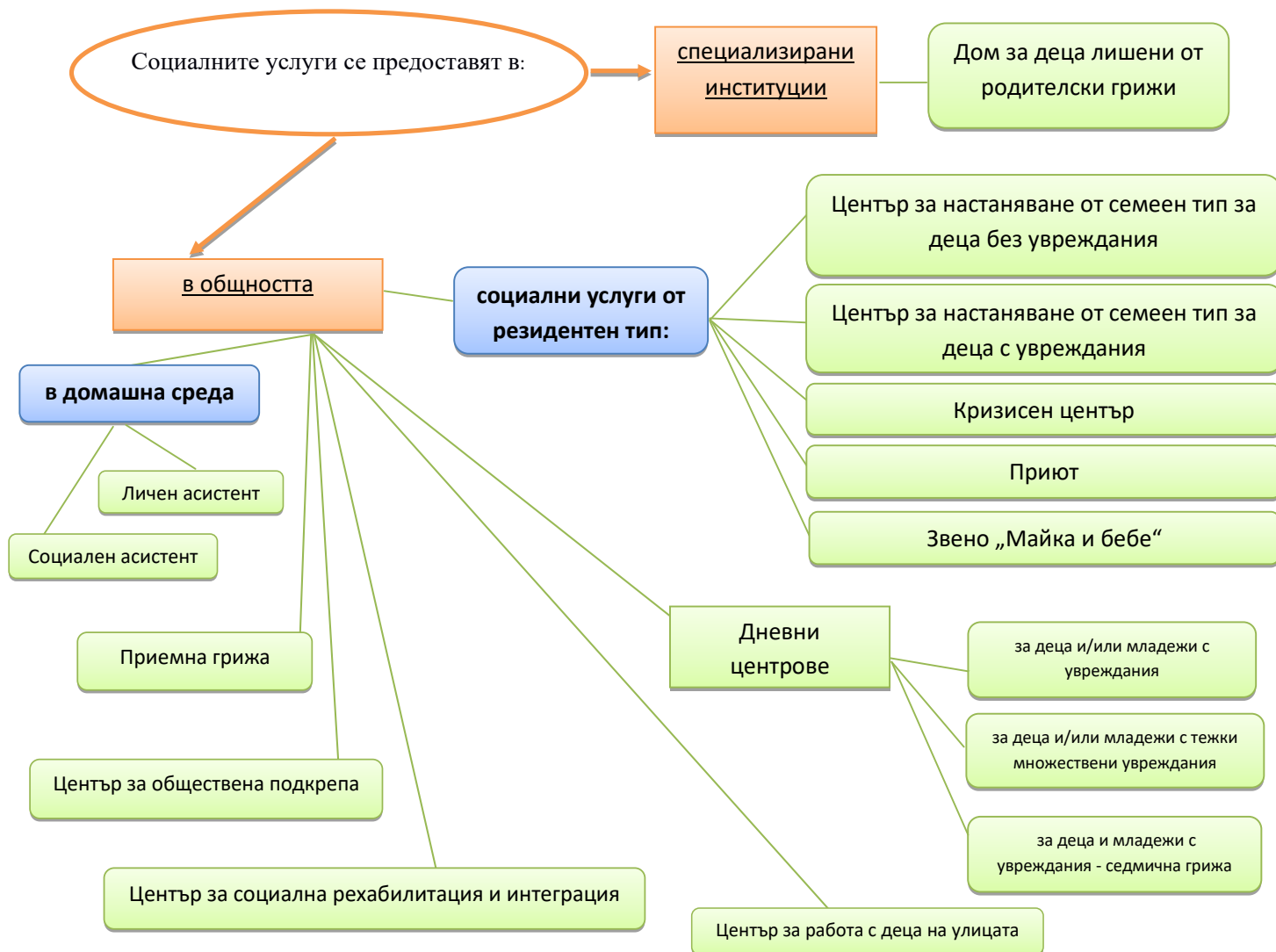
Министерството на труда и социалната политика е делегирало на изпълнителната си агенция – Агенция за социално подпомагане /АСП/, предоставянето, откриването, промяната на вида и/или промяната на капацитета и закриване на социални услуги, когато те са делегирани от държавата дейности, както и контрола по спазването на утвърдени критерии и стандарти за извършване на социални услуги. Освен от държавния бюджет, социални услуги могат да се финансират от общинските бюджети (т.нар. местни дейности) или от други източници. Общинските администрации обаче демонстрират нагласа всички нови социални услуги в общността да се разкриват като държавно делегирани дейности заради осигуреното финансиране от републиканския бюджет. Кметът управлява социалните услуги на територията на съответната община или ги възлага за управление на външен доставчик. Управлението на услугите включва отговорност за спазването на критериите и стандартите за предоставяне на социални услуги. В някои общини предпочитан доставчик на социални услуги са неправителствените организации – освен че работят на терен, те познават добре проблемите и нуждите на потребителите, изградили са капацитет, а и често успяват да привлекат допълнителен ресурс, който повишава качеството на услугите и тяхната многообразност. Доставчици на социални услуги за деца могат да бъдат и други юридически лица, както и физически лица регистрирани по Търговския закон, получили лиценз от ДАЗД и вписани в регистъра на АСП.

83 Според непубликувани данни на НОИ, през 2016 г. 479 мъже са ползвали платен отпуск до 1 г. възраст на детето, което е по-малко от 1% от всички ползватели на платен отпуск до 1 г. възраст на детето.

84 Чл. 2 от Закон за защита от домашно насилие

Таб. 1

Видове социални услуги:



С Наредбата за критериите и стандартите за социални услуги за деца в законодателството са допълнително регламентирани социалните услуги за деца. Към тези услуги спадат следните услуги, които са насочени или имат потенциал да обслужват деца и семейства<sup>85</sup>: „личен асистент“; „социален асистент“; „Дневен център за деца и/или младежи с увреждания“ (към м. януари 2017 г. в страната функционират 78 Дневни центрове за деца и/или младежи с увреждания с общ капацитет 2094 места); „Дневен център за деца и/или младежи с тежки множествени увреждания“ (тази услуга все още не функционира в страната, предстои поэтапното разкриване на тези центрове); „Център за социална рехабилитация и интеграция“ /ЦСРИ/ (46 ЦСРИ с капацитет 1621 места); „Приемна грижа“; „Център за настаняване от семеен тип“ /ЦНСТ/ (284 ЦНСТ, с капацитет 3597 места, от тях 129 са ЦНСТ за деца/младежи с увреждания, а 8 са за деца/младежи с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи); „Кризисен център“ /КЦ/ (17 КЦ с общ капацитет 176 места); „Център за обществена подкрепа“ /ЦОП/ (122 ЦОП с общ капацитет 4905 места), „Звено „Майка и бебе““ /ЗМБ/ (12 ЗМБ с общ капацитет 79 места), „Център за работа с деца на улицата“ /ЦРДУ/ (16 ЦРДУ с общ капацитет 326 места) и „Приюти“ за безнадзорни деца (2 приюта за деца с общ капацитет 30 места).

Единствената от гореизброените услуги, която е насочена изцяло към децата в ранната възраст са Звената „Майка и бебе“. Някои от другите услуги, напр. някои Центрове за обществена подкрепа, са се специализирали в предоставянето на услуги само към тази възрастова група, но това не е по силата на нормативна регламентация, а според спецификата на самата услуга.

85 Данните за броя на видовете услуги и техния капацитет са към м. януари 2017 г., по данни на Агенцията за социално подпомагане.



Освен услугите в общността, съществуват и специализирани институции. За деца в ранната възраст това са Домовете за медико-социални грижи за деца /ДМСГД/, описани по-горе в секцията „Здравеопазване“ и Домовете за деца, лишени от родителска грижа /ДДЛРГ/. ДДЛРГ е специализирана институция, която предоставя социални услуги по отглеждане и възпитание на деца от 3 до 18 години или до завършване на средно образование, но не повече от 20 години. ДДЛРГ са профилирани за деца от 3 до 7-годишна възраст и за деца от 7 до 18-годишна възраст. Всички институции за деца ще бъдат закрити като част от реформата за деинституционализация на децата.

За ДДЛРГ и Приютите АСП е разработила Правилници за устройството и дейността им, а за останалите услуги - методики, в които подробно е регламентирано как трябва да бъдат предоставяни услугите. Методиките не са нормативни актове, което означава, че нямат задължителен характер. Въпреки това, когато услугите са държавно делегирани дейности, се осъществява контрол върху доставчиците за спазването им и се налагат санкции при констатирани нарушения.

Според Правилника за прилагане на Закона за закрила на детето, Дирекция „Социално подпомагане“ (ДСП) предоставя на детето и полагащите грижи за него информация за социалните услуги за деца и семейства на територията на областта съобразно потребностите им. При постигане на съгласие за предоставяне на услуга и избор на доставчик, родителите подават писмена молба до директора на ДСП, който от своя страна издава направление до доставчика на социалната услуга. При липса на контакт с родителите или желание от тяхна страна да подадат молба, ползването на социални услуги може да се извърши въз основа на заповед на директора на ДСП. Това означава, че за да ползва социална услуга едно дете, то или родителите му трябва да са подали молба за това или някой трябва да е подал сигнал до ДСП. Този подход в някои случаи води обективно до ограничаване на достъпа до услуги на деца в неравностойно положение, защото твърде често, тези деца се отглеждат в семейства, които нямат ресурса да осъзнаят потребността и информация да преценят коя услуга би отговорила в най-пълна степен на нуждите им. По отношение на социалните услуги е необходимо да бъдат въведени нови гъвкави форми за социални услуги, които да имат ролята на превантивни и подпомагащи политики с цел ограничаване на риска от детска бедност и социално изключване

### 2.2.3.2 Политическа рамка в социалната сфера

**Националната стратегия за детето 2008-2018 г.** е политически документ, който определя приоритетните направления и действия за подобряване благосъстоянието на децата в България. Стратегията се приема в изпълнение на чл. 1, ал. 3 от ЗЗД и се базира на основните принципи, залегнали в КПД. Стратегическата цел на документа е осигуряването на условия за ефективно упражняване на правата и подобряване качеството на живот на децата, като условие за тяхното свободно и пълноценно личностно развитие. В нея са обхванати всички сфери на обществения живот, имащи значение за благосъстоянието на децата – семейна среда, здравно обслужване, образование, отдих и свободно време, алтернативни грижи, жизнен стандарт и социално подпомагане, преодоляване на експлоатацията и злоупотребата с деца, специални мерки за закрила, мнение на децата и право на идентичност и защита срещу дискриминация. В този смисъл стратегията е междусекторен документ, а не такъв от социалната сфера, но е разгледана тук, тъй като една сериозна част от мерките са в социалната сфера, а освен това с изготвянето и координацията на нейното изпълнение е ангажирана ДАЗД – институция, чиято принадлежност традиционно е основно в социалната сфера.

В Националната стратегия за детето са заложили конкретни цели касаещи процеса на деинституционализация и развитие на алтернативни социални услуги. Стъпвайки на идеята, че семейната среда и връзките с родителите са от ключово значение за развитието на детето, стратегията се фокусира върху философията на доброто и отговорно родителство. Макар и експлицитно терминът „семейно-ориентиран подход“ да не присъства в документа, обосновава се идеята за „комплекс от мерки за подкрепа на родителите, като социална, финансова, психологическа помощ, включително временни грижи за детето, с цел да се предотврати неговото изоставяне“.<sup>86</sup>

Темата за ранно детско развитие не е развита като отделен сегмент въпреки, че се посочват някои връзки, например между необходимостта от предучилищно обучение и развитието в ранната възраст. Има и конкретни цели за подобряване на здравето на децата, които имат отношение към

ранното детско развитие. Предвижда се също така разработването и въвеждането в практиката на стандарти за ранно детско развитие, като към момента с подкрепата на УНИЦЕФ и с участието на ИИНЧ към БАН са създадени такива за възрастта 0-3 години.<sup>87</sup>

Изготвят се годишни програми за изпълнение на стратегията, както и отчетни доклади към тях, но към настоящия момент липсва достатъчна яснота относно ефективността на предприетите мерки в подкрепа на децата и семействата. Предстоящото изготвяне на нова стратегия за следващия период следва да стъпи върху анализ на постигнатото дотук и да го надгради.

Основополагащ документ в социалната сфера е **Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Р България“**, която е приета от Министерския съвет през 2010 г. и е със срок на действие до 2025 г. Целта на стратегията е да бъде гарантирано правото на живот в семейна среда за всички деца, като бъдат закрити всички специализирани институции за деца и бъдат създадени нови възможности за семейна грижа и базирани в общността услуги. Стратегията отчита изключително сериозната вреда от институционализацията в ранна възраст, като обръща внимание специално на възрастовата група от 0 до 3 г. Една от четирите цели на документа е *„недопускане настъпяването и отглеждането на деца от 0 до 3 години в резидентна грижа от всякакъв тип след приключване на реформата.“*

В стратегията се предвижда не просто закриване на класическия тип специализирани институции, а качествена промяна на политиките в подкрепа на семейството. Мисията, с която е обвързана Визията се отнася до разработването на цялостна национална политика в най-добрия интерес на детето, насочена към подкрепа на семействата, и създаване на най-добри условия за развитие на децата и реализиране на техния потенциал. В този контекст ефективната политика на деинституционализация се обосновава като цялостна промяна във философията на грижата за децата, чиито акцент е поставен върху превенцията на рисковете, ранната интервенция, както и подкрепата на семействата и осигуряване на семейна или близка до семейната среда. Деинституционализацията включва също така и предотвратяването на изоставянето на деца в институции чрез подкрепа на семействата и даване на нови възможности на децата в общността. Поради мащабния характер на реформата, предвидено е този процес да протича на много нива. В документа е посочено, че превенцията на изоставянето и реинтегрирането на децата в родните им семейства изисква работа на специалисти от социалната сфера и близки до нея области със семействата, както и реформа в системата за социално подпомагане за реализиране на програми за социална подкрепа на родното и разширеното семейство с цел превенция на изоставянето и насърчаване на отглеждане на децата в семейна среда. Разкриването на алтернативни услуги и форми на грижа с цел извеждането на децата от институциите, насърчаването на осиновяването и приемната грижа, с особен акцент върху грижите за децата от 0 до 3 години, ангажирането на обществеността в подкрепа на децата, напускащи институции, с цел тяхното социално включване, както и поставянето на децата и семействата в центъра на работата на професионалисти, работещи с деца от всички области, са другите нива, на които е предвидено да протече процесът на деинституционализация.

В края на 2010 г. е приет и **План за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация“**, а в края на 2016 г. е приет и **Актуализиран план за действие**, които документи конкретизират дейностите, задачите, отговорностите и ресурсите за изпълнение на Националната стратегия в петгодишни периоди. В плановете се обосновава необходимостта от осигуряване и развитие на услуги по превенция на изоставянето, както и алтернативи на институциите форми на грижа, които да предоставят на децата грижи в среда, близка до семейната. Развитието на услугите се разбира като процес на подобряване на функционирането на съществуващите към момента социални услуги, от една страна, и от друга, като изграждане и развитие на нови социални услуги. В рамките на първия План за действие се закриват всички функциониращи в страната специализирани институции за деца с увреждания – т.нар. Домове за деца с умствена изостаналост (ДДУИ) и Домове за деца и младежи с умствена изостаналост (ДДМУИ). Закрити са и 8 пилотни ДМСГД за деца на възраст 0 до 3 г. Подробен анализ на тези процеси излиза извън обхвата на това изследване, но е важно да се подчертае ключовото значение на процеса на деинституционализация за развитието на най-уязвимите деца в ранна възраст в страната. Безспорен факт е, че деинституционализацията представлява крайно необходима стъпка в осигуряването на условия за добро ранно детско развитие,

87 Стандарти за развитие и учене в ранното детство: от раждането до три години, 2015 г., достъпен на: [http://www.iphs.eu/n/images/knigi\\_snimki/Standarts\\_0-3\\_Years\\_full%20text.pdf](http://www.iphs.eu/n/images/knigi_snimki/Standarts_0-3_Years_full%20text.pdf)

както и е факт, че на този етап процесът по отношение на най-малките деца е далеч от приключил. Актуализираният план за действие съдържа обещание за закриване на всички оставащи ДМСГД в страната, както и мерки за подкрепа на ранното детско развитие през услуги, вкл. ключови такива като патронажната грижа. Предстои да видим резултатите от неговото изпълнение.

**Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020** е ориентирана към изграждане и реализиране на единна, последователна и устойчива политика в областта на социалното включване, основана на интегрирания подход и междусекторното сътрудничество на национално, регионално, областно и общинско ниво. В стратегията ясно присъства фокусът върху децата и особено децата в домакинства с ниски доходи, децата с увреждания, децата, които са лишени от родителски грижи, децата, които живеят в лоши жилищни условия и др. Децата са обособени като специфична уязвима група, в много по-голяма степен застрашени от риск от бедност и социално изключване, отколкото възрастните.

Стратегията за бедността и плановете за действие към нея обръщат внимание и на ранното детско развитие, като фокусът е върху подкрепа на детето в най-ранна детска възраст и на неговото семейство, с оглед превенция на рисковете за развитието му, достъп до детска грижа, образование, подкрепа на родителите за заетост и за съвместяване на личния и професионалния живот. Важен факт е, че стратегията ясно отчита, че инвестициите в ранното детско развитие имат отношение към намаляването на бедността и социалното изключване: *„Програмите и политиките за ранно детско развитие са друг ключов инструмент за превенция на бедността и социалното изключване. Те са инвестиция в бъдещето на обществото и неговото развитие, както икономическо, така и социално, тъй като те са ключова предпоставка и за превенция на предаването на бедността между поколенията.“*<sup>88</sup> Основната включена в стратегията мярка е „Развитие на интегрирани услуги за ранно детско развитие за деца от 0 до 7 г. възраст и техните семейства.“ Мерките, свързани с подкрепата на ранното детско образование включват въвеждане на задължително предучилищно образование от 4-годишна възраст и мониторинг на физическата среда за осигуряването на задължителна предучилищна подготовка на децата и осигуряване на допълнителна подкрепа.

Въпреки че стратегията е амбициозен документ сам по себе си, немалка част от заложените цели не са изпълнени и детската бедност и социално изключване продължават да бъдат основен проблем в България.<sup>89</sup> България е една от страните в ЕС с най-висок процент на деца, живеещи в риск от бедност и социално изключване - относителният дял на децата на възраст 0 - 17 години в риск от бедност и социално изключване е 45.6%, или 550.3 хиляди деца. Извършен през 2016-17 г. междинен преглед на изпълнението на стратегията заключава, че напредъкът по изпълнението на целите не е достатъчен за да гарантира изпълнението на националната стратегия в срок до 2020 г. Неправителствените организации, участвали в процеса по изготвяне на междинния преглед и плановете за действие към стратегията препоръчват редица мерки, които да адресират идентифицираните проблеми, но техните препоръки не са взети предвид при изготвянето на поредния план за действие за периода 2017-18 г.<sup>90</sup>

Балансът между работа и семейство е важен елемент на включващия пазар на труда, който може да се постигне чрез осигуряване на качествени и достъпни услуги за отглеждане на деца. Въвеждането на гъвкавите форми на заетост осигурява възможности за родителите едновременно да отглеждат децата си и да работят. В **Актуализираната стратегия по заетостта на Република България 2020г.** са предвидени насърчителни схеми за участие на бизнеса в програми за изграждане и поддържане на фирмени социални инфраструктури като детски градини, детски кътове и др. Внимание получават социалният диалог, договарянето с работодателите в колективните трудови договори за намирането на решения за вътрешната гъвкавост и за създаване на организация на работа, съобразена с родителските отговорности на работещите. Според проучване на НСИ за 2010 г., голяма част от заетите лица в България работят на стандартно установеното работно време – петдневна работна седмица и осемчасов работен ден. Почасовата заетост, гъвкавият режим на работа и работен режим от къщи

88 Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, стр. 26

89 Данни на Националния статистически институт за 2016 г.

90 Национална мрежа за децата, НПО организации се обединиха в позиция по План за действие за изпълнение на Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, 26 юли 2017, достъпен на: <http://nmd.bg/четири-нпо-организации-се-обединиха-в/>

са изключително слабо развити форми на трудова ангажираност, което създава сериозни проблеми за съвместяване на работа и семейни ангажименти за родителите с деца в ранна възраст. От същото проучване става ясно, че една четвърт (102.1 хиляди) от незааетите лица на възраст 15-64 г., грижещи се за деца до 14 години, биха работили при наличие на подходящи услуги за гледане на деца. Липсата на услуги, тяхната висока цена и незадоволителното им качество са посочени като ключови бариери.<sup>91</sup> Ясно е, че това представлява изключително висок неоползотворен потенциал спрямо пазара на труда и борбата с бедността, особено в условията на сериозна демографска криза.

Последният разглеждан документ е **Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020)**, приета с решение на Народното събрание през 2012 г. Тя отчита ситуацията на ромската общност в страната, а именно бедността, по-ниския образователен и квалификационен статус, високата икономическа неактивност и изключеност на голяма част от ромското население от пазара на труда, високи нива на заболяемост и други. Стратегията залага като основна цел равноправното интегриране на ромите и на българските граждани от други етнически групи в уязвимо положение. В нея липсва експлицитен акцент върху ранното детско развитие. Редица постановки обаче имат директно отношение към подобряване условията на живот на децата, като осигуряване на взаимодействие и интегрирано управление на секторните политики, насърчаване на позитивни действия за преодоляване на форми на неравнопоставеност и за утвърждаване на позитивни нагласи към ромите, преодоляване на традиционни практики, засягащи децата и техните права. Обръща се внимание и на правото на равен достъп до качествено образование, от една страна чрез интегриране на ромски деца и ученици в смесени в етнически план детски градини и училища, и от друга страна чрез повишаване качеството на образование в обособените детски градини и училища в големите ромски квартали и селски региони с компактно ромско население. Друга насока е към формиране на ценностите на толерантност и недискриминация в детските градини и училищата, като се съхранява и развива културната идентичност на децата от ромската общност. В стратегията се отбелязва и необходимостта от работа с деца с трудности в обучението и с отпадналите от училище с цел тяхната реинтеграция. Самостоятелно е изведен и приоритет за приобщаване и активиране ролята на родителите от ромската общност към образователния процес на техните деца. Изведена е и ролята на учителите да развиват умения за работа с децата в мултикултурна среда, като особено внимание се отделя на образователния медиатор. Посочват се мерки за повишаване на родителския капацитет в подкрепа на уязвимите семейства и подобряване на родителската грижа, за намаляване на детската бедност и създаване на условия за социално включване на децата чрез повишаване на информираността на децата и техните семейства относно правата на детето, както и за съществуващите социални услуги за подкрепа в общността. Като основна задача се определя и намаляването на изоставянето на деца от ромската общност и предотвратяване на институционализацията чрез ранно идентифициране и ранна превенция на рискове от изоставяне и negliжиране на деца в риск.

## 2.3 Находки по отношение на взаимодействията

### 2.3.1 Хоризонтални взаимодействия

*„Институциите си прехвърлят топката, а децата растат все по-изнервени, по-агресивни и повърхностни.“* (интервю с професионалист, малък град)

*„Някой трябва да ни обхване всичките.“* (интервю с професионалист, голям град)

91 Национален статистически институт, Съвместяване на работа със семеен живот, 2010 г., достъпен на: [http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/LFS\\_AHModule\\_2010.pdf](http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/LFS_AHModule_2010.pdf)



Анализът на взаимодействията се отнася до първия изследователски въпрос. Факторите, които са взети предвид за него са: наличие на (ефективно) взаимодействие между различни звена имащи отношение към ранното детство вътре във всеки от трите ключови сектори (здравен, образователен и социален); наличие на взаимодействие между отделните сектори; наличие на общи информационни системи за управление на случаи; взаимодействие между национална и местна администрация, включително доколко има диалогичност и къде се поставя акцента; наличие на функциониращи интегрирани услуги с отворен достъп (универсални) и ранна интервенция за деца със специални потребности в ранна възраст.

### 2.3.1.1 *Наличие на взаимодействия между различни звена имащи отношение към ранното детство вътре в секторите*

#### **Здравна система**

Ролята на лекарите се определя като водеща при грижите за ранно детско развитие. Лекарите са тези, които не само могат да насочват случаи на деца и техните семейства към различни видове услуги, но са разпознати като авторитет за родителите в съветите, които им дават. Според респондентите на изследването, има нужда от изграждане на сътрудничество между лекарите и някои от другите звена в здравната система. Споделеното от интервюираните показва, че сътрудничеството допринася за преодоляване на практиката за разделяне на грижите за физическото здраве от психо-социалните потребности на детето. Като основна трудност за взаимодействие се посочва недоверието от страна на лекарите към другите участници в съвместна дейност - както от здравната система, така и към участници от другите двете системи. Споделени са мнения, че на места, където са пилотирани инициативи за въвеждане на патронажна грижа, е имало случаи лекарите да се чувстват застрашени от патронажните сестри, поради отнемане на пациентите. Предвид факта, че патронажните сестри не работят с пациенти, а със здрави деца – в тяхната дейност фокусът е върху промоцията на здравето и подкрепа на родителите – това в известна степен говори за необходимост от работа върху нагласите на специалистите в системата по отношение на тяхната роля за стимулиране на ранното детско развитие и необходимото за целта взаимодействие на всички нива в системата.

Въпреки че лекарите имат ключова роля за развитие на сътрудничество и взаимодействия, в изследването като сериозен проблем се описва малкият брой педиатри, а също така и тяхната недостатъчна подготовка. Основният недостиг на специалисти е в селата, където няма лични лекари и на практика семействата нямат достъп до здравна грижа. В тази посока се извежда необходимост от преодоляване на финансовите бариери пред семействата: за някои прегледи, които не са безплатни, за консумативи и за превоз до място със здравен специалист. Пред бариери са изправени и тези родители, които нямат здравно осигуряване, както и родители, които не са информирани и не осъзнават значението на профилактиката на заболяванията при децата. Следователно един фокус на здравната система е върху „входа“ за семействата към системата за предоставяне на грижи за децата в ранна възраст чрез достигане до тези семейства, повишаване на информираността на родителите и подкрепа при осигуряването на възможности за ползване на здравни услуги от бедни семейства.

Участниците в изследването споделят, че центровете за майчино и детско здраве първоначално са били предназначени за недоносените деца и техните родители, а впоследствие към това се добавят други дейности, вкл. патронажната грижа. Отбелязва се, че управлението и развитието на тези центрове се прави при липса на структура.

*„Не беше осигурен ресурс за наемането на хора към тях; после се отдели някакъв бюджет, който стигна за работа на смени на част от персонала, който работи в момента в болницата; т.е. не са щатни места, ами почасово – примерно – днес 2 часа еди-кой-си, после 2 часа еди-кой-си. Това, което на други места се случва, е, че се работи в екип – събират се всички специалисти, които могат да работят с детето и всеки казва своята гледна точка как оттук нататък ще се продължава...“ (интервю с експерт, голям град)*

Работата на патронажните сестри се оценява като изключително важна за подкрепа на майките. Проблем се оказва, че наблюденията на патронажната сестра трябва да доведат до съответно действие,



например, тя да знае какво да направи и на кого да се обади, за да се адресира нуждата на майката, когато при посещение разпознава определена нейна нужда.

*„У нас липсва такава практика, в смисъл на комуникация и координиране на общи действия...“  
(фокус група с професионалисти, малък град)*

Има предложение, което касае подобряване на координацията на работата в центровете с въвеждането на райониране за тя, като акушерките, медицинските сестри и патронажните сестри имат достъп до клиентски досиета за бременни жени, така че да могат да получават насочване от болниците, вкл. по електронен път.

Като специфична и уязвима група по повод на здравното обслужване участниците описват работата с деца с увреждания. Все още в здравната система съществува риск семействата на тези деца да бъдат насърчавани от лекари да ги изоставят. Същото е стара практика от миналото, която обаче има дълбоки корени в нагласите и мисленето на специалистите. Необходимо е да се положат усилия за грижите и подкрепата на семействата на деца с увреждания и със специфични нужди, като на първо място се преодолеят тези нагласи и се повишат уменията на здравните работници в придружаването на тези деца и техните семейства чрез достойно отношение и организиране на подкрепа, услуги, защитена среда и възможности да се грижат за децата си.

*„Ние много се изумихме, когато разбрахме, че лекарите в родилно отделение, когато се роди дете с увреждане, те сами насърчават родителите, подсказват на родителите, че има едни места, където тези деца ще бъдат гледани, те са млади и ще си родят друго. Това е медицинският подход, изключително дискриминативен, където само здравият индивид заслужава внимание, няма го хуманният подход, въпреки че медицината е най-хуманната специалност, но все пак вече се върви доста в обратната посока и има напредък, макар и не навсякъде.“ (интервю с експерт, голям град)*

### **Образователна система**

И тук, като при здравната система един основен въпрос засягащ взаимодействието е въпросът за достъпа, т.е. включването на децата в ранна възраст в посещаване на детска градина. От споделеното от интервюираните участници става ясно, че нерядко в местата с висок дял на ромско население, децата не посещават детска градина, като сред причините за това се посочва закриването на някои от детските градини.

От интервютата се очертават проблеми на нивото на практиката в системата. Те са в липсата на подготовка в самите учители за работа в посока на ранно детско развитие, включително липсата на адаптирани програми, които да адресират потребностите на децата в тази възраст.

*„Това, което ми направи впечатление, че както за учителките в училище, така и за учителките от детските градини, липсват основни, базисни умения и знания за елементарните етапи за детското развитие и нуждите свързани с тях. Независимо дали ще говорим за етапите на Фройд, етапите на Ериксон или Монтесори, редовно се чуват въпроси, които се обсъждат на кафе или на цигара, обсъждат се по неетичен начин въпроси като „защо той прави така“ или „тя прави така“, „тя се изака в гардеробчето си“, „тя се е напишала“ или „тя се е наакала на екскурзията“, „защо това се случва“. Те нямат елементарни разбирания по детска психология, което според мен, трябва да е част от квалификацията им. Това са едни базисни пропуски, които ние в своите обучения в началото ги нямахме, сега се налага да въведем и това „периоди на детско развитие“, „какви са нуждите“. Това липсва като знание и в училищата, и в детските градини.“ (интервю с експерт, голям град)*

Потенциалът на детската градина е видян от интервюираните в екипа от специалисти, които работят там. Все още не е добра ефективността на екипната работа в детската градина, защото всеки специалист работи сам за себе си и отделно с детето.

*„Според мен трябва да се подобри умението за стимулиране на училищния екип, развитието на капацитета на училищния екип. ... Хората в самите педагогически екипи продължават да са твърде разделени.“ (интервю с експерт, голям град)*

Екипната работа позволява да се развие индивидуален подход към детето. Според проучването често пъти той се разбира като индивидуална работа на всеки участник с детето, което създава объркване в хората. По-долу, в главата за приобщаващото образование се посочва, че все още образователната система не разбира значението и ролята на обкръжението на детето - човешко, физическо, техническо - като водещи при адаптирането на образователните ресурси към конкретното дете. Опитът на участниците в изследването отразява досегашната практика на интегриране на деца с увреждания. Най-трудните случаи са на деца, които имат трудности с поведението, проява на агресия, хиперактивни и деца с особено поведение. Такива деца или изобщо не са обхванати от системата, или биват изолирани или насочвани към специална образователна среда.

*„Когато детето не е точно в схемата, то пречи. Цялата ни образователна система е структурирана по този начин. Тя е по нива – детето трябва да покрива определени нива. Това са посланията и към родителите – детето трябва да покрие тези нива. Другият проблем на образователната ни система е, че тя е силно конкурентно ориентирана. Децата трябва да се състезават помежду си.”* (интервю с експерт, голям град)

Хоризонталните взаимодействия в образователната система са ограничени от недостатъчното сътрудничество между учителите и другите специалисти в детските градини. В резултат не само се обезсмисля интегрирането, но дори средата може да бъде враждебна и значително да навреди на развитието на детето.

Взаимодействията са широко обсъждани с интервюираните по линия на правната рамка и нормативните документи. Те споделят за хаос и тотално объркване в регламентите на наредбата за приобщаващо образование - пораждаше на разнопосочни тълкувания, хаос с документацията, неяснота за отговорностите на детската градина и училището, липса на финансиране и други. Очакването, че образователната система ще се опреле на опита на ресурсните центрове, които основно имаха задача за интеграцията на деца със специални образователни потребности не се оправда. В новата нормативна уредба и промени се създават правни казуси, които водят до напрежение между детските градини и новите ресурсни звена и създават неяснота за отговорностите на всеки.

*„Ресурсните центрове създадоха много различни модели (някои много добри – като в Смолян). Продължиха да наливат там пари. Проблем – ресурсните учители имат две подчинения - на ресурсен директор и директор на училище. Това е крайно неефективно; не са част от училищния екип. Това не работеше, не може да се промени, защото си създадоха синдикат, неправителствена организация, събраха 50 хил. подписа от излъгани родители, че децата им няма кой да ги поеме. Останаха по същия злокобен начин. Идеята беше да се даде ресурс на училищата. А сега ресурсните центрове ще одобряват случаите, които отиват при тях. Не се получи и никаква отговорност. Редно е те да са част от екипа на училището и детската градина. В момента това много, много стърже. Обезкървява системата. Работим с нови стандарти, но още няма финансов стандарт.”* (интервю с експерт, голям град)

Този цитат описва ситуация, довела до промени в начина на ресурсното подпомагане на деца със специални образователни потребности с влизането в сила на ЗПУО. Първоначалната концепция на закона предлагаше закриване на областните ресурсни центрове, които осигуряваха специалисти в училищата с цел отговорността за приобщаващото образование и подкрепата да бъде изцяло на училищата и детските градини, които трябваше да осигурят свои екипи от специалисти. Досегашната практика се описва от интервюирания експерт като неефективна и недостатъчна да отговори на потребностите на много и различни деца със специални образователни потребности. След бурна реакция от професионалната общност на ресурсните учители, ресурсните центрове се запазиха като специализирани звена към системата, с което се ограничава възможността на образователните институции да развият капацитета си за приобщаващо образование, тъй като нито има достатъчен брой специалисти, нито финансово осигуряване за специалисти за мултидисциплинарна екипна работа. Това съответно понижава развиването на хоризонтални взаимодействия в образователната система.

#### Регламентация на взаимодействието между системите

Промените в социалната сфера се определят от някои от участниците в интервютата и фокус групите като нарастване на броя на социалните услуги, разкрити в предишния програмен период на държавата. Според тях, това създава проблеми във взаимодействието между здравната и социалната системи. Например, интервюираните споделят, че здравната система трудно се ориентира в ползата на дадена социална услуга. От страна на социалната система пък има обвинение, че социалните услуги поемат здравната грижа на здравите деца в ЦНСТ, докато това следва да е функция на здравната система.

В интервютата се посочва, че някои общности като големи села с многобройно детско население нямат достъп до никакви услуги - нито здравни, нито социални, нито образователни. Като остра се определя нуждата от мултидисциплинарна подкрепа за семейството в изпълняване на неговите функции. Интервюираните посочват, че има съществени разлики между родителите от малките общности и тези, които живеят в големите градове по отношение на разбирането за значението на редовното посещение при лекар, прегледите и профилактиката при децата. Те смятат, че е необходимо да се предоставят услуги за подкрепа на семейството на място в дома на детето. Подобни проекти, които се пилотират в системите имат ефекти, които обаче са краткосрочни. От друга страна липсва реална оценка на ефектите - не се извеждат поуките и добрите практики, развити чрез даден проект, които да могат да се разгърнат в устойчиви модели на услуги в общността.

Също така, мненията показват необходимост да се подкрепят повече семейства преди рискът да се е случил, както и да се повиши гъвкавостта на самите социални услуги. Това че, по думите на участник в изследването, услугите са „облечени в дрешките на ЦОП, ЦСРИ“, създава невъзможност да се отговори по-пълноценно и гъвкаво на множеството от разнообразни ситуации на децата и техните семейства.

С напредъка в развитието на мрежата от социални услуги, взаимодействията с другите две системи са все по-необходими. Досегът с тях обаче се оказва труден, поради традиционното институционално отношение, което ограничава системите и при което всяка промяна се приема със съпротива и нахлуване в чужда територия. Всяка от трите системи се оказва затворена сама за себе си.

*„МЗ е една изключително капсулирана структура и не допуска външно влияние. По отношение на детските градини – там има много по-голяма нужда от взаимодействие със социалната система. И родителите, и учителите, обаче нямат добро познаване за възможностите за взаимодействие. Те дори не се познават лично. Учителите не познават социалните работници, служителите в отдел „Закрила на детето“ включително, и не знаят към кого да се обърнат при нужда. Освен това, има един страх, че ако се обърнат към тях, това означава, че не могат да се справят, че не са добри професионалисти. Така нещата се затварят вътре в системата – всичко да е под наш контрол, да не се излагаме. Но това носи голямо напрежение за учителите – не знаят как да се справят с деца от проблемни семейства ...”* (интервю с експерт, голям град)

Наблюдава се и взаимно непознаване на законите за всяка от системите, което няма как да е от полза за междусекторното взаимодействие. Не е ясно дали ЗЗД се познава от работещите в сферите на здравеопазването и образованието и доколко се изпълнява от тях в неговата пълнота. В същото време, налице са негативни нагласи към социалните работници от системата за закрила на детето, поради навлизането в територията на семейството и ирационалната заплаха, че могат да отнемат децата от техните родители. Натрупани са и негативни нагласи към системата за закрила, породени от негативен опит при досега със системата:

*„В момента в нашето отделение има 12 деца, за които социалните служби не могат да намерят приемни семейства (законовият срок за намиране на приемна грижа е 6 месеца). Отделението е превърнало три лекарски кабинета в място за отглеждане на деца и това е станало обект на журналистически репортаж.“* (Следва изказване против това, че специализираните институции са закрити.) (изказване на лекар, фокус група с професионалисти, голям град)

Закрилата за децата в риск в детските градини е поставена на изпитание. От една страна, при насилие над дете се подхожда наказателно към детето, без да се търси друга причина или изучаване на семейната среда на детето, например, дали има домашно насилие, злоупотреба с алкохол на родителите и други. А от друга страна се констатира, че на практика няма и не се оказва помощ за деца в риск в детските градини:

*„Да, няма помощ. Има помощ доколкото учителите могат да се справят с това нещо. На практика учителите в детските градини са натоварени със задачата да се справят и с психологическата, и със социалната работа, и с работа с деца със СОП. Това е невъзможно – те нямат нужната квалификация, работят с големи групи деца. Това не е тяхна работа, а и родителят не би се доверил на съветите им.“*  
(интервю с експерт, голям град)

На базата на събраната информация, като основна специфика и трудност се очертава различната гледна точка на представители на различните системи за ролята на всеки от секторите в подкрепата на ранното детско развитие. Грижите през първите 3 години са предимно с фокус върху физическото здраве, докато други линии на развитие в тази възраст - емоционално, социално и познавателно - остават без необходимото внимание. Това се проявява в много конкретни ситуации, например много деца, които имат проблеми с говора или късно проговарят не са разпознати навреме и това става едва в детската градина. Фокусът на работата в детските ясли, които са част от здравната система, е върху грижата, основно медицинската грижа. С промените в нормативната уредба, които дават възможност двегодишните деца да посещават детска градина, фокусът на грижите има потенциал да се измести в полза на развитието на други качества на детето, но както е отбелязано в секцията за нормативната рамка, това е предвидено само за яслените групи към детските градини, но не и за детските ясли, които са под шапката на МЗ. Има необходимост да се синхронизират и координират регламентите в нормативните рамки на секторите, което ще създаде условия за единна политика и за взаимодействия по хоризонтала и вертикала.

Проблем от гледна точка на участниците в изследването е и начина, по който се изработват нормативните регламенти във всяка от сферите, което често се случва без да се използва експертизата на ключови заинтересовани страни от други системи.

*„В момента МЗ подготвя Наредба за здравните кабинети в детските градини, без да бъдем поканени. Министерство на туризма подготвя Наредба за детския отдих и туризъм, която ще се изпълнява от детските градини и училищата, където също не сме поканени – това са примери как си комуникираме с ведомствата.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

*„Участвах в работна група по изготвянето на Националната програма за закрила на детето за 2017 г., на която присъстваха представители и на МОН. Те участваха в предложенията, касаещи различните сфери за закрила на детето – децата в детските градини, в училищата, децата с девиантно поведение – доста въпроси се обсъдиха. Но за въвеждането в практиката на всяко едно решение, всяко ведомство зависи от бюджета си – затова решенията закъсняват.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

*„Всичко е някак пререгулирано.“* (интервю с експерт, голям град)

Има предложения от интервюирани участници за необходимостта да се направят структурни и нормативни промени, които да подобрят междусекторното взаимодействие, някои от които са чрез конкретни предложения, като например Центровете за майчино и детско здраве да не бъдат към Министерство на здравеопазването:

*„Звеното трябва да е онзи микс между здравна и социална грижа с фокус върху децата. Тоест, да не е МЗ, защото то гледа само и единствено клиничната част. Виждаме какво се случва в момента с техните центрове за майчино и детско здраве – не е това, което се очаква. Когато говорим пък за социална грижа, тогава някак си се пропускат нещата, свързани със здраве и пак излизаме от фокуса за децата. Тъй че трябва да е ново звено и то пряко да ръководи дейността.“*  
(интервю с експерт, голям град)

### **Сътрудничество с родителите**

От проведените интервюта и фокус групи във връзка с хоризонталните взаимодействия се появява темата за сътрудничество с родителите. Колкото по-малко е детето, толкова услугите за него



са опосредствани от качеството на взаимодействието на специалистите с родителите. Като основна трудност се посочва комуникацията с родителите в системата на образование. В образователната система има трудност да се преодолее наказателния подход към родителите и да се развие практика, която се информира от социализиращата функция на училището. Възпитанието като цел формулирана в педагогиката отдава доминираща роля на морално-оценъчното отношение, което не повдига въпроса за причините за трудностите, които има едно дете при постъпването му в детска градина и по-късно в училище. Затова всеки един опит на учителите да бъдат партньори на родителите се сблъсква с чувството за вина, усещането за провал в родителската им функция или отхвърляне на помощта.

*„Родителят отказва, комуникацията се къса при родителя. Когато учителят констатира някакво отклонение, родителят казва: „Сега ще го нашамаря, спокойно“ - в най-лошия случай, в най-добрия случай си премества детето и извъртява всички детски градини.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

*„Една от належащите нужди на учителите в детските градини е, че те искат да знаят как да работят с родителите, защото те не знаят как да ги привлекат. Учителите казват: „имаме лоша комуникация с родителите“. Те самите също, обаче имат нужда от подкрепа и обучение как да комуникират с родителите.“* (интервю с експерт, голям град)

Според участниците, при решаването на тези трудности от ключово значение е взаимодействието между психолози и социални работници в провеждането на срещи между тях за обсъждане на проблемите с родителите, особено при наличието на културални специфики свързани с практиките на отглеждане на деца. Ролята на различните специалисти дава възможност да се представи друга гледна точка за нуждата от грижа, услуги и подкрепа, която се различава от педагогическите възпитателни подходи, които имат превес в отношението към децата у нас. Тази среда за обсъждане и намиране на начини да не се прекъсне сътрудничеството с родителите е по-развита и застъпена като практика вътре в отделното звено, услуга или център, отколкото между сферите, където се прекъсва от „бумашината“ или нормативни процедури, които създават пречки и водят до нарушаване на отношенията с родителите. В тази посока е важно да се изгради доверие във връзката с тях и да се осигури поддържането му:

*„[...] да знаеш че има още някой, когато имаш проблем да можеш да разчиташ, да се обърнеш към него.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

В проучването ясно се очертава значението на културалните характеристики в начина, по който всеки специалист от секторите изгражда връзката с родителите. Участието на медиатори от съответната етническата група спомага за изграждането на мостове на сътрудничество и вход към семействата.

*„Образователните медиатори от ромски произход в детската градина са много важни за нас, дясната ни ръка, най-малкото бяха незаменими, за да достигнем до хората от ромската общност в началото. Без тях не можем да достигнем до ромите. Има изключително силен ефект да се работи с тях, те често имат и по-високо образование. Една от тях например е проактивна, завърши образование след като стана майка, уважават я в общността, тя подпомага общността и при решаването на други проблеми, например попълване на документи, търсене на лични лекари на деца, които нямат.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

*„Имаме предварителна програма – местна активна група по проектите за формулиране на политики, които касаят ромите – получи се добро взаимодействие с общността, тези хора от активната група – това са пастори, формални и неформални лидери, ние ги назначаваме като общностни работници, те са завършили по-високо образование и затова ги уважават.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

### **Координация между системите**

Най-точна представа за координацията на услугите за ранно детско развитие или за съвместна работа между различните системи, която дава интервюиран е следната:



*„Очаква се родителят да е естественият координатор на грижата.“* (интервю с експерт, голям град)

Споделеното от участниците в проучването показва, че много от специалистите са с нагласата, че родителят следва да осъществява взаимодействието между системите и да бъде координиращото звено между тях, а не те самите да имат директен контакт:

*„Ако лекарят трябва да говори с друг човек, а не с родителя, че детето има проблеми, това не би могло да се случи.“* (интервю с експерт, голям град)

Нуждата от единен център за координация и междуинституционални взаимодействия, както хоризонтални, така и вертикални се посочва от всички интервюирани и участниците във фокус групите.

*„Тук имаме системен проблем също – няма един отговарящ орган за детските заведения. Те са поделени между общините, МЗ и МОН. Едно от решенията вероятно би било да има един орган, който да отговаря за тези интегрирани грижи, а не да се разпределя безотговорността между различните институции.“* (интервю с експерт, голям град)

Ролята на Държавната агенция за закрила на детето се изтъква като липсващия център, с помощта на който следва да може да се задвижи всяка от системите в посока на съвместяване на дейностите.

*„Прави се прехвърляне по службите без реално никой да се ангажира и да се свърже с детето и семейството. Образованието – не съм забелязала да си взаимодействат със здравеопазването. Полицията се вика често, когато се сбият децата и това предизвиква насмешка. Пишат и звънят в ДАЗД и АСП, но спират, защото от ДАЗД не правят нищо. Защо ДАЗД е ирелевантна? Различни отговори, различни версии: много ниско в йерархията на държавния служител; претоварени са с работа; прекалена бумащина, не остава време за истинска работа; имат много случаи, сигнали. Има нужда от ДАЗД, но не в този ѝ вид. Имаме нужда в случай, че е овластена и в нея работят специалисти.“* (интервю с експерт, голям град)

*„От много години ДАЗД апелира към МЗ за създаването на здравно-социални услуги, съчетаващи и медицината, и социалното, и психическото в една качествена грижа за децата. Вече е постигнат някакъв консенсус и се върви по посока създаването на такива центрове.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Темата за доверието и за изграждането му между всички ангажирани участници е водеща, когато се обсъждат хоризонталните взаимодействия. То се изгражда на базата на неформалните отношения и лични връзки, а не се базира на доверие в професионалната преценка и експертизата на съответния специалист или институция.

*„Работи там където има добро влияние - там където имат тесен контакт с полицията. Системата функционира, когато има лични връзки, изградено доверие, средата тогава е малко неформална.“* (интервю с експерт, голям град)

От една страна, липсата на единен център за координация и бюрократичния ред са предпоставка за спънки в хоризонталното сътрудничество. От друга страна, обаче когато професионалната комуникация не се споделя чрез ясна технология за управление на случая се създават условия за разпиляване на ресурси, загуба на човешка енергия и време, и разнопосочни действия от гледна точка на гарантиране на най-добрия интерес на детето.

### **Обща информационна система за управление на случаи**

Една от ключовите теми, която излиза на преден план при анализа на взаимодействията е координацията на системите на нивото на отделния случай. Това се коментира в посока необходимостта от поддържане на единна информационна система. Поддържането на информационната система се счита за неотложно, особено в сегашната ситуация, в която:

*„Има три координационни механизма. Те трябва да бъдат ревизирани и то така, че да бъдат работещи за всички въвлечени (системи). В един момент се оказа, че едно и също дете всички го отчитат по различни показатели на различни места, в различни срокове, това е уловка, в крайна сметка ние десет деца ли имаме или едно отчетено десет пъти. Този момент сега все още съществува.“ (интервю с управленец, голям град)*

Посочва се, че липсата на единно координирано управление създава предпоставки за редица нередности в грижите за децата.

*„Системата за извеждането на дете в медико-социален риск от болницата има пробойни, тъй като не предвижда проверка на диагнозите, с които децата биват изписвани и насочвани към домовете за медико-социални грижи. Например, когато едно дете бива отхвърлено от няколко приемни семейства, лекарят би могъл да напише фалшива диагноза, за да бъде то изведено от болницата, като никой не провежда контрол върху действията му. Това е неблагоприятно за детето и затова в отделението, в което той работи, някои деца биват държани месеци, докато се намери грижа за тях.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

Освен това, информацията, която се обменя между здравната и социалната системи е абсолютно необходима, за да може да се отговори по съответен начин на потребностите на бременните жени и на младите майки. Има конкретни предложения за това, които касаят наличието на подходящи информационни системи, като например:

*„Пациентски досиета», които да са достъпни за всички лица, които оказват медицински или социални грижи, които да бъдат с различни нива на достъп, така че всеки да проследява това, за което е отговорен. Един проблем е, например, че може да се види колко прегледа е направила майката през Здравната каса, но не и да се види какво точно например се е правила в болницата; особено при бременни неосигурени жени това е важно.“ (интервю с експерт, голям град)*

*„Ако има вариант човек да получи достъп с ЕГН или с някакъв персонален код на професионалиста и ти излезе – тази жена – толкова изследвания, такива рискове излизат, такива показатели извън рамките излизат; това е нещото, което изключително много улеснява работата в другите държави. Достъпът до медицинската информация за жените.“ (интервю с експерт, голям град)*

*„Да, всъщност това е – центрове, мобилни екипи към тези центрове, достъп на екипите в тези центрове до национални регистри, било то – национален регистър за ражданията, национален регистър за бременности, национален регистър за недоносените бебета, тъй като това са групи, които са рискови и майките имат нужда от допълнителни умения за гледането на тези деца. Всичко ще ни се реши, когато в един момент заработи това пациентско досие.“ (интервю с експерт, голям град)*

Единна система за управление на случая се изтъква като необходимост и за целите на извеждането в практиката на персонализиран подход, който интегрира, проследява и канализира всички грижи и услуги по конкретния случай.

*„[...] вече колко години имаме здравно осигуряване, а няма функционираща информационна здравна система за здравните персонални файлове на хората. [...] Може комплексно да се помага на децата, а не да бъде анонимна грижа, като нямат връзка помежду си социалното, образователното и здравното, всеки оре собствената си нива сам за себе си, ако може да се координира тази грижа. Създали сме професията на кейс мениджъра, на водещия на случай при психично заболяване, не е задължително да е лекар, а социален работник. Може да се помага на деца с проблеми, човек който да има представа за комплексността на проблема и да прави този лиазон, тази връзка с друга социална грижа.“ (интервю с експерт, голям град)*

## **Успешни практики на хоризонтални взаимодействия**

В тази секция са посочени примери за успешни взаимодействия, които се разпознават като такива от участниците в интервютата и фокус групите. Общото при тях е, че те се развиват на нивото на местната общност и зависят от взаимовръзките между участниците. Представено е изследване на конкретен случай на успешна практика на взаимодействие в малък град (вж. в текстовото поле), както и бяха дадени следните примери за добри практики от участниците в изследването:

- Успешно взаимодействие между ДМСГД и социална услуга чрез създаване на функцията на свързващо звено между болница и детски специализирани заведения, в което работят психолог, социален работник и координатор.
- Практики на неправителствени организации, като например практиката на фондация „Здраве и социално развитие“ за централизирана грижа за групи майки, които посещават услуги в център на фондацията, включително услуги за бременни майки.
- Проект за създаване на Общностен център, който развива успешна практика за изграждане на доверие с родители от различен етнически произход чрез функциониране на мултикултурен екип, медиатори от съответната културна група и предоставяне на услуга в дома.
- Помагала за сексуално образование и превенция на самоубийствата създадени от Център за обществено здраве, които адресират случаи при млади хора и деца, които преживяват провали, любовна мъка, депресивни мисли, нямат социален опит и прибягват към крайни решения.
- Развитие на иновативни услуги от рода на „канис-терапия“ за деца с увреждания - обучени кучета, които работят с деца с детска церебрална парализа и деца с нарушения от аутистичния спектър, като това се случва както в социални услуги (дневни центрове), така и в образователни такива (центрове за специална образователна подкрепа, центрове за подкрепа за личностно развитие и ресурсните центрове за подкрепа на процеса на приобщаващото образование).
- Възможност за почасово посещаване на детска градина, което води до повече гъвкавост за семействата, които досега по различни причини (вероятно най-вече от социален характер, вкл. финансови затруднения) не са водили децата си на детска градина.

### ***Изследване на случай: интегриран модел на универсална подкрепа между социалната и образователната системи***

Макар и силно диференцирани, социалните услуги могат да предоставят универсална подкрепа с цел превенция на рисковете при наличие на добро хоризонтално взаимодействие. Такъв е примерът на ЦОП в гр. Нови Пазар, чиито екип започва работа по образователна подкрепа през лятото на 2016 г. по желание на директора на училището в селото, в което работят. Целта, която дефинират ясно е да подпомогнат адаптацията на децата в първи клас. Обсъждат ситуацията, проучват потребностите, разговарят с родителите дали са съгласни да обхванат през лятото децата, запознават ги на първа среща каква ще е насоката и какво имат като ресурс.

*„Оказа се, че наистина най-големият проблем е езикът и част от децата не са посещавали детска градина, никакви умения за фина моторика. А се виждаше, че децата имат капацитет. Казваха, че се сецат за думата „луна“ на турски, а не на български. Лека по лека под формата на игри: смесвахме нещата да им е забавно, да развиват мотивация. Ходехме до училището, за да видят сградата, в която ще ходят. Да им повишим малко информираността. И когато започнаха първи клас, при разговори с директорката и с класната, те бяха въодушевени, че децата вече имат представи за неща, които се предвиждат в първи клас да бъдат учени. Отработваме спазване на правилата, дисциплината, социални умения.“ (фокус група с професионалисти, Нови Пазар)*

Моделът, който е развит от екипа на ЦОП в Нови Пазар включва предоставяне на образователна подкрепа в рамките на социалната услуга, която се предлага. Представителите на ЦОП осъзнават необходимостта от това да се работи постоянно с тези деца.

*„От години работим с едни деца от ромската общност. Отначало не можехме да ги накараме да ни изслушат за какво сме отишли. Миналата година ги заведохме на лагер. Администраторката ме извика да ми благодари, че тези деца са били с невероятни социални умения, поздравявали, вежливи, спокойни. Видяхме как като се работи с тези деца постоянно и имахме и подкрепата на родителите, какви резултати се постигат. Те наистина се променят.“* (фокус група с професионалисти, Нови Пазар)

Специалистите осъзнават значението на ранното въздействие по отношение на децата в риск от отпадане от училище:

*„Разбрахме, че когато детето е 3-ти и 4-ти клас вече е много трудно, детето е неграмотно и трудно навакса. Миналата година решихме с колегите за децата, които не са минали предучилищна подготовка или просто нямат ниво, за да влязат в първи клас, да работим с тях. Работихме 2 месеца и учителките ни дадоха много добра обратна връзка. Децата не са забравили наученото в детската градина и го надграждат. Родителите и директорите на училищата пожелаха да продължим да работим с тази група деца.“* (фокус група с професионалисти, Нови Пазар)

На децата им харесва доверието, което им гласуват специалистите от ЦОП и вниманието, което получават, затова работят с желание. Управителят на ЦОП споделя, че нейното настояване е било специалистите от ЦОП да правят оценките, които понастоящем правят социалните работници от ОЗД. Тя смята, че тогава оценката би била много по-реална: *„Ако ние правехме тези оценки, щяха да излязат много неща и да стане ясно, че много деца имат нужда от образователна подкрепа и социални услуги“*. Според нея проблемът е, че няма национална стратегия за развитието на социалните услуги, която да се разработва съвместно с училищата и детските градини. Това виждане за необходимостта от взаимодействие между образователните институции и социалните услуги се споделя и от други участници в изследването:

*„Училищата и детските градини си имат своите програми и за да влязат социалните услуги в училище, трябва да представим темите, с които можем да влезем, в началото на учебната година.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

*„Най-доброто е насочването директно към ЦОП от директорите на училищата.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Дейностите на ЦОП в Нови Пазар, състоящи се в образователна подкрепа се основават на семейно-ориентиран подход и разбиране за необходимостта от превенция на отпадането от училище. Опитът на услугата поставя по съвсем конкретен начин проблема за липсата на универсалност на социалните услуги. Универсалният достъп до социалните услуги е абсолютно необходим, когато те целят превенция на определен, ясно идентифициран риск. В случая на Нови Пазар това е отпадането от училище на деца, чиито родители са в неравностойно социално-икономическо положение и не владеят добре български език.

*„Директорът [...] беше подал списък на деца, за които ОЗД даде направления. Другите деца ги насочват направо училищата. Ако ни задължат децата и семействата да ползват услугата само през направления на ОЗД, много от тях ще отпаднат и няма да имат достъп до услугата.“* (фокус група с професионалисти, Нови Пазар)

*„Смятаме, че има много деца, които трябва да бъдат обхванати, най-вече от други етноси и не владеят български език. Те са в турско говореща среда, като постъпят в училище, то не разбира какво му говорят. Не сме обхванали и родителите, защото нямаме тази възможност, а и не всички родители искат. Основната причина да отпаднат децата от училище е неразбирането на материала поради невладеене на български език. За нас отдалечеността не е проблем, защото имаме транспорт и можем да се придвижваме.“* (фокус група с професионалисти, Нови Пазар)

В усилието за приобщаване на деца със специални потребности в детски градини и училища, на социалните услуги им се налага все по-често да работят и предоставят образователна подкрепа. Тези практики се налагат особено в региони със смесено население, в които езиковата бариера може да се превърне в препятствие за приобщаване на детето със или без специални потребности в масово



учебно заведение. В случая виждаме, че образователната подкрепа, предоставяна чрез социална услуга, съответства на осъзнаването на необходимостта от дейности по превенция на отпадането от училище. Към този превантивен подход се прилага и семейно-ориентиран подход, който е ясно осъзнат в случая на ЦОП в Нови Пазар:

*„Друго, което правим с родителите в детските градини, провеждаме беседи и дискусии с родителите, за да им кажем колко важни са първите 7 години. Колко важен е моделът на поведение на родителите, ролята на семейството. За родителите на децата, на които им предстои първи клас, раздаваме наръчниците, които издаде Асоциация Родители - „Детето ми ще бъде първи клас“. Родителите, които не успяват да дойдат на беседите, ни търсят в центъра.“ (фокус група с професионалисти, малък град)*

Практиката интегрира работата на участниците от социалната и образователната системи и позволява да се очертаят подходи за хоризонтално взаимодействие между системите. Работата с родителите е ключова за задвижване на ресурсите на двете системи за подкрепа и включване в услугите. Как родителите да участват, каква да бъде комуникацията с тях, взаимното обединяване на добри практики и подходи за създаване на доверие и сътрудничество с родителите - това са въпроси, които следва да продължат да бъдат обсъждани между професионалистите от двете системи.

## 2.3.2 Вертикални взаимодействия

Анализът представен в тази секция е обусловен от усилието да се открият проблемните зони на взаимодействие между централната и местната администрация, така като са видени от нашите респонденти. Изследва се степента на *вертикална диалогичност*, включително къде се поставя акцента в общуването; какви (други) аспекти влияят върху възможността за пълноценна вертикална комуникация; отчитат ли нормотворците обратната връзка на професионалистите работещи на терен. Коректно е да започнем анализа на информацията, споделена от нашите респонденти, с уточнението, че темата за *вертикално взаимодействие*, не беше сред планираните. Тя ни беше подсказана, донякъде наложена от нашите респонденти, често със своите думи, понякога със своето мълчание.

### 2.3.2.1 Участие на професионалистите работещи на терен в нормотворческия процес

Отчитат ли нормотворците обратната връзка на професионалистите работещи на терен? Не. Или поне това е доминиращото усещане на респондентите професионалисти, работещи директно с деца и родители. Респондентите във фокус групите нееднократно препоръчваха когато се пишат законите и нормативните актове, в работните групи да се включват професионалисти, които работят на терен. Ето и представителен цитат:

*„Абсолютна липса на съгласуваност на нормативно ниво. Като се бръкне в една система не се мисли какво се обръква в другите системи. Отдолу погледнати тези политики са безумни. Те не са формулирани от хора, които се занимават с проблемите в практиката.“ (фокус група с професионалисти, малък град)*

Забележителното е, че както този, така и последващият цитат са на респонденти заемащи управленски позиции. На въпрос за взаимодействието в процеса на подготовка на нормативни актове в сферата на ранното детско развитие, един от интервюираните представители на общинска администрация в голям град отговори: „За съжаление - никакво взаимодействие няма. Общините отново сме поставени в неизгодно положение.“ Тук не става въпрос за прояви на спорадични оплаквания, а за натрупване на критична маса от недоволство и акумулиране на осъзната, активна позиция, която беше и артикулирана:

*„Категорична съм, че до общините не достига необходимата информация още на работно ниво в дадено министерство, когато се обсъждат законодателните промени. [...] Изводът за мен е, че работните групи на национално ниво, които носят отговорност за изработване на даден*



документ, е хубаво не само чрез НСОРБ, а общините, които засяга дадена услуга, да бъдат канени директно да участват.“ (интервю с управленец, голям град)

Има я обаче и другата страна на медала. Сред нашите респонденти имаше и такива, които са участвали в подобни работни групи. Тяхната препоръка беше тези участия да не са формални. Може би беше случайност, но попаднахме и на следния случай: в една от фокус групите колегите, с основателна гордост, споделиха, че благодарение на тяхното усилие е било прието определено предписание, засягащо определен порядък в детските градини и детските ясли. Като цяло съответната нормативна рамка добре адресира проблем<sup>92</sup>, който се среща често в по-малки населени места. Респонденти във фокус група в голям град обаче дадоха абсолютно същото нормативно предписание като пример за недобре обмислена разпореда, която нямало как да се случи, ако били консултирани професионалистите на терен.<sup>93</sup>

Това анекдотично доказателство, че вертикалното взаимодействие си има своите обективни трудности и особености, не променя радикално извода, че в нормотворческия процес има много какво да се подобри, когато става дума за отчитане на обратна връзка от професионалистите. Или изразено с думите на висш управленец:

„Процесът трябва да върви отдолу нагоре и отгоре надолу, едновременно. Важното е мнението на професионалистите на терен да бъде равностойно на интереса на администраторите на върха.“ (интервю с управленец, голям град)

Сред професионалистите, които работят директно с децата го има усещането, че нормите се правят някъде там далеч, от някакви експерти (чети: бюрократи), които си нямат представа от директна работа с деца и семейства. Това чувство за отчужденост от процесите на вземане на важни решения се проектира и върху други аспекти на взаимодействието по вертикала. Заедно с ниското заплащане и липсата на позитивна комуникация с част от родителите, това допринася за усещането за леко пренебрежително отношение от страна на обществото към работа на професионалисти, в чиито ръце – буквално – са децата на нацията.

### 2.3.2.2 Предизвикателствата на административния вертикал

Кои са най-проблемните зони на взаимодействие между държавната и общинската администрация? Отговорът на този въпрос варира в зависимост от позициите и гледните точки на респондентите. Все пак като основни проблеми, разпознати от разнороден кръг респонденти, се очертават: акцент върху контрола и липса на координиращо звено; липса на подкрепа и позитивна обратна връзка; неадекватно натоварване на професионалистите, респективно, нереалистичните очаквания и изисквания към тях и оттам - усещането за самотност и липсата на престиж на тяхната работа.

#### **Акцент върху контрола и липса на координиращо звено**

За отбелязване е отсъствието на оптимизъм, че като цяло професионалистите и администрациите имащи отношение към ранното детство са в състояние да гарантират най-добрия интерес на детето. Тази липса на убеденост се отнася и за работата на отделите за закрила на детето в случаите, когато става дума за деца в неблагоприятни ситуации или в риск от такава.

Не по-голям е ентузиазмът и по отношение на ДАЗД и нейните регионални структури. Показателно е и че и самите служители на ДАЗД, дори когато са мотивирани и компетентни, си дават сметка за ограничените рамки, в които те могат да оперират. В една от дискусиите по време на фокус група в голям град, учител в детска градина даде пример с дете със синдром на Даун, чиито родители работят. Детето се води сутрин в 7:30 и вечер се взема в 19 ч. без две минути; това се налага от работното време на родителите. На въпроса „А ако тя трябва да го заведе в специализиран център?!“, вместо отговор последва друг логичен въпрос: „Защо тази услуга да не се случва в

92 За да не се създава впечатление за неяснота и непълнота да споменем, че става дума за окомплектоването на групите в детските градини, там където не достигат деца; важното обаче тук е не същността на конкретния проблем, а предизвикателствата пред участниците в процеса на нормотворчество.

93 Споделянето на този „казус“ с колега породи следния коментар: [Тази] находка ... доказва, че опитът да бъде наложена на различни контексти една и съща мяра е пагубно.

детската градина?“ Присъстващ експерт от ДАЗД отговоря: „Трябва да направите предложение.“ Директорът на детската градина: „Правим предложение към вас.“ Експертът от ДАЗД: „ДАЗД е единствено с контролни и методически функции. Тя нито може да разкрива или закрива социални услуги, нито може да има пръст в лицензирането. Предложението трябва да се направи към МОН.“

В същото време позицията на ДАЗД като институция, която е по закон равно отдалечена от МЗ, МОН и МТСП, и като орган, на който са вменени координационни функции, я прави възможен кандидат, опция за орган, който „да бъде координирацията орган, който да прилага една стратегия за РДР“, ако използваме думите на друг наш респондент. Тези думи на висш управленец са комбинирани и с признанието, че в момента това би било едно голямо предизвикателство за агенцията. Това признание обаче може да бъде интерпретирано позитивно: има разбиране на нуждата от стратегия за ранно детско развитие, както и за моментния капацитет на агенцията и за размера на предизвикателството; с други думи преходът от фазата на повсеместно оплакване към търсенето на структурни решения вече е започнал. Към тази позитивна нотка да добавим и мнение споделено от експерт от водеща НПО, в отговор на въпрос дали ДАЗД може да се припознае като организация, която да координира политиките в сферата на РДР:

„Поне за мен, фокусът им е намеса при виждане на някакъв риск. Ако ДАЗД бъде разширена и със сменен фокус – да, защо не. Но, това пак е закрила на детето. А, в случая не говорим толкова за закрила, а и за окриляване, за развитие. По друг начин трябва да се мисли. Не само намеса, когато има проблем, а работа с децата, така че да не се получи проблем. Но, основите там се полагат [с една специализирана структура] – ние като работим на парче от всички страни, резултатите не са такива, каквито трябва да бъдат.“ (интервю с експерт, голям град)

Според респондентите е ясно, че промени са неизбежни, не само по отношение на структурите, а и по отношение на функционирането на цялата система от държавни органи имащи отношение към ранното детство. Немалка част от наличните ресурси се използват за покриването на формални изисквания вместо усилието да се концентрира върху ефективно гарантиране на най-добрия интерес на детето и на устойчива подкрепа за неговото семейство. Това не подпомага и работата на професионалистите работещи на терен.

В заключение: естествено, че в сфера, където секторните подходи доминират, не може без координация; нито пък необходимостта от контрол следва да се поставя под въпрос. Но координацията и контролът трябва да спомагат за реализирането на висшите интереси на децата, а не да водят до „декапитализиране“ на РДР в България. Казано с думите на един от нашите респонденти, професионалист с дългогодишен стаж, работещ директно с деца и ползващ се с респект сред колегите си в страната: „Много често усилията отиват в писане на документация вместо в грижи за детето и семейството.“ (интервю с експерт, голям град)

### ***Липса на (позитивна) обратна връзка като част от проблемите на вертикалното взаимодействие***

Имаше очевидно припокриване между местата, където нашите респонденти професионалисти бяха постигнали по-добри резултати в работата си с деца в ранна възраст и техните семейства и местата, където забелязахме наличието на активна обратна връзка между тях и местната администрация. Особено важен аспект на тази обратна връзка беше наличието на загриженост и позитивност към професионалистите. Такива примери имаше, но навярно засега те си остават примери, изключения. Това навежда на мисълта, че липсата на позитивна обратна връзка „по вертикала“, липсата на активно изразяване на подкрепа и оказване на поддръжка на професионалистите също е сериозен дефицит в сферите, които имат отношение към РДР. Към това заключение трябва да се подхожда много предпазливо, но вероятно е повод за размисли сред управленците имащи отношение към темата.

### ***Неадекватно натоварване (като съотношение деца - обгрижващи професионалисти)***

Със сигурност не е маловажно обстоятелството, че натоварването, на което са подложени професионалистите, работещи директно с деца и семейства е неадекватно. „Неадекватно“ навярно е политически коректният термин; по-честно е да кажем, че за мнозина натоварването е „чудовишно“.<sup>94</sup> Във всички сфери недостигът на кадри е осезаем, но най-критично е в сектора на закрилата на детето и

социалните служби. Като илюстрация предлагаме няколко от реакциите на нашите респонденти:

*„Няма достатъчно социални работници, а и чисто териториално няма добро покритие.“ (интервю с експерт, голям град)*

*„Дирекция „Социално подпомагане“ – [име на община] се стопи. ...бяхме 20 човека, лека полека се съкратихме, Дирекция [име на община] стана отдел и я претопиха към [име на близък областен град]. Хората по селата на практика не виждат социални работници. В този смисъл социалната система не може да влезе по полезен начин по селата. Хората не могат да си подадат заявления, всичко се прави на коляно, ДСП не може да влезе в селата и да бъде полезна. Няма пари за бензин, за консумативи.“ (фокус група с професионалисти, малък град)*

Съотношението на педагогически персонал – деца в детските градини, е засегнато на няколко места в този текст и неговата промяна в посока на намаляване на броя на децата, с които са ангажирани педагозите в детските градини и предучилищните групи е една от най-важните ни препоръки. В погорна секция беше отбелязана и липсата на здравни специалисти, особено в малките населени места, като особено важно по отношение на ранното детско развитие е осигуряването на достатъчно АГ специалисти, педиатри и неонаталози.

### **Усещане за нисък престиж**

Всички от маркираните непосредствено по-горе проблеми - усещането за незаинтересованост за мненията и проблемите на практикуващите професионалисти когато се разработва нормативната рамка, изместеният фокус върху контрола, попълването на документация вместо директна работа със деца и техните семейства, липсата на (позитивна) обратна връзка, неадекватните съотношения между броя на професионалисти и броя на децата и семействата, с които те трябва да работят - допринасят за усещане на самотност и нисък престиж сред мнозина професионалисти работещи директно за деца.

Един от интересните начини, по които това усещане се коментира е през отговорите на въпроса защо професиите в повечето от РДР сферите са доминирани от жени. Нееднократно нашите респонденти, които всъщност доминиращо бяха жени, отговаряха, че причината е много ниското заплащане и престижа (като очевидно за мнозина двете категории са в ситуация на скачени съдове). Темата за ниската оценка, която обществото и държавата дават на професионалистите работещи с деца е в обществената домейн не от вчера. Тук само я маркираме, за да обърнем внимание и на обстоятелството, че усещането за ниския престиж и всички произтичащи от него последствия имат своя генезис в съвкупност от обстоятелства свързани (и) с вертикалните взаимодействия.

### **2.3.2.3 Ролята на неправителствените организации**

Темата за ролята на НПО сектора също не беше изначално планирана, а беше по-скоро подсказана от респондентите. Тъй като тя е паралелна на темата за вертикалното взаимодействие, тук само е маркирана накратко, с идеята да добавим стойност към разбирането на комплекса от взаимодействия засягащи РДР. Това е направено с идеята, че бидейки извън обхвата на това проучване, тя заслужава да бъде целенасочено изследвана. Неправителственият сектор включва както регистрираните юридически лица с нестопанска цел, така и неформални групи и обединения.

Като цяло ролята на НПО е положителна и в повечето случаи – оценена. Нюанси, разбира се, има и е важно да им се обърне внимание, заради немалкото влияние, което те имат върху процесите, засягащи системите за РДР. Професионалисти и експерти отбелязват, че НПО са носители на нови идеи, отварят сектора, привличат обществено внимание. Според висш управленец, те са част от процес на неизбежна промяна:

*„Промяната може би идва от това, че му е дошло времето, неправителственият сектор е активен, системата вече не е така затворена.“ (интервю с управленец, голям град)*

НПО често управляват социални услуги и мнозина професионалисти са имали редовни контакти с НПО, като някои от тях са работили или в момента работят в НПО. За мнозина професионалисти на терен

взаимодействието им с колегите им работещи в НПО е по-лесно и ефективно, отколкото това с колегите им от другите образователни, социални или здравни институции:

*„Когато става дума за услуга в общността – тогава всъщност не е прецедент да има добро сътрудничество. НПО-тата по-добре координират и си взаимодействат със социалните служби.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Същото взаимодействие, през погледа на социалния работник – служител на НПО е добре обосновано:

*„Ние сме принудени да имаме по-комплексен подход. В държавните институции нещата се администрират твърде много.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Такива примери не са изключения, но това не значи, че неправителствените организации са безрезервно приемани, и за това също си има основания. Ето какъв опит беше споделян по отношение на ролята на НПО в процеса на деинституционализация:

*„През годините в дома се развиха много добри практики по отношение на включването на родителите в комплексната грижа за хронично болни деца и деца с увреждания, които не се разпространиха от системата за закрила и социални услуги за деца и семейства. Нещо повече, през цялото време никой не се интересува от тези практики, които са в най-добър интерес на детето и неговото семейство. В процеса на деинституционализация тези практики попаднаха под общите нападки и заклеймяването на домовете. Случвало се е, НПО да дойде със заявлението, че ще закрие дома. Отначало повярвахме, че искат да анализират предлаганите от нас услуги и ползата им за децата и семействата. Организирахме среща между родителите, чиито деца ползват нашите услуги. Оказа се, че те не се интересуват от думите и мнението им, единствената им цел беше да затворят дома без да имат визия, къде ще се извършват всички комплексни здравно-реhabилитационни и други услуги, които ние предлагаме в диапазона на ранното детство.“* (интервю с професионалист, голям град)

Споменатият положителен принос на НПО в прокарването на иновации, създаването на възможности и активирането на обществено мнение, естествено върви с необходимата доза критичност и желание за промяна. Остава въпросът дали този аспект е добре разбран. Необходимостта от критичност има и друг аспект, който нашите респонденти ни помогнаха да изведем: за да бъде (добре) прието критичното отношение, което представителите на НПО могат да имат към работата на институции, експерти и професионалисти, то трябва да бъде съпроводено с поне същата степен на критичност към собствената им работа.

### 2.3.3 Съществуващи интегрирани услуги: разбиране, необходимост и устойчивост

#### 2.3.3.1 Интегрирани услуги и ранна интервенция

От гледна точка на организацията на грижите за децата в ранна възраст, новите интегрирани услуги представляват особен интерес, защото имат потенциала по-бързо и по-рано в сравнение със съществуващите здравни, образователни и социални услуги да достигнат до децата и техните семейства, както и да обхванат по-ефективно техните потребности и да допринесат за осъществяването на комплексна подкрепа.

Интегрираните услуги съчетават различни видове подкрепа: социална, психологическа, здравна, образователна и др. Същевременно те се осъществяват по интегриран начин, което изисква добър междусекторен подход при предоставянето им и най-вече ефективно хоризонтално взаимодействие. Нормативната рамка по отношение на интегрираните услуги е засегната в по-горна секция; тази секция има за цел да представи различни практики, които са се развили в страната като интегрирани услуги за ранно детско развитие. За целта е очертан опита на няколко големи проекта с национално значение – проект „Семейство за всяко дете“ на УНИЦЕФ, проект „Социално включване“ на МТСП



и проект „ПОСОКА: Семейство“ на МЗ – както и са представени практики в тази сфера, развивани от неправителствени организации.

Развитието на интегрираните услуги за деца от ранна възраст е тясно свързано с въпроса за ранната интервенция. Може да се каже, че интегрираните услуги улесняват осъществяването на ранна интервенция. За целите на анализа е необходимо изясняване на понятията *ранна интервенция* (РИ) и *ранна детска интервенция* (РДИ). По-общото понятие е *ранна интервенция* и се отнася към консултативни, възпитателни, медицински или терапевтични методи на един ранен за развитието на дадена проблематика стадий – иначе казано, всяко ранно въздействие върху живота на индивида, което е свързано с наличието на някакъв риск за неговото развитие. „*Отправна точка за една ранна интервенция може да бъде ситуация на риск, разпозната за даден индивид или социална система. Ранната интервенция може да започне в различни среди /училище, общността, семейството, публични места и пр./ и да бъде свързана с различни проблеми /зависимости, насилие, делинквентност, социална дезинтеграция и др./ на лица във всички възрасти*“<sup>95</sup>.

Подобно е разбирането за ранната интервенция на британската Фондация за ранна интервенция, която я разглежда като цялостна система от мерки, които се вземат в най-ранна детска възраст, но засягат целия живот на бъдещия възрастен. РИ означава да се вземат мерки възможно най-бързо за решаване на проблемите на децата и техните семейства преди те да станат необратими. „*Ние се базираме на разбирането, че РИ не е насочена само към най-ранните години от живота, а спомага за превенция на евентуални трудности в развитието на подрастващите и младите хора*“.<sup>96</sup> В този смисъл РИ е система, която покрива различни сектори – образование, здравеопазване, правосъдие и други. РИ означава да се осигурят по-добри социални и емоционални способности за децата, възможност да управляват собственото си умствено и физическо поведение. РИ е работа с децата и техните семейства, за да получат те помощта, от която се нуждаят. Тя е съвместен подход за осъществяване на ефективна подкрепа.

По-тясно свързано с организацията на грижи в ранна детска възраст е понятието *ранна детска интервенция*. Някои автори разглеждат развитието на РДИ като резултат от развитието на специалното образование за деца с увреждания. Много услуги, които осъществяват подкрепа чрез ранна интервенция започват като изследвания в университети в САЩ и Австралия, а други са създадени от организации, които помагат на по-големи деца. През 1990 г. много от щатите на САЩ започват програми, в които педиатърът на детето може да препоръча за детето в ранна възраст скрининг. Тези услуги обикновено са безплатни и се осъществяват по различен начин, в зависимост от щата. В САЩ РДИ е система от координирани услуги, които промотират адекватното за възрастта на детето физическо и психическо развитие и подкрепят семействата по време на критичните първи години от живота на детето. Там някои услуги за РДИ, насочени към определени деца и семейства се регламентират от федералното правителство в съответствие със Закона за образование на индивидите с увреждания. Други услуги са достъпни чрез различни национални, регионални и щатски програми. РДР, както и основаващите се на нея програми са насочени към деца в ситуация на различни рискове и заплахи: насилие, negliжиране и др. Една от възможните целеви групи за РДИ в САЩ могат да бъдат деца в ранна възраст със смущения в развитието, увреждания, и специални потребности, произтичащи от тях, но понятието не се свързва единствено и само с целевата група на малките деца с нарушения в развитието и увреждания.

Робин Макуилям развива модел, който включва пет компонента в ранната детска интервенция<sup>97</sup>: разбиране на семейната екология чрез еко-карти; функционална оценка на потребностите чрез структурирано интервю; трансдисциплинарно предоставяне на услугата чрез първичен доставчик на услуги; домашни посещения чрез консултиране на родителите; основаващо се на сътрудничество консултиране относно грижите за детето чрез индивидуализирани интервенции. Тези услуги се предоставят на детето в естествената му среда, за предпочитане на местно равнище, използвайки семейно-ориентиран подход и интердисциплинарен екип.

За разлика от практиката в САЩ, в Австралия водещата служба по ранна детска интервенция<sup>98</sup>, която представлява професионалисти и организации и предоставя услуги на малки деца с увреждания, дефинира РДИ като процес на предоставяне на специализирана подкрепа и услуги за деца от ранна

95 Info Drog, *Intervention précoce*, достъпно на: <http://www.infodrog.ch/intervention-precocce.html>

96 Early Intervention Foundation, *What is Early Intervention*, достъпно на: <http://www.eif.org.uk/what-is-early-intervention/>

97 McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention*. Baltimore: Brookes Publishing Co.; McWilliam, R. A. (2003). „The primary-service-provider model for home- and community-based services“. *Psicologia*. 17: 115–135.

98 Early Childhood Intervention Australia, <https://www.ecia.org.au/about-eci/what-is-early-childhood-intervention>



възраст със забавяне в развитието или увреждания и техните семейства с цел да подобрява развитието, благополучието и участието им в общността. Услугите за РДИ подкрепят децата с увреждания или забавяне в развитието от раждането до тръгването на училище. Тези услуги предоставят терапия и/или образование, консултиране, планиране на услугите и координация, помощ и подкрепа за достъп до услуги като детски градини и публична грижа за децата. Те са замислени така, че да посрещат индивидуалните потребности на детето и се фокусират върху подкрепата на детето в неговото естествено обкръжение и в неговия всекидневен опит и дейности. Общата цел на тези услуги е да предоставят на семействата и на родителите знания, умения и подкрепа да посрещнат потребностите на тяхното дете и да оптимизират развитието му, както и способността му да участва в живота на семейството и общността. И тук отново се подчертава, че при осъществяването си тези услуги, се ръководят от семейно-ориентирания подход, като зачитат значението на работата в партньорство със семейството.

В изследване на Световната здравна организация<sup>99</sup>, проведено в няколко страни, ранната интервенция се дефинира като систематичен и планиран подход за подпомагане на развитието чрез различни дейности през първите 5 години от живота. Според дефиниция, цитирана в същия доклад<sup>100</sup>, ранната интервенция се състои от мултидисциплинарни услуги, доставяни на уязвими деца от раждането до 3-та година и на техните семейства. Според СЗО, услугите за ранна интервенция са създадени, за да посрещнат нуждите от подпомагане на развитието на деца от раждането до 3 или 5 годишна възраст, които имат затруднения в различните сфери на развитието /физическо, когнитивно, социално, емоционално и пр./ или имат диагностицирано състояние, при което има висока вероятност да се получи смущение на развитието. В същото изследване подходът ранна интервенция се разглежда на три нива в съответствие с качеството на превенцията и съответно на интервенцията, както следва:

А. Нивото на *първична превенция* цели да редуцира появата на затруднения в развитието чрез намаляване на рискови фактори като много ниско тегло при раждане, недохранване, желязо и витаминови дефицити, перинатална асфиксия<sup>101</sup> или пък неблагоприятни раждания в домашни условия, както и чрез подобряване на храненето и стимулирането на детето в семейството.

Б. *Вторичната превенция* има за цел да редуцира изявата на възможни вече проявени затруднения в развитието и да намали тяхната продължителност. Програмите за ранна интервенция за деца с много ниско тегло, деца страдащи от недохранване и деца в риск, действат на това ниво.

В. В *третичната превенция* целта е да се редуцират усложненията от затрудненията в развитието.

Независимо дали се предоставят в домашна среда или в центрове, услугите за ранна интервенция могат да бъдат насочени към детето и насочени към семейството. Редица услуги могат да бъдат включени, сред които:

- А/ Семейно-ориентирани подходи, които включват диагностициране на здравни проблеми, оценка на нуждите и план за развитие на ранната интервенция;
- Б/ Образование на семейството;
- В/ Физиотерапия;
- Г/ Ортези и протези;
- Д/ Услуги в подкрепа на кърменето;
- Е/ Подкрепа в храненето;
- Ж/ Психологична и психиатрична подкрепа и лечение за детето и семейството;
- З/ Специална образователна подкрепа;
- И/ Ерготерапия;
- Й/ Специална подкрепа за слухови и зрителни нарушения;
- К/ Логопедична терапия;
- Л/ Транспортиране до услугите за ранна интервенция;
- М/ Координация на грижата.<sup>102</sup>

99 World Health Organization, *Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low-and middle-income countries*, 2012, p. 68, достъпно на: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/development\\_difficulties\\_early\\_childhood/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/development_difficulties_early_childhood/en/)

100 Дефиницията е на Shonkoff JP, Meisels SJ (1990) Preface. In: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. Handbook of early childhood intervention. Cambridge, Cambridge University Press. Цитирана в доклада на СЗО, стр. 68

101 Тежко до животозастрашаващо състояние на новороденото, в резултат на нарушение на газообмена, съответно на дишането и циркулацията.

102 Вж. по-горе, бележка 75, стр. 69

Според цитираното изследване на СЗО ранната интервенция е насочена към деца в ранна възраст, за които са налице рискове или установени нарушения в развитието, които се дължат както на психосоциални, така и на биологични фактори. Съответно използването на понятието РИ в изследването на СЗО, съответства по съдържание на гореописаното разбиране за РДИ. Видно е, че има известно припокриване на понятията за РИ и РДИ и че те не са категорично определени в литературата.

Ако се опитаме да систематизираме най-съществените характеристики на *ранната интервенция*, можем да я определим като „съвместен подход за осъществяване на ефективна подкрепа“, цялостна система от мерки и/или система от координирани услуги. Същностна характеристика на РИ е, че е насочена към възможно най-ранните етапи в развитието на дадена проблематика. РИ може да засяга различни области и индивиди във всички възрасти.

*Ранната детска интервенция*, от друга страна, е свързана с развитието на деца със специални потребности. РДИ е насочена към постигане на партньорство между родителите и специалистите на ранен етап от живота на детето. Услугите за РДИ могат да се предоставят на детето както в семейството, така и в центрове, но ръководен принцип е да се осъществяват в естествената среда на детето и да следват всекидневния му опит и дейности. Стремешът е услугите за РДИ да се предоставят на местно равнище, като се използва семейно-ориентиран подход и интердисциплинарни екипи. В тесния смисъл на понятието, РДИ може да се разглежда като процес на предоставяне на специализирана подкрепа и услуги на деца от ранна възраст със закъснение в развитието или увреждания, докато в по-широкия смисъл РДИ е насочена към уязвими деца от ранна възраст, изложени на различни рискове. Обикновено програмите за РДИ са насочени към деца от раждането до 3, 5 или 7 годишна възраст.

### 2.3.3.2 Интегрирани услуги, създадени по проект „Семейство за всяко дете“

Проект „Семейство за всяко дете“ на УНИЦЕФ, който започва през 2010 г., цели закриването на един от големите ДМСГД в България - този в Шумен. Това ДМСГД няма особени промени и постижения вследствие на реформата на МЗ от 1998 г., целяща демедиализиране на грижите за децата. Домът е окончателно закрит през 2015 г. Като част от усилията за ограничаване на входа към институционална грижа, в рамките на този проект се създават и функционират два вида интегрирани услуги с универсален достъп, насочени към деца от ранна възраст и техните семейства. Това са семейно-консултативните центрове /СКЦ/ в градовете Нови Пазар, Велики Преслав и Шумен и центъра за майчино и детско здраве /ЦМДЗ/ в Шумен. За целите на настоящото изследване специфичен интерес представлява въпросът в какво се състои иновативността на тези интегрирани услуги, както и как да се постигне тяхната устойчивост. Отговорът на този въпрос продължава да бъде отворен и да очаква своите най-адекватни отговори.

