

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

НАЗАР НАТАЛІЯ ІВАНІВНА

УДК 364-781(71+477)(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я В КАНАДІ ТА
УКРАЇНІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ**

Спеціальність: 231 – Соціальна робота

Галузь знань: 23 – Соціальна робота

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ / Н. І. Назар /

Наукові керівники: **Клос Лілія Євгенівна**, доктор педагогічних наук, доцент
Бредлі Д. МакКензі, доктор філософії в соціальній роботі, професор

Львів – 2022

АНОТАЦІЯ

Назар Н. І. Розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні: порівняльний аналіз. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 231 «Соціальна робота». – Національний університет «Львівська політехніка», Львів, 2022.

Дисертаційне дослідження відображає проблему розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді й Україні та висвітлює теоретичне й емпіричне обґрунтування можливостей впровадження прогресивних зарубіжних ідей соціальної роботи у сфері здоров'я у формі прогностичної моделі практики в Україні на основі порівняльного аналізу канадського та вітчизняного досвіду.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що *вперше* у вітчизняній науці в галузі соціальної роботи *здійснено* цілісний аналіз становлення, розвитку та функціонування соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді й Україні як важливої складової системи соціальної роботи та актуального напрямку практичної діяльності, наукових досліджень і професійної підготовки соціальних працівників обох країн.

Простежено генезу соціальної роботи у сфері здоров'я й *обґрунтовано* авторську періодизацію її розвитку.

Обґрунтовано, що соціальна робота у сфері здоров'я, як міждисциплінарна наукова проблема, інтегрує ідеї різних галузей наукового знання – соціальної роботи, охорони здоров'я, психології, соціології, педагогіки, філософії, біоетики, культурології, політології тощо, а результатом її розв'язання є подолання нерівності щодо здоров'я населення, зумовленої впливом соціальних детермінант на здоров'я.

Обґрунтовано зміст поняття «соціальна робота у сфері здоров'я» як діяльності спеціально підготовлених соціальних працівників щодо організації та надання соціальних послуг в закладах охорони здоров'я, немедичних установах і за їх межами (вдома), що реалізується на засадах міждисциплінарного підходу й

охоплює всі три рівні практики соціальної роботи. Така діяльність націлена на комплексне розв'язання соціальних проблем у контексті здоров'я людини, і спрямована на покращення добробуту шляхом зміцнення і збереження здоров'я. Її зміст полягає, з одного боку, в сприянні зміни поведінки щодо здоров'я, враховуючи особливості клієнта (вік, стать, особистісні якості, культурну / релігійну приналежність, досвід здоров'я) шляхом навчання здоров'я і наснаження та розкриття його сильних сторін, а з іншого боку, в подоланні бар'єрів у доступі до послуг з охорони здоров'я через відстоювання права на здоров'я, тобто роботі з соціальними детермінантами здоров'я і зміною середовища.

Визначено спільне і відмінне у соціальній роботі в сфері здоров'я в Канаді та Україні; синтезовано, узагальнено та інтерпретовано виявлені емпірично й науково обґрунтовані факти, події і явища, що уможливило *формулювання* закономірностей та *виявлення* тенденцій розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді.

Обґрунтована модель системи соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді як зразок ефективного розв'язання проблем клієнтів у контексті здоров'я, перш за все, найбільш вразливих груп населення – діти, люди похилого віку, військовослужбовці, особи з інвалідністю та хронічними захворюваннями, представники інших маломобільних груп населення, що мають особливості здоров'я, які порушують їхнє соціальне функціонування. Концепція моделі заснована на цінностях соціальної роботи і стала інструментом використання прогресивних ідей досвіду Канади для удосконалення професійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я в Україні на чотирьох рівнях – державному, інституційному, регіональному, місцевому (в громаді), за напрямками – концептуальним, нормативним, управлінським, методичним, інформаційним.

Подальшого розвитку набули положення теорії і практики професійної діяльності фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні; *уточнено* зміст понять «соціально-медичні послуги», «лікарняна соціальна робота», «медична соціальна робота», «міждисциплінарна команда фахівців здоров'я»; знання про досвід діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я в

Канаді та Україні, чинники впливу на розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в обох країнах.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробленні, обґрунтуванні науково-методичних рекомендацій щодо прогностичного розвитку системи соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні на основі врахування кращих ідей канадського досвіду, шляхом запровадження змін у концептуальній, нормативній, управлінській, методичній, інформаційній складових.

Матеріали дослідження, висновки, положення мають міждисциплінарний характер і можуть використовуватися у викладанні курсів «Соціальна робота: зарубіжний досвід», «Технології соціальної роботи», «Технології збереження здоров'я в соціальній сфері», «Медико-соціальні основи здоров'я» та інших, для написання наукових праць, підготовки підручників, навчальних посібників для закладів вищої освіти, професійної підготовки соціальних працівників до діяльності в сфері здоров'я за кордоном тощо.

Результати можуть бути корисними для керівників Центрів надання соціальних послуг в громадах, зокрема для організації та надання комплексних соціально-медичних послуг населенню громади; для практикуючих фахівців соціальної роботи, керівників державних і громадських організацій, що надають соціальні послуги, спрямовані на збереження здоров'я різних категорій населення, для формування технологій соціальної та соціально-педагогічної роботи у сфері здоров'я.

Актуальність дослідження питання збереження здоров'я населення засобами соціальної роботи із застосуванням зарубіжного досвіду зумовлена протиріччями між потребою покращення здоров'я як основи добробуту населення і браком засобів та ресурсів держави для цього; між складними соціально-економічними, суспільно-політичними, зовнішньо-політичними, епідеміологічними умовами, що мають негативний вплив на здоров'я населення, і незавершеністю реформування системи охорони здоров'я в Україні; потребою покращення здоров'я населення і наявністю нерівностей щодо його досягнення громадянами; необхідністю застосування кращих зарубіжних практик соціальної роботи у сфері здоров'я і

недостатнім вивченням такого досвіду діяльності соціальних працівників у Канаді (зокрема, в порівнянні з Україною); наявністю окремих соціально-медичних послуг і соціальних послуг у сфері здоров'я в Україні та відсутністю комплексності в їх застосуванні як інструменту покращення здоров'я і добробуту населення.

Методологічна основа дослідження. На засадах системного підходу розглядалися: здоров'я людини як характеристика цілісної особистості; соціальні детермінанти здоров'я як штучні утворення, породжені суспільною системою, що зумовлюють нерівності щодо здоров'я; соціальна робота у сфері здоров'я як елемент більшої системи – соціальної роботи. Завдяки синергетичному підходу простежено генезу соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді як складний багатофакторний процес, що відбувався під впливом соціально-економічних, політичних, соціально-психологічних, технологічних, культурних, глобалізаційних чинників. Використання аксіологічного підходу пов'язано з ціннісною, етично зумовленою спрямованістю діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я, етичним обґрунтуванням емпіричної частини дослідження. Культурологічний підхід забезпечив врахування феномена культур Канади і України, зорієнтував на етно- і соціокультурні, релігійні, професійні традиції збереження здоров'я. Завдяки соціологічному підходу було виявлено специфіку діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я, окреслено закономірності, виявлено тенденції розвитку системи соціальної роботи у сфері здоров'я у контексті соціальних відносин, процесів, інститутів. Міждисциплінарний підхід забезпечив використання теорій і концепцій філософії, психології, соціології, соціальної роботи та інших гуманітарних наук з метою ґрунтовного аналізу теорії та практики соціальної роботи у сфері здоров'я. На основі прогностичного підходу, із врахуванням закономірностей і виявлених тенденцій розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді, обґрунтовано модель соціальної роботи у сфері здоров'я Канади як прототип системи соціальної роботи у сфері здоров'я України.

Ключові слова: соціальна робота, здоров'я, соціальна робота у сфері здоров'я, соціальний працівник, фахівець соціальної роботи, клієнт, пацієнт, соціальні послуги у сфері здоров'я, Україна, Канада, розвиток, порівняльний аналіз.

ABSTRACT

Nazar N. I. The Development of Social Work in the Sphere of Health in Canada and Ukraine: A Comparative Analysis. – Qualificative research paper as a manuscript.

The thesis for the Degree of Doctor of Philosophy in the specialty 231 “Social Work”. – Lviv Polytechnic National University. – Lviv, 2022.

The dissertation research investigates the issue of the development of social work in the sphere of health in Canada and Ukraine and highlights the theoretical and empirical justification for the potential implementation of progressive foreign ideas of social work in the sphere of health in Ukraine in the form of a practice-predicting model based on a comparative analysis of Canadian and domestic experience.

The scientific novelty and theoretical significance of the study is defined by the fact that a comprehensive analysis of the formation, development, and operation of social work in the sphere of health in Canada and Ukraine as a significant and pertinent direction of practical activity, scientific research, and professional training of social workers in both countries.

The genesis of social work in the sphere of health *is traced* and the author's periodization of its development is substantiated.

It has been *established* that social work in the sphere of health, as an interdisciplinary scientific problem, integrates ideas from various branches of scientific knowledge – social work, health care, psychology, sociology, pedagogy, philosophy, bioethics, cultural studies, political science, etc., and the result of its solution is the elimination of inequalities in population health caused by the influence of social determinants on health.

The content of the concept of “social work in the sphere of health” is *substantiated* as an activity of specially trained social workers regarding the organization and provision of social services in health care institutions, non-medical institutions and outside them (at home), which is implemented on the basis of an interdisciplinary approach and covers all three levels of social work practice. Such activities are aimed at comprehensively solving social problems in the context of human health, and are aimed at improving well-being by strengthening and preserving health. Its content consists, on the one hand, in promoting

health behavior change, taking into account the client's characteristics (age, gender, personal qualities, cultural / religious affiliation, health experience) through health education and equipping and revealing its strengths, and on the other hand, in overcoming barriers to access to health care services through advocacy of the right to health, that is, work with social determinants of health and environmental change.

The common and different aspects of social work in the sphere of health in Canada and Ukraine are *determined*; the discovered and scientifically substantiated facts, events and phenomena were synthesized, summarized and interpreted, which made it possible to formulate patterns and identify trends in the development of social work in the sphere of health in Canada.

The model of integrated provision of social and medical services to the community's population as a center of effective integrated client problem solving based on social work values in the context of health is substantiated and designed, primarily for representatives of the most vulnerable population groups (children, the elderly, persons with disabilities and chronic diseases, military personnel, representatives of other low-mobility population groups with health characteristics that disrupt their social functioning) as an opportunity to use the progressive ideas of Canada's experience to improve the professional activity of social workers in the sphere of health in Ukraine at four levels (state, regional, local (i.e., in the community), and institutional).

The provisions of the theory and practice of the professional activity of social workers in the sphere of health in Canada and Ukraine *have gained further development*; the content of the concepts "social and medical services", "hospital social work", "medical social work", and "interdisciplinary team of health experts" has been clarified; knowledge about the experience of social workers in the sphere of health in Canada and Ukraine, and factors influencing the development of social work in the sphere of health in both countries have been clarified.

The practical significance of the obtained results lies in the development and validation of scientific and methodological recommendations for the prognostic development of the system of social work in the sphere of health in Ukraine based on

taking into account the best ideas of the Canadian experience, by introducing changes in the conceptual, regulatory, managerial, methodological, and informational components.

The research materials, conclusions, and provisions have an interdisciplinary nature and can be applied to the teaching of courses "Social Work: Foreign Experience", "Technologies of Social Work", "Technologies of health preservation in the social sphere", "Medical and social foundations of health" etc. They can also be used for writing academic papers, creating textbooks and teaching aids for higher education institutions, developing social and pedagogic work technologies, and preparing social workers for work in the international health sector.

The findings may be useful to the heads of Centers for the provision of social services in the community, particularly in the organization and delivery of complex social and medical services to the population of the community; for social work practitioners; and managers of state and public organizations that provide social services aimed at preserving the health of various groups of people; for the formation of technologies of social and socio-pedagogical work in the sphere of health.

The urgency of researching the issue of preserving the health of the population by means of social work with the application of foreign experience is determined by contradictions: between complex socioeconomic, sociopolitical, foreign political, and epidemiological conditions that have a negative impact on the health of the population and the inadequacy of the reform of the health care system in Ukraine; the need to improve the health of the population and the presence of inequalities in its attainment by citizens and insufficient resources to ensure this process; the need to apply the best foreign practices of social work in improving health and the insufficient study of such experience of social workers in Canada (particularly in comparison with Ukraine); the availability of separate social and medical services in Ukraine and the lack of systematic use of them as a tool for improving the health of the population.

The methodological basis of the study. The following were considered using the system approach: human health as a feature of a complete personality; social determinants of health as artificial formations generated by the social system that cause health inequalities; and social work in the sphere of health as an element of a larger system (i.e.

social work). The emergence of social work in the sphere of health in Canada was traced as a complex multifactorial process influenced by socioeconomic, political, socio-psychological, technological, cultural, and globalization factors, thanks to the synergistic approach. The use of the axiological approach is linked to the valuable, ethically determined focus of the activities of social workers in the sphere of health and the ethical justification of the empirical part of the research. The cultural approach considered the phenomenon of Canadian and Ukrainian cultures, focusing on ethno- and socio-cultural, religious, and professional health preservation traditions. The sociological approach was used to identify the specifics of the activities of social workers in the sphere of health, outline patterns, and identify trends in the development of the system of social work in the sphere of health in the context of social relations, processes, institutions; the structural and functional model of the activity of a social worker in the sphere of health is substantiated. The interdisciplinary approach ensured the use of philosophical, psychological, sociological, social work, and other humanities theories and concepts in order to thoroughly analyze the theory and practice of social work in the sphere of health. The model of integrated provision of social and medical services in the community as a prototype of Ukraine's system of social work in the sphere of health is substantiated on the basis of a prognostic approach, taking into account the patterns and revealed trends of the development of social work in the sphere of health in Canada.

Keywords: social work, health, social work in the sphere of health, social worker, social work specialist, client, patient, social services in the sphere of health, Ukraine, Canada, development, comparative analysis.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Назар, Н. (2021). Соціальна робота у сфері охорони здоров'я Канади. *Social Work and Education*, Vol. 8, No. 3, 341-351. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.21.3.3>

2. Назар, Н. (2020а). Практика соціальної роботи у сфері здоров'я (на прикладі діяльності недержавної організації м. Львів). *Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: «Педагогічні науки»*, 1 (2020), 223-227. <https://doi.org/10.31651/2524-2660-2020-1-223-227>
3. Klos, L. & Nazar, N. (2019). Integrated social services based on preservation and promotion of community health: an analysis of the state and prospects of development. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 59-69. [https://doi.org/10.32437/MHGCI-2019\(0\).68](https://doi.org/10.32437/MHGCI-2019(0).68)
4. Клос, Л., & Назар, Н. (2018). Подолання глобальних викликів соціальної сфери і соціальних хвороб: міждисциплінарний підхід. *Theory and methods of educational management (Теорія та методика управління освітою)*, 1(21), 1-12. <http://umo.edu.ua/katalogh-vidanj/electronic-journal-the-theory-and-methods-of-educational-management-edition-1-21-2018>
5. Назар, Н. (2018а). Діяльність соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді. *Social Work and Education*, Vol. 5, No. 2, 100-106. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.18.2.10>
6. Nazar, N. (2018). Роль фахівців соціальної роботи у реалізації національній концепції охорони психічного здоров'я. *Social Work and Education*, Vol. 5, No. 4., 45-55. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.18.4.4>
7. Клос, Л., & Назар, Н. (2016). Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід). *Педагогіка та психологія професійної освіти*, 4, 200-209.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Nazar, N. (2020b). The ecosystem approach in health social work. 4th International Conference on Mental Health Care “Mental Health: global challenges of XXI century”, *Mental Health: Global Challenges Journal*, 3(2), 16-18. <https://doi.org/10.32437/mhgci.v4i2.90>
9. Назар, Н. (2020с). Екосистемний підхід у соціальній роботі в сфері здоров'я. *Соціальна робота і сучасність: теорія та практика професійного й*

особистісного розвитку соціального працівника: Матеріали Десятої Міжнародної науково-практичної конференції, 18 грудня 2020 р., Київ: Ліра-К, 135-138.

10. Назар, Н. (2019). Перспективи розвитку соціальної роботи у сфері охорони здоров'я з позицій медичної реформи в Україні. *Забезпечення сталого розвитку в умовах глобалізаційних трансформацій*. Збірник матеріалів II конференції молодих науковців, 25 травня 2019 року, Київ: АПСВТ, 68-69.

11. Назар, Н. (2018b). Діяльність соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді. *Соціальна робота: виклики сьогодення*. Збірник наукових праць за матеріалами VII всеукраїнської науково-практичної конференції, 26-27 квітня 2018 р., Тернопіль: ТНПУ імені В. Гнатюка, 82-83.

12. Клос, Л. Є., Назар, Н. І. (2017). Міждисциплінарний підхід у подоланні глобальних викликів соціальних хвороб. *Здоров'я людини у соціальному і освітньому вимірах: міжнародне соціальне та освітнє партнерство*. Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції 14-15 листопада 2017 року до Всесвітнього дня боротьби із захворюванням на діабет, Київ, 66-69.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

13. Когут, С., Кокоячук, Ю., Назар, Н., Розвадовська, Т. (2020). Вразливість як прояв соціального виключення в Україні. В Є. Фролова (ред.), *Дім: досвід прийняття. Практики включення в Україні та Італії*. Практичні рекомендації (ст. 109-122). Харків: Центр європейської культури «Данте».

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	14
ВСТУП.....	15
РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я.....	25
1.1. Соціальна робота у сфері здоров'я в Канаді та Україні як предмет наукового пошуку	25
1.2. Теоретичні засади соціальної роботи у сфері здоров'я	41
1.3. Методологія діяльності та етика професійної соціальної роботи у сфері здоров'я	56
Висновки до першого розділу	63
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я В КАНАДІ ТА УКРАЇНІ.....	65
2.1. Становлення та розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді ..	65
2.2. Соціальна робота у сфері здоров'я: особливості інституціоналізації в Канаді та Україні.....	81
2.3. Практика соціальної роботи у сфері здоров'я: нормативно-правове регулювання, стандарти професійної діяльності	95
2.3.1. Канада.....	99
2.3.2. Україна	105
Висновки до другого розділу	119
РОЗДІЛ 3. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА КАНАДІ.....	122
3.1. Дизайн та методика емпіричного дослідження	122
3.2. Особливості сучасного канадського досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я	131

3.3. Особливості сучасного українського досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я	151
3.4. Порівняльний аналіз канадського й українського досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я: спільне та відмінне.....	168
3.5. Прогностичне обґрунтування розвитку практики соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні з урахуванням досвіду Канади	196
Висновки до третього розділу.....	205
ВИСНОВКИ	208
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	211
ДОДАТКИ.....	231
ТРАНСКРИПТИ ІНТЕРВ'Ю	262
Відповіді експертів на ранжовані запитання.....	377

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

СРСЗ – соціальна робота у сфері здоров'я

СР – соціальна робота

СП – соціальний працівник

КАСП – Канадська асоціація соціальних працівників (англ. Canadian Association of Social Workers, CASW)

КАОСР – Канадська асоціація освіти з соціальної роботи (англ. Canadian Association for Social Work Education, CASWE)

МФСР – Міжнародна федерація соціальних працівників (англ. International Federation of Social Workers, IFSW)

МАШСР – Міжнародна асоціація шкіл соціальної роботи (англ. International Association of Schools of Social Work, IASSW)

МДК – міждисциплінарна команда

ВСТУП

Актуальність дослідження. Соціальне благополуччя є об'єктом професійної діяльності соціальних працівників і визначається такими аспектами суспільного життя, як здоров'я, освіта, безпека, свобода, соціальна згуртованість тощо. Саме здоров'я вважають найважливішим показником у розрахунку індексу благополуччя (Gallup.Inc., n.d.). Україна піднялася в рейтингу благополуччя з 92 місця у 2020 р. на 78 у 2021 р. серед 163 країн світу, але все ще є найменш благополучною країною східноєвропейського регіону. При чому суттєве зниження показника зумовлено станом здоров'я населення і системи охорони здоров'я в країні (113 і 104 місця) (Legatum Institute Foundation, 2021). Станом на 2020 р. тривалість життя в Україні, за даними Світового банку, понад 72 роки, що нижче у порівнянні з країнами Європи на 7-12 років (Поскробок, 2020; Барська та ін., 2020).

Згідно з Конституцією України (стаття 49), кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування; це забезпечується державним фінансуванням відповідних програм (Верховна Рада України, 1996). Незважаючи на проведену частково реформу системи охорони здоров'я в Україні, для вразливих груп населення, таких, як особи / сім'ї, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та / або внутрішніх чинників (Закон України «Про соціальні послуги», 2019), багато послуг з охорони здоров'я залишаються недосяжними у зв'язку з наявністю низки перешкод. Ці перешкоди не лише фізичні, але також економічні, культурні, комунікативні, політичні, психологічні тощо. Пандемія коронавірусу ще раз показала нерівність серед різних груп населення у доступі до послуг здоров'я (Батиргарєєва та ін., 2021). Такі порушення права громадян на рівний доступ до послуг охорони і збереження здоров'я призводять до соціальної несправедливості. Соціальні працівники визнані «агентами змін», які швидко реагують на суспільні негаразди, сприяють розвитку індивідів, сімей, громад, досягненню соціальної справедливості й покращенню здоров'я і добробуту людей.

Сьогодні діяльність фахівців соціальної роботи реалізується відповідно до чинних законів України: «Про соціальні послуги» (2019), «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» (2005), «Про пенсійне забезпечення» (1992), «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991) тощо. Регулювання діяльності соціальних працівників у питаннях збереження здоров'я населення здійснюється такими нормативними актами, як «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1993), Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки, що є складовою Національного плану дій з реформування (Указ Президента України, 2015), Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю до 2025 року (Розпорядження Кабінету Міністрів України, 2021), «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» (2001), Концепція розвитку психічного здоров'я до 2030 р. (Розпорядження Кабінету Міністрів України, 2017) та інші.

Ключову роль у спрямуванні діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я на міжнародному рівні відіграє Мережа фахівців соціальної роботи у протидії нерівностям у здоров'ї (МФСРПНЗ) (англ. Social Work and Health Inequalities Network, SWHIN). МФСРПНЗ стала глобальною асоціацією й об'єднує понад 300 педагогів із соціальної роботи, менеджерів, політиків, практиків, дослідників та їхніх союзників із 22 країн, на шести континентах. Спільне зобов'язання учасників Мережі – боротьба з причинами та наслідками несправедливих і шкідливих, соціально спричинених нерівностей у здоров'ї. МФСРПНЗ заснована 2004 р. в результаті дискусій під час 4-ої Міжнародної конференції із соціальної роботи в галузі охорони здоров'я та психічного здоров'я в Квебеку (Канада). На конференції Стівен Льюїс (посланець ООН з питань ВІЛ-СНІДу в Африці) закликав фахівців соціальної роботи продемонструвати свою залученість до міжнародного рівня впливу на політику та виступити за глобальну справедливість у сфері охорони здоров'я. Мережа ФСРПНЗ стала відповіддю на цей виклик (Bywaters, 2009; Friedman & Merrick, 2015).

У зв'язку з цим важливого значення в діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я набувають документи, ухвалені світовою професійною спільнотою соціальної роботи: підсумкова заява «Здоров'я і хвороба», прийнята загальними зборами Міжнародної федерації соціальних працівників (МФСП) (Бразилія, 2010) і «Новий Порядок денний для соціальної роботи в умовах зростання глобальних впливів» (Гонконг, 2011). Перший документ наголошує на рівному праві на доступ до ресурсів і послуг охорони здоров'я та соціальних послуг, спрямованих на попередження хвороб, травм і порушень; робота для реалізації цих універсальних прав і відстоювання соціальної справедливості щодо здоров'я в соціальній політиці є критично важливою (Social Work and Health Inequalities Network, n.d.; Клос, 2018). «Новий Порядок денний ...» став новою концепцією діяльності фахівців соціальної сфери в умовах наростання небезпечних наслідків глобалізації для здоров'я і благополуччя людей, спричинених нерівністю та нестійкістю середовища у зв'язку з кліматичними змінами, впливом військових дій, насильства, стихійних лих, забруднювальних речовин (Клос, 2018, 39; Truell & Jones, 2014).

Зарубіжний досвід свідчить про ефективність зусиль соціальних працівників у подоланні нерівності у сфері здоров'я. Можна виокремити два ключові напрями такої активності – подолання наслідків нерівності й попередження та запобігання цьому (Polat et al., 2015). Перший напрям – робота, спрямована на усунення порушень здоров'я, проводиться на індивідуальному рівні, передбачає набуття нового досвіду клієнтом через навчання здоров'я, а також зміну поведінки щодо здоров'я. Другий напрям полягає в подоланні основних причин нерівності, так званих структурних перешкод, закладених в суспільстві, тобто соціальних детермінант здоров'я – бідності, дискримінації, безробіття, освітніх досягнень та недостатнє забезпечення житлом. Ця діяльність реалізується на мезо- і макрорівнях практики, стосується роботи в громаді та соціальної політики.

Усе сказане дає підстави вважати діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я міжгалузевою, міжсекторальною проблемою, розв'язання якої потребує спільних зусиль фахівців багатьох суміжних галузей, у тому числі медицини, соціальної роботи, психології, економіки, юриспруденції, та інших. Пошук шляхів

вирішення проблем здоров'я на засадах міждисциплінарності було ініційовано канадським міністром охорони здоров'я Д. Лалондом у 1974 році (Forget & Lebel, 2001). Він вперше запропонував вивчити зв'язок між рівнем фінансування сфери охорони здоров'я і покращенням здоров'я населення. Прямої залежності не було встановлено. Це спонукало ВООЗ провести в 70-их рр. в понад 100 країнах світу дослідження чинників, що впливають на стан здоров'я населення. Результати дослідження виявили: здоров'я на 50% залежить від поведінки людини, на 20% – від стану довкілля, на стільки ж – від генетичних (успадкованих) властивостей організму і лише на 10% від системи охорони здоров'я (Сміянова, 2021). Ці цифри вкотре підтверджують, що найпростіший і найшвидший спосіб покращити здоров'я людини – змінити її поведінку щодо власного здоров'я – з індиферентної, байдужої, ризикованої – на відповідальну, усвідомлену, здоров'єзберезувальну шляхом збагачення індивідуального досвіду здоров'я (мікрорівень), а також створення сприятливих умов для досягнення здоров'я – усунення різного роду бар'єрів (мезо- і макрорівень практики). Це до снаги соціальним працівникам. На думку МФСП, проблема здоров'я – це питання дотримання основних прав людини й соціальної справедливості, що зобов'язує соціальних працівників застосовувати ці принципи у політиці, освіті, наукових дослідженнях, практиці (Social Work and Health Inequalities Network, 2010; Клос, 2018).

В Україні практика соціальної роботи у сфері здоров'я не набула ще такого визнання як у світі, тому вивчення зарубіжного досвіду у цій царині задля впровадження кращих здобутків у вітчизняні реалії є актуальним завданням. Особливої уваги заслуговує канадський досвід, оскільки саме Канада, як з'ясувалося, є батьківщиною важливих ініціатив соціальних працівників у сфері здоров'я (міждисциплінарне втручання як ключовий принцип роботи, мережа соціальних працівників у боротьбі з нерівністю щодо здоров'я).

Дотепер в українському науковому дискурсі питання здоров'я населення було предметом вивчення науковців різних спеціальностей: Бойчука (2017), Белоносової (2014), Оржеховської (2013), Москаленка (2008), Гусак, Зимівець та Петровича (2009), а також зарубіжних авторів: МакДауела (McDowell, 2015), Стокс, Норен і

Шіндела (Stokes, Noren & Shindell, 1982). Розглядалися різні аспекти соціальної роботи у сфері здоров'я вітчизняними науковцями: Божок (2019), Бойко та Кабаченко (2020), Данко (2011; 2015), Клос (2013; 2015a; 2015b; 2016a; 2016b; 2018), Поліщук (2014), Семигіна (2013; 2014; 2015) та ін.; зарубіжними ученими: Аусландер (Auslander, 2001), Гелерт і Браун (Gehlert & Browne, 2012), Менгал і Вакела (Mangal & Vaghela, 2017).

Аспекти професійної підготовки соціальних працівників у Канаді досліджували: Гайдук (2004), Микитенко (2006), Ольхович (2008), Пришляк (2018), Попова (2021). Дослідженню підготовки соціальних працівників до здоров'єзберезувальної діяльності присвячені праці Клос (2017; 2018); до застосування технологій медико-соціальної роботи – Данко (2013; 2015). Питання організації державної охорони здоров'я і освіти в Канаді вивчали Савицький, Клішевич та Гончаренко (2016), формування політики охорони здоров'я на перетині глобального та локального, з огляду на практику соціальної роботи, досліджувала Семигіна (2013); проблему державної політики здоров'єзбереження в Україні та світі висвітлювали Гладун (2005), Співак (2016).

Актуальність дослідження питання збереження здоров'я населення засобами соціальної роботи із застосуванням зарубіжного досвіду зумовлена протиріччями між потребою покращення здоров'я як основи добробуту населення і браком засобів та ресурсів держави для цього; між складними соціально-економічними, суспільно-політичними, зовнішньо-політичними, епідеміологічними умовами, що мають негативний вплив на здоров'я населення, і незавершеністю реформування системи охорони здоров'я в Україні; потребою покращення здоров'я населення і наявністю нерівностей щодо його досягнення громадянами; необхідністю застосування кращих зарубіжних практик соціальної роботи у сфері здоров'я і недостатнім вивченням такого досвіду діяльності соціальних працівників у Канаді (зокрема, в порівнянні з Україною); наявністю окремих соціально-медичних послуг і соціальних послуг у сфері здоров'я в Україні та відсутністю комплексності в їх застосуванні як інструменту покращення здоров'я і добробуту населення. Усе це

зумовило вибір теми дослідження: «**Розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні: порівняльний аналіз**».

Об'єкт дослідження – соціальна робота в Канаді та Україні.

Предмет дослідження – особливості розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні.

Мета дослідження – на основі порівняльного аналізу особливостей розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні встановити закономірності й тенденції цього процесу в Канаді та, враховуючи їх, запропонувати шляхи творчого адаптування прогресивних ідей канадського досвіду у вітчизняну соціальну роботу.

Завдання дослідження:

- 1) виявити стан дослідженості проблеми соціальної роботи у сфері здоров'я;
- 2) з'ясувати особливості становлення та розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді і, на основі визначених закономірностей, запропонувати періодизацію цього процесу;
- 3) обґрунтувати теоретичні та методологічні аспекти соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді;
- 4) емпірично дослідити практику соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні і виявити спільне й відмінне у двох країнах;
- 5) на основі порівняльного аналізу теорії та практики соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді й Україні обґрунтувати тенденції розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні та запропонувати можливості використання прогресивних ідей досвіду Канади у вітчизняній практиці соціальної роботи у сфері здоров'я.

Методи дослідження. У дослідженні для досягнення мети та завдань використано комплекс методів. *Загальнонаукові методи:* аналіз, синтез, систематизація, порівняльний аналіз, узагальнення застосовувалися під час опрацювання вітчизняних та закордонних наукових праць за темою дослідження, офіційних і нормативно-правових документів Канади та України. *Історичний*

метод застосовувався для визначення основних етапів становлення та розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні. *Конкретно-наукові методи*: категоріальний аналіз – для розкриття змісту й уточнення дефініцій основоположних понять; структурно-функціональний аналіз – для з'ясування структурних, змістових і процесуальних особливостей практичної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я в Канаді та Україні. *Емпіричні методи* – метод експертних оцінок або метод Делфі з опитуванням у першій фазі дослідження у формі інтерв'ю та у формі анкети у другій фазі. *Прогностичний метод* – обґрунтування можливостей використання прогресивних ідей канадського досвіду з урахуванням української практики соціальної роботи у сфері здоров'я.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягають у тому, що: *вперше* у вітчизняній науці в галузі соціальної роботи здійснено цілісний аналіз становлення, розвитку та функціонування соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді й Україні як важливої складової системи соціальної роботи та актуального напрямку практичної діяльності, наукових досліджень і професійної підготовки соціальних працівників обох країн.

Простежено генезу соціальної роботи у сфері здоров'я й *обґрунтовано* авторську періодизацію її розвитку.

Обґрунтовано, що соціальна робота у сфері здоров'я, як міждисциплінарна наукова проблема, інтегрує ідеї різних галузей наукового знання – соціальної роботи, охорони здоров'я, психології, соціології, педагогіки, філософії, біоетики, культурології, політології тощо, а результатом її розв'язання є подолання нерівності щодо здоров'я населення, зумовленої впливом соціальних детермінант на здоров'я.

Обґрунтовано зміст поняття «соціальна робота у сфері здоров'я» як діяльності спеціально підготовлених соціальних працівників щодо організації та надання соціальних послуг в закладах охорони здоров'я, немедичних установах і за їх межами (вдома), що реалізується на засадах міждисциплінарного підходу й охоплює всі три рівні практики соціальної роботи. Така діяльність націлена на комплексне розв'язання соціальних проблем у контексті здоров'я людини, і

спрямована на покращення добробуту шляхом зміцнення і збереження здоров'я. Її зміст полягає, з одного боку, в сприянні зміни поведінки щодо здоров'я, враховуючи особливості клієнта (вік, стать, особистісні якості, культурну / релігійну приналежність, досвід здоров'я) шляхом навчання здоров'я і наснаження та розкриття його сильних сторін, а з іншого боку, в подоланні бар'єрів у доступі до послуг з охорони здоров'я через відстоювання права на здоров'я, тобто роботі з соціальними детермінантами здоров'я і зміною середовища.

Визначено спільне і відмінне у соціальній роботі в сфері здоров'я в Канаді та Україні; синтезовано, узагальнено та інтерпретовано виявлені емпірично й науково обґрунтовані факти, події і явища, що уможливило *формулювання* закономірностей та *виявлення* тенденцій розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді.

Обґрунтована модель системи соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді як зразок ефективного розв'язання проблем клієнтів у контексті здоров'я, перш за все, найбільш вразливих груп населення – діти, люди похилого віку, військовослужбовці, особи з інвалідністю та хронічними захворюваннями, представники інших маломобільних груп населення, що мають особливості здоров'я, які порушують їхнє соціальне функціонування. Концепція моделі заснована на цінностях соціальної роботи і стала інструментом використання прогресивних ідей досвіду Канади для удосконалення професійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я в Україні на чотирьох рівнях – державному, інституційному, регіональному, місцевому (в громаді), за напрямками – концептуальним, нормативним, управлінським, методичним, інформаційним.

Подальшого розвитку набули положення теорії і практики професійної діяльності фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні; *уточнено* зміст понять «соціально-медичні послуги», «лікарняна соціальна робота», «медична соціальна робота», «міждисциплінарна команда фахівців здоров'я»; знання про досвід діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я в Канаді та Україні, чинники впливу на розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в обох країнах.

Методологічну основу дослідження склали системний, синергетичний, аксіологічний, культурологічний, соціологічний, міждисциплінарний, прогностичний підходи.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробленні, обґрунтуванні науково-методичних рекомендацій щодо прогностичного розвитку системи соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні на основі врахування кращих ідей канадського досвіду, шляхом запровадження змін у концептуальній, нормативній, управлінській, методичній, інформаційній складових.

Матеріали дослідження, висновки, положення мають міждисциплінарний характер і можуть використовуватися у викладанні курсів «Соціальна робота: зарубіжний досвід», «Технології соціальної роботи», «Технології збереження здоров'я в соціальній сфері», «Медико-соціальні основи здоров'я» та інших, для написання наукових праць, підготовки підручників, навчальних посібників для закладів вищої освіти, професійної підготовки соціальних працівників до діяльності в сфері здоров'я за кордоном тощо.

Результати можуть бути корисними для керівників Центрів надання соціальних послуг в громадах, зокрема для організації та надання комплексних соціально-медичних послуг населенню громади; для практикуючих фахівців соціальної роботи, керівників державних і громадських організацій, що надають соціальні послуги, спрямовані на збереження здоров'я різних категорій населення, для формування технологій соціальної та соціально-педагогічної роботи у сфері здоров'я.

Особистий внесок здобувача. Здобувачка самостійно опрацювала та проаналізувала всю літературу дослідження та відобразила цей аналіз у тексті дисертації. Авторка самостійно провела та проаналізувала (порівняльний аналіз) емпіричну частину дослідження. У наукових публікаціях, що написані у співавторстві з Л. Є. Клос (Клос & Назар, 2018; Клос & Назар, 2016; Klos & Nazar, 2019), авторкою визначено шляхи участі соціальних працівників у подоланні соціальних хвороб, актуалізовано питання соціальної роботи у сфері громадського здоров'я, зокрема розглянуто функції громадського здоров'я, підходи до

практичної діяльності соціальних працівників в американському контексті, визначено перелік інтегрованих соціальних послуг, що надаються у громаді, та обґрунтовано їх необхідність.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження обговорювалися на: Круглому столі «Академічні дослідження для практики соціальної роботи» (26 лютого 2021 р., Київ/онлайн); IV International Conference on Mental Health Care “Mental Health: global challenges of XXI century” (12-14 листопада 2020, онлайн); 13-му Єкуменічному Соціальному Тижні «Почути крик Землі: інтегральна екологія в дії» (7-10 жовтня 2020 р., м. Львів/онлайн); Десятій Міжнародній науково-практичній конференції «Соціальна робота і сучасність: теорія та практика професійного й особистісного розвитку соціального працівника» (18 грудня 2020 р., м. Київ/онлайн); II конференції молодих науковців «Забезпечення сталого розвитку в умовах глобалізаційних трансформацій» (25 травня 2019 р., м. Київ); VII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Соціальна робота: виклики сьогодення» (26-27 квітня 2018 р., м. Тернопіль) та Міжнародній науково-практичній конференції до Всесвітнього дня боротьби із захворюванням на діабет «Здоров'я людини у соціальному і освітньому вимірах: міжнародне соціальне та освітнє партнерство» (14-15 листопада 2017 р., м. Київ).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано в рамках комплексної програми науково-дослідної роботи кафедри соціології та соціальної роботи Інституту гуманітарних та соціальних наук Національного університету «Львівська політехніка» під назвою «Дослідницька ініціатива та практична реалізація соціально-політичних проектів щодо врегулювання соціальних проблем сучасної України» (державний реєстраційний № 0118U000886).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів та висновків до них, загальних висновків, списку літератури та додатків. Загальний обсяг дисертації – 380 сторінок. У списку використаних джерел – 203 найменування, з яких 108 англійською мовою. Основну частину дисертації викладено на 196 сторінках. Робота містить: 8 таблиць, 6 рисунків, 10 додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я

1.1. Соціальна робота у сфері здоров'я в Канаді та Україні як предмет наукового пошуку

З метою розв'язання проблеми дослідження, виконання завдань та досягнення поставленої мети проведено огляд літературних джерел, які висвітлюють питання, дотичні до теми дисертації.

Основна частина публікацій у сфері соціальної роботи та здоров'я вийшла друком упродовж 30 років. При цьому слід зазначити, що в українському контексті видання, що безпосередньо пов'язані зі соціальною роботою у сфері здоров'я, трапляються не часто та мають різноплановий зміст. У той час як закордонні публікації, що стосуються теми дослідження, відображають системний підхід до досліджень у соціальній роботі у сфері здоров'я, що спричинено, очевидно, тривалою історією соціальної роботи у цьому напрямку у світі.

Зважаючи на тему дослідження, аналіз бази джерел здійснювався за такими смисловими рядами: 1) соціальна робота (соціальна робота, цінності соціальної роботи, соціальні працівники, фахівці соціальної роботи, заклади соціальної роботи, соціальні служби, професійна діяльність соціального працівника); 2) соціальна робота у сфері здоров'я (здоров'я, громадське здоров'я, сфера здоров'я, охорона здоров'я, здоров'єзберезувальна діяльність соціального працівника, соціально-медичні послуги, медико-соціальна робота, заклади охорони здоров'я, медична соціальна робота, лікарняна соціальна робота, соціальна робота у сфері громадського здоров'я, соціальна робота у сфері психічного здоров'я); 3) соціальна робота в Канаді (історичні аспекти соціальної роботи в Канаді, історія соціальної роботи за кордоном, історія соціальної роботи у сфері здоров'я, нормативно-правове забезпечення соціальної роботи в Канаді, нормативна база соціальної роботи у сфері здоров'я, теоретичне підґрунтя соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді і практика).

У дослідженні проведено паралелі між соціальною роботою у сфері здоров'я в Канаді та Україні, застосовано метод порівняльного аналізу з перспективи розвитку цієї практики в обох країнах. Під *розвитком* ми розуміємо процес якісних змін, що формують та зміцнюють життєву систему, підвищують якість життя людей, забезпечують розширення ресурсів і можливостей без шкоди для навколишнього середовища; це тривалий процес, який також готує умови для продовження цієї якісної зміни у майбутньому (Капліна, 2012; Pears Foundation, 2021). *Порівняльний аналіз* ми використовуємо з метою виявлення характеристик та основних особливостей розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні, їх зіставлення та на основі отриманих даних виведення певних закономірностей та висновків, які дозволяють спрогнозувати подальшу зміну предмета нашого дослідження (Чепак & Савельєв, 2019).

Літературні джерела першого смислового ряду представляють праці Бондаренко, Григи та Кабаченко (2004), Бойко та Савицької (2018), Букача (2016), Клос (2018), Лукашевича та Семигіної (2007), Семигіної (2020), Полтавця та ін. (2000).

База джерел другого смислового ряду висвітлена працями дослідників, що вивчали підходи до розуміння здоров'я, українських: Бойчук (2017), Белоносова (2014), Оржеховська (2013), Москаленко (2008), Гусак, Зимівець і Петрович (2009), а також зарубіжних: МакДауел (McDowell, 2015), Стокс, Норен і Шіндел (Stokes, Noren & Shindell, 1982) та інші. Тут же розглядаються праці з питань соціальної роботи у сфері здоров'я вітчизняних науковців: Божок (2019), Бойко та Кабаченко (2020), Данко (2011; 2015); Клос (2013; 2015; 2016; 2018), Поліщук (2014), Семигіної (2015) та інших; зарубіжних учених: Аусландер (Auslander, 2001), Гелерт і Браун (Gehlert & Browne, 2012), Менгал і Вакела (Mangal & Vaghela, 2017) та інших.

Третій смисловий ряд опрацьованих джерел репрезентують дослідження авторів щодо особливостей соціальної роботи у сфері здоров'я в контексті різноманітних підходів до практики в Канаді, її рівнів, ролей, функцій, обов'язків соціального працівника. Це праці Райна (2001), Брайсон і Босми (Bryson & Bosma,

2018), Крейг, Бетенкурта і Маскат (Craig, Betancourt & Muskat, 2015), Хіка і Стокс (Hick & Stokes, 2002) та інших.

Якщо звернутися до визначення соціальної роботи в глобальному розумінні, то МФСП (англ. International Federation of Social Workers, IFSW) та Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи, МАШСР (англ. International Association of Schools of Social Work, IASSW) у липні 2014 року було затверджено таке: «соціальна робота – це заснована на практиці професія та академічна дисципліна, яка сприяє соціальним змінам та розвитку, соціальній згуртованості, активізації та звільненню людей. Базові принципи, на яких ґрунтується соціальна робота – це принципи соціальної справедливості, прав людини, колективної відповідальності і поваги до різноманітності» (Бойко & Савицька, 2018). Також МФСП визначає соціальну роботу як професію, присвячену відновленню та підвищенню соціального функціонування людини та сприянню зміні соціальних умов для зниження людських страждань (International Federation of Social Workers, 2014; National Association of Social Workers, 1999). У практиці соціальна робота характеризується суб'єкт-суб'єктною взаємодією, учасниками якої є клієнт (особа, що самостійно не може вирішити свої соціальні проблеми чи подолати труднощі) та соціальний працівник (фахівець, що має відповідну кваліфікацію та діє від імені соціальних агенцій чи держави) (Семигіна, 2020).

Ми вбачаємо збіг інтересів соціальної роботи та сфери здоров'я, де ключовими для обох є сприяння соціальному розвитку й благополуччю, скорочення соціальних нерівностей та покращення системи охорони здоров'я. Тому для нашого дослідження варто було уточнити такі поняття, як здоров'я, сфера здоров'я, охорона здоров'я, громадське здоров'я, громадська охорона здоров'я, соціальна робота в закладах охорони здоров'я, соціальна робота в системі громадської охорони здоров'я, медична соціальна робота, медико-соціальна робота, соціальна робота у сфері здоров'я.

Поняття «здоров'я» на сьогодні трактується дуже широко, по-різному, оскільки вивченням проблеми здоров'я займаються представники різних наукових галузей і дисциплін: медики, психологи, соціологи, філософи, педагоги,

культурологи, юристи тощо. Різні дослідники нараховують понад 450 визначень поняття «здоров'я» (Бойчук, 2017). Більшість цих визначень поєднує в собі у різних комбінаціях біологічні, медичні, психологічні, соціальні, духовні чинники здоров'я, а також фактори зовнішнього середовища.

МакДауел (McDowell, 2015), канадський дослідник і викладач у галузі громадського здоров'я та превентивної медицини, на своєму курсі описує три провідних підходи до визначення поняття «здоров'я» з точки зору вимірювання здоров'я, що включають «*медичну модель*» (англ. *medical model*), «*цілісну модель*» (англ. *holistic model*) та «*велнес-модель*» (англ. *wellness model*). Ці моделі відобразили еволюцію способів вимірювання здоров'я.

Медична модель була домінантною в Північній Америці протягом ХХ століття. У своїй екстремальній формі вона розглядає тіло як машину, яку потрібно полагодити, якщо вона зламалася. Ця модель наголошує на лікуванні конкретних фізичних захворювань, погано враховує психічні чи соціальні проблеми і, займаючись вирішенням проблем зі здоров'ям, не акцентуючи на його профілактиці. Це логічно призвело до оцінювання стану здоров'я в негативних вимірах захворювання й смертності. Тому здоров'я визначається *відсутністю захворювань і наявністю високого рівня функціональності організму*. Так, наприклад, відповідно до цієї моделі визначали здоров'я Стокс та колеги (Stokes, Noren & Shindell, 1982): «Стан, що характеризується анатомічною, фізіологічною та психологічною цілісністю; здатність виконувати особистісно цінні сімейні, робочі та громадські ролі; здатність справлятися з фізичним, біологічним, психологічним і соціальним стресом...».

Застосовуючи медичну модель до здоров'я населення, можна визначити здорову популяцію як таку, в якій усі її члени є здоровими (тому й тривалість життя є високою). З іншого боку, як зазначає МакДауел (McDowell, 2015), цю, так би мовити, механічну метафору можна застосувати й до соціуму: *здорове суспільство* – таке, в якому безперестанку функціонують різні системи (економічні, правові, урядові тощо).

Прикладом *цілісної або холістичної моделі здоров'я* є поняття «здоров'я», визначене Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) 1948 р. Це формулювання, що часто трапляється в науковій літературі, викладене в преамбулі Статуту ВООЗ і ґрунтується на понятті «благополуччя» (англ. “well-being”) з різними його складовими: *«Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад»* (World Health Organization, 1948).

Ця модель розширила перспективу попередньої, а також представила ідею позитивного здоров'я (хоча ВООЗ спочатку не використовувала цей термін). Визначення ВООЗ довго вважалося невимірним, оскільки такі терміни як благополуччя були занадто розпливчастими. Це відбувалося щонайменше тому, що ніхто не міг знайти спосіб їх вимірювання (насправді, як свідчить МакДауел, психологи це зробили), але здебільшого через те, що вимагало воно суб'єктивних оцінок, які різко контрастували з об'єктивними показниками, якими послуговувалася медична модель. Дебати щодо того, яку роль повинні відігравати пацієнти в оцінці власного здоров'я, відображали традиційні (патерналістські) моделі медицини проти новітніх (пацієнторієнтованих) моделей (McDowell, 2015).

Застосована до населення цілісна модель знову таки або підсумовувала відповідні індивідуальні показники, або фіксувала показники добробуту населення в цілому. Тому ініціатива сприяння здоров'ю ВООЗ відстоювала третю модель – *велнес-модель*.

В україномовному середовищі спостерігаються труднощі перекладу англійського слова “wellness”, яке найчастіше трактується в значенні «здоров'я», тому що так перекладають автоматичні онлайн-перекладачі. Уважаємо його не зовсім коректним, адже цей термін не має прямого українського відповідника, найближче його значення – «добре самопочуття», «доброчуття», «стан рівноваги», але й при такому формулюванні ці слова не передають сенсу «дії», «активності» цього терміну. Словник Вебстера (Merriam-Webster, n.d.) дає таке визначення цього поняття: «якість або стан буття у доброму здоров'ї, мета, яку активно шукають». За визначенням Інституту Глобал Велнес, США (Global Wellness Institute, n.d.),

“wellness” – це активне (енергійне) прагнення (стремління) до дій, [до можливості] виборів та стилю життя, що веде до стану цілісного (холістичного) здоров’я. Також слід відрізнити англійські поняття “wellness” від “well-being” чи “happiness”, тому що перший пов’язаний із наміром, дією, активністю, коли два останніх – зі станом буття, статичністю (Global Wellness Institute, n. d.). Підсумовуючи зазначимо, що найкраще англійське слово “wellness” передавати українською мовою у формі англіцизму за допомогою прийому транскрипції: «велнес» (Молоткіна, 2017).

Повертаючись до аналізу велнес-моделі, зазначимо, що у 1984 р., відповідно до затвердженого документу ВООЗ (англ. Discussion document of the concept and principles of health promotion, WHO), здоров’я почали трактувати не як стан, а як процес або силу, надаючи перевагу динамічному підходові. Здоров’я було визначено як *міру здатності індивіда або групи реалізовувати свої прагнення та задовольняти потреби, а також змінювати середовище чи могти впоратися з його впливом*. Здоров’я – це ресурс для повсякденного життя; це позитивна концепція, яка підкреслює соціальні та особисті ресурси, а також фізичні можливості (WHO, 1984). Цей зміст було посилено в Оттавській хартії сприяння здоров’ю 1986 р.

Додатково до велнес-підходу відобразимо думку Інституту Глобал Велнес (Global Wellness Institute, n.d.), матеріали сайту якого зазначають, що поняття «велнес» може визначатися шістьма вимірами (іноді враховують від 9 до 12): фізичний, ментальний, емоційний, духовний, соціальний та навколишній (вимір навколишнього середовища) (див. Рис. 1.1).

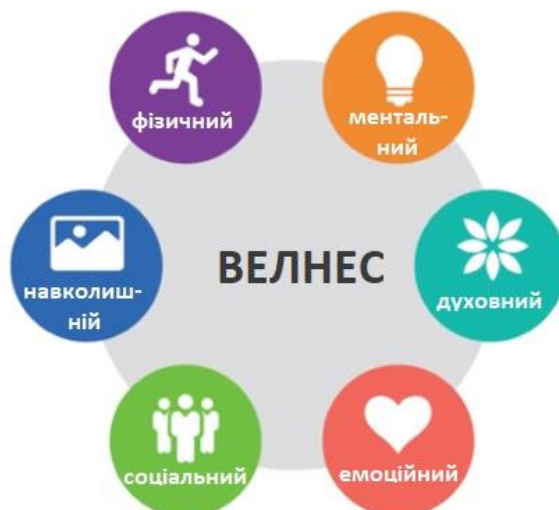


Рис. 1.1. Багатовимірність велнесу

Джерело: авторський переклад з Global Wellness Institute (n.d.).

Основоположні уявлення про здоров'я, як відзначає колектив авторів вітчизняного дослідження (Гусак та ін., 2009), відображено й в інших документах міжнародного значення, крім вище згаданих: Аделаїдські рекомендації (1988 р.), Сундсвальська заява (1991 р.), Джакартська декларація (1997 р.), Всесвітня декларація з охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI столітті» (1998 р.), Бангкокська хартія (2005 р.). Згідно з даними концептуальними положеннями, здоров'я трактується як сукупність інтегрованих складових.

Ускладнюється визначення поняття «здоров'я» ще й існуванням різних точок зору українських авторів. Розглянувши аналітичні моделі здоров'я, що представлені в сучасній українській науці (Белоносова, 2014; Клос, 2015; Оржеховська, 2013), можна виділити такі основні моделі (підходи) здоров'я:

- медична або, як її ще називають, біомедична чи біологічна модель;
- соціомедична (біосоціальна, ціннісно-соціальна, біопсихосоціальна);
- холістична парадигма або біопсихосоціодуховна модель здоров'я.

Клос (2015) розглядає ще й додаткові підходи розуміння здоров'я та здорової особистості: модель здорової особистості за К. Роджерсом, еталон здорової особистості за Б. Братусем, валеологічна концепція здоров'я всебічно розвиненої особистості (В. Белов, А. Котова, А. Магльований), гуманістичний напрямок

еталону здоров'я і здорової особистості (М. Боришевський, Т. Титаренко), модель здорової особистості за А. Маслоу, гуманістична ідея здорової особистості Г. Олпорта, здорова особистість за теорією переможців (Н. Енкельман). Усі ці моделі здоров'я більшою чи меншою мірою акцентують на тій чи іншій складовій здоров'я або ж пояснюють здоров'я цілісно, розглядаючи увесь спектр чинників цього феномену.

На нашу думку, найбільш повно розуміння здоров'я передає біопсихосоціодуховна чи холістична модель здоров'я, але з акцентом на дії, а не на статиці, на цьому підході зупинимося детальніше. З'ясуємо це поняття.

Холізм (лат. holos – цілий, увесь) як ідея чи філософська концепція стверджує, що ціле первинне, а найчастіше – більше, ніж сума його частин. У соціології підтримується точка зору про всезагальне уявлення про соціальні явища. Всі індивіди (клієнти у соціальній роботі) пов'язані між собою внутрішньо і зовнішньо та можуть отримувати водночас різноманітні послуги, це – холістичний (цілісний) підхід. (Піча, 2013, с. 542)

Оржеховська (2013) зазначає, що «холістичне здоров'я» (англ. holistic health) або «холістичний підхід до здоров'я» (англ. holistic approach to health) сприймає людину як інтегровану систему, що включає фізичні, психічні, духовні та емоційні компоненти. Посилаючись на закордонних авторів Великої Британії та Північної Ірландії, дослідниця описує складові феномену здоров'я: *фізична* «передбачає нормальне функціонування органів людського тіла»; *психічна* «стосується здатності мислити та робити судження»; *духовна* складова визначається здатністю «набувати моральні та релігійні переконання задля досягнення душевного спокою»; *емоційна* «включає здатність розрізняти такі емоції, як страх, радість, сум та гнів»; *сексуальна* складова визначається здатністю «досягати задовільного виявлення власної сексуальності»; *соціальна* «охоплює базові інфраструктури, необхідні для здоров'я, наприклад, житло, мир, їжа, прибуток, певна міра інтеграції у суспільство»; *екологічна* складова «на фізичному рівні включає транспорт, дотримання санітарно-гігієнічних норм, наявність чистої води та контроль забруднення навколишнього середовища»; *міжособистісна* визначається здатністю «підтримувати стосунки з іншими людьми» (Оржеховська, 2013, с. 3).

Як зазначає у своєму дослідженні Зимівець (2010), комплексний підхід до трактування поняття «здоров'я» вивчали також В. Ананьєв, І. Брехман, О. Васильєва, Г. Нікіфоров, Б. Райн, Ф. Філатов, Е. Фромм. Дослідниця подає такі складові здоров'я (за Б. Райном, Канада): духовна, інтелектуальна, емоційна, фізична, соціальна, професійна, екологічна, психологічна.

Райн (2001) – канадський соціальний працівник та тренер для дорослих осіб у сфері сексуальної освіти та профілактики, професор школи соціальної роботи Університету Макгілла, запропонував підхід до оцінки та розуміння здоров'я, розглядаючи його як багатоаспектне поняття за допомогою методики «Колесо життя» (англ. Wheel of Life). В основі цієї методики лежать уявлення перших людей, що оселилися на необжитих територіях Канади, про життя у вигляді колеса, в якому всі сектори, тобто компоненти життя, перебувають у гармонії між собою, і сприяють рухові, розвитку. Цей підхід, вважаємо, є дуже цінним з точки зору практики соціальної роботи у сфері здоров'я, а також він перегукується із велнес-моделлю.

На сайті канадського уряду у вкладці Школи державних послуг Канади (Government of Canada, 2020) подано такі компоненти, що можуть аналізуватися за методикою «Колесо життя»: досягнення; кар'єра; діти або особи, що є під опікою; внесок у суспільство; навколишнє середовище; сім'я; розваги та дозвілля; здоров'я/фітнес; гроші/фінанси; батьки; особисте зростання; стосунки; турбота про себе; істотні інші люди; духовність.

Москаленко (2008, с. 56) розглядає здоров'я багатопланово: як критерій «ефективності діяльності соціальної сфери держави», найвищу людську цінність і «підґрунтя для забезпечення всебічного розвитку суспільства, прогресу в різних сферах людського буття». Автор наголошує на здоров'ї як стані повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, який може свідчити про ефективну діяльність урядів країн щодо охорони здоров'я. Тому досягнення найвищого можливого рівня здоров'я кожної людини вимагає створення умов на основі сучасних підходів з охорони громадського здоров'я.

Криничко та Ватанов (2017) визначають *охорону здоров'я* з трьох позицій: як вид суспільної діяльності, як науку та як сферу державного управління. З погляду суспільної діяльності, охорона здоров'я – це комплексна медична послуга із «забезпечення здоров'я окремої людини та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування, обслуговування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства» (Криничко & Ватанов, 2017, с. 101) та яка реалізується організаціями різних форм власності. Охорона здоров'я як напрям державного управління визначається регулюванням, організацією, реалізацією та формуванням ресурсів для забезпечення комплексної медичної послуги. А охорона здоров'я як наукова діяльність є системою знань «щодо заходів медичного, управлінського, економічного, правового, соціального, інформаційного характеру в забезпеченні» індивідуального та громадського здоров'я (Криничко & Ватанов, 2017, с. 101).

Опалько (2011) у своєму дослідженні охорону здоров'я називає ключовим елементом національної безпеки держави та подібно до згаданих вище авторів також пов'язує це явище із напрямком діяльності держави, що має на меті організацію та «забезпечення доступного медичного обслуговування населення».

За кордоном термін «охорона здоров'я» широко використовується для пояснення комплексу дій, що включають особисті медичні послуги, профілактичні медичні заходи та заходи, що стосуються громадського здоров'я, включаючи норми з охорони праці, а також певні послуги соціальної підтримки для хронічно хворих осіб чи осіб з інвалідністю (Daniels, 1985). Таким чином, система охорони здоров'я включає різноманітний набір установ, які мають великий вплив на рівень і розподіл нашого добробуту; це об'єднання людей, установ та ресурсів, що надають послуги з охорони здоров'я для задоволення потреб у здоров'ї цільових груп населення. Сюди входить робота з надання первинної (англ. *primary care*), вторинної (англ. *secondary care*) та третинної медичної допомоги (англ. *tertiary care*), а також у сфері громадського здоров'я (англ. *public health*).

Колектив українських авторів визначає *систему охорони здоров'я* як комплекс «усіх державних і приватних організацій, установ, структур і ресурсів, призначення

яких – покращувати, зберігати чи відновлювати здоров'я людей» (Ужгородський національний університет, 2020, с. 10). Це передбачає надання індивідуальних та громадських послуг, а також роботу з адвокації та лобіювання у сфері політики та інших сферах для акценту на детермінантах здоров'я.

Ще одна українська дослідниця Співак, яка вивчає державну політику здоров'язбереження, вважає, що «в сучасній концепції охорони здоров'я треба робити наголос на здоров'язбережній, профілактичній та реабілітаційній складових» (Співак, 2016, с. 266). А до навчання фахівців цієї сфери потрібно додавати здоров'язбережну складову.

За визначенням американського бактеріолога та дослідника системи охорони здоров'я Уінслоу, громадське здоров'я – це:

Наука і мистецтво з профілактики захворювань, продовження життя, а також сприяння фізичному здоров'ю та ефективності через організовану суспільну (громадську) діяльність з метою очищення навколишнього середовища, контролю за інфекційними захворюваннями, виховання особистості на принципах особистої гігієни, організації медичних послуг та послуг з догляду, раннього виявлення та профілактики й лікування хвороби, а також розвиток соціальної структури, яка забезпечить кожному члену суспільства необхідний для підтримки здоров'я рівень життя. (Institute of Medicine Committee for the Study of the Future of Public Health, 1988, с. 39)

Виходячи з такого визначення розуміємо, що громадська охорона здоров'я спрямовується не лише на надання прямих медичних послуг (коли вже є конкретна потреба), а ще далеко перед виникненням хвороби – на її запобігання, зміцнення здоров'я та продовження життя населення в цілому. Означення «громадський» вказує, що державні структури й інші офіційні інституції беруть участь у формуванні, підтримці та збереженні здоров'я населення у взаємодії, а часто й з ініціативи населення, точніше громади (Клос & Назар, 2016).

Інститут медичного комітету з вивчення майбутнього громадської охорони здоров'я США (Institute of Medicine Committee for the Study of the Future of Public Health, 1988) визначає громадську охорону здоров'я як сферу діяльності, що займається «забезпеченням умов, в яких люди можуть бути здорові». Громадська охорона здоров'я є міждисциплінарною галуззю, заснованою на біологічних і

соціальних науках; її місія полягає в сприянні та захисті здоров'я всього населення, а також у запобіганні хворобам, травмам та іншим умовам виключення. Ця широка мета вимагає багатовимірної діяльності для задоволення мінливих потреб з охорони здоров'я суспільства (Ruth & Sisco, 2008).

У термінологічному словнику «Терміни в системі громадського здоров'я» громадська охорона здоров'я представлена як сукупність різнопланових дій:

з метою попередження захворювань, подовження життя, зміцнення психічного та фізичного здоров'я і працездатності шляхом організованих зусиль суспільства, що спрямовані на оздоровлення довілля, боротьбу з інфекційними хворобами, навчання людей навичкам особистої гігієни, організацію медичних служб для профілактики і ранньої діагностики, реабілітації хворих, лікування захворювань, а також на розвиток громадських інститутів для забезпечення кожній людині умов життя, необхідних для збереження та зміцнення здоров'я. (Ужгородський національний університет, 2020, с. 32)

Науковець Безпалько (2008) визначає «громадську охорону здоров'я» – це процес досягнення громадського здоров'я як стану соціального благополуччя. Громадську охорону здоров'я дослідниця характеризує як «управління громадським здоров'ям шляхом профілактичних і лікувальних заходів з метою зміцнення здоров'я та продовження життя людей шляхом організованих зусиль усього суспільства» (Безпалько, 2008, с. 8).

Отже, складність та багатоаспектність поняття здоров'я з огляду на велнес-модель і холістичний підхід, а також розуміння способів його охорони, збереження та відновлення з акцентом на профілактиці настановлюють на думку, що цією діяльністю можуть і повинні займатися не лише медики, а й інші суміжні професіонали, зокрема соціальні працівники, як це загалом відбувається у світі. Тому далі ми говоритимемо про соціальну роботу у сфері здоров'я як повноцінну, самостійну галузь практики зі своїми специфічними знаннями, підходами, теоріями, цінностями та принципами, спеціалізованими заходами та інтервенціями, що допомагають людині (клієнту /пацієнту) подолати складні життєві обставини, які склалися внаслідок проблем зі здоров'ям або внаслідок бар'єрів, що існують на шляху до досягнення здоров'я.

У науковій літературі існує чимало точок зору з обґрунтування та розуміння соціальної роботи (СР) у сфері здоров'я, а також підходів до розуміння самого здоров'я. Вітчизняні дослідники використовують формулювання: соціальна робота в охороні здоров'я, соціальна робота в системі охорони здоров'я, соціальна робота в закладах охорони здоров'я, медико-соціальна робота, соціальна робота в медичній сфері, медико-соціальна робота в закладах охорони здоров'я, соціальна робота у сфері охорони здоров'я, соціальна робота у сфері психічного здоров'я, соціальна робота у сфері громадського здоров'я: скільки авторів – стільки й визначень. Додатково у закордонній літературі трапляється ще термін “*hospital social work*”, що можна перекласти як лікарняна соціальна робота, та “*medical social work*” – медична соціальна робота. Ми співвіднесли формулювання українських дослідників із відповідним, на наш погляд, перекладом у закордонних джерелах, що відображено у Таблиці 1.1.

Таблиця 1.1. Співвідношення основних термінів соціальної роботи (СР), що стосуються сфери здоров'я в українській та закордонній практиці

Українська практика	Закордонна практика
СР в охороні здоров'я або в системі охорони здоров'я	Social work in health care / health care social work
Медична соціальна робота	Medical social work
Медико-соціальна робота	–
СР в закладах охорони здоров'я	Social work in health care settings
СР в лікарнях або лікарняна СР	Hospital social work
СР у сфері громадського здоров'я	Public health social work
Соціальна робота у сфері психічного (ментального) здоров'я	Mental health social work

Нижче наведемо думки українських і зарубіжних науковців та практиків, що вивчають цю галузь соціальної роботи.

Закордонне дослідження Аусландер (Auslander, 2001) стверджує, що *соціальній роботі у сфері охорони здоров'я* (англ. social work in health care) вже більше ста років, упродовж яких ця професійна діяльність стала визнаною в закладах охорони здоров'я та серед міждисциплінарних команд і сприяла «перезавантаженню мислення» з винятково медичної моделі на біопсихосоціальну та біоекологічну. За цей період було сформовано специфічні знання у соціальній роботі сфери здоров'я, на основі яких розробляються втручання для пацієнтів та їхніх сімей з урахуванням культурного контексту.

Вітчизняні науковці визначають *соціальну роботу в системі охорони здоров'я* з акцентом на підтримці та збереженні «оптимальної працездатності та соціальної активності людей з інвалідністю, сприяння здоровому способу життя громадян» (Тюптя & Іванова, 2008, с. 146).

Рут і Сіско (Ruth & Sisco, 2008) порівнюють спільне та відмінне у практиці соціальної роботи та громадського здоров'я. Дослідниці стверджують, що соціальна робота і громадська охорона здоров'я є подібними, враховуючи їхні найважливіші спільні історичні завдання зі сприяння соціальній справедливості та підвищення добробуту громад. Попри те, що ці професії мають довгу історію спільної роботи зі складними проблемами суспільного здоров'я, вони також істотно відрізняються в орієнтації, підходах і поточній практиці.

Ще одне закордонне дослідження (Mangal & Vaghela, 2017) соціальної роботи та громадського здоров'я свідчить, що соціальні працівники у своїй професійній діяльності в охороні здоров'я намагаються передбачити труднощі та страждання людей і є своєрідним «містком» між різними закладами соціального забезпечення, службами охорони здоров'я та вразливими групами населення. Автори виділяють широкий спектр сфер, де необхідно застосовувати втручання (інтервенції) *соціальної роботи у сферу громадського здоров'я* (див. Рис. 1.2).



Рис. 1.2. Сфери втручання соціальної роботи в громадське здоров'я
(за А. Менгал та Дж. Вакела)

Джерело: авторська розробка за Mangal & Vaghela (2017).

Професор Семигіна (2015) проводить порівняння міжнародної практики системи охорони здоров'я і засвідчує, що саме соціальні працівники як фахівці у сфері громадського здоров'я покликані вирішувати соціальні труднощі людей із проблемами здоров'я. Тобто завдяки діяльності фахівців соціальної сфери можна впливати на формування соціальної політики щодо здоров'я населення, на зміну соціальних детермінант здоров'я та середовища (Назар, 2018а).