#### **Случаят на семейно-консултативен център в Нови Пазар**

Ще се спрем по-подробно на случая на СКЦ в Нови Пазар, който работи на територията на четири общини: Нови Пазар, Каспичан, Никола Козлево и Каолиново. СКЦ е замислен като иновативна междусекторна услуга, която обединява комплекс от интегрирани социални, здравни и образователни услуги, мерки и дейности за превенция и подкрепа на малки деца и семейства в риск, с голям мобилен компонент за обхващане на най-уязвимите общности и групи, живеещи в обособени квартали или в изолирани населени места в общината и областта. Ето описанието на услугата от нейните служители:

*„Ние работим без направления от ОЗД. /.../ Започнахме с картографиране. Попълваме бланки с рискови фактори. Така се идентифицират проблемите и така се оформиха програмите, които са 12 за клиенти и 1 програма за екипа. От тези 12 програми имаме само една програма, която е за родители – за свекърви и за млади майки. Всички други програми са само за деца. Имаме разработени 13 различни видове ателиета, целенасочена програма за малки деца „Мамина занималня“. Работим в различни направления: социални дейности, здравеопазване и образование. Започваме от преди раждането на детето. Работим в тясно взаимодействие с ЦМДЗ. Имаме съвместни дейности, понякога ползваме и колата им. Работим с цялото семейство. Не се фокусираме върху един проблем. Опитваме се да решим проблемите на цялото и на разширеното семейство. Работим на територията на 4 общини. Никола Козлево и Каолиново нямат свои*

социални услуги. В Каолиново имаме две изнесени работни места – социален сътрудник и социален работник. Имаме разработена голяма образователна програма, която обхваща от малки деца до възрастни хора: младежи, студенти, ученици и възрастни хора.“ /фокус група с професионалисти, СКЦ Нови Пазар/

Особеностите, които отличават спецификите на СКЦ, според споделените мнения във фокус група с професионалисти, са:

- мобилност и проактивност на услугите, които трябва да достигнат на място при децата и семействата от рисковите общности: „При мобилните посещения се натъкваме на много вредни фактори. Но хората не трябва да бъдат подценявани. Слава Богу не работим с направления, нямаме рамка и така имаме ресурс. Много сме благодарни на УНИЦЕФ. Можем да извършваме редовна мобилна работа в най-отдалечените места. При картографиране в квартал Боримир намерихме 3 годишно дете, което изглеждаше на 9 месеца. Те го криеха, за да не им го вземат. Работихме по специфичен начин с родителите. Майката нямаше глас, свекърът и свекървата бяха иззели функциите на младите. Вчера при посещението видях, че пушат в стаята с децата. Директно казах на свекъра: „Виж какво ще ти кажа, както се стараем в името на децата, постоянно говорим, че вътре не трябва да се пуши.“ Първо обясних какви са щетите върху децата и белия им дроб. Човекът не вдява. Тогава му казах: „Вънка не ваят камъни, не вали червен сняг. Ако искаш да пушиш, пуши вън. Ако така продължаваш, ще пиша на сина ти в Англия /бащата на децата е в Англия и праща пари/.“
- предоставяне на интегрирани междусекторни услуги, излизащи извън обхвата на социалните услуги; гъвкавост и адаптивност към специфичните потребности на рисковите групи: „В Каспичан изградихме стая, защото ни предстои групова работа със свекървите – много са агресивни. Изградихме стаята до Здравната служба, там имаше място“.
- приоритет на дейностите за широка превенция на изоставянето и negliжирането на децата и за промяна на нагласите в рисковите общности. Последното е илюстрирано със случая, за който се разказва в обособеното текстово поле.

„Бременна жена в 7-8 лунарен месец, която до момента не е посещавала АГ специалист. Причините за това са от различно естество - честа смяна на местоживееене, постоянна работна нереализация, липса на постоянни доходи, езикова бариера, неинформираност относно наличието на здравни услуги, начално образование, затруднения в общуването с ДСП и компетентни органи. Семейството ѝ се състои от съжител и две деца - момиче на 7 год. и момче на 5 год., които до момента не са посещавали училище и детска градина. Адресната регистрация на бременната по лична карта е гр. Търговище, но семейството живее в село от община Каспичан при майката на бременната жена. На свой ред тя отглежда дете с увреждане - момиче на 12 години - нейно внуче /дете на сина ѝ, който е в затвора - обвинен в изнасилване и убийство/, изоставена от майката, която е избягала, защото не е могла да издържи на системното насилие от страна на съжителя си, в невръстната си възраст на 16 години. В малката къща съжителстват 6 души. Жената се обърна към мен със заявка за подкрепа. Потърси помощ, тъй като в селото се говори, че помагаме - по нейни думи. Разказа, че когато е научила за бременността си е искала да направи аборт, но не е имала финансовата възможност за това. Нейното решение към този момент бе за изоставяне на бебето след раждането му.

Предложих ѝ различни алтернативи за подобряване на здравния и социален статус: извършване на техническа помощ при подаване на документи за семейни помощи-детски надбавки, подготовка на необходимите документи - 45 дена преди раждане. След като тя записа едното от децата си в първи клас, ѝ бе съдействано за еднократна помощ за първокласник. Договорихме се, след установяване на постоянни доходи и адрес, тя да запише и другото си дете в детска градина. Съвместно с ЦМДЗ Шумен бе осъществено придружаване и посредничество за гинекологични прегледи, заедно с лабораторни изследвания, с цел проследяване на бременността и консултации. Тя получи насоки относно подготовка за предстоящото раждане, предлагане на възможности /на достъпен за нея език/ за отглеждане на новороденото с цел превенция на „вредните практики“- осоляване, стегнато повиване, ранно хранене с твърди храни, къпане с яйца, обтриване на устната кухина и тялото с немита свинска мас.

Преди АГ прегледа бе уговорено със специалиста да даде повече информация, обяснения, относно развитието на плода за съответния триместър, както и подкрепено с визуалния образ на ултразвук, звука от тонометрията - важно за жената бе да види образ и да чуе звук от тоновете

на сърдечната дейност на плода. По време на прегледа тя бе мълчалива, по-скоро наблюдател. Когато гинекологът започна да говори за „нейното добре развито, палаво бебе, което в момента си смуче пръста, добре оформените пръсти на крайниците, главичката“, заедно с това посочвайки последователно областите на движение по екрана на ехографа, жената започна плахо да се усмихва и да наблюдава образа на монитора. След края на прегледа се отправихме към Дирекция „Социално подпомагане“ гр. Нови пазар. По пътя тя започна да гали корема си. В първия момент си помислих, че е възможно да е изморена или пък да има болки в кръста /жената е доста слаба, не се храни и е споделяла, че няма апетит/. Попитах я как е, тя отговори, че се чувства добре. Усмихваше се.

В Дирекция „Социално подпомагане“ ѝ оказах съдействие за набавяне на необходимите бланки и осъществих техническа помощ при попълването им. В този момент, тя започна да говори за своето неродено още момче /макар гинекологът да не беше уточнил пола на детето/: „Моето момче сега рита“ – говореше тя, галейки корема си. „Лекарят не ми каза, но аз си знам и чувствам, че е така“. Бях изненадана и учудена от промяната в нея. Попълвайки документите я слушах, а тя продължи да говори за своето „момче, което се върти в корема ѝ“. И продължи да се усмихва.

Когато приключихме с документацията, жената сподели притесненията си, относно това как ще гледа детето в условията на бедност. Усмихна ме това, че тя към този момент не продължи идеята за изоставяне след раждането.“

Профилът на екипа на СКЦ е определен с оглед на осигуряването на доверие и вход към рисковите общности. Екипът включва социални работници и социални сътрудници от общността, психолог, медицинска сестра, управител. Социалните сътрудници от екипа владеят езиците на общността, в която СКЦ работи. Там, където езиковата бариера е налице, те са мостът между екипа и хората, имащи нужда от подкрепа: подкрепата за децата и родителите им изисква работа с цялото семейство и в контекста на общностната среда. Необходимо е също така партньорство и сътрудничество с ОЗД и с другите съществуващи социални услуги, както и с всички заинтересовани страни от свързаните сектори – образование, здравеопазване, заетост и пр. при предоставянето на услугите, както и проактивен подход в подкрепата за индивидуалните потребители. Работи се през посещения на място, обход на рискови квартали, редовни срещи с общността.

Опитът на СКЦ в град Нови Пазар показва, че много често, улесняването на достъпа до здравни услуги и повишаването на здравната грамотност в рисковите общности, правят възможно осъществяването на всички останали услуги за децата и родителите от тези общности. Част от тяхната работа, касаеща достъпа до здравеопазване и дейностите им по образователна подкрепа е представена и в главата с находките за децата със специални потребности. СКЦ много често съдействат и улесняват достъпа на малки деца със специални потребности и техните семейства до специализирани услуги.

Това, че СКЦ е замислен като междусекторна услуга с отворен достъп, която е проактивна и работи на програмен принцип, улеснява хоризонталните взаимодействия и повишава ефективността на междусекторното сътрудничество в най-добър интерес на детето. Интервенциите и подкрепата на СКЦ са насочени към цялото семейство, независимо дали е нуклеарно или разширено, и работят на всички три нива на превенция – първична, вторична и третична. Споделено е разбирането, че да се помогне само на детето без да се решават проблемите на цялото семейство не е възможно.

### **Центрове за майчино и детско здраве**

В началото на 2013 година УНИЦЕФ България в сътрудничество с Министерството на здравеопазването, Агенцията за социалното подпомагане и Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи разработва модел на Център за майчино и детско здраве (ЦМДЗ). Методиката за дейността на ЦМДЗ бива утвърдена от Министъра на здравеопазването. През 2013 година започва пилотна реализация на модела в област Шумен, а през 2014 – и в област Сливен, като ЦМДЗ в Шумен е част от проект „Семейство за всяко дете“, докато този в Сливен не е, но е разгледан тук предвид факта, че е същия тип интегрирана услуга за деца в ранна възраст. Пилотните центрове са създадени като част от структурата на съществуващи лечебни заведения за извънболнична помощ. За целта са подписани споразумения за сътрудничество между УНИЦЕФ и МЗ, АСП и лечебни заведения в Шумен и Сливен.

Дългосрочната цел на ЦМДЗ е опазване на здравето на децата и насърчаване на тяхното физическо, социално, емоционално и познавателно развитие през първите 3 години от живота им. Целева група са бременните, децата до 3 години и техните семейства, като услугите са достъпни



за всички, но техният обхват е съобразен с индивидуалните потребности на децата и семействата. Приоритет са най-уязвимите семейства, които имат затруднен достъп до здравеопазване поради финансови бариери, отдалеченост или ниско образование и здравна култура на родителите. С дейността си центровете допълват и разширяват работата на общопрактикуващите лекари и педиатрите от извън болничната помощ по посока консултиране, информиране и обучение на родителите, ранното идентифициране на рискови фактори за благополучието на децата в ранна възраст и ранна намеса за тяхното преодоляване.

*„Подкрепяме центрове за майчино и детско здраве, които вършат патронажни грижи, сестри, които отиват в дома, откриват много деца, не чакат родителите да ги заведат, откриват недохранени, без прегледи, без имунизации. [...] Трябва да има проактивни интервенции, които наистина да достигат до децата и по-голям акцент по отношение достъпа до здравните грижи. По отношение на обхвата – по-голям акцент върху промоцията на здравето, превенцията, услуги с промотивна насоченост; другият проблем е, че грижите през първите 3 години са предимно насочени към физическото здраве, то е важно, но липсва достатъчна чувствителност и подготовка на специалистите по отношение на емоционалното, социалното и познавателното развитие на децата; масово много късно се откриват деца, които не говорят и имат забавяне на говора когато тръгват на детска градина“.* / интервю с експерт от УНИЦЕФ/

Основният механизъм в работата на ЦМДЗ са домашните посещения, които се извършват от квалифицирани медицински сестри с допълнително обучение по проблемите на детското здраве и развитие и работата със семействата за насърчаване на здравословно поведение.

ЦМДЗ в област Шумен функционира от 2013 г. като част от структурата на МБАЛ Шумен и се състои от основен офис в град Шумен и изнесени офиси в градовете Велики Преслав и Нови Пазар. Към декември 2016 г. той разполага с екип от общо 9 медицински сестри и акушерки (7 на пълен работен ден и 4 – на половин), социален работник, технически сътрудник, ръководител и двама шофьори. Този център е обект на независима външна оценка на проект „Семейство за всяко дете“.<sup>103</sup> В оценката се разглежда взаимодействието между СКЦ и ЦМДЗ в подкрепа на уязвимите деца и семейства, например работата с неосигурени бременни жени. Авторите на оценката посочват, че поради своя широк обхват ЦМДЗ е в позицията да идентифицира семейства, които се нуждаят да бъдат насочени към СКЦ/ОЗД за подкрепа вътре в мрежата. Прегледът на механизмите за координация, направен в тази оценка, показва че подобряването на ефикасността на работата в мрежа може да подобри работните взаимоотношения между ЦМДЗ и СКЦ.

ЦМДЗ в област Сливен бива разкрит през май 2014 г. Той е част от Медицински център „Д-р Г. В. Миркович“ Сливен и се състои от основен офис в Сливен и изнесени работни места в градовете Нова Загора, Твърдица и Котел. Разполага с екип от 16 медицински сестри и акушерки (9 на пълен работен ден и 7 – на половин), социален работник, здравен медиатор, ръководител и двама шофьори. Необходимостта от здравен медиатор се налага в хода на работа поради големия дял население от ромски произход в област Сливен.

Екипите на двата центъра имат засилена подготовка за работа по въпросите на детското здраве и развитие, както и на работата с родители в домашна среда, която включва повече от 400 часа обучение. УНИЦЕФ осигурява надграждащи обучения на патронажните сестри в Сливен и Шумен, както и регулярни супервизии.

Медицинските сестри и акушерки активно издирват бременните жени и семействата с деца до 3 години на територията на съответната област чрез обхождане на населените места и поддържане на тесни контакти със здравни медиатори, кметове, кметски наместници, лични лекари и други медицински специалисти, родилни отделения, отделите за закрила на детето и съществуващите социални и здравни услуги. Изградени са и се поддържат добри партньорски взаимоотношения с различни местни структури, което позволява да се идентифицират най-уязвимите семейства и да им се предоставя необходимата подкрепа. Екипите на центровете разполагат със служебни автомобили, което позволява по-ефективно да се обхванат най-уязвимите общности, които живеят изолирано и далеч от общинските центрове. По данни на УНИЦЕФ, около 80% от всички

103 Самън, И., Роджърс, Д., Деветакова, Л., Оценка на проект „Семейство за всяко дете“ в област Шумен, България, 2017 г., достъпен на: [https://www.unicef.bg/assets/NewsPics/2017/PDFs/FFEC\\_evaluation\\_report\\_BUL.pdf](https://www.unicef.bg/assets/NewsPics/2017/PDFs/FFEC_evaluation_report_BUL.pdf)



семейства, ползвали услугите на двата ЦМДЗ в Шумен и Сливен, са открити именно чрез активно издирване или насочване от други институции.

Медицинските сестри и акушерките извършват домашни посещения ежедневно, по график, на територията на съответната област. По време на тези посещения те извършват оценка на потребностите на семействата и децата; наблюдение на здравето и развитието на бременността и на детето; предоставяне на информация, съвети, консултации и обучение; ранно идентифициране на рискове за развитието и благополучието на детето; насърчаване и подкрепа на родителите да изградят здрава емоционална връзка с детето; насърчаване и подкрепа на семействата за изпълнение на профилактичните прегледи на децата и имунизациите, както и за достъп до подходящи услуги в общността. Дейността на патронажните сестри е насочена и към ранно разпознаване на специалните потребности на малките деца, насочване и придружаване на родителите.

През 2016 година в Шумен и Сливен е оказана подкрепа на общо 6 611 семейства (вкл. на 1006 бременни и 7 722 деца). От тях интензивна подкрепа за получили 440 уязвими семейства и деца в Шумен (направени са средно по 10 посещения на семейство през годината) и 620 – в Сливен (7.5 посещения на семейство).<sup>104</sup> За целия период 2014 – 2016 Центровете са обхванали общо около 60% от детското население на възраст до 3 години с различни пакети от подкрепа. Обхватът на здравно неосигурените бременни е 85% в Шумен и 45% в Сливен<sup>105</sup>, като обхватът с подкрепа за достъп до полагаемия се по националното законодателство преглед е по-нисък, тъй като зависи от желанието на АГ специалистите да предоставят такъв преглед.

Дейностите на ЦМДЗ са планирани така, че да осъществяват функция преди всичко по първична превенция. Тази услуга е изцяло насочена към ранна детска възраст и разбирането за нейното огромно значение, както и съвременните разбирания за добрите модели на патронажни грижи. По своя характер ЦМДЗ е почти изцяло здравна услуга, но тъй като стъпва на едно по-широко разбиране за ролята на здравната система за подобряване на здравето и развитието на децата в ранна възраст, тя прилага интегриран междусекторен подход в работата си, която я прави по-ефективна в достигането до уязвими групи деца от много социални услуги, достъпът до които е ограничен. Социалните работници на Центровете активно подпомагат работата на медицинските сестри/акушерки за решаване на социалните проблеми на най-уязвимите семейства.

*„Да добавя, че в България има липса на програми и интервенции за подкрепа и обучение на родители не само за ранно детско развитие, не се разбира тяхното значение; ако се развиват някъде, те са насочени за уязвимите групи, а не за широк кръг родители; тяхната роля е превантивна, те се задействат само при проблем, тогава системата се активира.“ /интервю с експерт от УНИЦЕФ/*

ЦМДЗ работят съвместно с отделите „Закрила на детето“ и по общо 72 случая на деца в риск от изоставяне или negliжиране (вкл. подадени сигнали от Центровете към отделите). В Шумен се извършват и интензивни посещения на майки, настанени в социалната услуга Звено „Майка и бебе“, в която майките, при които има риск да изоставят децата си, пребивават до 6 месеца с цел да се насърчи създаването на здрава емоционална връзка между тях и техните бебета.

Освен в Шумен и Сливен, ЦМДЗ бяха разкрити и като една от интегрираните услуги по проект „ПОСОКА: семейство“ на МЗ, чрез който бяха закрити ДМСГД в 8 града. След приключването на проекта устойчивост за услугите не бе създадена, както е описано по-долу в секцията за проекта.

От прегледа на нормативната рамка и проведените интервюта с експерт и управленец от МЗ става ясно, че се предвижда устойчивостта на ЦМДЗ да се осигури от МЗ чрез разкриването на такива центрове в цялата страна. Това е предвидено да се случи през Националната програма за майчино и детско здраве, през която в редица градове са разкрити здравно-консултативни кабинети, но те изпълняват само част от функциите и дейностите на ЦМДЗ, включени в методиката на УНИЦЕФ. Към момента те не предоставят патронажни грижи, но според Актуализирания план за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация“, патронажни грижи ще бъдат въведени във всички области на страната. Те имат потенциал да допринесат за осигуряване на комплексна грижа за децата и майките, както вътре в лечебните заведения, така и да гарантират, че

104 Докладът на УНИЦЕФ за ЦМДЗ не е публичен и бе предоставен за нуждите на изследването от УНИЦЕФ.

105 На база данни за броя на здравно неосигурените бременни в двете области за 2015 година.

след изписване на детето, семейството ще има пълен достъп до социални, здравни и други услуги в общността.

ЦМДЗ в Шумен и Сливен са интегрирани услуги по същество, реализиращи ранна интервенция и първична превенция на рисковете. Резултатите от дейността им до голяма степен зависят и от наличието на функционираща и подкрепяща мрежа от услуги, които осигуряват посрещане на комплексните здравни, социални и материални потребности на децата и семействата.

### 2.3.3.3 Интегрирани услуги, създадени по проект „Социално включване“

Отличителна особеност на проект „Социално включване“ (ПСВ) е, че той е първият проект на национално ниво, който е изцяло насочен към насърчаване на междусекторния подход и развитие на интегрирани услуги за деца в ранна възраст без това да е свързано пряко или да произтича от затварянето на институции от резидентен тип.

По данни на МТСП<sup>106</sup>, институцията отговаряща за изпълнението на проекта, ПСВ е финансиран със заем от Международната банка за възстановяване и развитие (Световна банка) в размер на 61 396 719 лева) и се изпълнява в партньорство с 66 общини в страната. Изпълнението на ПСВ стартира през м. август 2010 г. и приключва на 31.12.2015 г. Основната цел на проекта е изграждането на мрежа от нов тип интегрирани услуги за ранно детско развитие във всяка от общините-партньори. Общините получават финансиране за предоставяне на услуги за деца от 0 до 7 г. и техните родители, вкл. инфраструктурни инвестиции за създаване на услугите, както и средства за изграждане на капацитет в сферата на ранното детско развитие. Интервюиран експерт от МТСП описва следното като основни цели на проекта:

*„Идентифицирано е, че инвестирането в децата в ранна детска възраст е от изключително значение за тяхното последващо развитие и реализация в живота. Проектът цели превенция на социалното изключване и намаляване на бедността сред децата чрез инвестиции в ранното детско развитие. Чрез подобряване на готовността на децата за включване в образователната система и подкрепата за формиране на родителски умения сред уязвимите групи родители се цели да се ограничи предаването на бедността между поколенията. При изработването на ПСВ, което стартира през 2006 г. в България нямаше никакви национални политики или практики в областта на интегрираните услуги, вкл. и в областта на интегрираните услуги за ранно детско развитие, които да съчетават дейности от социален, здравен и образователен характер. Също така при разработването на ПСВ са взети предвид данни относно нивото на записване в училище и получено образование и включването на децата в мерки за ранно детско развитие.“ /интервю с експерт, МТСП/*

Според МТСП най-силната страна в замисъла и в реализацията на ПСВ е интегрираността на дейностите и услугите: *„Основната особеност на услугите по ПСВ е именно, че те са интегрирани.“ /интервю с експерт, МТСП/* Това означава, че в една услуга се съчетават социален, здравен и образователен елемент, както по отношение на съвместната работа на различни специалисти с целевите групи по проекта, така и по отношение на характера на услугите – социални дейности, здравни услуги, услуги за подкрепа на предучилищната подготовка и др. Важна особеност на услугите по ПСВ е тяхната мобилност, работата в уязвимите общности и използването на медиатори, *„което не само подпомага мотивацията на целевите групи да ползват услугите, но и облекчава достъпа до тях“ /интервю с експерт, МТСП/.*

Целевите групи по проекта са обобщени в две големи групи - деца в риск от 0 до 7 г. и родители на деца от 0 до 7 г. Въпреки, че услугите по проекта са съобразени с възрастта на децата (0 до 3 г. и от 3 до 7 г.), отчита се, че не са развити достатъчно услуги за деца от 0 до 3 години.<sup>107</sup> Основните видове услуги са свързани с формиране и развитие на родителски умения, ранна интервенция на уврежданията, индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания, семейно консултиране и подкрепа, здравна консултация за деца, допълнителна подготовка за равен старт в училище и др.

Една от формите на предлаганите услуги е под формата на Общностен център за деца и семейства. Това е форма за интегрирано предлагане на услугите по проекта в една и съща сграда, която форма се

106 Официалните данни за проекта са от презентация по проект „Социално включване“ на дирекция „Социално включване“ към МТСП, достъпна на: <http://pubdocs.worldbank.org/en/437301465904125086/-pdf>

107 Интервю с експерт от МТСП.

използва в 26 от 66-те общини. В повечето от тях центровете са в сградата на детска градина и/или детска ясла. Общностните центрове включват всички предлагани услуги или над 70% от тях, насочени и към двете възрастови групи деца.

Замисълът на ПСВ е услугите да се предоставят от мултидисциплинарен екип включващ лекар-педиатър, лекар-гинеколог, медицинска сестра, акушерка, психолог, кинезитерапевт/рехабилитатор, логопед, специален педагог, социален работник, социален педагог, педагог, юрист, медиатор.

Според МТСП резултатите от проекта изглеждат многообещаващи. В 31 общини са разкрити общо 1867 нови места в детски ясли и градини (184 места в яслени и 1683 в градински групи). Разработени са методически ръководства за предоставяне на някои от услугите: „Ранна интервенция на уврежданията чрез създаване на Център за ранна интервенция на уврежданията,” „Индивидуална педагогическа подкрепа на деца с увреждания“ „Формиране и развитие на родителски умения” и „Семейно консултиране и подкрепа”. Проведени са многобройни обучения на специалисти, доставчици на услуги и бенефициенти на услугите. Друг успешен елемент за МТСП е отличното взаимодействие с екипа на Световна банка, отговарящ за изпълнението на ПСВ и получаване на методическа помощ, в т.ч. предварително съгласуване на всички документи и процедури, както и отлично взаимодействие с повечето от общините бенефициенти по ПСВ.

*„С някои общини се работеше много добре, докато с други с известни трудности. Въпреки това екипът на МТСП отдели достатъчно време да разясни на всички общини-бенефициенти същността на ПСВ, неговите цели, услуги, процедури и други“.* /интервю с експерт, МТСП/

Според експерт от МТСП устойчивостта на услугите създадени по ПСВ се гарантира от методическите ръководства, които са предоставени на общините-бенефициенти, както и от проведените обучения на доставчици на услугите, в т.ч. медицински специалисти, работещи в родилни отделения и пряко работещи с бебета и малки деца с увреждания. Официалното виждане е, че на национално ниво устойчивостта на създадените в рамките на ПСВ услуги е осигурена чрез процедурата „Услуги за ранно детско развитие“, финансирана по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” (ОПРЧР) 2014-2020 г. Чрез въпросната процедура е предоставена възможност на всички 66 общини-бенефициенти по ПСВ след неговото приключване да продължат от 2016 г. дейността на създадените услуги с финансиране от ОПРЧР до 31.12.2018 г. Бюджетът на операцията е 30 000 000 лева.

*„Също така в рамките на Актуализирания план за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализацията на децата в Република България“ са предвидени специални мерки за повишаване на ефективността на предоставяните услуги в дневните центрове и центровете за социална рехабилитация и интеграция за деца с увреждания чрез тяхното реструктуриране. Една от целите на реструктурирането им е свързана с разширяване на услугите за ранна интервенция на уврежданията и индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания в национален мащаб чрез надграждане на дейностите и прилагане на програма, включваща задължителните дейности в съответствие с вече създадените по Проекта за социално включване услуги „Ранна интервенция на уврежданията“ и „Индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания“. Същият подход е предвиден и по отношение на Центровете за обществена подкрепа (ЦОП). Предвижда се разширяване на услугите за ранно детско развитие в национален мащаб чрез надграждане на дейностите в ЦОП чрез прилагане на програма за ранно детско развитие, включваща задължителните дейности в съответствие с вече създадените по ПСВ услуги „Формиране на родителски умения“, „Семейно консултиране и подкрепа“ и „Здравна консултация“.* /интервю с експерт, МТСП/

Към м. януари 2018 г. 65 общини от общо 66 изпълняват договори за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ за продължаване финансирането на разкритите по ПСВ услуги. Услугите, които се предоставят в тези общини са:

- Интеграция на децата в детските градини и в предучилищните групи/класове;
- Индивидуална и групова работа с деца и родители, включително и с деца и родители, които не са от уязвими групи, с цел посещаване на детска градина;
- Индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания;

- Допълнителна педагогическа подготовка за повишаване на училищната готовност на децата за равен старт в училище;
- Ранна интервенция на уврежданията, пряка работа с децата с увреждания и техните семейства, вкл. рехабилитация и дейности по консултиране, обучение, мобилна работа с детето в неговия дом;
- Подобряване достъпа до здравеопазване и промоция на здравето чрез подкрепа за осигуряване на здравна детска консултация и дейности по превенция на заболяванията;
- Предоставяне на психологическа подкрепа и консултиране на бъдещи и настоящи родители за формиране и развитие на родителски умения;
- Семейно консултиране и подкрепа, вкл. работа с родителите и децата, дейности за семейно планиране, индивидуална работа;
- Осигуряване на транспорт с цел посещаване на интегрираните услуги, детска градина, мобилна работа и др.

Всички общини-бенефициенти са поели ангажимент за осигуряване на устойчивост на разкритите по ПСВ услуги, чрез осигуряване на средства за тяхното поддържане за срок от най-малко 5 години.

### 2.3.3.3.1 Обратни връзки и оценки за осъществяването на ПСВ

#### Фондация „Карин дом“

Фондация „Карин дом“ сключва договор с МТСП през м. юли 2014 г. за провеждане на обучения на медицински специалисти, както и на доставчици на услугата „Ранна интервенция на уврежданията чрез Създаване на Център за ранна интервенция на уврежданията“ и „Индивидуална педагогическа подкрепа на деца с увреждания“ по проекти на общините-бенефициенти по ПСВ.

Част от ангажимента на фондацията са специализираните обучения на медицински специалисти, работещи в родилни отделения и работещи пряко с бебета и малки деца с увреждания, за прилагане на нови подходи при съобщаване на родителите за увреждането на детето и насърчаването на отглеждането му в семейна среда. Необходимостта от това е обоснована с факта, че екипите, които се грижат за новородените в болниците, следва да бъдат обучени да съветват родителите във връзка с уврежданията на техните новородени деца по подходящ начин, с нужното уважение и разбиране на чувствата на родителите. Проведените обучения са 36 на брой за срока на проекта и в тях да се включват 204 медицински специалисти от болници в цялата страна. В обученията се включват лекари акушер-гинеколози и неонаталози, акушерки и медицински сестри. В резултат на обученията голяма част от участниците споделят, че се чувстват по-уверени в това да информират родителите за диагнозата на детето им; чувстват се по-удобно да дискутират лечението и прогнозите с родителите; разпознават фазите на траура и биха могли по-лесно да разговарят с някой, който преживява загуба.

Друга дейност, осъществена от фондация „Карин дом“ в рамките на ПСВ са обучения на доставчиците на услугата „Индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания“. Проведени са 5 едnodневни обучения, като 4 от тях биват възложени на подизпълнител.

Фондация „Карин дом“ разработва и едно от методическите ръководства по ПСВ, това за услугата „Ранна интервенция на уврежданията чрез създаване на център за ранна интервенция на уврежданията“, което според експертите на МТСП осигурява устойчивостта на качеството на услугите, създадени по проекта. Предоставени са и обучения на екипите на центровете за ранна интервенция на уврежданията - 10 едnodневни въвеждащи обучения през м. май 2015 г. и общо 47 надграждащи обучения, по три дни за всеки от екипите, в периода юни - декември 2015. Общият брой участници е 285 души.

Експертите от „Карин дом“ очертават някои от силните страни в замисъла и в реализацията на ПСВ:

*„Общностните центрове предоставиха възможност да се инициират услуги по ранна интервенция в цялата страна за деца от 0 до 3 години. Общностните центрове предоставят комплексни услуги, които обхващат различни рискови групи малки деца, както и техните семейства. Има приемственост в грижите, защото са предвидени услуги за деца от 0 до 3 и от 3 до 7 години. Те*



наблягат на готовността за училище и по този начин подпомагат приобщаващото образование. Друга силна страна в замисъла на ПСВ е, че общините сами разписваха проектните си предложения, което индивидуализира облика на Общността център и общините са ангажирани в управлението и мониторинга на услугите.“ /интервю с експерт, фондация „Карин дом“/

Същевременно са идентифицирани и някои проблеми в замисъла и реализацията на ПСВ:

„Към момента на провеждане на обученията някои екипи вече бяха работили заедно от няколко месеца и натрупали опит, докато за други това беше едва началото на съвместната работа. Дори за някои екипи надграждащите обучения дадоха възможност специалистите да се опознаят и тепърва да работят върху изграждането на екипа си. Общи проблеми навсякъде имаше с това, че за повечето специалисти това е второ работно място, работи се на непълен работен ден, по график. По този начин членовете на екипа не се засичат, трудно се планират екипни срещи и обсъждания и няма възможност за екипна работа. Хората в екипите бяха с различно ниво на знания и опит, много от тях няхаха опит в работата с малки деца, а само с възрастни. На някои места услугите бяха поети и се изпълняваха от НПО или други вече съществуващи услуги в общността с опит в работата с деца с увреждания, с отделни специалисти, преминавали през обучения по РИ и други обучения на Карин дом.

Съответно нивото на мотивация за отделните екипи беше различно, но ниското заплащане, работата на граждански договор, несигурността за устойчивостта на услугата предразполагаше към трудности с мотивацията и задържането на работното място. В масовия случай наетите към услугата педиатри са пенсионери.“ /интервю с експерт, фондация „Карин дом“/

Друг проблем, който експертите от „Карин дом“ посочват са критериите за допустимост в услугата:

„Критериите за допустимост на потребителите в услугата бяха неясни. Обичайният начин, по който центровете за ранна интервенция на уврежданията набираха своите потребители, беше социалните служби в общината да им предоставят списък на децата с ТЕЛК решения и те ходят от врата на врата, за да ги привличат в услугата. По този начин в услугите са попадали и деца с хронични заболявания (астма, диабет), които по принцип нямат увреждания и не би трябвало да са контингент на тази услуга. В някои от услугите имаше и големи деца – над 10 години, чието място също не е там. За тях е нужно да има осигурени подходящи услуги в общността.“ /интервю с експерт, фондация „Карин дом“/

Относно специалистите, участващи в обученията по места, те са с различен опит в работа с деца със специални нужди.

„Част от тях нямат никакъв предишен опит в професията, някои не бяха работили никога с деца въпреки многото години стаж по специалността, а други специалисти бяха с дългогодишен опит при работа с деца от 0 до 7г и при деца със специални нужди. Понякога голямата експертиза и прилагането на експертния подход бяха пречка при въвеждането на семейно-ориентирани практики и включването в домашни визити.“ /интервю с експерт, фондация „Карин дом“/

По отношение на състава на екипите, анализът на обучителите показва полезността и нуждата от медиаторските услуги. В много от случаите за медиатори биват назначени майки на деца със специални нужди. Те създават лесно контакти и изграждат доверителна връзка със семействата, като привнасят от собствения си опит при оказване на подкрепа. Те търсят контакти помежду си и проявяват желание за неформално обединяване в мрежа.

Изключително сериозен проблем е фактът, че между края на финансирането по ПСВ и началото на финансирането по ОПРЧР много от услугите се закриват, в очакване на новото финансиране. Това създава проблеми за тяхната устойчивост и задържането на кадри:

„След приключване на проекта и спиране на финансирането повечето центрове прекратиха своята дейност. Трябваше да бъдат изготвени нови проектни предложения за финансирането им, но процесът отне няколко месеца. Съответно много от специалистите, които бяха обучени и натрупали някакъв опит, напуснаха. Родителите на децата трябваше да търсят алтернативни



варианти или с тях изобщо да не се работи. Понастоящем имаме наблюдения за Сливен, където е сформиран съвсем нов екип. Неговите членове нямат предишен опит в работата с малки деца и тепърва трябва да бъдат обучавани. За да се осигури устойчивост на услугата за ранна интервенция е необходимо разработването на съответната нормативна уредба и на финансови стандарти.“ /интервю с експерт, фондация „Карин дом“/

Общата обратна връзка относно интегрираността на услугите и замисъла на проекта на експертите е:

„Замисълът на услугите е да бъдат интегрирани, т.е. да предоставят медицинска, социална и образователна услуги. От изложените по-горе проблеми при формирането на екипите не съм сигурна, доколко отделните компоненти си взаимодействат и има интегрираност. Разбирането ми за интегрираност е да има изградени връзки с услуги и ресурси в общността, а не да се дублират ресурсите. Не мога да коментирам обаче дали действащите към момента услуги отговарят на този замисъл, защото нямам лични наблюдения.“ /интервю с експерт, фондация „Карин дом“/

### **Институт за социални дейности и практики /ИСДП/**

ИСДП участва в проекта като организация обучител и като организация доставчик на услугата „Развитие на родителски умения“, както и към момента като организация, предоставяща супервизия на Общностен център в гр. Дупница. В партньорство със сдружение „Дете и пространство“, ИСДП разработва в рамките на ПСВ методическото ръководство за предоставяне на услугите „Формиране и развитие на родителски умения“ и „Семейно консултиране и подкрепа“. В това методическо ръководство се изяснява същността на услугите за ранно детско развитие, целевите им групи и се обръща внимание на техния комплексен характер. Особено важна характеристика на тези услуги е, че те се „появяват, за да отговорят на нововъзникващите потребности на бъдещи родители, семейства с малки деца и да подкрепят родителите да ги посрещнат“.<sup>108</sup>

Според представителите на ИСДП, сред силните страни на ПСВ са замислените по него услуги, които са необходими за нуждите на целевите групи, както и отговарят на идеята за интегрирани услуги, доколкото обединяват усилията на различни специалисти.

„Много необходими услуги, ориентирани към нуждите на групи с висока уязвимост, каквито са родителите на малки деца във високо рискови общности и на деца с увреждания, както и към самите деца. На практика става дума за услуги за ранна интервенция и за интервенция в периода на ранното детство, което е най-добрата превенция на риск при деца.“ /интервю с експерт, ИСДП/

„Те са на едно място и би трябвало да работят заедно. Идеята те да работят заедно около отделен случай също е добра, както и да реализират групови програми. За да бъдат истински интегрирани услуги би трябвало и финансирането на екипа да е от различните министерства, смятам, че ако лекарите и психолозите например се финансират от МЗ, педагозите и логопедите от МОН, а социалните работници от МТСП ще имаме истински интегрирана услуга.“ /интервю с експерт, ИСДП/

По отношение на това в какво ПСВ не е успешен, притесненията за устойчивостта на финансирането и за подготовката на екипите, изразени от фондация „Карин дом“, се споделят и от ИСДП:

„Проектното реализиране и финансиране доведе до сериозно разминаване между цели, замисъл и реализация. Обучението на екипите беше силно затруднено от факта, че няма достатъчно стабилни екипи, освен това те се сменяха между двете финансираня и сега хората там в по-голямата си част не са обучени. Има недостиг на грижа към екипите по отношение на тяхното развитие и специализиране. Това, че не са подготвени и липсата на култура и специални изисквания за интегриран подход и работа по случай около отделното дете или семейство създава трудности

108 Методическо ръководство за предоставяне на услугите „Формиране и развитие на родителски умения“ и „Семейно консултиране и подкрепа“, София, 2015, стр. 7

### **Външна оценка на ПСВ**

Външна оценка на ПСВ е направена през 2016 г. от независим консултант, нает от Световна банка (г-жа Сузана Абът) и на база оценката е изготвен Доклад за приключване на изпълнението и резултатите от ПСВ.<sup>109</sup> За целта на оценката е изготвена рамка на резултатите, които се оценяват по четири индикатора. В нея се посочва, че ПСВ може да се разглежда като успешен, защото развива модел за предоставяне на интегрирани услуги, фокусирани върху уязвими деца в най-ранна възраст и също защото финансирането на Световната банка за проекта спомага за по-успешното усвояване на средствата от европейските фондове.

Особено внимание в тази оценка се обръща на резултатите, свързани с подобряването на готовността за училище на деца под 6 години, които се получават при сравняването на уязвимите деца издържали теста за училищна готовност преди и след участие в дейностите по проекта. Участвалите в дейностите по ПСВ деца се справят по-успешно с теста за училищна готовност. Можем да предположим, че тези резултати са благоприятстващ фактор за интеграцията на тези деца в образователната система и намаляват риска от социалното им изключване.

Друг значим резултат, подобряващ социалното включване е свързан с възможността, която се дава на общините да избират услуги и да ги комбинират така, че да съответстват на местния контекст. Ключовите услуги, които биват избрани от по-голяма част от общините биват включени в рамката за оценка на резултатите от ПСВ. Посредством прилагането на тези услуги, 2357 нови места биват отворени в детските градини и в предучилищните групи, в които биват включени 4420 деца на възраст от 3 до 7 години /при планирани 3000/, както и 471 деца с увреждания и други специални потребности /при планирани 150/. 4311 деца са се възползвали от услугата „Ранна интервенция на уврежданията“ /при планирани 1500/. Общо 39 993 деца са се възползвали от услугата здравна консултация /при планирани 10 000/. Работата на общностните медиатори и работата на терен, чрез които се осъществяват интегрираните услуги за деца генерират повишено търсене за тях, надминаващо планираните междинни индикатори, които измерват броя на ползвателите, получили индивидуална услуга.

Обученията на персонала в яслите и детските градини не са осъществени по ПСВ, за да се избегне дублиране с проект на МОН с европейско финансиране, по който са обучени 1100 служители. Включващото образование за деца от уязвими семейства и за деца със специални потребности подобрява готовността за училище. Местата в детски градини, създадени с подкрепата на ПСВ не са единствено за уязвими деца; около 30 % от местата са запазени за деца в неравностойно положение. Това е предвидено в проекта, за да има деца с различно социално положение, което е позитивно за общуването между връстници и намалява социалната изолация и изключването на маргинализираните деца. Потокът от уязвими деца, участващи във включващите училищни дейности води до подобряване на училищната готовност.

В цитирания доклад като слабо звено в изпълнението на ПСВ се посочва междусекторната координация, особено на централно ниво: „Потребността от мултисекторна координация /образование, здравеопазване, социална закрила/ прави РДР проектите сложни, но те все още могат да бележат прогрес при отсъствието на формална рамка за координация. Ако инвестирането закъснява при отсъствието на формална рамка на централно ниво, тогава съществува риск, че този прогрес ще бъде минимален. Проектът се стреми да постигне мултисекторна координация чрез създаването на Комитет за управление на проекта, но той не успява да функционира според очакванията и се събира само два пъти. Все пак липсата на такава координация на национално ниво се компенсира от засилената между-секторна координация на общинско ниво. Моделът, развит от проекта, дейностите и услугите, които се финансираха по ПСВ, създават успешен модел за предоставяне на мултисекторни услуги /при липсата на успешно между-секторно взаимодействие на национално ниво/. Все пак той представлява първата значителна крачка към развитие на пълноценна координация в бъдеще.“<sup>110</sup>

<sup>109</sup> Докладът може да бъде намерен на електронен адрес: <http://documents.worldbank.org/curated/en/693561467622884122/pdf/ICR3724-P100657-Box396252B-PUBLIC-disclosed-6-29-16.pdf>

<sup>110</sup> Пак там, стр. 27

Макар че в рамките на проекта някои общини създават изключително интересни практики, липсва обща платформа за обмен на информация, чрез която да се разпространяват добрите практики. Гледайки напред, позитивните резултати, които общините постигат по време на периода на европейското финансиране на услугите, следва да се изработи и промотира механизъм за споделяне на добри практики.

#### 2.3.3.3.2 Случай на успешна реализация на ПСВ: Община Тунджа

Община Тунджа е разположена в югоизточната част на Тракийската низина и една от съставните общини на област Ямбол. По своята териториална конфигурация и административно устройство, община Тунджа се отличава със своята уникалност. Характерно за общината е, че няма административен център. Обединява 44 населени места от селски тип, разположени около общинския и областен център гр. Ямбол, които са равнопоставени от административна гледна точка. Администрацията на общината се намира в гр. Ямбол. Населението на Община Тунджа към 31.12.2014 г. е 24 182 души.

Изпълнението на ПСВ в община Тунджа се вписва в ясно осъзнатата междусекторна политика на общината и няколко годишна системна работа за въвеждане на общностен подход. Още през 2006 г. общината участва в проект по програмата МАТРА, в партньорство с фондация КЕЪР Интернешънъл България (сега фондация ЕКИП). В презентация по този проект на семинар в София, Дора Петкова, експерт по общностно развитие, посочва, че един от идентифицираните феномени в общината е изолацията и говори за наличие на феномен „гето в гетото“. Тя казва, че отношенията в гетото са сложни, поради факта, че на малка територия съжителстват много различни групи и подгрупи, които изповядват различна религия, имат различен социален статус, авторитет и т.н. Отделни групи от гетото изолират други групи от гетото. След приключване на проекта следват поредица от целенасочени дейности, кампании и други проекти, инициирани от общината, основаващи се на общностен подход. В този смисъл община Тунджа може да се определи като общностна институция, защото има осъзнато и устойчиво във времето взаимодействие и обмен с общността.

Услугите, които са функционирали в община Тунджа по време на изпълнението на ПСВ са същите или с подобни имена на тези в сегашния проект за ранно детско развитие, финансиран по ОПРЧР: 1/ здравно консултиране; 2/ формиране на родителски умения и семейно консултиране; 3/ ранна интервенция на уврежданията; 4/ допълнителна подготовка за равен старт в училище.

Контекстът, в който се вписва реализацията на ПСВ в община Тунджа е описан по следния начин в рамките на фокус група, проведена от изследователския екип:

*„За нас ПСВ даваше възможност да развием услуги за ранно детско развитие. Още в началото установихме недостиг на кадри: педиатри, децата по селата нямат достъп до здравни и социални услуги; като изключим образователната система, другите подкрепящи услуги от страна на държавата се отдръпват. Нямаме специализирана лекарска помощ, хората не могат да си платят помощта поради липса на средства, а по проекта успяхме да интегрираме няколко услуги за хората по селата – здравна профилактика на децата от 0 до 7 г. Разбрахме за здравословните проблеми на децата, разбрахме колко са децата с увреждания и къде са, за да ги насочим към педиатрите, към стоматолозите. Например зъбният статус на децата беше под всяка критика, а на село достъпът до тази помощ липсва; чрез проекта можеше да се говори на родителите за тези умения и да се формират нагласи у тях за подобряване здравословното състояние на децата им. Конкретният принос на ПСВ за Община Тунджа е интегрирането на различните услуги. Това за нас беше полезно – придобихме представа какво имаме налично в общината, като здравен статус, като потенциал и като заплахи. Особено важно е, че ПСВ даде достъп на хората до педиатри и стоматолози“.* /фокус група, община Тунджа/

Характерно за междусекторната политика на община Тунджа в областта на ранното детско развитие е полагането на усилия за включването на малките деца в образователен процес. Като много добър резултат от ПСВ се посочва, че 33 деца са влезли в детската градина, защото родителите са били мотивирани от педиатричната грижа, което е пример за успешното взаимодействие на ниво образователна и здравна системи.

*„ПСВ дава възможности за общината да осъществява дейности, които надграждат вече започнатата политика по обхващане на децата в образователната система. Конкретен пример е организирането на лятно училище за 60 деца, чиято цел е подготовка за „първия учебен ден“, като се работи по Монтесори методология като се използват различни интерактивни занимания. Досега успяваме два пъти да организираме тази дейност“. /фокус група, община Тунджа/*

Характерно за община Тунджа е използването на различни възможности за надграждане и доразвиване на това, което е направено по ПСВ. Например много ясно се разпознава функцията на читалището като една социална институция, която наред с традиционните дейности в община Тунджа, предоставя и услуги с превантивна и социална насоченост.

*„В село Тенево с 1600 жители има детска градина, училище, център за спешна медицинска помощ, а читалището се използва като форма за превантивна работа с родители /чрез Фонд „Социална закрила“/ - през лятната ваканция осмислихме лятото с много игри, намалихме превантивно престъпността, четене, писане, рисуване, драматизация, приказки за децата, електронни картички, конкурс за най-добра електронна картичка. Работи се с кметството и здравната служба. Използва се целият ресурс на читалището. Там има Център за обществена подкрепа /ЦОП/, в който работеха социален работник, педагог, логопед и други, но в момента не работи... очакваме ново финансиране по друга схема“. /фокус група, община Тунджа/*

*„Съобразяваме се със спецификата на средата и с материалната база. Смятам, че използването на читалищата не се случва на други места – в които се получава социална интервенция. Например Общностният център инициира среща с работодател в читалището с местната общност за осигуряване на работа на жените от селото. Сега ще им помогнем да си осигурят документите за завършен клас, ще направим още една среща с работодателя, представителят на БЕЛЛА каза, че е оптимист, че нещата ще се случат“. /интервю със зам.-кмет Станчо Ставрев, община Тунджа/*

Участниците във фокус групата дават положителни обратни връзки относно устойчивостта на ПСВ:

*„ПСВ ни даде добра основа, от която да стартираме: чрез него можехме да влезем в общността и сега да затвърдим позициите си. В предния проект целта бе да спечелим доверието на родителите, а в новия проект /продължението на ПСВ по ОПРЧР/ те знаят вече за специалистите“.*

*„Сега сме приети по-добре в общността. По настоящия проект „Услуги за ранно детско развитие“, който стартира от октомври 2016 г. услугите са същите и като цяло проектът е много подобен на ПСВ, за да се улеснят общините. Целият механизъм за кандидатстване по проект РДР е почти същият като при предишния проект ПСВ“.*

Община Тунджа поддържа интензивни връзки с други общини (Стралджа, Ямбол и др.) във връзка с предоставянето на услугите по ПСВ, както и във връзка с кандидатстването за новите проекти по оперативните програми. Общината има одобрени и други проекти с европейско финансиране, насочени към ранното детско развитие.

ПСВ подкрепя общината в решаването на съществуващи проблеми с достъпа до здравеопазване на значителни групи от детското население, както и за посрещането на нуждите на децата с увреждания и специални потребности през услугите по ранна интервенция. Освен това дава възможност да се надгради започнатата работа по образователна подкрепа и включване в образователен процес, както и дейностите, базиращи се на семейно-ориентирания подход и целящи промяна на нагласите на родителите. Взаимодействието се осъществява между трите системи – социална, здравна и образователна.

*„С ПСВ и с проекта по РДР – покриваме и нуждата на младите семейства и децата от такива услуги – социални и здравни“. /фокус група, община Тунджа/*

*„Във всяка една образователна институция имаме здравен специалист. Но здравните специалисти обслужват по няколко институции.“ /фокус група, община Тунджа/*



Според представителите на общината, при тях интеграцията се случва и поради факта, че мащабът е малък. Измеренията на взаимодействие са по-лични и неформални, но въпреки това за това добро взаимодействие допринася и факта, че самата община е проактивна:

*„Ако ние не изискваме – те няма и да си комуникират; няма механизъм, който да ги ангажира пряко. Но ние го правим през проектно финансиране“.* /фокус група, община Тунджа/

По ПСВ е създаден Общностен център в село Кабиле, в който беше извършено посещение и пряко наблюдение от изследователския екип. Наблюдавахме изключително добра организация на осъществяването на услугите по ранно детско развитие, повечето от които са мобилни. Логистиката за мобилната работа на всички специалисти се извършва след предварително изготвен и съгласуван график за предоставяне на услуги по населените места в общината. Разпределянето на ангажиментите се коментира в началото на всяка седмица, както и се преговарят всеки ден преди отпътуването на специалистите. Графикът е съобразен с работата на специалистите за доставка на интегрирани здравни, социални и образователни услуги. Ежедневните ангажименти на екипите са разнообразни, като се отчита спецификата на населените места, както и потребностите на потребителите. Медиаторите в услугите за семейно и здравно консултиране имат ангажимент по организиране и сформирание на група потребители с общи интереси и потребности, а специалистите провеждат срещата с предварително подготвени теми. Изпълнението на срещите се провежда в изградените по ПСВ Зони за семейна подкрепа, както и в други подходящи помещения на читалища, кметства и други ресурси в общността. Също така, социалните работници заедно с медиатори и специалисти извършват домашни посещения и индивидуални консултации по въпроси и проблеми, които касаят потребителите в услугите. Важността на мобилната работа се подчертава от специалистите:

*„Имаме автобус по ПСВ. Специалистите отиват с този автобус по места. Колегите ходят в едно опорно село, в което има детска градина и в няколко, в които няма детска градина. Работата с родителите се организира в читалищата. Има и посещения по семействата. В Центъра се карат децата с увреждания в „Кабинет за ранна интервенция на уврежданията“. После автобусът тръгва по обратен ред: връща потребителите по селата от Общностния център и прибира специалистите от селата в Ямбол.“* /фокус група, община Тунджа/

Специалистите от услугите „Ранна интервенция на уврежданията“ и „Допълнителна педагогическа подготовка за деца с увреждания“ планират своята работа според потребностите на децата, като се провеждат индивидуални занимания в населеното място или се организира извозване в Общностния център в с. Кабиле.

Ивайло Кьосев, ръководител на Общностния център в Кабиле, обяснява, че особено полезни са организираните срещи с педиатри, но също с логопеди и рехабилитатори. Включват се и допълнителни специалисти с компетентности, от които има нужда, като например стоматолози и офталмолози. Има екип по семейно консултиране, който включва социален работник, медиатор, акушер-гинеколог, психолог. Организиран се и срещи на родителите с юрист, по теми като договори за наем, процедури за признаване на бащинството и др. Наблюдава се мотивация за такива срещи.

*„В графика са включени селата, които имат детски градини. Например днес направлението е в детската градина в с. Тенево, но ние имаме дете, което трябва да се извози в Центъра в с. Каравелово. Педиатрите също подават график и така се планират прегледите на децата в конкретно село.“* /фокус група, община Тунджа/

*„В Общностния център е яслената група, като трансформирана услуга – Център за деца от 0 до 3 години. Родителят като дойде да си вземе децата, има зала за семейно консултиране. И директорката на градината, и от Центъра могат да си правят консултации с родителите. Установи се потребността от юрист в Центъра. Излизат проблеми, които са специфични за конкретната общност.“* /фокус група, община Тунджа/

Изследователският екип имаше възможност да се срещне и разговаря с екипа, създаден по ПСВ, който в момента предоставя услугите, базирани в центъра за ранно детско развитие,



финансиран по настоящем по ОПРЧР. Повечето специалисти от този екип са обучени по ПСВ. За разлика от други общини, в Тунджа успяват да задържат кадрите, назначени и обучени по ПСВ. Когато финансирането по ПСВ приключва, общината намира следното решение:

*„Поискахме от ПСВ да трансформираме семеен център за деца от 0 до 3 г. в яслени групи, те разрешиха. Направихме яслени групи, включихме ги в образците за обединените детски заведения. И тогава като подкрепяща дейност на тези места, колегите назначени в Тенево подкрепяха родителите и се получи услуга близка до тази, която обещахме по време на публичните срещи за ПСВ. Тогава дойде финансирането за услугите по ПСВ изключително хаотично и кампанийно.“ /фокус група, община Тунджа/*

Изследователският екип имаше възможност също така да участва в индивидуална и групова работа с деца и с родители, вкл. да наблюдава работата на специалния педагог последователно с дете със специални потребности, а след това с неговата майка, както и групово занимание, водено от рехабилитатора и логопеда. Последва група за родители на децата със специални потребности, в която майките и бабите на децата споделяха своите притеснения и въпроси, живо общуваха помежду си, задаваха въпроси на водещия. Това наблюдение свидетелства за прилагане на практика на подход, ориентиран към семействата на децата, ползватели на услугите.

В тази насока следва се отбележи, че за община Тунджа „стратегически момент“ е работата за развитие на родителския капацитет, която се състои в многократни срещи и „базирани на обратната връзка политики“. Например, достъпът на малките деца до детски градини е решен първо чрез политика на базата на диференциране на таксите, а след това чрез пълната им отмяна:

*„Макар че не можем да се съизмерим с финансовия ресурс на община Созопол, Несебър. Първо таксите бяха намалени според социалния статус на родителите, но така се създадох настроеня и след това насърчихме всички родители чрез безплатното образование“. /фокус група, община Тунджа/*

Работата с и подкрепата на родителите са неразделна част от плановете на Общината за бъдещи дейности и проекти:

*„Видели сме ефекта от това децата да посещават яслена група и детска градина. Сега искаме да концентрираме вниманието си към родилките, които имат дефицит на компетентност по отношение на детското хранене. Искаме да апробираме детска кухня с функции на повишаване на родителския капацитет“. /фокус група, община Тунджа/*

*„Когато правихме оптимизирането на образователната инфраструктура в община „Тунджа“, направихме модерни столови с разливочни в училищата, които останаха. Държавата не ни даде пари за обедно хранене. Направи го Общината. Направихме столови и ги заключихме. Когато започнахме да ги храним на обяд, тръгнахме да режем лентата в първото училище. Повечето деца се разбягаха и не искаха да сядат на масата. Не сме си давали сметка, че това са деца, които никога не са се хранили на маса с покривка и прибори. И не познават вкуса на готвената храна. Настана един много дълъг процес. Но постепенно нещата се промениха. Сега в края на учебната година правим родителски срещи за обратна връзка с родителите. И сега на такава среща в Дражево, една ромка казва: „Сега, какво, като се прибере вкъщи /детето ѝ/ иска да му слагам покривката и да му готвя“. Така разбрахме, че чрез децата можем да променяме нагласи в т. нар. „загубено поколение“. /фокус група, община Тунджа /*

Изводите на изследователския екип за участието на община Тунджа в ПСВ са че общината се вписва със своите възможности и цели в контекст на осъзната междусекторна политика. Годишната работа по въвеждане на общностен подход и включване на малките деца в образованието правят възможно ефективното прилагане на услугите за ранно детско развитие. Правят впечатление системните усилия да се използва не само този, но и всички други проекти, по които се работи, за да се включват родителите, целите семейства, за да се променят нагласите им и да могат пълноценно да участват в услугите, които се предоставят за децата им в трите сектора: здравеопазване, образование, социални услуги. Благодарение на ПСВ се осигурява достъп до качествени и

специализирани здравни грижи и услуги за деца с увреждания на всички нуждаещи се деца в ранна възраст в общината.

### 2.3.3.3 Данни от проведено пряко наблюдение в услуги, създадени по ПСВ

Както е описано по-горе, ПСВ осигурява финансиране на дейностите на интегрираните услуги разкрити по него до края на 2015 г., след което се предоставя възможност на общините, в които са изградени услугите, да финансират дейностите им със средства от ОПРЧР. В много от общините функционирането на услугите е преустановено за определени срокове от време, в които се изчаква стартирането на проектите по ОПРЧР. Новоразкритите центрове се явяват своеобразен идеен приемник, макар и непряк продължител на услугите създадени по ПСВ, като те се наричат по различен начин в различните общини и представляват различни пакети от услуги – не всички от които са идентични с тези, които се предоставят по ПСВ.

Изследователският екип проведе проучване през интервюта и наблюдение в два такива създадени центъра в две от общините-бенефициенти, и двете в големи градове. Тук те не се представят със своите имена, тъй като целта на описанието е да илюстрира как функционират тези интегрирани услуги.

И в двата случая новите услуги са ситуирани в помещенията оборудвани по ПСВ, но персоналът е новоназначен - единици са специалистите, които са работили и по предходния проект. Основен замисъл на централите предоставящи интегрирани услуги за ранно детско развитие е те да са леснодостъпни, тъй като една от целевите групи към която са насочени дейностите им са именно семействата изпаднали в бедност и социално изключване. Противно на очакванията обаче, достъпът до каквато и да е информация относно работата на единия от централите, както и до самия център, се оказва изключително трудна задача дори за изследовател от екипа. Информация за предоставяните услуги в другия център се разпространява чрез сайта на общината и чрез местните медии. Информирани са личните лекари, педиатрите, лекарите в неонатологичното отделение, както и кметовете на селата в областта и директорите на детските градини.

Докато единият център работи с много общо дефинирана целева група от най-уязвимите групи от населението, изпаднали в бедност и социално изключване, вкл. деца с увреждания и деца „в норма“, другият е фокусиран изцяло върху деца с увреждания от 0 до 7-годишна възраст и техните семейства. Услугите, които се предоставят в него са насочени към ранната интервенция на уврежданията и индивидуалната педагогическа подкрепа за децата. Това осигурява част от функциите на ранната интервенция на ниво вторична и третична превенция, но е изключен първият етап – съобщаване на увреждането – поради проблеми в хоризонталното взаимодействие /специалисти от центъра не работят в родилно отделение/. Медиатор, работел в единия от централите и по ПСВ, разказа, че най-голям интерес в ромската общност по време на предходния проект е имало за гинекологични прегледи, каквито по новия проект не са предвидени. Услугите, разкрити и в двата града са значително по-ограничени по своя брой и своята същност от услугите по ПСВ.

Идеята на централите е да обединяват експертната на специалисти от различни области с цел комплексно посрещане на потребностите на детето и неговото семейство. Това включва педиатри, логопеди, специални педагози, психолози, социални работници, рехабилитатори и други, както и административен персонал. В единия от централите има сериозен проблем с намирането на персонал за някои от по-експертните позиции.

Събирането на едно място на специалисти в различни области е предпоставка, но не и гаранция за осъществяване на сътрудничество между тях по отношение на работата им с децата и семействата. Наличието или отсъствието на междусекторно партньорство проличава най-ясно при приема, планирането и мониторирането на работата по всеки отделен случай. В единия от посетените центрове за прием в услугата родителите подават заявление по образец, последвано от събеседване в рамките на един час, на който се преценяват нуждите на детето и се определят услугите, които ще ползва. Индивидуален план за работа се изготвя след 3-тото до 6-тото посещение, а задача на специалистите определени да работят с детето е да конкретизират и записват в общия план целите, които си поставят, как ще работят за осъществяването им, определят срок за постигане на целите. Планът се обсъжда и съгласува с родителите. В другия посетен център е направен опит да бъдат максимално ограничени формалностите за родителите, като е достатъчно те да заявят потребност, след което да бъдат директно насочвани към съответния специалист.

Замисълът на ПСВ е достъпът до услугите за ранно детско развитие, предоставяни в центровете да бъде отворен. От това следва, че тези услуги са замислени като универсални - не се изискват направления. Достатъчно е родителите да се самозаявят, да заявят потребност. Важно е обаче да има яснота относно процеса и каналите за насочване, както и за първоначалната оценка, която ориентира работата на специалистите. Проблематични в тази област са хоризонталните взаимодействия, което рефлектира върху осведомеността на общността за съществуването и ползването на услугите.

Ползата от екипната работа е осъзната на ниво специалисти и след етапа на диагностициране. Показателен е отговорът на логопед в единия от центровете на въпрос защо табло за развитие на фина моторика се намира в залата за рехабилитация – беше обяснено, че работата на специалистите се допълва. Така например логопедичната работа ще е затруднена, ако детето не изпълнява прости инструкции, не седи на едно място, не задържа внимание, а за развитие на тези умения могат да работят и психолога и специалния педагог. Подобряването на фината моторика подпомага говорните възможности, а за фина моторика могат да работят всички специалисти.

В основата на философията на центровете за ранно детско развитие е залегнало убеждението, че работата с малки деца минава и през работа със семействата им, което проличава в насочването на дейностите им както към децата, така и към семействата. При приема в единия от посетените центрове, родителите попълват анкета, с която представят ежедневиия режим на детето с цел да се изясни какви трудности срещат при отглеждането му. Ако самите родители са потребители на услугата, те попълват и втора анкета, с която заявяват от каква подкрепа /основно от каква информация/ имат нужда. Родителите са включени не само в определянето на вида специалисти, които да работят с детето и в изготвянето на графика, но и финално се изисква тяхното одобрение за работата с детето. Това е пример на добра, семейно-ориентирана практика, която обаче не беше наблюдавана в другия от посетените центрове.

Родители, чиито деца посещават един от центровете, споделят, че им е необходима допълнителна психологична помощ и рехабилитация, целодневна грижа за децата, група за родители, в която да споделят и обменят опит. Като проблем се сочи липсата на устойчивост, както и че услугите обхващат само децата до 7 годишна възраст.

*„В Центъра за РДР – часовете са ни малко с психолог, рехабилитатор, логопед. Нужно е поне три, четири пъти седмично.“*

*„Моята дъщеря не желае аз да ѝ правя рехабилитация. Това не е мой ангажимент, аз не съм обучена за това, от мен зависи да ѝ давам обич, да я обгрижвам“.*

*„Друго е когато си споделиш с майка на дете с увреждане, тя ще те разбере. Знаем си болката“. / споделени мнения на родители в рамките на осъществено пряко наблюдение в Център за РДР/*

Баща на момче със синдром на Даун разказва, че от неонатологията са били насочени към центъра по ПСВ. Когато са започнали да го посещават, детето е било на 3 месеца, но за съжаление, проектът е свършил съвсем скоро. Личният лекар на детето ги е информирал за стартирането на новия проект и те веднага са подали заявление. В периода, в който центърът не е функционирал са ходили няколко пъти в друг град, където са им изготвяли индивидуална програма за детето. Но било друго, когато специалисти – логопед и рехабилитатор работят с него и затова са много доволни, че им е предоставена отново тази възможност. Според бащата такива услуги трябва да са трайни, за да може родителите да могат да разчитат на тях.

За родителите е изключително ценно, че на едно място получават консултация от различни специалисти. Безспорно това, че дейностите са безплатни се изтъква от всички като основен положителен елемент.

Управлението на услугите се осъществява от общините, като не става ясно дали се работи по заложените в ПСВ методически ръководства и как точно се изпълняват стандартите, заложените в тях. За да бъде реализирана идеята на ПСВ, в услугите изградени по него и продължени по ОПРЧР е необходимо:

- Услугите да отговарят на комплексните нужди на местните общности, да са лесно достъпни и да има широко популяризиране на работата на центровете;
- Да има яснота за механизмите на насочване към услуги и определяне на използването на различните услуги;
- Да се формират мултидисциплинарни екипи, което предполага не само събиране на различни специалисти в едно работно място, а обединяването на експертизата и усилията им около детето

- и семейството, така че те да получат холистична подкрепа, която да доведе до максимално разгръщане на потенциала им;
- Осъзнаване на важността на работата със семействата;
  - Стимулиране на социалното включване на децата и семействата, което в горните случаи се прави косвено, но не и пряко посредством групова работа.

#### 2.3.3.4 Интегрирани услуги, създадени по проект „ПОСОКА: семейство“ на МЗ

Визпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, Министерство на здравеопазването разработва „Концепция за деинституционализация на децата от ДМСГД“, която е приета от Министерски съвет на 1 септември 2010. Въз основа на заложените в концепцията приоритети МЗ реализира два проекта – „ПОСОКА: семейство“ и „Преструктуриране на ДМСГД“, в рамките на които са закрити 8 пилотни ДМСГД в общините Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, Русе, София и Търговище. Проектът стартира на 26 октомври 2011 г. и приключва на 25 октомври 2015 г. Финансирането на стойност 1 972 503,62 лв. е осигурено от ОПРЧР.

С цел осигуряване на необходимите грижи за децата в пилотните домове се създават нови интегрирани междусекторни услуги за ранно детско развитие, чиято цел е „да предлагат качествено нов, различен от институционалния, модел на грижа.“<sup>111</sup> В рамките на проект „ПОСОКА: семейство“ е извършено планирането на услугите, както и други дейности, свързани с подготовката на децата в ДМСГД за извеждане от институционална грижа.

Във всяка от общините се реализират проекти за разкриване на комплекси за социално-здравни услуги за деца и семейства (КСЗУДС). Самите проекти се изпълняват от общините, на места в партньорство с НПО. Видовете услуги, планирани по проекта, са 7 Семейно-консултативни центъра; 3 Центъра за приемна грижа; 5 Центъра за ранна интервенция; 3 Центъра за детско психично здраве; 8 Дневни центъра; 2 Звена „Майка и бебе“; 8 Центъра за майчино и детско здраве; 9 Специализирани резидентни грижи за деца до 7 г. с потребност от постоянни здравни грижи със заместваща грижа.

*„ПОСОКА: семейство“ спомогна за апробиране на модел за нов вид услуги, които да обхванат по-широк кръг от населението и да спомогнат в превенцията на изоставянето“. /интервю с експерт, МЗ/*

Напълно се проваля реализацията на услугата „Център за психично здраве за малки деца“, с което възможността да се покрият дейностите по психологична и/или психиатрична подкрепа и/или лечение за детето и семейството като неразделна част от подхода ранна детска интервенция не се осъществява.

Към настоящия момент 8-те ДМСГД, включени в проекта „ПОСОКА: семейство“ са затворени, но планираните интегрирани здравно-социални услуги по проекта и тези, които функционират в момента в 8-те общини сериозно се разминават. Най-драматична е ситуацията в Пазарджик, където понастоящем не функционира нито една услуга, която е планирана и разработена по проект „ПОСОКА: семейство“. Причината за това е че до края на проекта МЗ и МТСП не се споразумяват кой ще поеме финансирането на новите услуги – предвид факта, че са здравно-социални и че не съществува нормативен регламент за тяхното финансиране нито като социални услуги, нито като здравни такива. Повечето от разкритите услуги реално функционират само няколко месеца, след което настъпва края на проектното финансиране и услугите се оказват в риск от закриване. Устойчивостта на тези, които функционират към момента се постига с превръщането им в социални услуги, носещи ограниченията на нормативната си база, методология и финансов стандарт. Това е доказателство за сериозните затруднения между секторите на национално ниво и показва, че обновената нормативна база на МЗ, касаеща интегрираните здравно-социални услуги е условие, но не и гаранция за осъществяването им.

Настоящият анализ се фокусира върху услугите, създадени като резултат от проект „ПОСОКА: семейство“ в една от 8-те пилотни общини - град Русе.

111 Министерство на здравеопазването, Проект „ПОСОКА: семейство“, достъпен на: [http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/04/06/izpalnenie-na-proekt-posoka-semeystvo.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/04/06/izpalnenie-na-proekt-posoka-semeystvo.pdf)



## *Услуги, създадени като резултат от „ПОСОКА: семейство“ в Русе*

Проектът в община Русе е озаглавен „Комплекс от интегрирани социални услуги за деца от 0 до 3 год. в община Русе” и стартира на 01.09.2014 г. Предвидените за разкриване услуги са както следва:

- ✓ Семейно - консултативен център;
- ✓ Звено „Майка и бебе“ със спешен прием;
- ✓ Дневен център за деца с увреждания от 0 до 3 години;
- ✓ Център за приемна грижа и подкрепа на осиновяването;
- ✓ Център за настаняване от семеен тип за деца с увреждания;
- ✓ Център за майчино и детско здраве;
- ✓ Център за психично здраве за деца от 0 до 3 годишна възраст.

Целта на проекта е реализиране на устойчив модел за трайна деинституционализация на деца от 0 до 3 год., настанени в ДМСГД, чрез предоставяне на интегрирани здравно – социални услуги за подкрепа на семейството и превенция на риска от изоставяне на деца. На 24.06.2015 г. кметът на община Русе издава заповеди за разкриване на иновативните услуги, но според общински администратор инициатор за иновативните услуги е МЗ и общината се съгласява да ги разкрие, въпреки че е на мнение, че част от тях не са необходими.

В Годишния план за развитие на социалните услуги в Община Русе за 2015 г. и прогноза за 2016 г. е заложено дейността на новоразкритите услуги за деца от 0 до 3 год. да продължи с финансиране като държавно делегирани дейности. Такова е било и решението на Общинския съвет, взето през м. септември 2015 г. - от 1 януари 2016 г. услугите да се разкрият като държавно делегирана дейност. В бюджета на община Русе не са били предвидени средства за финансиране на услугите. Според общински администратор до последно никой не е подал информация, че общината ще трябва да поеме финансовата тежест на ангажимента за устойчивост по проекта. От началото на 2016 г. иновативните услуги не могат да стартират като държавно делегирана дейност, защото не са регламентирани и за тях няма финансов стандарт.

С постановлението за закриване на ДМСГД се допълва единствено регламентацията на Центъра за настаняване от семеен тип за деца/младежи с увреждания, като се създава възможност в такива центрове да се настаняват деца/младежи с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи. С това официално към МТСП преминава резидентната иновативна услуга създадена в процеса на реструктуриране на ДМСГД. Така услугата в Русе, предоставяща резидентна грижа на малки деца се разкрива като държавно делегирана дейност под наименованието ЦНСТ за деца/младежи с потребност от постоянни медицински грижи (ЦНСТ ПМГ). Дневният център и Звено „Майка и бебе“ (ЗМБ) съществуват в държавната номенклатура и преди стартирането на проекта, така че те също са разкрити като държавно делегирани дейности, но това се случва с няколко месеца закъснение, след като дейността им е преустановена за известен период от време. Първоначално услугите се управляват от общината. След провеждане на конкурси, управлението на трите услуги е възложено на сдружение „Еквилибриум“, като те са организирани в Обединен детски комплекс „Слънчо“. Положителен факт е, че Община Русе възлага управлението на услугите на НПО с опит в управлението на социални услуги за деца в риск и семейства.

През месец януари 2017 г. Обединен детски комплекс „Слънчо“ беше посетен от изследовател от екипа с цел пряко наблюдение на функциониращите услуги.

Капацитетът на услугата ЦНСТ ПМГ е 8 места, който към края на м. януари 2017 г. бе запълнен. Четири от децата са от закрития ДМСГД - това са по-големите потребители на центъра /трима около четиригодишни и едно дете на 10 г./ . Всички останали са бебета, и с изключение на едно, те са с малформации в лицево-челюстната област и прогнозата е да бъдат върнати в биологичните им семейства, когато преминат операциите им. Най-големият потребител от тази група бе почти на 1 година.

Регионалният мениджър за Централна и Източна Европа на „Надежда и домове за децата – клон България“ и съосновател на сдружение „Еквилибриум“ Галина Бисет разказа, че по време на оценяването на децата от ДМСГД – Русе е станало ясно, че само 46 от тях са били на резидентна грижа, а не 120, както са ги отчитали в МЗ, за да оправдаят големия бюджет и щат. 12-13 деца са били на седмична грижа, а останалите до 120 деца са ползвали дневен център или почасово услуги от специалист. Повечето от децата на резидентна грижа са били реинтегрирани, осиновени, настанени в приемна грижа или в ЦНСТ по проект „Детство за всички“; имало е и смъртни случаи. Останали са 4 деца, които са настанени в новоразкритото ЦНСТ за деца и младежи с потребност от постоянни медицински

грижи. Новопостъпващите са основно новородени деца с лицево-челюстни малформации, които след извършване на коригиращи операции се връщат в семействата си. Работата по ранна интервенция не допуска настаняване на бебета в резидентната услуга, когато могат да бъдат отглеждани в домашна среда.

Четири деца настанени от ДМСГД се хранят чрез сонди или с гастростомен катетър. За най-голямото дете се полагат палиативни грижи с цел удължаване на живота с придадено качество. Налагат се ежемесечни хоспитализации. При останалите три има значително подобрене на общото им състояние в следствие на специализираните медицински грижи и консултиране със специалист за хранителните им режими. Едното само за 6 месеца е наддало почти 3 кг. /от 4.200 кг на 7 кг./, консултира се за извършване на хирургическа интервенция. При второто, повишаването на теглото се е отразило благоприятно върху работата на сърцето, което е довело до отпадане нуждата от операция; детето се подготвя да замине при осиновители в САЩ, тъй като състоянието му вече е стабилно и позволява да се предприеме дългото пътуване. Състоянието на третото дете е сериозно, но не спират усилията то да се подобри. Родителите му, живеещи в малко населено място далеч от най-близкото болнично заведение, го посещават често, включват се в грижите за него и живеят с нагласата, че ако бъдат извършени освобождаващи движенията на крайниците операции и бъде махнат гастростомния катетър, чрез който се храни, ще си го вземат у дома. И трите деца се водят в дневния център, където с тях работят логопед и психолог или просто прекарват време сред други деца в различна обстановка.

В непосредствена близост до ЦНСТ ПМГ са разположени четирите стаи на ЗМБ. В една от тях е преместен и един от потребителите на ЦНСТ, за да бъде заедно с майка си. Майката разказва, че бременността ѝ е проследявана, но никой не ѝ е казал, че ще роди дете с увреждане и за нея е било изключителен шок, когато след раждането е видяла бебето. Не е желала да го види повече, „разболяла“ се е и е била приета за лечение в болница. Израждащият лекар в болницата в Разград ѝ е казал само, че бебето е с вълча уста и два часа след раждането е било преведено в неонатологията в Русе. Никой не ѝ е казал повече, само плакала. След десет дни тя за първи път се осмелява да види детето си. В неонатологията старшата сестра ѝ е обяснила какво е състоянието на детето и какво трябва да се прави. Твърди, че на мъжа ѝ още в болницата в Разград са обяснили всичко и че той е видял сина си, но тя не е пожелала. От ОЗД са го настанили в ЦНСТ. Първите 2 месеца бебето е било без придружител. На втория месец е извършена първата коригираща операция, след която майката идва да живее в центъра с него. Майката има и 5 годишна дъщеря, която иска да вземе при себе си. Управителката и ОЗД договоряха идването и престоя на детето.

В ЗМБ имаше още една майка с дете с малформация. При проследяването на бременността е била уведомена, че детето ще се роди с цепка на устната, както и че нарушенията му ще могат да се коригират оперативно. Била е спокойна, спокойна е и за предстоящата операция, тъй като в центъра е получила уверение, че хирургът, който ще оперира сина ѝ е много добър специалист. Майката твърди, че има завършен 7-ми клас, но че е проговорила български език едва в центъра, с помощта на персонала. Обучили са я сама да се грижи за детето - сама го къпе и храни.

Според Вяра Георгиева, управител на центъра, основен принцип на работа в комплекса е семейно-ориентирания подход - подкрепянето на родителите, а не изместването им. Задължение на специалистите е да насърчават родителите да изпълняват тази си роля, както и да изграждат отношения на близост с децата си. Затова са осигурени безплатно условия за пребиваване в центъра за придружителите на бебетата. Придружителите първоначално наблюдават как се обгрижват децата им и постепенно започват да се включват подкрепяни от персонала, докато започнат да извършват сами дадени дейности, първо под наблюдението на медицинска сестра, а после и самостоятелно - къпане, преобличане, хранене.

Според правната регламентация ЦНСТ ПМГ е социална услуга, в която обаче са настанени най-тежките случаи при закриването на лечебно заведение каквото е ДМСГД. Самото му наименование показва, че макар и социална услуга, състоянието на потребителите му изисква да се гарантира постоянна медицинска грижа, което налага тясно сътрудничество с медицински специалисти, т.е. междусекторно партньорство. В ЦНСТ ПМГ в гр. Русе ежедневната медицинската грижа се осигурява от педиатър на граждански договор. Външно наблюдение е възложено от МЗ на началника на педиатричното отделение в болницата в Русе. Екип от отделението всяка седмица посещава потребителите в ЦНСТ ПМГ. Персоналът на услугата се консултира с екипа от отделението по

всички въпроси засягащи здравословното състояние на децата. Екипът прави медицинската оценка на децата преди настаняването им в центъра, проследява състоянието им, консултира персонала. Има и допълнително споразумение с центъра за спешната помощ да приемат директно обаждания от ЦНСТ ПМГ, без да минават през оператор, тъй като в услугата има дете на палиативна грижа. Болницата не може да откаже хоспитализация. Когато се налага операция в друг град, например в Пловдив на лицевите малформации, болницата осигурява транспорт и при необходимост придружител лекар. При нужда се осигурява и допълнително консултиране със специалисти, които са на граждански договор – консултант по храненето и детски хирург. Всички деца имат и личен лекар, който осъществява профилактични прегледи и имунизации, както и стоматолог. Наредбата за профилактичните прегледи се прилага. При нужда се провеждат консултации с детски невролог с направление от личния лекар. Кинезитерапевт работи в центъра на пълен щат.

Ежедневните грижи са поети от четири медицински сестри на пълен щат /всичките пенсионерки, работили преди това в ДМСГД/, три медицински сестри на ½ щат и пет детегледачки /повечето от които също имат опит от ДМСГД/. Персоналът е инструктиран при извършване на каквато и да е дейност с дете да му се говори какво се прави, както и да бъдат давани инструкции към детето за включване в дейността, например при обличане – „подай краче“, „подай ръка“ и т.н., независимо дали детето е способно да извърши командата. Така се стига до установяване на контакт – издаване на звук, усмивка.

Всички медицински сестри след закриването на ДМСГД са продължили да работят на други места – в детски ясли или в болници и чак след като са се пенсионирали са постъпили в ЦНСТ ПМГ. Според тях заплащането в болницата е по-високо и затова младите им колежки не желаят да работят в резидентната услуга. Предполагат, че когато те напуснат няма да има кой да работи, ако условията не се променят.

Дневният център за деца с увреждания от 0 до 18 г. е другата услуга в комплекса. Според Вяра Георгиева услугата е в помощ на родителите и затова работното време е максимално разширено от 7 до 17 часа и графикът на персонала е изготвен така, че да покрие на смени този времеви диапазон.

Първата преценка за потребностите на детето се прави от отдел „Закрила на детето“, откъдето и детето идва с направление със зададена форма на работа – целодневна, полудневна, почасова. При постъпването на детето им в центъра, родителите попълват анкетна карта за очакванията си, както и каква подкрепа търсят. В центъра се прави оценка на потребностите; родителите правят коментар на оценката и дават предложение кои специалисти и колко често да работят с детето им. От центъра изготвят плана за грижа, но крайното решение е на родителите.

Специалистите имат ежедневен контакт с родителите. Дават им насоки как да работят с детето у дома, макар че според тях повечето родители нямат време за това. При конкретни поводи се организират и нарочни срещи с родители. Организират се и родителски срещи, и под претекст на организационни въпроси според психоложката се провежда и групова работа с родителите. Организират се общи тържества по празници. Социалният работник е направил опит да организира група за родителска подкрепа „на кафе“, на която родители сами да определят темите, но родителите не са изявили желание да се срещат. Няма изградена неформална връзка между тях.

Основен принцип и в трите услуги на Обединен детски комплекс „Слънчо“ е персоналът да не изнемва функциите на родителите, а професионално да ги подкрепя и насърчава да преодоляват затрудненията в общуването с децата, породени от уврежданията им. Специалистите консултират и съветват родителите, но решенията относно децата се взимат от родителите, дори когато са подписали съгласие за пълно осиновяване. Връзките между родители и деца ползващи резидентна услуга се стимулират като на родителите се предлага да придружават детето в услугата, където се обучават как да се грижат за него. В случай, че нямат възможност да останат, се приканят да посещават детето си възможно най-често, като при посещенията биват включвани в обгрижването на детето. С разбиране се подхожда и към родителите, които не желаят да виждат детето си. Те не биват съдени и обвинявани, а редовно информирани за състоянието му.

За децата потребители на Обединен детски комплекс „Слънчо“ се грижат мултидисциплинарни екипи, чиито членове не само първоначално диагностицират и определят план за действие, но на екипни срещи обсъждат работата по всеки конкретен случай. Поради специфичните потребности на потребителите, екипът на ЦНСТ ПМГ работи в тясно взаимодействие с медицински специалисти от различни болнични заведения, като отношенията им са регламентирани и добре стиковани. Макар и

децата на резидентна грижа да са с ограничени възможности за приобщаване и социално включване, се предприемат дейности в тази насока, които се изразяват основно в събирането им с деца, които посещават дневния център.

### 2.3.3.5 Услуги и програми по ранна интервенция, развити от НПО

#### **Програма „Ранна интервенция” на фондация „Карин дом“**

Програмата за ранна интервенция на фондация „Карин дом“ се вписва в мрежа от добре развити хоризонтални взаимодействия и се основава на подход, ориентиран към семейството, при който на родителите се възлага активно участие. Програмата е насочена към първична и вторична превенция за малки деца с увреждания. Служителите на „Карин дом“ Магдалена Цонева и Веселина Атанасова дадоха на изследователския екип следната информация за програмата чрез писмено интервю от 28.04.2017 г.:

*„От декември 2010 г. Център „Карин дом” стартира своята програма „Ранна интервенция”. За развиването ѝ сме черпили опит (чрез работни визити и обучения) от канадски и американски програми по ранна интервенция, където тези услуги имат стабилна законодателна и нормативна база и дългогодишен теоретичен и практически опит. Програмата на Карин дом е насочена към деца от раждането до 4-годишна възраст, в риск, с изоставане в развитието или с увреждания, прилагайки семейно-ориентиран подход. При този подход семейството се подкрепя, за да мобилизира своите способности, силни страни и ресурси в отглеждане на детето. Заниманията се осъществяват в дома на детето или в друга естествена за него среда, където то се чувства най-комфортно. Програмата развива родителските умения – дава насоки на родителите как да играят с детето, как да използват ситуацията от ежедневието за учене, как да имат достъп до ресурси, как да бъдат застъпници за себе си и за детето, като се фокусират върху силните му страни. Всяко дете се възприема като личност с потенциал, който може и трябва да бъде развиван. Програма „Ранна интервенция” включва домашни посещения от консултанти по детско развитие, родителска мрежа за взаимопомощ и подкрепа за кърмене.*

*В рамките на Програмата фондация „Карин дом” работи в партньорство с Община Варна, Отдел закрила на детето и родилните и неонатологични отделения във Варна. Постепенно изградихме отношения на сътрудничество и доверие с медицинските специалисти, които познават програмата ни и виждат положителните резултати за децата и семействата. Те насочват към Програмата родителите на недоносени деца и деца, родени с увреждания. В случаите на риск от изоставяне на дете, работим заедно, за да предотвратим институционализацията. Психологът на Програмата ни поддържа постоянна връзка и прави редовни посещения в отделенията.*

*Освен основната услуга домашни посещения, развиваме допълващи услуги, ситуирани в Карин дом. Сред тях са Библиотека на играчката, групи за игра и семейно-медицирана интервенция. Първите две услуги са отворени за всички деца, като по този начин групите стават смесени. Това е полезно и за родителите, които обменят опит и информация, наблюдават други родителски модели, виждат как се развиват други деца на сходна възраст.*

*Семейно-медицираната интервенция се прилага в Карин дом от началото на 2015 г. първоначално като услуга, насочена към деца от аутистичен спектър. Поради добрите резултатите разширихме обхвата и организирахме групи и с други деца и семейства, включени в Програма ранна интервенция. Семейно-медицираната интервенция е подход, при който родителят е основен изпълнител на интервенцията. Тя е насочена основно към развиване на споделено внимание, взаимодействие дете-родител, комуникация, адаптивни умения. Резултатите са повишени родителски умения и увереност за справяне със ситуации от ежедневието и по-силна връзка дете-родител.*

*Важна част от дейността ни за развиване и утвърждаване на услуги по ранна интервенция в страната, е адаптирането на скрининг за детското развитие, който да позволи навременното откриване и насочване на децата към услугите. За тази цел Карин дом проведе изследване с цел адаптиране и използване в България на Въпросници по възрасти и етапи (ASQ™). Въпросниците представляват скрининг на детското развитие, предназначен за попълване от родителите. Те се използват масово за*



откриване на забавяне и проблеми в развитието на деца от 0 до 6 години. Въпросниците по възрасти и етапи (ASQ-3 и ASQ-SE) са одобрени от Американската академия по педиатрия. Това е най-масово използваният инструмент за ранно откриване на проблеми в детското развитие в САЩ, който е преведен, адаптиран и се ползва в още 24 страни по света, вкл. страни от Европа.

Въпросниците са добър начин за проследяване на развитието на децата и за откриване на забавяне и проблеми в развитието, които се нуждаят от последваща диагностична оценка и интервенция. Същевременно инструментите, попълвани от родители спестяват време и средства, а и насърчават ангажираността на родителите по отношение развитието на тяхното дете. Целта ни с адаптирането на този скрининг е той да се използва широко - сред педиатри, психолози в детски ясли и градини, общностни центрове и други агенции, ангажирани с малки деца и техните семейства. Чрез ранното откриване и насочване на децата, които се нуждаят от подкрепа за развитието си, ранната интервенция може да стане по-навременна и ефективна“.