Саме тому, коли в сучасних умовах спостерігаються негативні тенденції в показниках здоров'я населення, які формуються під впливом комплексу багатьох чинників і нових загроз різнопланового характеру, роль соціальної роботи у зв'язку зі збереження здоров'я є, як ніколи, важливою (Москаленко, 2008). Закордонна практика лише підтверджує цю думку: функціонує напрям – соціальна робота в громадській охороні здоров'я. В Україні про таку сферу діяльності сьогодні говорити ще рано, оскільки досі немає ані ґрунтовних наукових досліджень, ані достатнього практичного досвіду.

Медична соціальна робота, підрозділ практики СРСЗ, за кордоном у першу чергу зосереджується на підтримці пацієнтів та їхніх сімей у лікарнях, громадських клініках та інших закладах охорони здоров'я шляхом координації догляду за пацієнтами з більшою медичною командою (U2.Inc, n.d.). Американські автори (Hetzl, 2021; NASW, 2016; Gehlert & Browne, 2012) визначають медичну соціальну роботу (англ. medical social work) як особливу форму спеціалізованого медичного догляду та послуг з громадської охорони здоров'я, що зосереджується на хворобі та у зв'язку із нею порушенні адаптації людини.

В українському науковому полі зустрічається термін «*медико-соціальна робота*». Дослідниця Данко (2015) визначає його як:

новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я населення. Вона принципово змінює комплексну допомогу в сфері охорони здоров'я, оскільки передбачає проведення системних медико-соціальних впливів на більш ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, попереджаючи виникнення важких ускладнень чи інвалідності. (с. 8)

Вважаємо, що збірний термін, який може включати всі вище перелічені визначення та найбільш доречно описує соціальну роботу, що пов'язана зі здоров'ям, – це «*соціальна робота у сфері здоров'я*», а його англomовний відповідник: “*health social work*”. Оскільки «*сфера*» відповідно до Словника української мови (Білодід, 1970-1980, с. 876) – це «*межа поширення чого-небудь; область фізичного або духовного життя, діяльності людини чи суспільства; галузь знання, виробництва, мистецтва і т. ін.*», то під *сферою здоров'я* у нашому дослідженні розуміємо галузь знань та область практичної діяльності людини або суспільства, що прямо чи опосередковано впливає на здоров'я та пов'язана з його охороною, збереженням та відновленням.

Таким чином, *соціальну роботу в сфері здоров'я* ми визначаємо як діяльність спеціально підготовлених соціальних працівників щодо організації та надання соціальних послуг в закладах охорони здоров'я, немедичних установах і за їх межами (вдома), що реалізується на засадах міждисциплінарного підходу й

охоплює всі три рівні практики соціальної роботи. Така діяльність спрямована на комплексне розв'язання соціальних проблем у контексті здоров'я людини, і спрямована на покращення добробуту шляхом зміцнення і збереження здоров'я. Її зміст полягає, з одного боку, в сприянні зміни поведінки щодо здоров'я, враховуючи особливості клієнта (вік, стать, особистісні якості, культурну / релігійну приналежність, досвід здоров'я) шляхом навчання здоров'я і наснаження та розкриття його сильних сторін, а з іншого боку, в подоланні бар'єрів у доступі до послуг з охорони здоров'я через відстоювання права на здоров'я, тобто роботі з соціальними детермінантами здоров'я і зміною середовища.

Отже, проведений аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел дає підстави вважати, що існують певні розбіжності між українськими та зарубіжними трактуваннями таких понять нашого дослідження, як соціальна робота у сфері охорони здоров'я, соціальна робота у сфері здоров'я, медична соціальна робота, медико-соціальна робота. Можна зробити висновок, що в українському науковому середовищі розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні та в Канаді як самостійну дослідницьку проблему не розглядали. Аналіз та узагальнення опрацьованої бази джерел дали змогу сформулювати основні поняття дослідження, зокрема дати авторське визначення соціальній роботі у сфері здоров'я. У наступному підрозділі ми розглянемо теоретичні засади, на які спирається СРСЗ.

1.2. Теоретичні засади соціальної роботи у сфері здоров'я

Будь-яка теорія без практики – «мертва», будь-яка практика без теорії – примітивна й обмежена. За Вогтом (Vogt, 2005), теорією є твердження або група тверджень, які прояснюють механіку навколишнього світу.

За визначенням Гелсо (Gelso, 2006), теорія є основним предметом для аналізу; вона сприяє винахідливому розвитку галузі та є необхідною для людства в розрізі проблем реального світу.

Зокрема, в українському педагогічному словнику йдеться про теорію як про сукупність знань, що «сприяє цілісному уявленню про закономірності та суттєві характеристики об'єктів» (Гончаренко, 1997, с. 328).

Соціальна робота як міждисциплінарна і трансдисциплінарна галузь знань водночас ґрунтується на величезному пласті власних теорій і досліджень. Теоретична база соціальної роботи постійно зростає, змінюється і підкріплюється новими знаннями, паралельно з розвитком громад, соціальною педагогікою, менеджментом, антропологією, екологією, економікою, освітою, доглядом, психіатрією, психологією, охороною здоров'я і соціологією (International Federation of Social Workers, 2014).

Як практична діяльність і академічна дисципліна соціальна робота розвивається завдяки залученню нових теорій, припущень і думок, пов'язаних із ними. Якщо вважати будь-яку теорію певним твердженням, що пояснює механіку навколишнього світу, то теорія соціальної роботи – це результат діалогічних, інтерактивних процесів у специфічному контексті практики соціальної роботи, що здійснюється за участю клієнтів (International Federation of Social Workers, 2014).

Соціальна робота як професійна діяльність сприяє соціальним змінам, розв'язанню проблем у людських стосунках, а також наснаженню і звільненню людей задля покращення їхнього добробуту. Теорію соціальної роботи визначає сукупність ідей, концепцій, що виникли під час пізнавальної та практичної діяльності, відображають закони, моделі, принципи та тенденції соціальної роботи і становлять основу практичних моделей і прийомів втручання (Зверева та ін., 2012).

Як зазначала у своєму дослідженні Микитенко (2006), станом на 2006 рік теорія соціальної роботи Канади приділяє велику увагу врахуванню у роботі з клієнтами таких важливих культурних та ситуативних факторів: етнічне походження, раса, релігія, стать, вік, соціальний клас та становище у суспільстві, а також сексуальна орієнтація. Дослідниця посилається на Л. Джонсона, який стверджує, що між фахівцями соціальної роботи вже багато років тривають дебати «причина-функція»² щодо того, на чому повинен робитися основний наголос у соціальній роботі, а також щодо її ресурсів. На переконання Л. Джонсона, найближче двадцятиліття мало стати періодом панування індивідуальної психотерапії, що повністю витіснить соціальну роботу та соціальні послуги

індивідам. Аргументи дослідника базуються на тому факті, що все більше соціальних працівників працює у приватних закладах сфери соціальних послуг й у своїй практиці використовує різні психотерапевтичні підходи. Деякі науковці вважають, що соціальна робота Канади, а особливо індивідуальне консультування клієнтів поступово інтегрується у сфері індивідуальної психотерапії і таким чином втрачає своє первинне призначення.

Авторка Микитенко (2006) також посилається на дослідження Г. Спекта, який підкреслює, що соціальна робота втрачає свою роль «совісті суспільства», а, на його думку, лише здорове суспільство формує здорову особистість. З огляду на це можна зробити припущення і висновок, що соціальна робота має повернути собі роль «соціального лікаря». Більше такої уваги приділяти саме «оздоровленню суспільства». Якщо ж при цьому орієнтуватися на холістичну (біопсихосоціодуховну) модель здоров'я, то це означає, що соціальним працівникам слід долучитися до діяльності щодо сприяння здоров'ю клієнтів як з погляду соціального, так і психологічного, духовного і фізичного.

Таким чином, реалізація соціальної роботи вимагає різнопланових знань. Сучасна соціальна робота об'єднує різні наукові школи та моделі практики, засновані на різних теоретичних поглядах. Це дає підстави характеризувати її як парадигмальну теорію, створену на основі різноманітних наукових і науково-практичних парадигм і підходів.

Ще на початку ХХ століття сформувалися діагностична й функціональна «школи» соціальної роботи, які підтримували та розвивали теорії соціологічної та психологічної спрямованості на практичному рівні.

Теорії соціальної роботи, які спрямовані на вирішення проблем особистості через зміни в соціальному середовищі, відносяться до соціологічного напрямку (теорія систем, емпірична, гуманістична, екологічна, соціальний конструктивізм). До теорій, метою яких є зміна самої особистості або психологічного напрямку, належать психодинамічна, біхевіористська, когнітивно-біхевіористська. Результатом розвитку практичної діяльності було формування третього,

комплексного напрямку втручання, що поєднав найсучасніші теорії (кризове втручання, фемінізм, теорія вирішення проблем).

Використовуючи теорії поведінки людини та теорії соціальних систем, соціальна робота здійснює втручання у сферу взаємодії людей з їхнім оточенням. Принципи дотримання прав людини та соціальної справедливості є головними для соціальної роботи.

Основні теорії соціальної роботи в сфері охорони здоров'я:

- екосистемна (теорія екологічної перспективи);
- теорія «сильних сторін» (виявлення внутрішнього потенціалу, перспектива сили);
- теорія культурної компетентності (Клос, 2018; DeBonis, 2013).

Екосистемна теорія зосереджується на взаємодії між людиною та навколишнім середовищем. Щоб зрозуміти функціонування особистості, необхідно зрозуміти її екологічний контекст (місце в певному середовищі), який обумовлений різними аспектами: позицією особистості в сім'ї, становищем сім'ї серед сусідів; місцем особистості та сім'ї в конкретному політичному, економічному, культурному середовищі; вплив середовища на діяльність, особисті переконання та рішення.

Зрозуміти процес збереження та зміцнення здоров'я допомагає екосистемний підхід у соціальній роботі, який добре пояснює взаємний вплив кожного елемента системи. Екосистемний підхід використовують у різних сферах практичної та наукової діяльності: громадське здоров'я, екологія, економіка, правова та соціальна сфери, церковно-релігійна сфера та навіть освіта (Forger & Lebel, 2001; Дейнега, 2018; Веклич, 2017; Воронкін, 2017).

Про виокремлення екологічного підходу в соціальній роботі на основі теорії систем (соціологічна група теорій соціальної роботи) пишуть науковці Кабаченко та Семигіна (2004). У рамках цього підходу авторки розглядають основні моделі роботи та інструментарій, який можуть застосовувати соціальні працівники в роботі з клієнтами: екомапи, генограми тощо.

У теорії систем «ціле більше, ніж сума частин», тому важливо враховувати «взаємодію системи клієнта чи клієнтів з оточенням». Екологічна теорія розглядає людину (конкретного клієнта соціальної роботи) в контексті його оточення, але не лише сім'ї, суспільства, а й навколишнього середовища (Клос & Микитенко, 2005). На противагу згаданим дослідницям, Сила (2012), вивчаючи проблему насильства у контексті екосистемного підходу, зазначає, що він (підхід) бере свій початок із соціально-екологічної теорії Бронфенбренера у психології. Отож, з яких би теорій не стартував екосистемний підхід, ідея цього концепту полягає в широкому спектрі взаємозв'язків між системами. Кожен менший об'єкт, наприклад, особа, входить у велике коло взаємовпливів більших систем: сім'ї, громади, суспільства, навколишнього середовища тощо. Кожен елемент системи впливає на інший, тому вирішення проблемної ситуації в одній сфері, може бути поштовхом до позитивних змін в іншій (Nazar, 2020b).

Сьогодні авторки Чайковська та Главацька (2019) говорять про необхідність підготовки фахівців соціальної роботи з «високим рівнем екологічної культури». У наукових працях з соціальної роботи знаходимо поняття «екосистемний підхід» та «екологічний підхід», що за своїм змістом фактично однакові. Така перспектива сформувала з часом одну із сучасних концепцій соціальної роботи – «екологічну соціальну роботу», чи «екосоціальну роботу», чи «зелену соціальну роботу». Останню у своїх теперішніх наукових дослідженнях багато висвітлює професорка Семигіна (2018). Дослідниця зазначає, що «здорове довкілля розглядається як невіддільне право людини, складова людської гідності та недискримінації».

Екосистемний підхід перегукується зі ще одним дуже важливим концептом – інтегральною екологією (Nazar, 2020b). Це поняття з'явилося у церковно-релігійній сфері, а висвітлив його у своїй енцикліці (папському документі) “Laudato si” (з лат. «Хвала Тобі») Папа Франциск, глава католицької церкви (Бюро УГКЦ з питань екології, 2019). В енцикліці наголошується на тісному взаємозв'язку «між усім», а глобальну кризу пропонується розглядати через людський і соціальний виміри. Папа описує основні моменти інтегральної екології у кількох частинах: «економічна та соціальна екологія навколишнього середовища», «екологія

культури та повсякдення», «принцип спільного блага» та «справедливість і різні покоління». На думку глави католицької Церкви, не може бути мови про забезпечення спільного блага, гарантування основних прав, соціальної справедливості, якщо людство розуміє природу як щось відокремлене та не пов'язує забруднення середовища із економічною діяльністю, своєю поведінкою тощо. Некероване розростання міст, їхнє забруднення стали серйозною загрозою для здоров'я людей, – пише Папа Римський. Проблему бідності сьогодні у світі пропонується вирішити через зменшення народжуваності, тобто застосувати відповідну бажану політику «репродуктивного здоров'я». Як стверджує Папа Франциск, потрібно наголошувати на екологічному вихованні та духовності (Папа Франциск, 2019).

Підхід інтегральної екології має чітко міждисциплінарний характер, тому можна стверджувати, що соціальна робота у сфері здоров'я базується на екосистемному підході. Адже діяльність соціального працівника може реалізуватися на всіх рівнях практики соціальної роботи: від навчання здорового способу життя й ощадливого природокористування до створення та координування проектів і програм на засадах екосистемного підходу на рівні громади чи суспільства; від надання соціальних послуг клієнтам, які мають проблеми зі здоров'ям у зв'язку з поганими екологічними умовами до відстоювання їхніх прав та лобіювання інтересів перед лицем суспільства (Nazar, 2020b).

Теорія «сильних сторін» базується на припущенні, що кожна особистість, сім'я, група та спільнота мають сильні сторони, і зосередження на цих сильних сторонах збільшує шанси подолати труднощі. Виходячи з цього, клієнти часто є найкращими знавцями своїх сильних і слабких сторін та власних ефективних і неефективних якостей.

У цьому контексті слід загадати також про культурну компетентність, що має надважливе значення для будь-якого професіонала, що працює в системі «людина-людина». Як зазначає Білицька (2020), у результаті зіткнення різних культурних контекстів може виникати культурний шок, на фоні якого – стрес. Культурна компетентність допомагає впоратися із таким стресом. Поряд із цим дослідниця

згадує про культурний інтелект як специфічну форму інтелекту людини, що зорієнтована на швидке «сприйняття, розуміння і правильне обґрунтування висновків у ситуаціях культурного різноманіття» (Білицька, 2020, с. 20). Високий рівень культурного інтелекту є передумовою для вирішення різноманітних проблем в екологічному, політичному, соціально-економічному, культурному розвитку людства. Культурний інтелект сприяє розвитку культури здоров'я. Від рівня її розвитку залежить здатність людини досягти повного (цілісного) здоров'я як інструменту розвитку, саморозвитку, самореалізації.

Вважаємо, що соціальний працівник сфери здоров'я має володіти високим рівнем культурного інтелекту, адже його відповідальністю є творення *культурно безпечного середовища* для своїх клієнтів. Це вже дещо інший підхід, який виходить за межі культурної компетентності, це концепція культурної безпеки. Вона бере свій початок з кінця 1990-их років у Новій Зеландії, започаткована медсестрою Рамсен, що працювала із корінним населенням (Williams, 1999). Цю концепцію переймають і канадські медсестри та все частіше соціальні працівники і тренери з промоції здоров'я (Bryson & Vosma, 2018). Суть її полягає в тому, що не достатньо лише вивчення особливостей «інших культур»; цей підхід вимагає від професіоналів у сфері здоров'я, зокрема й соціальних працівників, знати і вивчати свою культурну ідентичність, її ставлення і переконання щодо інших культур (Williams, 1999).

Важливе значення в соціальній роботі у сфері здоров'я, з огляду саме на культурну компетентність, культурний інтелект відіграє теорія «Колесо життя» (англ. Wheel of Life), запропонована сучасним канадським теоретиком і практиком соціальної роботи Райном (2001). Основу цієї теорії склали уявлення перших поселенців Канади про життя як колесо, в якому всі сектори («складові життя») гармонійно поєднані між собою. Цей теоретичний підхід особливо цінний і актуальний у соціальній роботі у сфері здоров'я з представниками автентичного населення Канади, чиє культурне коріння має зв'язок з розумінням повноцінного життя людини як сукупності невід'ємних атрибутів. Прихильники теорії переконані, що ці обов'язкові елементи життя постійно перебувають у русі;

водночас пріоритет уваги до одного з цих компонентів змінюється динамічно, залежно від швидкості обертання колеса й того, який з елементів опиняється у верхній його частині. Тому, орієнтуючись на цей теоретичний підхід, соціальний працівник розуміє, які аргументи на користь здоров'я він має запропонувати клієнтові задля зміни ставлення до проблем здоров'я з негативного чи індиферентного на позитивне.

Ще однією теоретичною основою у практиці соціальної роботи у сфері здоров'я Канади є феміністичний підхід, а також його похідна теорія інтерсекційного фемінізму. Якщо феміністичний підхід у практиці соціальної роботи наголошує на усуненні прогалин, відмінностей між чоловіками та жінками, то інтерсекційний фемінізм чи інтерсекційність базується на визнанні того, що дискримінація за ознакою статі може посилюватися іншими додатковими чинниками, зокрема такими, як раса, вік, клас, соціально-економічний статус, фізичні чи розумові здібності, гендер чи сексуальна ідентичність, релігія чи етнічна приналежність (Canadian Women's Foundation, n.d.; Шевченко, 2016). Усе це особливо актуально в умовах Канади, де, як уже згадувалося, поширена культурна різноманітність, а також нікуди не зникають проблеми корінного населення.

Концепція інтерсекційності стала популярною наприкінці 1960-их рр., але сам термін вперше вжила у своєму дослідженні американська вчена К. Креншоу у 1989 р. (Hankivsky & Christoffersen, 2008). У Канаді цей підхід у практиці соціальної роботи активно почали застосовувати у 2000-их рр. До цього, як зазначає Валентіч (Valentich, 2015), феміністична практика соціальної роботи орієнтувалася, зокрема у сфері здоров'я, на відстоюванні прав жінок щодо їхнього репродуктивного здоров'я, на контролі народжуваності, питанні абортів, яке досі залишається дискусійним у Канаді. Феміністичні інтервенції застосовувалися до проблемних галузей, які стосувалися залежностей, психічного здоров'я, системи виправлень та покарань, питання фізичного здоров'я, жінок з ВІЛ/СНІД, жінок, над якими було вчинено насильство, сексуального насильства над дітьми. Сьогодні, як зазначає канадська дослідниця, крім очевидних місць феміністичної практики, таких, як жіночі центри, центри для потерпілих від сексуального насильства та насильства з

боку сексуального партнера, моделі такої практики, хоч менш виражено можна зустріти й у сфері здоров'я, хоч вони і можуть конкурувати із моделями, що мають медичне спрямування (Valentich, 2015).

Ренгасамі (Rengasamy, 2010) вважає, що і клієнт, і соціальний працівник відіграють важливу роль у вирішенні проблеми, оскільки сам клієнт є експертом у своєму житті. Ми цілком погоджуємося з твердженням вченого та вважаємо, що ідеальної теорії для всіх випадків і ситуацій не існує, кожна людина індивідуальна. Це спонукає соціального працівника постійно і глибоко роздумувати та аналізувати кожен конкретний випадок.

Вивчення складності соціальних проблем вимагає допитливого, проникливого розуму соціального працівника, який поважає гідність клієнта. Ф. Керлінгер вважає, що теорія допомагає вибрати певні конструкції, які, у свою чергу, будуть застосовані у роботі соціальних працівників з клієнтами (Kerlinger, 1986).

Теорія соціальної роботи допомагає «впорядкувати» будь-яку ситуацію або взаємодію між клієнтом і соціальним працівником; на практиці дає змогу порівнювати ситуації в різних контекстах; дає загальне уявлення про певні моделі поведінки в контексті певної ситуації; дозволяє об'єднати дослідження та практику спільною мовою, що дозволить обговорювати клінічні реалії та передбачати їх розвиток для планування дій. Ось чому, підсумовують вчені Гланц, Реймер і Вішванат, медичний соціальний працівник без теорії «як технік», тоді як професіонал, озброєний теорією та дослідженнями, готовий відповісти на всі «Чому?» і вміє успішно розробляти та реалізовувати план втручання (Gehlert & Browne, 2012; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

Знання того, що певна діяльність, прихована чи явна, може привести до іншої діяльності, дозволяє вживати необхідних заходів для стимулювання поведінки, яка принесе бажані результати та зменшить ймовірність побічних ефектів. Наприклад, відомо, що люди, які розуміють ризик захворювання, частіше залучаються до превентивних (профілактичних) заходів для попередження цієї хвороби.

Теорія здоров'єзберезувальної діяльності соціального працівника складається зі знань про поведінку людини, що вимагає від професіонала використання

відповідних навичок. На основі теорій розробляються методики професійних втручань, та тому соціальні працівники й підвищують імовірність позитивних результатів. Якщо втручання розпочати відразу після виявлення проблеми, безнадійних і неефективних результатів можна уникнути за допомогою різних терапевтичних заходів (Gehlert & Browne, 2012).

Діяльність соціального працівника у сфері здоров'я, крім вищезазначених ключових теорій соціальної роботи, базується на використанні низки теорій, що пояснюють поведінку і дозволяють вибрати найбільш прийнятні варіанти у кожній клінічній ситуації. Зокрема, це теорії поведінки (Дж. Скіннер, І. Павлов); кризи (К. Елл, Б. Гілліленд, Р. Джеймс, Н. Парад); екологічної системи (Л. фон Берталанфі); життєвого циклу сім'ї; розширення прав і можливостей (Е. Кокс, Л. Гутьєррес, Д. Лі, Е. Канада, П. Чаггерджі, В. Роббінс); когнітивних (А. Адлер, Ж. Піаже), психодинамічної (З. Фройд, Е. Еріксон) і гуманістичних (екзистенціальна/ трансперсональна) теорій (А. Маслоу, К. Роджерс, К. Юнг); соціокультурної (Л. Виготський, Т. Шефф) та теорії об'єктних відносин (М. Малер, О. Кернберга); терапії, зосередженої на вирішенні проблеми (М. Боуен, В. Сатир) і стратегічної терапії сімейної системи (Rengasamy, 2015).

Якщо розглядати теорії соціальної взаємодії, то соціальна робота у сфері здоров'я використовує наступні: гештальт (Ф. Перле, Л. Перле, П. Гудмен), теорію ролей (Р. Бенедикт, К. Девіс) та терапію модифікації поведінки («терапія дії») (Б. Скіннер), сімейну терапію.

Rengasamy (2015) вважає, що кожна теорія – це спроба пояснити ретроспективу та передбачити майбутнє. Функціональні теорії формуються під впливом філософії Г. Міда, Дж. Дьюї та О. Ранка. Таким чином, терапевтична теорія дає розуміння термінології терапевтичної роботи соціального працівника. У ньому термін «терапія» замінено терміном «послуга»: клієнт сприймається не як пасивний пацієнт, а як активний агент, який розвивається після використання спеціалізованих функцій та прийняття послуг фахівця (Rengasamy, 2015).

Когнітивна теорія (когнітивна методика Г. Вайнера й А. Адлера) включає «раціональний», «реалістичний» або «феноменологічний» підходи як соціально

орієнтовані, засновані на переконанні, що емоції, мотивація, поведінка та мислення залежать від впливу суспільства, так званого безпосереднього соціального оточення, міжособистісних стосунків та переживань, які відкидають елементи несвідомого в психології. Когнітивні теорії, орієнтовані на реальність, можуть слугувати вказівками для всіх форм терапії: індивідуальної, групової та громадської.

Підходи «єго-психології» дозволяють нам побачити «ширші психологічні горизонти» під час розгляду конкретних випадків. Теорія захисних механізмів (З. Фройд), психосоціальних етапів розвитку (Е. Еріксон), клієнт-центрована терапія (К. Роджерс) і когнітивна терапія засновані на загальних принципах і припущеннях. До них належать такі:

1) люди різного віку мають можливість розвитку, навчання, адаптації та можуть певною мірою змінювати своє соціальне та фізичне середовище;

2) психологічні системи не ізольовані, вони постійно взаємодіють з соціальними та біологічними системами;

3) поведінка людини розвивається в контексті багатьох відкритих систем, які взаємодіють у причинно-наслідкових зв'язках: зміна однієї системи неминуче приводить до зміни інших систем;

4) система сім'ї має найбільш важливе значення для особистісного росту і розвитку; проблеми відповідності між членами сім'ї є взаємними;

5) сім'ї можуть зазнавати стресу, спричиненого більшими системами, такими, як бідність, расизм, хвороба тощо: ці системи впливають на повсякденне життя багатьох людей.

У своїй діяльності фахівці соціальної роботи у сфері здоров'я часто спираються на такі теорії ведення випадків:

- а) когнітивну (соціально-когнітивна теорія);
- б) теорію соціальних ролей (теорія рольової перспективи);
- в) зміна поведінки (модифікація поведінки).

Теорія модифікації поведінки використовується для демонстрації зміни поведінки за допомогою емпіричних методів; це щось подібне до оперантного навчання (за відсутності конкретного антецедента) (Rengasamy, 2015).

У практиці медичної діяльності соціального працівника найбільш затребувані поведінкові теорії. Виокремимо найбільш актуальні:

1) теорія навчальних результатів (І. Павлов), або «класичного кондиціонування», яка заснована на формулі «стимул-реакція» (S->R);

2) теорія оперантного збагачення (Б. Скіннер) на основі «класичного навчання» в поєднанні з ідеєю про те, що люди більш активно залучаються до процесу навчання, ніж це припускається;

3) теорія соціального моделювання (навчання) базується на ідеях А. Бандури про навчання як результат копіювання чи наслідування того, що роблять інші, тобто навчання шляхом заміни.

Теорія соціального моделювання підкреслює важливість зовнішніх аспектів та дає можливість навчитися реалізації особистості незалежно від зовнішніх обставин. Основні принципи зміни поведінки в соціальному моделюванні:

а) поведінка людини визначається навчанням і може управлятися з урахуванням законів навчання (навчального процесу);

б) поведінка людини є результатом навчання, і людина несе відповідальність за його порушення або корегування;

в) поведінка людини залежить від наслідків: вона покращується, коли людину хвалять та винагороджують, і погіршується у зв'язку з негативними наслідками;

г) поведінка людини визначається не лише внутрішніми факторами, а й зовнішніми чинниками, такими, як наявність значущих прикладів для наслідування та інших соціальних стимулів;

д) неадекватна (не пристосована) поведінка може змінитися в міру зміни обставин;

е) людина починає своє життя «з нуля»; «успадкування» хороших або поганих звичок починається, як тільки вони народжуються;

ж) поведінка засвоюється індивідуально, коли людина спостерігає за іншими, навчаючись чогось чи обумовлюючи щось;

з) люди, які вчаться змінювати свою негативну поведінку потребують підтримки своїх зусиль шляхом спостереження за позитивними поведінковими моделями (Rengasamy, 2015).

Модифікація поведінки потребує використання ефективних принципів навчання, які впливають на поведінку. Застосування кодексів поведінкової модифікації соціальним працівником сприяє ефективним змінам психічного здоров'я клієнта шляхом вирішення когнітивних або емоційних проблем. Це особливо важливо під час роботи з пацієнтами в лікувально-діагностичних установах та інших закладах, де потрібна зміна поведінки (Семигіна, 2021).

На базі основних теорій було розроблено моделі втручання соціальних працівників сфери здоров'я з метою задоволення основних потреб клієнта. Розглянемо деякі з них.

Наприклад, модель втручання «Школа пацієнта» (Бойко, Дмитришина & Тюленєва, 2017) покликана підвищити інтерес людей, які живуть з ВІЛ, до антиретровірусної терапії (АРТ) та медичних послуг, обумовлюючи своєчасне використання антиретровірусних препаратів та регулярне медичне обстеження. Автори пропонують покрокові інструкції щодо формування прихильності клієнтів, які тільки починають лікування, а також для тих, хто має низький рівень прихильності до АРТ уже в процесі лікування. Багато уваги приділено теорії підходів до консультивання та надання рекомендацій з організаційного планування для полегшення такого втручання, з потреб у персоналі, робочого місця, співпраці з медичними установами тощо.

Модель «Школа пацієнта» базується на наступних теоріях і моделях зміни поведінки: транстеоретична модель зміни поведінки (Prochaska & DiClemente), мотиваційні інтерв'ю (Miller & Rollnick), модель переконань щодо здоров'я (англ. health belief model) (див. Табл. 1.2). Ці теоретичні засади становлять концептуальну основу втручання, яка базується на уявленні про те, що метою зміни поведінки людини є задоволення трьох основних потреб: самостійності, членства в певній

соціальній групі та самоефективності. Кінцева мета описаного втручання – допомогти клієнту задовольнити ці потреби.

Таблиця 1.2. Основні елементи моделі переконань щодо здоров'я
(за Дж.Хошбаум-А.Розенсток)

I. Передбачувана загроза
А. Прогнозування сприйнятливості (схильності)
Б. Прогнозування тяжкості
II. Очікувані результати
А. Передбачувані переваги
Б. Передбачувані витрати
III. Очікувана самооцінка

Джерело: Клос (2018) з посиланням на Rosenstock (1974).

Бойко, Дмитришина та Тюленева (2016) розробили модель «Кроки до здоров'я», метою якої є когнітивно-поведінкове втручання, спрямоване на залучення людей, які живуть з ВІЛ та вживають ін'єкційні наркотики; формування прихильності до сфери охорони здоров'я та поєднання індивідуального консультування та комплексної допомоги клієнтам. Ця комбінація допомагає змінити поведінку, що призводить до зменшення ризикованої поведінки, покращення загального стану здоров'я клієнтів і зосередження їхньої уваги на здоровому способі життя (Бойко, Дмитришина & Тюленева, 2016).

Компоненти третьої фази поведінкової моделі використання послуг для здоров'я

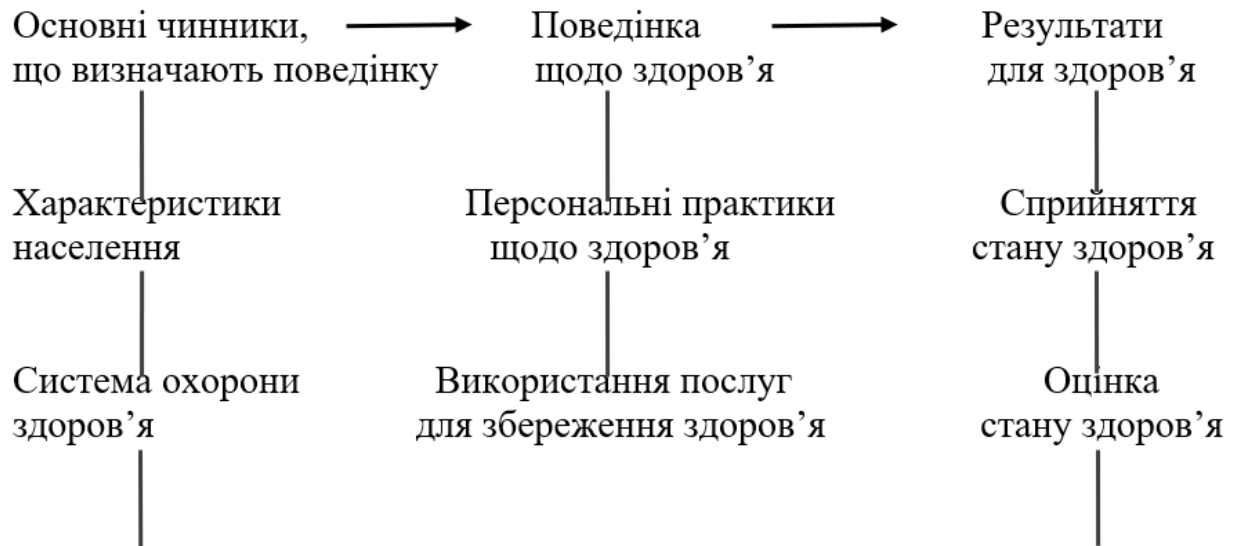


Рис. 1.3. Компоненти третьої фази поведінкової моделі використання послуг для здоров'я
Джерело: опрацювання Клос (2018) за Andersen (1995).

Модель «Кроки до здоров'я», як і попередня, базується на теоріях зміни поведінки: транстеоретичній моделі зміни поведінки (Prochaska & DiClemente), теорії соціального навчання (А. Бандура), рольової індукції (Stark & Kane), мотиваційного інтерв'ю (Miller & Rollnick), когнітивно-поведінкового підходу і комплексного обслуговування клієнтів

Представлені моделі втручання задовольняють потребу клієнта в приналежності до групи та дають клієнту можливість налагодити стосунки з консультантом із втручання та покращити свої соціальні та сімейні стосунки; допомагають задовольнити потребу клієнта в самоефективності, заохочуючи та підкріплюючи позитивні зміни поведінки. Завдяки цьому клієнт мотивується до постійних змін своєї ризикованої поведінки. Наприклад, пацієнт може бути мотивований припинити незахищений секс не тому, що це правильно, а тому, що це дозволить покращити відносини з партнером та підвищити рівень довіри.

Отже, очевидним є той факт, що сьогодні в умовах суспільних трансформацій та глобалізаційних процесів до вирішення будь-якої соціальної проблеми потрібно підходити з позицій комплексного, інтегрального, екосистемного підходу. Питання здоров'я у соціальній роботі неможливо розглядати без врахування відомих теорій соціологічного і психологічного спрямувань в соціальній роботі, так і теорій, що мають застосування виключно в медицині чи охороні здоров'я. Міждисциплінарність проблеми здоров'я зумовлює міжпрофесійну співпрацю і застосування теоретичних основ різних спеціальностей водночас. Для такої діяльності необхідно готувати відповідні кадри соціальної роботи, розробляти програми та проекти, що допомагатимуть долати проблеми зі здоров'ям клієнтів комплексно.