### **Услуги за ранна детска интервенция на фондация „За Нашите Деца“**

Ранната детска интервенция е подход, който фондация „За Нашите Деца“ систематично развива чрез своите дейности и участие в процеса на деинституционализация в България. Предвид ролята на фондацията в реализирането на настоящото изследване, ще се позовем единствено на доклада от външната оценка на реализирането на проект „Заслужавам детство“, финансиран от фондация „Отворено общество“ – Лондон в периода септември 2012 – август 2014 г. Оценката е осъществена от Наталия Михайлова по заявка на фондацията и информацията в тази секция е изведена от доклада от оценката.

Основната цел на този проект е развитие и предоставяне на услугата *ранна детска интервенция* в градовете София и Пловдив. Програмата по Ранна детска интервенция предоставя услуги за деца от 0-3 г. родени недоносени, с увреждания, или в риск да развият увреждане, забавяне или отклонения в развитието и техните семейства. Услугата цели да подкрепи семейството, по начин, по който то само да може да стимулира развитието на детето си. Специалистите по Ранна детска интервенция използват подход, насочен към семейството, който се фокусира върху силните му страни, а не върху слабите. По този начин те не просто идентифицират какво детето може да направи, но и чрез извършваните интервенции развиват силните му страни и интересите му. В рамките на проекта се предоставят и мобилни социални и медицински услуги в общността.<sup>112</sup>

Проектът изхожда от разбирането, че раждането на дете със специални потребности или на дете, за което има съмнения, че ще се наложат допълнителни услуги по подкрепа на семейството, поставя поредица от въпроси пред родителите, които са оцветени от тревогата им за оцеляването на детето и от страховете за неговото бъдещи развитие, осигуряване на помощ, приемане или отхвърляне.

От проведените интервюта с родители се разбират сериозните предизвикателства, пред които са изправени те във връзка с осигуряването на медицинска помощ от самото начало, защото здравната система е първата, с която те се срещат след раждането на детето. Също така се отчита тревожното нарастване на броя на недоносените деца в България: „От 32 хил. бебета, родени тази година до момента /юли 2014, бел. Автора/, 20% са недоносени.“<sup>113</sup>

Като „изключително емоционален, тревожен и стресиращ за всички интервюирани родители“ се идентифицира моментът на научаване на диагнозата, с уточнението, че при част от тях този момент се локализира непосредствено след раждането, а за други месец или два по-късно. Според докладът от оценката, „всички интервюирани споделят, че макар и здравната система да осигурява грижи и оперативна намеса, когато се налага, те се нуждаят от специалисти, които да ги подкрепят във вземането на решение и в реалистичната прогноза относно развитието и възможностите на детето. В този смисъл, разработената услуга РДИ е релевантна на техните нужди, особено в момента когато здравната система се оттегля, след напускане на здравното заведение. Това е моментът, когато родителите вземат решение да се грижат за детето си и след това е необходимо да се започне работа с тях.“

От проведените интервюта със специалисти става ясно, че личните лекари не винаги успяват да бъдат близо до проблемите на децата със специални потребности, „още повече, че за семействата

112 <http://www.detebg.org/bg/items/view/2930/Proekt-Zasluzhavam-detstvo.html>

113 <http://bnt.bg/news/zdrave/trevozhno-se-e-uvlichil-broyat-na-nedonosnite-detsa-u-nas>

отиването на лекар само по себе си е предизвикателство“. Те посочват, че специфични услуги за децата с увреждания се предлагат, но се осъществяват в центрове, в които родителите не участват активно и не биват включвани в работата с детето.

Нито един от родителите не споменава за контакт със социалната система както в момента на вземане на решение, така и след отиване в къщи. Опитът, който споделят, е свързан с уточняване на документи за ТЕЛК, отпускане на финансови помощи и/или административно настаняване /в случаите на настаняване при близки и роднини/.

През 2009 г. фондация „За Нашите Деца“ създава „Национален център за превенция на изоставянето“, в който се развиват интензивно услуги за работа с родилните отделения, подкрепа на деца с увреждания и подкрепа на родителите, реинтеграция. Външната оценка констатира чрез провеждане на интервюта, че според част от специалистите от организацията, РДИ означава *„работа за овластяване на семейството, социалният работник работи през привързаността и изграждане на връзка между детето и семейството и насърчава тази връзка.“* Тя установява, че специализацията на организацията за развитие на РДИ като услуга влиза в стратегическите планове, „което потвърждава не само възможността за надграждането на опита, но и планове за сериозно бъдещо прилагане“. Услугата се развива в рамките на ЦОП, което е възможност да се използват ресурси и капацитет, опит и база.

Обхватът на програмата е свързан с използването два основни критерия: мястото на живот на детето и специалните потребности. По отношение на мястото на живот на детето са избрани изчерпателно следните възможности – новородено /все още в болница/, биологично семейство, семейство на осиновители, семейство на близки и родственици, приемно семейство, резидентна услуга. По отношение на специалните потребности се обхващат всички деца, за които има съмнения за проблеми в развитието или са установени такива. Тук следва да се отбележи, че услугата е основно за деца, които живеят в семейна среда, където има значим възрастен, който да полага грижи за тях. В рамките на проекта е осъществена работа и с малко на брой деца, настанени в резидентни услуги и приемни семейства.

Същността и съдържанието на услугата се определят от разбирането за РДИ като кросдисциплинарна и семейно – ориентирана система от услуги. Тя се определя като ранна форма на обучение на бебето през родителя, научаване на родителя да различава в ход и в грижата за детето си, неговото развитие. Работи се с цялото семейство, като се акцентира върху силните му страни. Специфика е, че в семейството влиза един специалист, който е кросдисциплинарно подготвен. В процеса на разработване и предлагане на услугите се осъществява процес на идентификация на клиентите (случаите) т.е. услугата намира клиента, а не клиентът да търси услугата. Активният подход е особено валиден за работата в родилно отделение и консултирането на родители на недоносени деца. Услугите се предоставят предимно в семейна среда, подкрепата е в процеса на всекидневните дейности с детето и насочена към повишаване на уменията и развитие на нагласите на родителите. По този начин се признава ролята на семейството в живота на децата и се инвестират усилия в подкрепата му. Семейният живот е център на оценката и планирането на услугата. Моделът на услугата РДИ на фондация „За Нашите Деца“ е специфичен с това, че предоставя услугите основно в семейна среда. Професионалистите определят услугата като насочена към цялото семейство на деца в най-ниска възраст.

РДИ има няколко основни компонента и етапа от предоставянето: Етап 1 - Скрининг на развитието чрез специфични и специализирани инструменти – ASQ, ASQSE; Етап 2 - Функционална оценка; Етап 3 - План за работа; Етап 4 - Реализиране на *„малки стъпки.“*

Външната оценка констатира, че „успехът на услугата се дефинира от всички представители на организацията по сходен начин. Интервюираните професионалисти от фондацията споделят разбирането, че успех в работата им по случаи се дължи на това, че работят с детето и цялото семейство. Екипът по РДИ е съставен от хора с различна квалификация, които са специалисти. В зависимост от водещата нужда на семейството в него влиза един човек. Според оценителя, „това обуславя ясната цел на услугата, ориентирана към индивидуалните нужди на конкретното семейство и дете“.

Интерес представляват данните за дела на децата, ползвали услугата, които остават и продължават да живеят в семейна среда съотнесено към общия брой случаи. Оценителят посочва, че за периода на реализация на проекта и развитие на услугата екипите по РДИ са работили с общо 204 случая. /105 в ЦОП в гр. София и 99 в ЦОП в гр. Пловдив/. Трудности са срещали при достигане на планираните случаи на деца, настанени в приемна грижа и резидентна услуга. „Това, още веднъж показва, че от една страна услугата е по-релевантна на потребностите на деца в семейна среда, а от друга са налице чисто обективни пречки, като недостатъчен брой случаи, преминали през резидентната услуга и приемна грижа. Все още няма достатъчно практика, за да се правят изводи по отношение приложимостта на програмата и ефектите от нея в случаите на живот във формална грижа.“

Данните за гр. София показват, че в периода на ползване на услугата или след прекратяване на предоставянето и делът на децата, които живеят в биологичното си семейство е 70%, а на тези, които са осиновени е 9%. Оценителят приема, че за тези деца, които са 79% от всички случаи, превенцията е сигурна и дългосрочна – те не са настанени в приемно семейство, резидентна грижа или институция. Данните за гр. Пловдив показват, че общо 90% от децата /87% в биологично и разширено семейство и 3% осиновени деца/ остават в трайна семейна среда. Въз основа на тези данни от София и Пловдив, Наталия Михайлова прави заключението, че използването на услугата стабилизира отношенията в семейството и води до дългосрочна превенция на изоставянията и настаняванията извън семейна среда.

### **Опитът на сдружение „Дете и пространство“<sup>614</sup>**

Основанията за създаването на Център за ранна интервенция в Русе произтичат от убеждението на експертите от сдружение „Дете и пространство“ за решаващото влияние на начина, по който се съобщава за увреждането на детето още в родилен дом, върху вземането на решение от майката и бащата за настаняване на бебето в институция. Друга причина е констатираната липса на възможност за психологично консултиране в момента на съобщаване на родителите за увреждането на детето.

СДП започва подготовка за създаване на Център, предоставящ услуги по ранна интервенция през 2008 г. в Русе. Центърът започва да функционира на 01.03.2010 г. и е създаден по проект „Предизвикателството да бъдеш родител – развитие на капацитета на ДМСГД – Русе за предоставяне на услуги и дейности, насочени към ранна интервенция в подкрепа на родители на новородени деца и деца с увреждания и ниско тегло от 0 до 3 години“, съгласно договор за безвъзмездна помощ BG051PO001- 5.2.03-0051-C0001, финансиран по ОПРЧР 2007–2013 г. по схема за безвъзмездна финансова помощ „За по-добро бъдеще на децата.“ Проектът се реализира от сдружение „Дете и пространство“ в партньорство с ДМСГД – Русе.

Целевите групи, към които се насочват услугите на Центъра, са внимателно и прецизно подбрани, съобразно анализа на данните на национално ниво и регионално ниво, отнасящи се до входа към институциите: Новородени деца с ниско тегло и техните родители; Новородени деца с увреждания и техните родители; Деца с увреждания от 0 до 3 години и техните родители. В рамките на проекта Центърът предоставя услугите в продължение на 9 месеца, като за този период негови клиенти са били 31 деца и 26 семейства. Консултирани са 4 семейства в родилно отделение на новородени деца с увреждане. Едно от семействата е насочено към Центъра със заповед на Дирекция „Социално подпомагане, а 28 са с направление на Отдел „Закрила на детето“.

Центърът за ранна интервенция развива и предлага дейности, ориентирани и адресирани директно към децата, и дейности, директно насочени към родителите. Всички те са насочени към ранна интервенция в подкрепа на родители на новородени деца с увреждания и ниско тегло и включват: ранна интервенция; придружаване на родителите и лекарите при съобщаване за увреждането в родилен дом; посещение на екипа за ранна интервенция на двойката майка – новородено в родилен дом; прием и изготвяне на комплексна програма за ранна интервенция в Центъра; подкрепа в създаването на емоционална връзка майка – бебе; психологично консултиране; психомоторно стимулиране и възстановяване; рехабилитационни и социални услуги. Центърът за ранна интервенция предоставя следните услуги:

- **Услуга „Ранна интервенция за деца с висока степен на недоносеност“.** Услугата е насочена към предоставяне на комплексна подкрепа на родителите и детето възможно най-рано с цел придружаване и подкрепа на връзката родител – дете, предотвратяване на затрудненията в тази връзка, които биха могли да доведат до изоставяне на детето и/или до

114 Тази секция е разработена от екипа на сдружение „Дете и пространство“, реализирал настоящото изследване, като към представянето на информацията в нея не участват другите две организации, партниращи в изследването.

социална изолация на родителите. Съставяне и провеждане на комплексна възстановително рехабилитационна програма.

- **Услуга „Ранна интервенция за новородени и деца от 0 до 3 години с увреждания, хронични заболявания или ниско тегло”.** Услугата е насочена към намаляване на емоционалния стрес и затрудненията на родителите при съобщаване за увреждането/проблема на детето, за да се адаптират към възникналата ситуация и да се намали риска от вземане на прибързани решения относно съдбата на детето, които могат да завършат с институционализирането или изоставянето му.
- **Услуга „Краткосрочно приемане на майката и новороденото с увреждане или ниско тегло в Центъра за ранна интервенция”.** Услугата е насочена към ранна и комплексна подкрепа на майката и новороденото, целяща намаляване на риска от институционализиране на бебето (в ДМСГД) непосредствено след изписване от родилното отделение. Това е краткосрочна услуга, предоставяща пространство в Центъра за ранна интервенция, в което майката получава максимална информация за проблема на детето и усвоява основни умения за полагането на специфични грижи за него в условия на сигурност и емоционална подкрепа. Приемането се извършва в срок от 5 дена, като през този период специалисти от различни области оказват интензивна подкрепа на майката и бебето.
- **Услуга „Ерготерапия при недоносени и новородени деца с увреждания – ранна интервенция в домашна среда”.** Услугата е насочена към оказване на подкрепа на родителите на деца с увреждания след изписване от родилно отделение или от неонатологично отделение и отделение за деца с малформации – обучение и работа в домашни условия.
- **Услуга „Работа с родители на деца с увреждания, настанени в ДМСГД със заповед на Дирекция „Социално подпомагане”**, насочена към предоставяне на възможност на родителите на настанените в ДМСГД деца със заповед на ДСП да присъстват и да вземат участие в грижите за тях. Целта е да се стимулира контактът между родителите и детето в условия на подкрепа и сигурност и да се създадат предпоставки за връщане на детето в биологичното му семейство. Услугата е насочена към реинтеграцията на деца, чиито родители не са прекъснали контакта с тях, и към подпомагане на работата на ОЗД по случаите на реинтеграция на деца с увреждания, настанени в ДМСГД.
- **Услуга „Консултиране на родители на новородени, недоносени и деца с физически и психически увреждания от 0 до 3 години”** . Услугата е насочена към оказване на подкрепа на родители на деца с отклонения в развитието в ранна детска възраст да преживеят различните критични състояния, обусловени от обективни и субективни причини.

Някои от услугите, предлагани от Центъра за ранна интервенция, имат иновативен характер. Такава е услугата, която дава възможност за настаняване на майката и новороденото дете с увреждане или ниско тегло в Центъра за ранна интервенция. Практиката показва, че това настаняване е от решаващо значение за връзката майка – дете при изписването на бебето от болнично неонатологично отделение или от Отделение за доотглеждане на деца с ниско тегло в ДМСГД, където поради своята недоносеност е било настанено директно от родилен дом по медицински индикации и прекарва там седмици, а понякога и месеци, разделено от майка си и баща си. Настаняването в Центъра дава възможност на майката да участва в рехабилитационните процедури на детето, като първоначално наблюдава взаимодействието на кинезитерапевта и бебето, а след това започва да се включва, следвайки собствените си готовност и желание. Този подход се прилага и в работата на останалите специалисти: психолог, ерготерапевт, медицинска сестра и социален работник. Така майката има възможност да влезе във взаимодействие с детето си след период на продължителна раздяла, подкрепена и придружена от специалистите в Центъра. Тя има възможност да развие чувствителност към особеностите и реакциите на детето си и да премине от позицията на наблюдател към една проактивна позиция на отдаване на грижи без чувство на вина и напрежение. В Центъра родителите са поканени да заемат мястото на активни партньори



в изготвянето и актуализирането на рехабилитационно-възстановителна програма да детето им. Приемането на майката за пет дена (част от плана за връщане на детето в семейна среда на ОЗД преди или след самото изписване на детето) ѝ осигурява възможност да се срещне с всички специалисти от интердисциплинарния екип, да разговаря с тях и да получи подкрепата им. В същото време тя има интензивен контакт с бебето си в една сигурна и подкрепяща среда, за да развие не само умения за обгрижване на детето, но и желание и увереност, че би могла да се справя сама. Услугата е особено подходяща за семейства, които не живеят в град Русе, а са от област Русе и са възпрепятствани да пътуват ежедневно или ежеседмично до Центъра.

Разкриването на Центъра за ранна интервенция създава възможност за предоставянето на услуги по превенция на територията на област Русе. Тези услуги реално подпомагат стесняването на входа към услугите от резидентен тип и настаняването на деца в тях. Резултатът е, че за 26 деца в кърмаческа и ранна възраст, които са се възползвали от услугите, предоставяни в Центъра, не се налага да бъдат настанени в специализирана институция. Устойчивостта на Центъра за ранна интервенция се натъкна на проблемите, свързани с регламентирането на социалните услуги в Правилника за прилагане на ЗСП. Вследствие на реализиране на проекта и постигнатите добри резултати от предоставяне на услугата, община Русе направи постъпки за продължаване на дейността на Центъра за ранна интервенция като делегирана държавна дейност под формата на Дневен център за работа с деца с увреждания – седмична грижа, с капацитет 30 деца. „Това компромисно решение се наложи поради липсата на дефиниция на ранната интервенция като социална услуга в Правилника за прилагане на ЗСП и съответно липсата на финансов стандарт, който е необходимо условие за осигуряването на средства за продължаването на услугата като държавна делегирана дейност. Но това беше единственият начин създаденият по проект на оперативна програма „Човешки ресурси“ Център за ранна интервенция да продължи работата с клиентите си и да продължи да предоставя разработените в него услуги, апробирани по време на проекта“<sup>115</sup>. Неговото създаване и функциониране се отчете при планирането на услугите по проект „ПОСОКА: семейство“ на МЗ, които трябваше да поемат и надградят функциите на закрития дом за медико-социални услуги и сред тях не се предвиди създаване на специализирана услуга за ранна интервенция при малки деца с увреждания, за да се избегне дублиране.

Към настоящия момент Центърът за ранна интервенция функционира като Дневен център за деца с увреждания /седмична грижа/ с капацитет 10. Може да се каже, че профилът на децата и семействата, които биват насочвани и ползват услугите на центъра се променя във времето. Все по-често сред потребителите му се срещат семейства с малки деца, под 5 годишна възраст, които проявяват психични смущения. За успешната работа с тях свидетелстват представените случаи от екипа на центъра в клиничната програма „Детето и неговите симптоми“ в периода 2010 – 2017 г.

### **Изводи:**

- ✓ Центърът за ранна интервенция в Русе, създаден от Сдружение „Дете и пространство“ е насочен към изграждане на междусекторно взаимодействие между родилен дом и социалните услуги за деца със специални потребности.
- ✓ Подкрепата на родителите още от родилен дом и момента на съобщаване на увреждането, психологичното консултиране и подкрепа в Центъра, мобилната работа на различните специалисти са във фокуса на работата на интердисциплинарния екип.
- ✓ Услугите и дейностите на Центъра са изцяло насочени към новородени и много малки деца със специални потребности и тяхното най-близко обкръжение.

#### **2.3.3.6 Общи изводи за интегрираните услуги и ранната интервенция**

Интегрираните услуги, насочени към ранна детска възраст в България възникват през последните години по няколко големи проекта, като „Социално включване“, „ПОСОКА: семейство“, „Семейство за всяко дете“ и в рамките на проекти на НПО, които са насочени към развитие на подхода ранна

115 Банова В., Социални политики за закрила на децата в риск, дисертационен труд, Институт за изследване на обществата и знанието при БАН, 2012

детска интервенция, т.е. насочени са към създаване на програми, услуги и дейности за деца от 0 до 7 години.

Към момента няма политически документ или концепция, която да координира и планира развитието на интегрирани услуги и ранна интервенция, като отчита и анализира съществуващите добри практики в страната и постигнатите чрез тях резултати. Това води до проблеми във вертикалното и хоризонтално взаимодействие в системите за ранно детско развитие.

Може да се каже, че съществуващите интегрирани услуги за ранно детско развитие в страната, чрез които се въвежда подхода ранна интервенция, покриват повечето дейности, които СЗО посочва като част от него.<sup>116</sup> Изключение са дейностите по психологична и/или психиатрична подкрепа и/или лечение за детето и семейството.

Съществува тенденция устойчивостта на интегрираните услуги за ранно детско развитие да се постига чрез трансформирането им в социални услуги, което при сега действащия Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане, където се задават стандартите им, унищожава техните най-съществени характеристики, а именно универсалността на достъпа към тях и същностно превантивния им характер.

Препятствия пред развитието на новите интегрирани услуги са проблемите в междусекторното сътрудничество. Програмите, основаващите се на подхода ранна детска интервенция, разработени от НПО, целят да преодолеят липсата на взаимодействие между здравния и социален сектор още на ниво родилен дом.

Всички нови интегрирани услуги и програми за ранна детска интервенция насочват своите усилия към подкрепа на родителите на малки деца със специални потребности, като всяка услуга и програма има различно разбиране за семейно ориентирания подход и неговото прилагане, което налага да се води и поддържа дискусия по тази тема.

## 2.4 Находки по отношение на семейно-ориентирания подход

### 2.4.1 Измерения на семейно-ориентирания подход и неговото (не-)осъзнаване

Преди да представим прегледа на това какви са нагласите на професионалистите, когато работят със семейства и как това взаимодействие изглежда през очите на самите родители, важно е да си зададем въпроса каква е функцията на семейно-ориентирания подход. Изхождайки от прегледа на релевантен европейски опит<sup>117</sup> и опирайки се на споделеното от нашите респонденти, стигаме до извода, че отговорът на този въпрос не е еднозначен - в смисъл, че има повече от един отговор.

Да започнем с това, което най-ясно се долавя в реакциите на нашите респонденти: за да може грижата за детето в ранна възраст да бъде индивидуализирана, т.е. адекватна, ефективна и стимулираща, тази грижа трябва да минава през отчитането на нуждите, потенциала и ограниченията на семейството. **Семейно-ориентираният подход е начинът** да се индивидуализира грижата за децата от 0 до 7 г. Индивидуалните потребности на тези деца не могат да се адресират без да се вземе под внимание какво се случва в техните семейства. Това ясно прозира в коментарите от фокус групите с педагогическия персонал в детските градини, социалните и здравните работници. Тези коментари понякога са критични към родителите, а понякога са направени със самочувствието, че респондентите са допринесли за позитивното развитие на едно или друго дете. Примерите на сполучлива интервенция, които се дават, са за индивидуална комуникация с родителите, отчитане на спецификата на семейната среда или адекватното насочване към подкрепящи специалисти за решаването на проблеми, в центъра на които не е само детето,

<sup>116</sup> Вж. по-горе, бележка 77

<sup>117</sup> Секцията, съдържаща обзор на политиките и регулациите за деца в ранна възраст в някои европейски страни дава солидна информация за европейския контекст в който се реализират семейните политики. Има и други публикации по темата, като например: i) Daly, M. (ed.) (2007) Parenting in contemporary Europe: a positive approach, Strasbourg: Council of Europe; ii) Giddens, A. (1998) The Third Way. The Renewal of Social Democracy. Cambridge Polity Press; iii) Janta, B. (2013) Parenting Support Policy Brief. RAND Europe

а и семейството. Това само по себе си е индикатор за семейно-ориентиран подход. Друга характеристика, която обединява голям брой примери дадени от респондентите за позитивна работа с родители е, че успехът на интервенциите на индивидуално ниво минава през успешната работа със семейството.

Това, че семейно-ориентиран подход е необходим се вижда не само от споменатите примери за позитивна динамика между професионалисти и родители. Липсата на добро взаимодействие професионалист-семејство се проектира в едни от най-честите оплаквания на професионалистите работещи с деца в ранна възраст. Когато става дума за конкретни „проблемни деца“, голямото предизвикателство всъщност е отказът на родителите да видят, разберат или приемат „проблема“ на детето, бил той поведенчески, социален или здравен (най-вече в психичното, но понякога и в соматичното му измерение). По израза на един от интервюираните здравни експерти: „*основните трудности са да накараш родителя да осъзнае, че трябва да се работи активно за решаване на един проблем*“.

Респондентите масово и категорично подчертават ключовата роля на семейството. За да сме коректни трябва да отбележим, че, за съжаление, не малка част от професионалистите стигат само до тук, без да се ориентират към работа със семейството като подход към решаване на индивидуалния „проблем“. С други думи, разбирането за необходимостта от семейно-ориентиран подход е все още по-скоро интуитивно отколкото осъзнато, поне сред мнозина от професионалистите, които работят директно с деца в ранна възраст. Редно е да се отбележи и че това е моментна снимка, направена по време на един процес, който, да се надяваме, приближава своята точка на необратимост. Сред нашите респонденти имаше и такива, които ни накараха да повярваме, че функцията на семейно-ориентирания подход като индивидуализация на грижата и закрилата в ранна възраст става все по-разпознаваема и не е далеч денят, в който напасването на услугите за ранно детско развитие към потребностите на детето ще се съобразява и с потенциала на семейството:

*„Но много често проблемът на детето произхожда от родителя и от семейната среда. Затова трябва да полагаме грижи, да работим с родителя, защото иначе няма да решим и здравословния проблем на детето в цялост“* (интервю с управленец, голям град).

Този цитат не бива да се интерпретира като надменност спрямо родителите. Той е по-скоро индикация за една тенденция на промяна на отношението към родителите в посока осъзнаване на необходимостта да се работи с тях, да им се оказва подкрепа, да се сътрудничи в отстояване на най-добрия интерес на детето. Друга илюстрация тук е споделеното от здравен експерт, че висококачествената индивидуална грижа към детето не може да се случи по смислен начин без да се работи със семейството:

*„Категорична съм, че няма как да има услуга, която да е насочена само към детето. Дори чисто медицинска. [...] Като цяло в здравните услуги все повече колегите се учат да работят със семейства, с родителите.“* (интервю с експерт, голям град)

Това мислене се среща най-вече сред респондентите на управленско ниво; то показва, че процесът на осъзнаване на необходимостта от семейно-ориентиран подход има йерархично измерение, т. е. това е процес на налагане на този подход отгоре надолу.

Когато става дума за проблемно взаимодействие с родители, нека да отворим една скоба и да адресираме един навярно съществуващ предразсъдък, а именно, че проблемите са обусловени от нисък социален статус или маргинализация. Напротив, нашите респонденти неколккратно подчертаха, че трудностите на комуникацията присъстват в работата им с различни социални слоеве. В тази връзка един от нашите респонденти сподели:

*„Има родители, които не искат да приемат, че детето им има проблем и не е задължително да са от бедни социални слоеве или различна етническа група, както сме свикнали да си мислим. В този смисъл трябва да имаме различни подходи. Колегите имат емпиричен опит за работа с различни типове родители, но може би и тук трябва да помислим за допълнителна квалификация.“* (интервю с управленец, голям град)

По интересен начин тук се прокрадва и въпросът за културните специфики в работата с родителите. Ето един цитат, чиято стойност може лесно да бъде недооценена, заради предполагаемата му полемичност:

*„Аз винаги предпочитам да работя с ромско семейство, в което родителите изпълняват, което им се каже, отколкото с разглезена българска майка, която слуша освен мен 15 приятелки и гледа в Интернет. Това понякога води до много по-отрицателен резултат.“* (интервю с експерт, голям град).

Какво това твърдение ни казва за нагласите, било на родителите, било на професионалистите е предмет на обсъждане по-нататък в текста. Тук по-скоро ще използваме този пример, за да направим прехода – по един парадоксален начин – към другия разгледан тук аспект на осъзнаването на необходимостта да се работи като се отчита спецификата на семейната среда, за да се гарантира, че усилията на професионалистите водят до реализирането на най-добрия интерес на детето в ранна възраст. Ако през реакциите на нашите респонденти, функцията на семейно-ориентирания подход да индивидуализира обгрижването и закрилата на деца в ранна възраст е относително лесно идентифицируема, то този друг негов аспект определено заслужава не по-малко внимание.

Анализът на реакциите на нашите респонденти ни убеждава, че в определени общности, единствено през семейството и то през определени членове на разширеното семейство може да се обгрижва и стимулира развитието на деца в ранна възраст. Конкретно, има етнически-малцинствени общности, в които грижа, терапия или друга интервенция идваща от външен за общността професионалист може да се случи по смислен начин само след санкцията на свекървата. С други думи, **подходът трябва да бъде не просто семейно-ориентиран, а ориентиран към разширеното семейство, или най-точно казано: ориентиран към семейството през общността**, за да се стигне въобще до достъп до децата в най-ранна възраст. В този смисъл вероятно е коректно да се използва терминът **общностен подход**. Тук можем да засипем нашите читатели с лавина от цитати от респонденти, които работят активно сред ромските общности; вместо това предлагаме лимитирана селекция от ценен опит:

*„Ролята на свекървата, на свекъра, на разширеното семейство е нещо, което няма как да избегнем и не искаме да избягваме, а се стараем целенасочено да ги вкараме в тази връзка.“*

*Интервюиращ: Това ли е единственият ефективен начин?*

*„Да, даже в началото по този начин медиаторите опитваха да убеждават първо свекървите и разширеното семейство колко това ще е нужно за тяхната снаха – младо момиче, което предстои да има дете. Сега се предвиждат фокус групи „на кафе“ със свекървите – да кажат те каква е тяхната обратна връзка.“* (интервю с експерт, голям град)

*„Все още екипите имат трудност в това да убедят, че ние няма да учим момичето на нещо лошо, не мислим лошото, ами искаме да помогнем един вид с тяхната благословия и с тяхното присъствие там. Не казваме, че знаем повече – идеята е по никакъв начин да не влезем в конфликт, а да покажем, че има още неща, за които можем да поговорим.“* (интервю с експерт, голям град)

*„Те и по-трудно изпращат децата си на детска градина, защото в обгрижването на децата се включва разширеното семейство. Децата се отглеждат от много хора, колективна грижа има...“* (интервю с експерт, голям град)

Това, което обединява обратната връзка от нашите респонденти работещи сред ромската общност може да се обобщи в два пункта – един съдържателен и един по отношение на процеса. На съдържателно ниво сред нашите респонденти имаше консенсус за водещата роля на свекървата (независимо от битуващото разбиране за силната патриархалност на ромските общности); свекървата е последната инстанция, когато става дума за отношения в семейството и особено за отглеждане и възпитание на деца в ранна възраст. За да се промени нещо в начина на отглеждане на детето, тя трябва да бъде убедена, спечелена, тя трябва да допусне промяната, отклонението от традицията.

*„За мен е важно да има разговори и споделяне, защото има много вредни практики, които не са в интерес на детето. Все още повиват деца на 6 месечна възраст, защото свекървата е главен фактор там и тя е носител на традиции. Свекървата знае всичко. Тя диктува правилата в семейството.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

На ниво процес опитът засега показва, че успешният начин на работа има общо взето едни и същи характеристики. Независимо от изходната парадигма на интервенцията, организации



работещи с ромски деца в ранна възраст стигат до тях и техните семейства през здравни, социални или образователни медиатори, които са от общността. Те са достигнали до този начин на работа през опита си и приемането им от общността е подплатено с много търпение, много опити и грешки, като в крайна сметка те са се адаптирали към общността преди да започнат да променят начина, по който тя се грижи за децата си. Ако се опитаме да обобщим по афористичен начин: необходимо е да се напаснеш към (ромската) общност преди да се опитваш да я напасваш към съвременните подходи за грижа и стимулиране на деца в ранна възраст. Този процес си има определена динамика и структура: има си фази, които няма как да се прескочат; но пък един път реализирани, резултатите са окуражителни:

*„Видяхме как като се работи с тези деца постоянно и имахме и подкрепата на родителите, какви резултати се постигат. Те наистина се променят.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

Променят се не само децата - през децата се променят техните родители и семейства:

*„Целта ни е да създадем връзка на доверие и да гарантираме едно пространство, в което младата майка може да споделя. Така майките започват да споделят най-различни проблеми, свързани с партньорите им, със свекървите.“* (фокус група с професионалисти, малък град).

При най-успешните сред нашите респонденти този процес е достигнал до момент, в които промените започват да се случват вече на ниво общност, традиции, падат предрасъдъци. Безспорната илюстрация тук е споделеното от директор на средишна детска градина, обслужваща деца от повече от едно села: „Капацитетът е на 100% запълнен. Хубавото при нас е, че ромските родители идват и сами питат, кога ще дойде психологът, кога ще дойде логопедът.“

Това е степен на приемане, с която не можа да се похвали нито един от респондентите от София или другите големи градове. Как екипите от тази средишна детска градина са успели да стигнат до тук? Краткият отговор е: през общностно ориентиран подход към разширените семейства и родителите на децата от ромски етнос. Щом членовете на разширеното семейство (най-вече свекървите) и родителите бъдат спечелени, да се работи с ромските деца става лесно, приятно и всъщност много удовлетворяващо, защото позитивните промени в живота на тези деца се случват пред очите на професионалистите, които ги обгрижват. Но нека ентузиазмът на последните страници не подвежда; важният въпрос тук е: защо описаният (общностен) подход е по-скоро изключение, а не правило? Изследването не цели да даде еднозначен отговор на този въпрос. Нормално и важно е едно изследване не само да дава отговори, а и да повдига въпроси. Вярваме, че понякога породените въпроси са дори по-ценни от дадените отговори.

#### 2.4.2 Нагласи на професионалистите и експертите: как те виждат своето и на колегите взаимодействие със семействата

Връзките между професионалистите, разполагащи с експертно знание за детската грижа, и родителите заемат важно място в темата за ранното детско развитие и потенциала за прилагане на семейно-ориентирания подход. В основата на подхода за подкрепа на семействата лежи идеята, че родителите „трябва да бъдат разглеждани като експерти в разбирането на собствените си силни страни и нужди и да бъдат подкрепени чрез мобилизиране на ресурсите на самото семейство. На практика това означава работа с родителите, за да постигат позитивна промяна сами, а не да бъдат разглеждани като безотговорни и некомпетентни хора, които трябва да бъдат санкционирани“.<sup>118</sup> От тази гледна точка и най-добрият и компетентен професионалист по детска грижа не би могъл да бъде заместител на неразполагащите с достатъчно обгрижващи знания и умения, но обгръщащи го с любов майка и баща на детето.<sup>119</sup> Стъпвайки на идеята, че родителите са експерти в своето и на своите деца развитие

<sup>118</sup> Национална мрежа за децата, Сдружение „Дете и пространство“ и ИИНЧ-БАН, Визия за семейна политика, 2016, стр.5, достъпен на: <http://nmd.bg/wp-content/uploads/2016/04/Book-Vision-Family-Policy.pdf>

<sup>119</sup> Уиникът, Д. Детето, семейството, външният свят, 2001, С. ЛИК.

и че семейството е най-добрата среда за този процес, ролята на професионалистите в областта на РДР се припознава като умения за извличане и развиване в максимална степен на родителския потенциал. Имайки предвид разнообразието от семейства – като семейни модели, семейни взаимоотношения, материален, културен и социален капитал на семействата, ключова е постановката, развита в предходния раздел, за индивидуализацията на грижата като средство за ефективно общуване с родителите.

От друга страна, следва да се каже, че провеждането на индивидуализиран подход към семейството е една нелепа задача в по-общия контекст на функционирането на семействата в съвременното общество, тъй като често това функциониране е съпроводено с кризи в партньорските и междупоколенческите отношения, имащи като следствия дестабилизиращи съюзи и в крайна сметка девалвиращи семейни ценности.

Има ли изградени отношения на взаимно разбиране и признаване между специалистите от различните сфери и родителите? Как си взаимодействат професионалистите от социалната, здравната и образователната сфери с родителите? Доколко ефективно, полезно и преди всичко доверително е общуването между професионалистите и родителите, така щото първите да се чувстват приемани чрез помощта, която предоставят, а родителите да са склонни да я поемат и съгласуват в тяхното отношение към детето, за да се чувстват по-сигурни в родителската компетентност? Възможен ли е общият проект, в който родители и професионалисти, говорейки на различни езици, търсят общи решения за най-доброто развитие на детето? Ако този проект е в процес на изграждане, кои са местата на разминаване, където интересите и уменията на професионалистите срещат неразбирането и съпротивите на родителите? На тези въпроси търсим отговор в груповите дискусии с професионалисти от сферата на здравеопазването, образованието и социалната сфера, както и в полуструктурирани интервюта с експерти в областта на ранната детска грижа.

#### 2.4.2.1 Нагласи на професионалистите

##### 2.4.2.1.1 Критичното отношение на професионалистите към родителите

Ще започнем с това, че в повечето от дискусиите във фокус групите професионалистите говорят с критичен тон за родителите, за техните дефицити и неслучващи се възможности в грижите за децата. Ще се опитаме да изведем онези повтарящи се и доминиращи в нагласите на професионалистите „обяснителни схеми“, чрез които те рамкират трудностите във взаимодействието си с родителите и поради които общуването с тях е неефективно. Въвеждаме конструкта „родителска стратегия“, за да представим обобщено как професионалистите обясняват поведението на родителите, отчитайки, че в повечето случаи вероятно става дума за нерелексивно защитно тълкуване на поведението на родителите, без самите професионалисти да достигат до изведените от нас, изследователите, генерализации.

#### **„Родителска стратегия“: отхвърляне на проблема на детето**

Професионалистите и от трите сфери изразяват мнението, че една немалка част от родителите не желаят да приемат, че детето им има проблем, било то поведенчески или медицински. Както обобщава учителка в детска градина:

*„Ако ние виждаме проблема, но родителят не иска да го види – няма начин ние да го убедим.“*  
(фокус група с професионалисти, голям град)

Според медицинските работници не винаги родителите са готови да приемат затрудненията на децата си и не винаги са готови да осъзнаят проблема с детето, дори когато той е медицински. Често родителите отхвърлят/отричат увреждането с аргумента „Специалистите нищо не разбират“ (фокус група с професионалисти, голям град).

Специалистите от социалната сфера описват родителите на деца с увреждания като „безкрайно изнервени и чувствителни хора... които носят отрицателен заряд към всичко.“ (фокус група с професионалисти, голям град)

Възможно обяснение за родителското поведение на отричане на проблема с детето е начина, по който обществото приема увреждането като стигма и дефицит. Така, според специалистите родителите не приемат или отхвърлят диагнозата на детето като средство да търсят успокоение и да избегнат вменената от обществените норми стигма, която обгражда детето с увреждане. Липсата на сътрудничество от страна на родителите се дължи според специалистите именно на този срам, криене на проблема от „другите“ и затваряне в семейството. Редица лекари и медицински сестри посочват, че родителите на деца с увреждания се нуждаят от повече психологическа подкрепа, за да се справят със трудностите по отглеждането и за да говорят за проблема, за да избегнат късното му проявяване, често едва в училищна възраст. Много от специалистите признават, че родителите се нуждаят от повече специализирани обучения (от ерготерапевт, рехабилитатор и др.) за това как да обгрижват децата с увреждания в домашна обстановка.

### **„Родителска стратегия“: незнание, безхаберие и безотговорно отношение към детето**

Всеобщо споделено е мнението сред професионалистите, че при една немалка част от родителите липсва отговорното отношение и грижа към детето.

*„Много рядко родителите осъзнават, че проблемът е в самите тях.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Педагогическият персонал в детските ясли и градини споделя трудности в работата с „проблемните“ родители – тези, които трудно могат да бъдат убедени, че детето им има нужда от психолог и от квалифицирана помощ. Според специалистите една част от родителите отхвърлят проблема, друга част го решават с физически наказания вкъщи: *„Сега ще го нашамаря и ще се оправя“* (фокус група с професионалисти, малък град, социален работник за поведението на родител, на когото е съобщено, че детето има проблем), а трети прилагат *„най-честата стратегия за решаване на проблема с детето: преместването от една детска градина/училище в друга/друго.“* (фокус група с професионалисти, малък град). Неэффективната комуникация на учителите с родителите поражда дори страх у педагозите – как да определят кое дете има нужда от специализирана подкрепа от психолог и как да кажат на родителя:

*„Разбрах от две мои приятелки – учителки в детска градина, че детските градини трябва да определят кое дете има нужда от психолог или от ресурсен учител. Те изпаднаха в паника, защото – първо е страхът от родителя. Родителят ще каже – ти как разбра, че моето дете има нужда от психолог или от ресурсен учител? Да дойде психолог да определи това! Учителите са притеснени от това, защото ще доведе до конфликт с родителите.“* (фокус група с професионалисти, голям град).

Лекари, работещи в неонатологични отделения, споделят, че не са сигурни за една част от бебетата, за които са положили огромни грижи да оцелеят, какво ще се случи с тези деца след изписването поради усещането, че майките няма да се грижат за тях добре.

*„Проблем е, че част от майките нямат съзнанието, че децата им имат нужда от помощ. Понякога изписваме деца, за които ни е мъчно като знаем какви са родителите и къде ще отидат тези деца и какво ще се случи с тях.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Професионалистите от здравната система обвиняват младите родители и в това, че те не познават потребностите на своите деца:

*„Но и родителите не са запознати [с нуждите на децата си], а личният лекар няма как за 10 минути да разбере емоционалния проблем на детето, родителите не си познават децата.“* (фокус група с професионалисти, малък град, изказване на педиатър)

Критичното отношение към родителите по отношение на възпитанието и грижата за децата се проявява изключително често в дискусиите с педагозите от детските заведения и със социалните работници. Според педагозите, децата растат в среда, в която родителите обръщат внимание повече на техническите знания на децата, отколкото на обучението в социални и емоционални умения:

*„Като цяло виждам, че в първи клас идват безкрайно неподготвени деца. Всеки следващ випуск идващ от детската градина е все по-подготвен по отношение на техническите възможности, но те идват все по-неподготвени относно самообслужването си. Например, голяма част не могат да си връзват връзките на обувките, трудно се обличат и събличат, пространствените им отношения и понятия също не са на ниво. Много повече знаят за анимационните герои. Имат много по-богат речник по отношение на игри, на това, което ги заобикаля – основно планшети, компютри, телефони.“* (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на начална учителка)

Учителите в детските градини обясняват затрудненото общуване с родителите на децата с голямата поколенческа разлика между тях и родителите. Според педагозите проблемът в поколенческото разминаване е в различните ценности и нагласи към отглеждането и възпитанието на децата, споделяни от новите поколения родители:

*„Масово жените след 80-ти набор не си гледат добре децата – хиперактивно, ама не хубаво. Отказват се от ваксинации, от нормално хранене – някакви странни диети вкарват на децата... Аз имам все повече такива майки. Те, в желанието си да бъдат хипермами, правят глупости. От една страна, с това веганство – странни неща ядат (киноа, амарант) – не ги хранят; после започват плуване, танци, и телевизора, и компютъра, това дете няма време да играе, то не може да се развие.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

### **„Родителска стратегия“: резервирано отношение към институциите**

Всеобщо споделено е мнението на професионалистите, че родителите гледат резервирано към институциите, с които те контактуват по повод техните деца. Думата „доверие“ отсъства в груповите разговори, за сметка на това родителите са описани като „резервиран“, „изразяващи съмнения“ и в най-добрия случай „силно възискателни“, с „необосновани очаквания“ към работата на професионалистите в трите сфери. Според специалистите от социалната сфера комуникацията с родителите е затруднена поради пределно високите очаквания към социалните работници.

*„При нас хората идват с проблеми и идват с една определена (негативна) настройка, когато стъпнат в сградата на отдел „Закрила на детето“. Това не е родителят, който аз ще срещна в детската градина или от социалната услуга. При нас идват за друго и идват със специфична (негативна) настройка. Родителите не гледат на социалния работник като на партньор, а са силно резервиран.“* (фокус група с професионалисти, малък град, изказване на социален работник)

Според специалистите родителите проявяват нереалистични претенции към психолога:

*„Ще стои една година детето при вас и ще го оправите /мнение на родител-б.м./; трудно е да обясниш, че не сме магьосници.“* (фокус група с професионалисти, малък град, изказване на психолог)

Подобни резерви родителят има и към ресурсния учител:

*„Детето не е лудо да ходи на ресурсен учител.“* (фокус група с професионалисти, малък град, изказване на педагог)

Всеобщо споделено е мнението на педагозите в детските градини, че детската градина не се приема като партньор в очите на родителите. Според тях родителите масово гледат на детската градина като на място, където родителят оставя детето си, докато работи или си почива, т.е. той не носи отговорност за това какво се случва с детето му през времето, когато то не е с него. Според педагозите, родителите делегират отговорността по обучението на децата изцяло на детската градина:

*„Тяхната настройка е, че детската градина трябва да възпита децата им.“* (фокус група с професионалисти, голям град)



*„Срещаме меко казано безразличие. Те [родителите] не искат много да отделят от времето си за това, което се случва в детската градина.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

*„Родителите очакват учителите да направят всичко. Много от родителите очакват учителят на всичко да научи детето... да го възпита, като че ли в повече отношения ролята се е прехвърлила върху учителя, не на 100% разбира се. Винаги има изключения.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Вследствие на родителските свръхопачвания и изисквания специалистите се оплакват, че се чувстват свръхобременени и претоварени от общуването с родителите, от това, че са накарани да бъдат „*безплатни психолози*“ и „*дори да знаят повече отколкото е необходимо*“. Липсата на високо специализиран непедагогически персонал в детските градини (социален работник, логопед, психолог) допълнително обременява детския учител, който е натоварен да изпълнява посредническа и насочваща роля към тези специалисти. Изискванията според новия ЗПУО за приобщаването на деца със СОП в детските градини задава допълнителни задължения на учителите. Има обаче и такива учители, които критично рефлектират върху своя професионален опит, говорейки за сериозни дефицити, които изпитват, както по отношение на разпознаването на деца с проблемно поведение, така и по отношение на начините, по които могат да се справят с деца с агресия, хиперактивност и други поведенчески отклонения.

В груповите дискусии с лекари също се акцентира на необходимостта от това психолог да опосредства комуникацията между родителя и лекаря при определени ситуации. При съобщаване на неприятна информация/прогноза за детето, лекарят се смята за по-адекватния специалист, защото се ползва с повече доверие от родителя, но от друга страна, необходимостта от психолози и социални работници в болничните заведения е изключително голяма. Една част от лекарите се чувстват претрупани от работа и попълване на документи, за да обърнат повече внимание на комуникацията с родителите и да споделят с тях не само информация за лечението на детето. Те споделят, че комуникацията на лекаря с родителя се контролира изцяло от специалиста:

*„В повечето родилни, неонатологични отделения целта е да се спаси живота на детето, а не се говори много за последствия, за усложнения и т. н. На много малко места в болниците това [обяснението за родителя] се прави.“* (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на лекар)

Някои от критично рефлектиращите своя опит педиатри споделят:

*„...при личния лекар идват за преглед [за детето], който продължава 20 или 2 минути, но през това време се говорят всякакви други неща, но не и за психичния статус, социалния статус и нуждата от подкрепа...“* (фокус група с професионалисти, малък град)

*„В България някак това [прегледа при лекар] е оставено на лична преценка - това как да разговарят [лекарят и родителя], до каква степен да обясни.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Как според специалистите се обяснява резервираността на родителите към институциите и нивисокото им доверие в професионалната помощ? Една често срещана „стратегия“ на родителите е вярването, че те могат да се оправят сами и нямат нужда да разчитат на чужда помощ:

*„Аз мога да се опитам това да го променя и сама. Сега вече ми казахте къде е проблема и аз сама ще го реша.“* (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на детска учителка за майка след като ѝ е съобщено, че детето ѝ има поведенчески проблем)

Други специалисти допълват, че недоверието в другите е част от народопсихологията на българина. Недоверието на родителите в необходимостта от консултации със специалисти е социалният контекст, в който специалистите трябва да работят и да пробиват стената на родителското неразбиране:

*„Народопсихология – българинът може да се справи сам; всичко е наред, няма нужда от чуждо мнение.“* (фокус група с професионалисти, малък град, изказване на психолог)

Според трети, основно лекари, съвременният родител е много образован, той знае и чете много, главно от интернет, което, от друга страна, му пречи да приеме експертната помощ на лекаря.

*„Моите родители са образовани, те са постоянно в интернет, каквото им споделя като диагноза се чете много, което понякога има негативен ефект. Понякога е трудно, защото идват с изградено мнение, с поставена диагноза“.* (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на лекар-педиатър)

Друг „проблем“ на родителите според професионалистите е и в липсата на самокритичност и желание за промяна:

*„Една част от родителите сътрудничат дотолкова, доколкото довеждат детето в услугата, но не смятат че и те трябва да работят да променят нещо в себе си, във взаимоотношенията в семейството и да бъдат страна и сътрудничат със специалистите, не приемат, че и те имат нужда от корекция“* (фокус група с професионалисти, малък град).

Как бихме погледнали на така представените „родителски стратегии“ и обяснителните схеми, чрез които професионалистите ги тълкуват? Защо през погледа на професионалистите родителите са етикрани като непризнаващи/отричащи проблема на детето, незнаещи или безотговорни/безхаберни към детето, отхвърлящи или резервирани към авторитета на професионалистите и институциите? Едно възможно обяснение можем да открием в неравнопоставянето на връзката професионалист-родител, където професионалистът е „по-горе“, овластен с експертно знание, а родителят е „по-долу“, в позицията на послушен, зависим и следващ указанията.

В една от фокус групите в малък град лекарят споделя: *„Хората просто смятат, че знаят повече от лекаря и че това е тяхното дете“*. И продължава: *„И какво като е тяхното дете?“* Ако в първата част лекарят като че ли констатира това, че родителят може да се чувства в позиция на по-знаещия от професионалиста, в последващия въпрос той вече демонстрира своето професионално високомерие, оспорвайки правото на родителите да знаят повече от него, специалиста, за „тяхното“ дете. В друга фокус група психологът признава, че работи по-лесно с родителите с по-нисък социален статус, защото *„те сътрудничат по всякакъв начин, няма съпротива, целта им е интереса на детето, докато хората с по-висок статус се замислят повече какъв е проблема, как не съм го видял и се достига до съпротиви.“* С други думи, когато родителят има въпроси, проявява „съпротиви“, тогава професионалистът работи с него трудно, поради това родителят е припознат като непознаващ проблема на детето си, и обратно, когато родителят е без съпротиви /в случая родител с по-нисък социален статус/, тогава с него по-лесно „се сътрудничи“. В друга фокус група в малък град, детска учителка от ОДЗ, говорейки за това как информират родителите за услуги от страна на психолог и логопед, продължава: *„има информираност [за услугите], но родителите отказват, не можем да се преборим, няма начин как да ги притиснем“*. Изразеното чувство на неудовлетвореност у професионалиста, че няма ресурси, с които да „притискат“ родителите, говори твърде много за това как специалистите прогнозираат модела на „ефективното“ общуване с родителя през натиска/наказанието/санкцията.

Тези обяснителни схеми подсказват, че йерархичността в общуването с родителите се разпознава от професионалистите като „нормална“ ситуация, а нейното оспорване от родителите вече предзадава трудностите за случването на диалога. Общото усещане от разговорите във фокус групите бе именно липсата на рефлексия при професионалистите, през която те да осмислят съпротивите на родителите и да търсят начините за тяхното преодоляване и надграждане на нови взаимоотношения.

#### 2.4.2.1.2 Мостове на сътрудничество между родителите и професионалистите

На фона на всеобщо изразеното критично отношение на професионалистите към родителите относно тяхното нежелание за сътрудничество, специалистите виждат себе си като „буфер“ между изискванията на институциите, в които работят, и родителите, с които общуват. И все пак, има ли пространства, насоки, където професионалистите виждат възможности за ефективни взаимовръзки между тях и родителите? Да, открихме такива възможности, с потенциал за развитие на диалогично общуване, като една от тях се оказва сътрудничеството с бащите в контекста на променящите се нагласи към ролята на бащата.

### **Проактивно родителство на бащите**

В разговорите с педагозите от детските ясли и градини, те констатираха единодушно, че в последните години бащите стават все по-активни и ангажирани в отглеждането на децата. Те наблюдават, че бащите все по-често водят и вземат децата от детската градина, активно участват в грижите за тях, познават техните играчки и дрехи, понякога по-добре от майките. Според наблюденията на педагозите (най-вече в големите градове), децата се чувстват по-привързани към татковците. Педагозите признаваха, че общуват по-лесно с бащите, защото те са по-склонни да не оспорват мненията на учителите и да търсят решения в случай на проблем, в отличие от майките, които са настроени най-често да винят другите /т.е. тях - учителите/. Както обобщава впечатленията си учителка в детска градина:

*„Назад във времето – бащите бяха по-ангажирани в работата, а майките имаха повече свободно време; сега, като че ли са наравно, и като че ли бащите имат малко повече време да обърнат внимание на децата си.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Ангажираността и подкрепата на бащите се коментира и от лекарите:

*„И бащите на няколко деца – просто им се реве [разрешава се посещение на детето в болницата само на майката]. Чувстват се дискриминирани. Бащите сега са много активни. Ако имат възможност, участват на всякакви контролни прегледи.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Социалните работници също отбелязват активното участие на мъжете кандидат-осиновители в обученията за родители:

*„Ако говорим за семействата, които осиновяват – там бащите са много мотивирани, много участват“.* (фокус група с професионалисти, голям град)

Разчупването на модела на родителстване, в който бащата все повече участва, се наблюдава дори и в ромските общности. Социален работник споделя, че при организирането на родителски срещи, в които участват и децата на 4-6 г. възраст, все повече бащи идват и се включват с желание:

*„По-малко от 50% от бащите идват, но идват с желание и е много приятно да се работи с тях. Понякога даже ни е трудно да ги удържаме да оставят децата да работят. Това са всъщност едни много млади родители, над 20 г., но все пак са млади.“* (фокус група с професионалисти, голям град)

Тези наблюдения на професионалистите, разпознати от тях като примери на добро сътрудничество с бащите, отново предизвикват въпроса дали зад тези примери не се затвърждава модела на йерархично общуване, основано на професионалния авторитет, но този път чрез това, че „бащите не са толкова взискателни /като майките/“, „че те не са толкова включени в ежедневната грижа“, т.е. в крайна сметка чрез това, че те не са настроени да оспорват това, което правят учителите. Разбира се, това е само едно изследователско прозрение, което подлежи да бъде потвърдено с повече емпирични факти в бъдещи проучвания.

### **Взаимодействие с родителите в ромските общности**

Друго пространство, в което се случват добри практики на взаимодействие на професионалисти и родители, е ромската общност. Услугите, които се предоставят в ромските общности – детски градини, медицински грижи, социални помощи – стават възможни именно благодарение на сътрудничеството на специалистите и родителите като процесът активно се подпомага/опосредства от медиатори – общностни и образователни – неформални лидери, ползващи се с уважение и авторитет в местната общност. Тук професионалистите разказват, че се чувстват удовлетворени от ефективността на своята работа, защото те говорят за своята работа не просто като общуване, а като промяна на стереотипи, родителски роли и отговорности в ромската общност:

*„Родителите (роми) приемат услугата психолог и заради добрата работа на социалния работник; социалният работник възпитава родителя; обясняваме как активността на детето може да бъде позитивна, вместо да се превърне в агресия; обясняваме, че психологът е този, който може да преобърне тази енергия... Ние работим и възпитаваме родителите; няма нужда да работим с децата, защото няма толкова много нужда от мерки по закрила; Ние работим с родителите, нашата работа е тях да възпитаваме, да подпомагаме, да направляваме.“* (фокус група с професионалисти, малък град)

Професионалистите посочват, че обучението на децата има добавена стойност спрямо превъзпитанието на родителите, защото чрез обучението на децата се обучават и самите родители:

*„Питам ромска майка, няколко дена след като детето ѝ е тръгнало на детска градина, дали вижда някаква промяна; нейният отговор: „Аз му казах да ми даде лъжица, то ми каза: кажи ми „Моля!““* (фокус група с професионалисти, малък град)

В община Тунджа с преобладаващо ромско население, където през последните години се работи активно по проекти, чрез които общината осигурява безплатна детска градина и съпътстващи медико-социални услуги, и където има почти 100% посещаемост на детската градина от ромските деца след 4 годишна възраст, професионалистите признават ефективността на работата спрямо промяна в нагласите на родителите:

*„Повечето [от родителите] са осъзнали ползата от детската градина. Те вече са припознали образованието като ценност!“* (фокус група с професионалисти, община Тунджа)

Признанието за сътрудничество и ефективна работа между професионалистите и родителите в ромската общност отново ни поставя пред въпроса: дали авторитетът на професионалиста се утвърждава само в общност, където семействата са с нисък социален статус и крайно ограничени ресурси и дали успешността на този йерархичен модел на взаимодействие произтича от дефицитите на семейната среда? За сега ще кажем, че груповите дискусии с професионалисти, работещи в ромските общности, затвърди впечатлението ни, че патерналистичният овластяващ модел на общуване работи в маргинализираните общности - отчитайки трудните фази, през които се случва това общуване, споменати в предходния раздел.

#### **2.4.2.2 Мненията на експертите за взаимодействието между родителите и професионалистите**

В отличие от критичния тон на професионалистите, в интервютата с експертите от водещи международни организации, НПО, държавната и общинската администрация, ръководители и активни участници по проекти в сферата на ранното детско развитие, дискусиите за взаимодействието родители - професионалисти протичаха в градивен стил. Дискурсът на експертите за това как родителите и професионалистите общуват и трябва да общуват помежду си бе изграден в конструктивен дух – как да се преодолеят дефицитите и как да се създадат добри взаимоотношения в комуникацията и/или как да се утвърдят и разпространят добре действащи практики на родителско включване. Несъгласията и обвиненията в родителска безучастност и negliжиране на детските проблеми, характерни за дискурса на професионалистите, преминаваха в дискурса на експертите в разговори „как да работим за проактивно родителско поведение“ и „какви ресурси да мобилизираме сред работещите „на терен“ професионалисти“. В интервютата експертите се опитваха да изведат онези дефицити във функционирането на институциите за ранна детска грижа, които възпрепятстват ефективното взаимодействие на професионалистите с родителите. Преобладаващо в тези разговори не присъстваше мотива за обвинение на която и да е страна участник във взаимодействието, а идеята бе да се идентифицират бариерите и най-вече как те да бъдат преодоляни. В следващите редове ще представим как експертите виждат дефицитите и насоките за мобилизация на ресурсите в работа с родителите.



#### 2.4.2.2.1 Отваряне на институциите към родителите

Един от големите проблеми в трудното взаимодействие родители - професионалисти експертите виждат в противоречивостта на ситуацията: от една страна, професионалистите обвиняват родителите, че не се интересуват достатъчно от това какво се случва с децата им в институцията, а от друга страна, те самите – според експертите - слагат прегради на родителския достъп. Персоналът в детската градина смята за „нормално“ родителят да не знае какво става зад вратата, в която прекарва цял ден неговото дете:

*„В някои държави детската градина привлича родителите като дълготраен партньор; докато у нас в някои детски градини съществува надпис: „Родителите до тук!“ от съображение за хигиена. Родителят трябва да има възможност да влиза вътре, да участва в заниманията с детето, детската градина трябва да се отвори към родителите.“* (интервю с експерт, голям град).

Експертите споделят, че много често обратната връзка за детето, която идва от учителя към родителя, се отнася предимно за физиологичните нужди, но не и за поведението на детето:

*„Битовите мисли изцяло заемат мисленето на учителите, а и на родителите също, но това е свързан процес. Ако учителят дойде и каже на родителя, че днес детето е зададо най-интересния въпрос, който е задаван през последната седмица, детето го вълнува еди-какво си, занимавате ли се с това, защото съм много впечатлена... със сигурност фокусът на родителя моментално ще бъде променен. Но... той не си изяде супата е дежурното, с което те посрещат. Тези грижи нямат подкрепящо, а по-скоро санкциониращо отношение все още. По-скоро се обръща внимание на тези неща – не спа, не яде и през негативното се минава, а не се следва насърчителния подход. Вербалната заплаха, изяж това или ще го изсипя във врата ти все още съществува.“* (интервю с експерт, голям град)

Неслучващото се взаимодействие на учителите в детската градина с родителите обрича последните на пасивност и незаинтересованост, която се акумулира от родителите като модел на общуване и се предава и в по-горните възрасти, когато детето е в училище:

*„И когато децата тръгнат на училище, те са научени, че това не е тяхна работа [родителите да се интересуват]. Това е работа на учителите, на системата. Това е нещо, за което ние се борим – родителите да имат право на повече участие в образователните институции още от най-ранна възраст. Тогава отговорността е споделена и го има усецането за партньорство, а не аз ти мятam една работа, ти ми търсиш една отговорност, и накрая всички са нещастни и се обвиняват взаимно.“* (интервю с експерт, голям град)

Затварянето на болничните институции за родителите под формата на отделяне на бебето от майката в първите дни след раждането, формалната комуникация между лекаря и родителя с акцент върху физическото развитие на детето са често срещани практики според експертите:

*„В болниците при раждането или когато детето остава за стабилизиране, родителят не се пуска при него, в други държави се насърчава контакта между майката и бебето, майката го докосва, говори му и е доказано, че детето бързо се развива и възстановява.“* (интервю с експерт, голям град)

Всеобщо изразено е мнението на експертите, че грижата за децата в лечебните заведения е редуцирана до физическото състояние на детето като се negliжират психо-социалните аспекти на неговото развитие и се пренебрегва подкрепата за неговото семейство:

*„В момента в лечебните заведения се смята, че работата на лекаря и на сестрата е да излекува само чисто физическото състояние, а всичко останало е работа на някой друг. Здравната и социалната система не се смесват. Има едно пренебрежително отношение към другите нужди на децата и семействата. Или поне дистанцирано отношение и това е проблем.“* (интервю с управленец, голям град)

Експертите смятат, че отварянето на детските градини и болниците трябва да се случи и чрез активната роля на бащата. Те споделят за тенденция на проактивно поведение на бащите, която се наблюдава все по-често сред по-младите поколения родители и е разпространена най-вече в столицата и големите градове. Според тях проактивното бащинство може да се случи само когато се промени обществената среда и се наложи позитивният образец на активния баща. Според тях дестигматизирането на бащинската роля и налагането на модела на споделената детска грижа може и трябва да се случи и с активната подкрепа на специалистите, които да привличат бащите в дейностите на детската ясла и градина и които да рушат стереотипната представа, че не е „мъжка работа“ бащата да се интересува и да общува с учителите на своето дете:

*„Децата се отглеждат от много хора, колективна грижа има, но там определено трябва да се насърчават бащите, които смятат, че гледането на деца не е мъжка работа... Казали са, когато искаме да образуваме един човек, образуваме мъжете, когато искаме да образуваме обществото, образуваме жените. Чрез повишаване на разбирането на майката каква е нейната роля, каква е работата на бащата при отглеждането на детето всъщност ние променяме цялата динамика в семейството, колкото и да е трудно и бавно това“.* (интервю с експерт, голям град)

#### 2.4.2.2.2 Създаване на доверителни отношения и партньорства

Ако специалистите обвиняват родителите, че най-често не осъзнават и не приемат проблема на детето, експертите тръгват от позицията, че родителят осмисля и приема по друг начин, различен от този на специалиста, болестта, увреждането или поведенческият проблем на своето дете. За експертите нагласите на родителите към непризнаването на проблема с детето е динамична величина, която се променя във времето и която промяна може да се случи чрез подкрепата, получена от специалистите:

*„Проблемът с родителите е, че им трябва време, докато осмислят проблема на детето си. Те знаят, че детето има проблем, но не са готови веднага да осмислят колко сериозен е този проблем и им трябва време. След като преработят този факт и го осмислят, се изумявам на търпението на тези хора, на вярата и на оптимизма им, че нещата ще се случат.“* (интервю с експерт, голям град)

Експертите споделят мнението, че непризнаването на проблема с детето се среща както сред родители в бедни семейства, така и сред такива с добър икономически статус, но за разлика от специалистите, експертите не са склонни да обвиняват родителите, а сочат пътища за конструктивни решения на затруднената комуникация, например през допълнителна квалификация на здравните специалисти как да съобщят на родителите прогнози за състоянието и лечението на детето и как да ги обучат за умения да се грижат вкъщи, за да „не се лутат родителите в нещастieto си“.

#### 2.4.2.2.3 Трансфер на знания от специалистите към семейството в емпатийна среда

Преходът на специализирани знания за отглеждането на малкото дете от специалистите към родителите преминава през изграждането на отношения на доверие и съпричастност. Необходимостта специалистите от практиката да проявяват разбиране и съпричастност към родителите се споделя от всички експерти.

Липсата на комуникативни умения у лекарите и необходимостта да бъдат обучени в такива се разглежда като сериозен дефицит в медицинското обслужване на децата. Експертите споделят, че у лекарите липсва чувствителност и внимание към психическото развитие на децата през първите три години, което води до пропуски в откриването на поведенчески, езиково-говорни нарушения, които трудно се профилактират на по-късен етап от развитието на детето:

*„Има педиатри, които нямат никакви комуникативни умения и създават някакви проблеми в работата си със семействата... Въпросът е в липсата на достатъчно време - ОПЛ се опитват да поемат цялата грижа, стоварват им се все повече отговорности по отношение ваксинации, хронични заболявания, мониторинг, сега лечение на психичните заболявания, те трябва да бъдат подкрепяни, обучавани, финансирани с адекватно заплащане, да са мотивирани; непрекъснато трябва да ходят на обучение, но нямат физическото време за това.“* (интервю с експерт, голям град)

Много често тази безсърдечност при медицинските специалисти, причинена от бърнаут, отблъсква младите родители и те приключват официалните си контакти със здравната система:

*„[Някои родители] казват: докторите не ни изслушват, не ни отделят внимание, не ни подкрепят.“* (интервю с експерт, голям град)

Експертите алармират, че редица масово прилагани практики в болничната помощ за новородени и бебета също се нуждаят от хуманизиране: извършване на манипулации на новородени бебета без упойки, липса на адекватна грижа и психологическа подкрепа за майки на недоносени деца, както и за майки след спонтанен аборт или мъртво раждане.

*„В други държави това са *grieving nurses* или *grieving midwives* – специално обучени хора, които знаят как да се справят със загубата.“* (интервю с експерт, голям град)

В тези трудни моменти, на границата на живота и смъртта или в срещата със смъртта, изоставените в своята скръб и безпомощност майки в болниците най-често получават съвет:

*„Ще си направите друго, не го мисли това!“* (интервю с експерт, голям град)

Една често поставяна тема от експертите в разговорите бе отношението на лекарите към родените деца с увреждания.<sup>120</sup> Все още е масово разпространена практиката в болниците медицинските работници, вкл. лекарите да съветват майките да изоставят децата си, защото други, „много по-добри специалисти“ ще се грижат за тях по-качествено отколкото родителите. Експертите са единодушни, че рушенето на стереотипа „детето с проблем носи проблем на всички“ е трудна задача пред всички специалисти, работещи за превенция на изоставените деца с увреждания.

Детската градина също е пространство, в което съществува дефицит на съпричастност и емпатия в комуникацията родители – учители, на което експертите заострят вниманието:

*„Учителите нямат това разбиране за своята отговорност. При детската градина това е доста по-натрапчиво. Дали се осъзнава собствената отговорност е друг въпрос. Те нямат и реално взаимодействие с родителите. Не се случва реален разговор, родителите не споделят какво се случва в семейството (развод, смърт, ново братче).“* (интервю с експерт, голям град)

Дефицитът на комуникация и доверителни отношения е изведен като проблем от експертите и в социалната сфера – там нерядко съществува практиката да се работи формално, да не се вниква в конкретиката на случая, а да се прилага „буквата на закона“. Експерт в сферата на социалните услуги дискутира казуси, при които социалният работник подхожда формално и в крайна сметка нехуманно към семейство, живеещо с оскъдни средства, като извежда детето от бедното семейство, за да го настани в друго (приемно) семейство:

120 Тук само споменаваме този проблем, тъй като подробно той се дискутира в раздела за децата със специални потребности.

*„Трябва да се дава повече на биологичния родител и да се осуети раздяла поради финансови причини, а не поради това, че няма работа родителя, да ги разделяме и да ги даваме в приемна грижа, където се дават доста пари.... социалните нямат механизъм да дадат ново жилище – но може би да се намерят неща от първа необходимост (дърва, да се почисти и др.) и там да помогнем, и да контролираме. Има хора (социални работници), които просто смятат, че трябва да изведат детето и да го заведат на по-сигурно място в лицето на една резидентна услуга. Това е нагласа от миналото. Изискват се нови подходи и нови социални дейности.“ (интервю с управленец, голям град)*

#### **2.4.2.2.4 Осъвременяване на знанията на специалистите и промени в нагласите**

Експертите фокусират върху необходимостта от надграждащи обучения за специалистите: обучения от първия ден на работа, последващи обучения, целеви обучения, чрез които специалистите от практиката да трупат знания и опит как да реагират и как да се справят с проблемите на децата в конкретна ситуация. Липсата на актуализирани знания и опит прави специалистите уязвими в комуникацията с родителите и уронва техния авторитет.

Експертите се обединяват около идеята, че има огромна потребност личните лекари и педиатрите да се обучават в компетентности, насочени към оценка на психо-социалното развитие на детето. Експерти с медицинско образование признават, че твърде много е медикализирана грижата за малкото дете, като лекарят преекспонира физическото развитие за сметка на оценка на общото развитие на детето и на съдържателната обратна връзка към родителите.

*„Има и липса на осъвременяване на знанията на педиатрите от гл. т. на препоръки за хранене, за кърмене и намеса на бебешката индустрия в тяхната работа. Тоест, някои от тях имат чисто финансова изгода да имат повече бебета на адаптирано мляко, отколкото повече кърмени бебета. Намесата на финансов интерес отвътре ни разрушава системата и понякога се влиза в пряк конфликт с педиатрите и техните съвети.“ (интервю с експерт, голям град)*

*„[Медицинска] техника е необходима, но е важно продължаващото обучение на различни медицински специалисти, така и хората които са включени в мултипрофилни екипи – образованието на акушерки, медицински сестри е от ключово значение.“ (интервю с експерт, голям град)*

По мнения на експертите, педагогическият персонал в детските градини изпитва недостиг от основни знания за ранното детско развитие и детска закрила, поради което масово учителите не могат да разпознават симптомите на страдание при децата. Учителите изпитват нужда от надграждащи знания и обучения за това как да комуникират с родителите, за да избягват стреса от затруднената комуникация с тях:

*„Както и за учителите в училище, така и за учителите в детската градина липсват базисни познания за детското развитие. Ако има обсъждания – те се обсъждат неформално. Нямат елементарни разбирания по детско развитие. Определено липсва в детската градина... Няма елементарна подготовка по детска закрила и те не знаят какво да правят в практични, ежедневни ситуации. Също и първа помощ...“ (интервю с експерт, голям град)*

Не са редки и проявите на дискриминационни нагласи при учителите, работещи с деца в маргинализираните общности и по-специално в ромската общност. Експерти отбелязват примери, когато липсата на чувствителност към културните специфики на семействата, от които идват децата, води до открито изразяване на негативни нагласи към децата от страна на учителите:

*„Трябва да се преодолеят и дискриминационните нагласи, които са налице и сред учителите като част от интегрирания подход към ранно детско развитие. Имаме нужда от подкрепа и за умения за работа в маргинализирани общности за учители и директори. Учителите имат нужда от нови методики, които да им позволят да обучават по-добре билингвалните деца.“ (интервю с експерт, голям град)*



Експертите определят като дефицит и остарялата материална база в част от детските заведения, както и липсата на иновативни педагогически методи, които да удовлетворяват образованите родители:

*„Има и много интелигентни родители, които смятат, че детската градина не е на достатъчно добро ниво. Аз също не съм впечатлена от това какво се случва в детската градина, защото не мисля, че от моето детство много неща са се променили. И когато вляза в една детска градина и видя битовия кът с хурките и менците, проядени от молците, се вижда че нищо не се е променило по същество и това не е изпълнено със съдържание за децата. Живеем в 21 век, имаме достъп до толкова много информация. Нашата образователна система не е достатъчно отговаряща на нуждите на децата.“* (интервю с експерт, голям град)

Ключови за придобиването на професионални компетентности в областта на ранното детско развитие са професионалната мотивация и идентифициране с педагогическата професия. В последните десетилетия общественият престиж на професиите, обгрижващи децата, сериозно е спаднал в условията на комерсиализация на професиите и обществените представи за достоен труд в българското общество. Като аспекти на проблема с дефицита на обществено признание на учителския труд и на професионалната мотивация на работещите с деца специалисти експертите изтъкват незадоволителното заплащане, ограничените възможности за квалификации, развитие, свобода и иновативност.

*„Изобщо тази професия и тази на всички занимаващи се с ранно детско развитие трябва да бъдат едни престижни професии. Финансирането на този труд е само една от страните, много важно, но не най-важното, защото мотивацията на хората не е в парите само. Когато един човек е професионалист и вижда смисъл в това, което прави, той е много по-мотивиран. Ако тази професия стане много добре платена, това по-скоро ще има ефект за определено време и ако тази професия не е изпълнена със смисъл и удовлетворение пак ще се получи същото. По-скоро важни са условията на труд, обучения, възможности за развитие, за квалификация, свобода в работата, да проявяват творчество тези хора, креативност, инициативност. Когато млад човек попадне в такава среда старите учители го поглъщат, вкарват го в рамка и налагат старите правила.“* (интервю с експерт, голям град)

#### **2.4.2.2.5 Необходимост от промяна в нагласите на родителите и от обучение за родителски компетентности**

Една от ключовите теми, която беше обект на разговорите с експертите бе проактивното родителство. То е все още дефицит сред една част от семействата и според експертите трябва да се работи в посока промяна на нагласите на самите родители към необходимост от получаване на знания и умения. Първата крачка според тях е в това родителят да допусне специалиста до себе си и до детето и да приеме, че неговото дете има проблем, който може да се реши съвместно между родителя, специалиста и детето. Според експертите идеята и практиките за проактивното родителстване срещат съпротиви и като следствие на натрупаната инерция от миналото – когато другите генерации или държавата като цяло поемаха грижата за децата върху себе си и по този начин отнемаха отговорността за отглеждането от родителите. Последствията на неосъзнатите родителски роли се виждат и в днешно време – родители, които не водят децата си на прегледи, които скриват проблемите на децата дотогава, докато стане нетърпимо. Особено в сферата на здравната грижа, когато поради ниска здравна култура родителят става бариера пред навременното лечение на детето:

*„Понякога бариера за достъпа до здравни грижи е родителят, т.к. те нямат здравно осигуряване и смятат, че децата им също нямат осигуряване, подценяват ролята на профилактичните прегледи, ходят на лекар само, когато детето се разболее.“* (интервю с експерт, голям град)

В социалната сфера експертите също наблюдават прехвърляне на отговорностите на родителя върху институцията и нежелание за сътрудничество в социалната услуга или в училище:

*„В много от случаите [в услугата] обаче родителите оставят грижата и отговорността на услугите. Казват, вие сте длъжни, за това ви се плаща. А знаете, че при деца с увреждания ефектът идва бавно във времето, трудно се изгражда. А много често родителите искат бърз ефект и когато го няма, правят квалификации по отношение на специалистите и услугите.“* (интервю с управленец, голям град)

Експертите смятат, че трябва да се работи комплексно за промяна в нагласата на родителите към изоставянето на децата:

*„Тя [нагласата към изоставяне] трябва да се променя чрез публично говорене – медии, учени. Не бива да се приучва родителя да мисли, че докато има проблем ще си остави детето, а като го реши, ще си вземе детето обратно. Тази раздяла не трябва да се случва.“* (интервю с управленец, голям град)

Експертите алармират: Родителите се нуждаят от обучения! Те включват общуването с децата от бебешка възраст и оказването на първа помощ:

*„Майките трябва да се информират колко е важен контактът с бебето, общуването, за малките деца до 1 г. доминират схващанията, че бебета трябва само да се хранят, повиват, да са сухи и да растат; родителите масово не общуват с тях, родителят не смята за нужно да говори с него: „То е малко и не разбира.“* (интервю с експерт, голям град)

*„Дори това, че не сме изградили в родителите умения за оказване на първа помощ за бебета и малки деца – също е сериозен проблем. Ако стане инцидент с бебето – не знаят как да окажат първа помощ.“* (интервю с експерт, голям град)

Активизиране на участието на родителите следва да се случва и в обществените съвети към детските градини, които да бъдат среда за родителски инициативи, за обсъждане на проблеми съвместно родители, учители и директора, за да се повишава качеството на грижата и удовлетвореността както на персонала, така и на родителите. В интервютата с експертите те посочват развиването на родителските компетентности и на родителската сензитивност към качеството на отглеждане на децата в извън семейните форми на грижа като ключов компонент на семейно-ориентирания подход.

#### **2.4.2.2.6 Активното включване на родителите от ромската общност**

Експертите акцентират на ключовата роля на професионалистите за изграждане на пълноценни умения за родителстване в ромската общност. Взаимодействието с родителите също не минава леко, докато не се изгради доверие и осъзнаване на ползите за развитието на детето. Процесът е труден и минава през първоначално издирване на семейства, в които има деца с увреждания и проблеми, към следващия етап на убеждаване и мотивиране на родителите да се включат в услугата, докато се стигне до етапа на регулярно посещение и ефективност на ползваните услуги. Как се случва дългият път на комуникацията с родителите описва директор на интегрирана услуга за деца и семейства:

*„Започнахме да привличаме млади, интелигентни родители, които говорят български и започнахме да правим групи тук при нас – с родителите и децата. Така ние убеждавахме родителите колко е важно децата да говорят български и от друга страна, работехме с децата. Под формата на игра да ги научим на правила, на български, за да могат да отидат после на градина. Това е много труден процес. Български не може да се научи веднага, но поне след 2-3 месеца детето е свикнало да бъде сред други деца, да общува на друг език, че всяка игра има правила. Родителите добре приемат идеята и да запишат детето си на детска градина... Обикновено идват майките, бащите работят обикновено. Бащата обаче е включен под някаква форма – напр. взима детето, връща го и пр. Понякога идват да говорят с нас. Има и родители, с които комуникацията се осъществява трудно. На първите срещи обикновено идва цялото семейство дори. Първоначално се подхожда с недоверие – това е нормално.“*

Друг експерт коментира културните специфики на ромската общност по повод оказване на здравна помощ на млади майки в ромските махали. Предубедеността и страха на роднинската общност, че лекарите могат да направят нещо на бъдещата майка при АГ преглед почива на културната норма, че първата бременност е високо ценена и протектирана в ромската общност.

*„За жалост, все още – не. [Връзката на доверие се изгражда много трудно.] Едно, че живеят заедно и чисто физически не може да се избегне това, че всички останали са там по време на посещенията; друго, че те дори от гледна точка на сигурност какво ще се случва с младото момиче и какво е това медицинско лице; дори от гледна точка на това, че те подхождат с много съмнение и недоверие. В началото тръгнахме с едни безплатни АГ прегледи, които се предлагаха на жените. [Месеци наред] никой не искаше да отиде, а единствените записани часове в последния момент бяха отменени от страха, че някой ще направи нещо на тази бременност – ще бъде прекъсната. До такава степен недоверие на медицински лица, че отказват дори безплатен преглед в болница.“* (интервю с експерт, голям град)

Интегрираните здравно-социални и образователни услуги са пътят, чрез който се въздейства най-вече върху родителите в ромските общности. Както отбелязват експертите, *„работата със семействата е един продължителен процес“*, чрез който родителите се образават и осъзнават ползата от работата на специалиста и оценяват впоследствие положително промяната у децата. Бащите също трябва да бъдат активно привлечени в грижата за децата, за да са по-успешни услугите и да се преодоляват традиционните стереотипи за ролята на бащата и мъжа в ромската общност:

#### 2.4.2.2.7 Взаимодействие с работодателите

Според експертите работодателите са много важна страна във веригата от институции, с които общуват семействата с малки деца. Те посочват, че работодателите са в дълг към младите родители поради ригидния режим на работа, фиксираното работно време, трудните отсъствия от работа, които в крайна сметка затрудняват родителите да съвместяват грижата за децата със работата:

*„Аз искам като етика и в Кодекса на труда да залегне този принцип на по-голяма дружелюбност към семейството. В България има малко гъвкави схеми на работно време... Тук няма такава нагласа – колкото по-развита е икономиката и по-квалифицирани са работните места, толкова по-толерантен и гъвкав е и работодателят. Когато си на поточна линия, това няма как да стане. Ако ще се води голяма дискусия за ранното детско развитие, трябва да се вземе предвид и гледната точка на работодателите. Иначе майките са в непрекъснат стрес – чрез гъвкавото работно време те ще бъдат също така и много по-продуктивни.“* (интервю с експерт, голям град)

Липсата на работни места с гъвкаво и намалено работно време, почасова заетост, както и на други по-адекватни за младите родители форми на работа правят така, щото детската градина масово да се възприема от родителите като място, където детето може да бъде „оставено“ задълго през деня, докато майката работи. Тази заместваща родителя-който-работи функция на детската градина в някаква степен отвежда на заден план нейната образователната роля:

*„Ролята на детската градина у нас е, че в нея доминира ролята на грижа за детето. Нейната цел е да освободи време за майката, да бъде на пазара на труда, дори самите родители ако попитате какво правят децата в детските градини според тях: Там ми гледат детето, те не припознават образователната и развиващата роля на детската градина.“* (интервю с експерт, голям град)

Експертите също проблематизират ролята на детската ясла като услуга за родителите, които се връщат на работа. Както достъпността на извън-семеината формална грижа, така и нейното качество са от изключителна важност за нагласите на родителите към възможностите за отглеждане на децата във възрастта между 1 и 3 години и за постигане на семейно-професионалния баланс:

*„...имаме доста слаба услуга, която да замести работещото семейство при нужда и това е детската ясла. Аз искам да избягам от това да говоря за разделението между ясли и детски градини, едното е в сектора на здравеопазването, другото в сектора на образованието, технически е така, но като погледнем съдържанието, всъщност ние имаме един голям липсващ сектор и то е подкрепата на семействата с малки деца. Реално детската ясла е услугата, която е частична и остаряла, която трябва да бъде развита отвъд здравната грижа и обхвата на ежедневието дневна грижа за детето към това тази услуга да стигне всички елементи към това което наричаме ранно детско развитие... Там все още е валиден силно медицинският модел, който на всичкото отгоре е под регулация. Това е провал на политиката, това е липса на политика за ранно детско развитие.“ (интервю с експерт, голям град)*

### 2.4.2.3 Обобщителни бележки към нагласите на специалистите и експертите

Какви поуки можем да извлечем от разказаното от работещите на терен специалисти и от експертите с опит в сферата на РДР по отношение на семейно-ориентирания подход?

Една от нашите констатации е, че специалистите и експертите споделят различни гледни точки относно взаимодействието с родителите. Докато при специалистите доминират обвиненията и порицанията към родителите, експертите обръщат темата за „дефицитите“ на родителите в тема за дефицитите на институциите, обслужващи деца. Претовареността в работата, провокираща формално и дистанцирано отношение към децата, липсата на система за надграждащо и съвременено обучение както за работа с децата, така и за общуване с родителите, отсъствието на институционални механизми за споделяне на опита в професионалната общност, ниският престиж на професиите, обгрижващи децата - тези проблеми експертите разпознават като институционални бариери и съответно като насоки, в които да се търси промяната. За специалистите това е контекстът, в който те работят, и в който те изграждат защити за справяне със ситуацията. Като критикуват ситуацията на прехвърлянето на отговорностите между родители и специалисти, експертите се опитват да търсят конструктивни решения в името на изграждане на ефективни модели на взаимодействие. Впечатление също прави, че експертите от сферата на международните организации и водещите НПО изразяват по-голяма критичност към наличните практики в системите за РДР в сравнение с експертите, работещи в сферата на държавната и общинската администрация.

На основата на очертаните широко разпространени практики в РДР - медицинализация на здравните услуги за децата, negliжиране на качеството на детската грижа в детските заведения и социалната сфера, прилагане на санкциите, а не на подкрепата, преобладаването на формални и неемпатийни отношения между родители и специалисти - експертите правят предложения за развитие в следните насоки:

- Обучителни програми и иновативни обучителни формати за комуникативни умения на специалистите и на родителите за изграждане и развиване на родителски умения.
- Развиване на алтернативни форми на детска грижа, залагащи на прилагането на индивидуален подход към детето и неговото семейство.
- Увеличаване на броя на специалистите – педагози, специални педагози, психолози, логопеди, семейни консултанти, социални работници, медицински работници, в т.ч. педиатри, с оглед осигуряване на достъп и качествена грижа за всяко дете.
- Насърчаване на проактивната роля на бащата и промяна в семейния модел към споделяна грижа за детето, подкрепен както от промотиращи бащата политики, така и от сътрудничеството със специалисти. Позитивна стойност би имало и навлизането на повече мъже в детските градини, училища, социални институции - учители, социални работници, педиатри, които да зададат липсващия „мъжки“ модел на грижа в контекста на феминизираните помагачи професии в България.
- Развиване на нагласи и умения за толерантност, просоциално поведение и уважение на различието, било то свързано с увреждане, етнос, пол, възраст, икономически статус или друг признак.



Като важно обобщение, което ние, изследователите, извлякохме от опита на нашите респонденти, е и това, че семейно-ориентираният подход засега функционира в ромските общности, там, където професионалистите налагат своя авторитет и възможности да влияят, да променят както децата, така и техните родители. Очевидно патерналистичният модел е ефективен, но той работи тогава, когато семейната среда разполага с оскъдни ресурси за развитието на детето. Този патерналистичен модел обаче среща съпротиви в среда, в която родителите разполагат с повече ресурси за обгрижване на детето. Провеждането на овластяващ родителите подход от страна на професионалистите изисква друг тип ангажираност и общуване, основано на равнопоставеност и оттук изградено доверие в отношенията между двете страни – родители и специалисти.

Ключова дума за провеждането на семейно-ориентирания подход е споделяната отговорност в грижата за детето, но поделянето на тази отговорност е възможно да се случи само между страни, които се мислят за равнопоставени, защото овластяването на знанията и капацитета на която и да е от двете страни вече създава стената на неразбирателство и недоверие. Така друг извод, който направихме е че ефективното прилагане на семейно-ориентирания подход може да се случи само когато професионалистът равнопостави родителя като авторитет и оттук нататък работи за надграждане на неговите родителски знания и умения. Възможна насока за да се случи това дава развитието на т.нар. „рефлексивни практики“, чрез които работещите с родители и деца професионалисти преосмислят своите реакции, поведения и отношения през „други перспективи“, за да преработят негативните нагласи и станат по-разбиращи и емоционално ангажирани с нуждите на потребителите.<sup>121</sup> Така един от ресурсите за успешно прилагане на семейно-ориентирания подход може да бъде чрез развитие на обученията на професионалистите в рефлексивни практики.

### 2.4.3. Нагласи на родителите относно здравните, образователните и социалните грижи и услуги за деца в ранна възраст в България

#### 2.4.3.1 Описание на извадката

Проучването на родителските мнения относно предлаганите услуги в областта на здравеопазването, образованието и социалните грижи за децата от 0 до 7 години е проведено през м. февруари 2017 г.<sup>122</sup> Методът на формиране на извадката е според отзовалите се. Използвана е онлайн анкетата като метод за регистрация на отговорите на лицата. В първоначалния дизайн на извадката е заложено изискването участниците да са родители, които имат поне едно дете на възраст от 0 до 10 години, т.е. лица, които относително скоро са ползвали услуги за малки деца и съответно са бивши или настоящи ползватели.

#### **Въпросникът обхваща въпроси за нагласи, групирани в четири раздела:**

1. Здравни услуги и грижи за бременните и малките деца;
2. Отглеждане, ранно обучение и предучилищно образование на децата;
3. Семейни помощи и социални услуги;
4. Демографски блок.

Освен закритите въпроси, анкетираните са имали възможност в свободни отговори да изразят мнения и препоръки относно подобряване на грижите за децата. Анализът на резултатите включва представяне на въпросите с отговорите (в проценти), връзки между нагласите на родителите и техните социално-демографски характеристики (двумерни разпределения)<sup>123</sup> и извеждане на общи изводи към всеки раздел.

121 Houston, S. (2015) *Reflective Practice: A Model for Supervision and Practice in Social Work: Booklet Version*. Northern Ireland Social Care Council.

122 Моделът на извадката и въпросникът са разработени от изследователски екип на ИИНЧ при БАН. Набирането на респондентите е осъществено с помощта на социологическа агенция „Сова Харис“. За целта са използвани популярни сайтове и онлайн форуми за събиране на мнения сред родителите.

123 В анализа са коментирани единствено резултатите, които показват наличие на статистически значими разлики в отговорите на респондентите по определен групиращ признак. За целта е използван Хи-квадрат тест за независимост между отговорите на лицата от различни социално-демографски групи. Избраните равнища на значимост са  $p < 0.10$ ,  $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ . Корелацията (теснотата на връзката) между отговорите на лицата и определени социално-демографски характеристики е измерена с помощта на коефициента на Крамер V.

Таб. 2. Описание на извадката на онлайн проучването

	Процент
<b>Пол</b>	
Мъж	2.0
Жена	98.0
<b>Общо</b>	<b>100</b>
<b>Възраст</b>	
21-25 г.	4.7
26-30 г.	21.3
31-35 г.	29.5
36-40 г.	28.6
41-45 г.	13.2
над 45 г.	2.7
<b>Общо</b>	<b>100</b>
<b>Тип на населено място, в което респондентът живее</b>	
Столица	49.5
Голям град, Областен център	31.8
Малък град	14.8
Село	3.9
<b>Общо</b>	<b>100</b>
<b>Семеен статус на респондент</b>	
Неженен, Неомъжена/ Не съжителства с партньор	3.4
В съжителство, без брак	36.2
Женен/Омъжена	55.9
Разведен/Разведена	2.5
Вдовец/Вдовица	2.0
<b>Общо</b>	<b>100</b>
<b>Брой деца на респондент</b>	
1 дете	52.9
2 деца	41.8
3 деца	4.8
4 и повече деца	0.5
<b>Общо</b>	<b>100</b>
<b>Образование на респондент</b>	
Висше	80.6
Средно	19.3
Основно или по-ниско	0.1
<b>Общо</b>	<b>100</b>
<b>Трудов статус на респондент</b>	
Работещ	59.2
Безработен/Безработна	9.2
В отпуск по майчинство	29.7
Учащ	1.8
<b>Общо</b>	<b>100</b>

<b>Средномесечен разполагаем доход на член от семейството</b>	
Под 400 лв.	20.9
400 - 800 лв.	42.0
800 - 1200 лв.	18.8
Над 1200 лв.	18.4
<b>Общо</b>	<b>100</b>

В проучването са участвали общо 748 респонденти, от които 733 (98%) са жени, а мъжете са 15 (2%). Средната възраст на родителите в извадката е 35 г. Най-младият родител е на 21 години, а най-възрастният – на 54 години. В онлайн анкетата са участвали преди всичко родители от столицата – 50%. Живеещите в големите градове/областни центрове съставляват една трета от лицата в извадката (32%). Родителите от малките градове са 15%, а живеещите на село едва 4%.

Разпределението по семеен статус показва, че 3% от лицата в извадката са самотни родители (неженени/не съжителстващи с партньор); със сключен граждански брак са над половината от респондентите – 56%; в съжителство без брак са 36%; разведените са 3%, а овдовелите – 2%. Средният брой деца в семейството според извадката е 1,53. Преобладават респондентите, които имат едно дете – малко над половината от всички лица, попълнили анкетата (53%). 42% имат две деца, а с три и повече деца са малко над 5% от отговорилите. Най-голямата част от респондентите са с висше образование – 81%; всеки пети участник е със средно образование (19%), а един респондент е посочил, че има основно или по-ниско образование. Над половината от родителите, участвали в онлайн проучването, работят – 59%. Безработните са 9%. Почти всеки трети участник в изследването е бил в отпуск по майчинство към момента на изследването – 30%. Лицата, които учат, са 2%.

Подходното разпределение показва, че преобладават лицата, които имат между 400 и 800 лв. средномесечен разполагаем доход на лице от семейството (42%). Със средномесечен доход под 400 лв. са 21% от анкетираните лица. Сходен е делът и на респондентите, посочили средномесечен доход между 800 и 1200 лв. (19%), както и този на родителите с високи доходи (над 1200 лв. средномесечно) – 18%.

*Таб. 3. Разпределение по възраст на децата в изследваните семейства*

	<b>1-во дете</b>	<b>2-ро дете</b>	<b>3-то дете</b>	<b>4-то дете</b>	<b>Общо</b>	<b>%</b>
<b>до 1 година</b>	40	32	6	1	79	6.9
<b>от 1 до 2 години</b>	59	42	6	...	107	9.3
<b>от 2 до 3 години</b>	74	36	5	...	115	10.0
<b>от 3 до 5 години</b>	124	59	5	1	189	16.5
<b>от 5 до 7 години</b>	124	64	8	1	197	17.2
<b>от 7 до 18 години</b>	293	115	10	1	419	36.6
<b>над 18 години</b>	34	5	...	...	39	3.4
<b>Общо</b>	<b>748</b>	<b>353</b>	<b>40</b>	<b>4</b>	<b>1145</b>	<b>100</b>

В процентно изражение децата до 3 г. съставляват 26% от всички деца на изследваните лица, а тези във възрастовата група за детска градина и предучилищна възраст са 34%. Децата в училищна възраст са 37%, а пълнолетните - 3%.

От описанието на извадката става ясно, че онлайн проучването представя мнения на високообразовани родители (най-вече майки), живеещи предимно в столицата или големите градове, с доходи около или над средния за страната, които най-често работят или са в отпуск по майчинство.

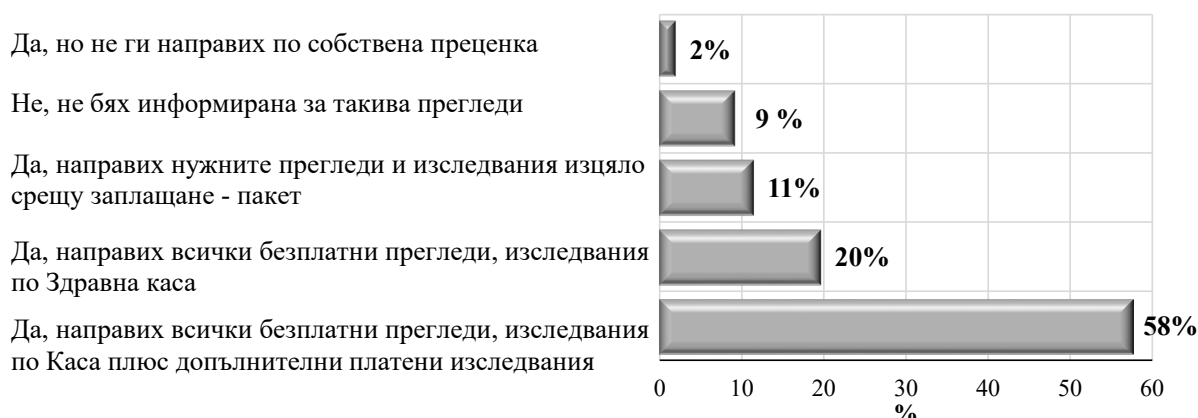
## 2.4.3.2 Мнения и нагласи на родителите към здравните грижи за малките деца

### 2.4.3.2.1 Здравни услуги и грижи за бременните жени и малките деца

В настоящия раздел ще представим резултатите от онлайн проучването по въпросите за качеството, обхвата и достъпа до различни видове здравни услуги, предназначени за най-малките жители на страната, както и оценката на качеството на здравните грижи, които жените са получили по време на бременността.

#### **Информираност относно безплатните профилактични прегледи и изследвания по време на бременността**

Фиг. 1. „Информирани ли бяхте за безплатните профилактични прегледи и изследвания по време на бременността?“ (%)



На въпроса „Информирани ли бяхте за безплатните профилактични прегледи и изследвания по време на бременността?“, 20% от жените, участвали в проучването, са отговорили, че са направили всички безплатни прегледи, които се поемат от Здравната каса; 58% са били информирани и освен полагащите им се изследвания са направили и допълнителни платени изследвания; 11% са направили нужните прегледи и изследвания изцяло срещу заплащане, ползвайки предлагани пакети в болничните заведения и клиниките; 2% са били информирани, но не са направили профилактични прегледи и изследвания по собствена преценка. Впечатление прави, че почти всяка десета жена от участничките в онлайн анкетата не е била информирана за безплатните профилактични прегледи по време на бременността ѝ (9%). Възможно е тази неинформираност да се дължи и на пренебрегване на безплатните прегледи за сметка на насочване към платени профилактични прегледи, които в очите на бъдещите майки са по-ценени.

#### **Кърмене и контакт „кожа до кожа“ между майката и бебето веднага след раждането**

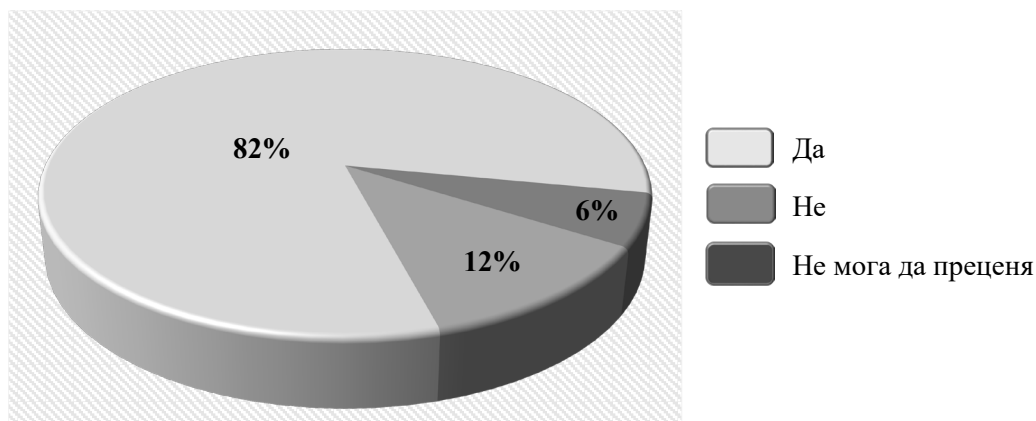
Ползите от непосредствения кожен контакт между майката и бебето веднага след раждането е широко дискутиран и препоръчван от специалистите, работещи в областта на ранното детско развитие и медицинските грижи за новородените. Според специалистите, кожният контакт между майката и бебето в първите часове от живота на детето „осигурява по-добра физиологична стабилност на новороденото, изгражда силна емоционална връзка между майката и бебето, улеснява началото и удължава продължителността на кърменето, осигурява защита срещу инфекции, подкрепя оптималното развитие на мозъка на новороденото, профилактира следродилната депресия на майката“.<sup>124</sup> Кожният контакт между майката и бебето се препоръчва от множество международни експерти и организации, занимаващи се проблемите на майчиното и детско здраве, вкл. и при грижите за недоносените деца чрез практики от типа на кенгуру грижата.<sup>125</sup>

<sup>124</sup> Контакт „кожа до кожа“ или за непрекъснатият контакт между майката и бебето веднага след раждането, материал на д-р Анаета Попиванова, педиатър-неонатлог, достъпен на електронната страница на УНИЦЕФ: <https://www.unicef.bg/bg/article/Kontakt-kozha-do-kozha-ili-za-neprekasniyat-kontakt-mezhdu-maykata-i-bebeto-vednaga-sled-razhdaneto/1091>

<sup>125</sup> Вж. например Grand Challenges Canada. „Kangaroo mother care helps premature babies thrive 20 years later.“ ScienceDaily, 2016. Достъпен на: [www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161212155943.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161212155943.htm)

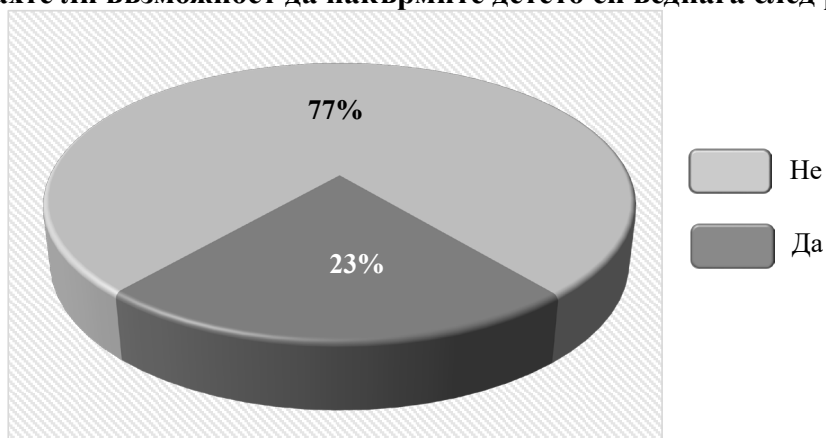


Фиг. 2 „Смятате ли, че поставянето на новороденото върху тялото на майката, веднага след раждането е практика, която благоприятства развитието на детето и качеството на връзката му с майката?“ (%)



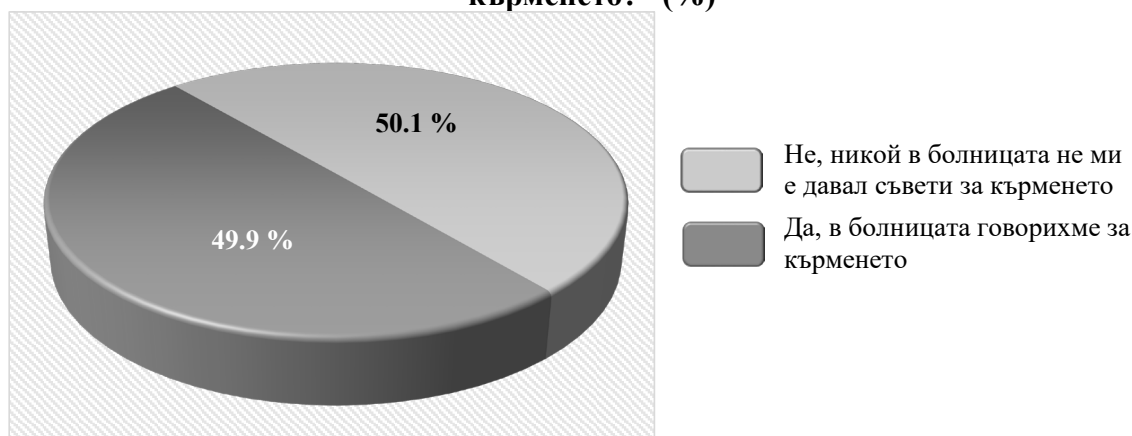
Разпределението на отговорите на жените по въпроса „Смятате ли, че поставянето на новороденото върху тялото на майката, веднага след раждането е практика, която благоприятства развитието на детето и качеството на връзката му с майката?“ показва силен превес на положителните мнения. Физическият контакт между майката и детето трябва да бъде направен веднага след раждането според 82% от респондентите; едва 6% имат негативно мнение, а 12% не могат да преценят. Няма статистически значими разлики в мненията на жените по ключови социално-демографски признаци, което показва, че физическият контакт между майката и бебето в първите часове след раждането е еднакво ценен от родителите от различни социални категории.

Фиг. 3 „Имахте ли възможност да накърмите детето си веднага след раждането?“ (%)



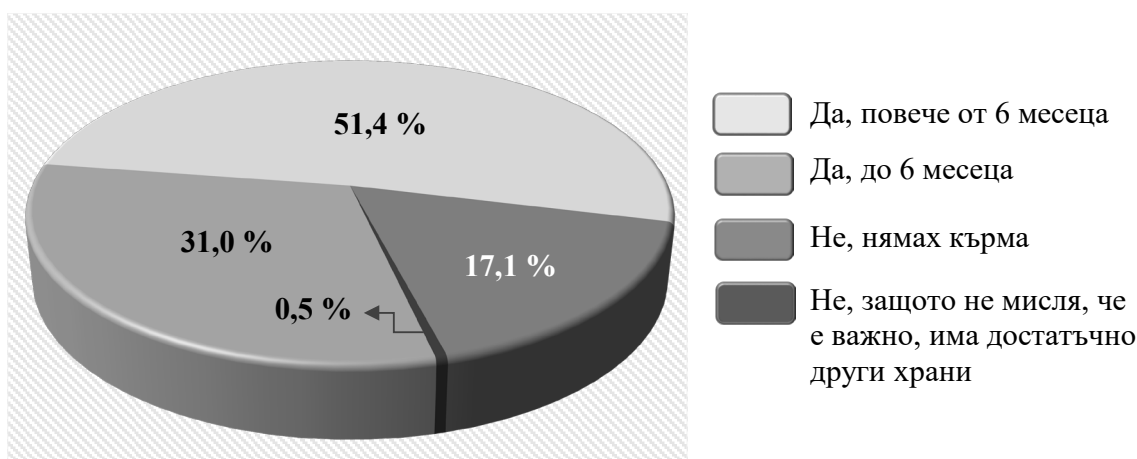
Опитът на майките по отношение на първите часове след раждането в болничните заведения в България обаче е по-различен. На въпроса „Имахте ли възможност да накърмите детето си веднага след раждането?“ едва 23% от жените са дали положителен отговор, а огромната част от майките (77%) не са имали възможност да накърмят детето си в първите часове след раждането. Анализът регистрира наличието на статистически значими разлики според населеното място, в което респондентките живеят. Сред жените от столицата процентът на положителните отговори е най-нисък (18%), а най-високият процент се наблюдава сред майките, живеещи в малките градове (31%).

Фиг. 4. „Беше ли Ви обяснено от персонала на болницата как се кърми и за ползите от кърменето?“ (%)



Изследването показва различия в опита на родилките по отношение на съветите и информацията, която са получили за кърменето в родилните домове. Според разпределението на отговорите по въпроса „Беше ли Ви обяснено от персонала на болницата как се кърми и за ползите от кърменето?“ отговорите на жените са поляризирани – половината са дали положителен отговор, а останалата част заявяват, че никой в болницата не им е давал съвети за начина, по който трябва да се кърми бебето и за ползите от кърменето. От допълнителните анализи става ясно, че жените, които живеят в столицата по-рядко са получавали съвети как да кърмят децата си (45%) в сравнение с тези, които живеят в големите градове/областни центрове (50%) и малките населени места (63%).

Фиг. 5. „Кърмихте ли детето?“ (%)



Кърменето е изключително важно за изграждането на имунитета на детето още от първите месеци на живота. Начинът на хранене в първите месеци оказва влияние и върху по-нататъшното физическо развитие и здравния статус на зрелия индивид.<sup>126</sup> Резултатите от онлайн анкетата показват, че почти всяка трета от майките е кърмила детето си до 6 месеца (31%). Половината от респондентките са кърмили децата си повече от 6 месеца (51%). Не са кърмили, най-вече поради липсата на кърма, една пета (18%) от майките.

Налице са значими различия в практиките на кърмене сред жените според образователния им статус: 54% от жените с висше образование са кърмили над 6 месеца, докато сред тези със средно образование процентът е по-нисък – 40%. Не са кърмили изобщо (преобладаващо поради медицински причини) 15% от висшистките и почти два пъти повече (28%) от жените със средно образование.<sup>127</sup>

От допълнителните коментари и поясненията на респондентките към този въпрос става ясно, че жените имат положително отношение и желание да кърмят децата си. Най-често споменаваните причини, поради които те не са кърмили в първите месеци след раждането, са свързани със здравословни

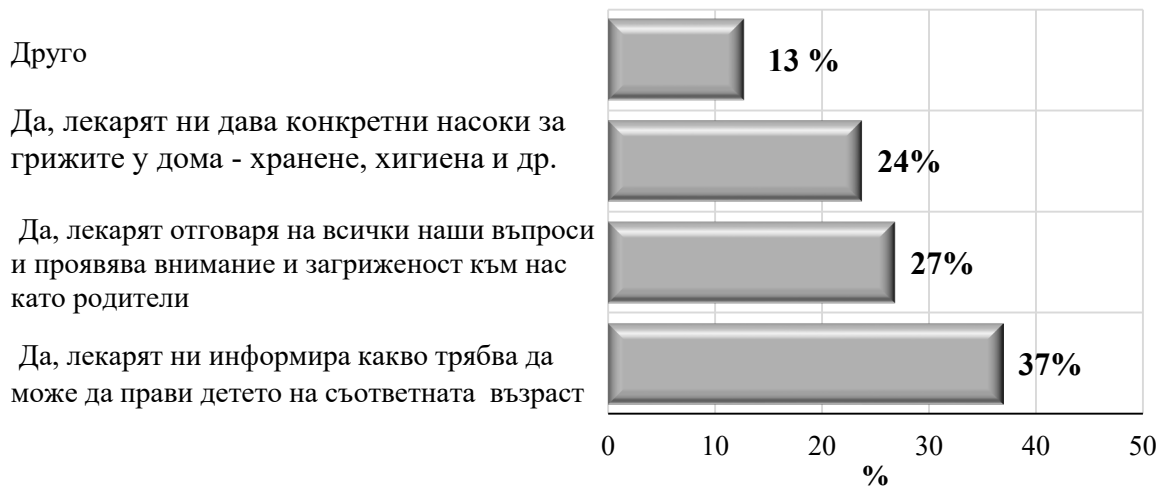
<sup>126</sup> Horta, Bernardo L. II, Victora, Cesar, G. (2013) Long-term effects of breastfeeding: a systematic review., World Health Organization, достъпен на: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf)

<sup>127</sup> Анализът по образование е условен, поради незначителния брой родители с ниско образование и прекалено завишения брой на тези с висше, което не отговаря на честотата на този социален признак в населението.

проблеми – техни или на бебето („бебето е недоносено и е в кувъз“, болки и спиране на кърмата и пр.). Някои от майките споделят, че са имали желание по-дълго време да кърмят бебето си, но не са имали достатъчно информация и никой не им е обяснил как да стане това.

### Комуникация между родителите и личния лекар/лекарите от детска консултация

Фиг. 6. „Според Вас достатъчни ли са грижите и вниманието, които получавате от лекарите в детската консултация през първата година на детето?“ (%)

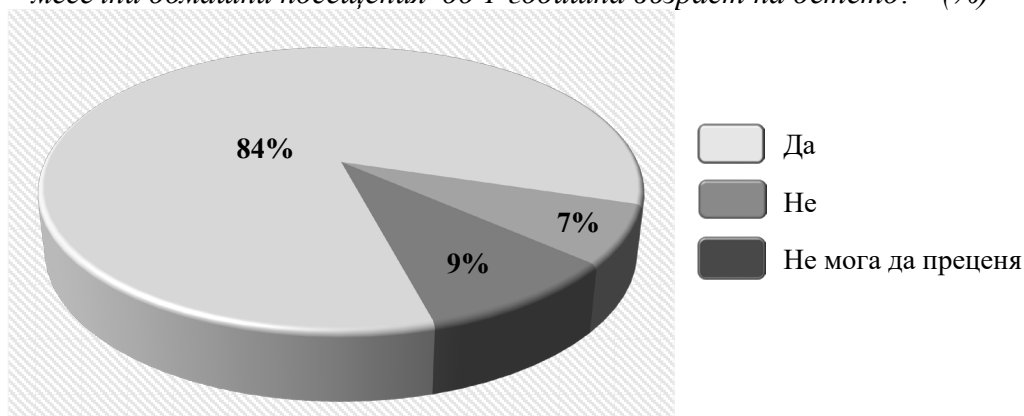


Добрата комуникация между родителите и лекарите е важна предпоставка за адекватните здравни грижи за малките деца. На въпроса „Според Вас достатъчни ли са грижите и вниманието, които получавате от лекарите в детската консултация през първата година на детето?“ отговорите на родителите се разпределят по следния начин: „лекарят ни информира какво трябва да може да прави детето на съответната възраст“ (37%); „лекарят ни дава конкретни насоки за грижите у дома - хранене, хигиена и др.“ (24%); „лекарят отговаря на всички наши въпроси и проявява внимание и загриженост към нас като родители“ (27%). На различно мнение, свързано с една по-критична позиция към комуникацията с детските лекари, са 13% от родителите, участвали в проучването.

Критиките към лекарите, които родителите споделят като отговор на зададения въпрос, са свързани най-вече с „административно отношение към проблема на детето“; липса на индивидуален подход към малките пациенти; прекалено кратки прегледи; недостатъчна подготвеност на личния лекар/ педиатъра, когато става въпрос за недоносени деца; недостатъчни обяснения за състоянието и лечението на детето; остарели разбирания за храненето на детето; прегледи, свеждащи се единствено до „ваксини и мерене“. Родителите споделят за наличието на трудности и ограничен контакт с детските лекари в опита им да търсят съвет и консултации отвъд задължителните ваксини и прегледи, през които детето трябва да премине. Някои от родителите директно заявяват, че са търсили медицинска и здравна информация от интернет („научих всичко от интернет“) или са се самообразовали от други източници. Допълнителната информация, от която най-често родителите посочват, че имат нужда, но която не получават от лекуващите детски лекари, е свързана с кърменето, ваксините (риските от тях) и храненето на бебетата.

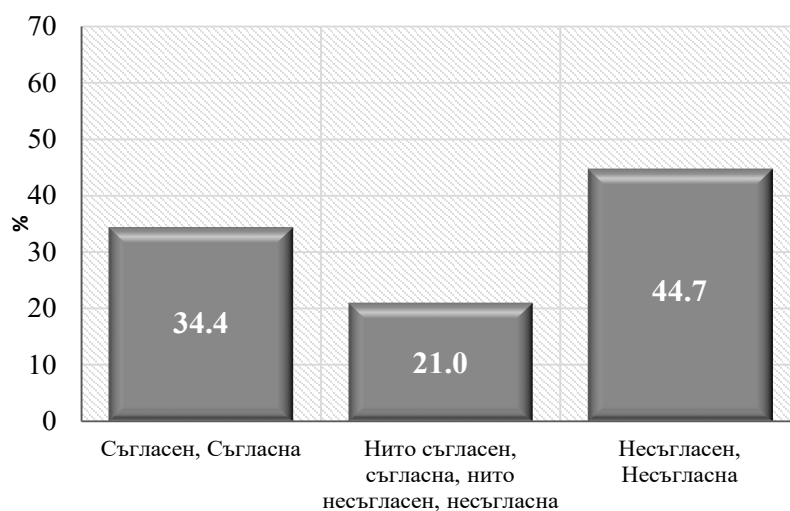
Не липсват обаче и положителни мнения за внимание и адекватна грижа от страна на лекуващите лекари и медицинските сестри, особено в случаи, когато някои родители са били изправени пред по-сериозен проблем, свързан със здравето на детето. Изводът, който може да се направи от прегледа на споделените мнения на майките и бащите относно комуникацията с лекуващите лекари, е, че родителите се нуждаят от повече време за обяснения и информиране относно грижата за здравето на детето, кърменето, храненето, ваксините и различни медицински манипулации. Родителите на недоносени деца споделят, че имат нужда от специално обучени педиатри, от които да получат адекватни съвети за специфичните нужди на техните деца.

Фиг. 7. „Одобрявате ли идеята да се въведе практика лекар, мед. сестра да извършва регулярни месечни домашни посещения до 1-годишна възраст на детето?“ (%)



Прекалената натовареност на педиатрите и лекуващите лекари, която родителите изтъкват като една от основните бариери в комуникацията помежду им, определя и положителното отношение към идеята медицинско лице (лекар или медицинска сестра) да извършва регулярни домашни посещения до 1-годишна възраст на децата. На въпроса „Одобрявате ли идеята да се въведе практика лекар/медицинска сестра да извършва регулярни месечни домашни посещения до 1-годишна възраст на детето?“ 84% от респондентите са отговорили положително, 7% са дали отрицателен отговор, а 9% не могат да преценят. Идеята за домашните посещения среща по-голяма подкрепа след лицата от малките населени места (92%) спрямо лицата, живеещи в столицата (79%) и големите градове/ областни центрове (87%).

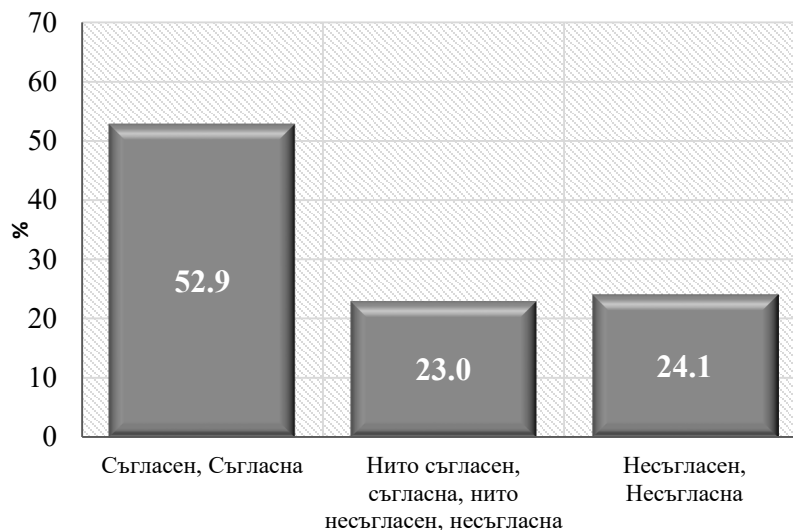
Фиг. 8. „Не се налага да чакам дълго пред кабинета на личния лекар на моето дете“ (%)



Съгласни с твърдението „Не се налага да чакам дълго пред кабинета на личния лекар на моето дете“ са 34% от родителите, участвали в онлайн проучването. По-голямата част от майките обаче (45%) отхвърлят това твърдение, а всеки пети родител е избрал отговора „Нито съгласен, нито несъгласен“. Висшистите по-често заемат критична позиция относно времето за чакане пред лекарския кабинет (58%) в сравнение с лицата със средно образование (31%). Значими разлики се наблюдават и според трудовия статус на респондентите: 54% от работещите родители са на мнение, че им се налага да чака прекалено дълго за преглед при детски лекар, докато при безработните и лицата в отпуск по майчинство делът на недоволните е по-нисък – 45% и 28% съответно.

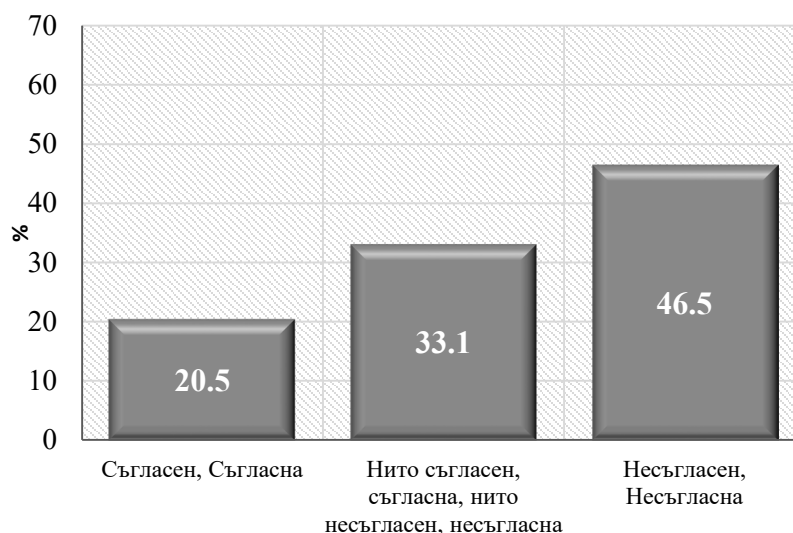


**Фиг. 9. „Личният лекар на моето дете винаги е достъпен за консултация по телефон“ (%)**



Съгласни с твърдението, че „Личният лекар на детето винаги е достъпен за консултация по телефон“ са 53% от респондентите; 24% отхвърлят това твърдение, а колебаещите се (нито съгласен, нито несъгласен) са 23%. Допълнителните разпределения показват, че отново лицата с висше образование са по-критични към възможността да получат консултация по телефона с лекуващия лекар. 26% от висшистите отхвърлят твърдението, докато при тези със средно образование негативните мнения са значително по-малко (17%). Всеки трети от работещите родители (28%) и всеки пети от лицата, които са безработни или са в отпуск по майчинство (18-23%), има негативно мнение относно възможността, когато е необходимо, да се свържат по телефона и да получават консултация от лекуващия лекар. На същото мнение е и всеки трето лице с доход над 800 лв. на член от семейството (с доходи от 800 до 1200 и над 1200 лв.). Сред лицата с по-ниски доходи (т.е. с доходи до 400 лв. или от 400 до 800 лв.) всеки пети е на мнение, че лекуващият детски лекар е винаги на разположение за консултация по телефона (20-22%). Делът на родителите, които изпитват затруднения да получат консултация по телефона от лекуващия лекар, е най-висок сред живеещи в селата (28%), а най-малко критични към тази опция са лицата в малките градове (19%).

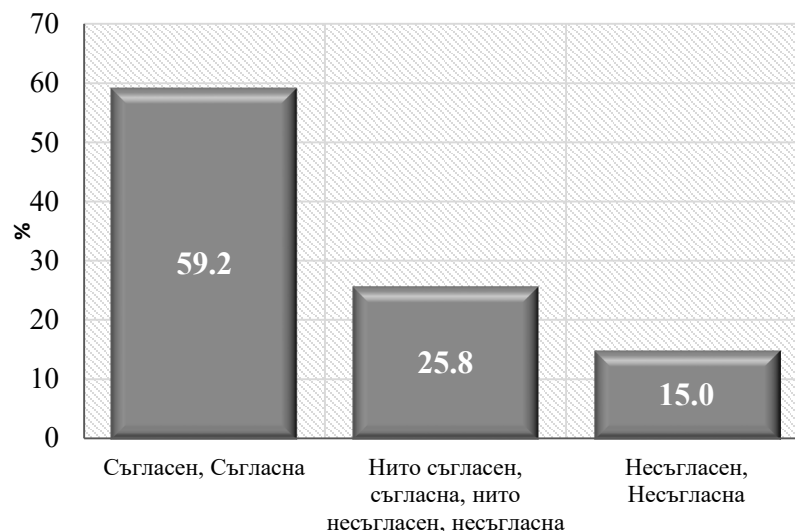
**Фиг. 10. „Винаги можем да разчитаме на домашни посещения от личния лекар“ (%)**



Най-проблематични за родителите, участвали в проучването, са домашните посещения от страна на личния лекар на детето. На твърдението „Винаги можем да разчитаме на домашни посещения от личния лекар“ 21% от респондентите дават положителен отговор, 33% се колебаят, а почти половината (47%) отговарят негативно. Над половината от работещите родители (53%) имат негативно мнение относно домашните посещения от страна на лекуващия лекар. Сходна позиция заемат 40% от безработните родители и 34% от тези, които са в отпуск по майчинство. Респондентите с висше образование по-често заемат критична позиция: 50% от висшистите отхвърлят твърдението, че винаги могат да разчитат на домашно посещение от страна на личния лекар. При лицата със средно

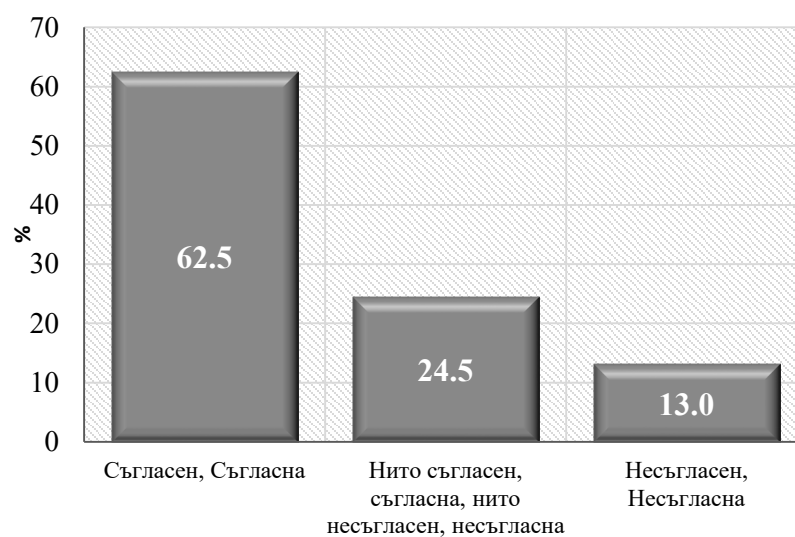
образование процентът е значително по-нисък – 34%.

**Фиг. 11. „Прегледите са обстойни и с необходимото внимание“ (%)**



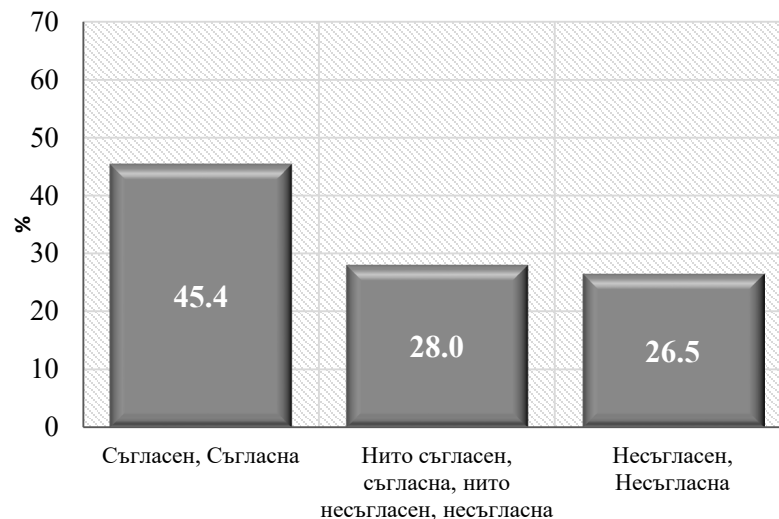
По отношение на качеството на прегледите, които децата получават в лекарските кабинети, мненията на родителите са преобладаващо положителни. 59% от участниците в онлайн проучването са съгласни с твърдението, че прегледите на децата от лекуващите лекари са обстойни и със необходимото внимание, 15% отхвърлят това твърдение, а 26% не са нито съгласни, нито несъгласни.

**Фиг. 12. „Получаваме подробна и разбираема информация за лечението на детето, когато е болно“ (%)**



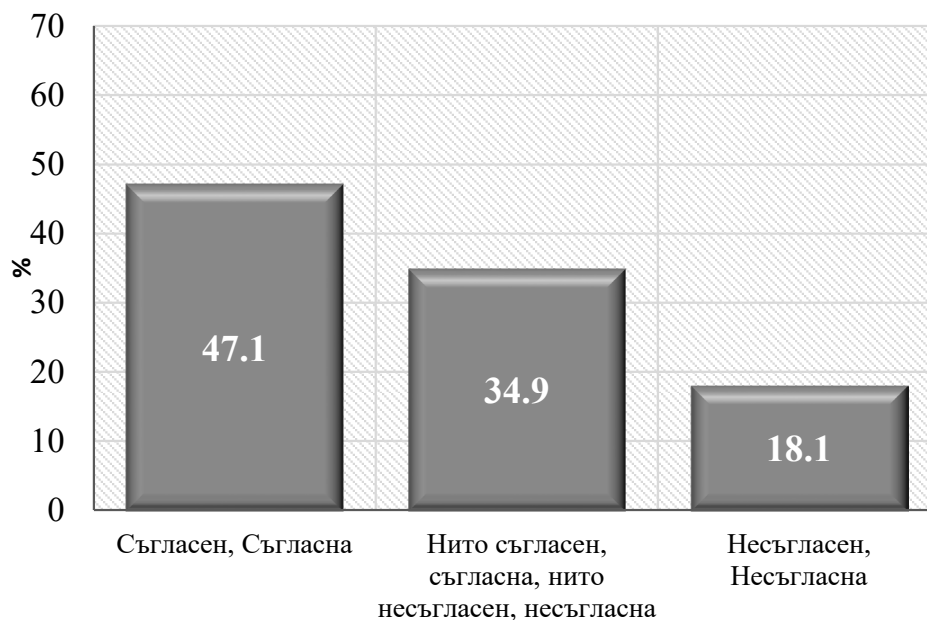
Сред родителите преобладават положителните мнения и относно подробността и разбираемостта на информацията за лечението на децата, която получават от лекуващия лекар. 63% от майките и бащите са отговорили, че са съгласни с твърдението „Получаваме подробна и разбираема информация за лечението на детето, когато е болно“; 13% са на противоположна позиция, а 25% заемат неутрална позиция (нито съгласни, нито несъгласни).

Фиг. 13 „Личният лекар проследява състоянието на детето след прегледа“ (%)



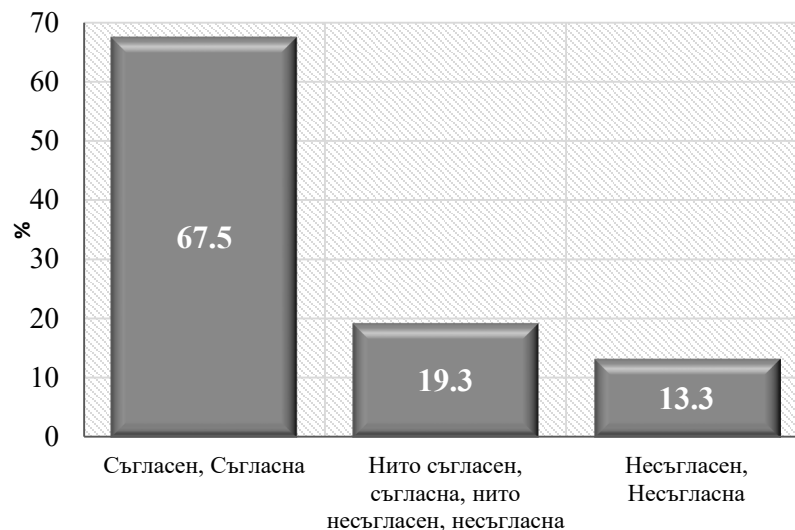
Мненията на родителите са преобладаващо положителни и относно твърдението, че „Личният лекар проследява състоянието на детето след прегледа“: 45% отговарят положително, 27% заемат негативна позиция, а всеки трети родител (28%) е нито съгласен, нито несъгласен. Най-голям процент отхвърлящи твърдението, че личният лекар проследява състоянието на детето след прегледа, се наблюдава сред лицата с висше образование (28%). На същото мнение са 20% от респондентите със средно образование. Значими различия са налице и в отговорите на лицата според трудовия им статус: 30% от работещите родители са дали негативен отговор на посоченото твърдение. При лицата, които са безработни или в отпуск по майчинство, процентът е по-нисък (20%). Според местоживеенето най-критични са жителите на столицата и големите градове/ областни центрове (28-29%). На сходна позиция са 21% от лицата, живеещи в малките населени места и 11% от тези, които живеят на село.

Фиг. 14. „Личният лекар винаги осигурява най-доброто лечение за детето ми“ (%)



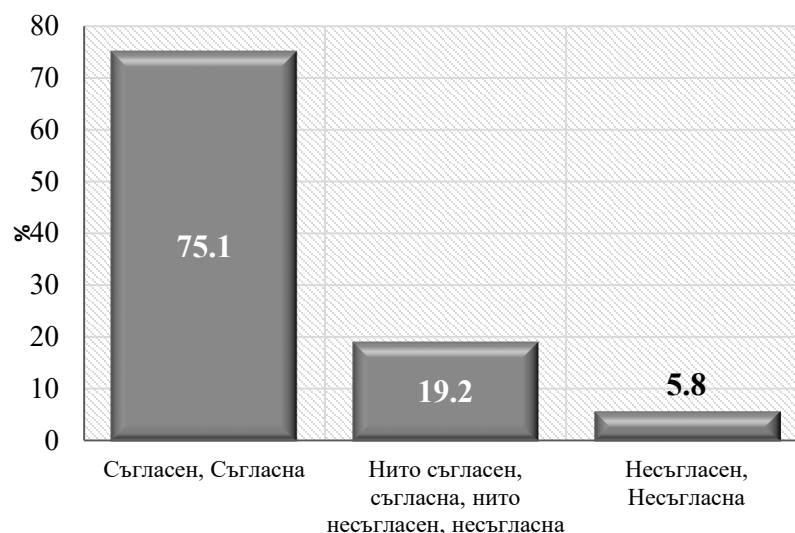
На твърдението „Личният лекар винаги осигурява най-доброто лечение за детето ми“ отговорите на родителите се разпределят по следният начин: 47% са съгласни, 18% са несъгласни, а 35% нито са съгласни, нито несъгласни. Родителите-висшисти (19%) са по-критични в сравнение с лицата със средно образование (16%). Всеки четвърти работещ или безработен родител (20-21%) отхвърля твърдението, че личният лекар винаги осигурява най-доброто лечение за детето, докато сред лицата, които са в отпуск по майчинство процентът на отговорилите негативно е значително по-нисък (13%).

**Фиг. 15. „Личният лекар винаги ми дава направления за преглед при специалист“ (%)**



По отношение на направленията за достъп до специалист, 13% от родителите отхвърлят твърдението, че личният лекар винаги им дава направления за преглед при специалист. 68% са съгласни с това твърдение, а всеки пети заема междинна позиция (нито съгласен, нито несъгласен) (19%). Несъгласни са най-често лицата с ниски доходи (под 400 лв. средномесечен доход на член от домакинството) (17%).

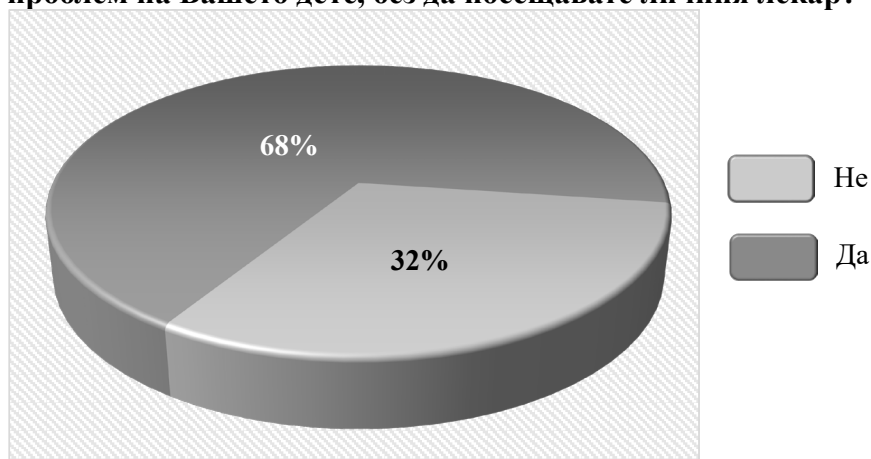
**Фиг. 16. „Личният лекар е винаги учтив и ни изслушва“ (%)**



Относно твърдението „Личният лекар е учтив и ни изслушва“ родителите, участвали в анкетата са най-малко критични. Едва 6% отхвърлят твърдението, 75% го подкрепят, а колебаещите се (нито са съгласни, нито несъгласни) са 19%.

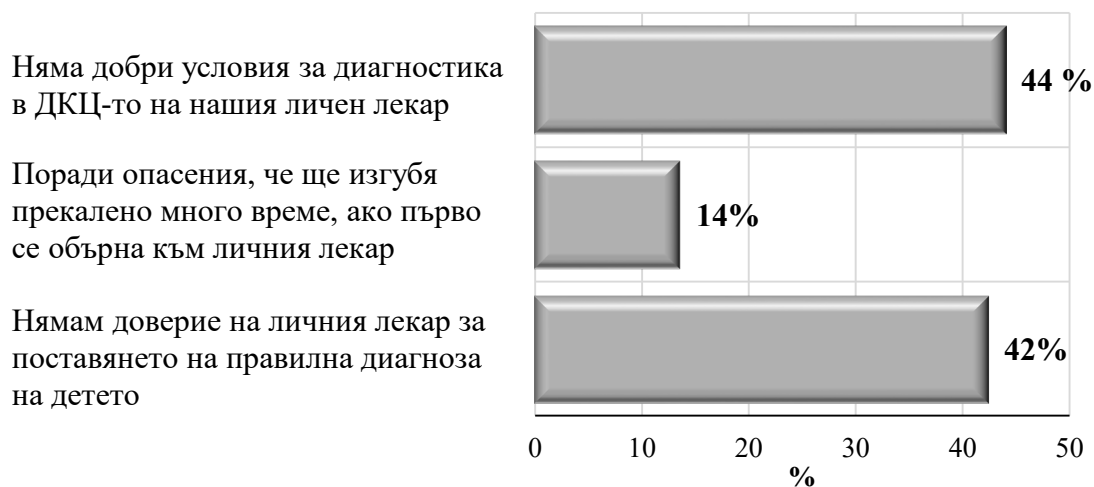


**Фиг. 17. „Налагало ли Ви се е да търсите директно помощ от специалист при здравословен проблем на Вашето дете, без да посещавате личния лекар?“ (%)**



Прави впечатление, че на въпроса „Налагало ли Ви се е да търсите директно помощ от специалист при здравословен проблем на Вашето дете, без да посещавате личния лекар?“ 68% от участниците в онлайн проучването са дали положителен отговор, а почти два пъти по-малко (32%) са посочили отговор „Не“. Разпределението по образование показва, че делът на висшите, които са търсили директна медицинска помощ за детето си, без да се обръщат към личния лекар, е по-висок в сравнение с лицата със средно образование: 71% спрямо 59%. Директното търсене на лекар-специалист е по-често разпространена практика сред работещите родители (74%).

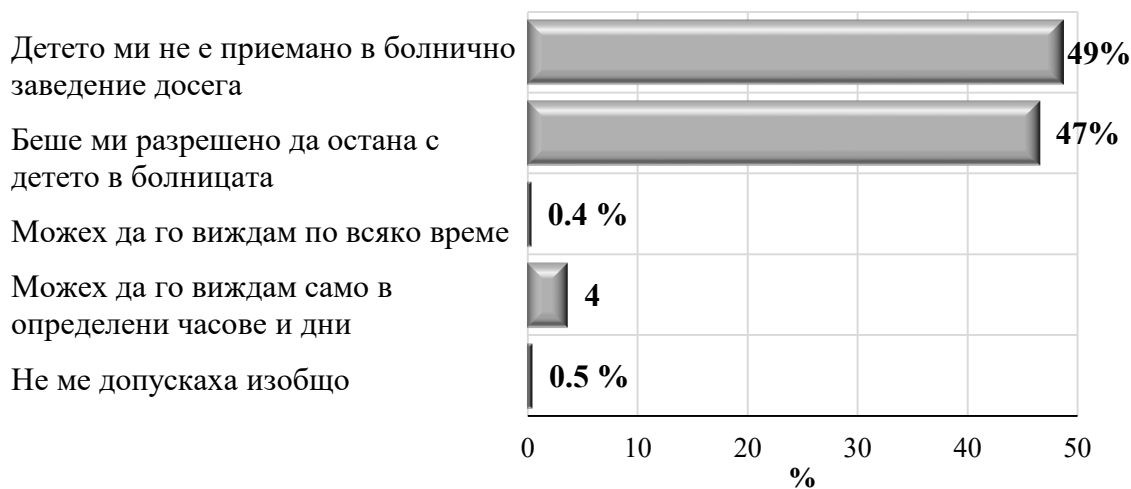
**Фиг. 18. „Коя е основната причина, поради която сте търсили директно помощ от специалист при здравословен проблем на Вашето дете, без да посещавате личния лекар?“ (%)**



Най-често посочваните причини за директното обръщане към лекар-специалист от страна на родителите са липсата на достатъчно добри условия за диагностика в ДКЦ на личния лекар (44%), както и липсата на доверие за поставянето на правилна диагноза на детето от страна на личния лекар (42%). Значително по-малко респонденти (14%) посочват, че се страхуват, че ще изгубят прекалено много време ако първо се обърнат към лекуващия детски лекар. По-подробните разпределения показват, че лицата, живеещи в малките населени места (малките градове и селата) най-често са се обръщали директно към специалист поради липса на добри условия при лекуващия лекар (46%). В столицата и големите градове най-честата причина е липсата на доверие към личния лекар за поставянето на правилната диагноза на детето (46%). Поради малкия брой отговори разликите не достигат границата на статистическата значимост, но все пак дават ориентации за разликите в мненията на родителите, според типа на населеното място, в което живеят.

## Достъп до лечебните заведения и допълнителни заплащания за медицински и здравни грижи за децата

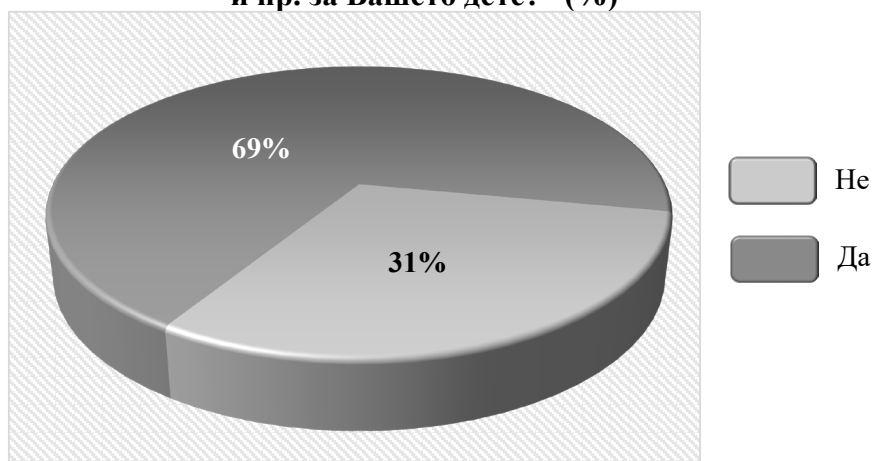
Фиг. 19. „Ако е имало ситуация, когато Вашето дете е било настанено в лечебно заведение, беше ли ограничавано правото Ви да сте придружител на детето?“ (%)



Мненията на родителите относно правото им на престой в болницата в случай на хоспитализация на детето също са отразени в онлайн проучването. На въпроса „Ако е имало ситуация, когато Вашето дете е било настанено в лечебно заведение, беше ли ограничавано правото Ви да сте придружител на детето?“ на почти половината от респондентите (47%) им е било разрешено да останат с детето, на останалата половина (49%) не им се е налагало да остават в болница заради хоспитализация на детето, а на 4% им е било разрешено да виждат детето само в определени часове и дни или изобщо не са били допускани при него.

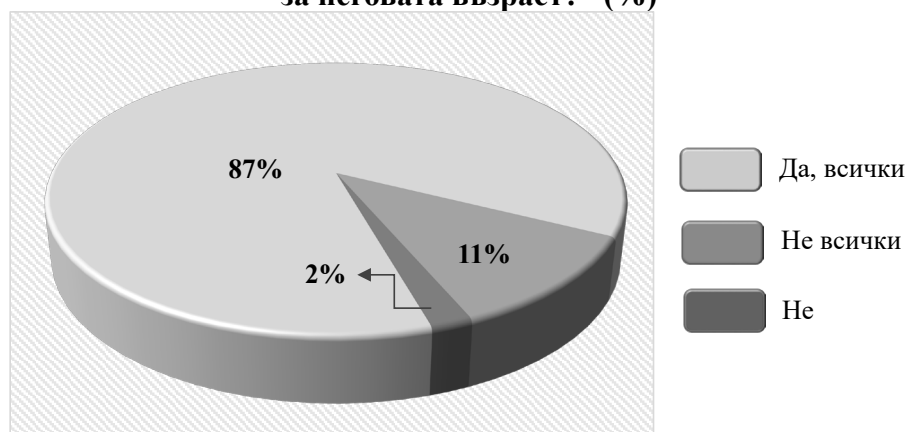
Поради малкия брой бащи, участвали в анкетата (15), не можем да изкажем категорични твърдения за правото на достъп на бащите в болниците в случай на хоспитализация на децата им. От 15-те бащи, попълнили онлайн анкетата, на 1 баща му е било разрешено да вижда детето по всяко време; на 8 бащи им е било разрешено да останат в болницата, а 6-ма от бащите са заявили, че децата им не са постъпвали в болнично заведение.

Фиг. 20 „Доплащали ли сте за други здравни и медицински услуги, вкл. за зъболекар, ортодонт и пр. за Вашето дете?“ (%)



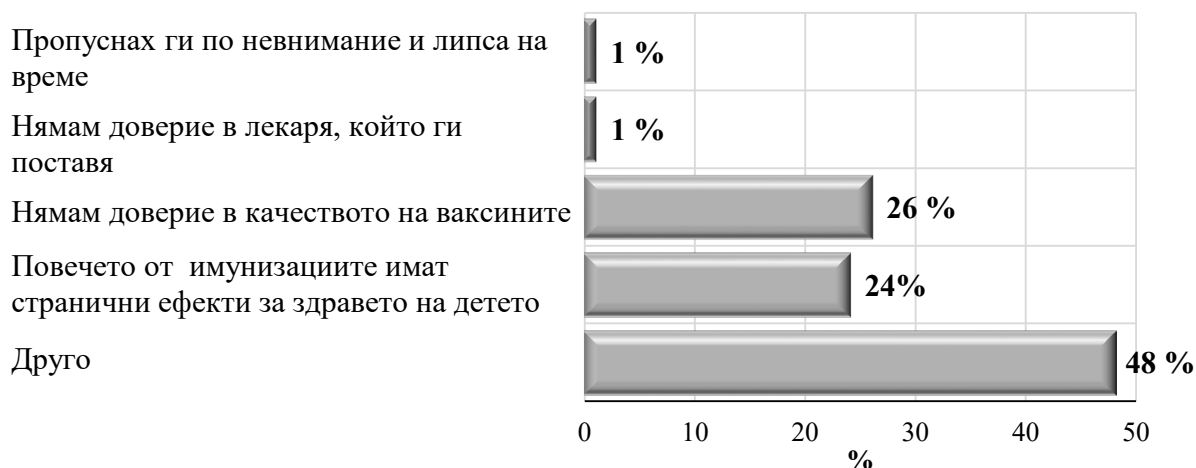
На въпроса „Доплащали ли сте за други здравни и медицински услуги, вкл. за зъболекар, ортодонт и пр. за Вашето дете?“ огромна част от родителите (69%) заявяват, че са доплащали за здравни и медицински услуги. Най-голям процент родители, които са доплащали за здравни и медицински услуги за децата им, е регистриран сред лицата, живеещи в столицата (77%), следвани от лицата в големите градове/ областни центрове (62%), малките населени места (60%) и селата (59%).

**Фиг. 21. „Поставихте ли на Вашето дете ваксините от задължителния имунизационен календар за неговата възраст?“ (%)**



В здравния модул на онлайн проучването е зададен набор от въпроси, отнасящи се до ваксинацията на децата. Родителите отговарят по следния начин на въпроса „Поставихте ли на Вашето дете ваксините от задължителния имунизационен календар за неговата възраст?": 87% са поставили всички задължителни ваксини; 11% не всички, а 2% не са ваксинирали децата си. Основната част от родителите, дали отговор „Не“, имат деца до 1 г.

**Фиг. 22. „Кои са причините да не поставите нужните имунизации?“ (%)**



Страхът от възможни странични ефекти (24%), липсата на доверие в качеството на ваксините (26%), липсата на доверие в лекаря, който ги поставя, както и пропуски поради невнимание и липса на време (2%) са част от причините за неваксинирането на децата. Общо 7% от всички родители, попълнили анкетата, са с антиваксинални настроения.

От допълнителната информация, която респондентите са дали за липсата на ваксинация при децата им, частично или напълно, става ясно, че най-често споменаваните причини са: установена алергия към белтък; често боледуване на децата; прием на антибиотици; детето е недоносено или е освободено от ваксинация поради детска церебрална парализа; тежка реакция след поставянето на ваксина; липса на определена ваксина към момента. Налице са и няколко мнения, споделени от антиваксинално настроени родители от типа на „за нашето семейство ваксините са безсмислени“. В отговора „друго“ причините поради, които родителите (все още) не са ваксинирали децата си, са свързани с препоръка на лекар, боледуване и алергични реакции на детето, недоносеност и детска церебрална парализа.

#### 2.4.3.2.3 Изводи

Анализът на резултатите от здравния модул на онлайн анкетата показва, че родителите са амбивалентно настроени към здравните грижи и услуги в доболничната и болничната помощ, предназначени за малките деца и бременните жени.

- ✓ Огромната част от жените по време на бременността са правили безплатни, както и платени, изцяло или частично, прегледи и изследвания, което е израз на висока степен на осъзнатост от страна на бъдещите майки на важността на пренаталната диагностика. Почти всяка десета жена от участничките в онлайн анкетата не е била информирана за полагащите ѝ се безплатни профилактични прегледи и изследвания по време на бременността. Това може да послужи като насока за необходимостта от разширяване на пакета от безплатни профилактични прегледи и изследвания за бременните жени, осигурен от НЗОК, и информиране за достъпността им.
- ✓ Изразената от 82% от майките подкрепа за необходимостта от кожен контакт между майката и бебето в първите часове след раждането може да послужи като аргумент за въвеждането и масовизирането на тази практика в българските болници.
- ✓ Кърменето на малките деца е ценено от майките като изключително важно за тяхното здраве (82% от жените-участнички в изследването са кърмили до 6 или повече месеца), но от друга страна, 50% от майките споделят, че ползите от тази практика рядко са обсъждани с медицински лица. Една част от медиците не считат за необходимо да обучават и информират майките за ползите от кърменето и начините, по които да го правят. Жените имат положително отношение и желание да кърмят децата си, като най-често споменаваните причини, поради които те не са кърмили в първите месеци след раждането, са свързани със здравословни проблеми – техни или на бебето.
- ✓ Основните проблеми в контактите и общуването с лекарите родителите виждат в: дългото чакане пред кабинета на личния лекар (45%), липсата или ограничените домашни посещения от страна на медицинско лице (47%), недостъпността на лекаря по телефон (24%) и непроследяването на състоянието на детето от детския лекар след прегледа (27%).
- ✓ Очертаните дефицити в достъпността и комуникацията с личните лекари подкопават доверието между родителите и медицинските лица. Неслучайно огромната част от родителите (68%) търсят директно помощта на друг лекар-специалист при здравословен проблем на детето. Липсата на достатъчно добри условия за диагностика в ДКЦ на личния лекар (36%), както и липсата на доверие на личния лекар за поставянето на правилна диагноза (35%) са посочени като основни причинни за директното търсене на специализирана медицинска помощ. Това обаче е свързано с допълнителни разходи за родителите, които те отделят за здравето на децата им.
- ✓ Родителите с висше образование и работещите родители са по-критични към достъпа до и качеството на здравните грижи за малките деца, както и към контакта с лекуващите детски лекари.
- ✓ Родителите от малките населени места (малките градове и селата) имат затруднения в достъпа и посещенията при медицинските специалисти, особено когато става въпрос за специфични здравословни проблеми при децата.
- ✓ Не липсват положителни мнения относно качеството на грижите, които децата получават от страна на личните лекари. Родителите, които са доволни най-често посочват, че личният лекар е „учтив и изслушва“ (75%), „дава направления за друг специалист“ (68%), „дава подробна и разбираема информация за лечението“ (63%), „прави обстойни и внимателни прегледи“ (59%). Въпреки заявените позитиви в комуникацията лекар-родител, немалко родители в свободните отговори посочват, че се нуждаят от повече време за обяснения относно грижите за здравето на детето, лечението, кърменето, храненето, ваксините, различни медицински манипулации и процедури. Това е особено валидно за родителите на недоносени деца и децата със здравословни проблеми, които имат нужда от по-подробна информация и обсъждания със специално обучени педиатри, от които да получат адекватни съвети и помощ.
- ✓ По отношение на допълнителните разходи за медицински и здравни грижи за децата съществуват значителни неравенства между родителите: родителите с висше образование, работещите родители, родителите от столицата по-често отделят допълнителни финансови средства за

здравето на децата, вкл. зъболекар, ортодонт и пр. По-бедните родители трудно и рядко заделят финансови средства за подобни разходи.

- ✓ Независимо от социално-икономическия им статус, родителите ваксинират децата си с ваксините от задължителния имунизационен календар. Анализът показва обаче, че лицата в селата, където достъпът до здравни грижи и финансовите възможности на родителите са по-ограничени, изпитват трудности при спазването на задължителния имунизационен календар. Не липсват и антиваксинални настроения, изразени от 7% от родителите. Другата част родители, които не са ваксинирали децата си, са постъпили така по препоръка на лекар за изчакване или поради здравни проблеми на детето.
- ✓ От особена важност е масово споделяното мнение на родителите (84%) в подкрепа на идеята лекар/медицинска сестра да правят регулярни домашни посещения при децата до 1 година. Родителската подкрепа на тази идея, както и изразените от родителите дефицити в комуникацията именно по отношение на достъпността на личните лекари, са аргументи в полза на създаването и възстановяването (от близкото минало) на практиките на патронажните сестри, което би довело до пряк и навременен контрол на здравословното състояние на най-малките деца и укрепване на родителското доверие в медицинските специалисти.

### 2.4.3.3 Нагласи на родителите към качеството на грижите за децата в детските ясли

Използването на дневна грижа по отглеждане на деца в детска ясла непрекъснато нараства от 2003 г. насам, когато обхватът на децата на възраст 0-3 г. е бил 10.6%. Данните, представени тук, касаят както яслите, така и яслени групи в детските градини. По данни на НСИ<sup>128</sup>, през 2016 г. обхватът на децата, изчислен като отношение на посещаващите самостоятелни детски ясли или яслени групи в детски градини на 100 деца от населението на възраст до 3 години, е 16.4% общо за страната (2015: 16.2%). Налице са съществени регионални диспропорции при този показател – той е най-висок в областите Габрово (22.8%), София (столица) (22.2%) и Благоевград (20.0%), а най-нисък – в Сливен и Кърджали (8.9%), Пазарджик (9.1%), Силистра (10.3%), Търговище и Разград (10.9%).

Към 31.12.2016 г. броят на децата на възраст 0-3 г., които посещават детска ясла като форма на дневна грижа, се е увеличил спрямо предходната година с 352 до общо 32 476. (2015:+635). Разглеждайки разпределението на децата по възрасти, броят на записаните деца на 1 г. нараства спрямо 2015 г. с 321 до 7856, от които в края на годината на тази възраст остават 5544. При двегодишните деца броят на записаните през 2016 г. е с 845 повече и достига 22 081, от които в края на годината на тази възраст са 26 093. От данните е видно, че контингентът деца, за които се грижат детските ясли е предимно във възрастта две навършени години. Броят на децата на възраст под една година или на една навършена година е само една пета от този на децата, навършили две години: 19.7% спрямо 80.3%.

Броят на детските ясли и яслени групи към детските градини непрекъснато нараства през последните години, като за периода 2010–2016 г. те са се увеличили с 98 до общо 829, а броят на местата в тях – с 4472 до 32 611. Въпреки това, родителите могат в различна степен да разчитат на място в детска ясла според типа населено място и областта, в които живеят. Разминаване между осигуреността с места и обхватът на децата съществува в София-град и област Варна, където детските ясли са приели респ. 1189 и 420 деца над капацитета си<sup>129</sup>; диспропорция в по-малка степен съществува и в областите Русе, Сливен и София-област, докато в останалите области са налице повече места, отколкото записани деца в тях. В градовете детските ясли са 703 с 30 264 места, а в селата – 126 с 2347 места, но в някои области изобщо отсъства тази форма на детска грижа в селата – Враца, Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, Стара Загора.

Данни за персонала, работещ в детските ясли са налични само общо за страната, но от беглата съпоставка между броя на децата в детските ясли (32 476) и броя на специалистите с медицинско образование, които работят в тях (3802) е видно, че съотношението на децата към персонала е 8:1. Пропорцията не е висока, но отново трябва да се имат предвид регионалната вариация в броя на децата

128 НСИ, Здравеопазване, 2016: [https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/query.jsf?x\\_2=1521](https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/query.jsf?x_2=1521)

129 Без да се отчита непокрытото търсене.

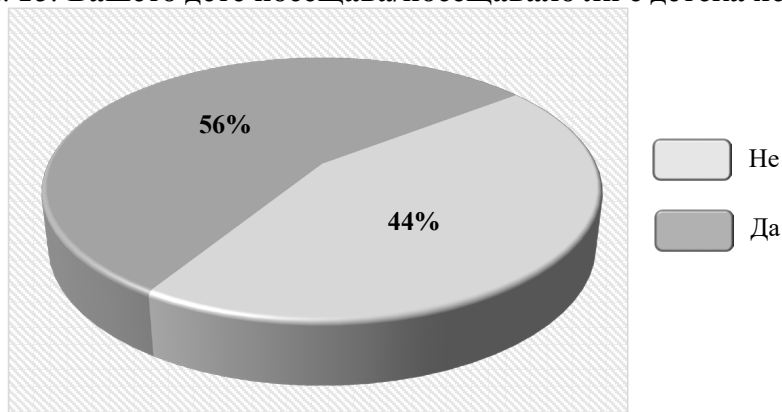


в яслена възраст и различния им обхват (т.е. процентът записани спрямо всички деца на възраст 0-3 г.), при което може да съществува значителна разлика в големината на групите, с които работи един специалист.

Използването на платена детска грижа от родителите е свързано също така с финансовата достъпност на предлаганите услуги. Според наличните данни, за семейство с двама работещи родители, единият от които печели 100% от средната работна заплата, а другия 50% от нея, средният разход за платена детска грижа за дете на възраст 1-3 г. е около 9% от нетния доход на семейството (след приспадане на социалните трансфери, като напр. детски надбавки, данъчни облекчения за деца и др. помощи).<sup>130,131</sup>

#### 2.4.3.3.1 Достъпност и наличност/ползваемост на услугата по отглеждане на дете в детска ясла

Фиг. 23. Вашето дете посещава/посещавало ли е детска ясла? (%)



По-голямата част (56%) от анкетираните родители са отговорили, че децата им са посещавали детска ясла, с което изследването регистрира значително по-висок процент ползваемост спрямо показателя за обхват в страната.<sup>132</sup> На работещите майки по-често се налага да използват този тип детска грижа, като в интервала до навършването на 2 години от детето, 50% от майките, които имат едно дете и 45% от тези с две деца, са се върнали на работа, като респективно 61% от децата на първите и 47% от децата на вторите са записани да посещават детска ясла. В интервала до навършването на 3 г. на детето – 72% от майките с едно дете и 64% от тези с две деца са започнали работа, а респективно техните деца много по-често посещават детска ясла – 77% от първите и 69% от вторите.<sup>133,134</sup> По този параметър извадката рефлектира ситуацията в страната, за която е характерен пикът на ползване на детска ясла във възрастта 2-3 г. на детето. Услугата по отглеждане на дете в детска ясла се ползва много рядко от майките, когато детето им е на възраст под 1 г., тъй като мнозинството от тях (над 90%) са предпочели да излязат в отпуск по майчинство в тази възраст на детето, независимо дали то е първо или следващо дете в семейството.

130 OECD Family Database [www.oecd.org/social/family/database](http://www.oecd.org/social/family/database): Chart PF3.4.B Net childcare costs for a dual-earner family with full-time earnings of 150% of the average wage, 2012

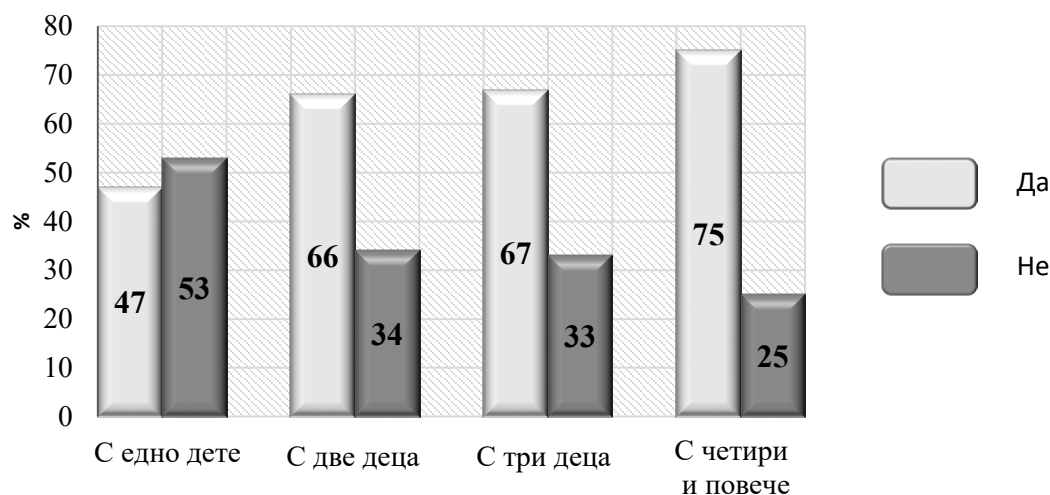
131 При изчисленията неизбежно са направени предположения, касаещи възрастта на детето, семейния статус, доходите на родителите и броя посещения в детската ясла. Таксите могат да се редуцират за семейства с ниски доходи, самотни родители, според поредността на детето в семейството или да намаляват с възрастта на детето. Тези намаления могат да бъдат значителни и масово разпространени, а данните са само за общия случай. Данните са отнасят за сумата, която се плаща като родителска такса за 2-3-годишно дете на месец за целодневно посещение на „обикновена“ детска ясла в София.

132 Тук трябва да се има предвид, че двата показателя не са съпоставими, както и наличието на селективност сред респондентите в изследването по степен на образование (над 80% от изследваните са с висше образование) и високата им трудова активност (59%).

133 Изводът е базиран на информация за трудовия статус на майки-участнички в изследването, чиито деца са в яслена възраст към момента на интервюто (0-3 навършени години, 36% от децата в извадката) и които са отговорили на въпроса дали ползват услугите на детска ясла за отглеждане на детето (N=294).

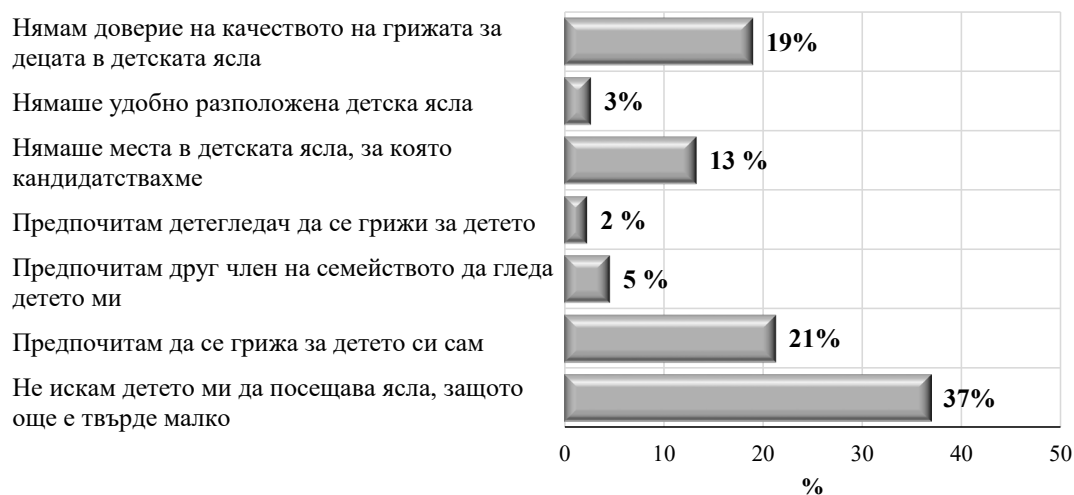
134 Децата в яслена възраст (0-3 г.), за които е известен трудовия статус на майката и които са трето или четвърто по поредност дете в семейството, не са включени в този анализ, поради малкия брой случаи (12).

**Фиг. 24. Разпределение на родителите, ползвали услуга по отглеждане на дете в детска ясла според броя на децата в семейството (%)**



В допълнение към различния начин на отглеждане на детето през първата и следващите му години, свързано с участието на майката на пазара на труда, родителите, които имат само едно дете, по-често предпочитат то да не посещава детска ясла (53%). Използването на външна помощ в отглеждането на малко дете под 3 г. расте пропорционално с броя на децата в семейството (от 66% при двудетните до 75% при многодетните) и вероятно отразява по-големия дисбаланс в съвместяването на трудовия и семейния живот на родителите, избрали да имат повече деца, за които услугите на детската ясла са незаменими. Една от причините за това вероятно е свързана и с необходимостта от допълнителни доходи т.е. колкото е по-голямо семейството, толкова по-голяма е нуждата жената да работи за осигуряване на доход.

**Фиг. 25. Разпределение на родителите според най-важната причина, поради която детето им не е посещавало ясла (само по един отговор) (%)**



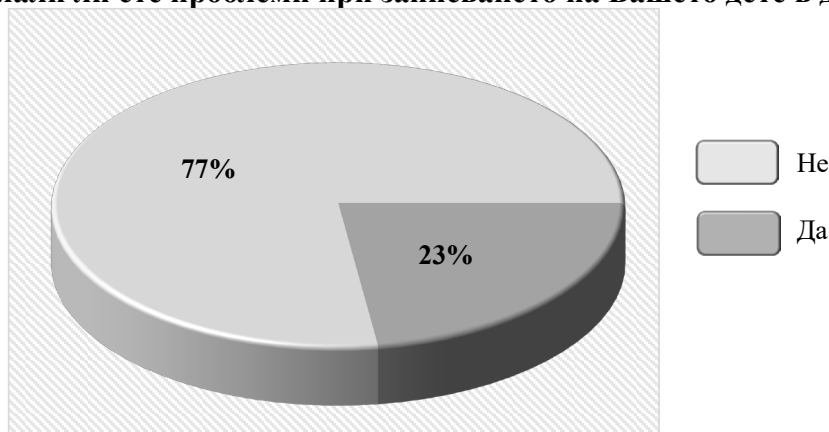
Сред причините да не ползват услугите на детска ясла, родителите най-често са посочили неподходящата възраст на детето за прием (37%). Пикът на възрастта, в която децата у нас посещават детска ясла е 2-3 г. и също така трябва да се има предвид, че всяка община одобрява собствени регламенти за прием в обществено-финансираните детски заведения на нейна територия – ясли и градини – и те могат да варират на различните места. Втората група причини е свързана с това, че част от родителите не одобряват по принцип формата на колективна грижа за деца под 3 г. и отдават по-голямо значение на „семеиния“ тип грижа – 28% (сума от отговорите „Предпочитам да се грижа за детето си сам“ (21%), „Предпочитам друг член на семейството да гледа детето ми“ (5%) и „Предпочитам детегледач да се грижи за детето“ (2%)) или не одобряват качеството на грижите в детските ясли – 19%. Недостигът на места в детската ясла (13%) или изобщо липсата на такъв тип детско заведение с подходяща локация (3%) е третата група причини за неизползване на този тип услуга по отглеждане на дете извън дома.

Родителите, които са използвали възможността да дадат свободен отговор на въпроса, защо детето им не е посещавало детска ясла, отново най-често изтъкват като причина неподходящата възраст на детето – 40% от отговорите, като в някои случаи се долавя и критична конотация във връзка с определената минимална възраст за прием: „[Детето] все още не е достигнало подходяща възраст; била е в друга държава на ясла“. Други 21% все още не са били приети към момента на интервюто, но са очаквали предстоящ прием. Следващите по важност причини са: здравословни проблеми на детето (12%), в т.ч. чести боледувания, наличие на заболяване или увреждане, състояния, налагащи диетичен режим или нужда от консултации със специалисти („Поради здравословни причини и нуждата от посещения при логопед, психолог, рехабилитация, ерготерапия и постоянни пролежавания в болница“), следвани от негативния опит или мнение на родителите относно грижите на персонала за децата в детските ясли (10%). В последния случай, това най-често са опасенията от случайно нараняване или прилагане на насилие над децата: „Беше паднал и си ударил главичката, а госпожите уж не са видели, ... когато отидох да го взема по-рано ... видях как госпожата го е хванала и го разтърси, за да спре да плаче“, „Детето показваше, че е удряно в яслата“.

Трябва да се отбележат и предпочитанията на една част от анкетираните родители към по-разчупени форми на предлагане на услугата по отглеждане на деца под 3 г. в сравнение с традиционната детска ясла – 12% от отговорите: „Посещаваше полудневна частна ясла към Френския институт“, „Посещаваше адаптационна занималня, която да я подготви за детска градина“, „Посещава частна Монтесори градина в яслена възраст“, „Предпочетох между 2 и 5.5 години детето ми да посещава кооператив, където грижата е по-качествена и приятелска към детето“.

В малък процент от случаите причина за непосещение на детска ясла е отказът на някои родители да поставят ваксини на децата си (4%), както и липсата на детска ясла в населеното място, където живеят (1%).

Фиг. 26. „Имали ли сте проблеми при записването на Вашето дете в детска ясла?“ (%)



Болшинството от родителите, които са записали децата си на детска ясла, не са имали проблеми да направят това – 77%. Съществува, обаче, значителна вариация в дела на родителите, срещнали този проблем според типа на населеното място, в което живеят. В София почти всеки трети родител е имал проблем при записването на детето си в детска ясла, докато в останалата част от страната – едва един от всеки десет родители е имал подобна трудност.

Най-често срещаният проблем, който родителите, дали отговор в свободен текст, споделят като пречка пред достъпа си до детска ясла, е липсата на достатъчно свободни места и голямата конкуренция за едно място – 48% от отговорите: „Няма места! Просто в София не можеш да си запишеш детето на ясла, ако е първо, здраво, няма близък и не си самотен родител. Това е! И се знае от всички! Срив в системата за записване, редене на опашки, малко места“, „Липса на места в яслата; недостатъчен брой точки, за да посещава заведение близо до дома, затова посещава в друг квартал“. Други 8% са приети след – в някои случаи значително – изчакване: „Чакане и ходене при директорката през месец“, „Чаках докато стане на 2 г. и няколко месеца, за да ни приемат, а аз трябваше да се върна на работа“, „Твърде много деца, кандидатствали в същата ясла и изчакване“.

В София, някои родители са прибягнали дори до смяна на адресната си регистрация, за да се класират в общинска детска ясла: „Наложи се да си сменя адресната регистрация, за да имам шанс

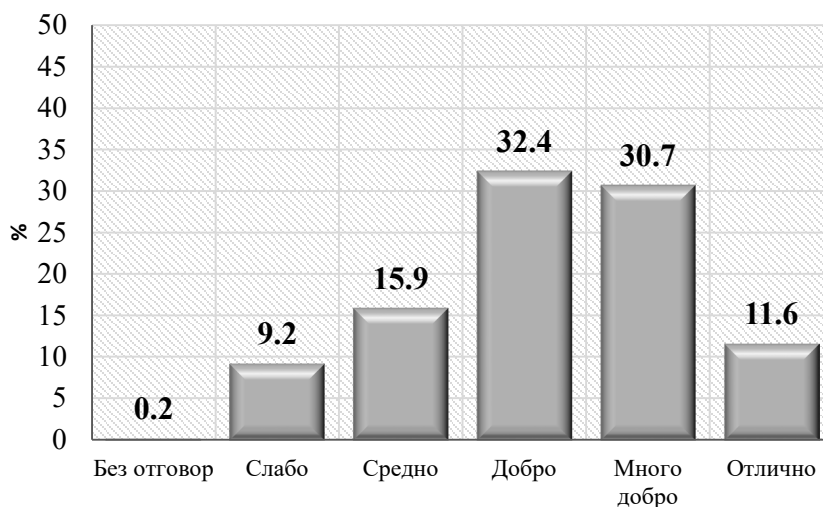
да се класира детето ми, защото в района, в който живея няма нито една държавна детска ясла или градина. кв. Манастирски ливади - запад в гр. София“, „Нямаше в квартала ни ясла (Казичене) и трябваше на друго място да го запишем“.

Една част от родителите, които не са успели да получат място в обществена ясла са записали детето си в частна такава (12% от отговорите): „Не беше записана когато исках, поради липса на места. Наложих се да посещавам частна ясла“, „Плащам частна ясла, защото 2 години не ни приемат“, „Второто ми дете посещаваше частна детска ясла, защото не беше прието в общинска“, „Не ни приеха в държавна, бяхме в частна, която беше великолепна и сме много доволни от всичко в нея“.

Родителите са доста критични към различни административни изисквания, които са срещнали по пътя си при записването на детето в детска ясла, вкл. някои практики на превишаване на административни правомощия от страна на ръководството на детските ясли – 21% от отговорите. Сред тях правят впечатление: „След като беше прието по реда, директорката реши, че точките, които сме покрили, не са така. Съдействие ни оказа (след жалба) Столична община“, „Бяха приели единия близък в една детска [ясла], другия в друга“, „Директорката на детското заведение ми иска да купя играчки за цялата група и щяла да ни запише“, „Ограничени места, наложи се да дам пари за „дарение“, за да ни приемат“, „Трябваше ми връзки да вземат детето в яслата до вкъщи“, „Дълго чакане; грешка при изследвания - установяване на бактерии, които при повторен анализ не бяха налични; отказ да ни запишат“, „Редене на опашка в малките часове и се оказа извън класирането. На следващата година - същата процедура; детето беше прието на 2 г. и 6 м.“.