1.3. Методологія діяльності та етика професійної соціальної роботи у сфері здоров'я

Методологія є системою принципів, яка визначає траєкторію розвитку теоретичних знань усіх наук. Вона не залежить від соціокультурного контексту, ідейного підґрунтя, а формується на філософських засадах. Методологія об'єднує теоретичні знання в пошуку єдиного (ключового) принципу, який обумовлює життєву перспективу особистості. Наше дослідження потребувало визначення основних принципів професійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я.

Соціальна робота заснована на філософії, представленій цінностями професії, що були зібрані у процесі її формування й розвитку як самостійного фаху. Як один з найдавніших інститутів суспільства, соціальна робота існувала віддавна в усіх відомих історичних цивілізаціях, культурах (понад 3,5 тис. років). При цьому набувала різних форм соціальної допомоги, швидко і гнучко пристосовувалася до різних умов, проявляла багатство функціональних здатностей соціальної системи (Попович, 2000).

Допомога як суспільне явище була виокремлена з понять «філантропії» (у перекладі з грецької – «любов до людей»), «милосердя». У Стародавній Греції (V

ст. до н. е.) це явище означало прояв дружніх почуттів, морального зв'язку (Фирсов, 1997). У Платона й Аристотеля благодійність була асоційованою з користю для суспільства. Давні філософи вважали, що така діяльність є прерогативою держави, а не окремої особи (Новак та ін., 2001). Ідеї милосердя визначалися як чинники суспільного виховання, гуманності, солідарності, допомоги і взаємодопомоги, зокрема в піклуванні про немічних і хворих (Гура, 2001).

В античній культурі концепцію милосердя заклали стоїки, які пояснювали це явище невід'ємним прагненням людини до самозбереження. Яскравим прикладом закладу соціальної допомоги, у якому «надавалася соціально-медична допомога» дітям і вдовам, подорожнім та людям старечого віку, недужим і немічним був притулок (цесарій), відкритий 370 р. За характером допомоги, що надавалася в притулку, його можна вважати прообразом хоспісу. Те, як і хто надавав допомогу нужденним, можна з певністю прирівняти до діяльності соціального працівника у сфері здоров'я (Cowles, 2003; Гура, 2001).

Класове розшарування суспільства, давні цивілізації стали осередками збагачення понять «людяність», «гуманність», «милосердя» новими смислами. Ці поняття стали засадничими у моральних кодексах світових релігій. Тож турбуватися про бідних і немічних, сиріт і хворих стало обов'язком кожної релігійної людини. Справді побожна особа не на словах, а у своїх вчинках показувала, як допомагати збереженню здоров'я інших.

Епоха Просвітництва в Західній Європі та у Північній Америці характеризувалася значним зниженням рівня впливу Церкви на культуру і життя людей. «Релігійне милосердя» було трансформовано в «соціальну інженерію». Турбота про знедолених «переходить до рук» громадянського суспільства. Основною ідеєю нової філософії милосердя, заснованої на ліберальних поглядах, була теза про «відповідальність і моральний обов'язок держави перед особистістю», неспроможною забезпечити належні умови для власного існування (Гура, 2001, с. 18-22).

На зламі XVII і XVIII століть соціальна робота і медицина були під впливом філософських ідей позитивізму. Філософія позитивізму заснована на розумінні

«буття як реальності», що спирається на незмінні закони (Guba, 1990). З цієї причини окремі дослідники соціальної роботи у сфері здоров'я трактують її як професію, що успадкувала позитивістські погляди. Подібні погляди сприяють тому, що й в сьогоденні патерналізм в медицині і охороні здоров'я сприймається як «нормальне явище».

На відміну від позитивізму, конструктивізм проголосив суспільство як «символічну конструкцію, оперту на співпрацю спостерігача і того, за ким спостерігають». На зміну системі, механізму / організму, прийшла «нова, символічна конструкція», яку можна творити разом, «надавати їй нових, незвичних та змінних смислів» (Parton, 2003, р. 5). З огляду на соціальну роботу у сфері здоров'я це дає змогу практичному соціальному працівникові проєктувати свої дії в ситуаціях невизначеності. При цьому слід залучати клієнта як активного учасника процесу вирішення проблеми здоров'я, задля кращого розуміння його потреб, почуттів і занепокоєння (Parton, 2003).

Ліберальна доктрина кінця XVIII ст. – початку XIX ст. трансформувалася в так звану «наукову благодійність». Нова філософська ідея активно ширилася серед заможного населення у країнах Західної Європи, у Британському королівстві, а також на Північноамериканському континенті, зокрема й у Канаді. Для послідовників ідеї наукової благодійності пріоритетним було надання персональної допомоги нужденним. Водночас слід було пристосовувати власну діяльність до потреб і умов складної ситуації знедаленої людини. Допомога мала бути «доцільною, раціональною», з прогнозованим, очікуваним результатом діяльності. Прикладами реалізації цієї ідеї є рухи «дружніх візитерів», «сетльментів» (поселенців). Рух «поселенців» у Північній Америці сприяв тому, що було привернуто увагу до гострих соціальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Зокрема завдяки активності «поселенців» було закладено фундамент боротьби з поширенням епідемії туберкульозу, високою смертністю дітей і породіль, поганими санітарними умовами житла, смертністю та інвалідністю у зв'язку зі шкідливими, антисанітарними та небезпечними умовами праці й інше (Abbott & Meerabeau, 1998; Gehlert & Browne, 2012; Vicinus, 1985).

Друга половина XIX ст. була ознаменована утвердженням філософських цінностей як невід'ємної складової соціальної роботи, так і самої філософії – невіддільним компонентом професіоналізму. На зміну «індивідуальній підтримці», «добровільним помічникам», «філантропічній діяльності» прийшла концепція вирішення соціальних проблем на основі колективної відповідальності за суспільне благополуччя (Піча, 2013). Уже на зламі XIX-го і XX-го сторіч матеріалізм, опертий на патерналістську філософію, що пояснювала бідність з позицій індивідуальної дефектності, неспроможності, зазнав поразки під тиском концепції «громадянських і політичних прав людини». Відповідно до цієї концепції, кожній людині притаманні права і свободи, яких ніхто не може обмежити. Тобто ніхто – ні державні, ні громадські організації, ані службові особи не можуть зазіхати на життя, здоров'я, честь, гідність людини чи свавільно позбавити її життя. Ці права й свободи закріплені законодавчо державою (Піча та ін., 2020).

Наступна зміна концепції соціальної роботи була викликана прогресивним зростанням кількості соціальних проблем, зумовлених наслідками промислової революції, такими, як урбанізація, зростання рівня експлуатації праці, збільшення злиднів серед робітничого класу. У Канаді це відбувалося ще й на тлі демографічних змін, пов'язаних з імміграційним вибухом, посиленням активності жінок у суспільному житті та на ринку праці. Важливу роль у цих змінах відіграли наукові відкриття в біології та медицині, що довели неінфекційне походження низки хвороб і значення соціального середовища в їх розвитку, а також значні здобутки в психологічній науці та соціальній роботі (Піча, 2013).

Початок XX-го ст. у соціальній роботі асоціюється з поширенням гуманізму як філософії благодійності. В її основі – екзистенціальні людські цінності, розуміння необхідності задоволення життєвих потреб в умовах, коли суспільство в змозі забезпечити лише мінімальні прожиткові стандарти для індивіда. Відповідно до гуманістичної філософії, організаційні заходи можуть сприяти регулюванню соціальних відносин і забезпеченню суспільного добробуту. Таким чином, гуманізм протиставлявся етиці пуританства, яка ґрунтувалася на ідеї соціал-дарвінізму. Зокрема, сутність її полягала в запереченні необхідності надання

допомоги соціально вразливим прошаркам населення, таким, як діти, особи з інвалідністю, хворі, люди похилого віку, оскільки вони «ослаблюють і руйнують суспільство» (Поліщук, 2006, с. 10). Водночас доцільно проводити «реабілітацію потребуючих», всіляко сприяти їхній самостійності шляхом впровадження системи заходів фізичної та економічної підтримки, а також покарань. Гуманізм заснований на уявленнях про сильну особистість, здатну виживати в складних умовах конкуренції (Піча, 2013).

Подальший розвиток концепції соціальної роботи в цілому і соціальної роботи у сфері здоров'я пов'язують з розвитком філософської думки 20-их років ХХ ст. Зокрема, у практичній сфері відбувся перехід від гуманістичної моделі до позитивістської, заснованої на біхевіоризмі, фрейдизмі, радикальній соціології. Трансформація ціннісних орієнтацій привернула увагу до значення знань як соціальних, так і будь-яких узагалі. Було визнано, що тільки завдяки знанням можна досягти певних змін у житті особи; знання є об'єктивним критерієм тих змін, що відбуваються. Водночас як інструмент оцінювання позитивних змін на будь-якому з рівнів практики (мікро-, мезо- і макрорівні) соціальної роботи використовуються наукові методи (Піча, 2013; Поліщук, 2006; Фирсов, 1997).

На зміну позитивістської парадигми в соціальну роботу прийшли ідеї утопізму, базованого на ліберальній філософії і соціал-реформізмі. В основі цієї парадигми була філософська ідея «буденного життя», згідно з якою, людина – це соціально вразливий суб'єкт, оскільки зіткнувся з певними об'єктивними труднощами. Типовими труднощами вважалися відсутність необхідної освіти, низький економічний статус, негативні соціальні впливи тощо.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що філософія соціальної роботи у сфері здоров'я охоплює ідеї гуманізму, позитивізму, утопізму, професійної філософії (Піча, 2013). Основою цього слід вважати концепцію людиноцентризму як підґрунтя до підсилення філософії соціальної роботи у сфері здоров'я поняттями, притаманними їй. Йдеться передусім про поняття «здоров'я», «збереження здоров'я», «нерівність щодо здоров'я», «детермінанти здоров'я» (Поліщук, 2006; Клос, 2018).

Професійна філософія ґрунтується на професійних цінностях соціальної роботи. Канадська асоціація соціальних працівників визначає такі базові цінності, як:

- 1) повагу до гідності та цінності людини;
- 2) здобутки соціальної справедливості;
- 3) служіння людству;
- 4) професійну чесність;
- 5) професійна конфіденційність;
- 6) професійна компетентність (CASW, 2005; Семигіна, 2020).

Професійну філософію, притаманну кожній професії, формує сукупність переконань, що є «осердям» професійної субкультури і тих, хто вже працює, і тих, хто тільки опановує професію (Siporin, 1975, с. 74). Основні акценти філософії соціальної діяльності пов'язані зі створенням сприятливих умов для саморозвитку, самореалізації, задоволення потреб кожної людини, підвищенням рівня її добробуту, розвитком власного потенціалу, здібностей, а також розвитком ресурсів для задоволення індивідуальних, колективних, національних, міжнародних потреб, досягненням соціальної справедливості; сприяння соціальним змінам (Піча, 2013; Поліщук, 2006).

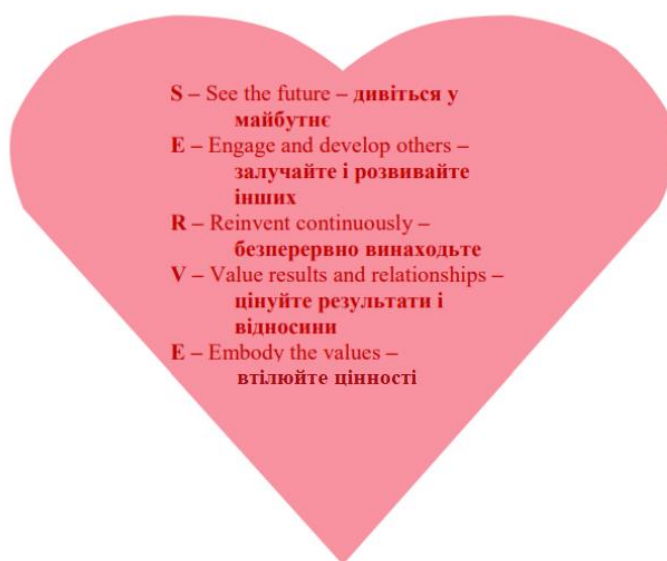


Рис. 1.4. Концептуальна модель діяльності соціального працівника у сфері здоров'я – «Служіння (SERVE)» (за Л. Клос)
 Джерело: опрацювання Клос (2018) за Blanchard & Miller, 2009; DeBonis, 2013; Shortell et al., 2000.

Як зазначає Клос (2018), на переконання американських дослідників Бланшарда та Міллера, основу філософії соціальної роботи у сфері здоров'я становить цінність служіння (SERVE) (Клос, 2018; Blanchard & Miller, 2009; DeBonis, 2013; Shortell et al., 2000) (див. Рис. 1.4).

Концепція служіння (одночасно може виконувати роль моделі втручання) базується на таких основних ідеях: допомога є цінністю і має сенс, коли чітко зрозуміла її перспектива; основа успіху соціальної роботи у сфері здоров'я – це спільне із клієнтом вирішення проблем, що потребує активної участі та сприяє розвитку клієнта; соціальний працівник сфери здоров'я є «творцем» нових способів розв'язання типових проблем; у професійному втручанні в соціальній роботі сфери здоров'я має значення не тільки результат, але й процес впровадження змін у ситуацію клієнта, тому відносини між фахівцем і клієнтом – це також цінність; щоб процес і результат здоров'єзберезувальної діяльності соціального працівника були ефективними, сам фахівець має бути втіленням тих цінностей, на які він спирається у професійній діяльності, і демонструвати це своєю професійною поведінкою (Blanchard & Miller, 2009; Клос, 2018).

Парадигма етичної спрямованості діяльності соціального працівника у сфері здоров'я заснована завдяки інтегруванню етичних аспектів професії «Соціальна робота» та біоетики. Остання розвинулася як міждисциплінарний науковий напрям, базований на біоетичному світобаченні, що закладено загальнолюдськими моральними принципами і традиціями, християнською і науковою етикою. Як метанаукова концепція біоетика не обмежена виключно світоглядним аспектом, а представляє етику медико-біологічного пізнання й практичної діяльності (Кулініченко, 2002). Професійна діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я характеризується ціннісним ставленням до здоров'я власного і клієнтів. (Клос, 2018).

Отже, можна стверджувати, що формування методології діяльності та етики професійної соціальної роботи у сфері здоров'я відбувалося впродовж тривалого історичного проміжку часу. Наснаження ідеями милосердя, гуманізму, позитивізму, розвиток громадянського суспільства та філософії професійної

соціальної роботи сприяли становленню цієї діяльності у сфері здоров'я. Основа філософії соціальної роботи у сфері здоров'я – цінність служіння та концепція людиноцентризму з притаманними їй поняттями «здоров'я», «збереження здоров'я», «нерівність щодо здоров'я», «детермінанти здоров'я».

Висновки до першого розділу

Вивчення доступної бази джерел дало змогу обґрунтувати зміст основних понять дослідження таких, як здоров'я, велнес-модель здоров'я, біопсихосоціодуховна модель здоров'я, охорона здоров'я, соціальна робота у сфері здоров'я.

Було з'ясовано, що поняття «здоров'я» і його похідні в сучасному науковому дискурсі мають міждисциплінарний вимір. Найбільш повно з погляду соціальної роботи зміст поняття здоров'я передає біопсихосоціодуховна (холістична) модель здоров'я, що акцентує на активних діях самої людини, а не лише на констатуванні її стану (велнес-модель).

Визначено, що термін, який найбільш доречно описує соціальну роботу, пов'язану зі здоров'ям, – це «соціальна робота у сфері здоров'я», а його англійський відповідник “health social work” або дослівний переклад “social work in the sphere of health”.

Обґрунтовано зміст поняття «соціальна робота у сфері здоров'я». Соціальна робота у сфері здоров'я – це діяльність спеціально підготовлених фахівців соціальної роботи до організації та надання соціальних послуг як в закладах охорони здоров'я, так і в немедичних установах, що реалізується на засадах міждисциплінарного підходу й охоплює всі три рівні практики соціальної роботи. Така діяльність спрямована на комплексне розв'язання соціальних проблем в контексті здоров'я людини і передбачає двофокусність впливу фахівця – на особистість (сприяння зміні поведінки щодо здоров'я, враховуючи особливості клієнта – культурні, досвід травми тощо, шляхом навчання здоров'я і наснаження та розкриття його сильних сторін) і середовище одночасно (подолання бар'єрів у

доступі до послуг з охорони здоров'я як відстоювання права на здоров'я), тобто робота із соціальними детермінантами здоров'я.

Встановлено, що теоретичну основу соціальної роботи у сфері здоров'я становлять екосистемна теорія (теорія екологічної перспективи), теорії сильних сторін та культурної компетентності. Остання особливо характерна для практики соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді, зважаючи на культурну різноманітність населення цієї країни. Не менш важливе значення у СРСЗ Канади відіграють феміністична теорія та інтерсекційний фемінізм.

Визначено, що методологічні засади соціальної роботи у сфері здоров'я охоплюють підходи та ідеї милосердя, філософії позитивізму, конструктивізму, гуманізму, наукової благодійності, філософських професійних цінностей.

Виявлено, що основні цінності, на яких ґрунтується соціальна робота у сфері здоров'я, визначені Канадською асоціацією соціальних працівників, зокрема повага до вродженої гідності та цінності людей; досягнення соціальної справедливості; служіння людству; чесність, конфіденційність та компетентність у професійній практиці. У СРСЗ Канади ставиться акцент на творенні безпечного середовища в широкому сенсі, зокрема безпечного культурного середовища, що базується на гідності та повазі, розумінні та прийнятті людського розмаїття.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я В КАНАДІ ТА УКРАЇНІ

2.1. Становлення та розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді

Канада була авангардом формування та становлення соціальної роботи як самостійної професійної діяльності, її досвід є цінним інструментом для впровадження в Україні (Назар, 2018а). У час реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, яка значною мірою подібна до канадської, досягнення цієї країни є критично важливими для розуміння особливостей розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я, що і є предметом нашого дослідження. Для цього проаналізовано становлення та розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді, визначено особливості цього процесу.

Аусландер (Auslander, 2001) стверджує, що соціальній роботі у сфері здоров'я вже понад сто років: ізраїльська дослідниця враховує досвід багатьох країн світу (Назар, 2021). Канадські дослідники розвивають таку ж думку: «канадській соціальній роботі вже століття» (Bryson & Vosma, 2018, с. 586).

Якщо ж звернутися до розвитку соціальної роботи в Канаді в цілому, то Хік і Стокс (Hick & Stokes, 2002) рекомендують розділити історію практики соціальної роботи на три більш-менш окремі епохи. Вони приблизно збігаються зі значними соціальними та економічними змінами, що відбувалися в той час. У кожній епосі, що представлена нижче, переважають певні характеристики:

- епоха моральних реформ або доіндустріальний етап – від утворення Канади до 1890 р.;
- епоха соціальних реформ або етап переходу від комерційного суспільства до індустріального, з 1890 по 1940 рр.;
- епоха прикладної соціальної науки або післявоєнний трансформаційний етап швидкого економічного зростання та масового споживання, починаючи з 1940 р. і дотепер.

Як зазначав Дровер (Drover, 2006), канадський дослідник, соціальний працівник та президент Канадської асоціації соціальних працівників у 1983-1985

рр., до 1867 р. соціальна робота в Канаді мала на меті, як і в Англії та США, *допомогу бідним*, чия ситуація, як вважалося, є результатом слабкості характеру. Автор цитує публікацію Лондонського товариства благодійної організації, в якій було продемонстровано це переконання: «Якщо глава сім'ї нічого не забезпечує на випадок своєї смерті, частина відповідальності лягає на його дружину, і сумнівно, чи треба полегшувати вдові наслідки її втрати благодійною допомогою».

Брайсон і Босма (Bryson & Bosma, 2018) уточнюють, що соціальна робота Канади була «спровокована» *проблемами здоров'я* населення, викликаними хвилями міського промислового капіталізму та імміграцією. Автори додають, що подібно до британського та американського досвіду, канадська соціальна робота перейняла філософію та втручання Асоційованих благодійних організацій на мікрорівні та Будинків поселенців (англ. *settlement house*) на макрорівні.

Асоційовані благодійні організації (англ. *Associated Charities* або *Charity Organization Society*) – частина руху, що виникла в Англії в 1869 р., були засновані в Канаді в 1881 р. Вони відрізнялися від подібних організацій того часу тим, що підкреслювали *важливість систематичного дослідження (systematic investigation)*, а не просто надання допомоги (Drover, 2006). До 1912 р. міські комісії соціального обслуговування (англ. *the municipal social-service commissions*) замінили Асоційовані благодійні організації. Водночас метод дослідження соціальних випадків популяризували в Канаді послідовники Мері Річмонд, однієї з американських засновниць соціальної роботи і авторки низки нових термінів, що були запозичені з медицини (діагностика, соціальний діагноз, індивідуальна терапія та інші).

Канада створила своє перше відділення медичної соціальної служби (або за іншими свідченнями (Lechman, 2009) – *перше відділення соціальної роботи*) у 1910 р. у Вінніпезькій загальній лікарні, лише через 5 років після того, як подібне відділення вперше було запроваджено в США у Массачусетській лікарні загального профілю у 1905 р. Загальна лікарня Торонто пішла за їхнім прикладом у 1911 р. (Canadian Association for Social Work Education, n.d.; Bryson & Bosma, 2018; Назар, 2021).

Як і їхні американські колеги, перші канадські соціальні працівники сфери здоров'я, практикували переважно в лікарнях. Вплив на розвиток соціальної роботи в Канаді мав ще один її американський фундатор у сфері охорони здоров'я, лікар Річард Кабот, який увів посаду соціального працівника до штату згаданої вище Массачусетської лікарні в 1903 р. Ключові його праці: «Соціальна робота у лікарнях» (1911), «Соціальна робота» (1919), «Етика та соціальна робота» (1926) (Семигіна, 2020, с. 20).

Цінним для нашого дослідження є досвід становлення соціальної роботи у сфері здоров'я тих часів у провінції Квебек. Лечман (Lechman, 2009) свідчить, як відбувся прийом на роботу першого соціального працівника в Монреальській загальній лікарні. У 1910 р. Монреаль охопила масова епідемія тифу. Лікарні були переповнені, тому на допомогу перевантаженому персоналу залучали волонтерів, цим процесом керувала Хелен Рід. Згодом наплив хворих минув, але волонтери і далі виявляли бажання допомагати та відвідувати пацієнтів удома. Тому Рід скооперувалася зі своїм однодумцем, Джоном Лочхедом, який допомагав їй у налагодженні процесу встановлення соціальних послуг на базі лікарні. Лочхед вивчав, як надаються соціальні послуги в Глазго (Шотландія) та Нью-Йорку (США), а також познайомився із Річардом Каботом, діяльністю якого був дуже натхненний. У 1910 р. Лочхед звернувся з проханням до Монреальської загальної лікарні (після невдалої спроби із Західною лікарнею у Монреалі) відправляти туди волонтерів на допомогу пацієнтам. Його звернення, хоч і без особливого ентузіазму, задовольнили. Справи йшли добре: у звіті за 1910-1911 рр. зазначалося, що за цей період вдалося здійснити супровід 119 випадків (кейсів). Тому 1912 р. до *Загальної лікарні Монреаля було найнято першу соціальну працівницю*, колишню медсестру, Емму Фаулс. Кошти на оплату праці фахівчині збирали з благодійних пожертв місцевої церкви. Спочатку вона не отримала окремого місця праці (кабінету), а решта співробітників її ігнорували. Але вона здобула основне – безперешкодний доступ до пацієнтів. Усвідомлення значення її роботи прийшло пізніше: в закладі все-таки зрозуміли, що соціальна працівниця допомагає у вирішенні багатьох «хронічних випадків». Коли палати переповнені людьми, яких

немає куди виписувати, вона ж допомагає у пошуку житла для них і розміщення в громаді. У лікарні почали розуміти, що це «заощаджує сотні доларів та зменшує тиск на ліжко-місця» (Lochhead, 1947).

Важливою особливістю цього періоду є створення перших програм підготовки соціальних працівників у 1914 р. в Університеті Торонто, а потім, у 1918 р., – аналогічної програми в Університеті Макгілла в Монреалі (Drover, 2006). Брайсон та Босма (Bryson & Vosma, 2018) зазначають, що навчання та професіоналізація канадської соціальної роботи перебувала під значним впливом соціальної роботи Сполучених Штатів Америки. Вище зазначені найстаріші канадські школи, наприклад, перейняли багато від американських навчальних програм із соціальної роботи. До того ж до утворення у 1967 р. Канадської асоціації освіти з соціальної роботи (англ. Canadian Association for Social Work Education), програми соціальної роботи акредитувалися виключно Американською радою з освіти соціальної роботи (англ. American Council on Social Work Education).

Упродовж 1920-х і 1930-х рр. соціальна робота розвивалася повільно. У 1926 р. *створено Канадську асоціацію соціальних працівників*, КАСП (англ. Canadian Association of Social Workers, CASW), перші члени якої були в основному представниками агенцій опіки дітей і сімей, муніципальних відділів і поселень. Авторки дослідження (Jennison & Lundy, 2011) зазначають, що охорона здоров'я – одна з перших галузей, у яку залучалася ця асоціація.

Під час Великої депресії (1929-30-ті рр.) до агентств соціальної роботи були висунуті серйозні вимоги, але уряди не бажали сприяти просуванню підготовлених соціальних працівників в університетах. У цей період, як зазначає Дровер, було відкрито лише 2 нові навчальні програми: одна в Університеті Британської Колумбії у 1928 р. й інша – в Університеті Монреаля у 1939 р. (Drover, 2006).

У 1935 р. у Монреалі відбулося 66-те щорічне засідання Національної конференції соціальних працівників, у якому взяли участь понад 6000 фахівців. Як зазначає Лечман (Lechman, 2009), у цей час *соціальні послуги в лікарнях почали розвиватися на національному рівні*.

Після Другої світової війни професія «розширилася» разом із розвитком охорони здоров'я, лікарняного страхування, пенсій за віком, соціального страхування, будинків для людей похилого віку та спеціального обслуговування людей з інвалідністю – ці установи часто приймали на роботу соціальних працівників (Drover, 2006). Важливо відзначити, що в 1950-их рр. звичним явищем стало залучати соціального працівника до обходів або так званих «раундів» в лікарнях, коли разом із лікарем, головною медсестрою вони долучалися до обходів палат, спільно обговорюючи проблемні ситуації пацієнтів, щоб допомогти якнайшвидше відновити здоров'я (Lechman, 2009). У 1951 р. в Монреалі медичний або психіатричний соціальний працівник був визнаний членом медичної команди на провінційному рівні міністерством здоров'я, як зазначала тодішня директорка Відділення соціальних послуг в Монреальській загальній лікарні Ейвіс Памфрі (Lechman, 2009). Оскільки місцевий уряд Квебеку профінансував діяльність соціальних працівників для роботи з пацієнтами з емоційними розладами, глаукомою, пухлинами та випадками сифілісу.

Розвиток соціальної роботи в цілому був особливо активним у 1960-х і 1970-х рр. із запровадженням широкого спектру державних послуг (англ. public services) під егідою Канадської держави добробуту (англ. Canadian Welfare State), оскільки соціальне право на державні послуги стало асоціюватися з громадянськими правами, а не правом на благодійність (Drover, 2006). У той час КАСП підтримала політику держави та лобіювала прийняття законодавства про медичне страхування у 1962 р. Як зазначають Дженніссон та Ланді (Jennison & Lundy, 2011), посиляючись на коротке повідомлення, представлене Королівській комісії з питань охорони здоров'я, соціальні працівники визначали турботу про здоров'я правом людини, а не благодійністю (Назар, 2021).

Мілош (Meloche, 1985) зазначає, що вже до 1977 р. більше третини всіх професійних соціальних працівників Квебеку працювали в закладах охорони здоров'я, що свідчить про важливість цих професіоналів у процесі надання лікарняних послуг. Однак, як стверджують канадські дослідники (Bryson & Bosma, 2018), з посиланням на інших авторів, після 1962 р. у соціальній роботі сфери

здоров'я Канади простежується певна прогалина в системності щодо основних показників у цій галузі. Йдеться про брак актуальних відомостей щодо кількості соціальних працівників, які зараз зайняті конкретно у сфері охорони здоров'я; брак досліджень щодо ролі та масштабу соціальної роботи в охороні здоров'я; недостатнє представлення результатів вивчення впливу інтервенцій соціальної роботи на пацієнтів.

Якщо звернутися до статистики кількості соціальних працівників в цілому, то відповідно до перепису населення Канади, у 1941 р. було 1767 соціальних працівників, а вже у 2018 р. в Канаді кількість фахівців соціальної роботи становила 52 823! (Drover, 2006; CASW, n.d.1). У 2000 р. функціонувало вже 34 школи соціальної роботи. У Канаді станом на 2003 р. зайнятість соціальних працівників у *сфері охорони здоров'я та соціальних послуг* становила 73%, у медичних закладах – 2% від загалу, – стверджує вітчизняна дослідниця Микитенко (2006).

Через зростання витрат на охорону здоров'я у 1980-1990-х рр., а також через відносно недоторканні витрати на компенсацію за послуги лікаря, лікарняні системи ініціювали різні заходи щодо стримування витрат у дисциплінарній діяльності, включаючи соціальну роботу (Greenwald, 2017). З того часу канадські соціальні працівники докладають максимум зусиль, щоб істотно вписати свою практичну діяльність у галузь охорони здоров'я, аби їх не замінили інші суміжні медичні працівники, зокрема медсестри (Назар, 2021).

Попередню думку підтверджують дослідження інших канадських учених. Вони показують, що на позитивний результат у соціальній роботі у сфері здоров'я, інтенсивність якої знизилася під час реорганізації лікарень у 1990-х рр., впливають можливості для навчання, досліджень, професійного розвитку та лідерства (Michalski, Creighton & Jackson, 2000). Досвід Брайсон та Босми (Bryson & Bosma, 2018) підтверджує ці ідеї: автори припускають, що ролі соціальних працівників можуть бути надійними в тих системах охорони здоров'я, в яких цінується практика соціальної роботи, а лідерство є сильним і має значне міжпрофесійне визнання. Вчені додають, що це слід мати на увазі при вивченні сучасних тенденцій соціальної роботи у сфері здоров'я. Ці напрацювання суттєво відрізняються

залежно від сили керівництва соціальної роботи в будь-якому конкретному закладі охорони здоров'я.

Сучасна соціальна робота постійно адаптується до демографічних і культурних змін у канадському суспільстві. У цьому сенсі старіння населення, зростання розмаїття суспільства та соціальні потреби корінних народів є першочерговими пріоритетами в соціальних послугах та освіті з соціальної роботи. Фахівці з соціальної роботи також стурбовані збереженням якісних програм і характеру практики під час фіскальних обмежень і скорочень. Водночас вони продовжують брати участь у реформаторських рухах, щоб змінити негативне ставлення суспільства до людей, які потребують допомоги, та відстоювати права людини, соціальну справедливість та гендерну рівність (Drover, 2006).

Однак, незважаючи на ці професійні зобов'язання, майбутня роль соціальної роботи в державному секторі залишається невизначеною. З одного боку, соціальна робота та соціальні послуги стали невід'ємною частиною надання державних послуг у Канаді внаслідок зростання соціальної держави. З іншого ж боку – поточне скорочення соціальної держави означає, що соціальні послуги, як і інші державні послуги, стримуються скороченням соціальних видатків, оскільки уряди адаптуються до мінливого економічного середовища в глобальну епоху. Як і інші професійні сфери в державному секторі, соціальна робота перебуває під впливом глобалізації. Хоча її вплив не зрозумілий однозначно, цілком імовірно, що соціальній роботі доведеться виходити за рамки державних послуг соціальної держави, розробляти нові концепції соціальних прав і визначати нові способи задоволення людських потреб (Drover, 2006).

Брайсон та Босма (Bryson & Bosma, 2018) виділяють *п'ять тенденцій сучасної соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді*. Зупинимося детальніше на їхніх характеристиках. Автори виділяють такі тенденції: 1) визначення (і розширення) сфери застосування соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді; 2) спрямування практики на роботу зі соціальними детермінантами здоров'я; 3) просування науково обґрунтованої практики або базованої на доказах (англ. evidence-based practice) в соціальній роботі у сфері здоров'я; 4) забезпечення допомоги,

орієнтованої на людину та на сім'ю; 5) впровадження практики культурної безпеки й практики, що базується на обізнаності про травму або так званої травма-поінформованої практики (англ. trauma-informed practice).

Перша тенденція соціальної роботи у сфері здоров'я Канади характеризується *визначенням і розширенням практики цієї галузі*. В умовах обмеженого фінансування системи охорони здоров'я Канади у 1980-1990-х рр. (про що ми писали раніше) заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) працювали у напрямку, і зараз ця тенденція зберігається, щоб скорочувати до мінімуму перебування пацієнта в лікарні. Тому багато зусиль спрямовується також і на попередження повторної госпіталізації та ефективного надання допомоги (Canadian Institute for Health Information, 2008). Така ситуація в деяких випадках ставила під сумнів необхідність діяльності соціальних працівників у закладах охорони здоров'я, чії обов'язки, на перший погляд, могли б замінити медсестри і таким чином це скоротило б витрати. До цього додавалося й те, що деякі керівники лікарень не завжди могли відрізнити обов'язки соціального працівника та медсестри (Auerbach, Mason & Laporte, 2008). Такий стан речей спонукав канадських учених у галузі соціальної роботи сфери здоров'я до проведення ряду досліджень щодо ролі та впливу діяльності соціальних працівників в умовах ЗОЗ, визначенні альтернативних ролей, які можуть виконувати ці фахівці в умовах лікарень та інших закладах сфери здоров'я. Дослідження показали, що соціальні працівники у сфері здоров'я надають широкий спектр кваліфікованих, а також некваліфікованих послуг, але тим не менш це емоційно складні завдання, а саме: адвокація, посередницькі послуги для вразливих пацієнтів, обговорення складних рішень щодо підтримки здоров'я сім'ї, визначення місцезнаходження членів родини померлих пацієнтів, деескалація кризових ситуацій, а також емоційна підтримка та налагодження стосунків у міждисциплінарних командах (Bryson & Vosma, 2018).