#### 2.4.3.3.2 Качество на грижите в детската ясла

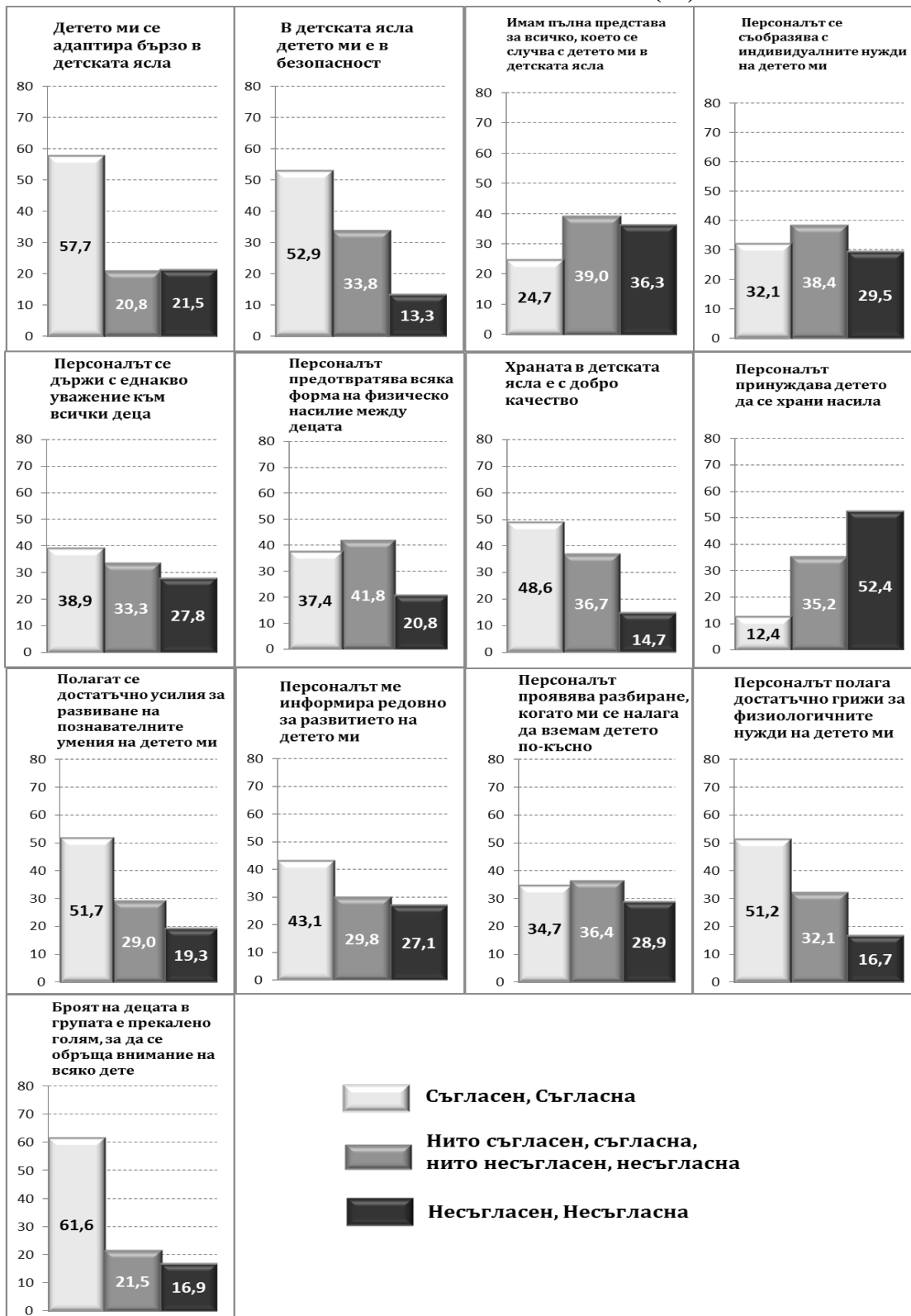
Фиг. 27. „Как оценявате по шестобалната система качеството на предлаганите грижи за детето Ви в детската ясла?“ (%)



Запитани да поставят цялостна оценка за качеството на грижата за децата в детската ясла, родителите, ползвали услугата (56%), са посочили най-често отговор „Добро“ (32.4%) и на второ място отговор „Много добро“ (30.7%).

На следващо място, във връзка с оценката на качеството, родителите са помолени да посочат доколко са съгласни или не с набор от твърдения, свързани с различни аспекти на грижата в детската ясла.

Фиг. 28. Доколко сте съгласни със всяко от следните твърдения относно грижите за децата в детските ясли? (%)



Като цяло, родителите по-рядко са отправили забележки към храненето и физическото обгрижване на децата в детската ясла, поради което висока подкрепа са получили твърденията, че храната в яслата е с добро качество (48.6%), че децата не биват принуждавани да се хранят насила (52.4%) и че персоналът полага достатъчно грижи за физиологичните им нужди (51.2%). Родителите, които са се колебаели в оценката си при тази група твърдения – т.е. са дали отговор „нито съгласен, нито несъгласен“ – също са доста висок процент, респ. 36.7% - за качеството на храната, 35.1% - за насилственото хранене и 32.1% - за покриването на физиологичните нужди на детето, а процентът на несъгласните, че детските ясли успяват да се грижат достатъчно добре за основните физиологични нужди на детето са най-ниски в сравнение с другите твърдения – 12-17%.



Друга група въпроси също с преобладаващо позитивни отговори включва твърденията, че детето бързо се адаптира към средата в детската ясла (57.7%), че в нея то е в безопасност (52.9%) и че се полагат достатъчно усилия за развиване на познавателните му умения (51.7%).

По-амбивалентно е отношението към твърдението, че персоналът предотвратява всяка форма на физическо насилие между децата, като 41.8% се колебаят и не са нито съгласни, нито несъгласни, а още 20.8% не са съгласни, че в детската ясла се обръща достатъчно внимание на агресията между децата.

Доста голям процент несъгласни или колебаещи се родители събира групата твърдения, които могат да бъдат обединени в категорията „липса на индивидуално внимание и подход към личността на детето“, която включва: „Персоналът се съобразява с индивидуалните нужди на детето ми“ и „Персоналът се държи с еднакво уважение към всички деца“, както и въпросите, засягащи отношенията между възпитателите и родителите, и най-вече съмненията относно информацията, предоставяна на родителя за случващото се с детето му в детската ясла: „Имам пълна представа за всичко, което се случва с детето ми в детската ясла“, „Персоналът ме информира редовно за развитието на детето ми“ и „Персоналът проявява разбиране, когато ми се налага да вземам детето по-късно“. По всички пет твърдения, сборът от несъгласните и колебаещите се съставлява по-големия процент спрямо съгласилите се, като притеснително висок процент родители (75.3%) са отговорили отрицателно или не са напълно убедени (колебаещи се), че са наясно с всичко, което се случва с детето им в детската ясла. Съобразяването с индивидуалните нужди на детето е поставено под съмнение от 67.9% от родителите и допълнително 61.1% не мислят, че персоналът се отнася с еднакво уважение към всяко дете; 56.9% не могат да потвърдят, че са информирани редовно за развитието на своето дете, а 65.3% са казали, че не срещат разбиране в случаите, когато закъсняват да приберат детето си от яслата.

Мненията на родителите относно толерантността, която проявява персоналът в детските ясли към тях, когато не успяват да вземат детето си навреме от яслата, са диференцирани според степента на завършено образование, като тези със средно образование по-често са съгласни с твърдението, че към техните закъснения се проявява разбиране от страна на персонала - 50%, спрямо само 31% от тези с висше образование, които подкрепят това твърдение. Респективно, несъгласни или колебаещи се са 50% от родителите със средно образование, спрямо цели 69% от тези с висше.

Най-силно критични са участвалите в изследването родители към големината на групите в детските ясли, разглеждайки това като пречка за получаване на достатъчно внимание от всяко дете. Мнозинството от тях (61.6%) са съгласни, че броят на децата в групите е твърде голям. Характерно за мненията по този въпрос е тяхната диференциация според социално-икономическия статус на родителите – образование, доход и тип населено място. Разликите в мненията на родителите по въпроса доколко пречи големия брой деца в групите за индивидуалното внимание към всяко дете според степента им на образование, са в една посока, но тези с висше образование в по-голяма степен подкрепят твърдението – 63.8%, в сравнение с тези със средно – 52.5%. Сред несъгласните също има значителна разлика, респективно 15% от високообразованите спрямо 26% от родителите със средно образование.

Родителите от най-нискодоходната група (под 400 лв. месечно на член от семейството) едновременно с тези от най-високодоходната (над 1200 лв.) в по-малка степен считат, че броят на децата в групите би могъл да бъде проблем за по-индивидуалното отношение към тях в детската ясла – респ. 54% и 56%. Доколкото анкетната карта не предоставя информация за посещаването на частни детски ясли (извън свободните отговори, където родителите сами са посочвали, ако това е релевантно за тях), би могло донякъде да се спекулира, че местата, посещавани от децата на най-високодоходната група родители, не са масовите детски заведения и при тях не се среща проблем с големината на групите. Най-сензитирани към този проблем са родителите от двете средни доходни групи – разполагащи с 400-800 лв. и с 800-1200 лв. месечно на член от семейството, като респ. 64% и 71% от тях виждат големината на групата като пречка за по-индивидуалното обгрижване на децата.

Като резултат от диспропорцията между малкия брой детски заведения и по-големия брой деца, нуждаещи се от техните услуги в столицата и големите градове, очаквана диференциация възниква в мнението доколко броя на децата в групата затруднява възпитателите да обръщат индивидуално внимание на всяко дете според големината на населеното място. В малките градове и селата родителите в по-малка степен чувстват нужда да се намалят групите в яслата (респ. 48% и 42%), за да бъде сигурно, че всяко дете ще бъде достатъчно добре обгрижено, докато в столицата и големите градове с това са съгласни, респ. 70% и

57%. Колебание са изразили около 25% от отговорилите родители във всички населени места, с изключение на тези в София, които са 18%, а несъгласие (т.е. няма нужда да се намалят групите) са изразили от 12% в София до 33% в селата, където проблемът не е толкова значим.

#### 2.4.3.3 Предложения за подобряване на условията и препоръки към персонала в детската ясла

Родителите са имали възможност да дадат до три препоръки в свободен текст в две условно разделени области – условия на средата, в която пребивава детето в детската ясла и качество на грижата, полагана за него от страна на персонала.

От 748 анкетирани родители, писмени препоръки в едната или и в двете области са дали 216 или приблизително 29% от извадката. Техните препоръки, предимно критични, са общо 712, в т. ч. 364 в първата област и 348 във втората. Позитивните коментари са само 40 от всички свободни отговори, като болшинството от тях са лаконични, под формата на оценки: „условията са добри/отлични“, „нямам забележки“, „персоналът се грижи отлично за децата“. По-надолу ще бъдат разгледани в повече детайли само критичните препоръки, които общо са 671, в т. ч. 343 в първата и 328 във втората област.

Таб. 4. Препоръки към условията на средата в детската ясла

Качество на условията на средата	Брой препоръки	%
Големина на групата и численост на персонала	110	32,1
Здраве, хигиена, климатични условия	99	28,9
Материални условия	78	22,7
Хранене	36	10,5
Сигурност и супервизия	14	4,1
Други	6	1,7
Общо	343	100,0

Доминиращата препоръка на родителите в първата област – условията в детската ясла – е да се намали броя на децата в групите, като същевременно се увеличи персонала, който се грижи за тях (32.1%). В повечето случаи не е визиран удачният според тях брой, а когато е конкретизиран такъв, вижданията варират в широки граници – от 20 деца в група до 10 деца на двама възрастни: „Да се намали броят на децата в групата - не повече от 18-20“, „Броят на децата в групата да е 12-15“, „Повече персонал, ако децата са над 15 в група“, „До 10 деца в група“, „По-малки групи, максимум 10 деца на двама учители“.

На второ място, родителите са отправяли препоръки към недостатъчно здравословната околна средата в помещенията, в които се отглеждат децата (28.9%), като набелязаните от тях проблеми касаят няколко фактора: недостатъчен здравен контрол и допускането на болни деца в яслата, недостатъчно следене на температурата в помещенията (претопляне, прохлаждане или оставяне на течение) и същевременно неизвеждане на децата навън, ниска хигиена и използване на алергизиращи препарати за дезинфекция. Някои от препоръките, дадени в тази категория са: „Проверка от медицинско лице преди да се влезе в групата; с кашлица и сополи да не се приемат деца“, „В периода на грип, да не се провеждат мероприятия, които събират всички групи на едно място; след всеки празник сме болни“, „По-реална преценка на нужната температура – децата да не бъдат претопляни“, „Редовно проветряване на помещенията“, „Проветряването да става когато децата не са пряко изложени на влизания отвън студен въздух (през зимата), а през по-топлите сезони децата да не се държат умишлено на течение!“, „Да бъдат извеждани за игра навън; сега не ги извеждат, защото нямат време да обличат/ събличат толкова много деца“, „Не ги извеждаха никога на двора да играят на чист въздух, въпреки, че яслата се намира до борова гора и така я презентират“, „Стриктна хигиена без използване на хлор; масово за почистване се използват алергизиращи препарати“.

Подобряването на материалните условия е следващата по тежест препоръка (22.7%), като най-често родителите са казали, че е необходимо те да се обновят и модернизират. Някои по-конкретни препоръки към материалната база са: да се предвиди повече място за игра, вкл. на двора, да се поднови обзавеждането, да се санира сградата, да се закупи ново оборудване за детската площадка, да се пригоди сградата за свободни игри, да се обезопасят шкафове, тоалетни и др. Един чувствителен аспект на проблема с подобряването на материалната база в детските ясли е принуждаването на родителите да правят разходи от джоба си за това: „Осигуряване на добри условия без необходимостта от финансовото участие на родителите“, „Да бъдат осигурени поне нормални условия за пребиваване (не е нормално родителите да купуваме килими и пътеки, за да не седят децата ни на балатума)“, „Да не се купуват от родителите санитарни материали“.

Препоръки към храната се срещат в 10.5% от отговорите, като най-честата е тя да бъде по-качествена. Изисквания родителите са отправили към разнообразието на менюто („Да има избор на седмично меню“), както и към спазване на нормите за здравословно хранене: „Да се избягва захарта в закуските и да се ползват нейните заместители“, „В храната да няма захар, да се ядат повече пълнозърнести храни“, „Увеличаване размера на порциите и добавяне на повече плодове и зеленчуци в менюто“, „Да подобрят храната и да не сервират бисквити, вафли, оцветени сокчета и филии с маргарин“, „Да се повиши качеството на храната и цялостното отношение към нея“.

Относно сигурността и безопасността на децата в детската ясла, да се включи видеонаблюдение е предложено в 4.1% от отговорите: „Да има видео наблюдение и начин родителите да знаят какво правят децата им и как се държат с тях“, „Камери, за наше спокойствие“.

В категорията „Други“, няколко коментара поставят акцент върху отделни страни на досега на родителя с детската ясла, напр. нейното работно време или достъпността на услугата за всички родители: „Режимът на посещаване да е по-гъвкав“, „Да има опция [децата] да се водят по-късно“, „Да се осигури достъп за всяко дете“, „Да има достатъчно място за прием на всички желаещи“.

**Таб. 5. Препоръки към качеството на грижата за децата в детската ясла**

Качество на работата на персонала	Брой препоръки	%
Подбор, квалификация и възраст на персонала	90	27,4
Мотивация на персонала	13	4,0
Образование и грижа за децата	94	28,7
Индивидуално отношение към децата	44	13,4
Толерантност, търпение и неагресивно отношение към децата	41	12,5
Отношение към родителите	46	14,0
Общо	328	100

Препоръките за наемане на по-квалифициран, по-млад, и много често – специфично образован персонал (27.4%), както и по-мотивиран такъв (4%), като сума очертават подборът на персонала в детската ясла като най-проблематичният аспект във втората област с препоръки – качеството на грижата за децата, според мнението на родителите. Темата има много аспекти, някои от най-застъпените в отговорите ще бъдат акцентирани накратко.

Много от родителите виждат необходимост от повече педагогически персонал в детската ясла, като не смятат, че единствено медицинското начало трябва да е водещо в грижата за децата във възрастта от 0 до 3 години и в допълнение към това те често отправят предложения екипът на яслата да се разшири с повече педагози и дори с различни тясно профилирани специалисти: „Да се назначават

и педагози в групите с деца от яслена възраст“, „Не само медицински, а и педагогически образован персонал в яслите“, „Наличие на специалисти – логопеди, психолози, рехабилитатори, педагози“, „Наличие на безплатни специалисти, работещи с децата на място“, „Назначаване на специалист по ранно детско развитие, в помощ на мед. сестри в яслата“, „Персоналът е медицински сестри. Грижата е в най-добрия случай за физиологията на децата. Пълен абсурд.“ „Да се полагат [грижи и] от други специалисти по ранно детско развитие. Нямам логичен отговор защо яслите са под шапката на министерството на здравеопазването, като че ли само физическото развитие е важно в тези години 0-3 г. и нищо друго. За децата ни се грижат едни хора с бели престилки, не случайно в детската градина децата продължават да са най-близки със санитарките, което определено е странно“.

Да се поддържа високо нивото на квалификация на персонала в течение на неговия трудов живот също е често срещано предложение: „Ежегодно провеждане на курсове, помагачи на възпитателите да се запознаят с новите изисквания за развитието на децата. Всяко поколение е различно от предходното“, „Да се обучават в хода на професионалното си развитие“, „Прекавалифициране - има нови методи за работа с деца“, „Квалифицирани по метода на Монтесори“, „Персоналът трябва да бъде редовно обучаван за новости в грижите за деца“, „Разпознаване на симптоми на редки заболявания“, „Да са запознати с периодите и развитието на децата в тази възраст“, „Да се правят обучения на персонала минимум 2 пъти в годината“.

Липсата на мотивация за работа е отчетена като проблем от някои родители, но в много случаи е проявено също така разбиране за заплащането и условията на труд на работещите в системата: „Да се наеме персонал с желание да работи това, а не персонал, който няма друг избор“, „Персоналът е немотивиран“, „Не им се работи“, но също така: „По-добри условия и заплащане на персонала“, „Подобро заплащане на персонала с цел подбор на качествени и мотивирани специалисти“, „Мотивиращо заплащане на персонала“, „Да имат регламентирани почивки“.

Забележки са направени и по отношение на подбора на помощния персонал в детската ясла: „Възпитателките да са образовани“, „Контролиране на нивото на комуникация с децата. Леличките в градините използват език от пазара. Начинът и моделът на общуване се запечатва в децата“.

Като своеобразно обобщение по темата е следното мнение: „Подбор на млади кадри със съвременен начин на разбиране и развита емпатия“.

Следваща категория, която събира множество предложения, се отнася до различни практики в грижата и обучението на децата (28.7%), които са негативно санкционирани от родителите. Родителите са доста критични към практиката да се оставят децата да гледат телевизия продължително време („Да се забрани използването на телевизори“, „Децата да не гледат телевизия или филмчета повече от 1 час“) и смятат, че вместо това трябва да има: „повече разговори с децата и четене на приказки“, „повече групови игри“, „повече игри, усвояване на практически умения и спорт“, „интерактивни игрови методи“, „допълнителни специалисти по музика, физкултура, рисуване, психолози“, „развиване на познавателните умения на децата“, „подпомагане на развитието на таланта на детето“. Отправени са множество препоръки да се наблегне на дейности, свързани с физическото укрепване на децата – ежедневно извеждане навън и игри на открито. Дефицити свързани с физическото обгрижване на детето, родителите са забелязали в: „Персоналът трябва да изчаква децата да се хранят сами и да не ги насилва“, „Да не им се дават солети и вафли между храненията - за да мълчат!“, „На децата да се предлага по-често вода“, „Да се работи за махане на памперса“, „Да не слагат памперс на деца, които вече са отвикнали“, „Да бъдат преобличани ако са потни“, „По-добра хигиена за децата“. Според някои родители, не се обръща достатъчно внимание на детската агресия: „При най-малките прояви на агресия, да се уведомяват родителите и да се търси разрешение на ситуацията“.

Вниманието към детето като личност с проява на „индивидуално отношение“ (13.4%) и когато е необходимо на „толерантност, търпение и неагресивно отношение“ (12.5%) е също често срещана тема сред предложенията. Най-честата препоръка в тази тема е „Да се отчита индивидуалността на детето“, като нюанси в направените предложения се долавят през критиката на различни практики в грижата, като например фаворизирането на отделни деца: „Да няма специално отношение към определени деца“, „Да няма разлика в грижите към децата“, „Да имат еднакво и добро отношение към всички деца“ и придържането към „стандартни“ очаквания: „Да се приема факта, че всички деца са различни и не могат да правят всичко по еднакъв начин“, „...и да проумеят, че всяко дете е индивидуално и не може всички да се развиват еднакво



бързо“. Проява на индивидуално отношение е също така толерантността при адаптацията на детето: „*Да не забраняват на децата да влизат в яслата с любимата играчка; на персонала трябва да е разяснено, че не става въпрос за глезотии, а за преходен обект и колкото е необходимо – толкова време детето ще го носи*“. Да не се допускат прояви на вербално агресивно поведение от страна на персонала: „*Карат им се, грубо отношение*“, „*Да не ги обиждат и да не им кресят*“, „*Да няма никаква форма на физическо и вербално насилие към децата*“, „*Да не всяват страх, а уважение*“, „*Да внимават как разговарят с децата*“, „*Говорете по-милно с децата*“, „*Подбиране на езиковите средства към децата и между колегите*“.

Общуването на родителите с персонала на детската ясла е тема, по която те са дали най-пространните коментари и предложения, макар сравнително по-малко на брой (14%). Те могат да се обобщят в две категории: на първо място, допускането на родителя в детската ясла, особено в периода на адаптацията на детето: „*Родител да присъства по време на адаптацията на детето в рамките на 3 седмици*“, „*Родителите трябва да имат достъп до помещенията и без да има родителска среща - естествено при спазване на нужните за това изисквания за хигиена и несмуцаване на занятията*“, „*Да се преформулира целта на услугата от неизвестно каква в момента към такава, свързана с развитието на детето, да включва придружаване в процеса на отделяне от майката*“, „*[Да се даде] възможност на родителите да посещават стаите, където децата прекарват времето*“, „*Да се прави ден на отворените врати, за да се запознаваме по-добре с обстановката*“, „*Възможност желаетият родител да наблюдава протичането на учебния процес и поведението на детето си в тези условия*“, „*Възможност за посещение в групата от родители - поне веднъж месечно*“; и, на второ място, предоставянето на по-подробна и регулярна информация за времето, което детето прекарва в яслата: „*Трябва да се дава повече информация за детето в края на деня*“, „*Да подават информация на родителите поне веднъж седмично*“, „*Отделяне за задължително време за разговори с родителите*“, „*Въвеждане на система за събиране на обратна връзка*“, „*Трябва да има електронен достъп до резултатите на детето спрямо средните за възрастта параметри*“.

#### 2.4.3.3.4 Изводи относно достъпността и качеството на детските ясли

- ✓ Изследването регистрира изключително висок процент ползваемост на услугата по отглеждане на дете в детска ясла спрямо средните стойности за страната – 56% от децата в извадката са посещавали детска ясла. Родителите, които значително по-често използват детска ясла за дневна грижа са работещи майки с деца навършили две години, както и семействата с две и повече деца. Данните показват, че по-рядко родителите използват грижата на детска ясла за отглеждане на дете под 1-годишна възраст, както и относително по-рядко при отглеждането на едно дете в семейството.
- ✓ За много от родителите услугата по отглеждане на дете в детска ясла не е достъпна – изследването регистрира значително натрупване на отговорите „Няма места“. Отражение на недостига на местата в обществените детски ясли е наблюдението, че болшинството от родителите, които са ползвали частна ясла, не са направили това като първи избор, а само след отпадане от класиране за държавна такава. Проблемът е по-силно изразен в столицата, където един от всеки трима родители е срещнал трудности при записването на детето си и не е толкова разпространен в другите населени места, където, освен това, родителите по-рядко посочват като проблем големината на групите.
- ✓ Макар все още нерегулирани у нас, алтернативните форми на грижа в ранна детска възраст, като детегледачи, родителски кооперативи, полудневна грижа от типа „забавачница“ и др., имат привърженици в лицето на около 12% от свободно отговорилите родители в изследването. Заедно с тях, скептичните към колективния тип грижа за малки деца родители са допълват с още две групи – 28% от неползващите детска ясла родители (44% от извадката) са казали, че отглеждането на детето в семейна среда няма алтернатива и във всички случаи е предпочетено от тях, докато за 19% детската ясла не е алтернатива на грижите, които полага родителя у дома единствено поради ниското си качество.



- ✓ Средната оценка на родителите за качеството на грижата в детската ясла е умерена, като най-често те са давали оценка „добър“. Родителите, участвали в изследването, по-често са критични към въпросите, свързани с отношението на персонала към детето и липсата на индивидуално внимание, поради големия брой деца в групите, както и към необръщането на достатъчно внимание от страна на персонала на взаимоотношенията между децата и несанкционирането на агресията между тях. Също притеснително за тях е неподаването на достатъчно информация за случващото се с детето в детската ясла, като 56.9% не се чувстват информирани за развитието на детето си докато пребивава там. Въпросите, по които има малък превес на одобрението над неодобрението относно услугата по отглеждане на дете в детска ясла, са свързани с осигуряването на добра физическа грижа за децата, безопасността на средата, успешната адаптация на детето към нея и обучението на детето, което допринася за развиването на познавателните му умения.

#### 2.4.3.4 Нагласи на родителите към качеството на грижите за децата в детските градини

Детските градини са институции в системата на предучилищното образование, в които се отглеждат, възпитават, социализират и обучават деца от тригодишна възраст до постъпването им в първи клас, в съответствие с държавния образователен стандарт за предучилищното образование. **Стандартът** разписва необходимите умения, които децата трябва да придобият във всяка възрастова група, за да могат да постъпят готови в първи клас. Дава се възможност да се сформират и разновъзрастови групи при отчитане на възрастовите и индивидуални особености на децата, като с новите промени в ЗПУО се разрешава да бъдат записвани и деца на 2-годишна възраст.

Според наличните данни на НСИ, броят на децата в детските градини се увеличава до 2014/15 г. и достига до 241 хил. деца. През учебната 2015/2016 г. в детски градини са записани 232 хил. деца или с 3.8% по-малко в сравнение с предходната година, но тук трябва да се има предвид и намаляващия брой на родените деца през последните години. Разпределението на децата според вида на детската градина се запазва при целодневните детски градини и силно намалява при седмичната форма на грижа в детската градина – от 2 119 деца през 2010/11 до 907 през 2015/16 г. Запазва се тенденцията на увеличаване на броя на деца записани в частни детски градини като техният брой през 2015/16 г. е 3 333 деца, но въпреки увеличението, това съставлява само 1.4% от всички деца, посещаващи детска градина.

Данните на НСИ показват, че съществуват значими регионални диспропорции в достъпа до детски градини в различните населени места. Броят на групите в детските градини се увеличава, като през 2015/16 г. те са 10 115, а местата в тях са съответно 243 хил. Този брой места покрива нуждите от детски градини в повечето населени места, като в някои от тях остават голям брой незаети места. В същото време в големите областни градове като Бургас, Варна, Пловдив и София броят на местата в детските градини не е достатъчен. В Пловдив и Варна недостигът е около 2 хил. места ежегодно, в Бургас около хиляда, а в София близо 6 хил. са местата в детските градини, които не достигат според данни на НСИ за периода 2010-2016 г.

Нетният коефициент на записване на децата в детски градини според НСИ е най-нисък през 2015/16 г. – само 81% в сравнение с предходните пет години. Това се дължи на по-ниската записваемост при децата на възраст под 5 години, тъй като при децата над тази възраст посещението в подготвителна предучилищна група е задължително. В София, Варна, Бургас и Пловдив коефициентът на записваемост има стойности близки до средната за страната, като причина за това е и липсата на достатъчно места. Най-висока е записваемостта през 2015/16 г. в Смолян - 92%, Благоевград - 88%, Враца - 88%, Габрово – 87%, а най-ниска е в Сливен - 68%, Пазарджик - 75%, Търговище - 71%, Хасково, - 77% Кърджали - 78%.

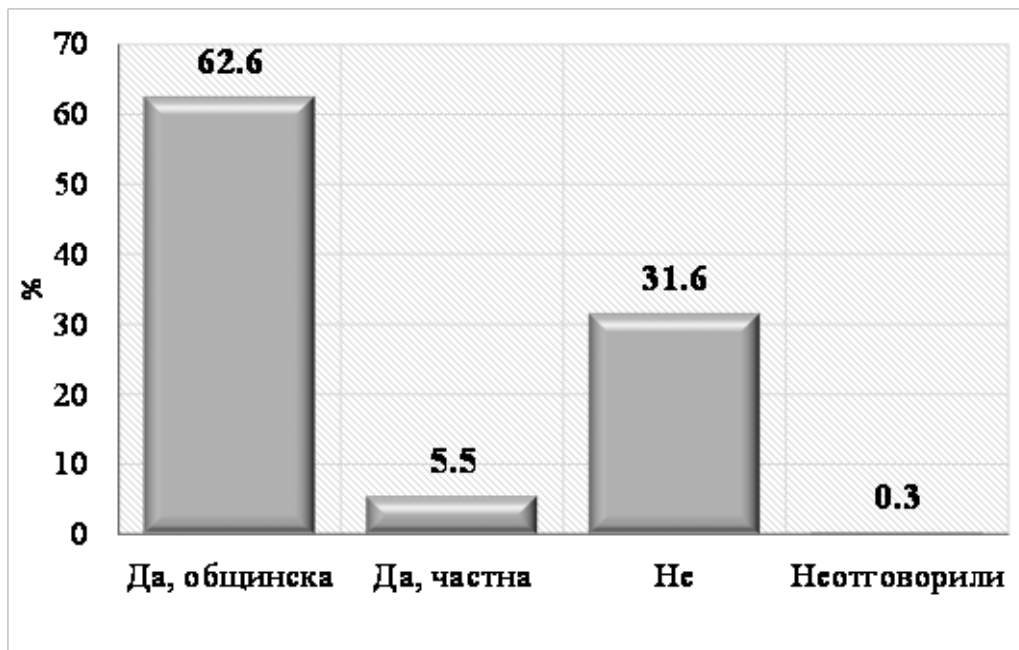
Педагогическият персонал<sup><?></sup> в детските градини през 2015 г. достига до 20 420 души в сравнение с 2010 г., когато е 19 579, като значително увеличение има в ангажирания персонал на възраст над 60 години, което се обяснява с недостига на квалифицирани млади хора, желаещи да работят в сферата на детската грижа.

Недостигът на места в детските градини в големите градове, липсата на достатъчно квалифициран персонал в по-малките населени места, необходимостта от обезпечаване на работните заплати на персонала и редица други причини обосновават факта, че в част от групите в детските градини са включени повече деца от установения максимум.

В настоящото изследване са включени въпроси относно записваемостта на децата в детска ясла и/или градина, причините за незаписване, нагласите относно качеството на грижата в детските заведения и нагласите към предучилищната подготовка на децата. В свободни отговори е дадена възможност на родителите да изразят препоръки относно подобряване условията на грижата в детските заведения.

#### 2.4.3.4.1 Детска градина – обхват и записваемост

Фиг. 29. „Вашето дете/деца посещавало ли е детска градина?“ (в %)



От всички изследвани лица, 68% декларират, че децата им посещават или са посещавали детска градина (общинска или частна). Тук трябва да се има предвид, че извън възрастовата група от 5 до 7 години, където детето е длъжно да посещава детска градина, в отговорите са обхванати и деца на възраст от 3 до 5 години, за които родителите имат право на избор по отношение на това дали да посещават детско заведение или не.

Анализът показва, че съществува значима разлика в избора на родителите на детско заведение според образователния им статус. Докато в общинските детски градини родителите с висше и средно образование са представени почти поравно, съответно 65% и 55%, то в частните детски градини преобладават децата на родители с висше образование – 7% спрямо тези с средно образование – 1%.

Общинските градини са най-посещавани от деца в семейства със средномесечен доход под 400 лв. на член от семейството – 67% от всички семейства с такъв доход; 58% от децата в семейства със среден доход над 1200 лв. също ползват услугите на общинските детски градини. При частните детски градини повече са децата от семейства с по-високи доходи. Разпределението е, както следва: 1% от децата в семейства със средномесечен доход на член под 400 лв., посещават частна детска градина, 3% от семейства с доход между 400 и 800 лв., 6% от тези с доход между 800 и 1200 лв. и 16% са децата от семейства със средномесечен доход над 1200 лв.

Независимо от типа на населеното място – столица, голям град, малък град, село – децата, посещаващи общинска детска градина, са малко над 60% за всяко от разпределенията, докато в частни детски градини в столицата са 10% от всички деца, посещаващи детска градина и само 1.7% са тези в големите градове.

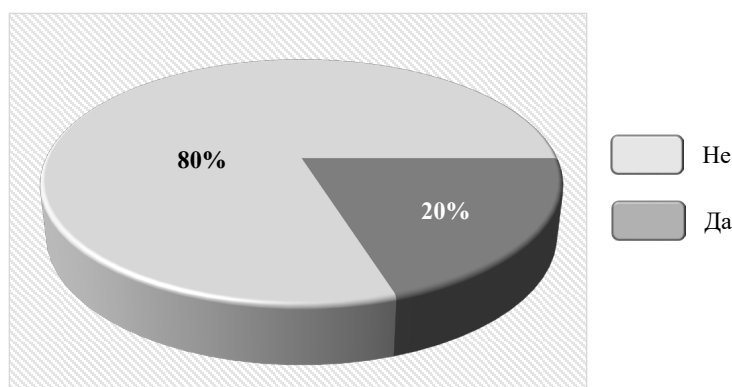
Респондентите дали отрицателен отговор на въпроса „Вашето дете/деца посещавало ли е детска градина?“ са разпределени по причини по следния начин:

Таб. 6. Причини за непосещение на децата в детските градини (%)

Моля, посочете най-важната причина, поради която Вашето дете не е посещавало детска градина?	Брой	Относителен дял (в %)
Не искам детето ми да посещава детска градина, защото още е твърде малко	78	32.9
Предпочитам да се грижа за детето си сам, сама	10	4.2
Предпочитам друг член на семейството да гледа детето ми	6	2.5
Предпочитам детегледачка да се грижи за детето	1	0.4
Нямаше места в детската градина, за която кандидатствахме	10	4.2
Нямаше удобно разположена детска градина	1	0.4
Нямам доверие на качеството на грижата за децата в детската градина	13	5.5
Детето е със специални потребности, увреждания и отказват да го запишат	3	1.3
Финансови причини	1	0.4
Детето е на възраст под 3 години	108	45.6
Други	6	2.5
Общо	237	100.0

Като бъдат изключени децата, които са на възраст под 3 години, най-висок относителен дял (близо 33%) имат родителите, които не пращат детето си на детска градина, защото са преценили, че е твърде малко – става дума за деца на възраст 3-4 години. Втора по значимост причина е липсата на доверие в качеството на грижата за децата в детската градина – 6% от отговорилите. Липсата на места в детските градини е проблем само на 4% от респондентите. Почти толкова са и тези, които предпочитат сами да се грижат за детето си. Финансова е причината само за един от респондентите.

Фиг. 30. „Имали ли сте проблеми при записването на Вашето дете в детската градина?“ (%)



Прави впечатление, че на въпроса „Имали ли сте проблеми при записването на Вашето дете в детската градина?“ само 20% от респондентите отговарят положително. Значима разлика в разпределението на лицата декларирани проблеми има по отношение на населеното място. Най-често проблеми при записването на детето си в детска градина срещат хората, живеещи в столицата (25%), следвани от лицата, живеещи в големите градове/ областни центрове (16%) и малките населени места (10-17%).

Таб. 7. Проблеми при записването на децата в детска градина (%)

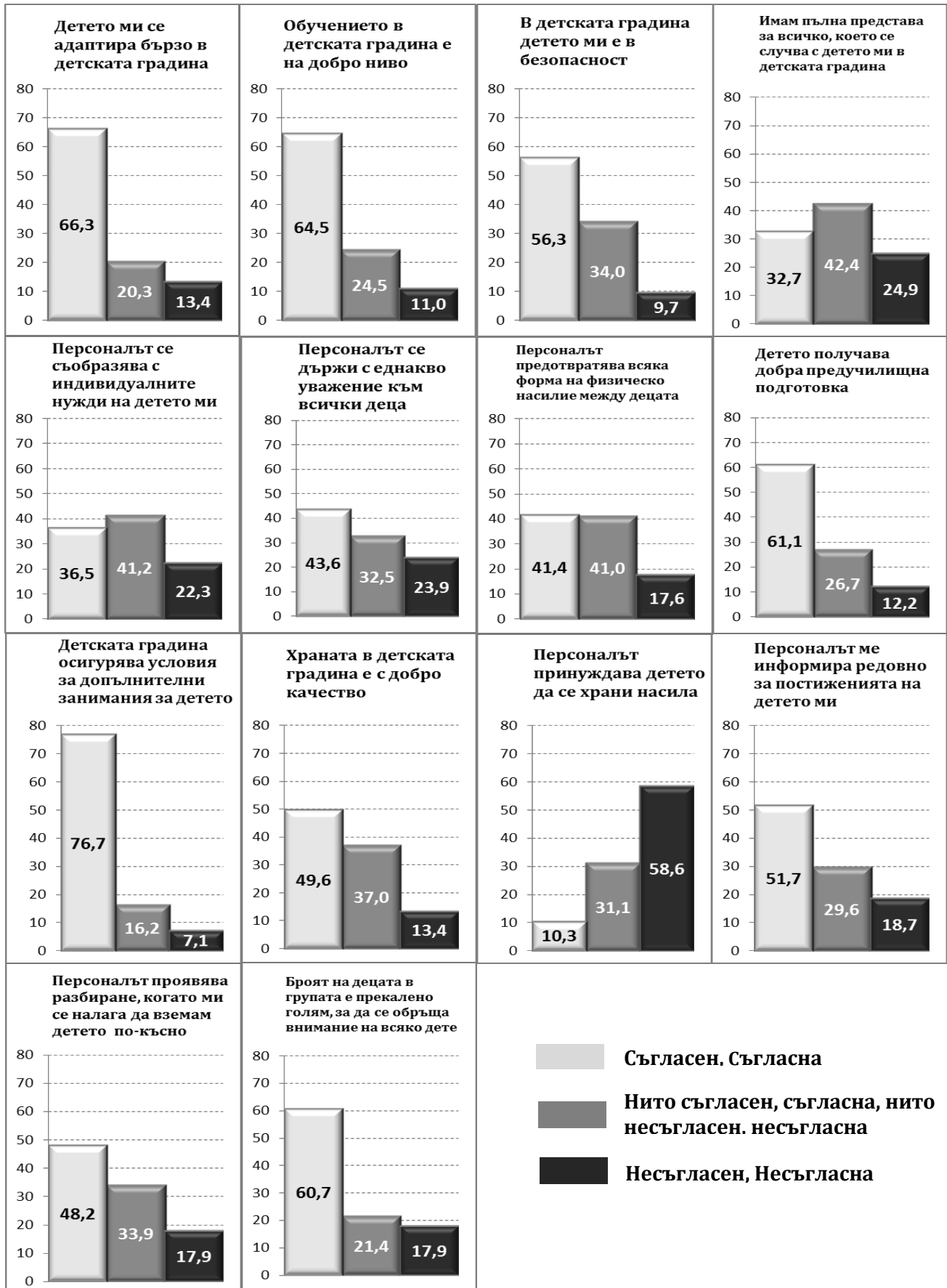
Какви проблеми срещнахте при записване на Вашето дете в детска градина?	Брой	Относителен дял (в %)
Липса на достатъчно места	48	47.1
Дълго чакане	11	10.8
Неудобна локация	10	9.8
Липса на връзки	6	5.9
Здравословни проблеми на детето	6	5.9
Искане на спонсорство	5	4.9
Записани в частни детски градини; родителски кооператив	4	3.9
Липса на информация	3	2.9
Смяна на настоящ адрес	3	2.9
Бюрократични проблеми	2	2.0
Срив в системата за записване	1	1.0
Задължителна ваксинация	1	1.0
Непосочили	2	2.0
Общо	102	100.0

Близко половината от заявките проблем посочват липсата на достатъчно места в детските градини като най-съществена пречка за това детето им да посещава детска градина. Трудности произлизат за родителите и от дългото чакане за постъпване на детето в детско заведение – за близо 11 % от респондентите. Това води до принудително записване на детето в частна детска градина и търсене на други алтернативни форми за част от родителите. За почти 10% от запитаните приемът на детето в отдалечена детска градина също е съществена пречка. Наличието на „връзки“ се приема като необходима опция за близо 6% от отговорилите родители. Неспазване на правилата за прием на деца с хронични увреждания е трудност също за 6% от запитаните. Искането за спонсорство и финансова подкрепа на детското заведение е проблем за 5% от анкетираните родители. Други трудности, които посочват родителите са от бюрократично естество, както и липсата на навременна и адекватна информация.

#### 2.4.3.4.2 Качество на грижите в детската градина

В анкетата са зададени въпроси относно различни характеристики на качеството на грижата в детската градина. Родителите изразяват своето отношение в тристепенна скала.

Фиг. 31. Доколко сте съгласен с всяко от следните твърдения относно грижите за децата в детските градини? (в %)





Според по-голяма част от родителите (66%), децата се адаптират бързо в детската градина. Отношението на родителите към различните характеристики на грижата в детската градина е по-скоро позитивно, но не са малко и родителите, оценяващи негативно други характеристики на грижата в детската градина. Следните характеристики на качеството на грижата получават одобрението на повече от половината от анкетираните родители:

- ✓ Допълнителни занимания – за 77% от запитаните детската градина е място, където децата имат условия за допълнителни занимания;
- ✓ Обучение и предучилищна подготовка - повече от половината смятат, че детето получава обучение на добро ниво (65%), както и добра предучилищна подготовка (61%);
- ✓ Насилие по отношение на храненето – 59% от родителите твърдят, че няма насилие по отношение на храненето на детето им;
- ✓ Безопасност – 56% от родителите са спокойни за сигурността на децата си;
- ✓ Информираност за постиженията на децата – 52% от родителите се чувстват информирани;
- ✓ Добро качество на храната – 50% от родителите я одобряват.
- ✓ Характеристиките на детската грижа, към които родителите са критични и се ползват с по-малко одобрение от тяхна страна – по-малко от половината от анкетираните са съгласни с твърденията – са следните:
  - ✓ Проявяване на разбиране от персонала когато се налага детето да се вземе по-късно – 48% са съгласни, че това се случва;
  - ✓ Персоналът се държи с еднакво уважение към всички деца – 44% от родителите са съгласни, че учителите не делят децата според (техни) критерии;
  - ✓ Персоналът успява да предотврати всяка форма на насилие между децата – 41% от родителите са съгласни, че персоналът може да се справи;
  - ✓ Персоналът се съобразява с индивидуалните нужди на детето – 37% от родителите са съгласни че има индивидуален подход към детето им;
  - ✓ Пълна представа за това какво се случва с детето в детската градина – 33% от родителите са съгласни, че имат такава;
  - ✓ Броят на децата в групата е прекалено голям, за да се обръща внимание на всяко дете – само 18% от родителите не подкрепят това твърдение, а 61% изразяват съгласие.

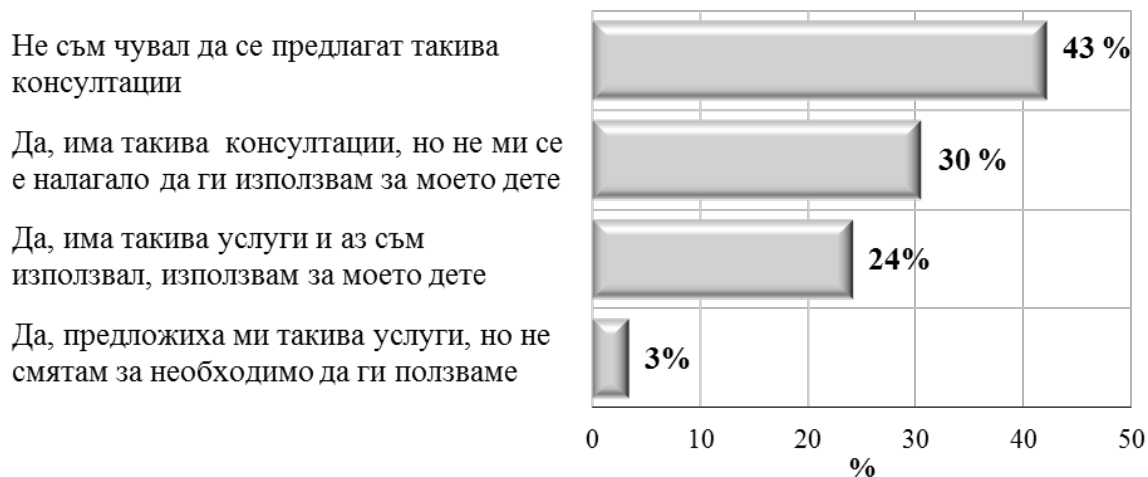
Обучението в детската градина е на добро ниво според по-голяма част от хората с висше образование (66%), а най-несъгласни с това твърдение са тези със средно образование (25%). Хората с висше образование са по-съгласни са с твърдението „Детската градина осигурява условия за допълнителни занимания за детето” – 78% от лицата с висше образование в сравнение с групата на хората със средно образование, където съгласни с твърдението са 70%, а съответно несъгласните с това твърдение в двете групи са 6% и 11%. Родителите с висше образование са по-съгласни и с твърдението „Персоналът предотвратява всяка форма на физическо насилие между децата” – 43%, а несъгласни с него са най-вече хората със средно образование – 36%.

Анализът показва значими разлики според образователния статус на респондентите по отношение на броя на децата в групите като пречка да се обръща достатъчно внимание на децата. Съгласни, че това е пречка, са 64% от запитаните с висше образование и 46% от тези със средно, докато несъгласни са 16% от висшистите и 28% от лицата със средно образование.

По отношение на сигурността на детето в детската градина според семейния статус на родителите, няма разлика в разпределението при семейните и съжителстващите без брак. Според над 50% от тях детето им е в безопасност в детската градина. Най-голям относителен дял несъгласни с такова твърдение има при несемейните, без партньор, които отглеждат децата си сами. Тази зависимост би могла да се обясни с това, че грижейки се сами за детето/децата си тези родители поемат цялата отговорност и липсата на споделяне на грижите и до някаква степен на доверие в грижата на другите за собственото им дете ги прави по-несигурни и по-страхливи по отношение на безопасността на детето им в детската градина.

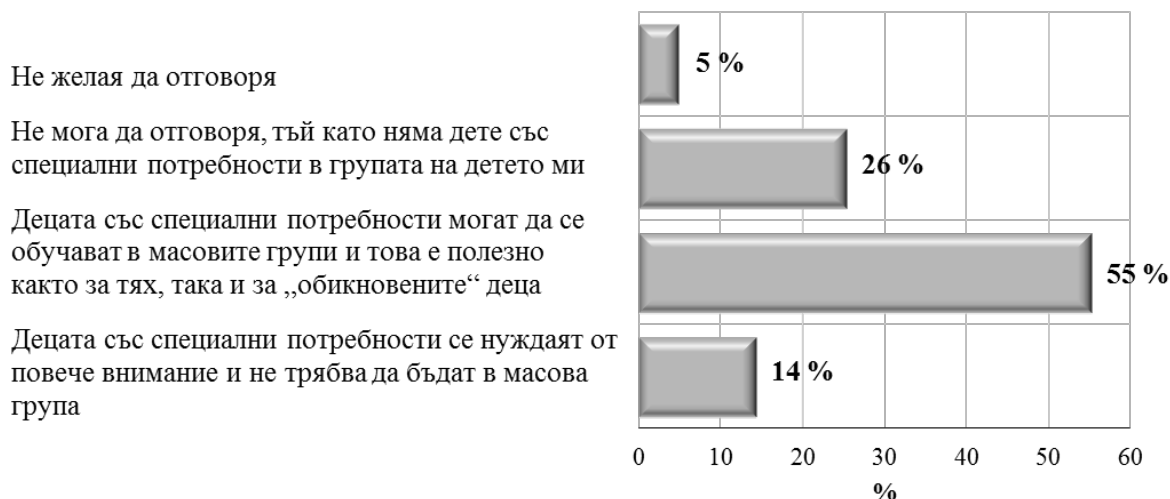
Детската градина е безопасно място за децата им и според 57% от висшистите в сравнение с 51% от хората със средно образование. Несъгласните с това твърдение са 21% от анкетираните лица със средно образование и само сред 8% от тези с висше образование.

**Фиг. 32. „В детската градина или детската ясла предлагали ли са Ви консултации с психолог, логопед или друг специалист?“ (%)**



По-голяма част от родителите – 42% не са чували, че в детските градини при необходимост биха могли да получат консултации с различни специалисти, а 30% са чували, но не им се е налагало да ползват подобна услуга. 3% от отговорилите са отказали да ползват предложена им такава услуга, а 24% са се възползвали от работа на специалисти с техните деца. От тях 77% или 83 родители са ползвали услугите на логопед, а останалите 23% или 25 родители са се възползвали от възможността за консултация с психолог. Предлаганите услуги са предимно в столицата и големите градове и съответно са ползвани от по-голям дял от анкетираните – 26% и 24%, докато в малките градове и селата съответно са 22% и 6%. Не са чували за подобни услуги 36% от живеещите в столицата и почти 80% от тези в селата.

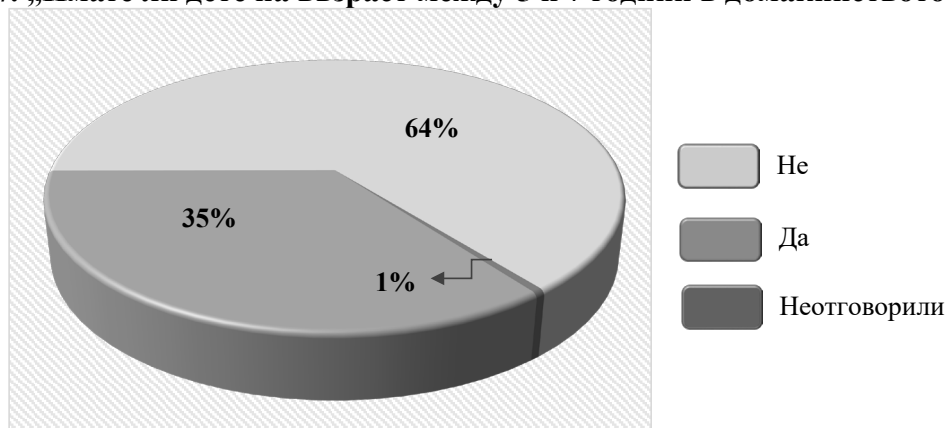
**Фиг. 33. „Ако в групата на Вашето дете има дете, деца със специални потребности - аутизъм, хиперактивност и др., кое от следните мнения поддържате?“ (%)**



Повече от половината от родителите демонстрират висока толерантност към децата със СОП и приемат, че обучението на такива деца заедно с останалите би било от полза и за двете групи деца. Не се наблюдава значими разлики в отговорите на анкетираните родители на този въпрос в зависимост от населеното място, където живеят и тяхното образование.

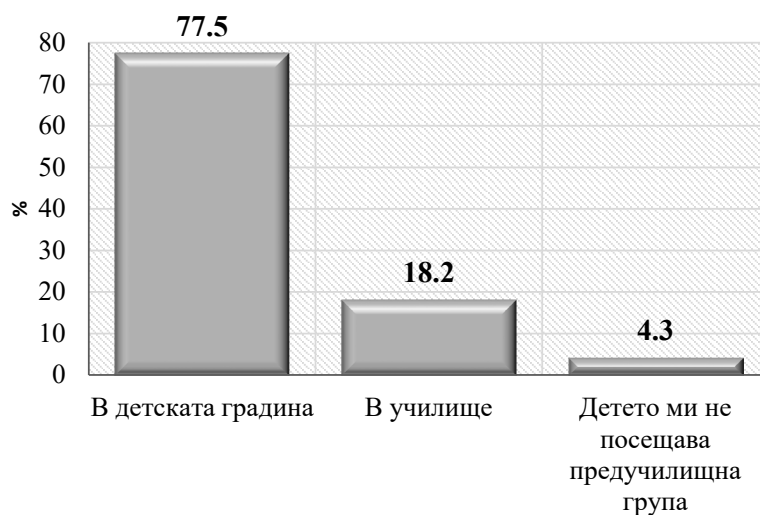
#### 2.4.3.4.3 Предучилищна подготовка

Фиг. 34. „Имате ли дете на възраст между 5 и 7 години в домакинството?“ (%)



В домакинството на 35% от респондентите има дете в предучилищна възраст – от 5 до 7 години. Част от отговорилите положително са и тези, чиито деца са навършили 7 години, т.е. са деца в училищна възраст, но все още някои от тях са в групи за предучилищна подготовка. В някои от семействата има по две деца в конкретния възрастов диапазон.

Фиг. 35. „Къде посещава, посещаваше Вашето дете подготвителна група за предучилищна подготовка?“ (%)



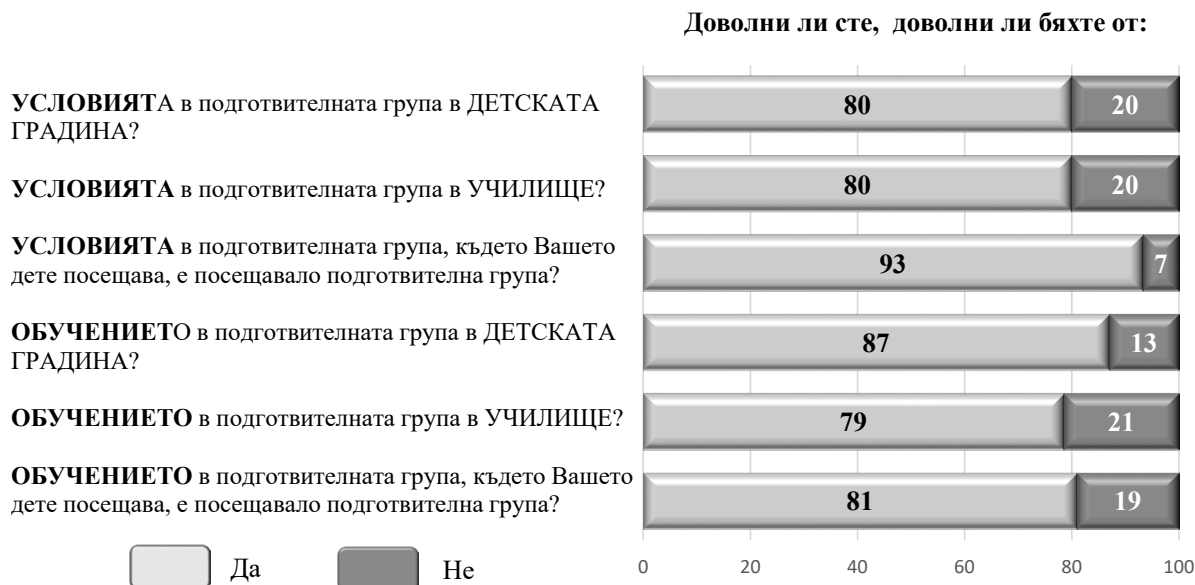
Според дадените отговори 78% от децата са посещавали подготвителна група за предучилищна подготовка в детската градина, 18% в училище и 4% от децата не са посещавали подготвителна група нито в детска градина, нито в училище – 11 случая. Тези деца посещават дневни центрове за деца с увреждания – 2 деца, почасова занималня – 1 дете, частна детска градина – 3 деца, частно училище – 1 дете, други образователни центрове – 3 деца.

Според типа населено място – столица, голям областен град, малък град, село – анализът показва наличието на значими разлики. В малките градове и селата по-голяма част от децата посещават подготвителни групи в детската градина – поради наличие на свободни места в детските градини или липсата на избор – съответно 93% от децата в малките градове и 86% от децата в селата. Докато в столицата и големите градове този относителен дял е по-малък за сметка на повече деца, посещаващи подготвителни групи в училище – съответно 27% в столицата и 13% от децата в големите градове.

Получените отговори на въпроса „Къде посещава/посещаваше Вашето дете подготвителна група за предучилищна подготовка?“ би следвало да са доста повече като се има предвид, че се пита и за децата, които вече са преминали през подготвителни групи. По-голямата част от отговорилите са тези родители, чието дете/деца към момента посещават предучилищни групи. В групата „неотговорили“ се включват и тези, чиито деца са били във възрастовата група от 5 до 7 години, но в период от време преди въвеждането на задължителната предучилищна подготовка за 5-годишните и поради това не би

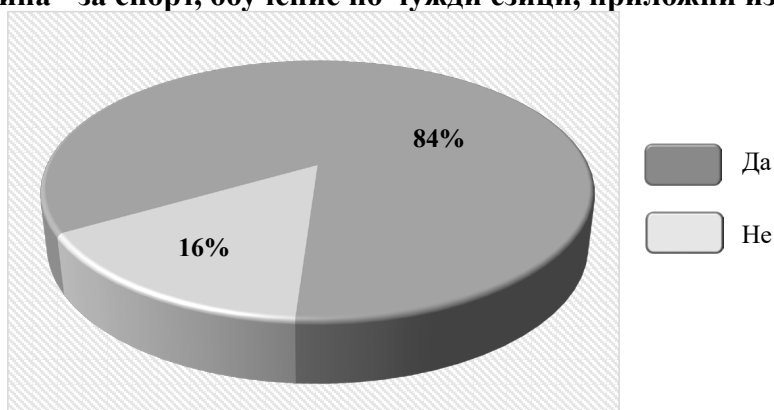
могло да се каже, че са посещавали такива групи. Поради това и отговорилите на въпроса: „Доволни ли сте/доволни ли бяхте от условията в подготвителната група в училище?“ са значително повече отколкото тези, които декларират, че детето им посещава предучилищна група в училище. Тук са включени и мнения на родители, чиито деца са посещавали подготвителни групи в училище в период, когато това е била единствената съществуваща подобна форма, и то с незадължителен характер.

**Фиг. 36. Доколко родителите са доволни от условията и обучението в подготвителните предучилищни групи (в %)**



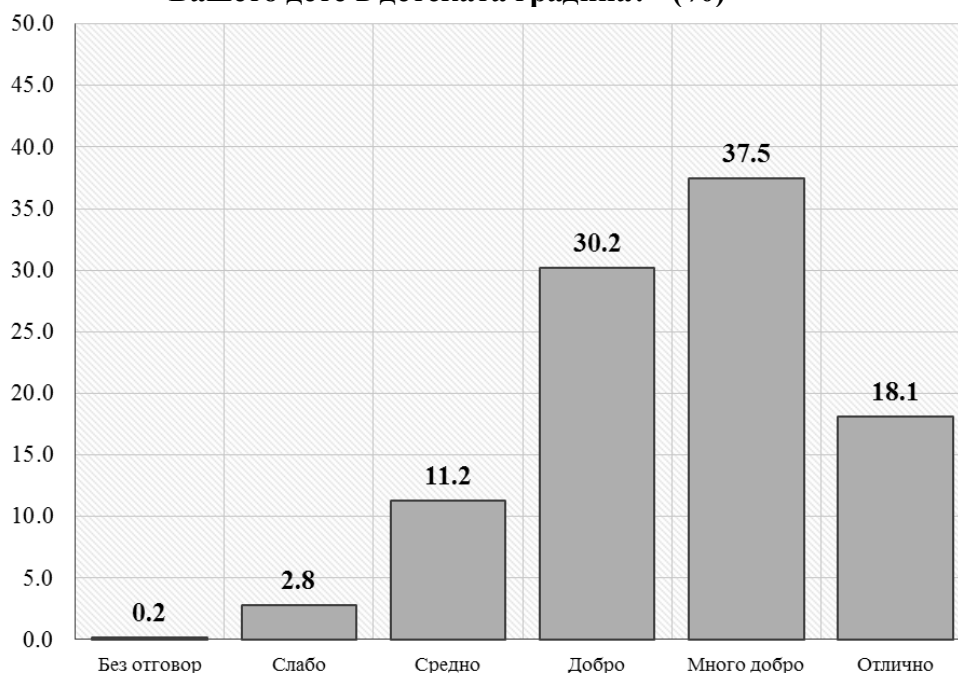
Почти поравно са разпределени положителните мнения на родители по отношение условията в подготвителните групи съответно в училище и в детската градина. Значително по-малко от отговорилите са ползвали друга алтернативна форма на предучилищно обучение, но в процентно изражение те са най-доволни от получената услуга. Преобладават значително и доволните родители от качеството на обучение на децата им в различните типове предучилищни групи. Анализът не показва съществени различия в мненията на родителите в зависимост от тяхното семейно положение, доходи, образование, тип населено място, брой деца и възраст.

**Фиг. 37. „Имате ли странични разходи, свързани с допълнителни занимания на Вашето дете в детската градина - за спорт, обучение по чужди езици, приложни изкуства и др.“ (%)**



На въпроса дали имат разходи, свързани с допълнителни занимания на техните деца, анкетираните родители отговарят категорично, че се налага да извършват такива – 84% и само 16% са тези, които не плащат за допълнителни занимания на децата си. Най-голям относителен дял на тези, които имат допълнителни разходи за занимания на детето в детска градина, са сред живеещите в столицата – 92% от запитаните столичани и съответно 80% от живеещите в големи градове, 75% от жителите на малките градове и само 44% от запитаните, живеещи на село. Повече от респондентите с висше образование декларират, че имат допълнителни разходи – 88% от тях в сравнение с 68% от запитаните със средно образование.

Фиг. 38. „Как оценявате по шестобалната система качеството на предлаганите грижи за Вашето дете в детската градина?“ (%)



Най-често родителите дават много добра и добра оценка за качеството на предлаганите грижи за децата им в детската градина. „Много добра“ оценка дават почти 38% от запитаните, а 30% - оценка „добър“. Най-висока оценка „отличен“ са дали 18% от отговорилите респонденти, а оценка „слаб“ и „среден“ поставят 14% от всички отговорили лица.

Според броя на децата в семейството се наблюдават значими разлики в оценката на качествата на предлаганите грижи за децата в детските градини. Слаба и средна оценка поставят лицата с три и повече деца – почти 70% от слабата оценка и 20% от оценката „среден“. Много добра и отлична оценка поставят средно 40% от хората с едно и две деца, и съответно „отлична“ оценка средно 19% от лицата с едно или две деца.

Лицата с по-високи доходи също са склонни да оценят качеството на предлаганите грижи с по-висока оценка – близо 40% от запитаните лица със средномесечен доход на член от семейството над 800 лв. дават оценка „много добър“ и 25% съответно поставят оценка „отличен“.

По-голям дял от слабите оценки – „слаб“, „среден“ и „добър“ са дадени на услугите, предоставяни за предучилищна подготовка в училище, а оценка „много добър“ и „отличен“ дават по-голяма част от запитаните за качеството на предлаганите грижи за децата в предучилищна възраст в детските градини – съответно 40% и 20%, т.е. повече от половината от получените оценки за услугите в детската градина са високи.

#### 2.4.3.4.4 Предложения към подобряване на условията и към персонала в детската градина

Родителите имат възможност да отбележат в свободни отговори до три препоръки и предложения, насочени към подобряване на условията и към персонала в детската градина. Прави впечатление високата активност на анкетираните родители – над 40% от тях са направили своите коментари. Приблизително една трета – 29% от тях са направили поне една препоръка относно условията в детските заведения. Направените препоръки могат да бъдат представени в следните групи.



Таб. 8. Препоръки на родителите относно условията в детското заведение (%)

Какви са Вашите препоръки относно условията в детското заведение?		Брой	%
Инфраструктура	Битови условия - ремонт на сграда, стаи, санитарни възли, модернизирани;	21	6,8
	Материална база - съвременен интериор, нови мебели, прибори и съдове, нови образователни пособия и играчки, подмяна на легла, матраци;	27	8,8
	Вътрешно пространство - просторни и светли помещения, повече тоалетни, физкултурен салон, салон за тържества и допълнителни занимания;	17	5,5
	Външно пространство - добре оборудвани, подържани детски площадки, спортни площадки, зеленина;	21	6,8
	Консумативи - достатъчно и качествени хигиенни материали, осигуряване на вода и други консумативи;	3	1,0
	Безопасност - стълбища, огради, меки настилки, достъпна среда, опасни съоръжения;	8	2,6
	Саниране - парна инсталация, топло- и шумоизолация на сградата, топли връзки;	4	1,3
Финансов контрол	Допълнителни плащания от родители, достъпни допълнителни дейности, недопускане на монополи;	15	4,9
Повече места	Достъпност на услугата, достатъчно места, повече детски градини;	6	2,0
По-малки групи	По-малък брой деца в група;	83	27,0
Хигиена	Тоалетни, помещения, без агресивни почистващи препарати;	9	2,9
Отопление	Много топло, непроветрявано, нужда от климатици;	7	2,3
Сигурност	Видеонаблюдение, охрана, заключване;	8	2,6
Работно време	Удължено работно време;	3	1,0
Медицински контрол	Предотвратяване на зарази, строг ежедневен контрол, фалшиви бележки, проветряване на помещенията;	28	9,1
Хранене	Разнообразна, качествена, здравословна храна;	34	11,1
Доволни от условията	Добра и много добра оценка от наличните условия;	13	4,2
Общо		<b>307</b>	<b>100,0</b>

Най-много препоръки от родителите са направени по отношение на големия брой на децата в група – близо 27% от направените препоръки са за намаляването му. Родителите са убедени, че чрез по-малкия брой деца ще се постига по-високо качество на грижата за децата. На второ и трето място по значение за родителите са медицинският контрол и храненето – 9 и 11%. Родителите препоръчват по-строг, а не формален контрол върху недопускането на болни деца в

градините. В периоди на грип, шарки и други заразни болести да не се провеждат мероприятия, на които се събират всички групи. Част от запитаните държат да се контролира проветряването на помещенията, „защото децата умишлено биват простудявани след ставане от следобеден сън” и при възможност да се провеждат закалителни процедури на открито. По отношение на храненето родителите очакват да се повиши качеството на храната и цялостното отношение към нея, да има избор, по-разнообразно и здравословно меню. За някои е важно да се дава пълния грамаж, т.е. количеството на даваната храна, да не се прехвърлят остатъците от дете на дете в чиниите, както и да не се позволява внасянето на прекалено много захарни изделия за почерпка на децата по повод най-различни празници.

За голяма част от родителите е важно осъвременяването на материалната база и битовите условия – 9%. От голямо значение са и вътрешните и външни пространства. Родителите искат да се спазват стандартите за пространствата, да има отделни добре оборудвани салони за спортни занимания, тържества, други занимания, както и да има достатъчно място и условия за игра. Немалка част смятат, че откритите пространства – дворове, площадки, по-безопасни и естетично оформени пространства за игра в дворовете на детските заведения, са от не по-малка важност за качествата на услугите в детската градина. По отношение на сигурността на децата има родители, които смятат за необходимо поставянето на видеонаблюдение в детските градини. Част от запитаните пък искат да се спрат извънредните плащания от страна на родителите за текущи ремонти, обновяване на материалната база и закупуване на консумативи (5%).

Таб. 9. Препоръки на родителите относно грижите на персонала в детската градина за децата (%)

Какви са Вашите препоръки относно: Грижите на персонала за децата?		Брой	%
Персонал	Повече персонал - педагози и помощен персонал, млади учители, логопеди, психолози, ресурсни учители;	44	13,6
	Допълнителни обучения и квалификации на персонала, мотивация;	10	3,2
	По-добро заплащане за персонала;	3	0,9
Препоръки към персонала и грижите за деца	Обратна връзка - комуникация с родители, достъп до помещения, активно участие и информираност на родителите;	36	11,1
	Индивидуален подход, гъвкавост, по-ангажирано отношение към личността на детето;	51	15,8
	Повече игри навън, спортни занимания, занимания извън детската градина;	39	12,1
	Контрол върху насилието между децата;	10	3,1
	Без форми на вербално и физическо насилие към деца;	21	6,5
	Внимание и уважение към всяко дете;	12	3,7
	Нови успешни практики в грижите за децата, възпитание чрез игри;	35	10,8
	Добро отношение, толерантност и разбиране към всяко дете;	22	6,8
	Умения за общуване, повече разговори, приказки;	17	5,3
	Без телевизор и филмчета в детската градина;	8	2,5
	Повече свобода за децата - ходене на тоалетна, пиене на вода, следобеден сън, хранене;	13	4,0
	Леличките да не изземват ролята на учители;	2	0,6
Общо		<b>323</b>	<b>100,0</b>

Около 25% от анкетираните са посочили поне една препоръка по отношение на грижите на персонала за децата в детските градини. Най-много препоръки от родителите са направени по отношение на прилагането на индивидуален подход и проява на по-ангажирано отношение към личността на детето и по отношение на недостига на персонал в детските градини (16%). За много от отговорилите (14%) е важно да има повече педагози, млади учители както и помощен персонал, различни специалисти за работа с деца – логопеди, психолози, ресурсни учители за работа с деца със СОП, да има поне двама щатни детски или клинични психолози, с терапевтична квалификация и т.н. Големият брой деца в групите и малкият брой персонал са основна бариера за провеждането на индивидуален подход към детето, проява на гъвкавост и по-ангажирано отношение към нуждите и интересите на детето. Според родителите учителите трябва да променят социалната среда чрез адекватно отношение на

персонала. Персоналът според родителите е важно да бъде високо квалифициран и адекватен, както е и необходимо да се осигуряват допълнителни обучения за персонала - обучение за комуникация, разрешаване на конфликти между децата и др.

Голяма част от направените предложения се отнасят към организацията на времето в детските градини, качеството на грижите от страна на персонала към децата, както и начини за тяхното подобряване. Голяма част от родителите държат на ежедневното извеждане на децата навън, на по-голямата двигателна активност на децата, на повече занимания, свързани със спорт и танци, повече свободно време за игри. Дадени са предложения за организирането на разходки извън детската градина – посещения на музеи, концерти, зоокът или други места и събития, подходящи за тяхната възраст.

Най-разнородни и най-много са препоръките към работата на персонала и отношението им към децата. За родителите от особена важност е комуникацията с учителите и получаването на обратна връзка не само по отношение на физиологичните нужди на детето, а и за неговото развитие, постижения, проблеми (11%). Родителите имат желание за по-активното участие и включване в живота на детската градина. Към учителите очакванията са големи. Те трябва да бъдат търпеливи, внимателни, толерантни, да уважават децата, да насърчават послушните деца, вместо да бъдат игнорирани, тъй като те не създават достатъчно проблеми, за да бъдат забелязани, да не наказват с думи и действия, да общуват повече с децата, да им осигуряват повече занимания – „не само пазене на тишина и стоене мирно на столчетата“, „да не насилват дете, което не иска да спи следобед“, „да осигуряват на децата повече игри, песни, рисуване, разказване на приказки“, да ограничават вербалната и физическа агресия между децата, да повишават квалификацията си, да въвеждат нови съвременни методики на обучение в практиката за развитие на емоционалната и социална интелигентност на децата и много други. С други думи, препоръките са в посока да се промени изцяло начина на мислене към приемане на детето като личност, а не като обект, т.е. грижата да бъде центрирана върху детето, а не върху прекаленото документиране или вътрешният ред.

#### 2.4.3.4.5 Изводи

- ✓ Всеки пети родител твърди, че е имал проблем със записването на детето в детска градина. Най-често с този проблем се сблъскват родителите, живеещи в столицата и селата.
- ✓ Като цяло преобладава позитивното отношение на родителите към детската градина, като най-много родители (38%) дават оценка „много добър“. Родителите изразяват най-вече задоволство от обучението в детската градина – три четвърти от тях са доволни, че детската градина предоставя възможности за допълнителни обучения; две трети са доволни от обучението и предучилищната подготовка в детското заведение; половината от родителите са доволни, че получават обратна връзка от учителите за постиженията на техните деца. Допълнително, на специалния въпрос за удовлетвореността им от предучилищното обучение в детската градина или училище, 85% от родителите изразяват задоволство.
- ✓ Повече от половината от родителите определят детската градина като място, където децата им са в безопасност; половината от родителите са доволни от качеството на храната и повече от половината от тях смятат, че персоналът не упражнява насилие спрямо храненето на децата.
- ✓ Най-големият проблем родителите виждат във високия брой деца в групите и невъзможността да се работи с детето индивидуално – над две трети от родителите изцяло споделят това мнение.
- ✓ Други дефицити на детската градина родителите виждат в липсата на пълна представа какво се случва с детето им (две трети или нямат представа или отговорят неутрално). Сред другите проблеми са несправянето на персонала с насилието между децата, нееднаквото отношение на персонала към децата и неразбиране от страна на персонала при по-късно вземане на детето (повече от половината от родителите подкрепят тези мнения). Прави впечатление, че няма различия в критичните оценки, споделени от родители с различно образование.

- ✓ Повече от половината от родителите демонстрират висока толерантност към децата със СОП и приемат, че обучението на такива деца заедно с останалите би било от полза и за двете групи деца.
- ✓ Почти всички родители (над 85%) имат допълнителни разходи за обучение на децата – чужди езици, спорт, изкуства и пр.
- ✓ Наблюдава се силно изразена ангажираност на родителите към условията и качеството на грижата в детската градина – почти всеки втори родител дава препоръки. Най-често споделяните предложения са за по-малък брой деца в групите, индивидуален подход, гъвкавост и по-ангажирано отношение към личността на детето. Тук се отнася и препоръката за повече персонал – педагози и помощен персонал, млади учители, логопеди, психолози, ресурсни учители. Сред предложенията с висок родителски вот са и обратна връзка и комуникация с родителите, достъп до помещения, информираност и активно участие на родителите; повече игри навън, спортни и други занимания извън детската градина; разнообразна, качествена и здравословна храна.

#### 2.4.3.5 Нагласи към социалните политики и социалните услуги

В този раздел се коментират нагласите на родителите към основни мерки на социалната политика като отпуска по майчинство и родителския отпуск, детските надбавки и отпуска за гледане на болно дете, както и нагласите към споделяното родителство и бащинството. Във втората част се анализират нагласите на онези родители, чиито деца ползват или са ползвали социални услуги относно достъпа, условията и качеството на услугите. В свободни отговори родителите дават предложения и насоки за подобряване на социалните услуги за деца.

##### 2.4.3.5.1 Нагласи към родителския отпуск

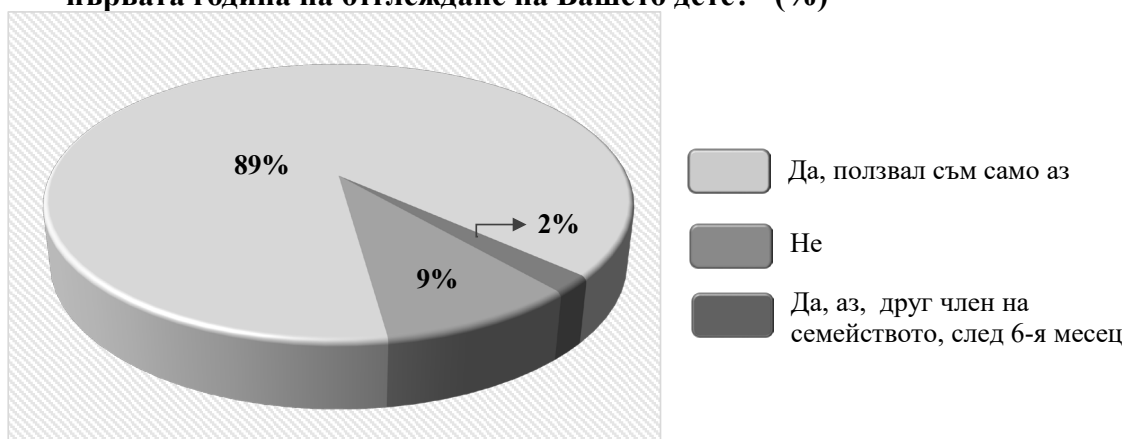
Осигуряването на родителски отпуск (или по-точно отпуск за раждане и отглеждане на дете), както и неговите параметри от гледна точка на продължителност, заплащане, гъвкавост (опции за поемане от други членове на семейството), условия за ползване и др., са обект на социалната политика по различни причини: икономически – завръщане на майките на пазара на труда след майчинство и преодоляване на рисковете от деквалификация; социални – развитие и обезпеченост с услуги за малки деца (ясли и други формати на грижа във възрастта 0-3 години), възможности за съчетаване на работа и гледане на дете – почасова работа, гъвкав работен режим и др.; политики за равнопоставеност между жените и мъжете; и други.

Доколко е важен този въпрос от гледна точка на политиките за ранно детско развитие? В Целите от Барселона<sup>136</sup> е заложена посещаемост до 33% за деца до тригодишна възраст. В България обаче записваемостта на децата в детски ясли в периода 2010-2016 г. е в рамките на (според различни източници) 7-16%. Трябва да се отчита факта, че продължителният платен отпуск по майчинство/родителски отпуск на практика стимулира нагласи на родителите към отглеждане на децата в домашна обстановка и намалява предпочитанията за институционалното им отглеждане. В съчетание с практиките на недостиг на места в яслите в големите градове и липса на други институционални форми за отглеждане на децата във възрастта 0-2 години, продължителният платен родителски отпуск се превръща в необходимост за много родители.

В тази секция са представени нагласите на анкетираните родители за родителския отпуск.

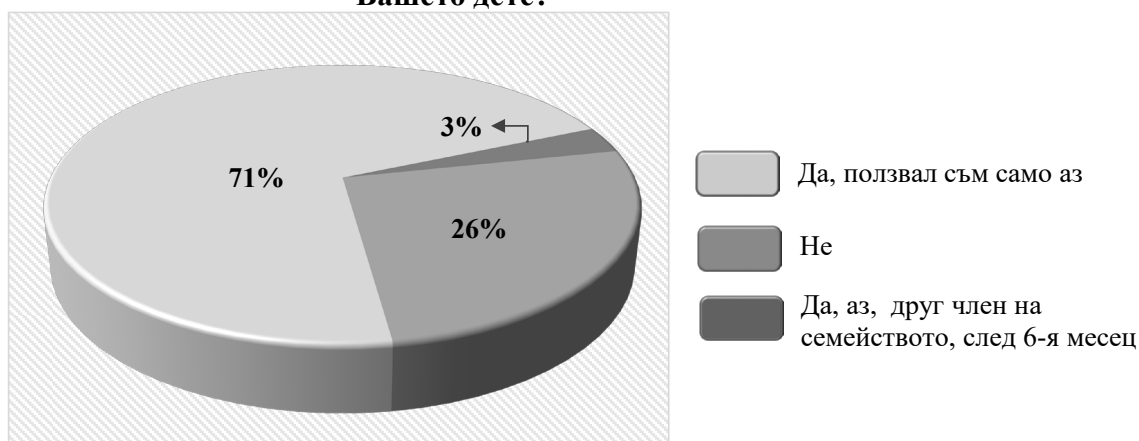


Фиг. 39. „Ползвате ли, ползвали ли сте платен отпуск по майчинство, родителски отпуск през първата година на отглеждане на Вашето дете?“ (%)



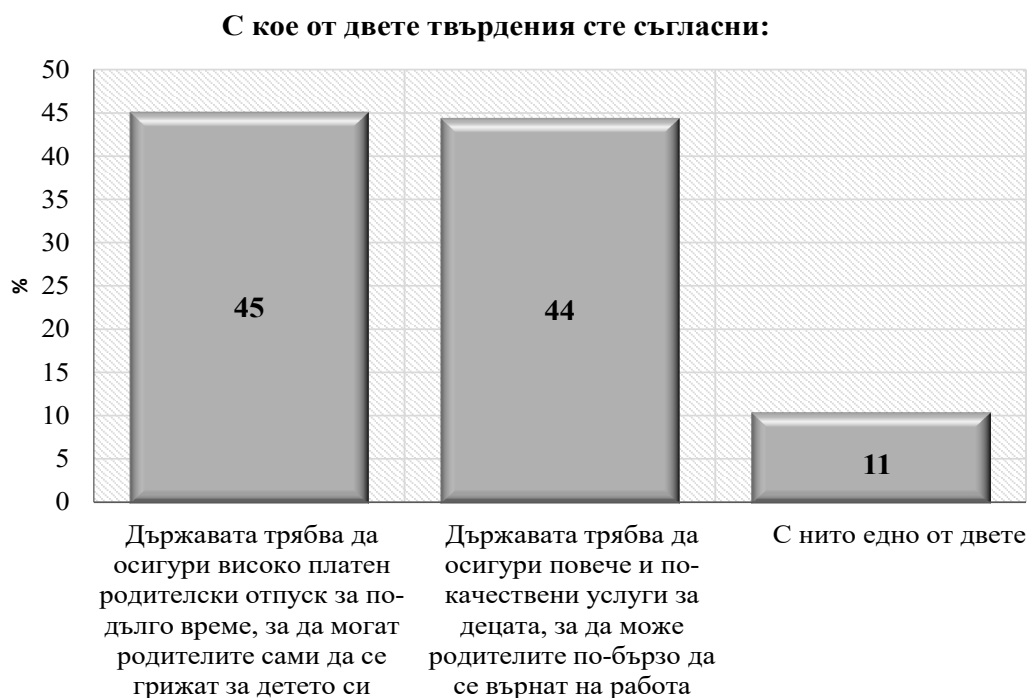
В социалното законодателство в България е приет един от най-продължителните отпуска по майчинство и родителство в ЕС – 410 дни, платени върху 90% от осигурителния доход. Тези отпуска се използват от почти всички, които имат това право, както показват и данните от анкетата. 91% от анкетираните са ползвали отпуска през първата година, а 9% не са ползвали този отпуск най-вероятно поради липса на трудов доход (безработни, икономически неактивни, учащи и пр.). Почти всички респонденти, ползвали родителския отпуск през първата година, са майки. Едва при 2% от анкетираните родителският отпуск след 6-я месец, както е регулирано в Кодекса на труда, е ползван от друг член на семейството. Това са 15 случая – 10 от които са бащи, участвали в анкетата. Една трета (30% или 208 жени) към момента на изследването са били в отпуск по майчинство.

Фиг. 40. „Ползвате ли, ползвали ли сте платен родителски отпуск през втората година на Вашето дете?“



Ползването на платения родителски отпуск за втората година също е широко разпространена практика – 74% от анкетираните лица са ползвали такъв, въпреки че се наблюдава по-малък брой/процент ползватели в сравнение с първата година. Почти всички, които са били в платен отпуск през втората година, са жени. Едва 4% или при 23 случая родителският отпуск е бил осъществен от друг член на семейството. Тези случаи включват и 8 бащи. Нямаме информация поради какви причини останалите 26% от анкетираните лица не са ползвали родителски отпуск през втората година. Една от възможните причини би могла да бъде връщане на високоплатена работа при жените, но статистическият анализ не показва връзка между по-високият доход – над 1200 лв. на член от семейството и ползването на отпуска през втората година.

Фиг. 41. Приоритети на семейната политика в България (%)



В изследването бе тестирана нагласата на родителите към родителския отпуск в контекста на приоритетите на социалната политика: първият приоритет – гледане на детето от майката/семејството при осигуряване на високо платен родителски отпуск за по-дълго време; вторият приоритет – по-бързо връщане на работа на майката/родителя и осигуряване на качествени услуги за малките деца. На анкетираните бе предложена и трета опция – нито един от двата приоритета, както и четвърти отговор – друго. Мненията на родителите са поляризирани между първите два приоритета: 45% избират по-дългия и високо платен родителски отпуск, а 44% – връщането на работа, съчетано с качествени грижи, организирани извън семејството. За нито един от двата приоритета са 11% от изследваните лица. В отговорите „друго“ родителите посочват най-често, че решението трябва да бъде въпрос на избор (на практика този избор съществува и към момента).

Очевидно не може да се търси универсално решение, което да отговаря на потребностите на родители с различни квалификации, икономически средства, нагласи към родителстване и пр. Поляризираното мнение на родителите отговаря на микса от приоритети, залегнали в социалната политика към настоящия момент – от една страна, приоритизиране на дългото платено майчинство, а от друга страна, липса на реални възможности за част от работещите родители и особено за високообразованите и висококвалифицираните родители, да получат качествена грижа за децата си във възрастта 1-3 г.<sup>137</sup> Данните от анкетата потвърждават, че изборът на родителите зависи в известна степен от образованието им – жените с висше образование в по-голяма степен се придържат към опцията за връщане на работа и повече качествени услуги за децата, като 46% от тях са предпочели втория приоритет, докато жените със средно образование подкрепят по-дългия и платен родителски отпуск – 55% от тях предпочитат този приоритет. Доходът също модифицира мненията на родителите по отношение на приоритетите в социалната политика. 52% от родителите с доход до 400 лв. дават предпочитание на по-дългия платен отпуск срещу 40% от родителите с доход над 1200 лв., които предпочитат първия приоритет. И обратното, 49% от родителите с доход на 1200 лв. подкрепят връщането на работа и качествените детски грижи срещу 36% от родителите с доход до 400 лв.

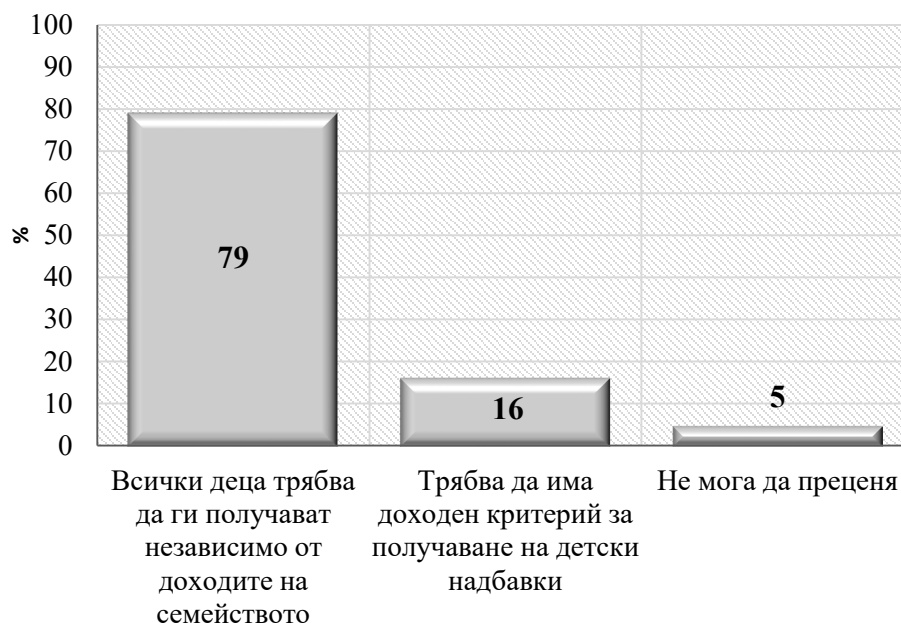
#### 2.4.3.5.2 Нагласи към детските надбавки

Семејните помощи за деца, или т.нар. „детски надбавки“ са основен инструмент в социалната политика, насочена към семейства с деца, като голяма част от семејните помощи са обвързани с доходен праг. Детските надбавки са най-голямото перо в разходите за социално подпомагане на

137 По-подробен анализ може да бъде намерен в: Коцева, Т., Е.Димитрова (2014) Визии за демографския проблем в България след 1990 г. Пронатализъм и социална политика. С:Акад. Изд.Проф.М.Дринов.

семейства с деца, защото въпреки доходния праг, право да ги получават имат около 60% от децата в България.<sup>138</sup> Детските надбавки са също така чувствителна в общественото мнение тема по отношение на справедливостта на тяхното получаване, критерии за което са семейните доходи, правото на всяко дете на помощ от държавата и пр.

**Фиг. 42. Кое от следните твърдения относно детските надбавки е най-близко до Вашето мнение? (%)**



Огромната част от респондентите (79%) защитават позицията, че детските надбавки трябва да се получават от всички деца, независимо от доходите на семейството. Само 16% отстояват мнението за доходния критерий като условие за получаването им, а 5% не могат да преценят. Универсалността на детските надбавки е идея, която масово се споделя и в други изследвания<sup>139</sup>, което показва, че родителите ги възприемат като задължителна помощ към семействата от страна на държавата. От друга страна, изследването показва, че моделът на детски надбавки за всички деца се оспорва от анкетираните в София в сравнение с живеещите извън столицата. 72% от майките, живеещи в София, подкрепят универсалния модел срещу 85% от майките, живеещи в голям град/областен център и 88% от майките, живеещи в малък град. Съответно, 21% от живеещите в София подкрепят доходния критерий срещу 11% от живеещите в голям град и 10% от живеещите в малък град. Майките с висше образование и тези с доходи над 800 лв. също са по-критични към универсалния модел, макар и връзката да не е статистически значима.

#### 2.4.3.5.3 Нагласи към бащинството

В последните десетилетия социалните и семейните политики в страните от ЕС са насочени към активизиране участието на бащите в грижите за децата в семейството чрез предоставяне на родителски отпуск (или част от него) за бащите. В социалното законодателство са въведени т.нар. „бащини квоти“ и възможности за успоредно или заместващо другия родител ползване на платен и неплатен отпуск за отглеждане на дете.<sup>140</sup> От друга страна, практиките за споделеното участие на двамата родители в грижите за детето в конкретния социален контекст се влияят не само от социалните политики, но и от джандър стереотипите и нормите, както в публичното пространство, така и в семейния живот. По данни на представително проучване от 2014 г.<sup>141</sup>, въпреки нарастващата обществена подкрепа към проактивното поведение на бащата във всекидневните грижи за децата в семейството, реалното

138 Данните са за 2016 г. и са изчислени на основа брой детско население (0-18 г.) по данни на НСИ и информация от Отчет на АСП за месечните помощи за отглеждане на дете за 2016, достъпен на: <http://www.asp.government.bg/web/guest/godisen-otcet>

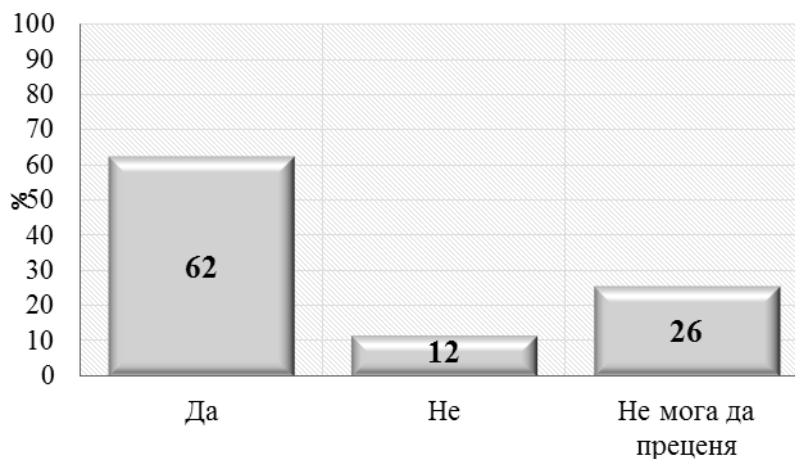
139 Вж. по-горе, бележка 96.

140 Подробна информация за отпуските в различни страни се съдържа в докладите на International Network on Leave Policies and Research, [http://www.leavenetwork.org/lp\\_and\\_r\\_reports](http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports)

141 Национална кампания „Да бъдеш баща“, Нагласи, практики и бариери пред активното включване на мъжете в грижите за децата, 2014, достъпен на: <http://mencare.bg/sociologichesko-prouchvane-naglasi-bashinstvo/>

участие на бащите е далеч по-ниско от това на майките. Налага се изводът, че моделът на споделените отговорности между родителите тепърва предстои да се утвърждава в семейството в България. Това породило интереса в нашето изследване чрез три въпроса да проверим нагласите на анкетираните към по-активното участие на бащите в отглеждането на децата.

**Фиг. 43. В законодателството на някои страни съществува т. нар. „бащина квота” от родителския отпуск. Според Вас, необходима ли е такава мярка за България? (%)**



В изследването е зададен следният въпрос: „В законодателството на някои страни съществува т. нар. „бащина квота” от родителския отпуск, която не може да се прехвърля на майката и се губи, ако не се ползва лично от бащата (без да съвпада с отпуска, на който той има право при раждането на детето). Целта ѝ е да се повиши участието на бащата в грижата и възпитанието на детето. Според Вас, необходима ли е такава мярка за България?“ Две трети от анкетираните (62%) подкрепят подобна мярка, а 12% не са съгласни с въвеждането на „бащина квота“. Прави впечатление високият процент родители (26%), които не могат да оценят значимостта на подобна мярка или се въздържат да изразят ясна позиция. Възможно е зад липсата на мнение да стои нежеланието на анкетираните да изкажат категорично отрицателна позиция, непознаването на същността на подобна мярка или други възможни обяснения, които могат по-подробно да бъдат проучени в друго изследване. Сред коментарите в опцията „друго“ родителите (които са преди всичко майки) отбелязват, че „не трябва да има задължителност, а избор – всеки баща да избира“, „необходимо – не, но полезно – да“. Други обръщат внимание на културния контекст, в който се възприема ролята на бащата: „рано е за такова нещо в България, нямаме такава култура“, „предвид манталитета на българските мъже – малко вероятно“, „дори и да има, не смятам, че всички мъже биха го ползвали“. Изразеният скептицизъм към тази мярка почива на идеята, че проактивната бащинска роля не може да бъде стимулирана „отгоре“, чрез държавни политики, а може да бъде резултат най-вече на променени нагласи на самите родители.

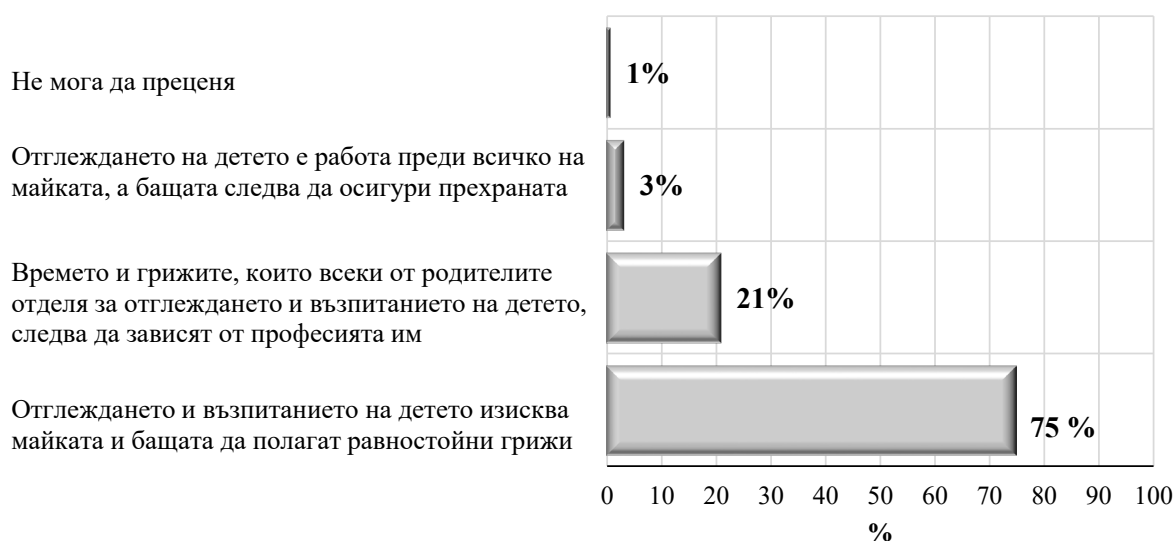
**Фиг. 44. „Според Вас трябва ли да има специални мерки, с които да се насърчава ползването на отпуск по бащинство?“ (%)**



В изследването бе зададен въпросът „Според Вас, трябва ли да има специални мерки, с които да се насърчава ползването на отпуск по бащинство?“. По отношение на необходимостта от специални мерки, насърчаващи бащинството, родителите отбелязват финансовите стимули за отпуск по бащинство, като напр. 100% обезщетение от заплатата през по-голямата част от отпуска. Този отговор е посочен от 42% от изследваните лица; провеждането на информационни кампании е избрано като опция от 20% от респондентите, а разяснителни кампании с цел промяна в нагласите към социално приетите роли на мъжа и жената и популяризиране на ползите от активното бащинство за развитието на детето са посочени от 24%. Традиционното разбиране, че отглеждането и възпитанието на децата е женска работа, е дадено едва от 3% от анкетираните лица; 10% от тях, най-вече живеещи в малък град и село, не могат да преценят и дадат мнение по въпроса за бащинския отпуск.

Какъв модел на разпределение на ролите в семейството предпочитат родителите? Анкетираните отговарят на въпроса: „Кое от следните твърдения относно разпределението на родителските роли в семейството е най-близко до Вашето мнение?“

**Фиг. 45. „Кое от следните твърдения относно разпределението на родителските роли в семейството е най-близко до Вашето мнение?“ (%)**



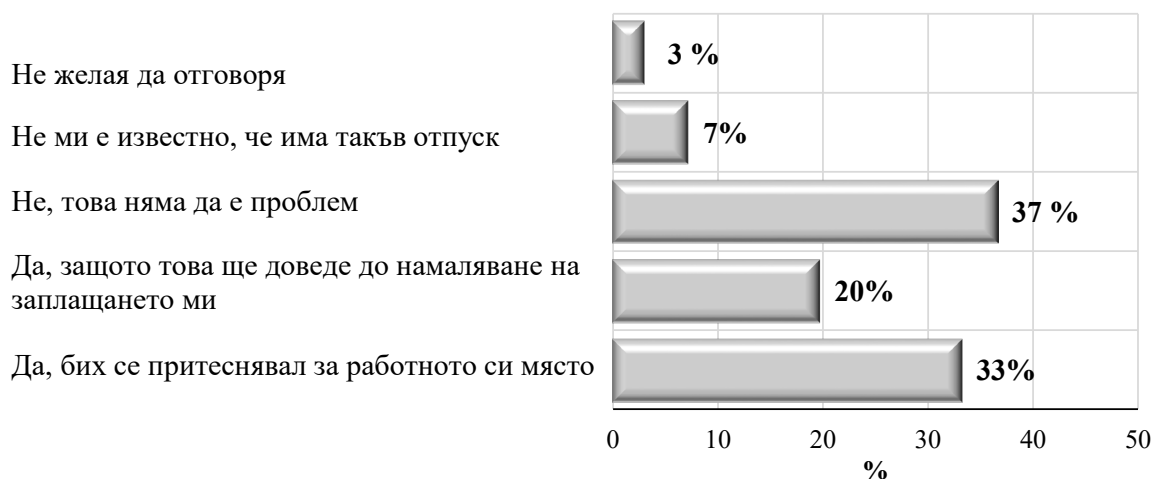


За равностойното участие на двамата родители в грижите за децата се изказват огромната част от респондентите – 75%. По-условният вариант, но запазващ егалитарния модел на споделяне на семейните грижи в зависимост от професионалната натовареност на родителя, се подкрепя от 21% от родителите, а към традиционното разделение на ролите – жената, обгрижваща децата, и бащата, осигуряващ прехраната, се придържат едва 3% от респондентите. Поддръжниците на традиционното разделение на родителските роли са повече сред живеещите в малък град и село – 8% подкрепят модела за „женски“ и „мъжки“ роли в сравнение с подкрепящите го 2% родители, живеещи в столицата.

#### 2.4.3.5.4 Нагласи към отпуски за гледане на болно дете

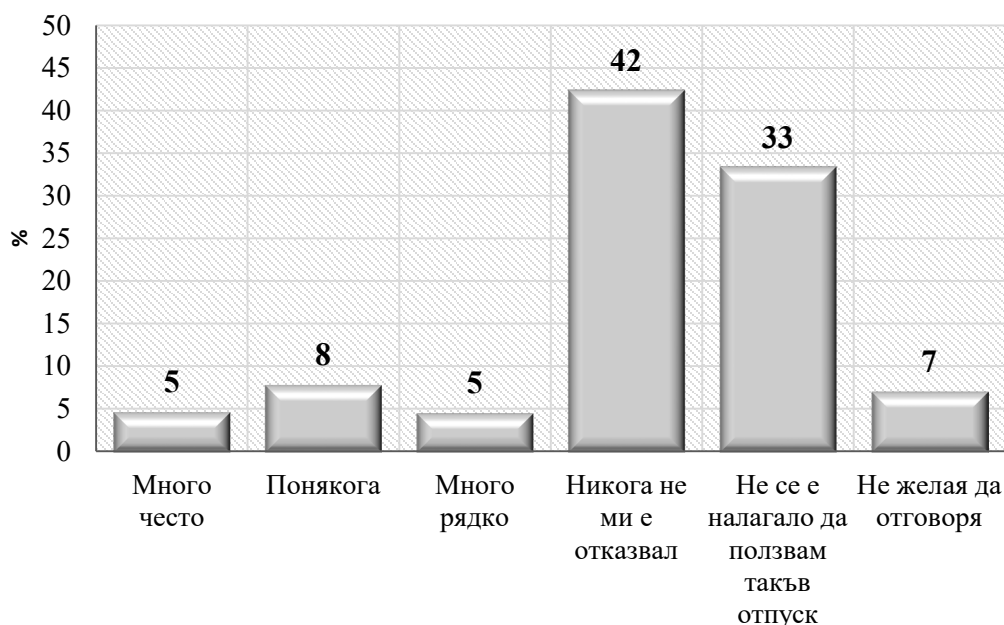
Важен елемент от политиките за ранно детско развитие са наличните възможности и практики за съчетаване на работния режим и условията за работа на родителите с отглеждането на малките деца. Често срещана ситуация е когато детето боледува и се налага родителят да остане с него вкъщи. Българското законодателство разрешава годишен отпуск за гледане на болен член на семейството, в т.ч. дете, в рамките на 40 дни. Как стоят на практика нещата? Какви са нагласите на родителите да ползват болничен отпуск, отчитайки ефекта върху взаимоотношенията с работодателите и колегите?

Фиг. 46. „Ако детето Ви се разболе, имате ли притеснения да вземете полагащия Ви се по закон отпуск за гледане на болно дете?“ (%)



На въпроса „Ако детето Ви се разболе, имате ли притеснения да вземете полагащия Ви се по закон отпуск за гледане на болно дете?“ повече от половината родители (53%) изразяват притеснения. Тези притеснения са или по повод работното им място (33%) или заради евентуално намаляване на заплащането (20%). Към дела на притесняващите се родители се добавят и 7% от тях, които твърдят, че не знаят за такъв отпуск, и 3%, които не желаят да отговорят, с което групата на родителите, оценяващи скептично регламентираната им от закона възможност да ползват болнични, нараства до 63%. Очевидно голяма част от родителите изпитват сериозни затруднения при ползването на болнични за децата с цел избягване на конфликти с работодателя, което на практика ограничава възможностите им да се грижат за болните си деца и води до намаляване престоя на болните деца вкъщи и преждевременното им връщане в детското заведение. Безпроблемното ползване на отпуск за гледане на болно дете е опция за 37% от майките. Допълнителните изчисления показват, че жените, които изпитват най-вече притеснения за ползване на болнични, са тези със средно образование, с доходи до 400 лв. и живеещите в малките градове. Вероятно става дума за работни места, изискващи по-нискоквалифициран труд, които са в дисонанс със семейните ангажименти на младите родители.

Фиг. 47. „Случвало ли се е Вашият работодател да не Ви разреши ползването на полагащия Ви се по закон отпуск за гледане на болно дете?“ (%)



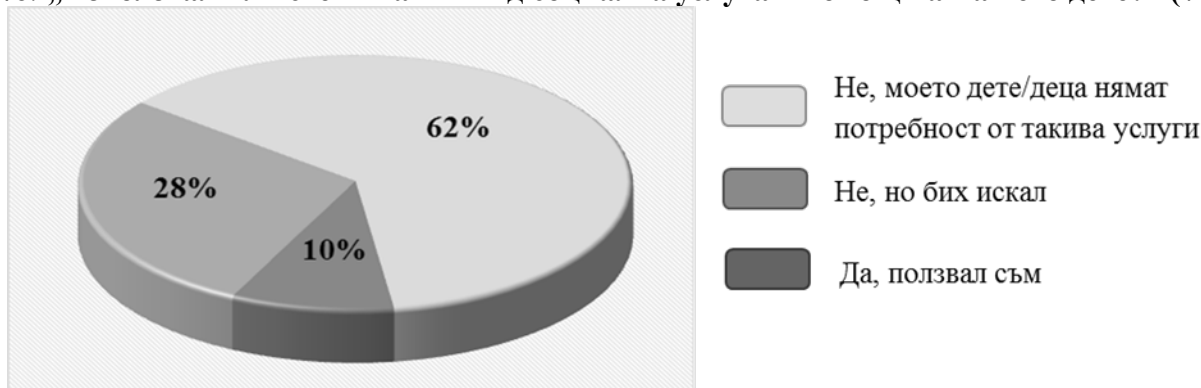
На директния въпрос „Случвало ли се е Вашият работодател да не Ви разреши ползването на полагащия Ви се по закон отпуск за гледане на болно дете?“ респондентите са по-въздържани в негативните си отговори: само 5% и 8% дават отговори „много често“ и „понякога“, а 42% твърдят, че работодателят никога не им е отказвал. Но всяка трета майка (33%) признава, че не ѝ се е налагало да ползва такъв отпуск, като вероятно за една част от тях това е наложен от обстоятелствата избор. 7% от жените не желаят да дадат отговор на посочения въпрос. Отново проличава връзката между образование, населено място и доходи и отговорите на респондентите. Два пъти повече жени с висше образование (46%) дават отговора „никога не ми е отказвал“ в сравнение с жените със средно образование (27%), дали този отговор. Много повече са живеещите в столицата родители (49%), които твърдят, че работодателят никога не им е отказвал отпуск за болно дете в сравнение с родителите, живеещи в голям град (37%), малък град (38%) и село (24%). Работодателите не отказват по-често на работещите родители с доходи над 1200 лв. – 51% дават този отговор, в сравнение с работещите родители с доходи до 400 лв. – 30% дават този отговор. Очевидно, нагласите на родителите за ползването на законните отпуски за гледане на болно дете са в пряка зависимост от работната среда – работните места, свързани с висока квалификация, предполагат по-толерантно отношение от страна на работодателя и на колегите към временното отсъствие на родителя.

Гледната точка на работодателя е много важна за нагласите на родителите към отглеждането на детето – при липса на гъвкави форми на труд и при работни места с по-ниска квалификация, майките се чувстват незащитени от работодателите си и приоритизират работата, а детето остава на заден план и се търсят компромисни варианти в ситуации на болест. Принудата на работата в съчетание с липсата на толерантно отношение от страна на работодателите към семейните задължения на служителите има пряко отношение към взаимодействието на родителите с други институции като детската градина и цялостно към темата за ранната детска грижа.

#### 2.4.3.5.5 Нагласи към социалните услуги - обхват

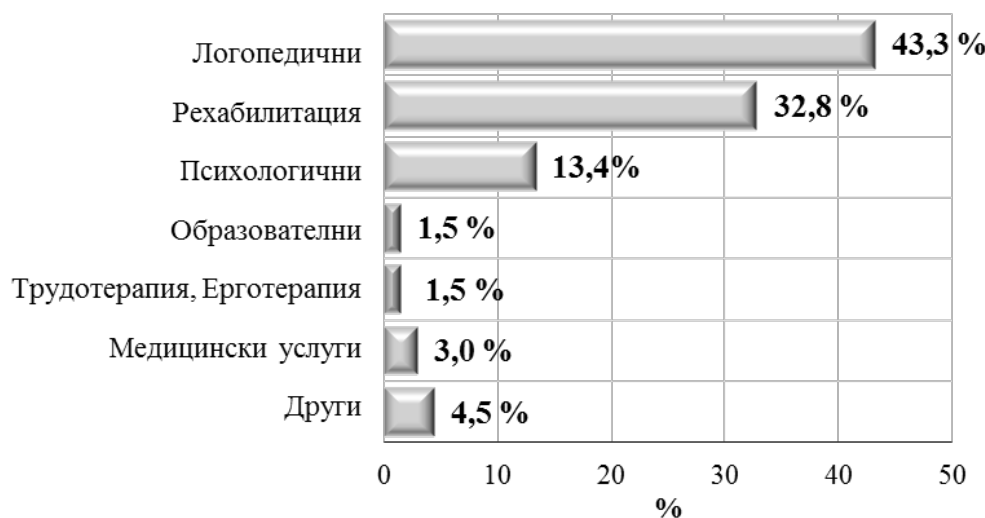
В следващото изложение ще бъдат анализирани нагласите на родителите към социалните услуги – обхват, достъп, качество. Проучват се нагласите само на тези родители, чиито деца са ползвали или ползват социални услуги. Поради малкият брой родители, чиито деца са ползвали социални услуги, не е възможно да се направят надеждни допълнителни анализи на нагласите на тази група родители в зависимост от образование, доходи, населено място, семеен статус и други характеристики.

Фиг. 48. „Използвали ли сте някакъв вид социална услуга в помощ на Вашето дете?“ (%)



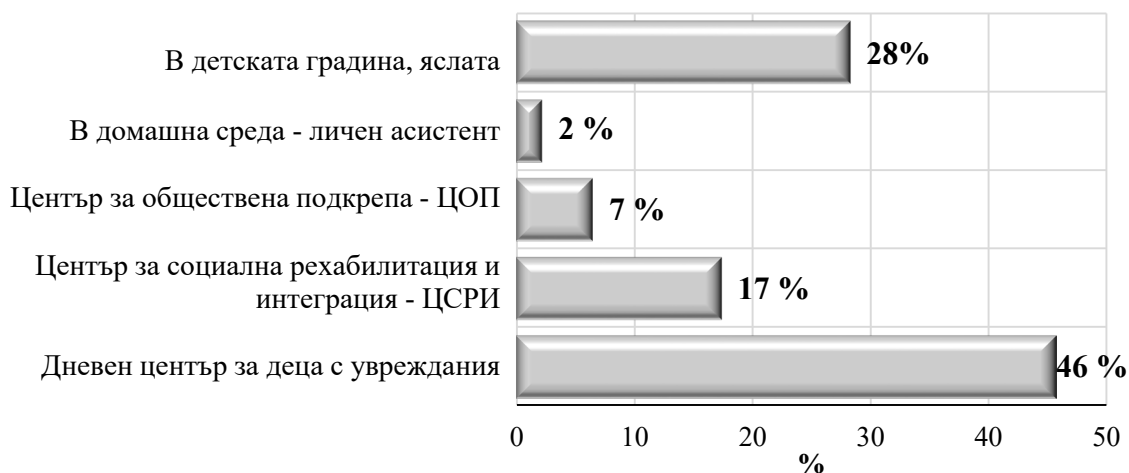
На въпроса „Използвал/а ли сте някакъв вид социална услуга в помощ на Вашето дете?“, 10% от всички анкетирани (71 родители), отговарят, че са ползвали социална услуга. Именно тази група родители отговарят на следващите въпроси за обхвата и качеството на социалните услуги. Друга част от родителите – 28% твърдят, че не са използвали социални услуги, но биха искали, а най-голямата част от родителите – 62% казват, че детето им няма потребност от такива услуги. Две трети (65%) от тези родители, които биха искали да ползват социални услуги, посочват като основна причина за неползването липсата на информация за такава услуга. 15% посочват като причина това, че не знаят към кого да се обърнат за такава услуга.

Фиг. 49. „Какъв вид услуги сте ползвали, ползвате за Вашето дете?“ (%)



Най-често използваните услуги са логопедични (43%), рехабилитация (33%) и психологични (13%), сред останалите са образователни (1.5%), медицински услуги (3%), трудотерапия/ерготерапия (1.5%) и други (4.5%) като кинезитерапия, хипотерапия, личен асистент и др.

Фиг. 50. „Под каква форма е организирана услугата?“ (%)



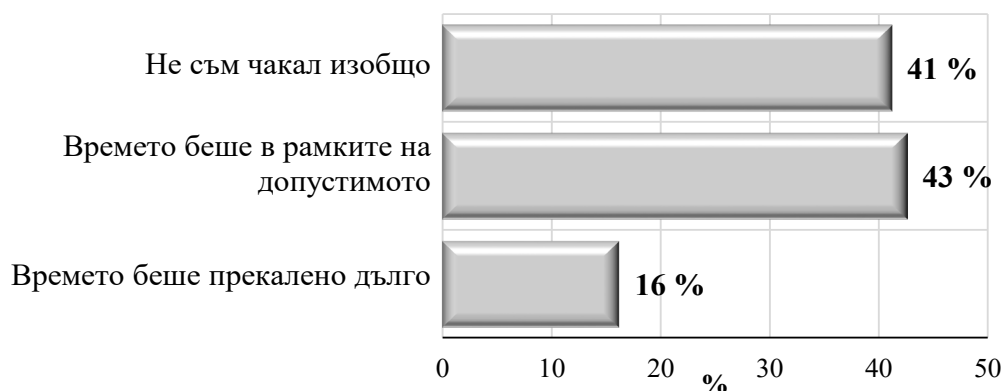
Като институционална форма най-често услугите са организирани в Дневен център за деца с увреждания (46%), в детската градина/ясла (28%), ЦСРИ (17%), ЦОП (6%). 3% от децата посещават други форми на услуги като детски образователен център, помощно училище, санаториум за рехабилитация, ЦНСТ, както и частни логопедични, психологични и рехабилитационни услуги.

Родителите използват като източници на информация за услугата на първо място, познати и приятели (34%), следват възпитатели в детската градина/ясла (16%), личен лекар (12%), специалисти от организацията, предоставяща услугата (9%), социални работници в ДСП (9%). 12% се информират от други места, като интернет форуми, лекари-психиатри, невролози, неонатолози и др.

#### 2.4.3.5.6 Нагласи към качеството на социалните услуги

##### Достъп

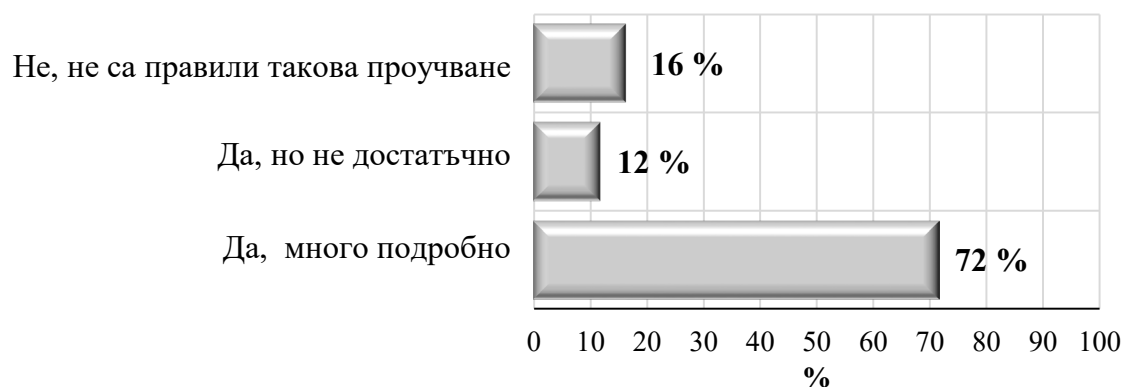
Фиг. 51. „Как оценявате времето, през което чакахте детето Ви да бъде включено в социалната услуга?“ (%)



Мнозинството родители оценяват достъпа до услугата като безпроблемен: 41% казват, че не са чакали изобщо детето да бъде включено в услугата, 43% – че са чакали в рамките на допустимото и само 16% твърдят, че са чакали прекалено дълго.

## Оценка на индивидуални потребности и изработване на индивидуален план

Фиг. 52. „Специалистите в организацията проучиха ли индивидуалните потребности на Вашето дете, преди да Ви предложат помощ?“ (%)



Повечето родители (72%) твърдят, че специалистите подробно са проучили потребностите на тяхното дете, 12% твърдят, че проучването е било недостатъчно, а 16% заявяват, че не е правено подобно проучване.

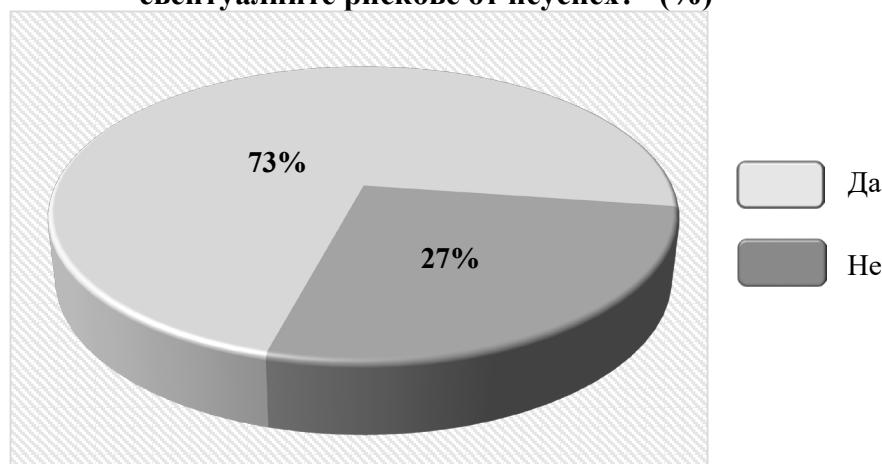
## Участие на родителя на различни етапи на ползване на услугата

Фиг. 53. „Участвахте ли в изработването на индивидуалния план на детето Ви за ползване на социалната услуга?“ (%)



По-голямата част от родителите са участвали активно (30%) или донякъде (36%) в изработката на индивидуалния план за работа с детето, а 7% имат малко участие. Прави впечатление високият процент родители (27%) които не са взели участие при планирането на специализираната помощ за тяхното дете.

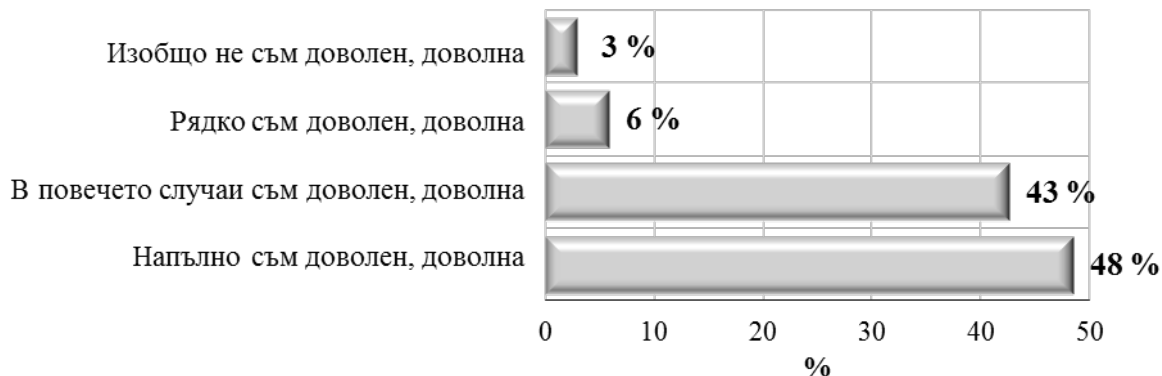
Фиг. 54. „Обсъдиха ли специалистите с Вас целите, които искате да постигнете чрез услугата и евентуалните рискове от неуспех?“ (%)





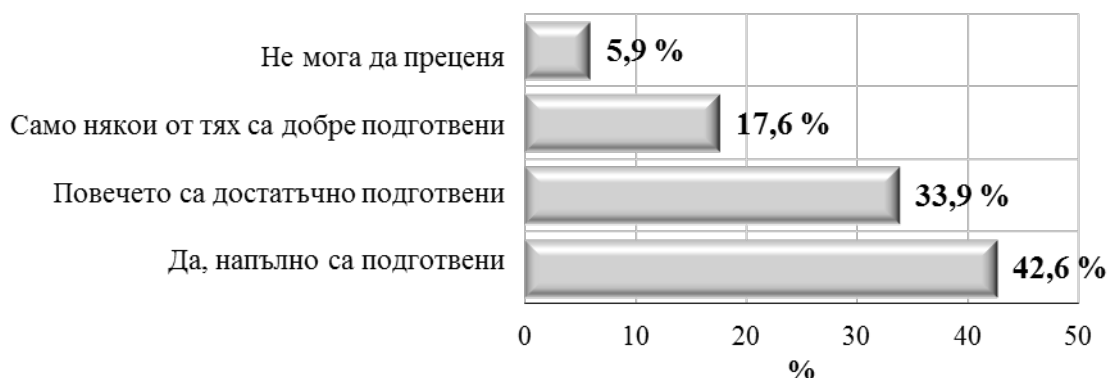
С целите на услугата и евентуалните рискове за неуспех са запознати по-голямата част от родителите – 73%. Впечатляващ обаче е немалкият процент родители – 27%, които твърдят, че не са имали комуникация със специалистите за целите на услугата и евентуалната ѝ неефективност.

Фиг. 55. „Какво е мнението ви за начина, по който специалистите работят с Вашето дете?“ (%)



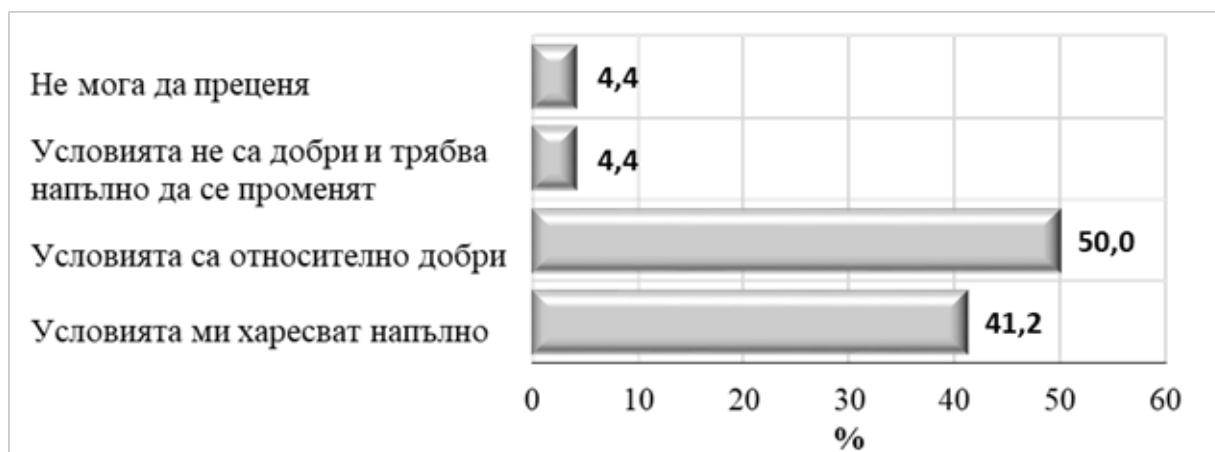
Огромната част от родителите изразяват удовлетворение от това как специалистите работят с детето – напълно доволни са 48%, а доволни в повечето случаи – 43% от родителите. Недоволните от специалистите в услугата родители са малка част – 9%. От тях, рядко са доволни 6% и изобщо недоволни са 3% от родителите.

Фиг. 56. „Смятате ли, че специалистите в услугата, която ползва детето Ви, са достатъчно подготвени, за да Ви помогнат?“ (%)



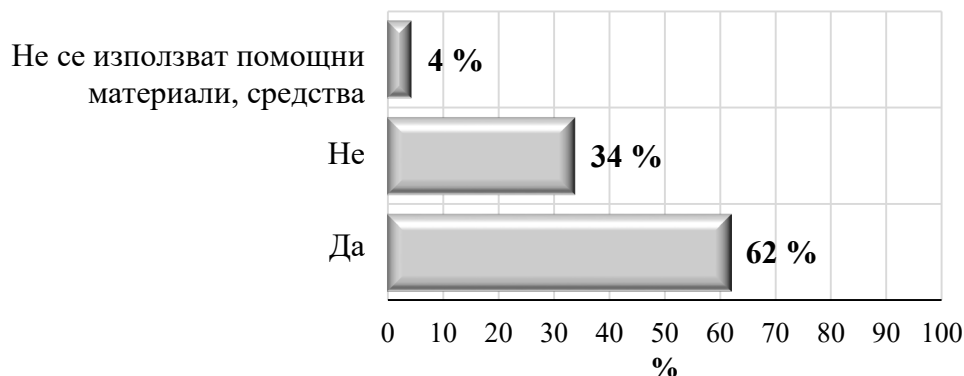
Над три четвърти от родителите са доволни от квалификацията на специалистите, които работят с детето им: 43% смятат, че специалистите са напълно подготвени и 34% са на мнение, че повечето от тях са напълно подготвени. 18% смятат, че само някои са подготвени, а 6% нямат мнение.

Фиг. 57. „Какво е мнението Ви за материалните условия, в които протича работата с детето Ви?“ (%)



Напълно доволни от материалните условия, при които протича услугата са 41% от родителите, а 50% от тях ги оценяват като относително добри. Критичните родители, които смятат, че условията трябва напълно да се променят са 4%. Също толкова от родителите (4%) не могат да преценят условията.

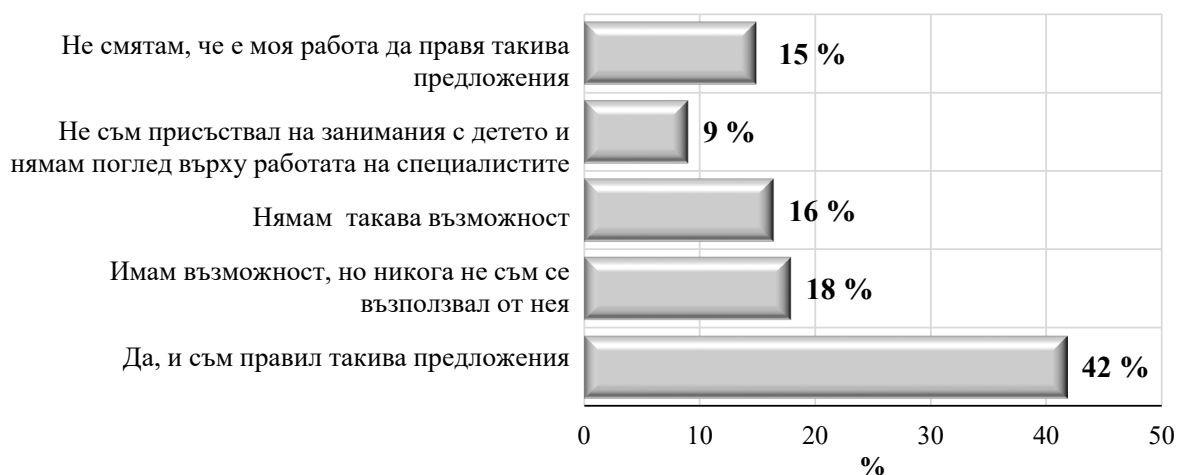
**Фиг. 58. „Достатъчни ли са помощните материали, средства, които специалистите в услугата ползват при работа с детето Ви?“ (%)**



Две трети от родителите оценяват помощните материали и средства в услугата като достатъчни, една трета – като недостатъчни и 4% заявяват, че не са използвали помощни средства/материали.

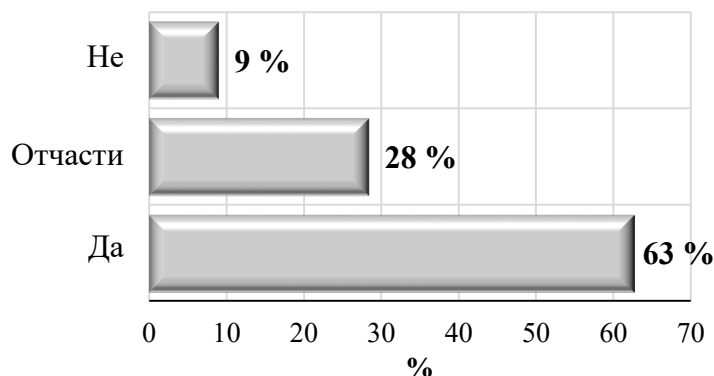
**Нагласи към подкрепа на родителите от страна на специалистите**

**Фиг. 59. „Имахте ли възможност да правите предложения за промени в индивидуалната работа с детето Ви в социалната услуга?“ (%)**



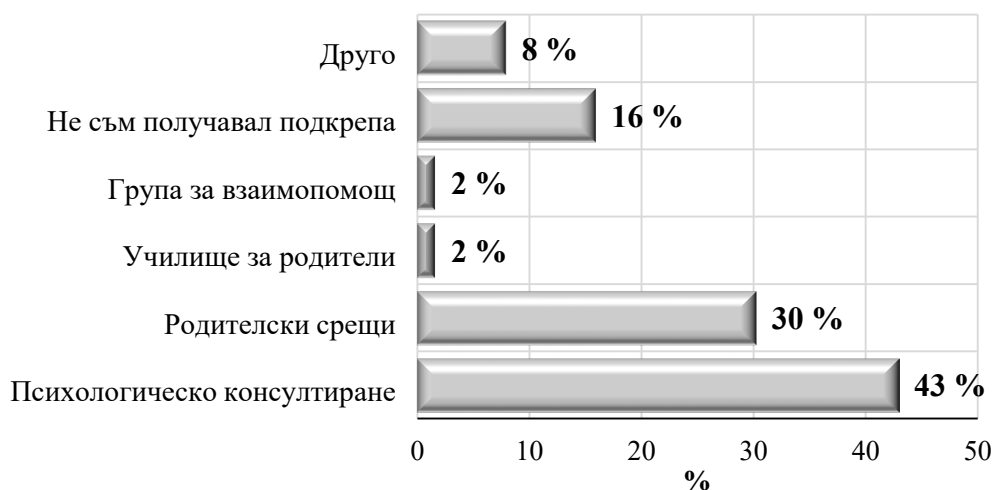
Почти две трети от родителите (60%) са имали възможност да правят промени в индивидуалния план за работа на детето в услугата, като 42% от родителите са се възползвали от тази възможност, а 18% – не са правили това. 16% от родителите не са имали такава възможност. Около една четвърт от родителите заявяват дистанцирано отношение към социалната услуга, ползвана от тяхното дете – 9% отбелязват, че нямат поглед върху работата на специалистите, а 15% от родителите не смятат това за тяхна работа и възприемат родителското мнение като ненужна намеса в работата на специалистите.

**Фиг. 60. „Получихте ли съвети и подкрепа от специалистите в услугата за това как да се грижите за Вашето дете в домашна обстановка?“ (%)**



Важен елемент от качеството на услугата са уменията, които получава родителят за справяне с проблема на детето в домашна среда, както и за подкрепа от страна на общността. По-голямата част от родителите (63%) твърдят, че са получили подкрепа и съвети от специалистите как да работят с детето в домашна среда, 28% – отчасти и само 9% дават отрицателен отговор.

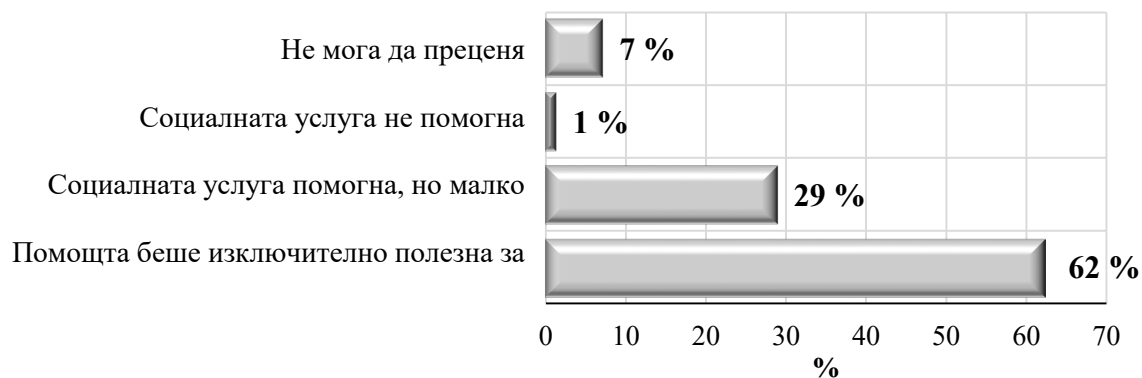
**Фиг. 61. „Под каква форма получихте подкрепа от организацията и персонала?“ (%)**



По отношение на формата на подкрепа от страна на организацията и специалистите най-много родители посочват психологическото консултиране – 43%, и родителските срещи – 30%. Сред другите форми на подкрепа са училище за родители (2%), група за взаимопомощ (2%), обученията за работа въкъщи (масажи, рехабилитация и др.) – 8%, а 16% от родителите споделят, че не са получили подкрепа.

**Обща оценка за качеството на услугата**

**Фиг. 62. „До каква степен социалната услуга, която ползвате, помогна на Вашето дете да се справи с проблема?“ (%)**



Две трети от родителите (62%) изразяват удовлетворение от услугата и смятат, че помощта е била изключително полезна за детето им; 29% са по-сдържани в оценката на ефективността на услугата, която според тях е помогнала малко на тяхното дете; само 1% са с негативно отношение и 7% не могат да преценят.

На въпроса дали са доплащали за други социални услуги 46% от родителите отговарят утвърдително и 54% – отрицателно.

#### 2.4.3.5.7 Предложения за подобряване условията и качеството на социалните услуги

Общо 48 предложения са дадени от родителите по отношение подобряване качеството на социалните услуги. Те могат да бъдат изведени в следните групи:

А. По отношение на обхватност, достъпност и материална база (20) – „повече социални услуги“, „достъпност в малките населени места“, „осигуряване на безплатен достъп от страна на общините до зали за гимнастика и басейни“, „по-бързи процедури и набор от документи без излишно връщане“, „да се подобри материалната база и условията за работа“, „повече финансиране от държавата“, „достъпност и за малките населени места“.

Б. По отношение на специалистите, осигуряващи услугата (24) – „повече специалисти“, „повече ресурсни учители на нужното ниво“, „безусловна любов към децата“, „да обичат работата си, за да я вършат добре“, „голямо търпение“, „нивото на специалистите да е по-високо и обвързано с по-достойното им заплащане“, „по-подготвени и мотивирани кадри“, „по-добра организация“, „по-добре да се работи в специализирани детски градини, а не в общите групи с другите деца“, „по-добро отношение към децата и родителите“, „да не се меркантилизират“, „да се подхожда ориентирано спрямо нуждите на детето“, „екипна работа в колектива“, „психолог по избор“ и др.

В. По отношение на работата с родителите (4) – „по-добро отношение към родителите“, „повече съгласуваност“, „съвместна работа между родители и екип“, „психологическа подкрепа за родителите“.

#### 2.4.3.5.8 Изводи

- ✓ Платеният родителският отпуск през първата година е ползван от 91% от анкетираните родители. Платеният родителски отпуск през втората година е ползван от 74% от родителите. Родителските мнения са поляризирани относно двата приоритета: по-дълъг платен отпуск за отглеждане на дете в дома срещу по-кратък платен отпуск, съчетан с връщане на работа и услуги за качествена детска грижа. Вторият избор се прави по-често от жените с висше образование и с по-високи доходи.
- ✓ Огромната част от респондентите (79%) защитават позицията, че детските надбавки трябва да се получават от всички деца, независимо от доходите на семейството. Универсалният модел на получаване на детски надбавки се оспорва от родителите в София в сравнение с живеещите извън столицата.
- ✓ Две трети от анкетираните подкрепят въвеждането на „бащина квота“, която да регламентира участието на бащата в отглеждането на детето, но немалка част от родителите изразяват скептицизъм по отношение възможностите на държавата да регламентира чрез политики бащинската роля. Родителите подкрепят въвеждането на платен отпуск по бащинство и провеждането на информационни и разяснителни кампании за ползите от активното бащинство. Егалитарният модел на разпределение на родителските роли в семейството се подкрепя от почти всички родители, като само 3%, най-вече живеещите в малките градове и селата, са за традиционното разделение на ролите на „мъжки“ и „женски“.
- ✓ Повече от половината родители изразяват притеснения да ползват отпуск в случай на болест на детето, като най-често това са жените със средно образование, ниски доходи и живеещи

в малките градове. Жените, живеещи в столицата, с високи доходи и висше образование по-рядко получават откази от страна на работодателя за ползването на такъв отпуск. Нагласите на майките за ползването на законните отпуски за гледане на болно дете са в пряка зависимост от работната среда – работните места, свързани с висока квалификация, предполагат по-толерантно отношение от страна на работодателя и на колегите към временното отсъствие на майката.

- ✓ Социални услуги са ползвали 10% от родителите (71), а 28% биха искали да ползват, но не са ползвали. Най-ползваните услуги са логопедични (43%) и рехабилитационни (33%), организирани най-вече в Дневен център за деца с увреждания (46%), в детската градина/ясла (28%) или в Център за социална рехабилитация и интеграция (ЦСРИ) (17%).
- ✓ По-голямата част от родителите, които са ползвали социални услуги за децата си, са доволни от качеството: достъп до услугата, условия на услугата, квалификация на специалистите, включване на родителите в услугата, психологическа подкрепа. 30-50% от родителите имат известни резерви към различни елементи от качеството на услугата. Немалка част от родителите (до 30%) изразяват дистанцирано отношение към услугата. Предложенията на родителите за подобряване в сферата на социалните услуги са по отношение на квалификацията и отношението на специалистите, по-широк обхват и по-добра материална база, и по-активно включване на родителите, вкл. екипност и съгласуваност между родителите и специалистите.

#### 2.4.3.6 *Заключителни изводи*

Проведеното онлайн проучване сред 748 родители относно здравните, образователните и социалните грижи за децата от 0 до 7 години в България е моментна снимка на родителското отношение към ранната детска грижа. Въпреки, че извадката на попълнените анкетата родители е разнообразна, най-вече са представени мненията на високообразовани родители (основно майки), живеещи в столицата или големите градове, с доходи около или над средния за страната, които най-често работят или са в отпуск по майчинство. Нужно е да се подчертае, че това ограничение на методологията не позволява да се анализират въпроси от гледна точка правата на най-уязвимите деца и семейства. Горните анализи не извеждат и подчертават някои ключови проблеми свързани с достъпа на най-бедните деца до услуги за ранно детско развитие, които имат най-голяма добавена стойност именно за тях.

Основните проблеми в контактите и общуването с лекарите родителите виждат в дългото чакане пред кабинета на личния лекар, липсата или ограничените домашни посещения от страна на медицинско лице, недостъпността на лекаря по телефон и непроследяването на състоянието на детето от детския лекар след прегледа. Поради дефицити в достъпността и комуникацията с личните лекари, голяма част от родителите търсят директно помощта на друг лекар-специалист при здравословен проблем на детето. Родителите изразяват подкрепа за патронажната грижа, т.е. идеята лекар/ медицинска сестра да правят регулярни домашни посещения.

Съществуват значителни неравенства между родителите по отношение на допълнителните разходи за медицински и здравни грижи за децата, като родителите с по-висок образователен и икономически статус, живеещи в столицата, отделят допълнителни финансови средства за здравето на децата.

За много от родителите услугата по отглеждане на дете в детска ясла не е достъпна поради липсата на места. За всеки четвърти родител, който не е ползвал детска ясла, отглеждането на детето в семейна среда няма алтернатива, а всеки пети смята, че детската ясла не е алтернатива на родителската грижа поради ниското си качество. Родителите са най-критични към персонала поради липсата на индивидуално внимание заради многото деца в групите, negliжиране на взаимоотношенията между децата, несанкциониране на агресията между тях и липсата на достатъчна информация за случващото се с детето в детската ясла. Средната оценка на родителите за качеството на грижата в детската ясла е „добра“.

Всеки пети родител твърди, че е имал проблем със записването на детето в детска градина, най-често живеещите в столицата и селата. Преобладава позитивното отношение на родителите към детската градина, като над една трета от родителите дават оценка „много добър“. Родителите са доволни от



обучението и предучилищната подготовка, допълнителните занимания, обратната връзка от учителите за постиженията на техните деца и определят градината като безопасно място. Най-големият проблем родителите виждат във високия брой деца в групите и невъзможността да се работи с детето индивидуално и апелират за гъвкавост и по-ангажирано отношение към личността на детето.

Платеният отпуск по майчинство (първата година) се използва почти от всички анкетираните майки, а родителският отпуск (втората година) – от три четвърти от тях. Ползването на отпуска от бащата или от друг член от семейството е изключение. Огромната част от респондентите защитават позицията, че детските надбавки трябва да се получават от всички деца, като универсалният модел се оспорва най-вече от родителите в София. Две трети от анкетираните подкрепят въвеждането на „бащина квота“, но немалка част от родителите изразяват скептицизъм по отношение възможностите на държавата да регламентира чрез политики бащинската роля. Повече от половината родители изразяват притеснения да ползват отпуск в случай на болест на детето, като най-често това са жените със средно образование, ниски доходи и живеещите в малките градове.

Почти всеки десети родител е ползвал социални услуги за своето дете. По-голямата част от тях са доволни от качеството: достъп до услугата, условия на услугата, квалификация на специалистите, включване на родителите в услугата, психологическа подкрепа. 30-50% от родителите имат известни резерви към различни елементи от качеството на услугата. Предложенията на родителите за подобряване в сферата на социалните услуги са по отношение на квалификацията и отношението на специалистите, по-широк обхват и по-добра материална база, и по-активно включване на родителите, вкл. екипност и съгласуваност между родителите и специалистите.

## 2.5 Находки по отношение на децата със специални потребности

### 2.5.1 Понятия и нормативна регламентация

Всеки човешки индивид е уникален по своята същност, неповторим. Самото понятие „индивид“ предполага наличие на специфичност у всеки отделен човек. Би трябвало езикът да е нещо като „социална конвенция“, един вид договор, че думите, с които си служим, имат едно и също значение, благодарение на което се разбираме. Често обаче възникват недоразумения, защото човекът, с когото разговаряме, бил той дете или възрастен, влага друго съдържание в думата, която чува или обратното – ние разбираме по различен начин това, което ни казва нашият събеседник. Понякога тези недоразумения в езика водят не само да не разбираме, но и до риск от стигматизация и дискриминация, до етикетирание на различието. Употребата на думи като „недъг“, „увреждане“, „дефицит“, „инвалидност“ и техните производни са ярък пример в това отношение.

Едва ли някой би оспорил, че всяко дете е специално по свой си начин. То е специално, защото е носител на нещо ново, на един нов живот и пораства като прави нещата по уникален начин, преживява ги по свой начин и ги осмисля според възможностите си. Въпреки това, както се посочва от Национална мрежа за децата „въпреки усилията от последните години и реформите в областта на деинституционализацията, приоритизирането на темите за майчиното и детското здраве и приобщаващото образование, все още голяма част от българските политики са белязани от стария модел на социално изключване и традиционния подход към децата с увреждания като болни деца, които имат нужда предимно, ако не и само от медицински грижи и съчувствие. Нормативната уредба продължава да ползва терминология, която предполага добронамерено, но в същото време дискриминационно отношение – още при определяне на диагнозата, децата се третират като загубили /в %/ възможност за социална адаптация“.<sup>142</sup>

142 Национална мрежа за децата, Бележник 2015: Какъв е средният успех на държавата в грижата за децата, достъпен на: <http://nmd.bg/wp-content/uploads/2015/04/belejnik2015web.pdf>

Ето защо, авторите на доклада възприемат термина „деца със специални потребности“, за да назоват децата, които имат нужда от допълнително подпомагане, за да могат да се развиват и да имат шанс да живеят достойно и пълноценно, равноправно с останалите. Пълнотата на изследването обаче изисква да бъде направен преглед на дефинициите на понятия, които са нормативно регламентирани и са относими към децата със специални потребности.

Според Закона за интеграция на хората с увреждания, „всяка загуба или нарушаване в анатомичната структура, във физиологията или в психиката на даден индивид“ е „увреждане“.<sup>143</sup> „[У]вреждане“ според Стандартните правила на ООН за равнопоставеност и равни шансове на хората с увреждания е понятие, което „обобщава голям брой различни функционални ограничения [...] Хората могат да имат физически, интелектуални или сензорни увреждания, специфично здравословно състояние или умствени заболявания. Такива състояния, недостатъчност или заболявания могат да имат постоянен или временен характер.“<sup>144</sup> Стандартните правила на ООН дефинират и понятието „недъг“ като „загуба или ограничаване на възможностите за участие в живота на общността или обществото наравно с всички останали. То описва взаимоотношенията между човека с увреждания и заобикалящата го среда. Целта на това понятие е да се постави акцента върху дефицита на средата, на множеството организирани дейности в обществото, като например информация, комуникации и образование, който пречи на хората с увреждания да участват равнопоставено и пълноценно в тях.“<sup>145</sup>

Съзнавайки, че „увреждането е развиващо се понятие и че то се явява резултат от взаимодействието между лицата с увреждания и различните пречки в заобикалящата ги среда, които затрудняват тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото равноправно с останалите“, чл. 1 на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания дава следното определение: „Хората с увреждания включват лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото равноправно с останалите.“ Конвенцията е ратифицирана от България през 2012 г.

В България установяването на вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст се извършва чрез медицинска експертиза. Тя е детайлно регламентирана в Закона за здравето и Наредбата за медицинската експертиза, с която се определят нейните принципи и критерии, редът за установяване на вида и степента на увреждане, както и условията и редът за нейното извършване.

Видът и степента на увреждане на децата до 16-годишна възраст се определят с Експертно решение (ЕР) на Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) /и на Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) при обжалвано решение на ТЕЛК/, което „освидетелства“ лицата. До промените в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи от 2014 г., „освидетелстването“ на деца се извършваше от специализирана Детска експертна лекарска комисия. С премахването на специализираните комисии, децата се явяват на общ ТЕЛК, в който участва лекар-педиатър.

Експертизата на вида и степента на увреждане включва определянето на степента на увреждане в проценти спрямо здравия човек; потребността от чужда помощ; срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност; дата на инвалидизиране; препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация. За лица в трудоспособна възраст, Наредбата за медицинската експертиза предоставя отправни точки за оценка и на намалената работоспособност в проценти.

Децата със специални потребности са носители на всички права, които държавата гарантира на децата в страната, но те са носители и на допълнителни права. Такива допълнителни права са регламентирани както в сферите на социалната закрила и здравеопазването, така и в сферата на образованието. За ползването на някои допълнителни права, ЕР на ТЕЛК е задължителна предпоставка, като например за правата свързани с финансово подпомагане на деца с трайни увреждания. За упражняването на други не се изисква ЕР на ТЕЛК, например за ползване на услуги в Център за социална рехабилитация и интеграция, но са обвързани с наличие на друг вид документ издаден от компетентен орган (в случая с ЦСРИ – такъв документ се явява направлението за ползване на социална услуга издадено от директора на дирекция „Социално подпомагане“). Към децата със специални потребности са насочени и проектно финансирани услуги, които не са нормативно регламентирани

143 Закон за интеграцията на хората с увреждания, § 1, ал. 1 от Допълнителни разпоредби

144 Стандартни правила на ООН за равнопоставеност и равни шансове на хората с увреждания, пар. 17

145 Пак там, пар. 18

и за ползването на които е достатъчно родителите да се самозаявят, като някои от услугите за ранна интервенция описани в по-горен раздел.

В изследване на Алфа рисърч<sup>146</sup> се акцентира, че въпреки различните гледни точки на лекари и родители, като цяло има съгласие, че е необходимо да се създаде цялостна детска наредба, тъй като заболяванията при децата протичат с различна динамика и характеристики. Според същото изследване, оценката на ТЕЛК следва да се фокусира върху възможностите и функционалността на децата с увреждания (а не само увреждания и „инвалидност“), което е в съответствие с **Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето: деца и млади хора (ISF-CY<sup>147</sup>)** на СЗО.

Задача на настоящия раздел е да разгледа специфичните мерки и услуги финансирани с публични средства, които се предоставят на деца в ранна възраст със специални потребности.

## 2.5.2 Здравно обслужване

Раждането на дете с увреждане е травмиращо събитие за родителите и е от изключителна важност как ще им бъде поднесена информацията за увреждането и каква подкрепа ще получат, за да приемат новината и да са в състояние да осигурят добра грижа за детето. Макар този процес да протича на територията на лечебни заведения и да се води от здравни специалисти, на отделни места в него започват да се включват външни за болницата психолози и социални работници. Това сътрудничество показва необходимост от междусекторно партньорство, което да осигурява интегриран, семейно-ориентиран подход. Някои от формите, под които немедицински специалисти придружават и подпомагат родителите на деца с увреждания в родилните отделения, бяха вече разгледани по-горе в секцията за ранната интервенция.

Когато увреждането се установява в родилното отделение, в зависимост от потребностите – спешна интервенция, специализирани грижи или необходимост от специализирани изследвания за уточняване на диагнозата на детето – родителите се насочват от медицинските специалисти за неотложните медицински дейности и къде следва да бъдат извършени те. Не всички увреждания обаче могат да бъдат констатирани непосредствено след раждането. Често те се проявяват на по-късен етап от развитието на детето и проявленията им не са толкова ясни, че категорично да сочат за наличие на увреждане налагащо интервенция, още повече, когато тези проявления се пречупват през идеализираните представи и надежди на родителите за тяхното дете. И тук възниква въпросът по какъв начин и от кого да се изследва детето, за да се установи съществува ли необходимост от специализирана подкрепа; ако да, от каква, и какви са механизмите такава подкрепа да бъде своевременно осигурена. От проведените интервюта с ръководни кадри и експерти се очертава осъзнатата необходимост, основана на богатия практически опит, при насочването на децата със специални потребности и родителите им към услуги, да има интердисциплинарна ориентация.

*„Когато детето има здравословен проблем, родителите търсят най-вече медицинска помощ. За съжаление в България няма мултидисциплинарни екипи, които да се запознаят с проблема на детето и да направят план за решаването на проблемите му. Този екип може да даде насоки от какви интервенции и подкрепа има нужда детето, къде, при кого, с каква честота. А не родителите да се лутат с нещастие си. След това този мултидисциплинарен екип може да каже къде да се направи операция на детето, къде след това да получава възстановителна рехабилитация, къде да се консултира семейството с психолог и пр. Този мултидисциплинарен екип може да бъде мобилен и да консултира семейството вкъщи.“ (интервю с ръководен кадър)*

След като бъдат изписани от родилното отделение, медицинското наблюдение на бебетата се поема от общопрактикуващите лекари, а когато личният лекар на детето няма придобита специалност по детски болести, по желание на родителя може да се извършва от лекар-педиатър в лечебно заведение

<sup>146</sup> Проучване и анализ на съществуващата система за социални плащания към семействата и грижещите се за деца с увреждания с оглед нейното развитие и усъвършенстване, Алфа Рисърч

<sup>147</sup> World Health Organization, International classification of functioning, disability and health : children & youth version, 2007, достъпен на: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf)

за специализирана извънболнична помощ. Малките деца подлежат на профилактични прегледи и изследвания, определени по вид и периодичност в приложение към Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията, където са диференцирани според възрастта им (до навършване на една година, в периода от 1 до 2 години и от 2 до 7 години), както и в разработена от Националната здравноосигурителна каса програма „Детско здравеопазване“. Тази програма се изпълнява от общопрактикуващия лекар на детето или от педиатъра. Тя определя всички профилактични дейности (прегледи, изследвания и имунизации), които са задължителни при наблюдението на растежа и развитието на детето – от раждането до 18-годишната му възраст. Профилактичните прегледи и изследвания са насочени към ранно откриване на заболявания. Ако установи отклонения във физическото или психическото развитие на детето, наблюдаващият детето лекар по програмата е длъжен да го насочи своевременно към консултация с лекар специалист от съответния профил или към извършване на допълнителни изследвания или лечение. Личните лекари издават и направления за явяване пред ТЕЛК.

От 10 месечна до тригодишна възраст, по желание на родителите, децата могат да подешават детски ясли. Законът за предучилищното и училищното образование предвижда, че децата от двегодишна възраст могат да постъпват в яслени групи към детските градини, като условията и реда за функционирането им следва да се регламентират с наредба на министъра на здравеопазването и министъра на образованието и науката за стандартите за ранно детско развитие. Както е отбелязано в секцията за нормативната рамка, такава наредба все още не е приета. Също така, според закона в специалните училища за ученици със сензорни увреждания - увреден слух или нарушено зрение - могат да се разкриват яслени групи за отглеждане на деца от 10-месечна до тригодишна възраст, но за тях също все още не е налице поднормативна регламентация. В проекта на наредба за стандарти за ранно детско развитие, който беше представен на обществено обсъждане през 2017 г. липсваше ясна регламентация относно начина и механизмите, по които ще се оценява развитието на децата и ще се проследяват постиженията им спрямо установените стандарти. Не бяха засегнати и случаите, в които децата не покриват стандартите и какво следва при установяване на изоставане в развитието. В проекта не бяха посочени и интервенции, които трябва да бъдат предприети, когато развитието на детето не отговаря на стандартите. Да се надяваме, че когато бъде приета, наредбата ще адресира тези пропуски.

### 2.5.2.1 Достъп до здравно обслужване и медицински услуги

Проведените интервюта показват, че ролята на системата за здравни грижи е ключова за разпознаването, идентифицирането и придружаването на проблемите на едно дете със специални потребности в ранна възраст. Разпознават се затрудненията, съществуващи в достъпа до своевременни здравни грижи. Причините за тези затруднения са комплексни, но се открояват факторите „недостиг на общопрактикуващи лекари“, отдалеченост и размер на населеното място, бедност и социална изолация.

*„Първият достъп на децата до обществената система е в рамките на здравната система. Нашата държава е осигурила максимално добри условия за достъп на децата до тези услуги. Децата в България са здравно осигурени от държавата, всяко има достъп до общопрактикуващ лекар, ако родителите желаят - то може да бъде поето от специалист по детски болести. Като финансови механизми и възможности за достъп, мисля, че имаме изключително достъпна система. Друг е въпросът, че ние имаме по принцип затруднения в достъпа до здравни услуги, които са медицински и социални. В доста региони на страната има недостиг на общопрактикуващи лекари. Когато това се съчетае със социален фактор - бедни семейства в малки населени места, това става проблем. Децата в бедни семейства, с недобър социален статус, понякога и с културни различия, се оказва, че не могат да стигнат до личен лекар.“ (интервю с ръководен кадър, МЗ)*

Сериозно препятствие пред достъпа до здравни грижи и услуги се оказва отдалечеността на малките населени места:



*„Проблемите са в отдалечените райони, където няма никаква грижа за малките деца. Общопрактикуващият отива веднъж седмично за 2 часа в едно отдалечено село. Няма сестра. Той само пише. Не навсякъде са направени имунизациите, а се написват. Нито се тегли детето. Дали стига кърмата или не стига, не е ясно. Няма редовно и гарантирано проследяване на бебетата и малките деца в малките населени места. Тук на мястото на сринатата детска консултация, не е изградено нищо.“ (фокус група с професионалисти, малък град)*

Още повече се усложнява предоставянето на адекватни здравни грижи за много малките деца когато има езикова бариера за родителите. Споделенията от фокус групи от населени места със смесено население показват не само липсата на патронажна грижа за новородените и малките бебета, но и липса на интерес към получаване на обратна връзка от майката за това, което е разбрала или иска да разбере относно грижите за детето.

*„Последен случай: бебето е изписано, обрив след раждането, изписали са пиоктантин, но майката има езикова бариера и не е разбрала как да постави лекарството, намазала е цялото тяло на детето и то е получило изгаряне. Тази майка няма към кого да се обърне в селото.“ (фокус група с професионалисти, малък град)*

Професионалистите от фокус групата, проведена в град Нови Пазар твърдят, че няма редовно наблюдение върху децата. Смятат, че е необходимо това наблюдение да е здравно /медицинско/, защото така „хората няма да крият децата, защото няма да се страхуват, че социалните служби ще им ги вземат“. Другият проблем е, че когато липсва медицинско наблюдение, идентифицирането на специалните потребности на децата се осъществява от социалните служби, но това става много късно. Това означава, че се пропускат всички възможности за ранна интервенция, която може да предотврати увреждането или заболяването да се превърне в рисков фактор, стигащ понякога до социално изключване.

*„Има много деца с увреждания, включително с психически, но социалните служби ги срещат много късно, когато са много по-големи. Има случаи на връзвания, деца, оставени на улицата.“ (фокус група с професионалисти, малък град)*

Създадените от УНИЦЕФ Центрове за майчино и детско здраве в Шумен и Сливен целят чрез мобилната работа на патронажни сестри да улеснят достъпа до съвременни здравни грижи включително за малките деца със специални потребности и да предотвратят рисковете, произтичащи от увреждането/хроничното заболяване. Подобна функция изпълняват и семейно-консултативните центрове (СКЦ) в Шумен, Нови Пазар и Велики Преслав. В област Шумен екипите на СКЦ и патронажните сестри работят успешно съвместно за преодоляване на изолацията на децата със специални потребности от малките и отдалечени населени места. Те придружават и семействата, в които се реинтегрират малки деца с увреждания, пребивавали в резидентен тип грижа.

Понякога екипът на СКЦ работи изцяло по осигуряване на достъп до адекватна здравна грижа за деца със специални потребности. Споделения от тях случай на бебе с глаукома (вж. текстовото поле) илюстрира работата им в тази насока. Той показва как екипът на СКЦ успява да мобилизира много партньори от различни институции, от региона и страната, за да се разреши успешно и навреме здравословния проблем на детето, без то да напуска семейството си. Това е възможно защото на дейността на СКЦ е гъвкава, проактивна и мобилна, и не е обвързана със стандартните регулативни механизми на социалните услуги.

*В началото на 2013 год., координаторът на УНИЦЕФ, по Проект „Семейство за всяко дете” ни сигнализира за дете, намиращо се в Отделение по неонатология към МБАЛ Шумен, с „глаукома” на двете очи. Договорено бе семейството да бъде посетено и подкрепено. Екип на СКЦ посети родилката, с цел подкрепа с консумативи от Фонд при кризисни ситуации. При срещата с родителите те споделят, че детето е желано, чакано, притеснени са от това, че от отделението са им предложили да настанят момиченцето в ДМСГД Шумен.*

*Като екип в Център, занимаващ се с посредническа и подкрепяща дейност, проведохме разговори с лекари от отделението, след което се свързахме със социален работник от ОЗД Никола Козлево,*



ДСП Каолиново, който беше запознат със случая и беше на мнение, че родителите имат капацитет да гледат детето в домашни условия. Обсъдихме с какво можем да помогнем и си разпределихме задачите.

Поехме отговорност и пред Началника на неонатологично отделение в Шумен, че семейството ще има нашата подкрепа. На семейството бяха предоставени предмети от първа необходимост за отглеждане на новородено.

Родителите бяха транспортирани със служебен автомобил на СКЦ да вземат детето си от МБАЛ Шумен. След изписване на новороденото, започна и мобилната подкрепа - осъществявах се ежеседмични посещения на семейството, често и по два пъти на седмица. Мобилната работа в дома на семейството продължи и координирано със социални работници от ОЗД в с. Никола Козлево. Медицинската сестра от нашия екип консултира майката за начина на отглеждане на новородено, социален работник и психолог се срещаша с майката и бащата и отваряха пространство за споделяне на тревоги и неувереност - родителите бяха силно разтревожени за зрението на детето.

Заедно търсихме възможности за лекарска намеса и подкрепа. Намерихме и осъществихме контакт с детски лекар-офтальмолог, който се съгласи да приеме детето за операция в гр. София. Майката с детето бяха придружени от екип на СКЦ до болница в гр. София. Час след влизане за прием в болницата, на детето, което беше на два месеца, при консулт с анестезиолог е даден отказ от прием, тъй като „детето все още е малко“.

Започнахме да търсим контакти и начини за лечение на детето в областта. Срецинахме сериозни затруднения при набавяне на документи и становища /времените срокове за това бяха дълги, а за момиченцето времето беше ценно/.

Четири пъти детето бе транспортирано до областен град Варна - Специализирана болница по очни болести за активно лечение. И четирите пъти оперативната намеса се отлагаше по обективни причини.

След около два месеца детето беше оперирано - първо едното око, а след проследяване и прегледи и второто - след около половин година. Операциите бяха сполучливи, гаранцията на медиците бе, че детето ще вижда на 100% с едното око и над 50% с другото. През цялото време семейството беше подкрепяно. На всички контролни прегледи съпровождахме детето. След оперативните намеси разредихме посещенията, но продължавахме да следим развитието на детето. Родителите вече сами водеха детето на прегледи.

Сега момиченцето е на четири години, „Красива принцеса“ - както я наричат близките ѝ. Когато ни посреща на двора, срещите са вълнуващи. Тя обича да играе, енергична е, забавлява се. В семейна среда.

В Министерство на здравеопазването се разпознава липсата на сестринските патронажни грижи:

„Сестринските патронажни грижи – нещо, което имахме, загубихме и тепърва трябва да възстановяваме. В плана за изпълнение на Визията за деинституционализация на деца заложихме развитие на патронажни услуги в 28 области на страната. Благодарни сме на УНИЦЕФ, които подеха тази инициатива в някои области и се стремим да осигурим устойчивост. Надяваме се с подкрепата на европейски средства да изградим във всеки областен град по един патронажен център. Така услугите ще стигнат до домовете на децата и техните родители.“ (интервю с ръководен кадър, МЗ)

Така връзката между преодоляване на затрудненията в достъпа до своевременни здравни грижи и развитието на мобилни услуги е разпозната. Нещо повече, тя се изтъква като причина за направените от МЗ промени в Закона за лечебните заведения през 2015 г., с които се създава нов вид лечебно заведение – Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ).

„Идеята е във всеки областен град да има един такъв център на бюджетно финансиране, който да гарантира системността на услугата. Достъпът да е неограничен – всяко семейство, което мисли, че има затруднения с детето си, да може да се обърне към този център и цялата логистика да се поеме, ако има нужда от това.“ (интервю с ръководен кадър, МЗ)

Това е ключов момент, на който заслужава да се спрем защото извежда на преден план въпроса за „универсалността“ на здравната услуга, която гарантира неограничен достъп до нея за всяко семейство на

дете със специални потребности. Освен това от универсалният характер на услугата зависи възможността за ранна интервенция, както ще видим по-нататък.

Визията на МЗ е да се създадат ЦКОДУХЗ във всички 28 областни градове „като само във Варна, Бургас и Стара Загора да имат и стационарна част. А в другите е достатъчно да бъдат на амбулаторно ниво и да осигуряват най-важното – връзката с останалите елементи на здравната система, да менажират целия процес на дете с проблем. И това да бъде гарантирано от държавния бюджет. Имаме идея в тези центрове да има мобилни екипи за това. Центровете да бъдат като светеща къщичка с отворена врата, където всеки да може да се обърне и да му бъде дадена насока какво да прави.“ (интервю с ръководен кадър, МЗ)

Важно е да се изясни връзката между ДМСГД и ЦКОДУХЗ. Идеята за трансформацията на някои ДМСГД в Центрове се аргументира в доклада на Български хелзинкски комитет (БХК) „Метаморфозата ДМСГД – Проблем или потенциал“. Във финалната част на този доклад се представят изводи от анализ на потребностите от социални и здравни услуги на децата в ДМСГД, както и идея за по-нататъшната реформа на ДМСГД. „Моделът“ за по-нататъшната реформа на ДМСГД предлага реорганизация на предоставяната здравна грижа за децата от ДМСГД, която не може да бъде осигурена в рамките на извънболничната помощ и болничната помощ за активно лечение в страната. Този модел, предложен вместо извод в доклада на БХК, предлага трансформиране на няколко ДМСГД в детски лечебни заведения, „центрове за специализирана болнична помощ, осъществяващи дейността си по ЗЛЗ в сферите на „ранна диагностика и медицинска интервенция; продължително лечение в клинични условия и рехабилитация; както и палиативни грижи.“<sup>148</sup>

Авторите на доклада посочват по отношение на проект „ПОСОКА: семейство“ на МЗ, който пилотира процеса на реформа на ДМСГД, „встрани от проекта до момента остават потребностите на част от децата в ДМСГД от специализирана здравна помощ“.<sup>149</sup> Тази потребност се нуждае от отговор, независимо от това дали детето се отглежда от собствените си родители или от заместваща семейството услуга. „С трансформирането на ДМСГД в специализирано лечебно заведение ще се даде отговор именно на съществуващата остра потребност от по-дълъг период на лечение на деца с увреждания и/или със социално значими заболявания, или с комбинация от заболявания и страдания, които по медицински стандарти изискват провеждането на терапията да се осъществява в клинични условия /.../ е важно да се даде необходимият отговор в тези ситуации, в които проблемите със здравето на едно дете са толкова сложни, че не е възможно справянето с тях да се постигне през общите стандарти“.<sup>150</sup>

В доклада се посочва, че реформата на ДМСГД не трябва да бъде насочена към „бетониране“ на стария модел на ДМСГД, нито към превръщането им в „интегриран социално-здравен хибрид: ДМСГД/ЦНСТ“. Организациите, изготвили концепцията, се обявяват категорично против създаване на системни и структурни условия за живот на децата с увреждания в клинична среда. Те смятат, че в здравната система са необходими звена, които трябва да се концентрират в осигуряване на условия за долекуване, удължен престой в болница за осигуряване на терапия, подкрепа на родителите в отглеждането на детето и подобряването на координацията и достъпа до специалисти.

В края на този доклад се казва: „Домовете за медико-социални грижи след реформата през 1997 г. са единствената зона на пресичане между здравеопазването и социалната сфера при закрилата на децата. В настоящия си вид те са дефинирани като лечебни заведения и работят по Закона за закрила на детето. Това именно ги прави и подходяща зона за намиране на пресечни точки между здравната помощ и социалната подкрепа за специфични групи деца и техните семейства“.<sup>151</sup>

148 Български хелзинкски комитет, Метаморфозата ДМСГД – Проблем или потенциал, 2014, достъпен на: [www.bghelsinki.org/.../deinstitutionalizaciya\\_bhc\\_sept\\_2014.pdf](http://www.bghelsinki.org/.../deinstitutionalizaciya_bhc_sept_2014.pdf), стр. 75

149 Пак там.

150 Пак там.

151 Пак там, стр. 77

### 2.5.2.2 Преходът от ДМСГД към Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания: случаят на ДМСГД Варна

Вниманието на изследователите се насочи към ДМСГД Варна като един от трите посочени от МЗ домове за трансформация в Центрове за комплексно отглеждане на деца с увреждания и хронични заболявания /ЦКОДУХЗ/, в които освен амбулаторните грижи се предвижда и стационарна част. Ето защо се проведе пряко наблюдение, което обхвана четири структури, функциониращи в дома, които имат отношение към подготовката на ЦКОДУХЗ и които по данни на ръководството на дома са одобрени от МЗ към месец септември 2016 г. Това са Отделение за доотглеждане на недоносени деца, Дневен център за деца с увреждания, Център за ранна интервенция и рехабилитация и Отделение за хронично болни и деца с увреждания.

#### **Въпросите, които изследователският екип си постави, са:**

1. Как се вписва ДМСГД Варна в процеса на реформа на грижите за деца в риск и по-специално в процеса на деинституционализация?
2. Какви дейности са застъпени в настоящата организация на работата и функции на ДМСГД Варна?
3. Съществуват ли условия и предпоставки за системно въвеждане на семейно-ориентирания подход в работата на всички структури на ДМСГД Варна, които са одобрени от МЗ като структури на бъдещия ЦКОДУХЗ?

#### **Как се вписва ДМСГД Варна в процеса на реформа на грижите за деца в риск и по-специално в процеса на деинституционализация?**

Директор на ДМСГД Варна е д-р Стефка Джанкова. Тя поема ръководството на дома през 1993 г. През 1998 г. домът се включва активно под нейно ръководство в реформата на домовете „Майка и дете“, предприета от МЗ. Специалистите в дома участват в различни програми за продължаващо обучение.

През 2001 г. по инициатива на д-р Джанкова започва организирането на годишни срещи на осиновени и осиновители под надслов „Празник: Аз и моето семейство“.

*„Идеята на този празник всяка година е да се събират семейства, осиновили деца от дома. През последните години в тази среща вече се включват и семейства, осиновили деца от други градове.“*  
(социален работник, ДМСГД)

След приемането на ЗЗД продължава въвеждането на нови и съвременни практики на работа с децата, активно се поддържат програми за квалификация на служителите в дома и се разкрива дневен център за деца с увреждания в рамките на дома. По-късно се разкрива и център за подкрепа на реинтеграцията на децата в семейна среда.

В процеса на работа със системата за закрила постепенно профилът на децата, които се приемат и обгрижват в дома значително се променя. Здрави деца в дома се приемат само чрез мярката „полицейска закрила“ и в рамките на 2-3 седмици се настаняват в приемни семейства. Доминират болните деца и децата с увреждания, значителна част от които са от семейства. ДМСГД Варна извършва комплексна лечебна дейност и предоставя услуги, насочени към деца с увреждания, живеещи в семейна среда:

*„В последните години не работим с деца, лишени от родителски грижи, а с деца със сериозни здравословни проблеми, изискващи активна медицинска помощ. Другата група са деца от семейства, които имат двигателни проблеми и сме им създали условия за комплексна рехабилитация. Изключително удовлетворяващо е това, което се случва, защото при 48% от децата успяваме напълно да възстановим техните дефицити. Възможността, която предоставяме на родителите е, че могат да водят децата си извън затвореното семейно пространство. Има деца, при които не може да се постигне голям напредък, но могат да идват тук.“* (интервю с ръководен кадър на ДМСГД)

Към момента на прякото наблюдение /април 2017 г./ в ДМСГД – Варна са настанени 47 деца на възраст от 0 до 10 години с увреждания. От началото на 2017 г. до този момент са приети 4 здрави деца, настанени с полицейска закрила. Престоят в ДМСГД Варна на тези деца е кратък, не по – дълъг от 1 месец, т.е. не се стига до настаняване с решение на съда.

### **Какви дейности са застъпени в настоящата организация на работата и функции на ДМСГД Варна?**

#### Отделение за доотглеждане на недоносени деца

В отделението за доотглеждане на недоносени деца се осъществява продължително медицинско наблюдение на кърмачета до 6 месечна възраст с ниско тегло и в медико-социален риск, в съответствие с нормативните изисквания. Отделението приема деца, родени с ниско и екстремно ниско тегло, родени и изведени от интензивните неонатологични отделения на родилните домове във Варна, Търговище, Разград, Шумен и Добрич. През 2016 г. през отделението са преминали 118 новородени. Капацитетът на отделението е 20 легла. В отделението по график работят 19 медицински и немедицински специалисти. В отделението има изработени индивидуални планове за квалификация.

Във връзка с ранната здравна интервенция на всяко недоносено дете се правят множество изследвания и се провеждат консултации с различни специалисти. Това ускорява процеса на поставяне на точна диагноза и предприемането на бързи действия за решаване на здравословните проблеми на бебето.

#### Център за ранна интервенция и рехабилитация

Центърът за ранна интервенция и рехабилитация е разкрит на територията на ДМСГД Варна преди 16 години. В него се извършва диагностика, лечение и рехабилитация на деца със специални потребности: неврологични; ортопедични; родово-травматични увреждания; вродени и генетични заболявания; логопедични и поведенчески проблеми; както и деца с изявен медицински риск - родени преждевременно с ниско тегло, с хипоксемично-исхемична енцефалопатия, мозъчен кръвоизлив.

С намаляване броя на децата за резидентна грижа през последните години капацитетът на центъра се разширява и за децата от семейства в общността, които имат двигателни проблеми, проблеми в говора, психични отклонения. Най-голяма е ползата за децата от отдалечените населени места. Те могат да постъпват ежемесечно за рехабилитационни процедури. Има осигурени условия за безплатен престой на родителите.

Работата в екип е основен принцип в дейността на центъра. В него функционират три мултидисциплинарни екипа, във всеки от които е включен психолог. По преценка на ръководителя на центъра, всяко новоприето дете се насочва към един от трите екипа. Приеманият екип изготвя програма за работа с детето. Договорът с родителите за ползване на услугите в центъра се сключва от социалния работник. Екипите от специалисти поддържат непрекъснато своята квалификация чрез курсове в Специализирана болница за рехабилитация на детска церебрална парализа „Св. София“ в гр. София, участие в клиничната програма „Детето и неговите симптоми“ и др.

В центъра могат да постъпват деца от цялата страна с направление от ОЗД по местоживееене. За децата от други населени места престоят на детето, заедно с придружителя, са безплатни.

Родител участник във фокус група на родители на деца с увреждания споделя, че след дълги обикаляния по болници и различни специалисти детето не е получило „конкретна диагноза, а само становище“. Диагноза е получена в ДМСГД Варна.

*„После от София и от Виница /квартал на Варна, в който се намира ДМСГД/, си получихме диагнозата – аутистична форма, възможно най-леката. Опитавме да отидем на процедури, подходящи за нашето дете в Добрич, но не ни хареса. Насочиха ни към Виница, където сме доволни.“ (фокус група с родители на деца с увреждания)*

Насочените за логопедична рехабилитация деца са основно с артикулационни нарушения в развитието. Паралелно се работи и за социализацията и интеграцията на децата в масовите детски заведения.



Медицинската дейност се отразява в История на заболяването и Рехабилитационен журнал. Редовно се изготвя и изпраща доклад за актуалния здравен статус и рехабилитационни процедури към ОЗД за децата, насочени от тях.

Психотерапевтичната работа се извършва според спецификата и психичната структура на детето. Родителите се консултират, като с всеки от тях се провежда първично психологическо интервю. На следващ етап се работи съвместно дете-родител.

В мултидисциплинарните екипи е включен и тифлопедагог, който работи с бебетата и децата с проблеми в зрението. Като всеки от специалистите в този екип, тифлопедагогът обучава родителите и е разработил подход за ефективното им включване в работата му с децата. Тифлопедагогът работи с детето в присъствието на майката и много често я ползва като помощник в своята дейност. Гласът на майката успокоява и дава слухова опора на незрящото дете.

Разбирането, което споделят всички специалисти работещи в центъра е, че ранното обхващане на децата до 3 годишна възраст и съвременното обхващане на рисковите групи деца, прилагането на ранната интервенция и медицинска рехабилитация водят до пълно възстановяване и подобрене на децата в много голям процент от случаите на центъра (до 90%).

### **Дневен център за деца с двигателни и други увреждания**

Дневният център за деца от 0-7 години с увреждания на опорно-двигателния апарат от централен или периферен произход, с или без психически отклонения е разкрит през 2009 г. на територията на ДМСГД Варна след основен ремонт и нова материално-техническа база на съществуващите помещения със субсидии по програма ФАР. Дневният център предоставя услуги за деца от семейства под формата на целодневна грижа. Услугата е създадена за да могат децата да имат равен достъп до висококвалифицирани услуги. Осигурено е превозно средство, която взема сутрин децата от домовете им и ги връща обратно около 16 ч. следобед. Това дава възможност на родителите да ходят на работа и да водят активен социален живот, спокойни, че техните деца са в сигурни ръце.

Екипът се състои от педиатър, физиотерапевт, мед. сестра, психолог, педагог, тифлопедагог, двама логопеди, трима рехабилитатори, ерготерапевт, соц. работник, детегледачки и санитарка.

При постъпване и изписване от Дневния център, както и по време на престоя в него, децата се преглеждат и консултират от педиатър. След запознаване с медицинската документация на всяко новопостъпващо дете, неговият случай бива обсъждан на екипна среща и се изработват индивидуална програма и план за рехабилитация. Дейността се отразява в История на заболяването и Рехабилитационния журнал. Екипът обсъжда потребностите на всяко дете при постъпване и запознава родителите с плана за рехабилитация. При постъпване специалистите изготвят входящо ниво, а при изписване изходно ниво.