Тому в контексті вищеперелічених викликів для практики соціальної роботи у сфері здоров'я Канади було запропоновано ряд рекомендацій, яких варто дотримуватися, аби підвищити авторитет соціальних працівників у сфері здоров'я в Канаді (Craig et al., 2013). Серед основних рекомендацій: налагодження співпраці

дослідників у громаді та університетських учених; поширення міждисциплінарних навчань для команди охорони здоров'я (англ. health care team) з метою ширшого та глибшого розуміння ролей одне одного; розвиток сфери практики та «ребрендинг» професії для висвітлення навичок і талантів соціальних працівників сфери здоров'я; чітке визначення стандартів практики соціальних працівників сфери здоров'я на національному рівні, як це визначено у США; збільшення обсягу знань саме з соціальної роботи у сфері здоров'я у магістерських програмах для кращої підготовки соціальних працівників до роботи у цій сфері; надання можливості соціальним працівникам сфери здоров'я ділитися своїми знаннями та досвідом з метою розробки інноваційних послуг у відповідь на потреби вразливих клієнтів.

Слід зазначити, що більшість цих рекомендацій успішно втілювалась, зокрема, у провінції Британська Колумбія для магістрів соціальної роботи з 2014-го року було організовано спеціальний навчальний практичний курс у місцевій лікарні, який викладали спільно професіонали охорони здоров'я та викладачі Університету Британської Колумбії (Bryson & Bosma, 2018) у рамках Програми інтенсивної соціальної роботи в закладах охорони здоров'я (англ. Social Work Intensive in Settings in Healthcare program) (UBC School of Social Work, n.d.).

Утім, попри успіхи, все ж існує потреба в більшій кількості досліджень у соціальній роботі, здійснених академічними працівниками у клінічних та громадських установах, щоб розширити глибинне знання про соціальну роботу у сфері здоров'я.

Друга тенденція в розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я Канади – *фокус на соціальних детермінантах здоров'я* (Bryson & Bosma, 2018). Уже доведено взаємозв'язок соціальної нерівності, хвороб та смертності (Marmot, Adelstein, Robinson & Rose, 1978; Marmot, Rose, Shipley & Hamilton, 1978; Marmot et al., 1991). Тому робота із соціальними детермінантами здоров'я, як стверджують науковці, є визначальною порівняно з медичними послугами, які такого випереджувального характеру не мають.

Однак, за свідченнями практика СРСЗ Канади Нельсон (Nelson, 2013), поряд із визнанням більшого впливу на здоров'я канадців саме соціальної нерівності та

відсутності соціальних втручань, а не відсутності медичної допомоги, соціальним працівникам доводиться відстоювати своє місце в міждисциплінарній команді (МДК). Несправедливим, на нашу думку, є той факт, що часто медсестри та ерготерапевти, відчуваючи більшу професійну владу, проводили психосоціальні оцінки чи сімейні збори. Натомість соціальному працівнику залишалось виконувати допоміжні ролі, які не вимагають високого рівня кваліфікації. Наприклад, подбати про пошук квитків на автобус та долучатися до планування виписки (UBC Campus, 2013). Одним зі способів змінити цю ситуацію є знову ж таки проведення досліджень і доведення взаємодії практики СРСЗ та соціальних детермінант здоров'я пацієнтів/ клієнтів (Craig et al., 2013). Наприклад, результатом таких досліджень у Канаді є представлення інформації про те, що соціальні працівники сфери здоров'я зосереджуються на причинах соціальних детермінант здоров'я, а не на роботі з наслідками. Зокрема, це діяльність щодо під'єднання клієнтів до всіх необхідних ресурсів, протидія стигматизації на основі захворювань та расовій дискримінації, розроблення відповідних програм і заходів для зменшення нерівностей щодо охорони здоров'я тощо (Craig et al., 2013).

Інший напрям соціальної роботи у сфері здоров'я у контексті соціальних детермінант здоров'я займає навчання членів МДК щодо впливу цих детермінант на ситуацію пацієнта та його сім'ю. У зв'язку з цим ЗОЗ, наприклад, можуть створювати відповідні посади для соціальних працівників, функціональним обов'язком яких могла б бути робота конкретно із соціальними детермінантами здоров'я, як-от: соціальний працівник з питань житла (англ. "housing" social worker), соціальний працівник, що забезпечує континуум послуг (англ. "continuum of care" social worker), соціальний працівник з питань співпраці (англ. "collaborative care" social worker) (Fraser Health, n.d.).

Беручи до уваги третю тенденцію розвитку соціальної роботи в сфері здоров'я Канади, а саме – *просування практики, базованої на доказах*, слід звернути увагу на думку практиків цієї сфери. Зокрема, важливий коментар дослідниці й керівниці відділу соціальної роботи однієї з канадських лікарень. Вона поділилась спостереженням про те, що соціальні працівники є настільки залученими в

практичну діяльність і виконання своїх завдань у лікарні, що питання інформування суспільства про вплив їхньої роботи та популяризацію професії фактично ними не порушується (Nelson, 2013). Йдеться про те, що соціальні працівники напряду дотичні до результатів в охороні здоров'я, втім цей зв'язок потрібно роз'яснювати й поширювати поміж працівників лікарень: менеджерів, генеральних директорів тощо. Тож тут важливим доказовим фактором є проведення емпіричних досліджень, які б якісно та кількісно пояснювали важливість втручання соціальних працівників (Nelson, 2013). Науковці пропонують трифазну модель для впровадження досліджень у СРСЗ, яка включає етапи: «інкубацію», «трансформацію» та «утвердження» і передбачає залучення дослідників із науковим ступенем доктора філософії у галузі соціальної роботи (McNeill & Nicholas, 2012).

У зв'язку з цим не можна не згадати успішний досвід партнерства у місті Ванкувер (провінція Британська Колумбія) – ініціатива «Рісеч Челендж» (англ. Research Challenge), завдяки якій соціальних працівників мотивують до проведення досліджень. Їх та інших фахівців міждисциплінарної команди запрошують до свого роду дослідницьких команд під керівництвом наставника. Самі ж дослідження мають значення для безпосередньої практики соціальних працівників. До того ж успішні міждисциплінарні команди отримують фінансову підтримку: 5000 доларів на свій проєкт. Цією можливістю успішно скористався Департамент соціальної роботи первинної медичної допомоги для просування науково обґрунтованих практик у своїй галузі. Слід додати, що у 2018 р. ця програма була прийнята й іншими органами охорони здоров'я Британської Колумбії та Альберти для підтримки досліджень соціальних працівників, медсестер та інших працівників суміжних спеціальностей (Vancouver Coastal Health Research Institute, 2018).

Четверта тенденція соціальної роботи у сфері здоров'я, за Брайсон і Босмою (Bryson & Bosma, 2018), – *надання допомоги, орієнтованої на людину та на сім'ю*. Такий підхід національний орган з акредитації канадських організацій, що надають послуги з охорони здоров'я та соціальні послуги, визначає як пріоритетний (Accreditation Canada, n.d.). Як свідчить дослідження (Goldfarb et al., 2017),

втручання соціальної роботи на основі підходу, орієнтованого на клієнта та сім'ю, зменшують час перебування пацієнтів в ЗОЗ. А самі соціальні працівники відзначають, що зазвичай їхня робота зі сім'єю є найбільшою за обсягом (Craig et al., 2015).

П'ята тенденція соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді – *впровадження практики культурної безпеки й практики, орієнтованої на поінформованість про травму* (травма-поінформованої практики). Ця тенденція пов'язана з досвідом представників так званих “перших націй”, що населяли територію Канади. Про формування суперечностей в питаннях здоров'я та історичних травм зауважив антрополог Адельсон (Adelson, 2005). Негаразди, з якими стикаються корінні жителі Канади й донині, спричинені цілою низкою факторів таких, як примусове переселення громад на нові, необжиті території; примусове вилучення та подальше влаштування дітей в інституційні заклади або ж далеко від їхніх сімей та громад; неналежне обслуговування тих, хто живе в резерваціях; расистське ставлення до аборигенів тощо. Отож відповіддю соціальної роботи у сфері здоров'я на ці виклики є, власне, практика культурної безпеки та травма-поінформована практика.

Впровадження культурної безпеки несе за собою творення культурно безпечного середовища для людини незалежно від її статусу, віку, статі, сексуальної орієнтації, професії чи матеріального становища, релігійних переконань, наявності інвалідності, походження чи досвіду бути мігрантом, що дуже актуально для контексту Канади тощо. Підхід, орієнтований на травму, в соціальній роботі передбачає занурення в попередній досвід клієнта, намагання зрозуміти, чому людина поводить себе саме так, а не інакше, що в минулому спричинило ситуацію, у якій вона зараз перебуває (Bryson & Vosma, 2018; Назар, 2021).

Отже, окреслений історичний контекст розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді, виявлені її сучасні тенденції, а також врахування чинника участі соціальних працівників у розв'язанні проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення,

як в медичних закладах, так і за їх межами, дають можливість виділити сім послідовних періодів, кожен з яких вирізнявся притаманними *закономірностями*:

1) *перший період – початковий* (від утворення Канади до поч. 1880-х рр.) – характеризувався окремими епізодами соціальної роботи в питаннях здоров'я як благодійної діяльності в громаді, перш за все у допомозі поселенцям, а також іншим вразливим категоріям населення, таким, як діти і люди похилого віку, пацієнти лікарень і хворі люди за межами медичних закладів; початок цього періоду пов'язаний із заснуванням Канади як окремої країни, а завершення періоду ознаменовано створенням і активним поширенням в Канаді Асоційованих благодійних організацій. Вони не тільки перейняли на себе ініціативу розрізненої і невпорядкованої роботи окремих благодійників, але й розпочали по всій країні кампанію допомоги потребуючим, розбудували мережу осередків організації в багатьох провінціях, допомагали потребуючим не хаотично, а з урахуванням реальних потреб, що ретельно досліджувалися. Таким чином було закладено основу науковому обґрунтуванню практики соціальної роботи у сфері здоров'я. *Закономірністю* цього періоду була зумовленість діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я суспільними потребами;

2) *другий період* – початку інституціалізації та професіоналізації соціальної роботи у сфері здоров'я (поч. 1880-х – кін. 1920-х рр.) – характеризувався тим, що від діяльності благодійних організацій, які опікувалися здоров'ям вразливих груп населення, ініціативу допомоги в питаннях здоров'я перейняли представники медичних закладів. Зокрема, лікарі та керівники медичних установ ініціювали відкриття окремих посад соціальних працівників, згодом цілих відділів соціальних послуг / соціальних служб в лікувальних закладах. Серед перших керівників і працівників таких структур були, здебільшого, медичні сестри. Перші школи з підготовки соціальних працівників для охорони здоров'я значною мірою використовували ресурс саме медичного персоналу, проте поступово почали вибудовуватися межі професійних обов'язків і втручань представників кожної зі спеціальностей в охороні здоров'я; завершення періоду в 1920-х роках пов'язано саме з початком функціонування програм з підготовки соціальних працівників для

сфери здоров'я. *Закономірністю* цього періоду було формування меж професійного втручання соціальних працівників сфери здоров'я, що не претендували на “поле діяльності” інших медичних працівників;

3) *третій період* – уповільнення і стагнації (1930-ті рр. – 1938-й р.) – характеризувався сповільненням темпів поширення соціальних служб у лікарнях Канади у зв'язку з відсутністю розуміння з боку уряду, керівництва закладів охорони здоров'я доцільності соціальної роботи в охороні здоров'я, недостатня активність самих соціальних працівників у поширенні інформації про значення своєї діяльності для пацієнтів і медичних закладів, обмеження і відсутність фінансування відповідних служб і фахівців у державних медичних закладах в часи великої депресії; завершення періоду співпадає із завершенням великої депресії, початком економічного зростання в країні, відновленням фінансування соціальної сфери. *Закономірністю* цього періоду було залучення соціальних працівників сфери здоров'я в числі перших до Канадської асоціації соціальних працівників;

4) *четвертий період* – дисемінації соціальної роботи у сфері здоров'я на загальнонаціональний рівень (1939-й р. – поч. 1960-х рр.) – характеризується збільшенням кількості фахівців соціальної роботи, залучених у повсякденну практику у сферу охорони здоров'я, збільшенням чисельності соціальних служб в лікарнях Канади – по всій країні, визнання доцільності роботи соціальних працівників у зв'язку із питаннями здоров'я населення, перш за все, в контексті роботи закладів охорони здоров'я, включення соціальних працівників закладів охорони здоров'я до складу «команд охорони здоров'я». *Закономірністю* цього періоду було визнання соціальних працівників у сфері здоров'я головними “носіями етично зважених рішень” в роботі міждисциплінарних команд у сфері здоров'я;

5) *п'ятий період* – зростання суспільного значення соціальної роботи як сфери захисту прав людини щодо здоров'я (1962-й р. – поч. 1980-х рр.) – початок періоду пов'язаний із прийняттям концепції Канадської держави добробуту (1962 р.), що зумовило стрімке зростання рівня фінансування всіх соціальних ініціатив у

країні, а також остаточне визнання питання охорони здоров'я як правової проблеми, а не справи благодійності; відбувся «вибух» зростання спеціалізацій соціальних працівників сфери здоров'я, що підтверджувало затребуваність у фахівцях соціальної роботи як в питаннях психічного здоров'я, так і соматичного, а також у зв'язку із цілісним розумінням здоров'я; завершення періоду пов'язано із реформуванням лікарняних систем надання допомоги в Канаді на користь «недоторканості витрат на компенсацію лікарських послуг». Цим було покладено початок скорочення фінансування діяльності соціальних працівників в медичних закладах. *Закономірністю* цього періоду було вибухоподібне зростання напрямів спеціалізації соціальних працівників у сфері здоров'я, відповідно до збільшення напрямів спеціалізації медицини і розвитку біотехнологій, а також зі збільшенням інтересу до питання охорони здоров'я як проблеми захисту права на здоров'я;

б) *шостий період* – конкуренції фахівців сфери здоров'я в умовах реформування галузі в країні та пошуку шляхів відновлення позицій соціальної роботи у сфері здоров'я (1980-1990-ті рр.) характеризується певною пасивністю соціальних працівників у відстоюванні свого права бути рівноправними членами міждисциплінарної команди фахівців охорони здоров'я, що зумовлено професійною етикою фахівців соціальної роботи, відповідно до якої, соціальний працівник повинен дотримуватися етично виваженої професійної поведінки у взаємодії як між фахівцями соціальної роботи, так і в процесі взаємодії з представниками інших суміжних спеціальностей, у тому числі, медичними працівниками. Таким чином, соціальні працівники не намагалися акцентувати на власній важливості в роботі міждисциплінарних команд фахівців сфери здоров'я, а також, занадто занурені у повсякденну практику в закладах охорони здоров'я, не вважали за потрібне додатково наголошувати на тому, що й так очевидно. Майже до кінця 1990-их рр. така ситуація призвела до суттєвого «публічного пригнічення» ваги ролей і функцій соціальних працівників в охороні здоров'я, в житті пацієнтів і самих медичних працівників. *Закономірністю* цього періоду було зростання потреби в науково обґрунтованій практиці (базованій на доказах) у соціальній

роботі у сфері здоров'я, що сприяло б посиленню допомоги, орієнтованої на людину та на сім'ю;

7) *сьомий період* – впливу глобалізації на практику соціальної роботи у сфері здоров'я, зокрема щодо соціальних детермінант здоров'я як визначальних чинників нерівностей щодо здоров'я (поч. 2000-их рр. – дотепер). Період характеризується посиленням глобалізаційних процесів на міжнародному рівні, що вплинуло на особливості функціонування економіки, соціальну політику Канади, зокрема, на формування законодавства, сприятливого в соціальному відношенні не тільки до місцевого населення, перш за все, корінних народів, але й до новоприбулих, нової хвилі іммігрантів з різних частин світу. Важливим питанням сприятливої для іммігрантів соціальної політики є охорона здоров'я. Потенційні нерівності щодо здоров'я, які можуть виникнути у зв'язку з цим, повинні усуватися завдяки забезпеченню детермінант здоров'я. Завдяки комплексному розв'язанню проблем здоров'я можливим є запобігти нерівності щодо здоров'я. Це питання лежить в площині діяльності соціальних працівників. На цьому етапі відбувається зростання важливості ролі соціальних працівників у сфері здоров'я, при чому, як на рівні самих споживачів послуг, так і на рівні громад, суспільства. Дуже актуальним є застосування фахівцями підходу травма-поінформованої практики, яка набуває нових обрисів в сучасних умовах нестабільного (в широкому сенсі) середовища. *Закономірність* цього періоду – посилення нерівності щодо здоров'я не тільки в міжнародних масштабах, але й всередині країни, що зумовлює зростання потреби в роботі соціальних працівників у сфері здоров'я. Детально основні події, що визначили періодизацію розвитку СРСЗ Канади, представлені в Додатку 7.

Отже, бачимо, що соціальна робота у сфері здоров'я в Канаді пройшла важливі етапи розвитку – від окремих епізодів благодійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я до активного включення в процеси подолання нерівності щодо здоров'я в умовах впливу глобалізаційних процесів на її практику. На основі виявлених тенденцій і з врахуванням чинника участі соціальних працівників у розв'язанні проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення, як в

медичних закладах, так і за їх межами, було виділено сім основних періодів розвитку СРСЗ. Для кожного періоду розвитку СРСЗ притаманні певні закономірності. Тривалий розвиток і формування соціальної роботи у сфері здоров'я сприяли утвердженню її як вагомій складовій соціальної роботи і надійного інструменту усунення соціальних детермінант здоров'я та покращення добробуту населення.

2.2. Соціальна робота у сфері здоров'я: особливості інституціалізації в Канаді та Україні

За площею території Канада посідає друге місце у світі, а її економіка дуже пов'язана зі світовою економікою та, можна сказати, має значну залежність від міжнародної торгівлі, найбільше зі Сполученими Штатами Америки, які є канадським найпотужнішим торговельним партнером. Як зазначає дослідниця Співак, ця співпраця створює можливість фінансування державної системи охорони здоров'я, забезпечуючи «універсальний доступ до бази медичних послуг» (Співак, 2016, с. 112).

Дані ВООЗ свідчать, що за показником середньої очікуваної тривалості життя серед інших країн світу Канада посідає дев'яту сходинку: 84 роки – жінки та 80 років – чоловіки. Крім цього, досить швидко збільшується й тривалість життя населення, завдяки різним факторам. Таким чином, за тридцять шість років (1980-2016 рр.) середня очікувана тривалість життя у Канаді збільшилася на: 5 років – жінки та 8 років – чоловіки. Як зазначалося нами раніше, в Україні середня тривалість життя наших громадян – близько 72 років (Поскробок, 2020). Це суттєво контрастує з канадськими показниками. Позитивна тенденція й щодо кількості довгожителів: у 2001 р. в Канаді проживало 3795 осіб, старших 100 років, у 2011 р. – 5825, а до 2061 р. передбачається 81000 столітніх осіб (ГО «Суспільство і право», n.d.).

Для того, щоб зрозуміти взаємозв'язок соціальної роботи зі сферою здоров'я в Канаді, спершу слід проаналізувати, який поділ влади існує в цій країні та як функціонує система канадського уряду. Подібно до української моделі управління

державою, в Канаді функціонують три гілки влади: виконавча, законодавча та судова. Традиційно на чолі держави стоїть монарх, оскільки Канада відноситься до Співдружності держав. Сьогодні це королева Єлизавета II, яку в країні представляє Генерал-губернатор. Очолює уряд, тобто виконавчу гілку влади Прем'єр-міністр, якому підзвітний Кабінет (в Україні – Кабінет Міністрів України) (Parliament of Canada, n.d.). Сьогодні політику федерального уряду та пріоритети для країни, що пов'язані з соціальною роботою у сфері здоров'я, на наш погляд, визначають такі міністри Канади: Міністр психічного (ментального) здоров'я та залежностей (англ. Minister of Mental Health and Addictions); Міністр здоров'я (або охорони здоров'я) (англ. Minister of Health); Міністр зайнятості, розвитку трудових ресурсів та інклюзії щодо інвалідності (англ. Minister of Employment, Workforce Development and Disability Inclusion); Міністр щодо послуг для корінних народів (англ. Minister of Indigenous Services); Міністр сімей, дітей та соціального розвитку (англ. Minister of Families, Children and Social Development); Міністр у справах житла, різноманітності та інклюзії (англ. Minister of Housing and Diversity and Inclusion); Міністр у справах жінок, гендерної рівності та молоді (англ. Minister for Women and Gender Equality and Youth); Міністр у справах осіб похилого віку (англ. Minister of Seniors) (Parliament of Canada, 2021).

Важливим у контексті керування Канадою є поділ на три основні рівні управління: федеральний; провінційний / територіальний і муніципальний рівні. В Україні державне управління здійснюється на рівні обласних та районних адміністрацій, на рівні територіальних громад – органи місцевого самоврядування (Ткачук, 2019). Федеральний рівень управління поширюється взагалі на всю країну (це *федеральний уряд*). Канада розділена на 10 провінцій та 3 території, а в Україні – 24 області та Автономна республіка Крим, яка нині, як і деякі області, тимчасово окупована російською федерацією (Децентралізація, n.d.). Існують уряди кожної окремої адміністративно-територіальної одиниці Канади, які відповідають за освіту, охорону здоров'я, деякі природні ресурси та дорожні правила своєї провінції чи території. Це так звані *провінційні та територіальні уряди*, що мають значний вплив і порівняно більшу автономію, ніж обласні державні адміністрації в

Україні (Parliament of Canada, n.d.). Іноді провінційні/ територіальні уряди ділять відповідальність із федеральним урядом.

Муніципальний рівень – це рівень влади, що зазвичай формується на базі міст, містечок чи районів (муніципалітетів). *Муніципальні уряди* несуть відповідальність за такі напрямки: бібліотеки, парки, комунальні системи водопостачання, місцеву поліцію, дороги та паркувальні майданчики тощо (Parliament of Canada, n.d.).

Послуги охорони здоров'я у Канаді забезпечуються через державну програму медичного страхування, що має неофіційну назву «Медікер» (англ. “Medicare”), на безкоштовній основі для жителів усієї країни. Сьогодні цей напрям роботи демонструє ефективність та є взірцем для подібних державних медичних програм у світі. Регулює забезпечення надання послуг з охорони здоров'я та фінансування галузі місцева влада провінцій та територій, на вищому рівні управління – федеральна влада Канади (Government of Canada, 2016). Відповідно до програми, кожен громадянин Канади може звернутися за первинною медичною допомогою до терапевтів – сімейних лікарів; подальше ж необхідне обстеження чи лікування планує лікар. Такий підхід має багато спільного із упроваджуваною сьогодні медичною реформою в Україні. Це й не дивно, адже на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України вказано, що реформа у системі охорони здоров'я базується на моделях у сфері здоров'я Норвегії, Канади, Великобританії, Італії та Іспанії (Бурцева, 2017).

Оскільки Канада є іммігрантською країною, то федеральний уряд забезпечує додатковими послугами мігрантів і національні меншини, що мешкають на території цієї країни. Як свідчить вітчизняне дослідження, зростанню імміграції сприяє «репутація Канади як високорозвиненої, мирної, вільної від етнічних конфліктів країни» (Співак, 2016, с. 112-113). Іммігранти, так звані «нові канадці», розселяються переважно в міських агломераціях, їхня діяльність значно збагачує економіку держави. Тому в інтересах Канади – надання послуг у сфері здоров'я без перешкод для вихідців з інших країн. Окрім зазначених груп населення, федеральний уряд забезпечує надання послуг з охорони здоров'я окремим категоріям: корінним жителям та інуїтам (одна із трьох груп корінних етнічних

народів, що проживають на північних територіях Канади, більша половина яких у Нунавуті); військовослужбовцям та іншим особам, що входять до збройних сил Канади; ветеранам; ув'язненим у федеральних пенітенціарних установах (Government of Canada, 2019). Для решти населення послуги з охорони здоров'я забезпечуються провінційними / територіальними урядами.

Під відповідальністю федерального уряду в контексті охорони здоров'я також знаходяться питання регулювання, наприклад, надходження і використання лікарських препаратів, біопрепаратів, медичного обладнання та продуктів харчування й питання безпеки споживачів. Спостереження та профілактика захворювань, промоція здоров'я та дослідження у сфері охорони здоров'я – це також більшою мірою відповідальність федерального уряду (Government of Canada, 2019; Співак, 2016).

Розподіл вищезазначених сфер регулює Закон Канади про охорону здоров'я (англ. Canada Health Act) від 1984 р., що сформувався на п'яти основних принципах: 1) публічне управління (адміністрування плану послуг провінції повинно відбуватися на не комерційній основі органом публічного управління); 2) комплексність (забезпечення всіх необхідних з медичної точки зору послуг); 3) універсальність (покриття медичним страхуванням повинно відбуватися на єдиних універсальних умовах); 4) доступність (сприяння відкритому доступу до медичних послуг без фінансових або інших бар'єрів); 5) можливість перенесення або портативність (забезпечення послугами повинно продовжуватися навіть тоді, коли застраховані особи переїжджають в іншу провінцію чи територію або коли вони подорожують за кордон) (Government of Canada, 2016).

До 2004 р. федеральне фінансування охорони здоров'я здійснювалося через Канадський соціальний трансфер та трансфер щодо здоров'я (англ. Canada Health and Social Transfer), опісля він був розділений на два окремі трансфери: Канадський трансфер щодо здоров'я (англ. Canadian Health Transfer, СНТ) і Канадський соціальний трансфер (англ. Canadian Social Transfer, CST) (Government of Canada, 2019).

Власне, послуги з охорони здоров'я в провінціях, хоч і фінансуються державою (близько 71% обсягу видатків покриває федеральний уряд) та регулюються Законом про охорону здоров'я на засадах основних принципів, все ж забезпечуються і координуються міністерствами та департаментами провінцій. Варто зазначити, що місцеві органи виконавчої влади в цій галузі формуються досить по-різному та можуть мати різну структуру (Government of Canada, 2019):

- Департамент здоров'я та послуг в громаді, Ньюфаундленд і Лабрадор (англ. Department of Health and Community Services);

- Департамент здоров'я та велнесу, Острів Принца Едварда (англ. Department of Health and Wellness);

- Департамент здоров'я та велнесу, Нова Скотія (англ. Department of Health and Wellness);

- Департамент здоров'я, Нью-Брансвік (англ. Department of Health);

- Міністерство здоров'я та соціальних послуг, Квебек (англ. Ministry of Health and Social Services);

- Міністерство здоров'я та довготривалого догляду, Онтаріо (англ. Ministry of Health and Long-Term Care);

- Здоров'я Манітоби, Манітоба (англ. Manitoba Health);

- Здоров'я Саскачевану, Саскачеван (англ. Saskatchewan Health);

- Здоров'я та велнес Альберти, Альберта (англ. Alberta Health and Wellness);

- Міністерство у сфері послуг здоров'я, Британська Колумбія (англ. Ministry of Health Services);

- Здоров'я та соціальні послуги Юкону, Юкон (англ. Yukon Health and Social Services);

- Департамент здоров'я та соціальних послуг, Північно-Західні території (англ. Department of Health and Social Services);

- Департамент здоров'я та соціальних послуг, Нунавут (англ. Department of Health and Social Services).

Отже, послуги з охорони здоров'я та соціальні послуги часто відображаються паралельно у фокусі місцевої влади, хоча єдиного підходу немає. Така

різноманітність вносить певний дисбаланс у надання послуг з охорони здоров'я та соціальних послуг, оскільки кожна провінція Канади керується власними підходами та стандартами до організації цих послуг.

Система охорони здоров'я в Канаді заснована на таких гуманістичних цінностях, як рівність, справедливість, співчуття та повага до людської гідності. Як стверджують Хік та Стокс (Hick & Stokes, 2002), соціальні працівники в числі перших обстоювали необхідність державного фінансування для сприяння здоровому способу життя та попередженню хвороб. Вони продовжують відігравати важливу роль у наданні послуг зі збереження здоров'я населення у Канаді.

Спектр діяльності соціальних працівників у наданні послуг з охорони здоров'я в Канаді включає *медичну соціальну роботу* (англ. *medical social work*) – це індивідуальна соціальна робота, групова робота, планування виписки, сімейні консультації, захист прав та адвокація пацієнтів, консультування невиліковно хворих осіб, навчання та аналіз політики. А також це *послуги в громаді* (англ. *community-based services*) та *профілактичні послуги* (англ. *preventive services*) – промоція та навчання здоров'я (англ. *health promotion and education* або український відповідник: формування здорового способу життя); формування груп самопомоги, розвиток громади та адвокація. В умовах лікарняних закладів соціальні працівники беруть участь у роботі міждисциплінарних команд (команд здоров'я), що забезпечують унікальний цілісний підхід до здоров'єзбереження. Таке холістичне бачення стосується не лише лікування захворювань, але й сприяння благополуччю, включає соціальні, економічні, духовні та культурні потреби в процесі надання соціальних послуг зі збереження здоров'я клієнта (Hick & Stokes, 2002).

Сфера практики для соціальних працівників може бути надзвичайно різноманітною. Багато соціальних фахівців працюють у державних соціальних та службах з охорони здоров'я, які сприяють догляду та реабілітації фізично та психічно хворих осіб, молоді, літніх людей та людей з розумовими вадами чи з інвалідністю. Шкільні ради залучають соціальних працівників для консультування учнів з емоційними та соціальними проблемами. У будинки поселення, будинки

культури, центри для літніх людей та гуртожитки наймають соціальних працівників для роботи з окремими особами та групами. Соціальних працівників наймають компанії, щоб допомогти своїм працівникам у вирішенні особистих проблем. У виправних закладах соціальні працівники консультують правопорушників, ув'язнених і умовно-достроково звільнених осіб. Фахівці соціальної роботи працюють організаторами в агентствах соціального планування, громадських організаціях і профспілках, а також як адміністратори в державних або громадських об'єднаннях, викладають в університетах і громадських коледжах. Упродовж останніх років значно зросла кількість соціальних працівників приватної практики (Drover, 2019).

У заключній доповіді за дослідженням сфери соціальної роботи йдеться, що роботодавцями соціальних працівників є представники сфери охорони здоров'я. Про це свідчить збільшення кількості фахівців соціальної роботи у лікарнях, інституційних соціальних службах та службах охорони здоров'я (англ. *institutional health and social services*) (Stephenson et al., 2000). Станом на 2017 р. на сайті Канадської асоціації соціальних працівників зазначалося, що з усіх працевлаштованих соціальних працівників 93% фахівців задіяні у службах охорони здоров'я (англ. *health services*) і соціальних службах або державних установах – у співвідношенні 74% та 19% відповідно (Назар, 2018а). Однак, як ми вже згадували раніше, інше дослідження (Brison & Bosma, 2018) свідчить, що ці дані застарілі та відображають стан справ ще 2001 р.

Основні функції соціальних працівників були з самого початку становлення здоров'язбережувального аспекту соціальної роботи і залишаються дотепер пов'язаними з подоланням різного роду бар'єрів, зокрема:

- психологічних внутрішньоособистісних (визнання проблеми здоров'я у якості пункту відліку на даному етапі життя, прийняття і розуміння діагнозу хвороби та змін способу життя через необхідність приймати лікування і слідувати приписам лікаря, зміна ролей у сім'ї, втрата соціальних ролей тощо);

- міжособистісних (порозуміння між медичним персоналом і пацієнтами та їхніми сім'ями, близьким оточенням, між медиками й адміністрацією лікарень, з фахівцями міждисциплінарних команд);

- економічних (залучення коштів для лікування чи придбання медикаментів, діагностичних чи лікувальних процедур, послуг із догляду за хворими дітьми чи людьми похилого віку);

- фізичних (забезпечення доступу до послуг лікарні, диспансеру, обслуговування лікаря вдома, транспортування і зв'язок);

- соціальних і політичних (відстоювання прав малозабезпечених пацієнтів на послуги зі збереження здоров'я, лобювання політики у сфері охорони здоров'я щодо пільг на послуги зі збереження здоров'я найбільш незахищених прошарків населення, меншин);

- інформаційних (навчання здоров'я, консультування клієнтів / пацієнтів щодо послуг здоров'я і можливостей їх отримання, формування здорового способу життя, інформування в групах і громадах про проблеми здоров'я і їх профілактика) (Клос, 2016b).

Нова роль соціального працівника в охороні здоров'я – «куратор хворого» у міждисциплінарній групі професіоналів (лікар, медсестра, психолог, реабілітолог, юрист, фармацевт тощо), яку можна назвати «командою здоров'я» або «командою з управління хворобами» (Gehlert & Browne, 2012).

Команда спеціалістів за участю соціального працівника в Канаді, як і в США, Великій Британії та багатьох інших країнах є типовою для лікарняних закладів. Типово також, що ця команда надає амбулаторну допомогу вдома та в спеціалізованих закладах тривалого догляду, як-от, хоспіси, відділення паліативної допомоги, будинки відпочинку тощо. Незалежно від типу установи чи характеру проблеми клієнта, соціальний працівник прагне сприяти підтримці належної якості життя людини та допомогти їй активно брати участь у цьому процесі – змінювати його життя на краще (Gehlert & Browne, 2012).

Соціальні працівники в Канаді – це професіонали сфери здоров'я, діяльність яких регульована (англ. regulated health professionals) та які працюють з окремими

особами, сім'ями, групами та громадами для покращення індивідуального та колективного добробуту (СІНІ, n.d.). Нижче ми наводимо огляд різних закладів та місць практики, де можуть працювати соціальні працівники у сфері здоров'я в Канаді. Найтипівіші заклади та місця практики:

- лікарні (загального профілю та психіатричні), у тому числі на рівні первинної медичної допомоги;

- практика у сфері психічного здоров'я, окрім лікарень, може включати й інші інституційні заклади, клініки в громаді та приватну практику;

- робота соціального працівника у напрямку фізичної реабілітації може здійснюватися на базі різних організацій на стику середовища перебування пацієнта та його сім'ї, громади та міждисциплінарної (в даному випадку – реабілітаційної) команди;

- довготривалий догляд і паліативна та хоспісна допомога;

- громади, зокрема – це центри охорони здоров'я та громадських послуг (англ. health and community service centres);

- окремо виділяють ділянку роботи соціального працівника у сфері ВІЛ/СНІД на індивідуальному рівні та рівні громади;

- робота з людьми, що мають стресові травми у зв'язку з виконанням професійних обов'язків (канадські військові та поліцейські) (CASW, n.d.2).

У лікарнях загального профілю та психіатричних лікарнях соціальні працівники задіяні у складі лікувальних команд (англ. treatment teams). Вони сприяють догляду, лікуванню та реабілітації пацієнтів, а також забезпечують важливий зв'язок між лікувальною командою та сім'ями і допомагають їм отримати доступ до необхідних для відновлення здоров'я ресурсів у громаді (CASW, n.d.2). Сфери, в яких можуть працювати соціальні працівники у лікарнях: ВІЛ/СНІД; нефрологія та діаліз; центр серця; забезпечення медичними препаратами; невідкладна допомога, в тому числі паліативна допомога, реанімація та невідкладна допомога при пологах; хірургія; реабілітація; догляд за літніми людьми та надання місця проживання; психічне здоров'я тощо (Providence Health Care, n.d.).

Соціальні працівники *на рівні надання первинної медичної допомоги* (англ. primary health care) підтримують психічне здоров'я та благополуччя пацієнтів і їхніх сімей та допомагають їм зорієнтуватися в системі охорони здоров'я. Вони можуть працювати в лікарнях, громадських центрах охорони здоров'я, мережах охорони здоров'я (англ. health networks) та інших організаціях (CASW, n.d.3).

Як ключові члени міждисциплінарних команд охорони здоров'я (англ. interdisciplinary health care teams) соціальні працівники представляють точку зору пацієнта, а також допомагають пацієнтам і сім'ям зрозуміти цілі догляду. Працюючи з ними, фахівці соціальної роботи враховують психологічні, соціальні, фізичні, духовні та фінансові чинники, які впливають на фізичне та психічне здоров'я. Вони розробляють унікальні плани лікування та виписки з урахуванням сильних сторін, потреб і цілей пацієнта. Соціальні працівники створюють безпечне й інклюзивне середовище, яке враховує багату історію кожного пацієнта, та поважають різноманітність, а також різні цінності та способи пізнання (CASW, n.d.3).

На рівні первинної медичної допомоги соціальні працівники, крім безпосередньої роботи з пацієнтами та сім'ями, можуть розробляти освітні програми та послуги з питань профілактики та промоції здоров'я (CASW, n.d.3).

Залежно від ролі й установи на рівні первинної медичної допомоги соціальні працівники можуть проводити індивідуальні консультації та психотерапевтичні сесії; створювати групи самодопомоги з метою полегшення одужання; проводити оцінювання фізичних та психологічних потреб пацієнта; у складі міждисциплінарної команди працювати над створенням індивідуальних планів лікування та виписки; комунікувати з громадськими організаціями та надавачами послуг; скеровувати пацієнтів та членів їх сімей у служби та організації громади для отримання необхідних ресурсів; розвивати та надавати необхідні знання окремим особам, сім'ям, громадам; проводити оцінку потреб громади у сфері здоров'я та брати участь у розробці плану з охорони здоров'я громади; за потреби відстоювати інтереси пацієнтів, сімей, груп і громад; брати участь в академічній

діяльності, що стосується, наприклад, супервізії студентів; сприяти дослідницьким ініціативам та збирати необхідні дані для досліджень (Tadic et al., 2020).

Додаткові знання, що можуть знадобитися соціальним працівникам в практичній діяльності саме на рівні первинної медичної допомоги – це надання першої невідкладної медичної допомоги, знання з проведення серцево-легеневої реанімації чи з користування автоматичним зовнішнім дефібрилятором (CASW, n.d.3).

Соціальні працівники, які практикують у сфері психічного здоров'я, застосовують аналіз соціальних детермінант здоров'я, які включають соціальний статус, рівень доходів, освіти та мережу соціальної підтримки, щоб враховувати всі чинники, що сприяють психічному та фізичному благополуччю людини (CASW, n.d.4). Професійна діяльність соціального працівника у сфері психічного здоров'я може мати різні рівні практики: з окремими особами, парами та групами, громадами, великими організаціями. На макрорівні практики соціальні працівники також розглядають соціальні та політичні проблеми, які впливають на психічне здоров'я, намагаючись заповнювати прогалини соціальної політики з подолання таких глобальних проблем, як бідність, безробіття та бездомність.

Обов'язки фахівців соціальної роботи у сфері психічного здоров'я практично не відрізняються від завдань, які вони виконують, наприклад, на рівні первинної медичної допомоги чи в лікарнях. Однак у цій сфері здійснюють інше, комплексне оцінювання пацієнтів / клієнтів: оцінки психосоціальної, когнітивної та психічної складових здоров'я. У сфері психічного здоров'я ключовими навичками соціальних працівників є здатність демонструвати культурну компетентність і виявляти повагу до різноманітності та навички кризового втручання. У безпосередній роботі з клієнтами чи в приватній практиці отримання клінічної супервізії є необхідною умовою діяльності соціального працівника у сфері психічного здоров'я (CASW, n.d.4).

Практика соціальної роботи у фізичній реабілітації. Ключовою характеристикою цього напрямку роботи соціальних працівників у сфері здоров'я є їхня діяльність у складі стаціонарної або амбулаторної міждисциплінарної команди

охорони здоров'я. Фахівці соціальної роботи працюють безпосередньо з пацієнтами та їхніми родинами, реабілітаційною командою та громадою.

Соціальні працівники допомагають пацієнтам подолати почуття невизначеності, втрати чи горя та підтримують їх, коли вони заново вчаться бути незалежними та автономними у зв'язку з травмами тощо. Фахівці соціальної роботи надають інформацію та ресурси, які допомагають пацієнтам безперешкодно повернутися (реінтегруватися) на роботу та у спільноту, враховуючи інформацію про транспорт, фінансування медичного обладнання та зміни, які доведеться зробити в домашньому середовищі, зважаючи на можливі потреби у зв'язку з фізичною інвалідністю чи іншими обмеженнями (CASW, n.d.5).

Довгостроковий догляд. Визначення довготривалого догляду в Канаді вживається з різними значеннями. Найчастіше використовується для позначення догляду в будинку для людей похилого віку або догляду в реабілітаційному центрі. Однак у деяких провінціях іноді надається «більш інклюзивне значення», щоб посилатися не лише на інші види догляду в інтернатних закладах, а й на постійний догляд у рамках денних програм або навіть програм на дому (CASW, n.d.6).

Основними компонентами довгострокового догляду є медичні та соціальні послуги, призначені для оцінки, лікування, реабілітації та підтримки, а також для запобігання інвалідизації осіб усіх вікових груп, які мають хронічні фізичні, емоційні та фізичні порушення (NASW, 2016). Специфічні знання для соціальних працівників у цій сфері пов'язані з доглядом за людьми похилого віку або у зв'язку з деменцією.

Практика соціального працівника щодо надання *паліативної та хоспісної допомоги*. У Канаді обидва терміни використовуються для позначення одного і того ж – специфічного підходу до догляду. Однак часто термін «хоспісна допомога» використовується для опису допомоги, яка надається в громаді, а не в лікарнях (Jones, 2005).

Про більшість людей, які наближаються до кінця життя, піклуються їхні родини та друзі. У певний час їм може знадобитися допомога. У таких ситуаціях паліативну допомогу, зазвичай, надають члени команди паліативної допомоги.

Коли задіяна команда, людину та її родину заохочують зробити вибір щодо виду догляду, який вони бажають отримати і брати активну участь у плануванні догляду.

Хто входить до команди, визначається потребами людини та її сім'ї. Команда часто включає медсестер зі спеціалізованими навичками паліативної допомоги, сімейного лікаря людини, лікаря-спеціаліста з паліативної допомоги, соціального працівника, духовного порадника та фармацевта.

Волонтери також відіграють важливу роль у паліативній допомозі: надання допоміжних послуг, таких, як супровід, допомога опікуну та транспортування. Якщо цього вимагають потреби людини та сім'ї, до команди можуть бути додані інші спеціалісти, наприклад, дієтологи, фізіотерапевти, ерготерапевти та працівники, які займаються допоміжними послугами вдома (Canadian Hospice Palliative Care Association, n.d.).

Громади. У центрах охорони здоров'я та громадських послуг соціальні працівники виконують різноманітні ролі. Деякі працюють безпосередньо з клієнтами, наприклад, надають консультації окремим особам, сім'ям і групам. Інші можуть оцінювати потреби громади та планувати та керувати програмами для задоволення цих потреб (CASW, n.d.2).

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) і синдром набутого імунодефіциту (СНІД) вражають мільйони людей і сімей по всьому світу. Соціальні працівники в цій сфері надають підтримку людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, і постраждалим від цієї хвороби, враховуючи партнерів, членів родини, дітей та оточення клієнта.

Розуміючи соціальні детермінанти здоров'я, наприклад, соціальний статус, дохід, освіту та мережі соціальної підтримки, соціальні працівники враховують усі елементи, які сприяють психічному та фізичному благополуччю людини. На індивідуальному рівні соціальні працівники надають широкий спектр послуг і підтримки людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Вони можуть допомогти окремим особам орієнтуватися в ресурсах громади, державній підтримці, юридичних послугах та інших системах, одночасно надаючи своїм клієнтам можливість приймати обґрунтовані рішення щодо свого здоров'я (CASW, n.d.7).

Соціальні працівники також надають підтримку та терапію у розв'язанні таких проблем, як прийняття нового діагнозу, розголошення статусу, насильство з боку інтимного партнера, депресія, фертильність, тривога, стосунки, горе та втрата, а також залежності. Вони часто працюють у міждисциплінарній команді, щоб забезпечити комплексну медичну допомогу та підтримку для клієнтів, які живуть із цією хронічною хворобою (CASW, n.d.7).

У межах громади соціальні працівники виступають на захист людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, шляхом організації громади та розробки політик. Вони розробляють і забезпечують освіту, спрямовану на зниження захворюваності на ВІЛ шляхом зменшення шкоди та зміцнення здоров'я.

Соціальні працівники розуміють, що охорона здоров'я передбачає більше, ніж медичне обслуговування. Вони виступають за викорінення соціальної ізоляції та бідності, а також інших шкідливих бар'єрів, які негативно впливають на людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та їхні сім'ї (CASW, n.d.7).

Стресова травма у зв'язку з виконанням професійних обов'язків (ОСТ) (англ. operational stress injuries, OSI) – це постійна психологічна проблема, спричинена травматичним досвідом або тривалим стресом, пережитим під час служби в канадських військових або Королівській канадській кінній поліції (CASW, n.d.8).

Соціальні працівники підтримують людей з діагнозом ОСТ та їхні сім'ї, щоб допомогти покращити якість життя та добробуту. Вони беруть участь у лікуванні стресової травми як члени міждисциплінарних команд здоров'я у відповідних клініках по всій території Канади.

Специфічні знання, що можуть бути необхідні у цій сфері соціальної роботи, стосуються питань посттравматичних стресових розладів, депресій, тривожних розладів, а також зловживання психоактивними речовинами (CASW, n.d.8).

Отже, канадська соціальна робота у сфері здоров'я має дуже розгалужену систему закладів та місць практики для соціальних працівників, які визнаються професіоналами сфери здоров'я в цій країні. І хоч регулювання цієї діяльності різниться залежно від провінції чи території Канади, сфера охорони здоров'я є основною для працевлаштування фахівців соціальної роботи. Як місцеві уряди, так

і федеральний уряд роблять наголос на комплексному наданні послуг з охорони здоров'я та соціальних послуг. Переважно соціальні працівники надають послуги у сфері здоров'я у складі міждисциплінарних (мультидисциплінарних) команд.

2.3. Практика соціальної роботи у сфері здоров'я: нормативно-правове регулювання, стандарти професійної діяльності

У цьому підрозділі ми більш детально розглянемо стандарти професійної діяльності та нормативно-правове регулювання у практиці соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді. А також дослідимо вимоги та умови, за яких працюють вітчизняні фахівці з соціальної роботи у сфері здоров'я.

У заяві Міжнародної федерації соціальних працівників 2008 р. ідеться про те, що здоров'я є одним із основоположних питань прав людини та соціальної справедливості, які є ключовими принципами соціальної роботи, і тому повинні застосовуватися в політиці, освіті, в дослідженнях і практиці. Як уже зазначалося, Міжнародна федерація соціальних працівників разом із Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи – це дві ключові глобальні професійні організації, що визначають пріоритети міжнародної соціальної роботи, а також затверджують глобальні фахові стандарти з соціальної роботи, які у тому числі стосуються діяльності у сфері здоров'я (Семигіна, 2021). На основі глобальних стандартів приймаються національні фахові стандарти, які можуть дещо відрізнятися, залежно від контексту країни. А також, базуючись на основних глобальних цінностях і принципах соціальної роботи та прийнятих стандартах МФСП та МАШСР, затверджуються норми професійної діяльності в конкретних галузях соціальної роботи. Наприклад, рекомендації для соціальних працівників щодо надання медичної паліативної допомоги у Новій Скотії (Канада), стандарти соціальної роботи в умовах термінальної стадії лікування ниркових захворювань Канадської асоціації соціальних працівників нефрології тощо (Nova Scotia College of Social Workers, n.d.; Canadian Association of Nephrology Social Workers, 1997).

Регулюється діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я й різними міжнародними міжурядовими організаціями та інституціями: Організація

об'єднаних націй (ООН), Дитячий фонд ООН, ЮНІСЕФ (англ. United Nations Children's Fund), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД або ЮНЕЙДС, Рада Європи тощо (Семигіна, 2021). Так, кожна людина відповідно до ст. 25 Декларації ООН Про права людини має однакові права у використанні основних умов, що визначають рівень здоров'я. Ці умови враховують мінімальний рівень життя для підтримки та покращення здоров'я та сприяння здоровому стійкому середовищу. Усі люди мають рівне право на доступ до ресурсів і послуг, залучаючи й соціальні послуги, які сприяють здоров'ю та запобігають захворюванням, травмам тощо. Цю Декларацію та подібні міжнародні документи повинні враховувати у своїй діяльності фахівці, що працюють у сфері здоров'я.

Залучення соціальних працівників до збереження та зміцнення здоров'я клієнтів регулюється МФСП, яка закликає до розробки та формування соціальної політики, спрямованої на досягнення соціальної справедливості в питанні здоров'я. На думку експертів МФСП, цього можна досягти, якщо соціальні працівники зможуть допомогти і допомагатимуть людям подолати структурні та функціональні перешкоди, які заважають їх розвитку, особливо в досягненні загального здоров'я (з точки зору холістичного підходу).

Функціональні перешкоди найчастіше пов'язані з поведінкою людини та способом життя, тому усунути їх можна лише за активної участі самої людини. Забезпечення клієнта необхідною інформацією, навчання щодо здоров'я, формування здорового способу життя збагатить його індивідуальний досвід і направить до свідомого вибору поведінки – збереження та відновлення здоров'я.

Структурні перешкоди визначаються соціальними, економічними, культурними, політичними та екологічними чинниками, які можуть бути усунені змінами навколишнього середовища (у широкому сенсі) та соціальною політикою. Ці коригувальні фактори створені штучно та є не зовсім справедливими щодо окремих категорій населення. Це детермінанти, які називають «соціальною нерівністю» або «соціальною несправедливістю, пов'язаною зі здоров'ям» (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Експерти ВООЗ вивчають вплив соціальної нерівності на здоров'я населення з 1990 року, а з 2004 року створена спеціальна Комісія із соціальних детермінант здоров'я. Автори оновлених концепцій та принципів подолання соціальної нерівності у здоров'ї вказують на наявність систематичних (постійних) відмінностей у стані здоров'я між різними соціально-економічними групами всередині країни, а також відмінностей у стані здоров'я між різними країнами (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Міжнародні організації такі, як ВООЗ та МФСП докладають значних зусиль щодо зменшення соціальної нерівності стосовно здоров'я. Прикладом відповідної діяльності є розроблення Бангкокської хартії щодо забезпечення здоров'я в глобалізованому світі; відкриття нового Європейського офісу ВООЗ у Венеції з інвестицій у здоров'я і розвиток (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Однак, на жаль, дуже мало країн розробили конкретні стратегії, які враховують політику охорони здоров'я для боротьби з економічною та соціальною нерівністю.

Стратегія боротьби з нерівністю у сфері охорони здоров'я в глобалізованому світі, запропонована МФСП, базується на таких принципах:

1) необхідно подолати нерівність у сфері охорони здоров'я між розвиненими країнами та країнами, що розвиваються;

2) сприяти економічному та соціальному розвитку країн як засобу досягнення найвищого рівня здоров'я для всіх;

3) сприяння та охорона індивідуального здоров'я населення як засобу сталого економічного та соціального розвитку країни та підвищення якості життя людей та миру у світі;

4) збереження здоров'я людей є обов'язком держави і не повинно бути предметом маніпулювання ринком або винятковою відповідальністю окремого громадянина;

5) участь у прийнятті рішень, що стосуються власного здоров'я – індивідуального та колективного – є і правом, і обов'язком для всіх.

Дослідниця Клос (2016b), спираючись на Стратегію розвитку соціальної роботи в умовах глобалізації та Новий порядок денний для соціальної роботи, виділяє сім найважливіших кроків для реалізації стратегії соціальної роботи щодо збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом подолання соціальної нерівності, які стосуються всіх рівнів практики соціальної роботи. Розглянемо ці кроки:

1. Місцеві соціальні працівники на національному та міжнародному рівні мають виявляти будь-який негативний вплив соціальної політики на здоров'я та боротися з ним: впливом на життєві шанси людей і стан здоров'я, а також підтримувати політику, яка зміцнює, захищає та підтримує здоров'я. У зв'язку з цим важливим є залучення соціальних працівників за основним місцем роботи в заклади, які надають медичні послуги.

2. Оскільки здоров'я – це не лише відсутність хвороб, а ще й охоплює фізичне, психічне, емоційне, соціальне та духовне благополуччя, тому соціальні працівники повинні покладатися на цілісне розуміння здоров'я (здорова особистість) у прийнятті рішень та в практичній роботі.

3. Соціальні працівники повинні розуміти, що здоров'я як ключовий аспект життя вимагає від людей, їхніх сімей та друзів наполегливої роботи, щоб досягти цього. Тому соціальні працівники повинні підтримувати ці зусилля та допомагати.

4. Оскільки здоров'я є основним правом людини, соціальні працівники повинні допомогти кожному в відновленні та збереженні здоров'я протягом всього життя. Таким чином, гарантія загального доступу до основних ресурсів охорони здоров'я (профілактика, догляд, реабілітація) та викорінення злиднів є основним засобом впливу соціального працівника.

5. Залежність здоров'я від соціальних, економічних, екологічних та політичних умов спонукає соціальних працівників намагатися подолати цю соціальну нерівність і несправедливість.

6. Залежність охорони здоров'я від місцевої, національної та глобальної соціальної політики зумовлює необхідність універсалізації послуг первинної

медико–санітарної допомоги та заохочує соціальних працівників забезпечити загальний доступ до послуг охорони здоров'я.

7. Внаслідок залежності здоров'я від узгоджених дій держав, міжнародні організації, громадянське суспільство, та і самі люди вимагають, щоб соціальні працівники співпрацювали з міжнародними організаціями, урядовими та неурядовими організаціями та громадськістю, зацікавленою у справедливій політиці та практиці охорони здоров'я (Клос, 2016b).

2.3.1. Канада

У Канаді важливими органами національного значення, що регулюють практику соціальної роботи, є дві професійні організації: Канадська асоціація соціальних працівників та Канадська асоціація освіти з соціальної роботи.

Канадська асоціація соціальних працівників (діє з 1926 р.) є федерацією провінційних і територіальних асоціацій, що включає близько 16 000 членів (2000 р.). Ця професійна організація веде Національний реєстр соціальних працівників, які займаються приватною практикою. Також КАСП встановлює кодекс етики, видає рекомендації щодо практики та публікує книги, посібники та інші матеріали з практики соціальної роботи та політики соціального забезпечення. Федеральні та провінційні асоціації також активно допомагають у розвитку соціальних послуг і програм соціального захисту в Канаді (Drover, 2006).

Серед іншого на своєму офіційному сайті Канадська асоціація соціальних працівників визначає одним зі своїх напрямків діяльності відстоювання унікальності та визнання професії соціальної роботи, що може свідчити про деякі труднощі чи загрози для майбутнього професії (про це детальніше йшлося у першому пункті цього розділу). Стратегічний план на 2020-22 роки КАСП першим пріоритетом з промоції професії визначає: «домагатися, щоб соціальні працівники назавжди були визнаними практиками психічного здоров'я (англ. Mental Health Practitioners) в рамках Плану державних послуг з охорони здоров'я» (Canadian Association of Social Workers, 2020). На сайті також зазначається, що професія соціального працівника має значний вплив на соціальні послуги, які забезпечують

потреби та соціальні детермінанти здоров'я всіх жителів Канади. Отже, члени асоціації визнають прямий зв'язок між соціальними послугами та їх безпосереднім впливом на здоров'я канадців.

Канадська асоціація освіти з соціальної роботи (діє з 1967 р.) є органом з акредитації шкіл (кафедр) і навчальних програм соціальної роботи. Асоціація затверджує професійні та освітні стандарти для соціальних працівників, які офіційно приймаються (акредитуються) через Раду з акредитації КАОСР. Упродовж останніх років Рада займається впровадженням в освітні програми шкіл соціальної роботи питання різноманітності канадського суспільства та вирішення проблем корінних жителів. Нині Радою акредитовано 43 програми з соціальної роботи університетів з усієї Канади. Ще один із напрямків діяльності КАОСР – заохочення проведення наукових досліджень та їх публікації, щоб сприяти розумінню професії серед громадськості та захищати стандарти (CASWE, n.d.).

Обов'язковою умовою професійної практики є наявність освітнього ступеня бакалавра з соціальної роботи або магістра соціальної роботи. Статус соціального працівника захищений законодавством у всіх провінціях, а в атлантичних провінціях законодавство також передбачає захист практики. Отже, називатися соціальними працівниками і займатися соціальною роботою можуть лише кваліфіковані особи (Drover, 2006).

Діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я спрямовується на попередження труднощів і страждань, пов'язаних із станом здоров'я людей. Вони виступають «сполучною ланкою» між різними закладами соціального забезпечення, службами здоров'я та соціально знедоленими (неблагополучними) верствами суспільства. Соціальні працівники від імені та в інтересах людей (клієнтів) допомагають зменшити наслідки особистих та соціальних проблем, отримати доступ до основних послуг та ресурсів (Mangal & Vaghela, 2017; Назар, 2018a).

Діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я відрізняється також залежно від провінції чи території. Адже кожна адміністративна одиниця в Канаді визначає власні стандарти діяльності для фахівців соціальної роботи та

нормативно-правове регулювання у сфері соціальної роботи та здоров'я, тому виокремити загальні вимоги для всієї країни складно. Ми звернемося до кількох прикладів у різних сферах практики та провінції Канади.

Розглянемо детальніше, як здійснюється соціальна робота у сфері здоров'я на базі лікарень провінції Онтаріо (Ontario Association of Social Workers, 2016). Фахівці соціальної роботи відіграють важливу роль у лікарнях, допомагаючи пацієнтам і сім'ям усунути негативні наслідки хвороби та тривалого лікування. Величезний стрес у людини часто виникає внаслідок раптових госпіталізацій, які іноді пов'язані з недугами через катастрофи або травмами. Стресори такі, як втрата можливості контролювати власне здоров'я чи життя, інформаційне перевантаження, зміна функціональних можливостей і зменшення фінансових ресурсів можуть призвести до ряду емоційних реакцій, наприклад, тривоги, гніву та депресії. Соціальні працівники як частина команди охорони здоров'я (health care team), забезпечують оцінювання та відповідні втручання, щоб допомогти пацієнту досягти оптимальних відновлення / реабілітації та якості життя. Ця діяльність надає максимальні переваги, які пацієнт і його сім'я отримують від лікування, а також забезпечує комфортний перехід до своєчасної виписки. Соціальні працівники часто мають спеціальну підготовку в таких галузях, як загальна медицина, невідкладна допомога, педіатрія, геріатрія, онкологія, неврологія, психіатрія, а також паліативна допомога та допомога наприкінці життя.

Практика соціальної роботи в провінції Онтаріо регулюється *Законом про соціальну роботу та соціальне обслуговування від 1998 р.* (англ. Social Work and Social Service Work Act, 1998), з останніми внесеними змінами в 2021 році (Queen's Printer for Ontario, 2021b). Тільки соціальні працівники, зареєстровані в Коледжі соціальних працівників та соціальних служб Онтаріо, мають законне право використовувати звання «соціальний працівник». Реєстрація, як і по всій Канаді, позначається англійською аббревіатурою "R.S.W.", що означає зареєстрований соціальний працівник (англ. registered social worker). Практикуючі соціальні працівники можуть мати ступінь бакалавра соціальної роботи (англ. B.S.W. – Bachelor's degree in social work) або магістра соціальної роботи (англ. M.S.W. –

Master's degree in social work). Додатково можна отримати науковий ступінь доктора філософії із соціальної роботи (англ. Ph.D. – Doctor of Philosophy) чи доктора соціальної роботи (англ. D.S.W. – Doctor of Social Work), де перший – більше науковий ступінь, а другий – більше практичний ступінь.

Процес оскарження та притягнення до дисциплінарної відповідальності відповідно до статуту, який регулює практику соціальної роботи, в загальних рисах повторює процеси, передбачені Законом про регулювання професій охорони здоров'я в Онтаріо (англ. Regulated Health Professions Act, 1991) (Queen's Printer for Ontario, 2021a).

Сфера діяльності соціальних працівників передбачає оцінку, діагностику, «лікування» та оцінку індивідуальних, міжособистісних та соціальних проблем, щоб допомогти особам, сім'ям, групам, громадам та організаціям досягти оптимального психосоціального та соціального функціонування. Мета практики соціальної роботи полягає в тому, щоб відновити, підтримати та покращити соціальне функціонування шляхом мобілізації сильних сторін, підтримання можливостей, зміни дисфункційних моделей стосунків і поведінки, «зв'язування» людей з необхідними ресурсами, зменшення стресових факторів навколишнього середовища та надання психосоціальної освіти (навчання здоров'я), що пов'язано з поняттям «велнес» (здоров'я у розумінні дії, а не стану) та суб'єктивним благополуччям (Ontario Association of Social Workers, 2016).

Основні навички у соціальній роботі передбачають здатність до:

- оцінювання біопсихосоціальних та етнокультурних потреб пацієнта, сім'ї та його/її системи підтримки;
- оцінювання громадських та інших великих системних факторів, що впливають на здоров'я та лікування пацієнтів;
- здійснення психосоціальних заходів, які сприяють адаптації та благополуччю пацієнта та сім'ї;
- фасилітації у спілкуванні в сім'ї клієнта та в команді в цілому;
- адвокації необхідних послуг та орієнтування в складних соціальних системах;

- забезпечення втручання в кризових ситуаціях та посередництва при конфліктах;
- знаходження і обговорення потенційних ресурсів;
- навчання пацієнтів та сімей щодо ефективних способів мобілізації наявних ресурсів;
- розроблення та впровадження відповідного плану виписки з лікарняного закладу.

Соціальні працівники у сфері здоров'я зазвичай надають індивідуальні, групові та сімейні консультації, консультації для подружжя, забезпечують кризове втручання, навчання пацієнта/сім'ї, спрямування ресурсів та адвокацію в стаціонарних та амбулаторних умовах. Оскільки соціальні працівники можуть надавати як психосоціальну допомогу, так і інші послуги пацієнту та сім'ї, дублювання послуг зменшується. План догляду, розроблений для кожного пацієнта/сім'ї, базується на вмілому психосоціальному оцінюванні. Консультації з медичними працівниками та фахівцями дотичних до охорони здоров'я професій (англ. allied health professionals), мають на меті розробку та впровадження планів лікування. Послуги соціальної роботи можуть враховувати всі або деякі з перелічених нижче (Ontario Association of Social Workers, 2016).

Психосоціальна оцінка: скринінг високого ризику; визначення потреб/необхідності послуг; визначення сильних сторін/ здатності справлятися зі своїм становищем; оцінювання неформальної мережі підтримки (OASW, 2016).

Консультування/психотерапія: оцінювання ролі емоційних та соціальних/культурних факторів на стан здоров'я і поведінку та забезпечення відповідного втручання; покращення здатності «проживати» почуття горя, втрати та зміну ролей; оцінювання та втручання, пов'язані з проблемами психічного здоров'я, такими, як тривога, депресія, управління гнівом (OASW, 2016).

Навчання пацієнта/сім'ї: навчання пацієнтів та сімей, щоб полегшити розуміння лікарняних процесів; покращити розуміння хвороби/інвалідності у стосунках; та полегшення життєвих переходів, коли стан здоров'я вимагає змінювати спосіб життя (OASW, 2016).

Ресурсне консультивання та планування виписки: визначення та усунення перешкод на шляху до виписки; пошук ресурсів; визначення варіантів та доступних засобів для існування; сприяння направленню та подачі заяв до державних/ громадських органів; адвокація доступних ресурсів; координування напрямків та/або планів розміщення; допомога пацієнту та сім'ї емоційно підготуватися до переміщення; запобігання повторному настанню немедичних причин (OASW, 2016).

Підтримуюча терапія для амбулаторних пацієнтів: допомога амбулаторним пацієнтам визначити й отримати відповідні ресурси та підтримку, що дозволяє підвищити ступінь дотримання режиму лікування та запобігти кризі чи госпіталізації, якої можна уникнути. Консультація: надання знань/послуг у вигляді ресурсу для міждисциплінарних команд (OASW, 2016).

Прикладом практики соціальної роботи в лікарняному закладі у провінції Онтаріо є Оттавська лікарня – це одна з найбільших навчальних лікарень Канади, яка утворилася в 1998 році в результаті об'єднання трьох старіших закладів (The Ottawa Hospital, 2017). Команда соціальних працівників надає послуги з догляду і підтримки пацієнтів в усіх кампусах лікарні, адже керівництво лікарні визнає, що новий діагноз, хвороба чи госпіталізація може бути надзвичайно стресовим фактором для людини, і саме в цьому випадку необхідна допомога кваліфікованого фахівця із соціальної роботи.

У лікарні на постійній основі працює понад 100 соціальних працівників, які займаються вирішенням психосоціальних потреб пацієнтів і їхніх сімей у складі команди охорони здоров'я (health-care team). Усі ці працівники мають ступінь магістра з соціальної роботи з акредитованих університетських програм; вони зареєстровані в Коледжі соціальних працівників та соціальних служб Онтаріо.

Як члени міждисциплінарної команди соціальні працівники Оттавської лікарні можуть надавати послуги з підтримки та допомоги на випадок катастроф або хронічних хвороб; допомагати впоратися з новим діагнозом, хворобою або госпіталізацією; підтримувати членів сім'ї пацієнта; консультивати про горе та втрату; здійснювати кризове втручання; забезпечувати підтримку доглядальників;

організовувати сімейні зустрічі / конференції; скеровувати до програм та послуг для вирішення фінансових труднощів; інформувати про ресурси громади та перенаправляти туди; організовувати групи підтримки; планувати виписки пацієнта. При отриманні цих послуг не потрібне попереднє скерування від лікаря чи іншого медичного фахівця, якщо пацієнт відчуває, що йому потрібна допомога – він просто звертається за допомогою до соціального працівника.

В лікарні Оттави проводять й інші заходи чи ініціативи, пов'язані з соціальною роботою: дослідження, презентації та публікації на конференціях, наставництво, тьюторінг для студентів-медиків Університету Оттави, нагородження за клінічну соціальну роботу, клінічну супервізію, основні компетенції соціальної роботи, супервізію студентів.

2.3.2. Україна

На початку 90-х років ХХ ст. в Україні почали створюватися перші заклади комплексної медико-соціальної допомоги: територіальні центри, центри медико-соціальної реабілітації дітей та молоді, медичні консультації та інші. Медико-соціальне спрямування було й в діяльності громадських організацій, церков, волонтерів. Створенню інституту медико-соціальної допомоги в Україні сприяло прийняття Закону України «Про соціальні послуги» (№ 966–IV від 19.06.2003 р.).

Згаданим нормативно-правовим актом було визначено поняття соціально-медичних послуг – це “консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія” (Закон України «Про соціальні послуги», 2003). Ці заходи реалізовувалися соціальними працівниками за місцем проживання людини, у стаціонарних установах, реабілітаційних закладах, центрах денного, тимчасового або постійного перебування, територіальних відділеннях надання соціальних послуг.

Відповідно до нового Закону «Про соціальні послуги», який набув чинності в Україні з 2020 року, визначено 18 базових соціальних послуг уже без прив'язки до соціально-медичних:

- 1) догляд вдома, денний догляд;
- 2) підтримане проживання;
- 3) соціальна адаптація;
- 4) соціальна інтеграція та реінтеграція;
- 5) надання притулку;
- 6) екстрене (кризове) втручання;
- 7) консультування;
- 8) соціальний супровід;
- 9) представництво інтересів;
- 10) посередництво;
- 11) соціальна профілактика;
- 12) натуральна допомога;
- 13) фізичний супровід осіб людей з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, порушення зору;
- 14) переклад жестовою мовою;
- 15) догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних;
- 16) супровід під час інклюзивного навчання;
- 17) інформування;
- 18) медіація.

Як можна побачити, хоч новий закон і не визначає окремо медико-соціальних послуг, як це було раніше, більшість із представлених вище базових послуг є безпосередньо пов'язаними з охороною здоров'я. Це підтверджує розширений Класифікатор соціальних послуг, затверджений в Україні у 2020 р.