На всички деца, постъпили в Дневния център се прави и консултация с психолог и психодиагностика, включваща психично развитие, емоционални прояви, познавателно развитие, личностна структура. Психологът участва в подготовката на детето за интегрирането му в масово детско заведение или училище, с асистент или ресурсен учител.

Логопедична дейност се осъществява чрез диагностика на говорните умения. Провежда се предречева рехабилитация - хранителна, стимулация по Войта и речева рехабилитация. Логопедът работи за концентрация на вниманието, за фина моторика, като включва и елементи от Монтесори терапия.

Педагогическата дейност е свързана с отглеждането, възпитанието и обучението на децата, ползващи целодневна грижа. Педагогът подпомага адаптацията на децата към групата и процеса на социализация. Ежедневно педагогът организира и участва във всички режимни моменти - хранене, разходка, игри, тържества, развлечения. Два пъти седмично децата участват в занимания по музикотерапия, провеждани от музикален педагог.

Много често Дневният център се явява продължение на ранната интервенция, започната в отделението за недоносени деца. Това създава възможност за приемственост в грижите за детето и за запазване на техния комплексен характер за продължителен период от време.

Една от интервюираните майки от фокус група на родители на деца с увреждания разказва как след прекарана патологична бременност и раждане на бебе с висока степен на недоносеност, на което са се случили всички възможни патологични стигми, свързани с недоносеността, започва да използва услугите на ДМСГД Варна. След престой в отделението за недоносени и благодарение на



професионализма на екипа в него, на детето са спестени операции и състоянието му се подобрило. Сега детето продължава да се развива и да настига връстниците си, но вече в Дневния център.

Въпреки, че основната целева група от малки деца, клиенти на Дневния център са с водещи двигателни проблеми и нарушения, напоследък се е увеличил броят на децата със смущения от аутистичния спектър, които също имат двигателни проблеми. Проблемът, пред който е изправен екипа е, че тези деца се насочват към центъра като деца с двигателни проблеми, като по този начин се запълват местата на деца с реални двигателни проблеми. Специалистите подчертават липсата на специализирани служби за детско психично здраве, както и на специализирани дневни центрове за деца с психични заболявания, в това число с аутизъм, особено в ранна възраст.

#### Отделение за хронично болни и малформативни деца /ОХБМД/

Наблюдението на ОХБМД представлява интерес от гледна точка на натрупания опит в лечението и грижите за деца в много тежко, често в терминално състояние. Опитът на отделението е полезен за осмислянето на концепцията за предоставяне на палиативна грижа в новите ЦКОДХЗУ.

Отделението за хронично болни и малформативни деца е структурна единица в рамките на ДМСГД Варна. Повечето от децата в отделението са над 7 годишна възраст /при стандарт до 7 г./, но вследствие на заболяванията си, имат психомоторно развитие, съответстващо на деца от ранна детска възраст.

В отделението работят 26 медицински и немедицински специалисти: началник отделение с призната специалност по педиатрия, старша медицинска сестра, педагог, логопед, кинезитерапевт, рехабилитатор, осем медицински сестри, десет детегледачки и две санитарки.

Основната дейност в ОХБМД е лечебна. За изминалата година са извършени 521 клинични прегледа и 108 консултации с тесни специалисти за доуточняване на диагнозите и проследяване на отделните заболявания. В отделението се извършват физиотерапевтични и рехабилитационни дейности, както и тифлопедагогическа дейност. Логопедичната дейност включва ранна логопедична диагностика /логопедичен статус/, предречева рехабилитация и речева рехабилитация. Това отделение изпълнява функцията на звено за палиативна грижа и има натрупан значителен опит в грижата за изключително тежко болни деца с множество увреждания.

Един от психолозите, който работи с екипа на ОХБМД, както и с някои от децата, настанени там, споделя с нас случая на момиче, което бива настанено в терминално състояние. Тя е родена през 2006 г. силно недоносена, със слепота и с множество увреждания. От раждането си е отглеждана в различни ДМСГД и в дом за деца с умствена изостаналост. Многократно бива хоспитализирана по повод на остра бъбречна, дихателна и сърдечна недостатъчност, остър панкреатит. След консултация с детски хирург ѝ се поставя гастростома. В началото на 2014 г. бива настанена в ДМСГД Варна, като за нея се оборудва самостоятелна стая със специално противодекубитално легло, което се затопля.

Организиран се комплексни медицински грижи, но първоначалната нагласа на персонала е, че това момиченце е настанено в отделението, защото умира. Т.е. персоналет не вижда перспектива за Н.

*„Преведоха го тук, за да умре при нас. Тя циркулираше в думите на персонала, че те „не са виждали“ дете с такава тежка хипотрофия. След това започнаха грижите около базовите потребности: преобличане, тоалет“.* (психолог, ДМСГД)

Психологът разказва за екипната дейност на персонала на отделението и усилияето на всички да върнат страдащото дете към живота и споделя колко трудно е било в началото за тях да повярват, че могат да помогнат. Три фактора допринасят за промяната на тази първоначална нагласа на персонала: работата в мултидисциплинарен екип с участието на двама от психолозите на дома, в който се отваря място и се споделя гледната точка на всеки един член на персонала на ОХБМД; възможността за терапевтична работа с детето на психолог със значителен клиничен опит; системни клинични супервизии на екипа на ОХБМД. Така се стига до работна хипотеза на екипа, според която детето вследствие на ранната раздяла с майката, честите боледувания, предизвикали многократни хоспитализации и премествания, е развило и преживява в момента последствията от тежка кърмаческа депресия, наречена още „анаклитична депресия“ или „болест на емоционалния дефицит“. Това заболяване, което не случайно е класифицирано като болест на „емоционалния дефицит“ се изразява със срив на имунитета и повишена заболяемост, спад на тегло, поради смущения в храненето, които

в някои случаи могат да стигнат до пълен отказ от хранене и физическа смърт. Проучването на данните от анамнезата сочат, че физическите проблеми на Н. са проява на тежко и неразпознато психично страдание. Приемането ѝ в ДМСГД Варна ѝ осигурява адаптирана и постоянна грижа.

Следва психотерапевтична работа с Н., преглед и консултация от детски психиатър, клинична супервизия с целия екип на отделението. Важен детайл е, че клиничните супервизии на екипа се основават на внимателните наблюдения на всеки един негов член. Така Н. постепенно се превръща в момиченце, което има своите особености: обича да ѝ пускат музика, започва да сяда на столче в кабинета на психолога, да посяга и да хваща предмети. Фактът, че Н. започва да приема контакта с възрастния и спира да отхвърля присъствието му, прави възможни интервенциите на всички членове на екипа и създава условие за тяхната ефективност. Детето се успокоява видимо, чувства се сигурно, наддава на тегло, започва по своя своеобразен начин да общува и напредва.

Виждаме, че въпросът за психичното страдание в разбирането на едно дете, постъпващо за палиативна грижа е ключов. В случая на Н. това разбиране променя нагласите на всички членове на персонала: от очакването и ужаса тя да умре към възприемането ѝ като малко момиченце с неговите потребности, което решават да обличат в светли тонове и да му правят „момичешки прически“ и т.н.

Към момента на наблюдението Н. продължава да се отглежда в ОХБМД в ДМСГД Варна, тъй като сложната грижа за деликатното ѝ здравословно състояние и системната психотерапевтична, кинезитерапевтична, логопедична и тифлопедагогична работа не бива да бъдат нито променяни, нито прекъсвани. Случаят илюстрира същността на палиативната грижа, при която резултатите идват бавно и се изисква търпение и постоянство.

### ***Съществуват ли условия и предпоставки за въвеждане на семейно-ориентирания подход в работата на всички структури на ДМСГД Варна, които са одобрени от МЗ като структури на бъдещия ЦКОДУХЗ?***

Три от четирите структури на ДМСГД Варна, които са обект на пряко наблюдение, са отворени и приемат деца от семейства и техните родители. Те имат установена методика на работата с родителите: всеки един от специалистите в мултидисциплинарните екипи ги включва по подходящ начин в работата си с детето.

В Центъра за ранна интервенция и рехабилитация на деца с увреждания някои от родителите се обучават от няколко специалиста едновременно на всеки курс. Тъй като децата, които постъпват в него в повечето случаи са от областта, а не от гр. Варна, те се приемат за рехабилитационните курсове с придружител, член на семейството.

Специалистите от Дневния център работят с децата, като паралелно консултират, обучават и подпомагат техните родители в грижите им за тях.

В Отделението за доотглеждане на недоносени бебета се предоставя ежедневно свиждане с родителите на недоносените деца, като им се дава подробна информация за обективното състояние, предстоящи консулти, хранене и отглеждане. Тази новооткрита услуга, насочена към подкрепата на родителите е част от подготовката на трансформирането на ДМСГД Варна в ЦКОДУХЗ. Следва да отбележим, че ДМСГД Варна има дългогодишна практика в предоставянето на ранна здравна интервенция и комплексна грижа за деца, родени с ниско тегло, в която подкрепата на родителите винаги е била осъзната и надграждана във времето. Някои от родителите за първи път са имали възможност да чуят адекватни обяснения за състоянието на детето си, след превеждането му от болнично заведение или родилен дом в ДМСГД Варна. При всяко от недоносените бебета, приети в отделението, има възможност за индивидуална кинезитерапевтична програма. Специфично е, че в осъществяването ѝ се включва майката. Така например майката на дете родено в деветия месец, но с множество увреждания и поставено в кувьоз веднага след раждането, разказва: „В АГ ни повтаряха всеки ден: „*Вие защо идвате за това живо трупче*“. Докато тук го виждах всеки ден. Беше два месеца на сонда. Аз на всеки 3 часа се мъчех да му давам биберон, за да засуче. Рехабилитаторката ми показва масажки, чрез които да се стимулира засукването. Аз влизах през 3 часа при него, за да усеща майка си...“ По-късно детето бива прието в Дневния център, където продължават специализираните и комплексни грижи за него, както и подкрепата за родителите.

В последното тримесечие на 2014 г. в ДМСГД Варна бива открита услуга към програмата за по-добро обгрижване на недоносените бебета. Услугата се състои в това, че се дава възможност за

престой на майките по време на пребиваването на децата в отделението. Дава им се възможност да вземат активно участие в ежедневното обгрижване на детето, както и да получават консултации от тесни специалисти.

Единствената структура, която не е насочена приоритетно към деца от семейства и няма изработена методика за работа с родители е ОХБМД, в което се осъществява палиативна грижа. Въпросът за това как следва да се прилага семейно-ориентираният подход при предоставянето на палиативна грижа на този етап все още е отворен.

### **Изводи:**

- ✓ Структурите на ДМСГД Варна имат опит и изградени адекватни практики в предоставянето на ранна интервенция и комплексни грижи за деца със специални потребности в ранна възраст, в лечението и рехабилитацията на деца с тежки увреждания, малформации и хронични заболявания, и в предоставянето на палиативна грижа за такива деца. Профилът, базата и функциите, които ДМСГД Варна изпълнява чрез различните си дейности към настоящия момент отговаря на задачите, които МЗ възлага на бъдещите ЦКОДУХЗ.
- ✓ Услугите за деца със специални потребности и хронични заболявания предлагани от ДМСГД, не се познават и използват достатъчно от различните институции и служби.
- ✓ Три от включените в наблюдението структури на ДМСГД Варна - Отделението за недоносени бебета, Центърът за ранна интервенция и Дневният център за деца с увреждания - имат добри практики в работата с родителите на децата, за които полагат комплексни грижи, които се развиват и надграждат във времето. Това е сериозна предпоставка за системно и устойчиво въвеждане на семейно-ориентиран подход в работата на всички структури на ДМСГД.
- ✓ Включените в наблюдението структури на ДМСГД Варна разполагат със сериозни и квалифицирани интердисциплинарни екипи, които предлагат комплексни дейности на деца с увреждания и хронични заболявания в целия период на ранната възраст. Целодневната и почасова грижа са сериозни форми на подкрепа, както на децата в ранна възраст със специални потребности, така и на техните родители. Центърът за ранна интервенция създава възможност за високо специализирани комплексни грижи за деца със специални потребности от отдалечени и малки населени места.
- ✓ Опитът на Дневния център ни конфронтира с липсата на специализирани служби за детско психично здраве, както и на специализирани дневни центрове за деца с психични заболявания, в това число с аутизъм, особено в ранна възраст.
- ✓ Екипите, които полагат грижи за децата, се нуждаят от подкрепа, изразяваща се в допълнителни обучения и поддържане на квалификацията, както и различни форми на придружаване, между които особено важно място заема клиничната супервизия.

### **2.5.2.3 Институционална грижа в ДМСГД**

В настоящата секция са представени данни от посещение в друг ДМСГД в страната, който не се посочва от МЗ като един от домовете, които се планира да се трансформират в ЦКОДУХЗ със стационарна част. Не посочваме за коя точно институция става въпрос по същите причини, изложени в секция 2.3.3.3.3 по-горе, а именно, че целта на описанието е да илюстрира как функционират определени услуги и форми на грижа за деца със специални потребности в ранна възраст в страната към настоящия момент. Информацията от извършеното посещение на ДМСГД от член на изследователския екип има за цел да информира за условията на отглеждане на деца със специални потребности в институционална грижа в България през 2017 г. – практика, чието премахване е част от националната политика за деинституционализация, която се очаква да бъде окончателно завършена през 2025 г.

Институцията разполага със стационарна част и има значителен опит в отглеждането и лечението както на деца родени с ниско тегло, така и на деца с увреждания и хронични заболявания.

Към края на м. февруари 2017 г. в дома институционално настанени са 69 потребителя, 6 от които са на възраст над 7 години, в нарушение на регламента. Почти половината от децата са вписани в регистъра за осиновяване и нямат контакт с близките си. От останалите деца, само около една трета са посещавани от родители или други близки в дома. Липсата на свиждания се обяснява и с факта, че децата са настанени от отдалечени райони и родителите им нямат възможност да ги посещават.

Предвид броя и профила на потребителите едва ли с наличния персонал е възможно постигане на „индивидуален подход, осигуряващ оптимално физическо и психическо развитие на децата“<sup>152</sup> във всеки конкретен случай. Въпреки това, лечебното заведение за много от пациентите му продължава да бъде единствена възможност за подслон, а за децата в критично състояние и единствена възможност за поддържане на жизнените им функции.

Въпреки липсата на ясна визия за бъдещето на институцията на национално ниво, фактът, че в дома продължават да се настаняват и да живеят деца мотивира ръководството поетапно да обновява материалната база. Някои от извършените подобрения са на значителна стойност, вкл. сензорна зала, зали за рехабилитация и други. Както в много ДМСГД, изграден е и Дневен център за деца с увреждания.

Има големи различия в профила на настанените деца, което води до ситуации, в които деца със съвсем различен профил са настанени в едно и също отделение. Пример за това е тригодишно дете, страдащо от булозна епидермолиза, което е с нормално физическо и психосоциално развитие, но е настанено да живее в отделение с недоносени бебета. Маломерна занималня в отделението за хронично болни се ползва от потребители както в кърмаческа възраст, така и в тийнейджърска възраст без отчитане на разликите в потребностите произтичащи от възрастта.

В отделението за недоносени бебета повече от 10 години функционира възможност за настаняване на недоносени бебета заедно с майките им. Майка настанена с бебето си в сектора сподели мнението си, че услугата е изключително полезна. Тук с помощта на персонала е преодоляла страха си да се грижи за детето ѝ, което е било толкова малко, че мисълта да го поеме я е ужасявала. Първоначално е наблюдавала медицинските сестри, които докато са полагали грижи за бебето са обяснявали какво правят, постепенно с тяхна подкрепа е започнала да се включва, докато накрая уверено е започнала сама да се справя. Не си представя какво би правила без този преход между неонатологията и семейния дом. Член на ръководния персонал разказва, че в определени случаи предлага на родители на деца с увреждания настанени на институционална грижа да прекарат 3-4 дни с детето си в сектора, за да им даде възможност да опознаят детето и нуждите му и евентуално да се замислят дали не биха могли да си го вземат. Престоят не е фиксиран като времетраене, а се определя от потребностите на детето и родителите, като е имало случаи да достига повече от месец.

Макар ДМСГД да е лечебно заведение по смисъла на Закона за лечебните заведения, настаняването в него се извършва с решение на районен съд, като до постановяването и влизането на съдебното решение в сила, директор на дирекция „Социално подпомагане“ на Агенцията за социално подпомагане издава заповед за „временно настаняване“.<sup>153</sup> Задължение на отдел „Закрила на детето“ в дирекция „Социално подпомагане“ е да предостави индивидуален план на детето и план за действие.<sup>154</sup> Всичко това предполага тясно взаимодействие между лечебното заведение и дирекцията „Социално подпомагане“. Не винаги обаче, то протича гладко. Така например според член на ръководния екип на ДМСГД, ако на дете без родители предстои планова операция, информираното съгласие за нея трябва да се подпише от директора на дирекция „Социално подпомагане“, който обаче винаги отказвал и затова операцията се извършва със съгласието на ръководителя на ДМСГД. Също така, липсват приемственост и ефективни взаимодействия в най-добър интерес на децата, които се извеждат от ДМСГД. Извеждането към ЦНСТ на децата с увреждания се разглежда като противоречащо на техния най-добър интерес, поради липсата на условия за посрещане на нуждите им в такива резидентни услуги.

На територията на дома форма на междусекторно взаимодействие представлява дейността на мултидисциплинарните екипи, в които освен медицински специалисти са включени рехабилитатор, психолог, логопед, педагог и социален работник. Според ръководството, щатът за педагози е наследство от времето, когато в дома е имало деца „годни“ да бъдат обучавани. В актуалната ситуация ролята на педагозите се е обезсмислила защото няма с кого да работят, но тъй като фигурират като задължителни членове на мултидисциплинарните екипи е наложително да ги има.

152 Чл. 13, ал. 2 от Правилника за устройството и дейността на домовете за медико-социални грижи за деца

153 Пак там, чл. 17, ал. 3

154 Пак там, чл. 19, ал. 4



При посещенията не бе получена информация за деца, които посещават детска ясла или детска градина, както е регламентирано.<sup>155</sup> През предходната 2015/2016 учебна година, две деца са посещавали масова детска градина. Петте деца в задължителна училищна възраст през учебната 2016/2017 г. се обучават в изнесени паралелки на помощно училище в сградата на ДМСГД, т.е. обучението им не води до приобщаване и социално включване. Деца се извеждат и от служители на дома и от доброволци основно в двора на институцията или в непосредствена близост. Сградата на ДМСГД е разположена в тих жилищен квартал обграден от къщи с дворове и за децата представлява интерес например да гледат съседските кучета.

Персоналът има нужда от допълнителна подкрепа, изразяваща се в обученията. Към това насочва фактът, че в дискурса на някои от работещите там липсва разбиране за последиците от дълготрайна институционална грижа върху детето. Някои примери свидетелстват и за липса на холистичен подход във възприемането на детето със специални потребности - например медицинска сестра, която говори пред дете с хидроцефалия, че никой не е очаквал, че то ще доживее до тази възраст, все едно, че то не чува и не разбира, т.е. няма отношение към човешката реч).

Макар броят на настанените деца в ДМСГД значително да намалява през последните години, институцията продължава да е единствена възможност за много деца с увреждания и хронични заболявания, които са с медико-социален риск, както и да запълва празноти в системата от услуги за малки деца със специални потребности и да приема такива, които няма къде другаде да бъдат настанени.

## 2.5.3 Социална сфера

### 2.5.3.1 Финансово подпомагане

ЕР на ТЕЛК дава право на финансово подпомагане за освидетелстваното дете въз основа на заявление-декларация по образец за всеки отделен вид помощ. Семейните помощи за деца се отпускат със заповед на директора на съответната дирекция „Социално подпомагане“.

Ако до навършване на 2-годишна възраст на детето се установят трайни увреждания (50 и над 50 на сто според ЕР на ТЕЛК), на майката се изплаща допълнителна еднократна помощ в размер, определен ежегодно в държавния бюджет за съответната година, но не по-малък от предходната година. За 2017 г. размерът на еднократната помощ остава непроменен от предходната година – 100 лв. Месечни помощи за отглеждане на дете до една година, които се предоставят на майката (осиновителката), чийто доход на член от семейството е под нормативно определяния ежегодно праг, се предоставят за отглеждане на дете с трайни увреждания до навършване на 2-годишна възраст на детето, независимо от дохода на семейството.

От 1-ви януари 2017 г. с промени в Закона за семейните помощи за деца, държавата замени „месечната добавка“ за деца с трайни увреждания с „месечна помощ“. Размерът на тази помощ бе увеличен и диференциран с оглед на степента на увреждане на детето, като нивата през 2018 г. са както следва: за дете с определени 90 и над 90 на сто вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност, когато се отглежда от родителите си - 930 лв., ако обаче е настанено в семейство на близки или роднини или в приемно семейство – сумата е 490 лв.; за дете с определени от 70 до 90 на сто вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност - 450 лв. или 420 лв., ако е настанено в семейства на близки или роднини или в приемно семейство; за дете с определени от 50 до 70 на сто вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност - 350 лв. Месечните помощи за отглеждане на дете с трайно увреждане се предоставят за задоволяване на основните и специфичните поради увреждането потребности на децата с трайни увреждания и осигуряване на грижа и подкрепа в домашна и семейна среда за децата с определени 90 и над 90 на сто вид и степен на увреждане, които се отглеждат от семействата. Получаването на такава месечна помощ възпрепятства обаче получаване на месечни помощи за дете до завършване на средно образование от семействата, чийто доход на член от семейството е по-нисък или равен на доход определен по размер



в ЗДБРБ. Независимо от дохода на семейството обаче, на семействата на деца с трайни увреждания, които са записани в първи клас на държавно или общинско училище, се отпуска еднократна помощ за покриване част от разходите в началото на учебната година.

Прави впечатление, че родителите на деца с увреждания, които са участвали в трите проведени фокус групи във Варна, Русе и Шумен, не споменават необходимостта от допълнителна финансова подкрепа, когато им се задават въпроси какво им липсва и от каква допълнителна подкрепа имат нужда. Те говорят за необходимостта от „засилена социална политика“, от услуги и специалисти в яслите и градините; споделят за ограничения капацитет на рехабилитационните центрове за малки деца, за липсата на достатъчно услуги за деца над 7 години, за липсата на подкрепяща среда и за необходимостта от обучение на учителите.

### 2.5.3.2 Подкрепа на децата със специални потребности чрез социални услуги

Както вече бе посочено в прегледа на нормативно-политическата рамка в социалната сфера, макар че някои от социалните услуги са отворени за деца от ранна възраст, предимно в периода от 3 до 7 години, те са силно диференцирани, т.е. ползват се след изявен риск за детето. Достъпът до тях се регулира от отделите „Закрила на детето“. Липсват универсални социални услуги, които да са достъпни за децата от раждането им до 7 годишна възраст, насочени към насърчаване на цялостното развитие на детето и превенция на рисковете.

*„Съгласно методиката при нас клиентите идват основно през ОЗД. От една страна, това е добре, защото се смята, че когато са с направление, те са действително клиенти, които имат нужда от услугата. От друга страна много от родителите не искат да отидат в ОЗД поради конфиденциалността, а и минава много време докато родителят подаде молба, издаване на направление, сключване на договор. Ако видим, че детето е над средния риск, информираме ОЗД. Ако рискът е под средния, работим в рамките на „доброволни клиенти“. Тогава съответният специалист прави становище дали можем да работим без направление от ОЗД или трябва на всяка цена направление от ОЗД. Имаме деца, насочени от съда за изслушване. Имаме и насочени родители от детски градини за логопедична работа, защото те нямат логопедични услуги /образователна подкрепа/. Дългосрочната цел е постигане на училищна готовност. Имаме заявки и от самите училища.“ (фокус група с професионалисти, малък град, изказване на ръководител на социална услуга)*

Социални услуги в общността, които са специализирани за деца със специални потребности и техните семейства са Дневен център за деца с увреждания /ДЦДУ/ и Център за социална рехабилитация и интеграция /ЦСРИ/. В дневните центрове се предлага както целодневна, така и почасова грижа, докато в ЦСРИ грижата е изцяло почасова. Децата с психични смущения попадат и в двете услуги, както и в ЦОП. Повечето съществуващи социални услуги, които са специализирани да работят с деца със специални потребности не обхващат възрастовата група от 0 до 3 години. Най-често капацитетът им е надвишен, поради голямото търсене и недостига на тези услуги.

*„Капацитетът е 35 ползватели. Обикновено приемаме повече и е надвишен. Децата идват с направление от ОЗД. Всички са с тежки увреждания, повече от едно. Критериите за достъп са наличие на ТЕЛК или епикриза с установена диагноза.“ (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на ръководител на социална услуга)*

Особено дефицитни са услугите, специализирани за деца с психични смущения и смущения от аутистичния спектър.

*„От услугата се ползват 28 деца. Задължително условие за постъпване е да имат медицинска диагноза за разстройство от аутистичния спектър. Към момента възрастта на децата варира между 3 и 9 години. Няма ясен критерий за подбор или оценка на потребностите. Има списък на чакащи.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

В една от малкото социални услуги за деца в ранна възраст, които представляват резидентен тип грижа (ЦНСТ), приемането на деца със специални потребности е по-скоро изключение:

*„В услугата не се настаняват деца със специални потребности в тесния смисъл на това понятие. Настанявани са обаче деца с тежка хипотрофия, вследствие от negliжиране /1 г. 4 мес./, както и недоносени деца, деца с мозъчни кисти, лека хемипареза, тежки белодробни болести – астма, хипоплазия на белия дроб, рецидивиращи пневмонии.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

Деца от 3 до 7 годишна възраст с леки увреждания се настаняват в ЦНСТ, като водещ остава извъненият социален риск.

*„В ЦНСТ, което ръководя, са настанени 5 деца, от които 2 са под 7 години. Всички те са от семейства, които не могат да се грижат за тях – нямат добри битови условия и родителски капацитет.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

*„В ЦНСТ [...] са 5 деца от 5 до 12 годишна възраст. [...] Те се настаняват от ОЗД, всички са от семейства, които не могат да се грижат за тях – нямат добри битови условия и родителски капацитет. Водят се с леки увреждания. В другото ЦНСТ, което управляваме са 7 деца и младежи, три от тях са от затворено ДДМУИ, а останалите също са настанени от ОЗД, като родителите са подписали декларация, че не желаят да се грижат за тях и децата са вписани в регистъра на Министерство на правосъдието за международно осиновяване.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

Ръководителите на социални услуги за деца с увреждания (както услуги в общността, така и услуги от резидентен тип) споделят за най-често срещаните трудности в тяхната работа. На първо място се извежда проблемът с недостиг на човешкия ресурс, текучество, липса на специалисти.

*„На шест месеца правим детайлни оценки на всяко дете по отношение на моторика, познавателно развитие, езиково, емоционално-поведенческо и социално развитие. Разработваме шестмесечен план с цели, изведени от констатираните основни проблеми. Една от основните пречки е трудното намиране и задържане на персонал поради ниските заплати и трудната работа. Формирането на подкрепяща среда е трудно за обяснение предвид различните увреждания, дефицити и произтичащите от тях нужди.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

*„Затруднява ни липсата на човешки ресурс, например да водим дете/деца на рехабилитация или други процедури в продължение на цял месец. Когато при нас има дете със специални потребности, винаги сме имали нужда от допълнителна, било то и само експертна или директна подкрепа.“ (фокус група с професионалисти, голям град)*

Когато специалните потребности на децата, ползващи социални услуги, са свързани с психични проблеми и страдания, тогава много от трудностите са свързани със самите методи на работа и подценяването на терапевтичната работа.

*„Всички деца от този спектър попадат в категорията „деца с увреждания“ и със специални потребности. Моята работа беше под формата на индивидуални терапевтични сесии и подкрепа в групата. Трудностите ми идваха от неоптималната организация на работното пространство и от negliжирането на постиженията и необходимостта от терапевтичните сесии. Една от основните пречки за ефективна работа с тези деца и за формиране на подкрепяща среда в случая е прекаленият стремеж от специалистите да бъдат обучавани, възпитавани и сведени до „нормалността“ чрез отнемане на необходимото лично пространство на децата, което в голяма част от случаите доведе до обратен ефект и сблъскване с невъзможността.“ (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на психолог)*

Специалистите от ЦОП изтъкват необходимостта от обучение на учителите и на хората, които работят в яслите и детските градини в посока на ранното разпознаване на специалните потребности на децата и своевременното им насочване към социални услуги. Друг нерешен проблем е продължителността на направленията, издавани от ОЗД, особено когато става дума за деца със

специални потребности и техните семейства, които се нуждаят от продължително придружаване. Действащите в момента методики на социалните услуги се явяват по-скоро ограничителни в това отношение.

*„Съгласно нашата методика, АСП непрекъснато говори, че с един клиент не може да се работи много дълго време. А ние имахме едни момичета близначки, които завършиха средно образование сега, имат семейства, за тях ни давах многократно направления по 6 месеца и ние ги придружавахме.“ (фокус група професионалисти, малък град)*

Внимателен анализ заслужава примера на семейно-консултативните центрове и особено на този в Нови Пазар, който е анализиран в по-горен раздел. Работата на СКЦ не е стагнирана от ограниченията на нормативната регулация на социалните услуги, която засяга насочването, входа към услугата, обхвата на целевите групи и продължителността на работата. Мобилността и програмният подход позволяват на екипите на СКЦ да идентифицират деца със специални потребности и да предоставят интегрирани услуги, насочени към предотвратяване на социалното им изключване. Така СКЦ във Велики Преслав помага да се отвори група на детска градина в село, в което има много деца в предучилищна възраст. СКЦ в Нови Пазар работи продължително време за това едно дете с аутизъм да бъде прието в местната детска градина. Въпреки техните усилия детската градина отказва приема на детето, но семейството му има подкрепата на разширеното семейство и го водят периодично в специализирана социална услуга в Шумен.

### **Изводи:**

✓ При включените в настоящото проучване социални услуги за малки деца със специални потребности се забелязват затруднения в междусекторното сътрудничество и вертикалните взаимодействия. Социалните услуги, които могат да се ползват от деца със специални потребности в ранна възраст не достигат. Особено малобройни и недостатъчни са социалните услуги за деца, чиито специални потребности произтичат от психични проблеми, заболявания, страдания. Настаняването в съществуващите услуги изисква ТЕЛК или медицинска диагноза, което изключва възможността за първична превенция.

✓ Основните трудности, които заявяват работещите в социални услуги за деца със специални потребности са свързани с липсата на достатъчно и квалифициран персонал, ниските заплати и свързаното с това текучество; продължителността на направлението, издавани от ОЗД, особено когато става дума за деца със специални потребности и техните семейства, които се нуждаят от продължително придружаване, като действащите в момента методики на социалните услуги се явяват по-скоро ограничителни в това отношение. Налице е недооценяване на терапевтичната работа с деца, за сметка на усилията да бъдат „нормализирани“. Има затруднения в другите сектори относно ранното разпознаване на децата със специални потребности.

✓ Подкрепата на родителите е част от работата на социалните услуги, които приемат деца със специални потребности, но е необходима дискусия между различните специалисти и услуги за същността, целите и принципите, необходими за прилагане на подход, ориентиран към семейството.

✓ Примерът на семейно-консултативните центрове, включени в изследването, показва, че универсалният достъп до услугата, нейният проактивен и мобилен характер, допринасят за разрешаването на съществуващите проблеми в междусекторното взаимодействие в работата с деца със специални потребности и техните семейства.

### 2.5.4.1 Гарантиране на правото на образование на децата със специални потребности

Интеграцията на деца със специални потребности започва преди дванадесет години с промени в Закона за народната просвета, които дават възможност децата да постъпват от специални детски градини в специални групи в масова детска градина или в масова група на детската градина. Оттогава до сега процесът на образователна интеграция е напреднал и бележи своите специфики - затрудненията и проблемите, както и отбелязания напредък. Последното е основно по отношение на броя на децата със специални потребности, които се обучават в общообразователна среда.<sup>156</sup> Данни за броя на тези деца обичайно не се публикуват от МОН и едва след поискване по Закона за достъп до обществена информация се предоставят, основно на НПО във връзка с работата им по проекти. В настоящия обзор са използвани данни и информация от оценка на Националната стратегия за закрила на детето 2008-2018 г., която е проведена по заявка на ДАЗД през 2012 г. от Консорциум „Джънкшън – България“.

Системата развива два вида среда за децата - обща и специална. Традиционно специалната среда е запазена и до момента в училищата за деца със сензорни увреждания - с нарушено зрение и увреден слух. Това отчита необходимостта от интензивна терапевтична работа с деца от страна на работещите там рехабилитатори, която не може да бъде осигурена в масови градини. Въпреки, че ЗПУО въвежда принципа на приобщаващото образование, с което би следвало да се премахне именно специалната образователна среда, на практика тя се запази за малките деца със сензорни увреждания.

В образователната система има 60-годишна логопедична практика в образованието, която е създала места за логопедични групи в някои детски градини, както и логопедични детски градини за деца с езиково-говорни нарушения от 3 до 7 години. Въпреки, че се закриват с новия закон, в образованието практиката за логопедично обследване се счита за златния стандарт за помощ, чрез разпознаване на проблеми свързани с езиковото развитие на детето и с обучението като цяло. Дори все още има действаща наредба от 1973 година, според която на 3000 души население се пада един логопед. Логопедичното обследване се прави в детските градини и в начален училищен етап. Тази практика е гарантирана в градовете София и Варна, където, съответно, има държавен и общински центрове, които осигуряват помощта в градската мрежа на детските градини и училищата. Същото не може да се каже за останалите области на страната, където логопедичното обследване зависи от местни ресурси и инициативи, както и от членството на логопеда в професионалната общност, която поддържа стандарта на практиката.

С напредване на процесите на интеграция се разширяват възможностите за деца със специални потребности да постъпват и да се обучават в детските градини и в училищата. Това става с откриването през 2006 г. на регионалните ресурсни центрове във всеки областен град, които разполагат със специалисти - ресурсни учители, логопеди, психолози, рехабилитатори и други по-редки специалисти. Специалистите в центровете работят по разпределение в детски заведения и училища и със строго определен със специална наредба график от 30 часа седмична заетост.<sup>157</sup> Практиката им основно е фокусирана върху индивидуални занимания с детето в ресурсна стая. На този етап от развитието на образователната интеграция, детската градина и училището приемат избирателно деца, в зависимост от това дали детето „не е толкова увредено“, за да може поне някой ресурсен учител да се занимава с него. Приемането става след процедура за преминаване на Комисия към Регионалния инспекторат по образование (ЕКПО), която се среща с родителя и детето. Комисията издава документ, който установява „специални образователни потребности“ на детето. Процесът е направен да бъде удобен на комисията, която се събира по предварително определен график, като родителят трябва многократно да проверява кога точно и къде трябва да доведе детето си и да подготви 13 изискани задължителни документи, които да представи. Комисията трябва да направи оценка на потребностите на детето и да попълни карта по образец. Тъй като нито времето, нито условията позволяват да се направят достатъчно

156 Одитен доклад № 0300000112 за извършен одит на изпълнението на ефективността на включващото образование на децата и учениците със специални образователни потребности за периода от 01.01.2010 г. до 31.12.2011 г., достъпен на: [www.bulnao.government.bg/files/bg/Doklad\\_deca\\_MOMN.doc](http://www.bulnao.government.bg/files/bg/Doklad_deca_MOMN.doc)

157 Наредба 1 от 23. 01. 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания



задълбочени наблюдения, за да бъде точна оценката, комисиите за деца със СОП се превръщат в мъчителни чакания на опашка, разговори от по 15 минути и изнервяне на родители и деца.

Попълнената карта остава в инспектората и не придружава детето, така че да улесни учителите и специалистите в детската градина. В детската градина детето отново бива тествано с методики предимно за когнитивно и логопедично обследване. Родителите са сами в целия процес на обикаляне между детските градини, инспектората, специалисти, като често пъти нямат никаква коректна информация за законовите положения и правата на децата. Самата система за оценка и вход към образователната интеграция създава бариери чрез болезнен процес на молене, зависимост от експертите, търсене на лични контакти, нерви и хаос в разпокъсаната нормативна база и липса на достатъчно информация. Фактите за тези характеристики на процеса са коментирани в събития, организирани от Асоциация на родителите на деца с епилепсия, както и на срещи на организациите от Националния съвет на национално представените организации на и за хора с увреждания в периода от създаването на цитираната по-горе Наредба 1 през 2009 г. и въвеждането ѝ в практиката на образователна интеграцията на деца с увреждания.

Сувеличаването на броя на децата със СОП нарастват трудностите в работата с тях. Специалистите от ресурсните центрове не могат да обхванат всички деца в многообразието на техните потребности. Повишаването на броя на деца от аутистичния спектър се превръща в сериозно предизвикателство за работещите в детските градини. Напреженията между учителите и родителите са по отношение на приема и на трудността детето да посещава целодневно градината. Ресурсните учители и другите специалисти основно са насочили своята работа към училищата, а детската градина е оставена с по-малко възможности за подкрепа за децата. Един съществен проблем се очерта по отношение на приемането на деца с увреждания - физически, епилепсия и други, които без необходимите специалисти не могат да посещават детските градини. Тези деца остават извън системата и се поемат от социални услуги (ЦСРИ, ДЦДУ) или частни практики. Те не са достатъчни, за да отговорят на нуждите на децата и семействата.

*„Детето ми сега посещава Дневния център за деца с увреждания на сдружение „Дете и пространство“. Услугата му е полезна с всичко, вижда се развитие. По принцип ще тръгне на градина, искам да има повече разбиране в градината за такива деца. Искам да има психолози в детските градини и яслите.“ (фокус група с родители на деца с увреждания, голям град)*

По-комплексните случаи на деца изобщо не могат да постъпят в детската градина, както и по-късно в училище. Другата уязвима група деца са с трудно поведение, които остават неразпознати като деца със специални образователни потребности. В тази малка възраст някои от тях успяват да завършат последната група в детската градина, но с тръгването на училище те могат да имат сериозни проблеми, което се отразява на мотивацията им за учене и третирането им като ученици, които трябва да бъдат наказани. Голяма част от тези данни и изводи са направени след проведената през 2010 г. оценка за ефектите на интегрираното образование в системата и изготвения доклад до министъра на образованието и науката през 2012 г.<sup>158</sup>, непосредствено преди стартирането на пилотния проект на МОН „Включващо обучение“, чиято цел е именно създаване на условия за достъп до образование за деца със специални образователни потребности.

С новия ЗПУО се променя отговорността на детската градина и училището в посока на разпознаване на причините за трудностите на децата и учениците. Това е повратна точка за системата, защото в предходния законов ред разпознаването на трудности в ученето водеше до „освидетелстване“ и насочване към помощно училище. Сега е регламентирано ангажиране с детето за разбиране на причините за затрудненията и осигуряване на подкрепа за личностно развитие от екип от специалисти на детската градина. Подкрепата за личностно развитие е нов момент в закона и за системата, която няма установени практики за оказване на помощ. Опитът от ресурсните центрове е създал очакване и модели за ограничаване на престоя на детето със специални образователни потребности в клас чрез извеждането му „да не пречи“ на останалите деца. Новите регламенти въвеждат нови изисквания към средата, която трябва да се адаптира към нуждите на децата. Подкрепата е организирана в две нива - обща и допълнителна подкрепа, в зависимост от определянето на потребностите на детето от



допълнителен и различен ресурс. Общото ниво е в групата в детската градина, където учителят има ключова роля за развиване на диференцирани подходи, така че да може да се отговори на нуждите на много и различни деца.

Съгласно закона и Наредбата за приобщаващо образование, детската градина прилага скрининг тест при 3-3.5 годишните деца, който инструмент улавя ранни индикатори за проблеми в развитието на детето. Ранният скрининг е за целите на превенцията на рискове в развитието. Въвеждането му в системата е чрез Дейност 1 на пилотните проекти на МОН „Включващо обучение“ и „Подкрепа за равен достъп и личностно развитие“ по ОП НОИР. В рамките на дейността, която обхваща 33 детски градини, се използва инструмент създаден от екип на ИИНЧ към БАН с подкрепата на УНИЦЕФ. Инструментът дава възможност детето да бъде изследвано в четири области на развитието си - когнитивно, езиково, емоционално и социално развитие - с информираното съгласие на родителите. За децата, които не говорят български език като майчин е осигурен преводач от екипа на детската градина или чрез мрежата на медиатори в общности с различна етническа култура. Във всяка детска градина работи екип от логопед, психолог и ресурсен учител. Методиката на работа е създадена и структурирана с възможност за определяне на три групи потребности при децата на 3-3.5 г.: деца, които имат индикатори за проблеми; деца, които са в „сивата зона“; и деца, които нямат индикации. За първите две групи се предлагат структурирани занимания за логопедична работа в малка група от деца, както и програми за психомоторно развитие. За децата на 4.5 и 6 години се предоставят програми за езиково развитие. Екипите в детските градини се придружават от супервизия на своята работа от специалисти от екипа на ИИНЧ към БАН за скрининг теста и от държавния логопедичен център за езиковите програми. За деца с увреждания или с комплексни потребности се взема решение за включване на детето в програма за допълнителна подкрепа и работа с него чрез индивидуален план и в екип.

Практиката на пилотния проект се оказва успешна и обратната връзка по места за нея изразява удовлетворението на родителите от подкрепата. Същото е констатирано по време на провеждане на текущи супервизии по места в пилотните детски градини в рамките на Дейност 1, както и съобщавано на пресконференциите и събития от съобщения и популяризиране на проекта. Присъствието на специалисти на място в детската градина дава възможност за ранното разпознаване на трудности при децата и включването им в програми за езиково и психомоторно развитие. Също така се споделя, че по този начин се създава среда за изграждане на доверие с родителите, по-спокойна работа за учителите и повече различни пространства за занимания на децата. Прилагането на пилотните дейности в детските градини се благоприятства от факта на по-малко навлизане на практиката на интеграция на деца със специални образователни потребности. До голяма степен този процес се посреща противоречиво както от учителите, така и от родителите, поради много нерешени въпроси с подкрепа и промяната в методите на обучението. Като ефект, последното раздели мненията в образованието за обучението на деца със специалните образователни потребности в масова среда.

*„Дъщеричката ми посещава масова детска градина. Средата там не е адаптирана, не е подходяща за деца с ДЦП. Моето дете има желание да се движи, а те не ѝ дават, тъй като плочките били надигнати и можела да падне. Няма нужни специалисти за детето в детската градина. Учителите не са запознати. Проведох няколко лекции, за да са сигурни, че могат да я приемат в градината. Минаха месеци преди те да се почувстват спокойни. Нужно е обучение за самите учители, как да реагират при определена ситуация, да бъде обяснено на другите деца как да възприемат малко по-различните от тях. Необходимо е училище за родители, училище за учители. Малките деца нямат предразсъдъци, те виждат как реагират госпожите, ако те се отдръпнат и децата ще се отдръпнат. На моята дъщеря страшно много ѝ помагат децата.“* (фокус група с родители на деца с увреждания, голям град)

*„Моят син ходи с шина, преди съм в детската градина се налага да я маха, той може да я маха, затруднява се да я сложи. Едната госпожа му отказва помощ, другата му помага. Помагат му и децата понякога. Той ми е казал - носят му шината, чорапчето да си обуе. Колкото повече расте, толкова по-самостоятелен става.“* (фокус група с родители на деца с увреждания, голям град)

Изключването и липсата на достъп на деца със специални потребности в детските градини до голяма степен се дължи на факта, че градините са на подчинението на кмета и приемът на децата е обвързан с процедури, създадени от общинската администрация, а регионалните управления на образованието са пасивни и не се намесват при отказите на градините да приемат деца със специални потребности. Особено са засегнати децата от аутистичен спектър, хиперактивни деца и деца с физически увреждания. Ето и няколко гледни точки на практики от проведените фокус групи:

*„В детската градина се правят предимно теоретични обучения, но нищо не научаваши практически, примерно когато трябва да разпознаеш едно дете, и откакто няма ТЕЛК виждаши какво не може да прави едно дете, но какво да направя за него не знам, има нужда да се обучим как да се държим с тези деца, не съм запозната има ли такива обучителни програми, детето се нуждае от терапия, но не знам каква.“* (фокус група родители на деца с увреждания, голям град)

*„Аз ти казвам: на детето му е болна душата, защо не искаш да го заведеш на психолог? Огромна тема са родителите и това са млади хора, поколението на прехода...“* (фокус група с професионалисти, голям град)

*„Самите родители /повечето родители, поне 80% на деца с увреждания/ имат нужда от подкрепа – психологическа, морална, емоционална, някои просто са сринати.“* (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на социален работник)

*Педиатър: „Всички родители на деца с увреждания имат нужда от подкрепа, някои са адекватно ориентирани за страданието на детето, но не им стигат сили.“* (фокус група с професионалисти, голям град, изказване на педиатър)

*„Има ли го капацитетът за подкрепа на родителите на деца с увреждания?“* (въпрос на модератор към професионалисти във фокус група, голям град)

*„Капацитет за подкрепа има, но дали те го допускат?“* (отговор на педиатър)

*„Според мен трябва да се развиват допълнителни услуги в яслени заведения от 2 до 3 години. В яслите имахме усещане все едно сме в тежест, няма форма на помощ за нашите деца и майките.“* (фокус група родители на деца с увреждания, голям град)

#### 2.5.4.2 Специални групи в масови детски градини

Първите стъпки в интеграцията на деца със специални образователни потребности започват да се правят в детските градини със създаването на така наречените „специални групи“. Тази практика предхожда нормативните промени започнали през 2004 г. и продължаващи до сега. Новият закон запази специалната образователна среда за деца в предучилищна възраст основно в специалните училища за деца със сензорни увреждания - зрителни нарушения и слухови увреждания - с аргументите за необходимостта от превенция във възрастта преди постъпването в училище. Също така, функционират специални групи в масови детски градини, които са запазили традиционни практики на обучение на деца с увреждания и специфични нужди. По-долу следва описание на наблюдение на няколко такива групи, което дава възможност за изясняване на временната картина по отношение на подкрепата и обучението за децата.

След разрешение на общински администрации бяха посетени три масови общински детски градини, в които има групи за деца със специални образователни потребности. И в трите градини има по две специални групи. Историята и на трите е свързана с деца със специални потребности. Специалните групи в две от градините са целодневни, а в една - полудневна.

В първата от посетените градини, в двете групи за деца със СОП към м. февруари 2017 г. са записани общо 21 деца. Разпределението по групи се извършва не според годината на раждане, а според нивото на нервно-психическо развитие - актуалното състояние на детето към момента на постъпване в детската градина и в следствие се влияе от динамиката на развитието му. Едната група е за „по-ниско функциониращи деца“, другата група е за „по-високо функциониращи“. Във втората градина към момента на посещението има една специална група с 11 записани деца и една интегрирана група с 12 деца. Децата от интегрирана група на практика са разпръснати по масовите групи. С всяко едно от тях, индивидуално веднъж седмично работи психолог и два пъти седмично

логопед. В третата градина, в двете групи за деца със специални потребности са записани общо 23 деца, като групите са сборни.

И в трите градини в специалните групи повечето от децата са с разстройства от аутистичния спектър, значителна част са с умствена изостаналост, а някои са с множество увреждания – умствена изостаналост с детска церебрална парализа, единични са случаите на деца с епилепсия и със синдром на Даун. В една от градините има и деца със зрителни проблеми.

И в трите градини работят медицински сестри, чиито функции са ограничени основно до превантивни дейности – контролни по отношение на санитарните изисквания в градината и недопускане на деца, които носят риск за здравето на останалите /проверка на изискуемите имунизации и изследвания в началото на учебната година, както и при ежедневния прием – липса на вирусни и заразни заболявания/ и оказване на първа помощ в случай на нужда, т.е. медицинската дейност е обща за цялата градина и не е насочена към специфичните здравни потребности на децата посещаващи специалните групи. И в трите градини има деца с двигателни увреждания, които се нуждаят от специализирани занимания с рехабилитатор, но такъв не е осигурен. Не бе получена информация за наличие на директна взаимовръзка със социалната система или социални услуги.

По отношение на наличните специалисти, в едната от посетените градини работят на смени 4 специални педагога, подпомагани от 4 лели. С всяко дете се провеждат и индивидуални сесии с психолог, клиничен психолог и логопед. Във втората градина с децата работят двама специални педагога, трима психолога на половин щат и двама логопеда. В третата градина в двете специални групи на смени работят по двама специални педагога, като един е и тифлопедагог, а друг е и логопед. С всяко от децата в специалните групи работи индивидуално психолог - два пъти седмично по половин час. Според директорката и учителките около 50% от децата в специалните групи са невербални, но въпреки това в градината няма логопед - директорката изчаква новия стандарт, за да прецени дали бюджетът ще може да поеме разход за още един специалист, за да назначи логопед на половин щат.

От горното можем да обобщим, че основните функции на специалните групи, както и на масовите в детските градини са отглеждането, възпитаването, социализирането и обучаването на деца, като разликата е, че тези дейности в специалните групи са съобразени със специфичните потребности на децата, макар и да не са в състояние да отговорят на някои основни такива.

Според специалистите в градините често децата със СОП са прекалено обгрижвани от родителите си, което оказва негативно влияние върху развитието им. Макар всички да декларират, че искат децата им да са като останалите, те самите не вярват във възможностите им /например: не правят опити да махат памперсите, хранят ги с пасирана храна; когато ги водят в градината искат да ги събуват и събличат без да им дават възможност да проявяват самостоятелност/. Затова и усилията на специалистите са насочени към това да убедят родителите, че децата им могат повече. За тази цел в една от детските градини ги канят да наблюдават през заперден вътрешен прозорец дейности, с които детето им се справя успешно в групата и ги обучават в умения как да подкрепят у дома децата – например как трябва да помогнат на детето да хване правилно молив.

Специалистите работещи с децата в специалните групи и в трите градини споделят становището, че най-голямата спънка пред развитието на децата със СОП е късното им диагностициране, което възпрепятства започването на целенасочена работа с тях за преодоляване на дефицитите възможно най-ранно. Преценката дали детето да бъде допълнително подпомагано от специалисти е оставена изцяло на родителите, които обичайно отказват да приемат, че детето им има нужда от такава подкрепа. Оставят го в масова група убедени, че то ще „израсте“ проблема и ще стане като връстниците си. Според специалистите в една от градините, в масовите групи в градината има четири деца, които са за специална група, но родителите отказват да се вслушат в съветите им и да ги преместят. Според тях в масовите градини в такива случаи с децата не се работи индивидуално, в резултат на което постъпват в първи клас без готовност за училище. Дори когато децата получават ресурсно подпомагане в масови групи (два пъти седмично), то не е достатъчно.

По въпроси свързани с детето им, според специалистите в градините лекарите се ползват с най-високо доверие сред родителите. Лекарите обаче не винаги имат необходимата подготовка за да разпознаят специалните нужди на детето, както и не винаги са информирани къде биха могли

да го насочат. Изследователският екип констатира и че родителите трудно се ориентират към какъв специалист трябва да се обърнат за конкретен проблем, както и къде могат да направят това. Поради липса на достъпна систематизирана официална информация, често разчитат на помощ в родителски форуми в интернет.

От 21 деца в специалните групи в една от посетените детски градини, 9 са посещавали масови градини, някои с продължителност от 2-3 години, където според специалистите са „стояли в ъгъла“ и са загубили ценно време, през което е трябвало да бъде инвестирано в развитието им посредством работа със специалисти.

Наличието на увреждане обаче не означава, че детето трябва задължително да бъде в специална група. Приемът се осъществява не на база диагноза, а на база потребности от допълнителна подкрепа. Така например в масова група в една от градините има дете със синдром на Денди-Уокър и хидроцефалия. Прогнозите на лекарите при раждането му за кратка преживяемост и липса на самостоятелност са довели до това родителите му да го изоставят в ДМСГД и всички опити за осиновяване до момента да не са успешни. В момента детето живее в ЦНСТ и посещава детската градина заедно с още три деца от центъра. Две от тях са в специална група, а другите две, включително детето с тежката диагноза, са в масови групи с ресурсно подпомагане. Ресурсният учител работи с общо три деца в градината.

Според психолога в една от градините, „с интеграция на всяка цена мъчим всички“ и не случайно терминът „интеграция“ е заменен с „приобщаване“. Според нея в специалната група специалистите изграждат стъпалото, на което колегите им в масовите групи/класове могат да стъпят. Подпомагането на развитието на децата в специалните групи цели те да бъдат интегрирани, когато това стане възможно, което е различно от това да бъдат приобщени, т.е. достигане на определено ниво на развитие предшества интегрирането. Според нея има риск от срив, ако неподготвено дете със специални потребности бъде приобщено в масова група. С децата със СОП в градината се работи индивидуално за усвояване на основни правила за поведение – да седят на маса, да изпълняват инструкции, да взаимодействат първоначално в малка група, а после и в по-голяма с посредничество на възрастен, а после и без него. Приобщаването на децата в градината се осъществява на общи мероприятия – театрални постановки два пъти месечно, общи тържества. Когато детето е подготвено, влиза в масова група с придружител – психолог, който адаптира учебния процес в зависимост от нивото на развитие на детето. Например, ако в масовата група се изучават диви животни, придружителът подтиква детето да покаже животните в гората на картинката.

Според педагозите в градините специалните потребности на децата следва да бъдат посрещани от подготвени специалисти в подходяща за тях среда. В две от посетените детски градини има оборудвани зали за психомоторика, а сензорни зали са създадени и в трите градини.

Тифлопедагогът в една от детските градини споделя, че слухът при незрящите е особено изострен, за да компенсира липсата на зрение, което налага с тях да се провеждат учебни занятия в тиха обстановка, за да не се разсейват – в многобройните масови групи, такава обстановка според нея е трудно постижима. За незрящите деца в ранна възраст е от изключителна важност да бъде развивана тяхната мобилност. В масовата детска градина според нея няма условия за това, защото средата не е адаптирана (в групата по стената има парапет) и няма специалисти, които имат познания как ежедневно да подкрепят децата да развиват своята мобилност. В групата на разположение на децата със зрителни проблеми има различни адаптирани игри и помагала за незрящи. В градината не изучават Брайл, но се запознават общо със системата /провежда се т.нар. предбрайлова подготовка/. Когато посещават театралните постановки в градината, незрящите седят до тифлопедагога и освен да слушат театралното представление, тя им препредава с думи действието, а след представлението децата имат възможност чрез тактилни усещания да изучат куклите или костюмите на актьорите.

Съотношението специалисти–деца по време на заниманията беше максимум 1 към 3 по време на посещенията, което се дължи на факта, че тогава имаше отсъстващи деца. Работата с деца със СОП е трудна и изисква освен специализирани професионални умения, постоянно внимание и индивидуален подход към всяко дете. И тук възниква въпросът как един учител в многочислена масова група може да посрещне и потребностите на дете със специални потребности, особено ако то проявява и агресия към останалите деца (такива деца бяха видени в две от посетените специални групи).

От видяното в специалните групи и споделеното от професионалистите работещи в тях, можем да заключим, че макар приобщаващото образование да гарантира правото на всяко дете и ученик на

достъп до детска градина или училище най-близо до неговото местоживеене, както и подкрепа за личностното му развитие в зависимост от неговите индивидуални потребности, на практика системата на образование към момента не е обезпечена с достатъчно ресурси, за да изпълни тази гаранция. На този етап общата образователна среда не е готова да включи всички деца със специални потребности, което обяснява и наличието на специални групи в масови детски градини.

#### *2.5.4.3 Изводи за гарантирането на правото на образование на децата със специални потребности*

Има трудности във взаимодействията, които произтичат от липсата на единен подход в грижите и подкрепата, която се оказва. Подкрепата е в резултат на правото на децата с увреждания да имат равен достъп до образование. Приоритетите, обаче произлизат от медицинския модел, който отдава значение на физическите потребности на детето, дефицитите и ограниченията с цел корекция или компенсирането им. Развитието на детето не е част от подкрепата, която се предоставя от образователната система. Ранната грижа и образование не са част от образователната ѝ задача.

Не може да се говори за семейно-ориентиран подход в системата, доколкото родителите са ограничени в тяхното участие и възможности за сътрудничество. Взаимодействията с родителите се формират по необходимост и неизбежност, костват допълнителни усилия и ресурси на системата, характеризират се с напрежение и като цяло се приемат за бreme. Трудностите и кризите, които преживяват семействата се пренасят към детската градина и оказват натиск върху рутинната работа на специалистите.

Грижата за децата със специални потребности е частична, въпреки, че промените в нормативната уредба предхождат с години новия закон и наредби. Сериозни трудности има с обезпечаването със специалисти, подготовката на кадрите, новата нормативна регулация, която създава хаос по отношение на разпределянето на отговорностите, липсата на методическа подкрепа, администрацията и проблемите в координацията и йерархичните отношения вътре в системата, недостатъчно или липса на необходимите ресурси и като цяло нагласите на учителите към децата с увреждания.

Добрите практики рядко се популяризират и техният анализ не се представя в достатъчна степен като значим.



### 3.1 Изводи

Като резултат от събраните данни и сведения от директния диалог с представителна група от професионалисти, ангажирани с отглеждането и възпитанието на деца, от анализа на нормативната база и на получените обратни връзки, можем уверено да твърдим, че в последните години има промяна в грижата за деца в следствие на целенасочени държавни политики в България и това е дало своето положително отражение и върху грижата за деца в най-ранна възраст.

Нашите изводи са организирани в няколко части, следвайки структурата и съдържанието на изложението. Рефлектирайки върху **националната политическа и нормативна база** можем да кажем, че вследствие на активния процес на деинституционализация и развитието на публично-частното партньорство в сектора на социалните услуги за деца в риск и техните семейства, в последните години се променя активно нормативната рамка в секторите на здравеопазването и образованието, насочена към въвеждане на интегриран и междусекторен подход в стратегическото планиране за решаване на проблемите на децата в България. На практика обаче все още липсва споделена концепция между трите ключови министерства (МЗ, МОН и МТСП) за това как следва да бъдат развивани и регламентирани интегрираните услуги, както и как да се случи систематичното въвеждане на интегриран подход в секторните услуги.

Съществуват ресурси и предпоставки за подобряване на политиките за ранно детско развитие, но липсва политически документ, който да ги извежда и фокусира като водещ приоритет и инвестиция на обществото ни с най-голяма възвръщаемост. Липсата на цялостна статистическа информационна база от индикатори в областта на детското благосъстояние в България също е един от сериозните дефицити, който може да възпрепятства солидната информационна обосновааност, върху която следва да се изграждат политиките към децата и семействата.

По отношение на социалните услуги липсва гъвкавост, която да им позволи да изпълняват превантивна и подпомагаща роля с цел ограничаване на риска от детска бедност и социално изключване. В нормативно-политическата рамка е преекспониран фокусът върху децата в риск за сметка на разбирането за подкрепа към всички групи деца и родители, в т.ч. и децата в ранна възраст, преди рисковете да са се проявили.

Позицията на България като страна член на ЕС не трябва да създава свръхочаквания по отношение на формирането на нормативно-политическата рамка в областта на ранното детско развитие, тъй като тези политики са в областта на компетентност на държавите-членки. В същото време е важно да се помни, че в своите официални документи ЕС гледа на ОГРДВ като на част от социално-икономическия дневен ред на Европейския съюз. Подкрепата за деца в ранна възраст и техните семейства се разглежда като средство за постигане на социална кохезия и икономически растеж.

Изводите по отношение на **хоризонталните взаимодействия** между професионалистите и институциите с отношение към РДР могат да бъдат въведени с пожелателното „*мрежата трябва да бъде навсякъде*“, споделено от наш респондент. От анализа на обратната връзка по отношение на взаимодействията между секторите извеждаме ясно послание за необходимост от промени на всяко ниво - директна практика, управление, нормативни документи, влияние на културните ценности. Тези промени следва да са организирани около принципа за детето в центъра на системите, които представляват неговото значимо обкръжение и влияят върху развитието и формирането на детската личност. Дете-центрираният подход ще измести фокуса на внимание към факторите, формиращи средата на детето - функцията и задачата на семейството; функцията и задачите на детската градина и училището; условията на района, в който детето живее и достъпа до здравни грижи, социални и

образователни услуги; трудовата ангажираност на родителите; ценностите в доминиращата културна група за отношенията между хората. Това означава ангажиране с нагласите в обществото към децата и семействата и към ролята на системите за защита, които държавата създава.

Анализът на информацията събрана през фокус групи и интервюта дава богат материал. Поради многобройността на специфични заключения, изведени по отношение на секторните взаимодействия, само по-значимите са представени тук, и то в синтезиран вид. Те са групирани в две категории: засягащи взаимодействия *вътре в системите* и за взаимодействия *между системите*.

#### **По отношение на динамиката вътре в системите, ключовите ни изводи са:**

- Лекарите имат ключова роля за сътрудничеството с другите специалисти в здравната системата. Добрите практики са се развили на основата на изградено доверие, което намира израз в споделянето на общи цели за значението на психосоциалните грижи за детето наравно с физическите.
- Има потребност от подобряване на здравните грижи за деца със специални потребности и техните семейства чрез преодоляване на нагласите и повишаване на уменията на здравните специалисти в работата им с тази група.
- Ясно се извежда необходимостта от повишаване на уменията за екипна работа и екипен подход към отделното дете в детските градини чрез участието на учителите и другите специалисти. Тук може да помогне консултирането и външна подкрепа за детските градини.
- Увеличаването на ефективността на системата на предучилищното образование минава и през повишаване на базисните умения и на знанията за детското развитие на работещите в нея професионалисти.
- Времето да се работи активно и систематично по приобщаващ начин в детските градини отдавна е дошло. Необходимо е да се обърне специално внимание на осигуряването на условия за назначаване на специалисти за работа с деца със специални потребности - ресурсни учители, психолози, логопеди и други в детската градина.

#### **Краткият обзор на изводи по отношение на динамиката между системите е сведен до:**

- Недостигът на лекари и други здравни специалисти в малките населени места в страната е сериозна пречка пред достъпа до услуги и интегриране на дейности между здравната и социалната системи.
- По-добро познаване на възможностите и ограниченията за колегите от другите сектори би помогнало да се преодоляват предразсъдъците, стереотипите и опасенията в съвместната работа.
- Професионалистите работещи на терен отчетливо извеждат необходимост от синхронизиране на нормативните уредби, имащи отношение към ранното детство в отделните системи.
- Успешното координиране на местно ниво е от огромно значение за доброто взаимодействие между системите.
- Необходимостта от изграждане на център, координиращ взаимодействията между системите е отчетлива.
- Когато се работи в относително затворени общности, медиаторите (здравни и образователни) играят позитивна роля. Работата през медиатори е практика, която е чувствителна и съответна на културата на семейството.

Изводите по отношение на *вертикалните взаимодействия* са по-скоро песимистични. Сред професионалистите, които работят директно с децата има усещането, че нормите се правят без да се отчита нито тяхното мнение, нито потребностите, които произтичат от директната работа с деца и семейства. Това чувство за отчужденост от процесите на вземане на важни решения се проектира и върху другите аспекти на взаимодействието по вертикала. Заедно с ниското заплащане и липсата на позитивна комуникация с част от родителите, то допринася и за усещането за леко пренебрежително отношение от страна на обществото и държавата към тяхната работа.

Изводите по отношение на опита натрупан досега по отношение на *интегрираните услуги и ранната интервенция* са:

- Интегрираните услуги, насочени към ранна детска възраст в България възникват през последните години по няколко големи проекта, като „Социално включване“, „ПОСОКА: семейство“,

„Семейство за всяко дете“, както и в рамките на проекти на НПО. Те са насочени към развитие на програми, услуги и дейности за деца от 0 до 7 години, вкл. подходи за ранна интервенция.

- Понятията за ранна интервенция и ранна детска интервенция се дефинират по различни начини, което обособява необходимост от поддръжане на дискусия сред професионалните, експертните и академичните общности за това какво се разбира под тези понятия. Освен това, услугите и програмите за РИ/РДИ са водени от различно разбиране за семейно ориентирания подход и неговото прилагане, което налага воденето на професионална дискусия и по тази тема.
- Към момента няма политически документ или концепция, която да координира и планира развитието на интегрирани услуги, стъпвайки върху анализ на съществуващите добри практики в страната и постигнатите чрез тях резултати. Това води до проблеми във вертикалното и хоризонтално взаимодействие в системите за ранно детско развитие, както и в липса на устойчивост за някои от въведените добри практики и услуги (напр. създадените услуги в резултат на проект ПОСОКА: Семейство).
- Съществуващите интегрирани услуги за ранно детско развитие в страната, чрез които се въвежда подхода ранна интервенция, покриват повечето дейности, които СЗО посочва като част от него. Изключение са дейностите по психологична и/или психиатрична подкрепа и/или лечение за детето и семейството.
- Съществува тенденция устойчивостта на интегрираните услуги за ранно детско развитие да се постига чрез трансформирането им в социални услуги, което при сега действащата нормативна рамка има потенциала да унищожи техните най-съществени характеристики: универсалност на достъпа към тях, т.е. същностно превантивния им характер.
- Препятствие пред развитието на новите интегрирани услуги са проблемите в междусекторното сътрудничество. Програмите, основаващите се на подхода ранна детска интервенция, разработени от НПО, целят да преодолеят липсата на взаимодействие между здравния и социален сектор още от родилния дом.

*Семейно-ориентираният подход* се оказва една от най-трудните, но същевременно и най-богати откъм „храна за размисъл“ теми в това изследване. Един от изводите в тази връзка е че за да може грижата за детето в ранна възраст да бъде индивидуализирана, т.е. адекватна, ефективна и стимулираща, тя трябва да отчита нуждите, потенциала и ограниченията на семейството. Семейно-ориентираният подход е начинът да се индивидуализира грижата за децата от 0 до 7, тъй като техните индивидуални потребности не могат да се адресират без да се вземе под внимание какво се случва в техните семейства.

При някои общности, подходът, който работи е не просто семейно-ориентиран, а ориентиран към разширеното семейство, или най-точно казано: ориентиран към семейството през общността, от която е част семейството. Изследването показва, че засега този подход функционира поне частично успешно в маргинализирани общности, в които професионалистите успяват да наложат своя авторитет и имат възможности да влияят и да променят както децата, така и техните родители. В този модел има и някои елементи на патерналистичност; той е ефективен тогава, когато семейната среда разполага с оскъдни ресурси за развитието на детето, но среща съпротиви в среда, в която родителите разполагат с повече ресурси за обгрижване на детето.

Изводите от проведената онлайн анкета на *родителските нагласи* представляват една моментна снимка на родителското отношение към случващото се в системите за ранно детско развитие. По отношение на здравеопазването, основните проблеми в контактите и общуването с лекарите родителите виждат в затруднения достъп. Дефицитът по отношение на достъпност и комуникацията с личните лекари мотивира огромната част от родителите да търсят директно помощта на друг лекар-специалист при здравословен проблем на детето. Родителите изразяват подкрепа за идеята лекар/медицинска сестра да правят регулярни домашни посещения при децата в ранна възраст, т.е. развиването на патронажната грижа. Съществуват значителни неравенства между родителите по отношение на допълнителните разходи за медицински и здравни грижи за децата, като родителите с по-

висок образователен и икономически статус, живеещи в столицата, отделят допълнителни финансови средства за здравето на децата си.

За много от родителите услугите на детските ясли не са достъпни поради липсата на места. За всеки четвърти родител, който не е ползвал детска ясла, отглеждането на детето в семейна среда няма алтернатива, а всеки пети смята, че детската ясла не е алтернатива на родителската грижа поради ниското си качество. Родителите са най-критични към персонала поради липсата на индивидуално внимание заради многото деца в групите, negliжиране на взаимоотношенията между децата, несанкциониране на агресията между тях и липсата на достатъчна информация за случващото се с детето в детската ясла. При все това, средната оценка на родителите за качеството на грижата в детската ясла е „добра“.

По отношение на детските градини, преобладава позитивното отношение на родителите към тях, като над една трета от родителите дават оценка „много добър“. Всеки пети родител обаче твърди, че е имал проблем със записването на детето в детска градина, най-често живеещите в столицата и селата. Родителите са доволни от обучението и предучилищната подготовка, допълнителните занимания, обратната връзка от учителите за постиженията на техните деца и определят градината като безопасно място. Най-големият проблем родителите виждат във високия брой деца в групите, което води до невъзможност да се подхожда към детето индивидуално, и апелират за гъвкавост и по-ангажирано отношение към личността на детето.

Платеният отпуск по майчинство и родителският отпуск се използва от огромната част от анкетираните майки, докато ползването на отпуска от бащата или от друг член от семейството е изключение. Две трети от анкетираните подкрепят въвеждането на „бащина квота“ за отпуска, но не малка част от родителите изразяват скептицизъм по отношение възможностите на държавата да регламентира чрез политики бащинската роля. Повече от половината родители изразяват притеснения да ползват отпуск в случай на болест на детето, като най-често това са жените със средно образование, ниски доходи и живеещите в малките градове. Огромната част от респондентите защитават позицията, че семейните помощи за деца трябва да се получават от всички деца, като универсалният модел се оспорва най-вече от родителите в София.

По-голямата част от родителите, използвали социални услуги за своето дете, са доволни от качеството: достъп до услугата, условия на услугата, квалификация на специалистите, включване на родителите в услугата, психологическа подкрепа. 30-50% от родителите имат известни резерви към различни елементи от качеството на услугата. Предложенията на родителите за подобряване в сферата на социалните услуги са по отношение на квалификацията и отношението на специалистите, както и на обхвата, достъпността и условията на материалната база. Предложенията им са свързани и с активното включване на родителите – екипност и съгласуваност между родителите и специалистите.

Изводите по отношение на грижите и подкрепата за *децата със специални потребности* също са групирани тематично и касаят подкрепата за тях и семействата им от системите на здравеопазване, социални грижи и образование.

Важен извод е, че достъпът до здравни грижи за деца със специални потребности от малки населени места, отдалечени от областните центрове продължава да бъде затруднен, както и че процесът на реформи все още тече неравномерно. За някои деца с тежки увреждания и хронични заболявания, резидентната грижа продължава да бъде единствената възможност за получаване на специализирани услуги и лечение. Универсалните патронажни грижи могат да подкрепят ранното идентифициране на здравословни проблеми и забавяния в развитието.

Затруднения в междусекторното сътрудничество и вертикалните взаимодействия се проявяват особено отчетливо по отношение на подкрепата на децата със специални потребности чрез социални услуги. Действащите в момента методики на социалните услуги се явяват по-скоро ограничителни, а освен това е налице недооценяване на терапевтичната работа с деца за сметка на усилията да бъдат „нормализирани“. Затрудненията на специалистите в другите сектори относно ранното разпознаване на децата със специални потребности е особено важно да се отбележи. Социалните услуги, които могат да се ползват от деца със специални потребности в ранна възраст не достигат. Особено малобройни и недостатъчни са социалните услуги за деца, чиито специални потребности произтичат от психични проблеми и заболявания. Използването на съществуващите услуги почти винаги изисква ТЕЛК или медицинска диагноза, което изключва възможността за първична превенция. Съществуването на семейно-консултативните центрове показва, че универсалният достъп до

услугата, нейният проактивен и мобилен характер, допринасят за разрешаването на съществуващите проблеми в междусекторното взаимодействие в работата с деца със специални потребности и техните семейства.

Подкрепата на децата със специални потребности в образователната система е в резултат на правото на децата с увреждания да имат равен достъп до образование. Тук също са налице трудности във взаимодействията, които произтичат от липсата на единен подход в грижите и подкрепата, която се оказва. Нерядко приоритет се отдава на физическите потребности, дефицитите и ограниченията на детето, с цел корекция или компенсирането им. Цялостното развитие на детето не се разглежда като част от подкрепата, която се предоставя от образователната система и като част от образователната ѝ задача. Въпреки положителните промени в нормативната уредба, има сериозни трудности с обезпечаването със специалисти, подготовката на кадрите, запознаването с новата нормативна регулация, липсата на методическа подкрепа, администрацията и проблемите в координацията и йерархичните отношения вътре в системата, недостатъчните ресурси и като цяло нагласите на учителите към децата с увреждания. Добрите практики не се популяризират и техният анализ не се представя в достатъчна степен като значим. Тук отново, и дори по-отчетливо стигаме до извода, че един от ключовите въпроси в системата е свързан със сътрудничеството с родителите и трябва да бъде поставен в светлината на най-сигурния ресурс за детето, наред с разбирането, че колкото по-малка е възрастта на детето, толкова по-значима е тяхната роля за неговото образование.

## 3.2 Препоръки

Основната препоръка, произтичаща от това изследване е отправена към държаните институции, отговорни за развитието на системите за ранно детско развитие в България. **Тя е да се откликне на ясно изведената необходимост от дългосрочна, междусекторна, кохерентна, всеобхватна и приобщаваща политика към децата в ранна възраст** (във възрастовия диапазон от 0 до 7 години). Първа стъпка в това отношение трябва да бъде изработването на национална стратегия за ранното детско развитие, притежаваща изброените характеристики. Този междусекторен документ би довел до повишаване на координацията и комуникацията между отделните системи за ранно детско развитие. В разработването на стратегията водещ следва да бъде центрирания върху детето подход и принципа на осигуряване на висшия интерес на детето, така както е заложен в Конвенцията за правата на детето на ООН.

Представяме и другите ни специфични препоръки, повечето от които са формулирани от респондентите на изследването. Общите препоръки, които касаят всички политики и системи са:

- ✓ Приоритизиране на принципа на висшия интерес на детето при въвеждане на нормативни промени и политики на всяко ниво и във всяка от системите, имаща отношение към ранното детско развитие. Въвежданите структурни и нормативни промени следва да са консултирани с професионалисти работещи в отделните сфери и да са съобразени с правата на детето, а не с най-лесния подход за системата.
- ✓ Установяване на водеща роля на междусекторното сътрудничество и повишаване на координацията и комуникацията между отделните сектори, ангажирани с ранното детско развитие. За целта е важно въвеждането на регулярни поддържащи интегрирани обучения, във всяко от които по дефиниция участват представители на различните системи.
- ✓ Планиране и развитие на интегрирани услуги за деца от 0-7 г., и приемане на нормативна регламентация за услугите. При планирането и реализацията на услугите, насочени към ранната детска възраст следва да се отчитат нивата на първична, вторична и третична превенция.
- ✓ Преодоляване на тенденцията устойчивостта на интегрираните услуги за ранно детско развитие да се постига чрез трансформирането им в социални услуги, което унищожавя най-същественят им белег - универсалност на достъпа.



- ✓ Приемане на наредба за стандарти за ранно детско развитие, според изискванията на чл. 24 от ЗПУО, която следва да бъде широко приложима в детските заведения и услуги.
- ✓ Системно добро проследяване и оценка на възникващите добри практики, осигуряване на устойчива подкрепа за тях и тяхната последваща адаптация в страната.
- ✓ Преодоляване на дискриминационните нагласи в системите и повишаване на социалното включване на децата и семействата от ромски произход.
- ✓ Осъзнаване на борбата с бедността като основен фактор, възпрепятстващ достъпа на деца и техните семейства до услуги, които са от решаващо значение за тяхното развитие, както и възможностите на семействата да осигурят подходящи условия за развитието на детето в дома.
- ✓ Ангажиране с нагласите в обществото към децата и семействата им и към ролята на системите за защита, които държавата създава, включително и участието и партньорството с неправителствените организации.
- ✓ Осигуряване на цялостна подкрепа за семействата на деца в ранна възраст като основен подход към индивидуализиране на грижата.
- ✓ Създаване на система от универсални услуги, насочени към развиване на знанията и уменията за родителстване, достъпни (при интерес) за всички семейства с малки деца, а не само за семейства в неравностойно положение.
- ✓ Осъзнаване както на ниво политики, така и на ниво практики, че специалните потребности на деца в ранна възраст могат да бъдат както от здравен (увреждания, хронични заболявания) и образователен (СОП), така и от социален характер (бедност, социално изключване, културални специфики); осъзнаване, че често специалните потребности прекрочват границите между здравното, социалното и образователното.
- ✓ Преодоляване на трудностите в изграждането на връзките на доверие и взаимодействието с родителите на децата със специални потребности чрез взаимодействие между системите на основата на споделяне на общи ценности, език и цели, които се отразяват на нивото на политиките, практиките и културата на общността в грижите за отглеждането на децата.
- ✓ Оценяване на цялостното функциониране на детето, а не отделни затруднения в неговото развитие, най-вече при взаимодействията между звената на здравната, социалната и образователната системи. Преосмисляне на ранното разпознаване на трудности, така щото да се включват индикатори в различни области на развитието - физическо, когнитивно, психомоторно, езиково, емоционално, социално като се отчитат силните страни, а не само ограниченията и като се прогнозираят потенциалните възможности за напредък

Препоръките, произлизащи от изследването, които се отнасят до секторните политики в здравната, социалната и образователната системи са:

- ✓ Разширяване на пакета от безплатни профилактични прегледи и изследвания за бременните жени, осигурен от НЗОК, и информирание за достъпността им.
- ✓ Осигуряване на здравни грижи за неосигурените бременни жени и разширяване на възможностите им за безплатни прегледи по време на бременността. Съществуващата в момента възможност за получаване на един безплатен преглед е крайно недостатъчна, а на много места наредбата, регламентираща тази възможност не се прилага от АГ специалистите.
- ✓ Предприемане на мерки за преодоляване на съществуващите ограничения в достъпа до първична здравна помощ, особено по отношение на малките населени места.
- ✓ Въвеждане на патронажната грижа под формата на редовни домашни посещения от медицинско лице при децата от най-ранната възрастова група (0-3 г.).
- ✓ Провеждане на професионална дискусия за същността на семейно-ориентирания подход във всяка от системите (здравна, социална и образователна) и включване на тази тема в обучението на професионалистите.
- ✓ Регулярни участия на професионалистите, работещи във всяка от системите, в обучителни курсове за развитие на рефлексивни практики като ресурс за преодоляване на негативни нагласи и за развиване на ангажираността на професионалистите с емоционалната динамика на интервенциите.

- ✓ Въвеждане на конкретни стандарти за семейно-ориентиран подход във всяка от системите, които стъпват на съществуващите добри практики и на международните стандарти.
- ✓ Подобряване на достъпа до детска ясла и детска градина и предприемане на мерки за повишаване на обхвата на деца в услуги за ОГРДВ, с оглед постигане на „Целите от Барселона“. Това може да включва разширяване на формите за грижа на децата между 0 и 3 години чрез предлагане на алтернативни на общинските детски ясли услуги за отглеждане на децата.
- ✓ Активизиране участието на родителите в мониторинг на качеството и в мениджмънта на детските заведения чрез участия в обществени съвети и ежегодни проучвания.
- ✓ Надграждане на знанията и уменията на педагогическия персонал в детските градини за общуване с родителите и активното им включване в грижите за децата.
- ✓ Утвърждаване на мултидисциплинарен екипен подход на работа в детските градини и детските ясли. Осигуряване на индивидуализиране на подкрепата, като наличието на различни специалисти ще даде възможност за отваряне на подкрепата не само към детето, но и към родителите.
- ✓ Осигуряване на подготвени специалисти в областта на ранното детско развитие и широко обучение за философията на приобщаващото образование, което ще даде друг поглед в образователната система към основната ѝ задача спрямо детето в ранна възраст.
- ✓ Повишаване на контрола в детските ясли по отношение на здравословната среда и хигиената в помещенията, в които се отглеждат децата.
- ✓ Стимулиране чрез законодателни и данъчни мерки работодателите, наемащи родители с малки деца, да осигуряват гъвкаво работно време, ползване на отпуски при болест на детето и на почивки.
- ✓ Стимулиране на проактивната роля на бащите в отглеждането на малките деца чрез включване в работата на институциите, предоставящи детска грижа, провеждане на обществени кампании за споделено родителство и навлизане на повече мъже в помагащите и педагогическите професии.
- ✓ Въвеждане на методи и механизми за ранно разпознаване на трудности в развитието във всяка от системите. При децата с трудности в развитието, системата следва да се напаса към детето, а не то към системата.
- ✓ Промени в изискванията за ползване на социални услуги от деца със специални потребности в ранна възраст, за да може да се използват ефективно за предотвратяване и ограничаване на рисковете, които могат да произтекат, ако тези деца и семействата им не могат да получат своевременна подкрепа.
- ✓ Закриване на ДМСГД и недопускане на пренасяне на институционалния модел на грижа към услугите възникващи като тяхна алтернатива. Насочване на процеса на деинституционализация основно към първична превенция и комплексна подкрепа на биологичното семейство създавайки мрежа от подкрепящи услуги, а не раздробявайки големите институции на по-малки резидентни.
- ✓ Разкриване на планираните ЦКОДУХЗ, които да осигуряват високо качество на медицинска ранна диагностика и интервенция, продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи във всички областни градове, за да се подобри достъпът и предотврати раздяла на децата с увреждания от семействата им поради отдалеченост на местата за специализирани грижи.

*Даваме си сметка, че не всяка от препоръките може да бъде реализирана бързо и лесно, но искрено се надяваме те да обединят експерти и институции в една общност от съмишленици.*

### Анекс I: Подробен преглед на системите за ОГРДВ във Франция, Германия и Норвегия

#### 1. Франция

##### 1.1 Специфика и общ поглед върху системата за ОГРДВ

Характерно за френския опит е съществуването на различни и много гъвкави форми за отглеждане и образование на децата в ранна възраст. Около 45% от децата под 3 г. посещават услуга от типа колективна дневна грижа под формата на детска ясла или детски център, които са под шапката на Министерството на социалните дейности, а 95% от децата на възраст 3-6 г. посещават т.нар. „*ecoles maternelles*“, предучилищни програми, ръководени от Министерство на образованието.<sup>159</sup>

Финансирани през данъците на работещите и работодателите, „*ecoles maternelles*“ са безплатни (с изключение на една такса за обяд на децата, която обаче е субсидирана за най-бедните семейства), а цената на услуга за отглеждане на дете под 3 г. се заплаща до около 25% от родителите.

Предучилищното обучение и възпитание в „*ecole maternelle*“ следва национално-приет стандарт, в който са зададени цели относно психо-моторното, академичното и социалното развитие на децата. Разнообразните форми на детска грижа под 3 г. преминават през задължително акредитиране от специални служби по закрила на майчинството и поддържат високи професионални стандарти, като голяма част от персонала има висше или средно специално образование.

По отношение на децата до 3 г., целта на системата за ОГРДВ е да се стимулира избора на родителите, т.е. да се даде възможност те сами да решават дали да се грижат лично за детето си в домашна обстановка, като, ако се налага, да престанат да работят, или да се доверят на грижите на детските заведения и да продължат да работят. За децата между 3- и 6-годишна възраст, целта е да се осигури тяхното обхващане в системата на „*ecoles maternelles*“. Тя се разглежда едновременно като подходяща среда за развитие на всички компоненти на детската личност – емоционален, социален, интелектуален, физически и пр., както и като неразделна част от училищното образование, чрез която децата се социализират за пребиваването си в училищната среда. Разбирането за тази фаза е като такава с решаващо значение за успешния житейски старт. Родителите оценяват ходенето на предучилищна детска градина както като шанс за по-добра подготовка за децата си, така и като безплатна форма на грижа за тях. Детските градини допринасят за социалното равенство между децата, тъй като там е времето и мястото за идентифициране и компенсиране на евентуалните затруднения в усвояването на знания и умения. Те, например, представляват сериозен етап в запълването на езиковите дефицити на децата, преди да започне обучението по четене и писане.

##### 1.2 Водещ орган и координиране на предоставянето на услуги за ОГРДВ

Системата за ОГРДВ във Франция е разделена по възраст на децата – отговорностите за грижата за децата 0-3 г. са поделени между Министерството на социалните дейности и труда и Министерството

159 [https://webgate.ec.europa.eu/fpifs/mwikis/eurydice/index.php/France:Early\\_Childhood\\_Education\\_and\\_Care](https://webgate.ec.europa.eu/fpifs/mwikis/eurydice/index.php/France:Early_Childhood_Education_and_Care)

на здравеопазването, докато тези за децата 3-6 г. (от 6 г. започва училищното образование) са под шапката на Министерството на образованието.

На национално ниво, Министерството на социалните дейности и труда и Министерството на здравеопазването, заедно с Националния фонд за семейно подпомагане (*Caisse Nationale des Allocations Familiales – CNAF*) разработват целите на програмите и услугите за ОГРДВ и разпределят ресурсите, които се предоставят на Регионалните фондове за семейно подпомагане (*Caisses des Allocations Familiales - CAF*) за период от 4 години. На местно ниво, децентрализираните *CAF*, в сътрудничество с общините и неправителствените организации разработват **ОГРДВ услуги** спрямо местните нужди и администрират раздаването на семейните помощи и субсидиите на услугите за детска грижа.

### 1.3 Видове услуги за ОГРДВ и публично-частно съотношение на предлагането

Организираните форми на ОГРДВ във Франция могат да бъдат детски ясли („*crèches*“) за деца 0-3 г. и детски градини („*écoles maternelles*“) за деца 3-6 г. (в някои общини от 2 г.). Индивидуалните опции за грижа са асистенти на майката („*assistantes maternelles*“), което представлява семеен тип грижа в дома на доставящия услугата, който се грижи за между 1 и 3 деца по установен график; и детегледачески услуги („*garde à domicile*“, буквално „домашни грижи“), т.е. наемане на детегледач за отглеждане в дома на родителите. Последната опция се увеличава като ползване през последните години, но макар финансово обезпечена чрез предоставянето на специална родителска надбавка, тя не е регулирана от гледна точка на стандарти за квалификация или откъм съдържателната програма на доставящия услугата. Асистентите на майката, от друга страна, биват акредитирани от Председателя на Областния съвет (*Conseil Général*), след като Службите по защита на майчинството и детството (*Protection maternelle et infantile, PMI*) са дали своето съгласие;

Организираните форми на детска грижа за деца на възраст 0-3 г. се делят още на: *crèches collectives* – услуги, предоставяни от общините, департаментите или НПО-та; *crèches parentales* – родителски кооперативи, т.е. структури, където дневната грижа за децата се извършва от родители; *crèches familiales* – семейни ясли, които представляват *доставчици на дневна грижа от семеен тип*, свързани като форма с асистентите на майката, които биват наемани на заплата, за да работят там; *crèches d'entreprise* – ведомствени детски ясли в публичния сектор и болниците; *centres multi-accueil* – отворен тип центрове и *haltes garderies* – центрове, предлагащи временна грижа за по няколко часа. Това са най-често използваните видове грижа.

„*Écoles maternelles*“ са най-старият компонент на френската система за ОГРДВ, предлагащ безплатни целодневни грижи и обучение за деца от 3 до 6 години (в някои случаи за деца от 2 г.). Учителите са с 4-годишно висше специално образование. Децата са разделени на 3 групи според възрастта си – 2-3-годишни, 4-годишни и 5-годишни. Един учител, заедно с един помощник, преминал обучение за детска грижа, работи средно с 25 деца. Децата получават топъл обяд, консултиран с диетолог, за който родителите плащат съобразно доходите си.