Як справедливо зазначають Бойко та Кабаченко (2020), визначені у новому законі соціальні послуги можуть надаватися, у тому числі, й особам із проблемами психічного здоров'я. Підтримка людей із проблемами психічного здоров'я має дуже важливе значення і займає особливе місце в соціальній роботі. Як

підкреслюють дослідниці, хоча значна кількість послуг уже стандартизована, більшість із них, що безпосередньо пов'язані з психічним здоров'ям, ще не мають затверджених стандартів їх надання. Очевидно, що така ситуація не сприяє розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я, зокрема й психічного. Але існує також ряд причин, які обмежують потенціал соціальної роботи у сфері здоров'я, в тому числі й у галузі психічного здоров'я. Передовсім – це відсутність механізму координації професійної діяльності, розподілу функцій та повноважень медичного та немедичного персоналу, підпорядкованого різним міністерствам галузі, а також важлива проблема – відсутність належної підготовки соціальних працівників для роботи з людьми з проблемами психічного здоров'я (Бойко & Кабаченко, 2020)

Підготовка майбутніх соціальних працівників нині здійснюється у 65 вищих навчальних закладах України. Зацікавленість щодо медико-соціальної діяльності соціального працівника прослідковується з огляду на їх представлення в назвах спеціалізацій («Соціально-психологічне консультування», «Практична психологія», «Медична психологія», «Асистент вчителя з інклюзивної освіти», «Соціальне адміністрування в громаді», тощо), які присутні майже у половині університетів.

У системі охорони здоров'я соціальні працівники працюють в різних типах лікарень. Наприклад, у госпіталях для ветеранів; в спеціалізованих лікарнях (в тому числі і дитячих, однопрофільні лікарні; амбулаторії; центри медичної діагностики тощо). У поліклінічних структурах: амбулаторії загальної медицини (сімейної медицини, сільської медицини); амбулаторії для дітей, стоматологів, студентів, «амбулаторії, дружні до молоді».

Соціальна допомога в центрах медико-соціальної реабілітації. Склалося так, що в особливо важкій ситуації опиняються діти з вадами розвитку, сенсорними вадами, порушеннями інтелектуального розвитку, складними вадами, які не дозволяють дитині самостійно виконувати щоденні справи та доглядати за собою. Після одержання ярлика «нездатні піклуватися про себе та нездатні до навчання», донедавна такі діти опинялися на все життя в установах соціального захисту (Поліщук та ін., 2010). З метою запобігання цьому в нашій країні разом із

традиційними закладами спеціальної освіти та соціального захисту населення (інтернати, спеціалізовані дитячі садки, коледжі тощо) активного поширення набули інноваційні лікувально-реабілітаційні заклади, такі як школи-ясла, зокрема «Левеня» (м. Львів), реабілітаційні центри: навчально-реабілітаційний центр «Джерела» (м. Київ), центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, центри для дітей та молоді ВІЛ-інфікованих тощо (Данко, 2011).

Надання комплексу соціальних послуг у закладах соціального обслуговування, як свідчить світовий досвід, є сучасною ознакою розвитку інтегрованої соціальної роботи. Для дітей з особливими потребами працюють центри медико-соціальної реабілітації: це благодійні, громадські, державні та некомерційні організації, які займаються комплексною реабілітацією дітей та молоді з інвалідністю; забезпечують соціальний захист прав та інтересів клієнтів та їх сімей.

У центрах надається допомога дітям та молоді з ураженнями центральної нервової системи, порушеннями інтелектуального розвитку та опорно-рухового апарату. Основними напрямками діяльності соціального працівника центру є: післяшкільна адаптація молоді з інтелектуальними проблемами; організація гуртків спілкування та розваг для молоді з важкими фізичними вадами; комплексна соціально-педагогічна та медична реабілітація дітей з проблемами інтелектуального та фізичного розвитку (разом з іншими спеціалістами центру); використання інноваційних методів реабілітації дітей з вадами розумового та фізичного розвитку; сприяння працевлаштуванню молоді з інвалідністю; підтримка та утримання сім'ї, яка виховує дитину-інваліда; консультування сімей, які виховують дітей з особливими потребами; створення програми відпочинку та оздоровлення дітей; відвідування сімей дітей з особливими потребами на дому; опитування сімей з дітьми з особливими потребами; соціальний патронат цих сімей.

Щодо державної системи дитячих будинків та медико-соціальних центрів для людей похилого віку та ветеранів війни, то на сьогодні вона відносно

незатребувана. Про це свідчить той факт, що значна кількість місць у цих установах є вакантними (в Україні наразі майже 8 тис. місць) (Данко, 2011).

Цьому, перш за все, сприяє те, що підопічні при поселенні в будинок престарілих зобов'язані здати свою квартиру державі, що унеможливляє повернення людини з даної установи. Крім того, у інтернатних закладах мало уваги приділяється соціальній допомозі людям похилого віку (моральний, естетичний та психологічний аспекти). Усвідомлення того, що літні люди потребують більше, ніж догляд, харчування та ліки, ще не стало частиною системи лікарняного обслуговування в Україні (Грищенкова, 2011).

У лікарнях і поліклініках соціальний працівник може працювати в службах (приймальня, швидка допомога, лікарня), кабінеті інфекційних захворювань, у складі комісії медико-соціальних експертів.

У системі освіти можна назвати заклади для дітей позашкільного віку: центри вільного часу та творчості; спортивно-оздоровчі, спортивні заклади; літні табори; об'єднання дітей та молоді, які виконують завдання соціального виховання; заклади відпочинку для вільного часу: дитячі клуби, будинки творчості, культури, шкільні гуртки; гуртки та школи народних ремесел тощо.

В інклюзивному корекційному закладі з формою інклюзивного навчання для допомоги дитині з особливими потребами може діяти соціальний працівник.

Соціальний працівник також може працювати в установах, які пропонують послуги неформальної освіти для дорослих (просвітництво здорових людей, профілактика передчасного старіння, профілактика вікових розладів здоров'я, творчість тощо), у тому числі для дорослих (Поліщук, 2006).

Соціальна допомога в наркологічному диспансері полягає у наданні комплексної допомоги (психологічної, соціально-психологічної, педагогічної, юридичної тощо)

За короткий період існування хоспісів в Україні виявилися переваги паліативної допомоги невиліковним хворим та необхідність залучення до цієї роботи соціальних працівників. Саме соціальні працівники у співпраці з лікарями та психологами в змозі надати допомогу та дійти ефективного порозуміння з

невиліковно хворими, враховуючи їх психологічні та духовні потреби (Божок, 2019).

Важливими якостями соціального працівника, що працює в хоспісі, є людяність, позитивне ставлення до пацієнта, легкість самовираження, емоційна відкритість і теплота, емоційна стійкість, відсутність тривожності як риси особистості, неагресивна і добра поведінка в конфліктних ситуаціях. висока соціальна відповідальність.

Особистість соціального працівника з точки зору його професійної діяльності вважається одним із головних факторів досягнення успіху в підході до організації, управління та реалізації серії соціальних послуг, «орієнтованих» на пацієнтів та їх оточення. невідкладна паліативна допомога.

Таким чином, можна зазначити, що особливістю роботи соціального працівника в медичних закладах є необхідність пошуку оптимального вирішення проблеми, використовуючи різноманітні напрямки, форми та методи соціальної роботи. У цьому сенсі його діяльність не обмежується медичним закладом, а передбачає тісну співпрацю з численними службами та центрами, які надають психологічну, освітню, соціальну та юридичну допомогу. Для покращення якості життя клієнтів цих закладів соціальний працівник багато працює з найближчим соціальним оточенням людини, іншими фахівцями, які можуть надати конкретну допомогу (Божок, 2019).

У зв'язку з високим рівнем проблем у сфері психічного здоров'я населення України, доцільно детальніше розглянути можливості соціальної роботи у сфері психічного здоров'я (Hayduk, Klos, Klymanska & Stavkova, 2020). Нова Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, яку схвалено Кабінетом Міністрів наприкінці 2017 року, наскрізь пронизана потребою участі соціальних працівників (Розпорядження Кабінету Міністрів України, 2017). У документі наголошується на посиленні їхньої ролі в наданні допомоги у зв'язку з підтримкою психічного здоров'я населення. «Спадок» радянської системи охорони психічного здоров'я до сьогодні впливає на суспільну думку в цьому питанні, спонукає до змін у галузі.

Важливим елементом соціальної роботи у Концепції визнано підготовку кваліфікованих соціальних працівників до практичної діяльності у сфері охорони психічного здоров'я. Змістом роботи соціальних працівників сфери психічного здоров'я є організація служб із надання соціальних послуг на рівні громади, забезпечення клієнтам включення у соціальне життя та сприяння у деінституалізації, підтримка сімей та оточення хворих, які страждають на психічні розлади.

У проекті Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я, розробленому в березні 2018-го року робочою групою Міністерства охорони здоров'я, визначені такі основні напрями діяльності (Міністерство охорони здоров'я, 2018):

- 1) права людини, стратегія, державне управління, міжсекторальна співпраця;
- 2) розвиток персоналу у сфері охорони психічного здоров'я;
- 3) служби та послуги у сфері психічного здоров'я (лікування та реабілітація, включаючи вразливі групи населення);
- 4) популяризація психічного здоров'я профілактика його розладів, та попередження самогубств;
- 5) стратегічна інформація (моніторинг і оцінка, дослідження тощо).

Аналіз наведених заходів дає підстави виділити основні ролі соціального працівника сфери ментального здоров'я за Лукашевичем та Семигіною (2007) та виокремити компетенції, якими має володіти соціальний працівник у своїй професійній діяльності у сфері охорони психічного здоров'я (Букач, 2016). Нижче виокремлено заходи, які стосуються саме роботи соціального працівника.

Перший напрям (права людини, стратегія, державне управління, міжсекторальна співпраця,) передбачає такі цілі (завдання), які, на нашу думку, можуть регулюватися, окрім інших сфер, і соціальною роботою:

- привести законодавство у сфері охорони психічного здоров'я (в тому числі, соціального захисту осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями) у відповідність до вимог міжнародних документів з прав людини;

- забезпечити особам з психічними та поведінковими розладами можливості інтегрованої та доступної допомоги в сфері охорони психічного здоров'я (Міністерство охорони здоров'я, 2018).

Серед переліченого у Плані заходів та для реалізації першого напряму роботи соціальний працівник у межах своєї компетенції в складі міждисциплінарної команди здатний:

- удосконалювати існуюче законодавство, розробити та впровадити перспективне законодавство для дотримання прав людини у сфері охорони психічного здоров'я та соціального захисту осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями.

- розробити та затвердити Порядок надання соціальних послуг, послуг з соціальної та трудової реабілітації, паліативної допомоги в сфері охорони психічного здоров'я державними, комунальними, недержавними закладами та приватно-практикуючими спеціалістами.

При цьому як експерт у своїй галузі соціальний працівник може виступати творцем законів та програм із надання послуг з охорони психічного здоров'я, і захищати в такий спосіб інтереси своїх клієнтів як адвокат. Соціальна робота тут базується на макрорівні практики (Nazar, 2018).

Компетенції соціального працівника у цій діяльності передбачають:

- здатність взяти на себе відповідальність за прийняття та реалізацію рішень соціального захисту населення;

- готовність до компетентного використання законодавчих та інших нормативних актів державного і регіонального рівнів при здійсненні соціально-правового захисту клієнта, проявляючи при цьому такі професійно важливі риси, як правова активність, відповідальність і толерантність, засновані на правових цінностях.

Другий напрям (розвиток персоналу у сфері охорони психічного здоров'я) має такі актуальні для соціального працівника цілі:

- перегляд існуючих кваліфікаційних характеристик, розроблення та впровадження професійних стандартів для всіх груп працівників сфери психічного

здоров'я, відповідно до сучасних кваліфікаційних вимог до персоналу сфери психічного здоров'я;

- впровадження програм охорони психічного здоров'я для працівників, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я;

- вдосконалення існуючих, розроблення та впровадження нових освітніх програм за всіма напрямками підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації соціальних працівників, які залучені до роботи у сфері психічного здоров'я (Міністерство охорони здоров'я, 2018).

Серед усіх заходів з розвитку персоналу у сфері охорони психічного здоров'я, які можна реалізувати засобами соціальної роботи, тобто за участі соціальних працівників, доречно виокремити такі:

- розроблення та впровадження професійного стандарту для наскрізної часткової трудової кваліфікації «Супервізорська діяльність» для всіх посад та професій сфери охорони здоров'я;

- розроблення та впровадження Порядку супервізійної підтримки для всіх груп посад і професій, включно для працівників суміжних спеціальностей, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я;

- розроблення та впровадження програми профілактики емоційного вигорання, набуття стресостійкості для працівників сфери груп професійного ризику (психологи, психотерапевти, психіатри, дитячі психіатри, соціальні педагоги, соціальні працівники, наркологи);

- проведення аналізу існуючих в Україні Стандартів вищої освіти за спеціальностями підготовки (серед інших) 231 «Соціальна робота» і вузьких спеціалізацій в рамках переліку фахівців охорони психічного здоров'я та привести їх до відповідності з оновленими кваліфікаційними вимогами;

- переклад та впровадження сучасних підручників підготовки фахівців охорони психічного здоров'я (в тому числі підготовки дитячих психіатрів, соціальних працівників, ерготерапевтів).

Оскільки соціальні працівники у своїй професійній діяльності можуть бути супервізорами, керівниками персоналу, важлива роль, яку вони виконуватимуть,

забезпечуючи згадані вище заходи, – здійснюватимуть супервізійну діяльність у сфері охорони психічного здоров'я. Разом з тим, у цьому напрямі роботи з реалізації Концепції соціальний працівник повинен виконувати роль викладача (Nazar, 2018).

Компетенції соціального працівника, які для цього потрібні:

- володіння високою соціальною культурою управлінської діяльності працівників установ соціального захисту; здатність до організаційно-управлінської роботи в підрозділах соціальних установ і служб;

- здатність розробляти пропозиції щодо підвищення ефективності системи мотивації праці фахівців установ соціального захисту населення. Усвідомлення соціальної значущості своєї професії, здатність до співпраці з колегами, робота в колективі, уміння розв'язувати проблеми у складних життєвих ситуаціях, навички взаєморозуміння, здатність створювати соціально і психологічно сприятливе середовище в соціальних організаціях і службах;

- систематично використовувати результати наукових досліджень для забезпечення ефективності діяльності соціальних працівників.

Третій напрям, який має назву «Служби та послуги у сфері психічного здоров'я (лікування та реабілітація, включаючи вразливі групи населення)», передбачає цілі:

- забезпечення доступності психологічної підтримки, соціальної допомоги та реабілітації у сфері охорони психічного здоров'я на рівні територіальної громади, за місцем проживання, навчання, роботи та служби;

- забезпечення доступності медичної допомоги у сфері охорони психічного здоров'я на первинному рівні надання допомоги;

- забезпечення впровадження стандартів надання медичної допомоги та соціальних послуг у сфері охорони психічного здоров'я на основі практик, що засновані на доказах;

- покращення якості надання допомоги особам з розладами психіки та поведінки, які пов'язані з вживанням психоактивних речовин;

- покращення якості надання послуг для літніх людей із проблемами психічного здоров'я та паліативної допомоги пацієнтам з деменцією;

- забезпечення безперервності заходів профілактики, медичної допомоги та реабілітації у сфері охорони психічного здоров'я (Міністерство охорони здоров'я, 2018).

Фахівець соціальної роботи у сфері психічного здоров'я може брати участь у таких заходах:

- розробляти та впроваджувати програми навчання працівників релігійних організацій, центрів зайнятості та соціальних служб навичок скринінгу, мотивування та скерування осіб із можливими розладами психічного здоров'я;

- розробляти та впроваджувати Порядок психосоціального супроводу дітей та підлітків з психічними та інтелектуальними порушеннями на рівні територіальних громад;

- розробляти та впроваджувати Порядок розвитку сімейних форм опіки, навчання батьків та опікунів щодо проблем психічного здоров'я та способів їх подолання;

- розробляти типовий Маршрут пацієнтів та Порядок взаємодії працівників первинного рівня надання медичної допомоги та соціальних служб щодо ведення випадків осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями;

- переглянути існуючі стандарти надання соціальних послуг у сфері охорони психічного здоров'я та розробити необхідні Стандарти соціальних послуг у сфері охорони психічного здоров'я;

- забезпечувати впровадження мультидисциплінарного підходу та міжгалузевої взаємодії для допомоги особам, що вживають психоактивні речовини;

- розробляти та впроваджувати Порядок лікування, психосоціальної підтримки та реабілітації осіб, що вживають психоактивні речовини;

- розробляти Порядок соціального супроводу під час працевлаштування;

- розробляти Порядок ведення випадку та впровадження маршрутів безперервного супроводу пацієнтів закладів охорони психічного здоров'я та

користувачів соціальних і реабілітаційних послуг з розладами психіки та поведінки при переміщенні між закладами різних міністерств та відомств.

Ролі соціального працівника у цій діяльності: аналітик, експерт, дослідник, учитель соціальних умінь, консультант організацій, консультант-клініцист, помічник клієнта, керуючий справами клієнта.

Вище перелічені ролі соціального працівника у сфері охорони психічного здоров'я можна здійснювати володіючи наступними компетенціями, спільними і для наступного четвертого напрямку заходів щодо реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я (Nazar, 2018):

- соціальні працівники мають бути готові вирішувати складні завдання в умовах неповної інформації з урахуванням соціальної та етичної відповідальності за прийняті рішення;

- уміння моделювати соціальні процеси, створюючи і наповнюючи новим змістом форми соціальної роботи; розробляти і реалізовувати соціальні проекти, використовуючи не лише професійні знання, але й з інших сфер розвитку суспільства;

- розробляти комплексні та індивідуальні соціальні проекти для залучення додаткового фінансування та забезпечення медико-соціальної допомоги;

- готовність вирішувати проблеми клієнта шляхом залучення відповідних фахівців, мобілізації власних сил, фізичних, психічних і соціальних ресурсів клієнта, а також до попередження та профілактики особистої професійної деформації, професійної втоми, професійного «вигорання»;

- готовність до посередницької, соціально-профілактичної, консультаційної та соціально-психологічної діяльності з проблем соціалізації, абілітації та реабілітації; до забезпечення соціального захисту, допомоги та підтримки, надання соціальних послуг окремим особам і соціально вразливим групам.

Четвертий напрям заходів щодо реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я спрямований на популяризацію психічного здоров'я та профілактику його розладів (Міністерство охорони здоров'я, 2018). Серед передбачених цілей для соціального працівника актуальними вважаємо:

- здійснення заходів щодо попередження домашнього насильства у частині психічного здоров'я;

- діяльність із попередження самогубств серед усіх верств населення.

У рамках цього напряму соціальні працівники можуть реалізовувати такі заходи:

- впроваджувати просвітницькі програми щодо попередження насильства в сім'ї;

- впроваджувати профілактичні та реабілітаційні програми для дорослих та дітей, що були жертвами домашнього насильства;

- впроваджувати в межах пробації програми для осіб, що скоїли насильство в сім'ї (програми керування гнівом, попередження зловживання алкоголем тощо);

- розробляти та впроваджувати Порядок моніторингу ознак ризиків суїцидальної поведінки серед груп ризику та навчання фахівців первинної ланки, включно із соціальними працівниками, працівниками служби зайнятості тощо (Nazar, 2018).

Цей напрям передбачає реалізацію соціальним працівником ролей: аналітика, експерта, дослідника, учителя соціальних умінь, консультанта організацій, консультанта-клініциста, помічника клієнта, керуючого справами клієнта, базованих на зазначених вище (у третьому розділі) компетенціях.

П'ятий напрям роботи із впровадження Концепції стосується стратегічної інформації та передбачає такі цілі діяльності, з якими може впоратися соціальний працівник:

- забезпечення регулярного проведення оцінки потреб та оцінки результатів виконання програм у сфері охорони психічного здоров'я;

- забезпечення доступності та використання стратегічної інформації (Міністерство охорони здоров'я, 2018).

Конкретні заходи для реалізації перелічених цілей, до яких в межах своєї компетенції може долучатися працівник соціальної сфери, полягають в такому:

- впроваджувати систему прогнозування та визначення потреб у послугах з психосоціальної підтримки, лікування, реабілітації та профілактики в сфері охорони психічного здоров'я;

- створити єдину (міждисциплінарну) базу наукової інформації (результатів досліджень, статистичних даних, аналітичних звітів), що пов'язана з охороною психічного здоров'я.

Це дає підстави (можливості) для участі соціальних працівників, зокрема, завдяки реалізації ролей дослідника, аналітика, експерта на основі таких компетенцій:

- володіння здатностями до здійснення прогнозування, проектування, моделювання і експертної оцінки соціальних процесів і явищ в області психосоціальної, структурної та комплексно орієнтованої соціальної роботи, медико-соціальної допомоги;

- здатність володіти методами проведення експертних оцінок і давати науково обґрунтовану інтерпретацію отриманим результатам; обробляти отримані результати, аналізувати і усвідомлювати їх з урахуванням опублікованих матеріалів; подавати підсумки виконаної роботи у вигляді звітів, наукових статей, доповідей і заявок на винаходи, які оформлені згідно з установленими вимогами (Nazar, 2018).

Реалізація Національної концепції з розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року вимагає залучення до спільної діяльності представників різних професій, комплексного розв'язання проблем збереження і покращення ментального здоров'я населення на засадах міждисциплінарної і міжгалузевої співпраці, із залученням громад, максимально активним використанням ресурсів сім'ї та найближчого оточення клієнтів і самих пацієнтів (клієнтів). Зарубіжний (американський, західноєвропейський) досвід демонструє ефективність такого підходу і водночас недостатню готовність суспільства, професіоналів до подібного роду змін в організації допомоги особам з порушеннями психічного здоров'я. Тоді як самі пацієнти (клієнти) і їхні сім'ї вже достатньо вмотивовані до такої трансформації. Очевидно, що реформування системи надання допомоги людям з

порушеннями психічного здоров'я не є простим завданням і очікувати на швидкі результати годі, проте спільні зусилля фахівців (перш за все, соціальних працівників) і громад та суспільства поступово дозволять цій категорії клієнтів соціальної роботи забути про стигматизацію та соціальне виключення, повною мірою використовувати власний потенціал самореалізації та самоактуалізації (Nazar, 2018).

Отже, підсумовуючи, можна стверджувати, що практика соціальних працівників у сфері здоров'я в Канаді є чітко регламентованою і унормованою, характеризується значним різноманіттям послуг, що надаються, закладів, у яких здійснюється, проблем, розв'язання яких під силу фахівцям соціальної роботи. Соціальна робота у сфері психічного здоров'я в Канаді належить до найбільш давніх і традиційних напрямів СРСЗ. Соціальні працівники мають відповідний рівень кваліфікації та компетентність, що базується на професійній підготовці, зорієнтованій на стандарти практики. В Україні практика СРСЗ ще не має належної нормативно-правової основи, реалізується в формі медико-соціальних послуг, що не завжди підтверджені стандартами, надаються фахівцями різних спеціальностей, не обов'язково соціальними працівниками, часто волонтерами. Практика соціальних працівників у закладах охорони здоров'я в Україні швидше виняток, а не звичне явище, а соціальна робота у сфері психічного здоров'я зовсім новий напрям діяльності соціальних працівників. Соціальна робота в сфері збереження психічного здоров'я перебуває на етапі активного розроблення, розвитку, потребує спеціально підготовлених фахівців. Це особливо актуально в сучасних умовах війни, коли велика частина населення потребує допомоги у зв'язку із порушеннями психічного здоров'я, зумовленими як фізичними, так і психічними травмами.

Висновки до другого розділу

За результатами опрацювання доступної джерельної бази, вивчення історичних аспектів становлення соціальної роботи в Канаді, було встановлено основні тенденції розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в цій країні.

З урахуванням тенденцій розвитку СРСЗ Канади і чинника участі соціальних працівників у розв'язанні проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення, як в медичних закладах, так і за їх межами, було виділено сім основних періодів розвитку СРСЗ: 1) початковий (від утворення Канади до поч. 1880-их рр.); 2) період інституціалізації та початок професіоналізації соціальної роботи у сфері здоров'я (поч. 1880-тих – кін. 1920-их рр.); 3) уповільнення і стагнації (1930-ті рр. – 1938-й р.); 4) дисемінації соціальної роботи у сфері здоров'я на загальнонаціональний рівень (1939-й – 1960-ті рр.); 5) зростання суспільного значення соціальної роботи у сфері здоров'я як захисту прав людини у сфері здоров'я і поглиблення спеціалізацій в цій галузі (1962-й – 1980-ті рр.); 6) конкуренції серед фахівців сфери здоров'я (1980-1990-ті рр.); 7) впливу глобалізації на практику соціальної роботи у сфері здоров'я як визначальних чинників нерівності щодо здоров'я (поч. 2000-их - дотепер). Для кожного періоду розвитку СРСЗ притаманні певні закономірності.

Визначено, що сфера діяльності соціальних працівників передбачає оцінку, діагностику, «лікування» та оцінку індивідуальних, міжособистісних та соціальних проблем, щоб допомогти особам, сім'ям, групам, громадам та організаціям досягти оптимального психосоціального та соціального функціонування. Мета практики соціальної роботи полягає в тому, щоб відновити, підтримати та покращити соціальне функціонування шляхом мобілізації сильних сторін, підтримання можливостей, зміни дисфункційних моделей стосунків і поведінки, «зв'язування» людей з необхідними ресурсами, зменшення стресових факторів навколишнього середовища та надання психосоціальної освіти, пов'язаної із поняттям «велнес» (здоров'я у розумінні дії, а не стану) та суб'єктивним благополуччям.

З'ясовано, що у системі охорони здоров'я соціальні працівники залучені до різних типів закладів: госпіталів для ветеранів; спеціалізованих лікарень (в тому числі дитячих, однопрофільних; амбулаторій; центрів медичної діагностики. У поліклінічних установах фахівці соціальної роботи працюють в амбулаторіях загальної медицини (сімейної медицини, сільської медицини); амбулаторіях для дітей, студентів, «амбулаторіях, дружніх до молоді». В Канаді та Україні місця практики фахівців соціальної роботи сфери здоров'я різняться назвами, цільовими

групами клієнтів і пацієнтів, ступенем включення фахівця в сферу охорони здоров'я (особливо з погляду нормативно-правової відповідності), рівнем професійної кваліфікації та компетентності в питаннях здоров'я. Водночас в обох країнах можна відзначити спільне – соціальні працівники сфери здоров'я ставлять за мету збереження і зміцнення здоров'я клієнтів у зв'язку з розв'язанням певних соціальних проблем, що виникають в їхньому житті внаслідок порушень здоров'я, чи зумовлюють порушення здоров'я. Це робиться задля запобігання соціальному виключенню клієнтів і покращенню їхнього добробуту. Тому можна стверджувати, що спільним в роботі соціальних працівників сфери здоров'я є орієнтованість діяльності на професійні цінності соціальної роботи, перш за все, цінність людського життя і здоров'я, людиноцентризм, соціальна справедливість, повага до різноманіття, служіння.

РОЗДІЛ 3. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА КАНАДІ

3.1. Дизайн та методика емпіричного дослідження

Дослідницька проблема. В умовах завершення територіально-адміністративної реформи та трансформації реформи системи охорони здоров'я в Україні відбулися зміни в організації медичного обслуговування на рівні первинної ланки; це супроводжується зміною фінансування медичних послуг: з перерозподілом на рівні громади. Водночас у громадах питання турботи про здоров'я населення не завжди виявляється першочерговим із погляду фінансування. Це призводить до того, що частина громадян, особливо соціально незахищених (люди похилого віку, ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД, туберкульоз, особи із залежностями від психоактивних речовин, невиліковно хворі та ін.), залишається наодинці зі своїми проблемами здоров'я і тими соціальними проблемами, що супроводжують порушення здоров'я чи є наслідком цих порушень. Державні програми для цих категорій пацієнтів і клієнтів часто фінансуються не повною мірою або ж недоступні для більшості з них. Через особливості стану здоров'я ці пацієнти вимушені долати економічні, культурні, психологічні, соціальні, політичні, фізичні бар'єри. Тобто опиняються в ситуації нерівного доступу до послуг здоров'я за наявності рівного з іншими права на це.

Соціальний працівник може і повинен допомогти, але не завжди має офіційно визначені права й обов'язки в такій діяльності, не має достатньо ресурсів для цього або ж просто не має часу серед своїх професійних обов'язків на діяльність із забезпечення справедливого доступу до послуг з охорони здоров'я. Водночас окремі ділянки системи охорони здоров'я вже забезпечені нормативними актами, що регламентують роботу соціального працівника з клієнтами; така практика переважно реалізується громадськими організаціями, що надають соціально-медичні послуги. Окремі соціальні працівники, згідно зі штатним розписом, працюють у лікарняних закладах (психіатричні відділення і лікарні, хоспіси, відділення паліативної допомоги, центри профілактики ВІЛ/СНІДу).

Таким чином, відсутність єдиної моделі послуг й алгоритму роботи соціального працівника у закладах охорони здоров'я чи у зв'язку із наданням соціальних послуг, пов'язаних з потребами здоров'я, відсутність належним чином підготовлених соціальних працівників до роботи в системі охорони здоров'я, недостатнє розуміння ролі соціальних працівників у допомозі населенню в зв'язку з особливостями здоров'я (нерозуміння клієнтами, медичними працівниками або й самими соціальними працівниками) вимагає узагальнення й систематизації всього досвіду роботи соціальних працівників у контексті потреб здоров'я в Україні та на основі вивчення й порівняння досвіду роботи соціальних працівників у сфері здоров'я в Канаді встановлення стану розвитку соціальної роботи у цій сфері в Україні, прогнозування її роботи на найближчу перспективу з урахуванням прогресивних зарубіжних напрацювань.

Гіпотези дослідження

1. В Україні наразі відсутня система соціальних послуг у сфері охорони здоров'я і в зв'язку зі збереженням здоров'я діяльність соціального працівника у цій сфері є фрагментарною (епізодичною). Водночас наявні ефективні практики організації та надання соціальних послуг у певних ділянках охорони здоров'я соціальними працівниками недержавного сектору.

2. Слабка або недостатня взаємодія між системами охорони здоров'я, соціальної політики та соціального захисту і клієнтами соціальних служб в питаннях збереження здоров'я населення не сприяє розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я. Однак потужна робота громадського сектору в цьому питанні є сполучною ланкою для об'єднання всіх цих систем, що надалі може сприяти розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я.

3. Застосування вагомих здобутків, а також врахування певних недоліків канадського досвіду в галузі теорії, практики та професійної підготовки соціальних працівників сфери здоров'я дозволить активізувати і прогнозувати розвиток цього напрямку соціальної роботи в Україні.

Дослідницьке запитання. Як можна посилити роль соціальної роботи у сфері здоров'я та сприяти зміцненню здоров'я населення в Україні завдяки впровадженню кращих надбань канадського досвіду?

Мета дослідження – визначити прогресивні зарубіжні надбання та певні труднощі соціальної роботи у сфері здоров'я Канади задля врахування їх у побудові прогностичної моделі практики в Україні.

Завдання:

- 1) з'ясувати ролі та посади фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я;
- 2) виявити особливості (специфіку) соціальних послуг, які надаються у зв'язку зі станом здоров'я в Канаді й Україні, методи їх оцінювання, способи підвищення їх якості й ефективності;
- 3) визначити типи закладів (установ, організацій), що надають такі послуги;
- 4) визначити основні групи клієнтів таких організацій і споживачів відповідних послуг;
- 5) визначити основні потреби і проблеми здоров'я у клієнтів медико-соціальних служб (організацій, закладів, які надають соціальні послуги для здоров'я) в Канаді та Україні;
- 6) виявити підходи у роботі, принципи та цінності, а також виклики у професійній діяльності фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я;
- 7) з'ясувати досвід командної роботи соціальних працівників сфери здоров'я.

Об'єкт дослідження – досвід практичної діяльності експертів соціальної роботи у сфері здоров'я з Канади та України.

Метод емпіричного дослідження: експертне опитування за адаптованою технікою Делфі у два раунди: 1-ий раунд – очне напівструктуроване інтерв'ю та 2-ий раунд – структуроване онлайн-опитування. Додатковий метод – порівняльний аналіз для зіставлення відповідей експертів із Канади та України у другому раунді дослідження.

На вибір методу дослідження вплинув ряд факторів. По-перше, бути актуальним та сучасним. По-друге, отримати якомога ширшу картину досліджуваної проблеми, враховуючи досвід, що мало представлений в основній частині опрацьованої професійної літератури.

Метод Делфі використовується у різних сферах: проєктному менеджменті, політиці, соціальній політиці, економіці, соціології, медицині, сфері громадського здоров'я, соціальній роботі тощо з метою прогнозування та моделювання певної ситуації й на основі цього прийняття рішень. Як свідчать дослідження (Adler & Ziglio, 1996; Горбатенко & Петренко, 2008), метод Делфі вперше застосували в 1950-х роках у корпорації «Ренд» (RAND) у США. Аусландер (Auslander, 2001) зазначає, що зазвичай він використовується для збору думок експертів, а потім для обробки та структуризації отриманої таким чином інформації. Дослідниця використовує цей метод – техніку Делфі (англ. Delphi Technique) – для вивчення соціальної роботи у сфері охорони здоров'я.

Метод Делфі вважається особливо корисним у ситуаціях, коли немає згоди або ж недостатньо інформації щодо тієї чи іншої проблеми, а також тоді, коли предмет важко об'єктивно проаналізувати, але можна скористатися суб'єктивними обґрунтованими судженнями членів групи. Метод використовується тоді, коли відповіді експертів з певної теми дуже розпорошені, а група неоднорідна. Усі ці характеристики методу здаються відповідними, щоб окреслити розвиток і сучасний стан соціальної роботи у сфері здоров'я в умовах різних країн (Auslander, 2001).

Особливістю цього методу є анонімність експертів та застосування результатів попереднього раунду опитувань. Експерти не спілкуються між собою та не впливають на результати відповідей одне одного (Haughey, 2021; Raghav et al., 2016; Gordon, 1994). Другий раунд дозволяє виокремити найсуттєвіше з відповідей першого раунду, на основі чого відбувається прогнозування досліджуваної ситуації. У контексті нашого дослідження – визначення можливостей впровадження прогресивних зарубіжних ідей соціальної роботи у сфері здоров'я, створення прогностичної моделі практики в Україні.