През 2004 г. е отчетено увеличение на услугите за ОГРДВ, предлагани от НПО за последните 20 г. – от 10% на повече от 40%. НПО-секторът е допринесъл за създаването на всеки две от три места за отглеждане на деца през последните 10 г., което възлиза на 3700 услуги с 87 000 места в тях. Поспециално НПО-тата са допринесли за увеличаването на иновативни и гъвкави форми на грижа от рода на *haltes-garderies*(47%), *mini-crèches*(55%) и центрове за деца и родители (70%).<sup>160</sup>

## 1.4 Обхват на децата в услуги за ОГРДВ. Наличие и достъпност. Равенство на достъпа.

Децата на възраст 3-6 г. имат осигурено място в предучилищната форми за грижа и образование “*école maternelle*”, поради което в тази група обхватът е почти 100%, но в много общини в тях се приемат и деца на 2 г., поради което около 12% от децата на 2 г. също са включени в тези програми.<sup>161</sup> Общо около 52% от децата 0-3 г. получават някаква форма на грижа с държавно участие (детска ясла или “*école maternelle*”).<sup>162</sup>

Центровете за свободно време (*Centres de loisirs sans hébergement, CLSH*) предлагат услуги за деца на възраст 3-6 г. след учебните часове или по време на ваканциите. Около 53% от тези центрове се управляват от НПО, 42% от общините и 5% от бизнеса, САФ или частни лица.<sup>163</sup> Те са отворени за около 100 дни през годината. Самите “*écoles maternelles*”, както и училищата все по-често предлагат извънкласни занимания, свързани с отдих и забавление, както и помощ за домашните на децата.

Задължение на държавата е да осигури правото на непрекъснато образование на децата с увреждания, по силата на приетия през 2005 г. Закон №102 за равните права, възможности, участие и гражданство на хората с увреждания. Децата със специални потребности се обучават в масовите училища в специални паралелки, когато това е възможно или ако не е – в специални училища, в които обучението може да е целодневно или полудневно. Помощ за обучение вкъщи също е възможна. От 2001 г. е въведена междуведомствена политика, с която е създадена позицията „училищни асистенти“ (*Auxiliaires de Vie Scolaire, AVS*), които подпомагат децата да участват в учебната дейност в клас. През 2015 г. броят на учениците с увреждания, посещаващи масовите училища се е удвоил на 278 978.<sup>164</sup> Различни медико-социални структури вземат участие в това усилие, особено Центровете за ранно медико-социално действие (*Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, CAMSP*), като дават съвети и подкрепа на родителите и учителите в “*écoles maternelles*”.

В обществените детски ясли децата от семейства, изпитващи икономически трудности се приемат с приоритет, а “*écoles maternelles*” биват насърчавани да разкриват групи за 2-годишни деца в т.нар. приоритетни образователни зони (*Zones d'Education Prioritaire, ZEP*).<sup>165</sup> Това са райони, в които са концентрирани социални неравенства и в които “*écoles maternelles*” получават допълнителни бройки за персонал и финансиране. Като правило, райони с минимум 20% деца на имигранти имат предучилищни групи за деца от 2-годишна възраст. През 2006 г. е приет закон, според който на общинските съвети се делегира отговорност за увеличаване на местата за деца от семейства, получаващи социални помощи, така че минимум 1 от всеки 20 места да бъде „запазено“ за такива деца. Тази цел е препотвърдена през 2009 г. в закона за социалното осигуряване, който също дава приоритет при записване на децата на родители, които са в риск от социално изключване, независимо от това дали получават социални помощи.

## 1.5 Финансиране и цени на услугите за ОГРДВ

Около 27% от стойността на организираните форми на ОГРДВ за деца от 0 до 3 г. се доплаща от родителите. За децата на възраст 3-6 г. услугите в “*écoles maternelles*” са безплатни (с изключение на храната, която, обаче, е субсидирана за семействата с ниски доходи). Разходите за детски грижи съставляват 10% от средния семеен доход, след социалните трансфери.<sup>166</sup>

161 OECD (2016), Education at a Glance 2016: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.187/eag-2016-en>

162 OECD (2014), Education at a Glance 2014: OECD Indicators, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>

163 OECD(2006), Starting Strong II: Early Childhood Education and Care, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264035461-en>

164 <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html> La scolarisation des élèves en situation de handicap, достъпно на: <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

165 Приоритетното образование е създадено през 1981 г. от Франсоа Митеран. Идеята му е да се таргетира образователни институции, които са в по-трудно положение, поради това че приемат ученици, които са социално слаби или неподготвени за постъпването си в образователните институции като им се дадат повече ресурси. През 1999 г. ZEP са отчетени като недостатъчни. Създадени са 869 REP, които да се борят с изолацията на ZEP, като ги свържат в мрежа, но ZEP остават ядрото на системата.

166 Early Childhood Education and Care Provision: International Review of Policy, Delivery and Funding, достъпно на: <http://www.gov.scot/Publications/2013/03/4564/11>



Закупуването на частна грижа у дома (*garde à domicile*) също може да бъде субсидирано от държавата чрез специална надбавка (*Complément de libre choix de mode de garde, CMG*), ако родителите използват регистрирани доставчици на услугата. Стойността ѝ може да покрие до 85% от възнаграждението и до 100% от социалните осигуровки на детегледача.

Работодателите допринасят за финансирането на сектора на ОГРДВ посредством задължителни вноски.

## 1.6 Качество на грижата в услугите за ОГРДВ

### Образователна програма и педагогически подход

Възникналите около 1779 г. училища за малки деца под влияние на идеите на Жан-Жак Русо, през 1881 г. са преобразувани в *“ecole maternelle”* (букв. „майчино училище“). Впоследствие тези училища са се развили в традиционен елемент в отглеждането на децата и са се доказали като програми, полагащи солидни основи на добрите навици за учене и академични постижения.

Първоначално, ако родителите предпочитат, детето може да посещава *“ecole maternelle”* полудневно. За да бъдат адаптирани 2-годишните деца, те биват приемани в „адаптационни групи“, в които учителите и асистентите са обучени да се грижат за малки деца. Мебелите и материалите са приспособени за възрастта, за да може детето да се чувства комфортно в стаята за занимания, а дневният престой има възможност да е по-кратък. Родителите могат да останат за известно време с детето в клас, докато то свикне с обстановката. За групата на 3- до 4-годишните е осигурен задължителен период на почивка, след като децата обядват. Обикновено децата се оставят да спят колкото искат. Те могат да си донесат кукли или плюшени играчки за следобедния сън.

Програмата в детската градина трябва да създава стимули към различни видове учене чрез различни ситуации за децата: решаване на проблем, запаметяване, други тренировки на вниманието. Играта има специална роля: тя отваря място за изобилие от опит и захранва всички области на ученето. Освен да учат заедно, в детската градина децата се научават и да живеят заедно: тя извършва първото запознаване с принципите на живота в обществото, позволявайки на детето да се изгради като отделен индивид в рамките на група.

Програмата за обучение в *“ecole maternelle”*, актуализирана през 2015 г., организира уроците в пет области, всяка от които трябва да намери място в ежедневната програма:

- ✓ мобилизиране на езика във всички негови измерения;
- ✓ действие, изразяване и разбиране чрез физическа активност;
- ✓ действие, изразяване и разбиране чрез артистична проява;
- ✓ изграждане на първи способности за структурирано мислене;
- ✓ изучаване на света.

От септември 2016 г. е предприета важна стъпка във връзка с имплементирането на приетия през 2013 г. закон за реформа на френските училища<sup>167</sup>, с която се въвежда нова процедура при процеса на оценяване на готовността на детето за училище. За да се създаде приемственост в образованието на детето при прехода от предучилищната към училищната фаза на образованието, учителите от детската градина предават на началните учители резюме на способностите, които е развило детето в края на предучилищното си образование, като за тази цел те използват два инструмента – текущо попълвана „книжка“ (*le livret scolaire*) и обобщена оценка, резюмираща способностите му към края на учебната година.

### Съотношение деца към персонал и максимален размер на групите

В сферата на най-ранните детски грижи (0-3 г.) съществуват препоръчителни изисквания за големината на групите и съотношението на децата към персонала, но не и в *“école maternelle”*. В детските ясли изискването е 1:5 за групи с деца, които не са проходили (0-2 г.) и 1:8 за групи с деца,

които прохождат или ходят (2-3 г.). В “*école maternelle*”, средното съотношение персонал към деца 3-6 г. е 1:15, а ако се вземе предвид само педагогическия персонал - 1:22.<sup>168</sup> В приоритетните образователни зони (ZEP), “*école maternelle*” получават допълнителни бройки за персонал и финансиране, за да редуцират съотношенията деца към персонал.

#### Подбор и квалификация на ключовия персонал

В сферата на ОГРДВ във Франция работят три групи персонал: детски сестри (*puericultrices*) с четиригодишно обучение до ниво 5B по Международната стандартна класификация на образованието ISCED, които обикновено са управленския персонал; предучилищни педагози/детски учители (*éducateurs des jeunes enfants*); и помощници по грижата за децата (*auxiliaires en puériculture*). Персоналът, който се грижи за деца до 3 г. в детските ясли или дневните центрове, обикновено принадлежи към сферата на здравеопазването и социалните грижи. Той работи под ръководството на специалисти от социално-психологическата и медицинската област (лекари, сестри и педиатрични сестри), като освен това могат да бъдат включени и други специалисти – физиотерапевти, логопеди и психолози, които да изпълняват консултативна роля. Ако в детската ясла има над 40 деца, законодателството изисква присъствието на детски учител (*éducateur de jeunes enfants*) с ниво на образование 5B по ISCED, който обикновено изпълнява ролята на координатор по обучението.

В *école maternelle*, по принцип, целият обучаващ персонал трябва да има педагогическо образование (*professeur d'école*), докато в детските ясли и другите заведения 75% от персонала, извършващ детската грижа и обучение трябва да има подходяща диплома. От 1992 г. има изискване помощният персонал да притежава сертификат за професионална квалификация или средно-специално образование за детски учител.

#### Участие на родителите

Родителите са считани за пълноправни членове на образователната общност.<sup>169</sup> Комуникацията с тях включва: текуща информация за обучението и поведението на детето по време на престоя му в детското заведение; колективни и индивидуални срещи с персонала; участие на представители на родителите в заседанията на училищните власти. Нова форма на комуникация с родителите е стартиралото от началото на 2016 г. мобилно приложение eParents на Министерството на образованието и науката, чрез което родителите могат да получават известия, да изтеглят различни материали, свързани с работата на образователната институция на тяхното дете, като напр. календара на предстоящите събития, новини, графици на заниманията на групите и др.

Относно съобразеността на работното време на детските заведения с това на работещите родители, опциите на родителите за работното време на “*école maternelle*” са фиксирани. То обикновено е от 8:30-9:00 ч. до 11:30-12:00 и от 13:30-14:00 до 16:00-16:30, като заведенията са отворени по време на училищната година между септември и юли. Детските ясли са отворени за около 11 часа през деня, затворени са през празничните дни и за около 1 месец през лятото.

Задължителна комуникация с родителя се провежда при прехода на детето от системата на предучилищното към училищното образование. Готовността на детето, оценявана от учителите в детската градина, се обсъжда с неговите родители или настойници. Инструментите за целта, описани по-горе, представляват начин за конструктивно взаимодействие с тях, както и възможност да бъдат уверени, че набелязаните потребности на детето ще бъдат адресирани, когато то започне училище.

Организираните форми на родителско участие в образованието през различни асоциации, организации и групи са много. Сред тях са: Федерация на родителите на ученици в държавните училища (*Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public - PEEP*, създадена през 1905 г.), Федерация на родителските съвети на учениците в държавните училища (*Fédération des conseils de parents d'élèves de l'enseignement public - F.C.P.E.*, основана през 1947 г.); Национален съюз на сдруженията на родители на ученици в свободното образование (*Union nationale des associations de parents d'élèves de l'enseignement libre - UNAPEL*, основан през 1930 г.); Национална федерация на родителските сдружения на ученици в държавните училища (*La Fédération nationale des associations de parents d'élèves de l'enseignement public - FNAPE*); Национална федерация на независимите сдружения на родители в образованието

168 OECD (2014), Education at a Glance 2014: OECD Indicators, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>  
169 Сайт на Министерство на образованието: <http://www.education.gouv.fr/cid50506/les-parents-a-l-ecole.html>

(*L'Union nationale des associations autonomes de parents d'élèves - UNAAPE*); Федерация на родителските сдружения за френските училища в чужбина (*La Fédération des associations de parents d'élèves des établissements français à l'étranger - FAPEE*).

### Лицензиране, мониториране и оценка на качеството

Лицензирането на услугите за малки деца (0-3 г.) се извършва от Службите за защита на майките и децата (PMI), под шапката на Conseil Général. Трябва да бъдат спазени наредби за капацитета на услугата, изисквания към сградата, съотношението персонал-деца, броя на децата в групите и квалификациите на персонала.<sup>170</sup> Детегледачите, работещи като „асистенти на майката“ трябва да бъдат лицензирани от PMI, но значителен брой от тях остават извън системата.

Различните публични услуги за ОГРДВ за деца 0-3 г. се мониторират чрез редовни инспекции от PMI, докато предучилищните програми “*écoles maternelles*” се инспектират от национални инспектори по образованието (*Inspecteur de l'Education Nationale, IEN*). За оценката на изпълнението на националните политики отговаря Главният инспекторат по социалните въпроси (*Inspection Generale des Affaires Sociales, IGAS*), заедно с други органи. В рамките на приетите национални политически цели училищните инспектори (*inspecteur d'académie*) са оторизирани да формулират образователните политики и да правят предложения относно подобряването на качеството за началните училища, както и за “*écoles maternelles*”.

## 2. Германия

### 2.1 Специфика и общ поглед върху системата за ОГРДВ

Два политически принципа основополагат организацията, ръководенето и финансирането на политиките за ОГРДВ в Германия – федерализмът и принципът на субсидиарността. Федерализмът определя Германия като страна с три нива на управление: федерално; ниво на провинциите (общо 16 *Bundesländer* или само *Länder*); и общинско ниво (около 11280 *Gemeinden*). Общинското ниво е задължено да планира и предоставя услуги по ОГРДВ, според принципа на субсидиарността. Съгласно този принцип, обществените дейности трябва да бъдат изпълнявани от възможно най-близкото до гражданите равнище, чрез най-малкия социален актьор, в случая – НПО и семейството. Общините нямат ангажимент пряко да създават услуги по детска грижа, ако са налице достатъчно частни организации. Поради тази причина повечето от услугите по ОГРДВ се предоставят от НПО, голяма част от които са религиозно базирани - *Freie Träger der Jugendhilfe* (свободни доставчици, накратко *Träger*). За тази цел те получават обществени субсидии от провинциите и общините.

С промени в Закона за благосъстоянието на децата и младите хора<sup>171</sup>, от 1 януари 1996 г. всяко дете, навършило 3-годишна възраст до възрастта на училищното образование (6 г.) има законово установено право на място в детска градина, а от 1 август 2013 г., след завършване на фазата на разширение на мрежата от детски заведения, е въведено законово право на място в детско заведение за всяко дете, навършило 1 г. Във връзка с последното е приет Закон за приемането на деца под тригодишна възраст в дневни заведения за детска грижа (*Kinderförderungsgesetz*<sup>172</sup>), според който от 2009 г., дневната грижа за деца под 3 г. трябва да се разшири по такъв начин, че всяко трето дете на възраст 0-3 г. да има реален достъп до дневна грижа в детско заведение. Отговорността по разширението е на федералното правителство, съвместно с правителствата на провинциите и местните власти. Наред с разширяването, изисквания се въвеждат и за гарантиране на качеството на грижата в детските заведения.

170 Décret 1/8/2000 и Arrêté 26/12/2000

171 Sozialgesetzbuch (SGB) - Aches Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII) от 26 юни 1990 г., актуална версия от 2013 г.

172 Kinderförderungsgesetz (KiföG) е крайъгълен камък в изграждането на мрежата от детски заведения за дневна грижа. Влязъл в сила от 16 декември 2008 г., с него се цели да се ускори разширяването на предлагането на качествена детска грижа, като се даде истински избор на родителите. В него се съдържат регулации за създаването на нови места по време на фазата на разширяване до 13 юли 2013 г., като до тази дата 30% от местата, необходими във възрастовата група 0-3 г., трябва да бъдат разкрити. От 1 август 2013 г., след завършване на фазата на разширение се въвежда законово право на място в детска ясла на всяко дете, навършило 1 г. до навършване на 3 г.

Относно педагогическите цели на системата за ОГРДВ, Германия отделя специално внимание на мерките за подобряване на езиковата компетентност на децата до навлизането им в етапа на училищното образование. Приоритет е също така подобряването на връзките между ОГРДВ и началното образование, който цели да се постигне гъвкавост и стабилност при прехода към училищната фаза на образованието. За да се гарантира приемственост в ранното обучение между предучилищния сектор и началното училище, през 2004 г. е приет рамков стратегически документ за ранно образование „Обща рамка на провинциите за образование и грижи в ранна детска възраст“ (*Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen*).

## 2.2 Водещ орган и координиране на предоставянето на услуги по ОГРДВ

В Германия системата за ОГРДВ не е част от образователната система, а от социалната, или по-скоро сферата на детското и младежкото благосъстояние. Федералното правителство има компетентност в законотворчеството в тази област, вкл. по отношение на услугите за деца, а властите на провинциите изпълват със съдържание и разширяват рамката, зададена от федералното правителство.

Федералното министерство на семейството, възрастните, жените и децата, може да влияе върху развитието на системата за ОГРДВ чрез иницирирането и финансирането на проекти (в сътрудничество с провинциите) в области, за които се смята, че изискват повече внимание. Изпълнението на законодателството по въпросите на децата и младите хора по Конституция е в сферата на компетентност на провинциите, а от гледна точка на управление – на местните власти. Правната рамка, зададена от федералното правителство, бива доразвивана, допълвана и разширявана от провинциите в техни собствени закони. Те поставят регулаторните и финансовите рамки, които ръководят планирането и предоставянето на услуги по ОГРДВ, както на групирани в *Träger* доставчици, така и на тези, предоставяни директно от провинциите/общините. Администрирането на ОГРДВ услугите в отделните провинции става едновременно през техните локални министерства по въпросите на децата и младежта и през автономните Служби по младежките въпроси (*Landesjugendämter*) – специални органи, които съществуват във всички провинции.

Поради всичко това, германската система е сложна и силно децентрализирана. Трите ешелона на управление на системата се пресичат и взаимодействат, оставяйки поле за широко разнообразие. В страната, обаче, съществува постоянен дебат относно ролите и отговорностите на различните нива на управление на ОГРДВ, особено по отношение на принципа на субсидиарността.

## 2.3 Видове услуги за ОГРДВ и публично-частно съотношение на предлагането

Дневните центрове за деца носят общото наименование *Kindertagesstätte* (*KiTa* или *Kita*). За децата на възраст 0-3 г. обичайната форма на дневна грижа извън дома е детската ясла (*Krippe*), която е целодневен тип грижа. Наред с формите за колективна грижа за деца, на разположение на родителите са също услуги, предоставяни от детегледачи (*Tagesmüttern/ Tagesvätern*) в домашни условия (в дома на детегледача или на детето). За децата на възраст 3-6 г., детската градина (*Kindergarten*) е обичайната форма на грижа, като в някои провинции тя почти винаги е целодневна, а в други – все още се върви в тази посока. Детските ясли и детските градини могат да съществуват както като отделни услуги, така и като една смесена форма, разделена по възраст на децата (под и над 3 г.).

Освен детските ясли и детските градини, които са традиционните форми на институционализирана грижа и образование, в някои провинции съществуват и други видове детски заведения за ранна грижа, които от гледна точка на броя обхванати деца, са от второстепенно значение. Такива специфични форми са *Vorklassen*, *Schulkindergärten* (подготвителни детски градини към училищата за деца в училищна възраст, които не са подготвени за училище) и *Heilpädagogische* или *Sonderpädagogische*



(детски градини за деца с увреждания). Съществува и форма на центрове за извънкласни занимания (*Hort*), приемаща деца на различни възрасти, която осигурява по-широк спектър от услуги – забавления и извънучебни занимания, като същевременно по-интензивно включва родителите.

Принципът на субсидиарността, както се разбира в Германия, означава, че частните НПО имат приоритет при предлагането на детски услуги, а местните власти се намесват само тогава, когато частните услуги не могат да покрият нуждите. Като резултат от този принцип, около 69,2% от местата в детските заведения се предлагат от частни доставчици (*Träger*) през 2013 г.<sup>173</sup> Основните частни доставчици са църквите (Католическата и Протестантската), което прави Германия уникална, поне в рамките на Европа, по отношение на главната роля, която религиозните организации играят в предлагането на ОГРДВ услуги.

## 2.4 Обхват на децата в услуги за ОГРДВ. Наличие и достъпност. Равенство на достъпа.

Както е описано по-горе, всички деца, навършили 1 г., имат право да бъдат приети в детска ясла, детска градина или да получават услуга по отглеждане от детегледач. По споразумение между федералното правителство, провинциите и местните власти, в ход е разширяване на мрежата от детски заведения за деца под 3 г., което се очаква да създаде ориентирано към потребностите предлагане на места за дневна грижа. Правната основа за разширението е създадена с влизането в сила от 1 януари 2015 г. на Закона за по-нататъшно намаляване на тежестта на провинциите и общините от 2015 и за количественото и качествено разширяване на детските заведения за дневна грижа.<sup>174</sup>

По данни на Федералната статистическа служба (*Destatis*), към 1 март 2016 г. 30,5% от децата под 3 г. в страната посещават обществено-финансирани детски заведения за дневна грижа (27,9%) или се отглеждат от детегледачи.<sup>175</sup> Наличието и достъпът до регулирани услуги по ОГРДВ варират значително между западните и източните провинции, поради различните им исторически пътища. Коефициентът на обхват на децата 0-3 г. в *Krippen* е 28,1% в западните провинции и 51,8% в източните.<sup>176</sup> В западните провинции, голяма част от децата на възраст 0-3 г. биват отглеждани вкъщи от майката или с помощта на частни форми на грижа, докато в източните ситуацията е по-гъвкава, доколкото там е била изкована силна връзка между политиката на отпуск по майчинство и осигурено наличие на услуги за ОГРДВ. През 2016 г., делът на децата на възраст 3-6 г., които ползват ОГРДВ услуги общо за страната е 93,6%.<sup>177</sup> Място в детска градина са ползвали 93,2% от децата в западните провинции (32% от които целодневно) и 95,2% в източните (всички от които целодневно).

Работното време на детските заведения до голяма степен се определя след допитване до родителите и може да варира между различните заведения. Договорените часове работно време могат да варират от около 5 часа сутринта за полудневните детски заведения до 6-7 часа за целодневните, понякога с прекъсване за обяд, или до 7 часа целодневно, без прекъсване.

През 2011 г. е приета резолюция на Постоянната конференция на министрите на културата<sup>178</sup> „Включващо образование за деца и младежи с увреждания в училищата“, последвана от увеличаване на дейността на правителствата по този въпрос. Въпреки това, статистиката, която е достъпна, показва, че през последните години е налице минимално увеличение на броя на предлаганите места за деца със специални потребности, като ситуацията е по-благоприятна в източните провинции, които поддържат

173 The Education System in the Federal Republic of Germany 2013/2014. A description of the responsibilities, structures and developments in education policy for the exchange of information in Europe. B. Lohmar and T. Eckhardt (eds.). KMK, Bonn, 2015

174 Gesetz zur weiteren Entlastung von Land und Kommunen ab 2015 und zum quantitativen und qualitativen Ausbauder Kindertagesbetreuung

175 [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16\\_444\\_225.html;jsessionid=9DA768E1EA2A0DC478A849AA066C44DD.cae1](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16_444_225.html;jsessionid=9DA768E1EA2A0DC478A849AA066C44DD.cae1)

176 Пак там.

177 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/KindertagesbetreuungRegional.html>

178 KultusministerKonferenz (КМК) - Постоянна конференция на министрите на образованието и културата на провинциите на Германия. КМК е консорциум от министрите или сенаторите на федералните провинции, отговорни за образованието и училищното обучение, институциите на висшето образование и научните изследвания, и въпросите на културата. Тя е основана през 1948 г. и е важен инструмент за отстояване на общите интереси на федералните провинции пред федералното правителство, Европейския съюз, Съвета на Европа, ОИСР и ООН. <https://www.kmk.org/kmk/information-in-english/standing-conference.html>



почти 3% интегрирани места за деца със специални потребности, в сравнение с 0,84% в западните. За децата от беден или рисков произход често се предвиждат безплатни или субсидирани места, но въпреки това данните показват, че 36% от децата на семействата с най-ниски доходи (500-900 евро месечно) не посещават детска градина<sup>179</sup>. По отношение на децата от малцинствени етнически групи и децата-билингви, германският Социален кодекс предвижда право на подкрепа, при условие, че техните родители-чужденци имат узаконено постоянно пребиваване в Германия. Данни за постигнатия напредък в тази сфера, обаче, не са налични. Приблизително 12% от децата с мигрантски произход на възраст между 3 и 6 г. не посещават детска градина, докато тази цифра е само 4% за германските деца.<sup>180</sup>

## 2.5 Финансиране и цени на услугите за ОГРДВ

Огромната част от увеличението на броя на местата за деца под 3 г. през последните години се дължи на финансовата подкрепа на федералното правителство и на усилията на провинциите за разширяване на мрежата от услуги. От 2015 г. провинциите получават ежегодно €845 млн. на регулярна база за оперативни нужди, като сумата за тези разходи ще бъде увеличена с още €100 млн. за 2017 г. и 2018 г.

Финансирането на предучилищните образователни институции като процент от германския БВП е 0,60%, като над 98% от средствата идват от обществени източници.<sup>181</sup> Финансирането на ОГРДВ директно от федералния бюджет, обаче, е възможно само в много тясно определени обстоятелства, а в масовия случай провинциите и общините определят как ще се изразходват ресурсите за нея. Погледнато на национално ниво, това води до значителна разлика в средствата, изразходвани за ОГРДВ за малките деца в различните региони на страната.

В някои от провинциите, услугите по ОГРДВ са безплатни за родителите, докато в други не са, като цената може да варира между провинциите и общините. В тези провинции, в които услугите са платени, общините отговарят за определяне на таксите и за възможните изключения, при които е възможно освобождаване от такса. Размерът на таксите често зависи от социално-икономически критерии (доходите на родителите, броят на децата в семейството, наличие на дете със специални потребности), като праговете са различни в различните общини.

Средно за цялата страна, родителите заплащат около 14-18% от разходите за услугите, като съществува възможност тези разходи да им бъдат приспаднати от данъците.

## 2.6 Качество на грижата в услугите за ОГРДВ

От ноември 2014 г. ежегодно се провежда конференция по ранно образование и грижа на ниво министри от федералното правителство и правителствата на провинциите, като през 2014 г. на нея са договорени общи цели относно качеството на грижата. В комюникето от конференцията се определят ключовите области, по които трябва да бъдат договорени цели за осигуряване на качеството: подбор на персонал; часове работно време, отделено за задачи свързани с образованието и такива, свързани с администрация и мениджмънт<sup>182</sup>; въпроси, свързани с обучението и квалификацията на персонала; въпроси, свързани с промоцията на здравето.

179 2016 Strategic Social Reporting – Germany. Federal Ministry of Labour and Social Affairs.

180 Данни на националната статистика Destatis, достъпни на: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/SocialStatistics/SocialBenefits/PublicChildrenYouthWelfare/Tables/ChildrenMigration2011.html>

181 Education at a Glance 2016: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.187/eag-2016-en>, Table B2.3 § B3.1a.

182 Персоналът, работещ в ОГРДВ обикновено всяка седмица има право на някакъв период от време, през което не е в контакт с децата, за извършване на административна работа, която варира в различните провинции.

Национални стандарти и приоритети в ОГРДВ се задават чрез следните национални по обхват програми на федералното правителство:

- Инвестиционна програма „Финансиране грижите за детето“ 2017-2020 (*Investitionsprogramm „Kinderbetreuungsfinanzierung“ 2017-2020*), с която се създават 100,000 допълнителни места в ОГРДВ услугите.
- Федерална програма „Детска дневна грижа: тъй като най-малките се нуждаят от голяма близост“ (*Bundesprogramm „Kindertagespflege: Weil die Kleinsten große Nähe brauchen“*), с която се задават стандарти за квалификацията на лицензираните детегледачи (*Tagesmüttern* и *Tagesvätern*) и която промотира прилагането на насочения към повишаване на квалификацията на персонала Наръчник по детска дневна грижа (*Kompetenzorientierten Qualifizierungshandbuch Kindertagespflege, QHB*).
- Федерална програма „Sprach-Kitas<sup>183</sup>: Защото езикът е твоят ключ към света“ (*Bundesprogramm „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“*), която цели да повиши броя часове за изучаване на немски език, като ги направи част от ежедневната програма в детски градини, които имат над средния за страната брой деца мигранти или деца от семейства с нисък социално-икономически статус. По програмата се спонсорират около 4000 детски заведения за назначаване на допълнителен специализиран персонал и дългосрочно външно консултиране за прилагане на стратегии за езиково и комуникативно развитие на децата.
- Федерална програма за часове на грижа „KitaPlus: защото добрата грижа не е въпрос на време“ (*Bundesprogramm zu Betreuungszeiten „KitaPlus: Weil gute Betreuung keine Frage der Uhrzeit ist“*), с която се промотира разширяването на диапазона на работното време на детските заведения, като се предложат нови възможности на родителите за удължаване на работното време през работните дни на седмицата и за работа на детските заведения през почивните дни и празниците. Програмата предвижда поемането на инвестиционните разходи по създаването на спални помещения за децата, както и разходи за квалификация или наемане на персонал.
- Мрежа KitaPlus (*Netzwerkstellen KitaPlus*), която представлява опит да се свържат различни заинтересовани страни в общностни стратегии за развитие на ОГРДВ.

#### Образователна програма и педагогически подход

Ситуационно-ориентираната педагогика (*Situationsansatz*), при която обучението, грижата и възпитанието са неотделими дейности, винаги е била водещата практика на работа с деца в Германия. При този подход се адресират ежедневните ситуации и теми – т.нар. „ключови ситуации“, които се счита, че съдържат в себе си потенциала да подготвят децата за бъдещия им живот. Заедно с децата (и техните родители), от тези ситуации педагозите извличат образователните си „проекти“ за децата. Важно е педагозите да определят темите за работа заедно с децата, като така насърчават мотивацията им за учене. Докато извършват планирането и проектирането на образователната си програма децата получават значителна езикова компетентност.

За децата под 3 г. основната образователна задача е насърчаването на комуникацията и езиковото развитие, както и двигателното развитие. Педагогическият персонал трябва да подкрепя работния процес с комуникация и да го структурира като стимулиращи общуването ситуации. Другият аспект – насърчаването на двигателното развитие – включва многообразие от физически дейности, отворени пространства, програми като ритмичното ранно образование и игри, включващи песни и движение.

В сектора на ОГРДВ за деца над 3 г. не са предвидени учебни предмети или програма със седмични учебни часове. В образователните си планове провинциите залагат цели и области на учене, които се изпълняват след договаряне с детските заведения. Според стратегически документ за ранно образование „Обща рамка на провинциите за образование и грижи в ранна детска възраст“, областите на учене са:

- ✓ език, писане, комуникация;
- ✓ личностно и социално развитие, развитие на ценности и религиозно образование;
- ✓ математика, природни науки, (информационни) технологии;
- ✓ изящни изкуства, работа с различни медии;

- ✓ тяло, движение, здраве;
- ✓ природна и културна среда.

### Съотношение деца към персонал и максимален размер на групите

Съотношението деца-персонал варира значително между отделните провинции. Освен от регулаторната рамка, която създават властите на провинциите, броят на персонала, който се грижи за една детска група зависи от размера на групата, броя часове, в които се работи с децата, броя на децата от негермански произход или на тези с увреждания, като в последните два случая персоналят трябва да е по-голям. Общо взето, групите не надвишават 25 деца с двама възрастни, единият от които обучен детски учител и един негов помощник.<sup>184</sup>

### Подбор и квалификация на ключовия персонал

Изискванията за квалификация се определят от всяка провинция, но съществуват и някои общи черти. Персоналят в детските заведения се състои почти изцяло от жени. Детските учители (*Erzieherinnen/Erzieher*) съставляват около 64% от персонала в различните видове детски заведения.<sup>185</sup> Тяхното професионалното обучение се извършва в Колежи по социална педагогика, които са професионални колежи в сектора на средното образование. Обучението се извършва в рамките на тригодишен курс и включва или инкорпорирано през това време стажуване, или една година стаж през третата година.

В западните провинции, детският помощен персонал (*Kinderpflegerinnen*) играе по-голяма роля и има по-голям дял, особено при услугите за деца под 3 г. Те завършват двугодишен курс в професионално средно училище, последван от една година стаж в детско заведение.

На трето място, в детските заведения работят социални педагози (*Sozialpädagogen/ Sozialpädagoginnen*), които имат висше образование, придобито във висши училища. Това обучение се състои или от тригодишен курс в академична институция и една година практическо обучение или от четиригодишен курс с два практически семестъра, интегриращи обучение и работа. Те работят най-често като ръководители на детските заведения, особено на по-големите или понякога работят с деца с увреждания. По-голям процент от тази група са мъже.<sup>186</sup>

Изисквания към лицензираните детегледачи (*Tagesmütter* и *Tagesväter*) съществуват от 2005 г. насам, а от 2016 г. с гореописаната програма на федералното правителство „Детска дневна грижа: тъй като най-малките се нуждаят от голяма близост“ се засилва качеството на тази услуга. Стандартите за обучението на лицата, които кандидатстват за лиценз за детегледачи включват 300 учебни часа обучение в образователна институция и 80 часа стаж в различни детски центрове. След първите 160 учебни часа се извършва вътрешно оценяване. Квалификацията завършва с изпит, след което се издава сертификат, като това може да се направи или от образователната институция, извършила обучението, или от местните Служби по младежките въпроси.

### Участие на родителите

Все още преобладават традиционните начини за работа с родителите, например, под формата на информационни вечери (родителски срещи) и презентации от специалисти. Осъзнавайки значението на въвличането и кооперирането с родителите, някои от провинциите изискват в детските заведения да се създават родителски комитети/съвети и мненията на родителите да бъдат отчитани при вземането на решения.

### Лицензиране, мониториране и оценка на качеството

Мониторирането и публикуването на информация за системата за ОГРДВ на национално ниво се извършва от Федералната статистическа служба (*Destatis*), която събира данни на основата на проучвания, провеждани в провинциите.

По отношение оценяването и отчетността на системата, педагогическият мониторинг често се извършва от самите доставчици на услугата, а не от външен орган. В Германия е налице ограничена изследователска дейност в полето на ОГРДВ, след като университетите остават встрани от обучението и супервизирането на кадрите, работещи в ранната детска грижа. Съществуват само пет университетски секции/катедри за тази

184 OECD(2006), Starting Strong II: Early Childhood Education and Care, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264035461-en>

185 Пак там

186 Пак там

дисциплина в цяла Германия. Федералното правителство и някои отделни провинции финансират оценки на проектен принцип и малки проучвания в сферата на ОГРДВ, но достъпът до докладите не е свободен.

Детските заведения, независимо дали са публично-финансирани или управлявани от частни организации, подлежат на обществено наблюдение от отговорните Служби по младежките въпроси на провинциите. Всяка провинция съставя стандарти за детските услуги на своя територия, които се следят от тези независими служби. Стандартите обикновено засягат броя на местата в детските заведения, работното им време, размера на групите, съотношението деца-персонал, родителските такси, изискванията към сградата, нейната поддръжка, както и външното и вътрешно пространство. Наличното външно пространство около сградите често е значително, каквито са и заниманията на открито в повечето детски градини. Педагогическите стандарти могат доста да се различават между провинциите, дотолкова, доколкото мониторингът им зависи от избрания фокус, експертизата и броя на персонала, с който разполагат Службите по младежките въпроси в конкретната провинция.

### 3. Норвегия

#### 3.1 Специфика и общ поглед върху системата за ОГРДВ

Системата за ОГРДВ в Норвегия е регулирана централно чрез националното законодателство, но е организирана локално от 426-те общини (*kommuner*), които получават финансиране от правителството. Преди 2011 г. те са получавали специално предназначени средства за ОГРДВ, но в момента детските грижи „се състезават“ с другите приоритети в бюджета на местните власти. Едно от малкото пера, по които все още има специално насочени средства, е това за езиково обучение по норвежки и по майчин език за децата от малцинствен или имигрантски произход.

Националната регулаторна рамка за ОГРДВ е Законът за детските заведения (*Lov om barnehager № 64, 1995*), който е в сила от 1 януари 2006 г. Той регулира акредитирането, дейността и извършването на контрол в тези институции. Рамковият план за образователното съдържание и задачите на детските градини<sup>187</sup> е допълнителна регулация към този закон, приета от Министерството на 1 март 2006 г., която дава насоки и предписания на детските градини относно образователните цели и педагогическите подходи, както и във връзка с тяхната роля за възпитаването на ценности. Планът очертава социалната роля на детските институции, като среда за социално включване на всички деца.

Всички институции за детска грижа трябва да бъдат одобрени от местните власти. Също така, всички одобрени детски заведения – обществени или частни – трябва да се съобразяват с Рамковия план, който имплементира съдържанието се в Закона за детските заведения регулации.

Още от 1984 г. общините са задължени по закон да осигуряват достатъчен брой места за желаещите да ползват детски заведения. От 2009 г. се въвежда индивидуално законово право на всяко дете, навършило 1 г., на място в детско заведение. Качествените и широкодостъпни места в детските заведения са основна цел на политиката за ОГРДВ в страната, с убеждението, че последните играят важна роля за създаването на равни възможности за всички деца. Развитието на езиковите умения на децата също е приоритет на детските заведения и особено подобряването на владеенето на норвежки език на децата от малцинствата и децата имигранти. Норвегия е страна с постоянен приток на мигранти, чиито икономически затруднения или езикови бариери се пресичат с целта на държавата за пълно обхващане на децата в образователната система. Ранната интервенция е главното усилие на правителството в изпълнение на целта за равенство на образователните възможности и намаляване на социалните различия. Два стратегически документа поставят основите на правителствената политика в тази сфера: Бяла книга No. 41 2008-2009 [Качество на ОГРДВ](#)<sup>187</sup> и Бяла книга No. 24 2012-2013 „Бъдещата детска градина“.

187 Norwegian Ministry of Education and Research, *Framework Plan for the Content and Tasks of Kindergartens*, 2006, <https://www.udir.no/in-english/framework-plan-for-the-content-and-tasks-of-kindergartens/introduction/>.

## 3.2 Водещ орган и координиране на предоставянето на услуги по ОГРДВ

В Норвегия услугите за ОГРДВ са част от образователната система от 2006 г. насам, като преди това са били в ресора на Министерството на децата и семейните въпроси. Министерство на образованието и научните изследвания има първичната отговорност за развиването на законодателството, създаването на политики и финансирането, но за изпълнението им и частичното им финансиране са отговорни местните власти.

Към Министерство на образованието и научните изследвания е създадена изпълнителна агенция Дирекция по образование и квалификация (*Utdanningsdirektoratet*), която носи цялостната отговорност за сектора на детските заведения. Тя подпомага политическите лидери да формулират и прилагат националните политики за ОГРДВ, участва в подготовката на националния бюджет, събира статистически данни за сектора и разработва национална система за поддържане на качеството на работата в него.

По-голяма административна отговорност е прехвърлена на 19-те области (*fylker*) и 426-те общини (*kommuner*), повечето от които имат унифицирани услуги за периодите на ранното детство и училищното образование, чието администриране е съсредоточено в един департамент/отдел, в резултат на което се постига по-тясно сътрудничество и координация. На регионално ниво, областният управител отговаря едновременно за услугите за ОГРДВ и за училищата. Той има централна роля за постигането на политическите цели, свързани с качеството на детските заведения посредством насочване и инспектиране на общините, както и за администрирането на държавните средства, предназначени за повишаване на професионалните компетенции на персонала. Областните власти информират и подпомагат общините, които са под тяхна шапка, по въпросите на ОГРДВ, включително относно планирането и разкриването на места, одобряването на новосъздадените заведения и мониторинга на услугите. Местните власти отговарят за детските заведения – обществени и частни – и извършват супервизирането и даването на насоки в тяхната работа, като гарантират, че доставчиците на услугите спазват изискванията, зададени от нормативната рамка. Общините имат избор или сами да стопанисват и администрират услугите, или да сключат договор с частни доставчици. Към настоящия момент, почти половината от тези услуги в страната са на частни доставчици, работещи под супервизията на общините.<sup>188</sup>

## 3.3 Видове услуги за ОГРДВ и публично-частно съотношение на предлагането

Дневният център (*Barnehage*) е форма, която обхваща всички детски заведения, предоставящи грижа извън дома за деца до 5-годишна възраст (възрастта на задължителното образование е 6 г.) – детски ясли, детски градини, дневни центрове, забавачници. Те могат да бъдат полудневни или целодневни. В Норвегия съществуват основно три типа дневни центрове: обикновени детски градини (*Ordinærbarnehager*), семейни детски градини (*Familiebarnehager*) и отворени детски градини (*Åpen barnehager*). Услугите *Barnepark* са алтернатива на *Barnehage*, като при тях деца на възраст 2-6 г. биват наглеждани докато си играят навън за около 4 часа през деня или понякога до 3 часа през зимата.

Обикновените детски градини са базисната услуга за ОГРДВ. Те могат да работят на полу-или целодневен режим, но в повечето случаи са целодневни (98% са такива през 2016 г.), със средно работно време от 9-10 часа на ден и са отворени цялогодишно.<sup>189</sup>

Семейните детски градини предлагат отглеждане в домашни условия (в частни домове) и приемат по-малък брой деца, за които се грижи един асистент-детегледач, супервизиран и консултиран всяка седмица от квалифициран предучилищен педагог, който обикновено отговаря за няколко такива места. Максималният брой деца, които могат да бъдат обгрижвани по този начин е 5, а формата е

188 European Commission EURYDICE, Norway: Early Childhood Education and Care, 2015, достъпно на: [https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Norway:Early\\_Childhood\\_Education\\_and\\_Care](https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Norway:Early_Childhood_Education_and_Care)

189 Данни от Statistikkportalen, достъпен на: <https://statistikkportalen.udir.no/bhg/Pages/BasilAntall-barn-alder.aspx>



подходяща предимно за деца до 3 г. Търсенето на този тип грижа е свързано с предпочитанията на някои родители детето им да бъде заобиколено от домашна среда в най-ранната си възраст.

Отворените детски градини могат да бъдат посещавани от родители с деца до 6 г., като услугата е безплатна и никой не е обвързан с перманентно място, запазено само за него. Отворените детски градини са полудневни центрове с програми, в които участват едновременно децата и родителите и които също работят под контрола на квалифициран предучилищен педагог, който често е и ръководител на центъра. Родителите могат да използват услугите им в удобни за тях часове през деня в рамките на работното им време. Те са много популярни, особено сред имигрантските семейства в големите градове и сред родителите, които са в родителски отпуск.

През 2015 г., 1617 детски градини са посочили в отчетите си, че са възприели специфичен профил, като например работа на открито. Почти 500 детски градини са докладвали, че работят с децата само навън или че имат такава група. Това е приблизително 10% от всички детски градини. В този контекст подобен профил е устойчива практика.<sup>190</sup>

В Норвегия няма независими частни институции в предучилищното ниво на образование, а само обществени и зависими от правителството частни. През 2016 г. 47% от детските заведения са обществени и обслужват 51% от децата, използващи услуги по отглеждане извън дома. Частните детски градини са повече на брой, но са по-малки и обслужват 49% от децата.<sup>191</sup>

### 3.4 Обхват на децата в услуги за ОГРДВ. Наличие и достъпност. Равенство на достъпа.

Още през 1989 г. всички политически партии в Норвегия са постигнали съгласие, че страната трябва да осигури пълно покритие на децата на възраст 0-5 г. с места в детски градини и тази цел е била постигната през 2008 г. От 2009 г. е прието индивидуално законово право на място в детско заведение за деца, навършили 1 г. до края на м. октомври в годината, в която кандидатстват за прием. Децата, родени след 1 ноември имат право на място от м. октомври следващата година. Малко родители търсят грижа по отглеждане на дете извън дома преди навършване на тази възраст, тъй като високоплатеният родителски отпуск продължава около една година. В резултат на високото обезщетение през това време, само 4% от децата на възраст 0-1 г. ползват грижа в детски заведения.

Показателите за обхват на децата в системата на регулираните дневни грижи сочат, че ползването на тези услуги нараства. През 2013 г. са обхванати 79.8% от децата на възраст 1-2 г. и 96.6% от тези на възраст 3-5 г., а през 2016 г. – 82% от първата и 97% от втората възрастова група. Общо 282 700 деца през 2016 г. са разполагали с място в детска градина, като 98% от тях са посещавали обикновена детска градина. Семейна детска градина са посещавали 2% от децата, почти всички от които на възраст под 3 г. Броят на отворените детски градини е 171 през 2015 г., но не е налична статистика за броя на децата в тях. Тази услуга се предлага само в най-големите общини. Равнището на обхват на децата в заведенията за детска грижа варира в малка степен по региони – от 88% до 94%.<sup>192</sup>

Законът за детските градини дава приоритет на децата с увреждания при прием в детско заведение, но увреждането трябва да е потвърдено от мнение на специалист, който също така трябва да даде становище, че детето ще бъде в състояние да се възползва от посещаването на институция за дневни грижи. Разкриването на отделни групи за деца със специални потребности е много рядка практика. Ако децата имат нужда от допълнителна подкрепа, тя обикновено се предоставя в масовата детска градина. През 2016 г. 8290 деца са получавали допълнителна помощ при пребиваването си в детската градина и за тях е била полагана средно 438 часа годишно допълнителна подкрепа от страна на учителите и асистентите.<sup>193</sup>

190 Данни на Utdanningsdirektoratet, The Education Mirror 2016, достъпно на: <http://utdanningsspeilet.udir.no/2016/en/>

191 Statistics Norway (2017). This is Norway. What the figures say, July 2017, достъпно на: <https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/237252?ts=1516c73e3a8>

192 Данни на националната статистика, Statistisk sentralbyrå, <https://www.ssb.no/barnehager>

193 Данни на Utdanningsdirektoratet, достъпни на: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/tema/barn-og-ansatte-bhg/spesialpedagogisk-hjelp-og-prioritert-opptak/>

Децата, отглеждани в рисковни обстоятелства, разполагат с изцяло финансирани от общините места в детска градина. Ако на дадено място е налице концентрация на семейства от общността *Sami* (местна етническа група, 1% от населението<sup>194</sup>), детските градини, които извършват обучение на техния език се финансират щедро. През 2015 г. в страната е имало 23 детски градини за децата от тази общност, посещавани от 523 деца.<sup>195</sup>

### 3.5 Финансиране и цени на услугите за ОГРДВ

Общините имат задължението да осигуряват финансиране, както за собствените си, така и за частните доставчици. Закон, приет през 2003 г. постановява, че обществените и частните детски градини, трябва да имат равен достъп до обществено финансиране, задължавайки общините постепенно да увеличават субсидиите за частните доставчици докато се достигне нивото на финансиране на общинските, и през 2014 г. то е 98%.<sup>196</sup>

Огромната част от годишните разходи (75-80%) на одобрените детски заведения, както обществени, така и частни, се покриват от общините. Родителите също заплащат такса, която финансира до 20% от цената на услугата<sup>197</sup>, но през 2004 г. са въведени разпоредби за таван на размера на индивидуалната сума, заплащана от всеки родител, чиито праг се определя ежегодно. През 2017 г. той е NOK 2730 (EUR 292) на месец или общо NOK 30030 (EUR 3210) на година за целодневно място в „обикновена“ детска градина, което включва посещение от 41+ часа седмично.<sup>198</sup> Полудневните места калкулират таксата си пропорционално.

Съществуват национални разпоредби, които поставят таван на размера на таксите, както и допълнителни облекчения – намаляване на таксите за братя и сестри, регулиране на размера им според дохода на семейството и броя на децата в него, освобождаване от такси на семейства с ниски доходи. От 2015 г., освен това, е прието правило, че домакинствата не могат да плащат повече от 6% от дохода си за място в детска градина. През 2016 г. тази разпоредба се прилага за домакинства, чиито сумарен доход от всички източници, е по-малко от NOK 486,750 (EUR 52,043) на година. Освен това, всички 4- и 5-годишни деца, живеещи в домакинства със сумарен доход под NOK 405,000 (EUR 43,303) на година имат право на 20 часа безплатно посещение на детска градина седмично. Общо 20,000 домакинства са получили намаление на родителските такси, поради ниски доходи през 2015 г. Местните власти са похарчили повече от NOK 226 млн. (EUR 24.2 млн.) за намаляване/субсидиране на родителски такси, поради нисък доход на домакинството през 2015 г.<sup>199</sup> Те също така осигуряват субсидии за допълнителни места за семейства, в които повече от едно дете посещава услуга по ОГРДВ, дори когато децата посещават различни услуги в рамките на общината.

### 3.6 Качество на грижата в услугите по ОГРДВ

#### Образователна програма и педагогически подход

Първият национален образователен стандарт е влязъл в сила през 1996 г., т.нар. Рамков план за задачите и съдържателния обхват на работата на детските градини (ревизиран през 2006 г. и през 2016-2017 г.). Рамковият план е правно-обвързващ документ за целите и задачите на детските заведения. Той осигурява насоки за последователното детско развитие, като насочва практиците как да помогнат на детето да направи плавен преход от детската градина към училището. Според Закона

194 Данни на националната статистика, Statistisk sentralbyrå, <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>

195 Данни на Utdanningsdirektoratet, The Education Mirror 2016, достъпно на: <http://utdanningsspeilet.udir.no/2016/en/>

196 Engel, A., Barnett, S., Anders, Y. and M. Taguma, Early Childhood Education And Care Policy Review – Norway. OECD, June 2015

197 Пак там.

198 Сайт на Дирекцията по образование Utdanningsdirektoratet, <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/barnehage/foreldrebetaling/>

199 Данни на Utdanningsdirektoratet, The Education Mirror 2016, достъпно на: <http://utdanningsspeilet.udir.no/2016/en/>

за детските заведения, собственикът на детска градина има право да адаптира националната рамка според местните интереси и нужди на децата, групите и общността. Рамковият план от 1-ви август 2006 г. дава законово право на децата да участват във вземането на решения по всички въпроси, свързани с техните ежедневни дейности в детската градина.

Всяко детско заведение приема годишен план за образователната си дейност, базиран на националните стандарти, както и собствена програма за оценяване на качеството. Плановете, които детските градини приемат, трябва да бъдат изградени върху холистичния подход в педагогиката чрез съчетаване на грижа, игра и учене в основата на всяка дейност. Персоналът е свободен да избира методи в рамките на националния план. Той препоръчва игрите и социалните дейности като важни методи за обучение и развитие на децата в предучилищна възраст. Играта се счита едновременно за метод на работа и важен начин децата да придобият жизнени умения. Социалните и езиковите умения, както и следните седем образователни области, също са важен фактор от педагогическо естество:

- ✓ Общуване, език и текст;
- ✓ Тяло, движение и здраве;
- ✓ Изкуство, култура и творчество;
- ✓ Природа, околна среда и технология;
- ✓ Етика, религия и философия;
- ✓ Правна общност и общество;
- ✓ Числа, пространства и форми.

Във всяка от тези области са зададени национални цели. Ежедневната програма на децата се състои от свободно време за игра, дейности на открито, групови игри, супервизирани от учител дейности, хранене и време за четене или игри от типа „покажи-и-разкажи“. Често срещано е кооперирането с местните училища за използването на техни съоръжения, например плувен басейн или гимнастически салон. Детските градини също така извършват посещения на театри, кина, музеи, паркове и др., за да запознаят децата с тяхната местна среда.

#### Съотношение деца към персонал и максимален размер на групите

В регулаторната рамка не е зададен максимално-допустим размер на групите, а той се решава на местно ниво. Съотношението деца - персонал е зададено в т. нар. педагогическа норма (*pedagogisk bemanning*), според която за децата на възраст 0-3 г. трябва да има по един квалифициран педагог със специалност по предучилищна педагогика на 7-9 деца, когато те посещават детското заведение за повече от 6 часа на ден. За децата от 3 до 5 г. това съотношение трябва да бъде 14-18 деца на един учител/предучилищен педагог. Броят на децата, които се супервизират от един педагог може да бъде и по-голям в заведения, в които дневният престой на децата е по-кратък. Освен това, трябва да присъстват и няколко асистенти (помощен персонал), като няма фиксирано изискване за техния брой.

Семейните детски градини могат да приемат най-много 5 деца на възраст под 3 г. едновременно. За групите над 3 г., доставчиците могат да бъдат акредитирани да приемат двойни групи (т.е. 10 деца), при наемане на подходящо жилище и персонал. Ако в тези групи, обаче, мнозинството от децата е под 3 г., броят им трябва да се редуцира, без да е определена точна цифра. Допълнително, при тези доставчици, се изисква да присъства квалифициран предучилищен педагог на всеки 30 деца.

При най-малките деца (0-2 г.) най-често срещаният размер на групите е 9 деца, а при по-големите (3-5 г.) – 18 деца. 89% от детските заведения съставят групи, разделени по възраст на децата – 0-2 г. и 3-5 г. Някои детски градини, обаче, са толкова малки, че сбират децата в смесени по възраст групи, като и при тях средната големина на групите е 18 деца.<sup>200</sup>

#### Подбор и квалификация на ключовия персонал

Ключовият персонал в детските заведения включва педагогически ръководители, детски учители, асистенти със специалност по детска и младежка грижа и асистенти. Педагогическият ръководител на група (*pedagogisk leder*) е детски учител, който отговаря за група деца и е подпомаган в работата

си от помощен персонал (*asistent*), а в някои случаи и от други детски учители (*barnehagelærer*). Ръководителите на група и детските учители трябва да имат завършено образование по предучилищна педагогика на ниво бакалавърска степен в държавен или частен университетски колеж (тригодишен курс) или да притежават сходна квалификация в тригодишна програма в други педагогически специалности на ниво колеж, с последващо допълнително обучение по ранно детско образование, които се считат за равностойни. Местните власти могат да отменят изискванията за квалификация на някои кандидати за работа като педагогически ръководители, ако е налице регионален недостиг на специалисти. Семейните и отворените детски градини имат отделни изисквания за образованието на педагогическия персонал.

Главният учител/директорът (*styrer*), чиято отговорност е ежедневното менажиране на детската градина, подобно на останалия учителски персонал, трябва да бъде квалифициран детски учител или да има друго образование в някоя от университетските колежи, което да дава квалификация за работа с деца и познания по педагогика. За асистентите не се изисква квалификация, въпреки че все по-голям брой от тях притежават дипломи или от средно професионално училище, или от висше такова. Те съставляват по-голямата част от персонала, който е в пряк контакт с децата. Освен тях, в детските заведения работят профилирани асистенти, които имат образование, придобито в професионална гимназия за работа с деца и младежи (*Barne- og ungdomsarbeider*) или за работа в сферата на здравната грижа. Като правило, във всяка група деца присъстват по един или двама такива асистенти.

По данни от 2016 г., около една трета (32%) от персонала, който е в контакт с децата в детските центрове са квалифицирани детски педагози, а 91% от главните учители/директорите на детски заведения са със специалност по предучилищна педагогика. Това е в съответствие с нормативните изисквания за персонал, посочени в закона. Две трети от всички заети в сектора са педагогическите ръководители и асистентите, което ги прави двете основни професионални групи. Огромното мнозинство (91%) от заетите в детските градини са жени. Мъжете-директори на детски заведения също са малцинство – 8%.<sup>201</sup>

В семейния тип дневна грижа не е поставено изискване собствениците или ръководителите на група да бъдат квалифицирани предучилищни педагози, но има изискване да бъдат супервизирани от лице с такава специалност на регулярен принцип.

### Участие на родителите

За да бъде сигурно, че гласовете на родителите ще бъдат чути в националните дебати по политиката за ОГРДВ, през 2010 г. е създаден Национален съвет на родителите за детските градини, който представлява родителите и е консултативен орган към Министерство на образованието и научните изследвания по въпроси, свързани с предучилищното образование и грижа.

Родителите биват насърчавани да участват активно в мониторинга на качеството и в оценката на дейността на детските центрове чрез срещи, разговори, участие в комитети и ежегодни проучвания. С цел да се осигури възможност за родителско участие в менажирането на дейността на детското заведение, Законът за детските заведения изисква всеки детски център да има Съвет на родителите, както и родителско-педагогически Координационен комитет. Последният се състои от персонала и родителите и основната му роля е да утвърждава годишен план за педагогическите дейности, да участва в дискусиите за основните цели и дейности на детското заведение и да фасилитира контактите с местната общност. Съветът на родителите трябва да съгласува общите интереси на родителите и да осигурява добро сътрудничество между тях и персонала на детското заведение.

Учителите са задължени да организират формални срещи с родителите, на които да оценяват развитието на техните деца в различни области два пъти годишно. Персоналът в детските заведения има задължението да подава сигнали в социалните служби или в тези по закрила на детето, при необходимост.

В страната няма национално приети регулации по отношение на дневното или седмичното работно време на детските заведения, а те сами определят разписанието си, в сътрудничество с родителския съвет към тях. Седмичното работно време и месеците, през които са отворени в годината варират според вида на услугата. Обикновените детски градини и семейните детски градини са отворени почти цялгодишно (11-11,7 месеца в годината), с работно време средно от около 9-10 часа дневно в работни дни. Полу-дневното посещение е до 32 часа седмично, а целодневното – 33-41+ часа



седмично. През 2016 г. 98% от децата, записани в тази форма на услуга, са я посещавали целодневно. Отворената детска градина е полудневна и работи средно по 5 часа дневно, 2-3 дни в седмицата, като приема деца 10-11 месеца в годината в зависимост от региона на страната.

### Лицензиране, мониториране и оценка на качеството

Общинските власти имат отговорността за надзора и мониторинга на детските заведения. Когато една услуга по отглеждане на деца се предлага за повече от две деца, на регулярен принцип и за повече от 10 часа седмично, тя трябва да бъде одобрена от общините, които прилагат за това нормативни изисквания за адекватност откъм цели и съдържание, съгласно Закона за детските градини. Когато издава разрешението, общината може да зададе оперативни изисквания по отношение на броя на децата, тяхната възраст и времето, което могат да прекарват в институцията. Одобрението на формите за семейна грижа се извършва според критерии за организацията на услугата или адекватността на частния дом като помещение за извършване на дейността.

Общините, обаче, не извършват оценка на качеството. В програмните документи за работата на детските заведения не е предвидена външна оценка за качеството на дейността им. Вътрешна оценка се извършва от самите тях, във връзка с което те описват, анализират и интерпретират работата си спрямо критерии, зададени в Закона за детските заведения, Рамковия план и други приложими местни насоки и планове. В оценката се обръща внимание на взаимоотношенията между децата, между тях и персонала и между членовете на персонала. Въпреки че не е поставено специално изискване за външна оценка на качеството или за използването на определени методи и задължителни инструменти за оценяване, Дирекцията по образование и квалификация е разработила национална система за качеството в детските заведения<sup>202</sup>, чрез която е предложила познавателна база, инструменти и насоки на детските заведения и местните власти, отговарящи за тях, във връзка с вътрешното оценяване. Сред свободно достъпните инструменти на системата са:

- Факти и индикатори за детските заведения [BASIL](#)(BASIL) – електронна платформа на Дирекцията по образование и квалификация, чрез която тя ежегодно събира данни за системата на детските заведения и ги публикува.<sup>203</sup> Счетоводни данни за общинските детски градини могат да се намерят в платформата KOSTRA (система за общинско-държавно-отчитане на статистическата служба на Норвегия).
- RefLex<sup>204</sup> е онлайн платформа и инструмент за самооценка, който помага на детските заведения да оценят доколко техните методи и практики на работа са в съгласие със Закона за детските градини и неговите подзаконовни регулации.
- „Анализ през гледната точка“ (*Ståstedsanalysen*) комбинира различни източници на познание – данни от BASIL, наред с такива от изследвания на родителското мнение и от разговори с децата, и ги свързва със само-оценките на работещите в системата във връзка с подходите и практиките в детските заведения. Стъпвайки на тези данни и оценки, всяка детска институция е в състояние да идентифицира сама своите дефицити и да набележи цели и приоритети за подобряване на качеството на своята работа.
- *Nasjonalt barnehageregister (NBR)*<sup>205</sup> е национален регистър на детските градини на Дирекцията по образование и квалификация.
- Факти за детските заведения (*Barnehagefakta*)<sup>206</sup> е информационен канал, публикуващ избрани индикатори от BASIL, NBR и друга статистика на Дирекцията по образование и квалификация. Това, което го отличава е, че детските заведения са поставени в центъра на анализа, което улеснява намирането на информация за различните им видове. Този ресурс е полезен най-вече за родителите и задоволява тяхната нужда от информация. Отделно Дирекцията поддържа уеб базираният статистически портал *Statistikkportalen*<sup>207</sup>, чрез който са достъпни много повече данни от BASIL, отколкото се публикуват в *Barnehagefakta*[Barnehagefakta](#).

202 European Commission EURYDICE, Norway: Quality Assurance, 2017, достъпно на: [https://webgate.ec.europa.eu/fpifs/mwikis/eurydice/index.php?title=Norway:Quality\\_Assurance&printable=yes](https://webgate.ec.europa.eu/fpifs/mwikis/eurydice/index.php?title=Norway:Quality_Assurance&printable=yes)

203 Порталът е достъпен на следния електронен адрес: <https://basil.udir.no/login.aspx?ReturnUrl=%2f>

204 Платформата е достъпна на следния адрес: <https://reflex.udir.no/Egenvurdering>

205 Регистърът е достъпен на следния електронен адрес: <https://nbr.udir.no/>

206 Информационният канала е достъпен на следния електронен адрес: <http://barnehagefakta.no/>

207 Порталът е достъпен на следния адрес: <https://statistikkportalen.udir.no/Pages/default.aspx>



- „Огледало на образованието“ (*Utdanningsspeilet*)<sup>208</sup> е ежегоден доклад за анализ на състоянието на сектора на услугите за дневни грижи, базиран върху най-новите данни от BASIL и други релевантни изследвания, който предлага детайлен анализ и обобщена оценка на различни аспекти от състоянието на образователните услуги.
- „Изследване на родителите в детската градина“ (*Foreldreundersøkelsen i barnehage*)<sup>209</sup> е ежегодно проучване сред родителите на деца в детската градина. Извършва се от самите детски градини на доброволен принцип – по своя инициатива те могат да поканят родителите да участват. Провежда се ежегодно от 1 до 30 ноември. Дирекцията по образование и квалификация е отговорна за обработката на информацията от изследването и нейния анализ. Резултатите се представят [Barnehagefakta](#) и се използват в *Ståstedsanalysen*.
- Уеб порталът на Дирекцията по образование и квалификация <https://www.udir.no/> предоставя достъп до всички елементи на системата за оценка на качеството, вкл. наръчници и ръководства за оценка на езикови умения, педагогическа документация, документи за външна оценка, списание [Vetuva](#) за работещите в сферата на ОГРДВ и др.

208 The Education Mirror: Facts and analysis of kindergarten, primary and secondary education in Norway, достъпен на: <http://utdanningsspeilet.udir.no/2016/en/>

209 Данните от проучването са достъпни на следния електронен адрес: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/brukerundersokelser/foreldreundersokelsen-i-barnehage/>

## **Анекс II: Списък с институции, чиито експерти са интервюирани**

Агенция за социално подпомагане, отдел „Социални услуги за деца“,  
Асоциация „Родители“  
ДМСГД Варна  
Държавна агенция за закрила на детето  
Институт „Отворено общество“  
Институт за социални дейности и практики  
Министерство на здравеопазването  
Министерство на здравеопазването  
Министерство на образованието и науката  
Министерство на труда и социалната политика  
Национален статистически институт  
Национална мрежа за децата  
Община Кюстендил  
Община Русе  
Община Тунджа  
Регионално управление на образованието, Русе  
Световна здравна организация в България  
Световната Банка в България  
Сдружение „Еквилибриум“  
Тръст за социална алтернатива  
УНИЦЕФ  
Фондация „Карин дом“  
Фондация за децата в риск по света  
Център за приобщаващо образование

## Анекс III: Библиография

1. Adamson, P. 2008. The Child Care Transition: A league table of early childhood education and care in economically advanced countries, Innocenti Report Card no.8
2. Adelman, H.& Taylor, L. 2011. Moving Beyond the Tree Tier Intervention Pyramid Toward a Comprehensive Framework for Student and Learning Supports, Center for Mental Health in Schools.
3. Atwill, N. France. Children's Rights: International and National Laws and Practices. Law Library Of Congress, August 2007
4. Belfield, C. R. 2006. Financing early childhood care and education: an international review. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2007 Strong foundations: early childhood care and education. 2007/ED/EFA/MRT/PI/4. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147443e.pdf>
5. Bender, W. N. 2009. Beyond the RTI pyramid: Implementation on issues for the first five years. Bloomington, In: Solution Tree Press.
6. CNAF (2016). L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT EN 2015. DONNÉES STATISTIQUES. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PETITE ENFANCE Rapport 2016
7. Daly, M. (ed.) 2007. Parenting in contemporary Europe: a positive approach, Strasbourg: Council of Europe.
8. Early Childhood Education and Care in France [https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/France:Early\\_Childhood\\_Education\\_and\\_Care](https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/France:Early_Childhood_Education_and_Care)
9. Early Childhood Education And Care Provision: International Review Of Policy, Delivery And Funding. Final report. Centre for Research on Families and Relationships. The University of Edinburgh. Scottish Government Social Research. March 2013
10. Early Childhood Intervention Australia, <https://www.ecia.org.au/about-eci/what-is-early-childhood-intervention>
11. Early Intervention Foundation, What is Early Intervention, достъпно на: <http://www.eif.org.uk/what-is-early-intervention/>
12. Education at a Glance 2016: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.187/eag-2016-en>
13. Education at a Glance 2016: OECD Indicators. Norway. DOI:10.1787/eag-2016-73-en [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/education/education-at-a-glance-2016/norway\\_eag-2016-73-en#.WQfXyWrVSp0](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/education/education-at-a-glance-2016/norway_eag-2016-73-en#.WQfXyWrVSp0)
14. Engel, A., Barnett, S., Anders, Y. and M. Taguma. 2015. Early Childhood Education And Care Policy Review – Norway. OECD, June 2015
15. Esping-Andersen, G. 1990. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton Univ. Press. Princeton, New Jersey
16. European Commission EURYDICE, Norway: Early Childhood Education and Care, 2015, достъпно на: [https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Norway:Early\\_Childhood\\_Education\\_and\\_Care](https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Norway:Early_Childhood_Education_and_Care)
17. European Commission EURYDICE, Norway: Quality Assurance, 2017, достъпно на: [https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php?title=Norway:Quality\\_Assurance&printable=yes](https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php?title=Norway:Quality_Assurance&printable=yes)
18. European Commission, Mutual Information System on Social Protection/Social Security (MISSOC), last updated: 1 July 2016
19. European Commission/EACEA/Eurydice/Eurostat, 2014. Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe. 2014 Edition. Eurydice and Eurostat Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
20. Family policies and diversity in Europe: The state-of-the-art regarding fertility, work, care, leave, laws and self-sufficiency. Olivier Thévenon and Gerda Neyer (Eds.). Families and Societies Working Paper Series, No. 7, 2014.
21. Family Report 2014. Benefits, Effects, Trends. Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth.
22. Giddens, A.1998. The Third Way. The Renewal of Social Democracy. Cambridge Polity Press
23. Grand Challenges Canada. „Kangaroo mother care helps premature babies thrive 20 years later.“ ScienceDaily, 2016. Достъпен на: [www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161212155943.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161212155943.htm)
24. Horta, Bernardo L. II.Victora, Cesar, G. 2013. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review., World Health Organization, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf)

25. Houston, S. 2015. Reflective Practice: A Model for Supervision and Practice in Social Work: Booklet Version. Northern Ireland Social Care Council.
26. Huxley, K. L., Andrews, R. W., Downe, J. and Guarneros-Meza, V. 2016. Administrative traditions and citizen participation in public policy: a comparative study of France, Germany, the UK and Norway. *Policy & Politics* 44 (3) , pp. 383-402.
27. Info Drog, Intervention précoce, достъпно на: <http://www.infodrog.ch/intervention-precoce.html>
28. Janta, B. 2013. Parenting Support Policy Brief. RAND Europe.
29. La scolarisation des élèves en situation de handicap <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>
30. Laulom, S. 2016. Country report: Gender equality. How are EU rules transposed into national law? France. EUROPEAN COMMISSION : Directorate-General for Justice and Consumers. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016 ISBN 978-92-79-47022-6. doi:10.2838/877182
31. McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention*. Baltimore: Brookes Publishing Co.; McWilliam, R. A. (2003). „The primary-service-provider model for home- and community-based services“. *Psicologia*. 17.
32. Montero, L, A. Investing in Children’s Services, Improving Outcomes, European Social Network, Brighton, United Kingdom 2016.
33. Norwegian Ministry of Education and Research, Framework Plan for the Content and Tasks of Kindergartens, 2006, <https://www.udir.no/in-english/framwork-plan-for-the-content-and-tasks-of-kindergartens/introduction/>
34. O’Hara, K. Comparative Family Policy: Eight Countries’ Stories. Canadian Policy Research Networks, Study No. FI04. ISBN 1-896703-35-6
35. OECD (2004), Country note: Early Childhood Education and Policy in France. Directorate for Education, OECD. February 2004.
36. OECD (2014), Education at a Glance 2014: OECD Indicators, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>
37. OECD (2014). Germany – Country Note – Education at a Glance 2014: OECD Indicators
38. OECD (2016), Education at a Glance 2016: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.187/eag-2016-en>
39. OECD (2017), Starting Strong 2017: Key OECD Indicators on Earle Childhood Education and Care, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264276116-en>
40. OECD (2017). Table C2.2. See Annex 3 for notes. [www.oecd.org/education/education-at-a-glance-19991487.htm](http://www.oecd.org/education/education-at-a-glance-19991487.htm)
41. OECD Family Database <http://www.oecd.org/els/family/database.htm> - индикатор PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school
42. OECD Family Database [www.oecd.org/social/family/database](http://www.oecd.org/social/family/database): Chart PF3.4.B Net childcare costs for a dual-earner family with full-time earnings of 150% of the average wage, 2012
43. OECD. 2017. “Family Indicators”, OECD Social and Welfare Statistics (database). <http://dx.doi.org/10.1787/efd30a09-en>
44. Right beginnings: Early childhood education and educators: Global Dialogue Forum on Conditions of Personnel in Early Childhood Education, Geneva, 22–23 February 2012/International Labour Office, Sectoral Activities Department. Geneva, ILO, 2012
45. Shonkoff JP, Meisels SJ (1990) Preface. In: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge, Cambridge University Press.
46. Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII) от 26 юни 1990 г., актуална версия от 2013 г.
47. Starting Strong II: Early Childhood Education And Care – OECD 2006
48. Statistics Norway (2017). This is Norway. What the figures say, July 2017, достъпно на: [https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/237252?\\_ts=1516c73e3a8](https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/237252?_ts=1516c73e3a8)
49. Statistikkportalen, достъпен на: <https://statistikkportalen.udir.no/bhg/Pages/BasilAntall-barn-alder.aspx>
50. Statistisk sentralbyrå, <https://www.ssb.no/barnehager>
51. Statistisk sentralbyrå, <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>
52. Strategic Social Reporting 2016 – Germany. Federal Ministry of Labour and Social Affairs.
53. Tackling Social and Cultural Inequalities through Early Childhood Education and Care in Europe.

- Education, Audiovisual and Culture Executive Agency, 2009. ISBN 978-92-9201-007-2
54. The Education Mirror: Facts and analysis of kindergarten, primary and secondary education in Norway, достъпен на: <http://utdanningsspeilet.udir.no/2016/en/>
  55. The Education System in the Federal Republic of Germany 2013/2014. A description of the responsibilities, structures and developments in education policy for the exchange of information in Europe. B. Lohmar and T. Eckhardt (eds.). KMK, Bonn, 2015
  56. The Global Gender Gap Report 2016. World Economic Forum, 2016. 978-1-944835-05-7
  57. The Standing Conference of the Ministers of Education and Cultural Affairs (KMK) <https://www.kmk.org/kmk/information-in-english/standing-conference.html>
  58. The World Bank, 2010. Early Childhood Development The World Bank, Factsheets, retrieved: <http://siteresources.worldbank.org/EXTAFRREGTOPEUCATION/Resources/444707-1291071725351/ECCD-factsheet-final.pdf>
  59. Van Belle, J. 2016. Early Childhood Education and Care (ECEC) and its long-term effects on educational and labour market outcomes. Santa Monica, CA: RAND Corporation, [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR1667.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1667.html).
  60. Villaume, S., Legendre, E. (2014) Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013. In: Etudes et Resultats, N° 896 • octobre 2014. Direction de la recherche, des etudes, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
  61. Woodside, A. Case study research: theory, methods, practice. Emerald Group Publishing Ltd. UK, 2010.
  62. World Health Organization (2017): [http://www.who.int/social\\_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/](http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/)
  63. World Health Organization, Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low-and middle-income countries, 2012, достъпно на: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/development\\_difficulties\\_early\\_childhood/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/development_difficulties_early_childhood/en/)
  64. World Health Organization, International classification of functioning, disability and health : children & youth version, 2007, достъпен на: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf)
  65. Your Social Security Rights in France. 2013. European Union
  66. Банова В., Социални политики за закрила на децата в риск, дисертационен труд, Институт за изследване на обществата и знанието при БАН, 2012
  67. Български хелзинкски комитет, Метаморфозата ДМСГД – Проблем или потенциал, 2014, достъпен на: [www.bghelsinki.org/.../deinstitutionalizaciya\\_bhc\\_sept\\_2014.pdf](http://www.bghelsinki.org/.../deinstitutionalizaciya_bhc_sept_2014.pdf)
  68. Визия за семейна политика. Мненията на родителите, опитът на Европа и гледната точка на психоанализата. Национална мрежа за децата, 2016, достъпна на: [http://nmd.bg/wp-content/uploads/2016/02/Family-Policy-Vision\\_Europe-and-Parents-View\\_web.pdf](http://nmd.bg/wp-content/uploads/2016/02/Family-Policy-Vision_Europe-and-Parents-View_web.pdf)
  69. ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2011) СЪОБЩЕНИЕ НА КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА, ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА НА РЕГИОНИТЕ. Програма на ЕС за правата на детето. Брюксел, 15. 2. 2011
  70. ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2011) СЪОБЩЕНИЕ НА КОМИСИЯТА. Образование и грижи в ранна детска възраст: да осигурим за всички деца най-добрия старт в живота за утрешния свят. Брюксел, 17. 2. 2011
  71. ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2013) ПРЕПОРЪКА НА КОМИСИЯТА: Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение, (2013/112/ЕС), 20 февруари 2013 година. Official Journal of the European Union, L 59/5
  72. ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2013), ДОКЛАД НА КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА, ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА НА РЕГИОНИТЕ Цели от Барселона: Развиване на детските заведения за деца в ранна възраст в Европа за постигането на устойчив и приобщаващ растеж. Брюксел, 29.5.2013. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0638&from=BG>
  73. ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Изследване на ефективното използване ОГРДВ за предотвратяване на преждевременно напускане на училище. Заключителен доклад N° ЕАС/17/2012. Publications Office of the European Union, 2014
  74. ЕВРОПЕЙСКА КОМИСИЯ (2014) Предложение за ключови принципи за Рамка за Качествено ОГРДВ. Доклад на работната група по ОГРДВ под патронажа на Европейската комисия, ЕК:



- Брюксел (в оригинал: EUROPEAN COMMISSION (2014) Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care, Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission, Brussels, October 2014)
75. Захариев, Б., Ядкова, Л., Пенева, Л. и И. Йорданов. Благосъстоянието на децата в ранното детство в България. УНИЦЕФ, Институт Отворено Общество, София. 2010.
  76. Здравеопазване 2016 г., НСИ и НЦОЗА, София, 2017.
  77. Контакт „кожа до кожа“ или за непрекъснатият контакт между майката и бебето веднага след раждането. Интервю с д-р Анета Попиванова, достъпно на: <https://www.unicef.bg/bg/article/Kontakt-kozha-do-kozha-ili-za-neprekasniyat-kontakt-mezhdu-maykata-i-bebeto-vednaga-sled-razhdaneto/1091>
  78. Коцева, Т., Е. Димитрова. Визии за демографския проблем в България след 1990 г. Пронатализъм и социална политика. С:Акад. Изд. Проф. М. Дринов. 2014
  79. Кузнецова, Д. Ранно детско развитие. Доклад за България. „Първите седем“. [Конференция за политиките по ранно детско развитие, София, 5 юни 2014]. Световна Банка, САБЕР. 2014.
  80. Маринова, А., Кръстева, Л. Подкрепата за личностно развитие в новите образователни политики за приобщаващо образование в Сборник доклади от научна конференция с международно участие „Интердисциплинарни логопедични практики“, София, НБУ.2016
  81. Нагласи, практики и бариери пред активното включване на мъжете в грижите за децата. (Асоциация „Родители“, 2014): <http://mencare.bg/sociologicheskoprouchvane-naglasi-bashtinstvo/>
  82. Национален статистически институт, Съвместяване на работа със семеен живот, 2010 г., достъпен на: [http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/LFS\\_AHModule\\_2010.pdf](http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/LFS_AHModule_2010.pdf)
  83. Национална мрежа за децата, Сдружение „Дете и пространство“ и ИИНЧ-БАН, Визия за семейна политика, 2016, достъпен на: <http://nmd.bg/wp-content/uploads/2016/04/Book-Vision-Family-Policy.pdf>
  84. НМД. Предстои национално изследване на ранното детско развитие, 15 ноември 2016, източник: <http://nmd.bg>
  85. НМД. Преглед на Практики и политики в областта на ранното детско развитие, Наръчник, НМД. София. 2014
  86. Обучение и грижи в ранна детска възраст в Европа: справяне със социалните и културните неравенства. Изпълнителна агенция за образование, аудиовизуални продукти и култура, 2009. <http://www.eurydice.org>
  87. Одитен доклад № 0300000112 за извършен одит на изпълнението на ефективността на включващото образование на децата и учениците със специални образователни потребности за периода от 01.01.2010 г. до 31.12.2011 г., достъпен на: [www.bulnao.government.bg/files/\\_bg/Doklad\\_deca\\_MOMN.doc](http://www.bulnao.government.bg/files/_bg/Doklad_deca_MOMN.doc)
  88. Презентация по проект „Социално включване“ на дирекция „Социално включване“ към МТСП, достъпна на: <http://pubdocs.worldbank.org/en/437301465904125086/-pdf>
  89. Проект „Център за ранно детско развитие в община Шумен“ по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014–2020 г. по приоритетна ос 2, „Намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване“, достъпен на: <http://2020.eufunds.bg/bg/4/0/Project/PrintProject?contractId=1682>
  90. Проект: „Комплекс за интегрирани социални услуги за деца и семейства“, договор между Министерството на труда и социалната политика и Столична община № BG05M9OP001-2.004-0047-СО01/04.08.2016 г. и с рег. инд. № СОА16-ДГ56-945/05.08.2016 г. за безвъзмездна финансова помощ по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014–2020, процедура BG05M9OP001-2=004 „Услуги за ранно детско развитие“, <http://2020.eufunds.bg/bg/4/0/Project/PrintProject?contractId=1554>
  91. Проект: „ПОСОКА: семейство“ (съфинансиран в рамките на ОП „РЧР“ от Европейския социален фонд). Министерство на Здравеопазването. Достъпне на: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jD9vxMnOFFUJ:www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/08/27/izpulnenie-proekt-posoka-semejstvo.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=bg](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jD9vxMnOFFUJ:www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/08/27/izpulnenie-proekt-posoka-semejstvo.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=bg)
  92. Самън, И., Роджърс, Д., Деветакова, Л., Оценка на проект „Семейство за всяко дете“ в област Шумен, България, 2017 г., достъпен на: [https://www.unicef.bg/assets/NewsPics/2017/PDFs/FFEC\\_evaluation\\_report\\_BUL.pdf](https://www.unicef.bg/assets/NewsPics/2017/PDFs/FFEC_evaluation_report_BUL.pdf)
  93. Сузана, А. Доклад за приключване на изпълнението и резултатите от ПСВ, достъпен на: <http://>

[documents.worldbank.org/curated/en/693561467622884122/pdf/ICR3724-P100657-Box396252B-PUBLIC-disclosed-6-29-16.pdf](https://documents.worldbank.org/curated/en/693561467622884122/pdf/ICR3724-P100657-Box396252B-PUBLIC-disclosed-6-29-16.pdf)

94. СЪВЕТ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ (2011) Заключение на Съвета на ЕС по отношение на образование и грижи в ранна детска възраст: да осигурим за всички деца най-добрия старт в живота за утрешния свят. 3090-та среща на СЪВЕТА ПОСВЕТЕНА НА ОБРАЗОВАНИЕ, МЛАДЕЖТА, КУЛТУРА И СПОРТ 19 и 20 Май 2011.
95. Уиникът, Д. Детето, семейството, външният свят. С. ЛИК. 2001
96. УНИЦЕФ. Представяне на Конференция на високо ниво „Ранното детско развитие: право и инвестиция с дълготраен ефект“ София 12-13 Ноември 2014“, достъпен на: <https://www.unicef.bg/bg/article/Konferentsiya-na-visoko-nivo-Rannoto-detsko-razvitie-pravo-i-investitsiya-s-dalgotraen-efekt/806>

## **Закони и нормативни документи**

Закон за закрила на детето: <http://www.lex.bg/laws/ldoc/2134925825>

Закон за защита от домашно насилие: <http://lex.bg/laws/ldoc/2135501151>

Закон за здравето: <https://www.lex.bg/laws/ldoc%20/2135489147>

Закон за интеграция на хората с увреждания (2005 г.): <http://lex.bg/laws/ldoc/2135491478>

Закон за лечебните заведения: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134670848>

Закон за предучилищното и училищно образование (2016): <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2136641509>

Закон за семейни помощи за деца: <http://lex.bg/laws/ldoc/2135441920>

Закон за социално подпомагане: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134405633>

Кодекс на труда: <http://www.lex.bg/laws/ldoc/1594373121>

Конвенция за правата на детето. Приета от ОС на ООН на 20.11.1989 г. Ратифицирана с решение на ВНС от 11.04.1991 г. - ДВ, бр. 32 от 23.04.1991 г. В сила от 3.07.1991 г.

Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“: <https://www.lex.bg/en/laws/ldoc/2136291126>

Медицински стандарт по Педиатрия: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/11/18/pediatric.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/18/pediatric.pdf)

Медицинския стандарт „Обща медицинска практика“: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/11/18/obshta-med-praktika.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/18/obshta-med-praktika.pdf)

Методическо ръководство за предоставяне на услугите „Формиране и развитие на родителски умения“ и „Семейно консултиране и подкрепа“, София, 2015 <http://maritsa.bg/uploads/1473660813-1538380731-168.pdf>

Наредба 1 от 23. 01. 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания: <http://ssudus.com/naredba.pdf>

<http://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=96184>

Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени: <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2135556407>

Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в България: [www.lex.bg/laws/ldoc/2135504228](http://www.lex.bg/laws/ldoc/2135504228)

Наредба №5 от 2016 г. за предучилищното образование - определяща държавния образователен стандарт за предучилищно образование: <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2136850647>

Наредба №8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията: <https://www.lex.bg/en/laws/ldoc/2136933195>

Постановление № 208 от 10 август 2015 г. за закриване на домове за медико-социални грижи за деца на МС: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/08/18/postanovlenie-208-zakrivane-dmsgd.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/08/18/postanovlenie-208-zakrivane-dmsgd.pdf)

Постановление № 232 от 20 октомври 2017 г. за приемане на Наредба за приобщаващото образование – определя държавния образователен стандарт за приобщаващо образование: <http://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=119142>

Правилник за прилагане на закона за социално подпомагане: <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/-13038592>

## Стратегии

Актуализираната стратегия по заетостта на Република България 2013-2020 г.: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=858>

Национален план за превенция на насилието над деца, 2012 - 2014 г.: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=758>

Национална здравна стратегия, 2020: <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2020/>

Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/05/18/npmdz-27-06-14-ms.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/05/18/npmdz-27-06-14-ms.pdf)

Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 г.: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=790>

Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г.: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=726>

Национална стратегия: „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (2010-2025 г.): <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>

Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006-2015): <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?Id=393>

Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (2010-2025): <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>

Националната стратегия за детето, 2008-2018 г.: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=464>

Националната стратегия за насърчаване и повишаване на грамотността (2014-2020): <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=933>

Националната стратегия за учене през целия живот (2014-2020): <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?Id=880>

Националните програми за закрила на детето: <https://sacp.government.bg/bg/za-agencyata/politiki/strategii-i-programi/>

План за действие на национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, 2010 и Актуализиран план, 2016: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>

Стандарти за развитие и учене в ранното детство: от раждането до три години, 2015 г., достъпен на: [http://www.iphs.eu/n/images/knigi\\_snimki/Standarts\\_0-3\\_Years\\_full%20text.pdf](http://www.iphs.eu/n/images/knigi_snimki/Standarts_0-3_Years_full%20text.pdf)

Стратегията за намаляване на дела на преждевременно напусналите образователната система (2013-2020): <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=870>

Стратегията за образователна интеграция на деца и ученици от етническите малцинства (2015-2020): <https://www.mon.bg/?go=page&pageId=74&subpageId=143>

## Интернет сайтове

<http://kindertagespflege.fruehe-chancen.de/programm/ueber-das-programm/>

<http://kitaplus.fruehe-chancen.de/programm/ueber-das-programm/>

<http://sprach-kitas.fruehe-chancen.de/>

<http://taxsummaries.pwc.com/ID/France-Individual-Deductions>

<http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail-et-conges/conges-et-absences/article/les-conges-et-absences-pour-enfant-malade>

<http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/solidarite-et-insertion/le-revenu-de-solidarite-active-rsa>

[http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/an\\_1.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_1.html)

[http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2004/2004\\_06\\_03-Fruehe-Bildung-Kindertageseinrichtungen.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_06_03-Fruehe-Bildung-Kindertageseinrichtungen.pdf)

[http://www.leavenetwork.org/lp\\_and\\_r\\_reports](http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports)

<http://www.nurseryworld.co.uk/nursery-world/analysis/1097583/frances-childcare-french-lessons>

[https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Early\\_Childhood\\_Education\\_and\\_Care](https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Early_Childhood_Education_and_Care)

<https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/France:Overview>

<https://www.caf.fr/aides-et-services/s-informer-sur-les-aides/logement-et-cadre-de-vie/les-aides-au-logement>



гете и  
пространство



[www.detebg.org](http://www.detebg.org)