Вибірка. Було залучено групу експертів із Канади та України із різних напрямів соціальної роботи у сфері здоров'я, які виконували різні ролі: практичні, посередницькі, управлінські чи дослідницькі. Це були соціальні працівники, що надають послуги у сфері охорони здоров'я, а також менеджери чи координатори проєктів і програм соціальних послуг, адміністратори служб і центрів у сфері здоров'я.

Попередньо групу експертів із кожної країни було визначено у кількості 10-15 осіб, спираючись на рекомендації дослідників. Вітчизняні дослідники Горбатенко та Петренко (2008) вважають, що група респондентів має складатися із 10-15 осіб із певної галузі, але досвід різних досліджень демонструє значно більшу кількість експертів, навіть «сотні фахівців». Вищезгадані автори із посиланням на Ахременка зазначають, що конкретну кількість експертів визначають «специфікою проблеми, що розглядається, загальним числом компетентних експертів, їх технічною доступністю і згодою на участь в експертизі» (Горбатенко та Петренко, 2008, с. 178). Куртов та колеги (2017, с. 120) вважають, що до експертної групи може «входити будь-яка кількість осіб, проте рекомендується формувати групу експертів з 10-15 фахівців в даній галузі (не більше 20 осіб)».

Перший зв'язок відбувся з людьми, з якими авторка дисертаційного дослідження знайома особисто в професійному полі у зв'язку з власним попереднім практичним досвідом роботи соціального працівника у сфері здоров'я. Ці особи були запрошені до участі, а також їх просили порекомендувати додаткових експертів. Тобто фактично пошук респондентів в Україні відбувався за принципом «снігової кулі». Підбір респондентів із канадської сторони було реалізовано завдяки підтримці та безпосередній участі другого (додаткового) наукового керівника дисертаційного дослідження – Бредлі Д. МакКензі (Бреда МакКензі), доктора філософії (Phd.) в соціальній роботі, професора, заслуженого професора (Professor Emeritus) Манітобського університету в Канаді. Професор МакКензі залучав респондентів у дослідження шляхом розповсюдження запрошення до участі (див. Додаток 1).

Узагалі вдалося зв'язатися із 24 експертами, з яких у першому раунді дослідження взяло участь 20 осіб: 10 учасників із України (Київська та Львівська області) та 10 учасників із Канади (провінції Манітоба, Британська Колумбія та Саскачеван). Згодом, у другому раунді, деякі учасники не змогли продовжити свою участь у дослідженні, тому залишилося 15 осіб: 7 канадських експертів та 8 українських.

Інструменти опитування: гайд інтерв'ю для першого раунду дослідження (див. Додаток 4) й опитувальник, сформований у застосунку Google Forms – для другого (див. Додаток 5 та 6).

Канали комунікації: Zoom, Google Meet, Microsoft Teams, Skype, Messenger.

Час дослідження: червень 2020 р. – грудень 2021 р.

Етичні засади дослідження. З ініціативи керівника дисертаційного дослідження Бреда МакКензі було обговорено потребу проведення дослідження відповідно до традицій канадської дослідницької етики, щоб забезпечити безперешкодну участь канадських експертів. У зв'язку з цим створено дослідницький комітет у складі 5 членів: Лілія Клос, доктор педагогічних наук, доцент, кафедра соціології та соціальної роботи Інституту гуманітарних та соціальних наук Національного університету «Львівська політехніка», Україна; Бред Маккензі, Ph.D., почесний професор факультету соціальної роботи Університету Манітоби, Канада; Олександра Худоба, доктор наук з державного управління, Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, Україна; Віктор Вус, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціології та соціальної роботи Національного університету «Львівська політехніка», Україна; Морін П. Флаєрті, Ph.D., виконавчий директор Центру українсько-канадських студій, доцент Інституту миру та справедливості Артура В. Мауро при коледжі Св. Павла, Університет Манітоби, Канада. За погодженням комітету було укладено форму згоди на участь у дослідженні, яку повинен був підписати кожен учасник дослідження – з Канади та України. Форма згоди містила коротку вихідну інформацію про дослідника, опис дослідження та повідомлення про основні етапи

дослідження, контактні дані членів дослідницького комітету, а також формулювання для виявлення згоди чи незгоди на участь і підпис/дати. Експертів було попереджено про відсутність ризиків участі в дослідженні: зібрана особиста інформація не буде опублікована в транскриптах інтерв'ю, а всі матеріали дослідження (відео- й аудіозаписи інтерв'ю та відповідей учасників) будуть знищені після завершення дослідницької роботи. Форму згоди українською та англійською мовами можна переглянути в Додатку 2 та Додатку 3 відповідно. Було зібрано згоди всіх 20-ти експертів; підписані документи зберігаються в авторки. Нижче у таблиці наведено етапи процесу дослідження та їх часові рамки.

Таблиця 3.1. Етапи емпіричного дослідження

Етап підготовки дослідження	06.2020 – 12.2020
Етап реалізації дослідження	01.2021 – 10.2021
Етап аналізу результатів дослідження та підготовки попереднього прогнозу	11.2021 – 12.2021

Етап підготовки дослідження містив обговорення та створення концепції дослідження. Відповідно до проведеного літературного огляду бази джерел із питань соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні нами визначено ключові припущення щодо стану справ у цій галузі, які було озвучено в гіпотезах емпіричного дослідження. На основі цього – обґрунтовано проблему дослідження, сформульовано дослідницьке запитання та обрано відповідний метод. Проведення дослідження за методом Делфі передбачає опитування експертів у кілька раундів, у нашому випадку – у два раунди. Тому на етапі підготовки було створено гайд інтерв'ю для першого раунду дослідження із врахуванням коментарів та зауважень обох керівників дисертаційного дослідження (див. Додаток 4).

Гайд інтерв'ю розроблено відповідно до таких змістових блоків:

1. Попередня інформація про експертів.
2. Категорії клієнтів та проблеми, з якими вони стикаються.
3. Підходи та методи роботи експертів.

4. Досвід роботи у команді.
5. Оцінювання послуг.
6. Підвищення якості та ефективності послуг.

Етап реалізації дослідження. *Перший раунд* дослідження мав на меті отримати широкий обсяг інформації про поточний і попередній досвід експертів у соціальній роботі сфери здоров'я. На початку учасникам нагадували про те, що їхня участь є підтверджена формою згоди. Також експертів попередили, що їхні відповіді можуть демонструвати досвід пандемії COVID-19, який, безумовно, вплинув і впливав на момент дослідження на всі соціальні та медичні послуги, але в першу чергу їхні коментарі мали б стосуватися ще «доковідного» періоду.

Перший блок запитань стосувався інформації про місце та посаду, яку обіймав експерт чи експертка, досвід їхньої роботи, а також інформацію про організацію, в якій вони працювали, джерела її фінансування та спектр послуг, який можуть отримати клієнти. Учасників просили описати їхню теперішню посаду чи посаду, яку вони займали раніше у сфері здоров'я, яка найбільш повно відображала б їхній досвід у цій галузі, попри інші попередні досвіди.

Другий блок запитань мав на меті отримати інформацію про клієнтів та проблеми зі здоров'ям й інші пов'язані з цим проблеми.

Третій блок містив запитання щодо підходів і методів роботи: функціональні обов'язки, які виконували експерти; філософію їхньої практичної діяльності та принципи і цінності, яких вони намагалися дотримуватися; виклики та проблеми, з якими стикалися під час надання послуг.

Четвертий блок містив запитання щодо досвіду роботи в команді: лише соціальних працівників чи міждисциплінарної команди, способів їх функціонування.

П'ятий блок запитань інтерв'ю – про оцінювання послуг: тут учасникам пояснювалося, що метою оцінювання послуг можуть бути різні види результатів, при цьому можуть використовуватися різноманітні методи чи підходи, зокрема оцінювання якості послуг, результатів послуг та задоволеності послугами. Тому

експерти мали відповісти на запитання щодо оцінювання, враховуючи ці три підходи.

Шостий блок запитань стосувався підвищення якості та ефективності послуг. Учасників просили озвучити три фактори, що сприяли покращенню якості та ефективності їхніх послуг для клієнтів, а також три фактори, що спричинили певні проблеми на шляху до надання якісних послуг. А також експерти озвучували свої рекомендації, що допомогли б поліпшити якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я.

Після завершення інтерв'ю учасникам повідомляли про спосіб отримання зведених результатів дослідження за першим раундом відповідей, а також нагадували про потребу долучитися до наступного раунду обговорень.

У *другому раунді* дослідження авторка сортувала та групувала відповіді на запитання всіх шести блоків. Оскільки обсяг інформації був достатньо об'ємним, аналіз першого раунду дослідження було проведено окремо для канадської та української вибірки (результати цього аналізу представлено нижче у підрозділах 3.2 та 3.3 дисертації). Отримані узагальнені результати відповідей двох груп (української та канадської) були повернуті учасникам дослідження у формі онлайн-опитувальників (зміст опитувальників див. у Додатку 5 та 6) разом із уточнювальними запитаннями, що були сформовані за результатами їхніх відповідей (ці результати відображено нижче у підрозділі 3.4 дисертації).

Опитувальник другого раунду містив коротку інформацію-нагадування про дослідження та його основні етапи, поділявся на 6 блоків, як і гайд попереднього раунду. У кожному блоці представлено короткий узагальнений звіт за результатами першого раунду та уточнювальні запитання щодо цього. Відповіді першого раунду в блоках 1, 2, 3 та 5 щодо інформації про експертів, клієнтів, підходів до роботи й оцінювання послуг в цілому були зрозумілими та не потребували значних уточнень – тому в цих блоках учасникам пропонувалося лише записати свої коментарі та зауваження за потреби.

Деталізації потребували блоки 4 і 6, що стосувалися питань роботи в команді та покращення якості й ефективності послуг. Тут експертам було запропоновано по

два запитання: в кожному потрібно було проранжувати наведені в запитаннях пункти від найменш важливого до найбільш важливого.

Етап аналізу результатів дослідження та підготовки попереднього прогнозу.

Отримані коментарі та рейтинги другого раунду опитування експертів були використані для кінцевого порівняльного аналізу досвідів сучасної соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні, визначення їх спільних та відмінних рис (висновки цієї частини емпіричного дослідження відображено у підрозділі 3.4 дисертації).

Порівняльний аналіз проведено відповідно до таких *критеріїв*:

- 1) посади та ролі фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я;
- 2) категорії клієнтів та проблеми і потреби, з якими вони стикаються;
- 3) підходи, принципи і цінності, а також виклики у професійній діяльності;
- 4) робота в команді;
- 5) оцінювання послуг;
- 6) підвищення якості й ефективності послуг.

3.2. Особливості сучасного канадського досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я

Аналіз відповідей першого раунду емпіричного дослідження розпочнемо із групи канадських експертів, що складалася із 10 осіб. Розгорнуті відповіді експертів представлені в транскриптах інтерв'ю в Додатку 9.

1-ий блок. Попередня інформація про експертів

Міста / провінції:

- 5 осіб (далі ос.) – м. Вінніпег / Манітоба;
- 1 ос. – м. Брендон / Манітоба;
- 1 ос. – м. Ванкувер / Британська Колумбія;
- 1 ос. – м. Суррей / Британська Колумбія;
- 1 ос. – м. Дельта / Британська Колумбія;
- 1 ос. – м. Реджайна / Саскачеван.

Названі посади соціальної роботи у сфері здоров'я, які канадські експерти обіймали на момент проведення інтерв'ю або працювали на цих посадах раніше, можна розділити відповідно до виконуваних ролей на три групи: практичні, посередницькі та управлінські. Слід зазначити, що назви посад вказано згідно з відповідями учасників.

Група *практичних ролей*: медичний соціальний працівник (у лікарні) (англ. medical social worker (in hospital)); соціальний працівник відділення невідкладних станів (англ. acute medical social worker); соціальний працівник у психіатрії (англ. psychiatric social worker); соціальний працівник відділу діалізу (англ. dialysis social worker); геріатричний соціальний працівник (англ. geriatric social worker); соціальний працівник у роботі зі сім'ями військових (англ. for military families); консультант; терапевт з питань домашнього насильства; соціальний працівник у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду (англ. social worker in long term care and convalescent care); спеціаліст із підтримки матеріального забезпечення у зв'язку із проблемами зі здоров'ям чи низькими доходами (англ. income security health promoter); фахівець психосоціальних програм паліативного догляду (англ. psychosocial program specialists in palliative care).

Група *посередницьких ролей*: кейс-координатор у напрямку догляду вдома (англ. case coordinator in home care); клінічний планувальник (англ. clinical planner) – це специфічна роль соціальної роботи у питаннях пошуку житла для осіб з інвалідністю; менеджер послуг для клієнта (англ. client service manager).

Управлінські ролі соціальної роботи у сфері здоров'я: виконавчий директор і голова Регіонального управління охорони здоров'я Вінніпегу (тут як ліdersька та супервізорська роль).

Досвід соціальної роботи експертів на момент проведення інтерв'ю варіювався від 6 місяців до 35 років, у тому числі у сфері здоров'я.

Найбільш повно у дослідженні представлено програми та заклади Регіонального управління охорони здоров'я Вінніпегу (англ. Winnipeg Regional Health Authority), яке здебільшого фінансується федеральним урядом Канади.

Учасники дослідження працювали у програмі паліативного догляду (англ. Palliative Care Program); програмі домашнього догляду (англ. Home Care Program); лікарняних відділеннях невідкладної допомоги (англ. Emergency Department & Urgent Care), діалізу (англ. Dialysis Unit) та реабілітаційному відділенні (англ. Rehabilitation Unit), а також в одному з центрів доступності Вінніпега (англ. Access Centers) – Центр доступності «Форт Гері» (англ. Access Fort Garry).

Також наводимо інші згадані експертами заклади соціальної роботи у сфері здоров'я, в яких вони працювали, та форми їх фінансування: місцева служба здоров'я у Ванкувер Костал Хелс (англ. Local health authority in Vancouver Coastal Health) з урядовим фінансуванням; Регіональний центр охорони здоров'я Брендона (англ. Brandon Regional Health Authority in Prairie Mountain Health) – недержавна установа; приватний заклад «Товариство Добрий Самарянин» Центру догляду Дельти (англ. Good Samaritan Society Delta View Care Center); Спільнота для осіб із хворобою Альцгеймера в Саскачевані (англ. Alzheimer's Society of Saskatchewan): недержавна, некомерційна організація; програма постійного довготривалого та короткотривалого догляду в Кампусі догляду в Сурреї (англ. Campus of Care) – недержавна організація з урядовим фінансуванням; Вінніпезький ресурсний центр для сімей військових (англ. Winnipeg Military Family Resource Center) – некомерційна благодійна організація, але з урядовим фінансуванням.

Завершальне запитання першого блоку інтерв'ю стосувалося широкого спектру послуг, що надавалися в організаціях, де працювали експерти. Залежно від рівня та місцевого значення закладу спектр послуг дуже відрізнявся. Наприклад, Центр доступності «Форт Гері» у Вінніпезі надає повний континуум послуг (медичних і соціальних) від народження до смерті людини фактично в одній будівлі. Таким був задум створення мережі подібних центрів доступності (англ. Access Centers) більше 20 років тому по всьому Вінніпегу: «єдине вікно» для інформації та надання послуг у громаді. Розуміючи, що соціальні послуги, а також послуги здоров'я (англ. health services), що відповідає в українському контексті медичним послугам, є часто нерозривні: *«одним не можна ефективно керувати без іншого»* (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба).

Соціальні працівники, що працювали в різних лікарняних відділеннях, свідчили, що там також надавався широкий спектр послуг – класичні для такого типу закладів охорони здоров'я медичні, в тому числі соціальні, послуги людям, які проживають у районі, що територіально належить до тієї чи іншої лікарні.

Довготривалий догляд (англ. long-term care) передбачає постійний нагляд із повним спектром послуг найчастіше для людей похилого віку, особливо старечого віку (від 60 до 100 і більше років), які потребують цілодобового догляду, медсестринських послуг, але це також для людей молодшого віку, які мають комплексні медичні проблеми та потребують постійного догляду. Довготривалий догляд забезпечують заклади лікарняного типу, термін перебування в яких варіюється від кількох місяців і навіть до кінця життя, тому можуть містити послуги наприкінці життя та паліативну допомогу.

Короткотривалий постійний догляд (англ. convalescent care) передбачає цілодобову підтримку та реабілітацію осіб похилого віку, що потребують фізичної терапії й ерготерапії у зв'язку з перенесеними травмами чи тривалою хворобою. Тривалість такого догляду може становити від 3 до 4-ох місяців.

Спільнота для осіб із хворобою Альцгеймера в Саскачевані проводить навчання та надає підтримку людям, які живуть з деменцією або у яких є підозра на деменцію. Вінніпезький ресурсний центр для сімей військових організовує ряд послуг для сімей військовослужбовців Канади, має дитячий і молодіжний напрями для супроводу та підтримки членів родини військових осіб.

2-ий блок. Категорії клієнтів та проблеми і потреби, з якими вони стикаються

Категорії клієнтів соціальних працівників сфери здоров'я:

- особи з низьким рівнем доходів (малозабезпечені клієнти), які після отримання травм і втрати роботи чи набуття інвалідності претендують на певні соціальні виплати;
- особи похилого та старечого віку (геріатричне населення);
- особи з різними видами інвалідності;

- сім'ї з дітьми з аутизмом та з іншими проблемами зі здоров'ям дітей;
- безпритульні;
- особи з різними видами залежностей;
- жертви домашнього насильства, жорстокого поводження;
- люди, що потрапили в лікарню з різних причин;
- сім'ї осіб, які мають проблеми зі здоров'ям.

Потреби та проблеми зі здоров'ям цих клієнтів можуть бути найрізноманітнішими:

- потребують допомоги в отриманні пільг, коштів на спеціальне медичне обладнання, покриття страхування, загального фінансового менеджменту при потраплянні в лікарню (малозабезпечені особи (немає житла, грошей, підтримки); люди передпенсійного віку; втратили роботу; мають інвалідність та проблеми психічного здоров'я);

- проблеми психічного здоров'я (проблеми з депресією чи тривогою; різні види залежностей);

- домашнє та сексуальне насильство (англ. domestic violence and sexual assault);
- госпіталізація і потреба супроводу після виписки;
- комплексні складні медичні і соціальні проблеми;
- дорослі люди з усіма видами фізичної інвалідності, порушеннями головного мозку, травмами спинного мозку, розумовими порушеннями, тривалі дегенеративні розлади;

- поєднання емоційних, поведінкових або когнітивних проблем (англ. combination of emotional, behavioral or cognitive concerns);

- зниження когнітивних функцій: від забудькуватості до інсульту та симптомів афазії;

- деменція, хвороба Альцгеймера, синдром Корсакова (алкогольна деменція);
- гіпертензія, ураження органів;
- проблеми з мобільністю (англ. mobility concerns). Проблеми повсякденної діяльності (англ. activities of daily living): складнощі із самостійним пересуванням, прийманням ванни, одяганням тощо. А також труднощі з інструментальною

діяльністю в повсякденному житті (англ. instrumental activities of daily living): труднощі з прибиранням будинку, приготуванням їжі чи складанням списку покупок, банківські справи, соціальні потреби та соціальна ізоляція.

3-ій блок. Підходи та методи роботи експертів

Експертів запитували про їхні функціональні обов'язки, філософію надання послуг, принципи та цінності, на яких вони базують свою практичну діяльність, а також про виклики та проблеми, що виникають при спробі надати послуги, які вони назвали б як «найкращі практики» у їхній роботі. Відповіді були досить широкими – це питання, які хвилюють експертів.

Функціональні обов'язки канадських експертів ми вивели у три блоки: 1) функції, що стосуються безпосередньо роботи з клієнтом або клінічна соціальна робота; 2) залучення додаткових ресурсів ззовні та перескерування; 3) адміністративна та супервізорська робота соціальних працівників у сфері здоров'я.

Отже, перша група функцій, які виконують соціальні працівники на рівні клінічної соціальної роботи у сфері здоров'я та які описали майже всі учасники, найчастіше стосується проведення різного роду оцінювання з метою визначення попереднього стану клієнтів та збору клінічної інформації про них, зокрема:

- оцінювання психосоціального стану (англ. psychosocial assessments);
- проміжні оцінювання «зрушень» клієнта, наприклад, міні-психічна експертиза стану (англ. Mini-Mental State Examination, MMSE) та монреальська когнітивна оцінка (Montreal Cognitive Assessment, MoCA);
- оцінка з визначення потреб клієнтів (англ. RAI-assessment: Resident Assessment Instrument-Home Care – це інструмент оцінки резидентів програми домашнього догляду);
- оцінювання потреб клієнта у питанні житла тощо.

Окрім проведення оцінювання, соціальні працівники (СП) у сфері здоров'я часто першими стикаються з проявами різних емоційних станів пацієнтів лікарень, коли ті щойно потрапили в заклад та намагаються владнати ситуацію («якщо він [клієнт] агресивний або засмучений треба поговорити з ним, заспокоїти», – СП

відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба); складають спільно з клієнтом та іншими дотичними професіоналами план догляду (англ. care plan); планують і здійснюють відвідини клієнтів, якщо ті перебувають поза межами закладів охорони здоров'я; планують виписку пацієнтів із лікарняних закладів; організують зустрічі з клієнтами, які потребують консультативної терапії, проводять групи самопомоги тощо; проводять консультації з питань працевлаштування; здійснюють супровід та підтримку пацієнтів з низьким рівнем доходів, допомагають в оформленні державних документів, форм для отримання соціальних виплат тощо.

Друга група функцій фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я стосується залучення додаткових ресурсів ззовні та перескерування клієнтів до інших спеціалістів та організацій у громаді для отримання доступу до цих ресурсів (наприклад, отримання додаткових спеціалізованих послуг, матеріальної та фінансової допомоги, забезпечення їжею, житлом тощо). Про співпрацю зі зовнішніми організаціями для пошуку ресурсів для клієнта зазначили четверо експертів. Учасники наголошували на важливості орієнтуватися соціальному працівникові в наявних доступних можливостях та ресурсах громади, куди за потреби можна скерувати клієнта.

Адміністративна та супервізорська робота – це третя група обов'язків та функцій соціальних працівників у сфері здоров'я в Канаді. Ті з експертів (двоє), хто виконував такі функції, зазначали, що вони організували та проводили навчання нового персоналу, а також надавали підтримку співробітникам (англ. providing support to the staff members) – це так звана наставницька функція соціального працівника. Адміністративна функція включала також розробку, планування та оновлення програм, за якими працювали фахівці соціальної роботи.

Отже, одним із важливих функціональних обов'язків соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді, який впливає на подальше клінічне втручання фахівця, є *проведення оцінювання* поточного або попереднього стану пацієнта / клієнта, визначення його потреб. Тобто фахівець повинен вміти застосовувати різні види (техніки) оцінок. Окрім цього у соціальних працівників сфери здоров'я має бути

широка мережа контактів для перескерування пацієнтів / клієнтів, якщо її немає, втрачається можливість комплексного надання послуг людині. Однією з важливих функцій є також супровід та підтримка менш досвідчених колег, а також планування напрямів своєї діяльності. Можна зробити висновок, що соціальний працівник сфери здоров'я має володіти здатністю до критичного мислення, аналізу, синтезу та прогнозування, налагоджувати соціальну взаємодію, співпрацю та різнобічно комунікувати.

Відповіді експертів щодо ***філософії надання соціальних послуг, основних принципів та цінностей практичної діяльності*** відобразили сучасні тенденції канадської соціальної роботи у сфері здоров'я, враховуючи ті, про які ми згадували у 2 розділі нашого дисертаційного дослідження, тепер це емпірично підтверджено. Учасники дослідження неодноразово наголошували на підході антигноблення у феміністичній теорії (англ. anti-oppressive feminist framework), а також на самій феміністичній теорії з акцентом на її різновиді – інтерсекційному фемінізмі (англ. intersectional feminism). Одна респондентка поділилася, що намагається залучати підхід деколонізації у свою практичну діяльність (англ. “*trying to incorporate decolonization into my practice*”, – клінічний планувальник / Вінніпег, Манітоба). Враховуючи контекст канадських корінних жителів та інуїтів, яким на державному рівні намагаються приділяти багато уваги, вважаємо підхід деколонізації дуже актуальним у соціальній роботі Канади в цілому та у сфері здоров'я зокрема. Інший, двічі озвучений експертами підхід – орієнтований на вирішення проблем з акцентом на сильні сторони клієнта (англ. strength-based solution focused approach), що сьогодні можна вважати класичним у соціальній роботі.

Не менш важливою, зі слів кількох експертів, для соціального працівника у сфері здоров'я є травма-поінформована практика, тобто зорієнтована на попередній досвід травми (англ. trauma-informed practice): «*необхідно поважати життєвий досвід людини*» (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба). А також значущою в соціальній роботі сфери здоров'я є модель гідності (англ. dignity model). Коментуючи це, експертка, що працювала у програмі довготривалого догляду для осіб похилого віку, зазначила: «*Приватність, як і*

конфіденційність, сьогодні є привілеєм.» (геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія).

Більшість експертів (7 осіб) у різних формулюваннях озвучили свою філософію професійної діяльності, що орієнтована на людину. У контексті цієї філософії зазначалося, що *«кожна ситуація унікальна і на все треба дивитися цілісно» (СП у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія), при цьому слід «поважати автономність людини, її здатність самотійно приймати рішення і діяти» (СП у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба), не приймати «нічого для нас без нас» (клінічний планувальник / Вінніпег, Манітоба), тобто приймати рішення з урахуванням думок та потреб клієнтів перш за все, даючи шанс на самовизначення, адже саме клієнти «є експертами у власному житті» (СП у роботі зі сім'ями військових / Вінніпег, Манітоба).*

Принаймні двічі було згадано підхід неосудження: *«Неосудження – я цьому навчаю не лише пацієнтів, а й персонал» (СП відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба).* Стільки ж звучала думка про віру в навчання клієнтів (англ. *believed a lot in teaching clients*) – соціальні працівники були переконані, що *«навчити клієнтів робити щось самотійно» (спеціаліст психосоціальних програм паліативного догляду / Вінніпег, Манітоба)* дає більше в кінцевому результаті, ніж щоразу просто виконувати все за них. У контексті цього ми виділили ще одну думку експертки: *«Я не для того, щоб говорити клієнтам, що їм робити, а для того, щоб створити безпечне середовище» (СП відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба);* намагатися створити відчуття спільноти, підтримки в організації; намагатися допомогти людям незалежно від того, чи вони звернулися «за адресою», в такому разі – перескерувати.

Також експерти визначили важливою можливістю отримання і продовження ліцензії, підвищення кваліфікації у коледжі; цінність щодо розбудови спроможності громади, взаємодії з нужденними клієнтами, взаємодії з громадою (англ. *building community capacity, engaging with clients with needs, engaging with communities*) (*кейс-координатор у програмі догляду вдома / Вінніпег, Манітоба*);

наголошували на важливості *«координувати надання всіх послуг комплексно, цілісно»* (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба).

Отже, підгрунття практичної діяльності соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді становлять підходи антигноблення у феміністичній теорії, інтерсекційного фемінізму, підхід деколонізації, підхід, що орієнтований на вирішення проблем з акцентом на сильні сторони клієнта, на людину як особистість, травма-поінформована практика, модель гідності, підхід неосудження та віри в навчання клієнтів.

Остання найбільша група відповідей у цьому блоці інтерв'ю стосувалася ***викликів та проблем, що виникали при наданні послуг***. Актуальною проблемою канадського суспільства є недоступність деяких послуг або довгий період очікування на них, особливо у сфері підтримки психічного здоров'я, залежностей, житла, визнання недієздатності особи – це було підтверджено відповідями експертів, і впливало на якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я. Як зазначала одна експертка, додатково ускладнився доступ до медичних послуг у зв'язку із пандемією COVID-19. Ситуація гірша із доступом до послуг у віддалених регіонах Канади: *«найкращий сервіс просто недоступний»* (менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія).

Ще одним викликом є те, що соціальні працівники *«змушені підтримувати лікарняну систему»* (кейс-координатор у програмі догляду вдома / Вінніпег, Манітоба): швидше звільнити ліжко-місце і відправити пацієнта в громаду; *«звільняти місця для все нових і нових клієнтів»* (клінічний планувальник / Вінніпег, Манітоба) (це озвучило двоє експертів). Одна з експерток навіть висловила думку, що *«все частіше застосовується медична модель»* (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба). Інша зазначала, що *«медична система надто переважає, доводиться відстоювати роль соціального працівника»*: 2 соціальних працівники проти 8 медсестер (геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія).

Інший пласт озвучених експертами проблем соціальної роботи у сфері здоров'я: *«треба відстоювати найкращі інтереси клієнта»* (клінічний

планувальник / Вінніпег, Манітоба), але «сфера охорони здоров'я не може забезпечити все, що справді необхідно людині». «Натомість ми не намагаємося знайти шляхи, як досягти того, що людина справді потребує, а пропонуємо щось менш вагоме» (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба).

Експертами раніше наголошувалося на важливості навчання, просвіти клієнтів, але на цьому етапі було також акцентовано на навчанні інших професіоналів розумінню детермінант здоров'я: *«Це ніби ефект доміно, коли різні системи не працюють разом: доводиться навчати персонал, пояснювати звідки беруться проблеми в клієнтів» (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба).* У контексті цього можна окреслити й складність *«спільної роботи з різними людьми» (спеціаліст психосоціальних програм паліативного догляду / Вінніпег, Манітоба)* – на початку професійної практики одного з експертів це було великим викликом.

Принаймні двоє учасників дослідження згадали саме в цій фазі інтерв'ю про велике навантаження (не беручи до уваги інші запитання, де так чи інакше це питання порушувалося). Вони говорили про *«надто велику кількість пацієнтів»* і навантаження, через яке *«ти забуваєш про людину, її реальні потреби» (СП у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія).*

Ще одна озвучена проблема – напруженість та непорозуміння між тим, чого хоче сім'я, і тим, що може хотіти пацієнт (клієнт). Адже іноді потреби та бажання клієнта можуть не збігатися з очікуваннями його оточення: вони можуть просто не розуміти змін, які їх чекають через проблеми зі здоров'ям їхньої рідної людини, тому завданням соціального працівника є також працювати з сім'єю клієнта.

Наступні проблеми та виклики, на які наражалися соціальні працівники, практикуючи у сфері здоров'я, стосувалися більше організаційних та фінансових аспектів діяльності закладів. Зокрема експерти вказують:

«Нам важко вплинути на зміни, важко бути почутим: програма маленька, а орган охорони здоров'я надто масштабний» (СП у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія);

«Наміри та діяльність благодійної організації не завжди збігаються із тим, що робить уряд, із його баченням.» (менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія);

«Потрібно більше непрофесійних (неспеціалізованих) послуг, які може забезпечувати допоміжний персонал»: у заклади, що надають комплексні соціально-медичні послуги. (Виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба);

«Серед різних закладів, організацій існує дуже різна культура управління: є колективи, які чудово працюють і їм легше справлятися з викликами (н-д, ковід), а є такі, де підхід зовсім не орієнтований на людину, а «зверху – вниз»» (СП у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія);

«Значна кількість коштів, ресурсів скеровувалася на ковід, у зв'язку з чим страждали інші програми» (геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія);

«У програмах, фінансованих грантами, є небезпека виховати споживачтво: люди завжди хочуть більше, або їм пропонується одне, а вони потребують зовсім інших послуг» (менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія).

Як бачимо, викликів та проблем у сучасній практиці соціальної роботи у сфері здоров'я Канади – багато – доступ до медичних та соціальних послуг часом складний, з довгим періодом очікування; значний вплив пандемії COVID-19 вніс свої корективи на розподіл послуг та їхнє фінансування; часто потрібно відстоювати роль соціального працівника у сфері здоров'я, інколи підтримуючи лікарняну систему та працюючи в рамках медичної моделі; в умовах системи охорони здоров'я не завжди вдається використовувати підхід, що орієнтований на людину; велике навантаження на соціальних працівників; обмежена можливість вносити пропозиції для змін з погляду соціальної роботи в систему охорони здоров'я.

4-ий блок. Досвід роботи в команді

Блок запитань стосувався досвіду роботи в команді, як і в колективі винятково соціальних працівників, так і в міждисциплінарній команді, та способів її функціонування. Майже всі експерти мали досвід роботи в міждисциплінарній команді (МК).

Склад та набір ролей у міждисциплінарній команді варіювався залежно від організації чи програми та послуг, які вони надавали. Але в більшості випадків пріоритетними членами МК є: медсестри, ерготерапевти, фізичні терапевти, соціальні працівники, лікарі, рідше логопеди чи спеціалісти, що працюють з відновленням мови (англ. speech language pathologist), дієтологи, персонал із догляду вдома, фахівці психічного здоров'я, рекреаційні терапевти, духовна допомога тощо.

Переважно для визначення міждисциплінарної команди експертами застосовувалося поняття “allied health care team”. Ті експерти, що працювали в лікарнях, свідчили, що такі МК створюються на кожному поверсі (відділенні) лікарні. Те ж стосувалося окремих команд винятково соціальних працівників, найчастіше у кожному відділенні є «свої» фахівці соціальної роботи: соціальні працівники відділення діалізу, у паліативній допомозі, соціальні працівники, що підбирали догляд вдома для пацієнтів після виписки, соціальні працівники реабілітаційних відділень, хірургічних відділень інтенсивної терапії новонароджених з догляду за матір'ю та дитиною (англ. Maternal & Child Care Surgical Neonatal Intensive Care Unit). Одна експертка описувала досвід лікарень з командами соціальних працівників, що налічували 20-30 фахівців. Керівниками МК найчастіше є медсестри, рідше – соціальний працівник чи ерготерапевт, а раніше (зі слів учасників) цю роль переважно виконували соціальні працівники.

У свою чергу кожен заклад охорони здоров'я, формуючи різні напрями послуг, призначає також менеджерів на кожен із них. Наприклад, Центр доступності «Форт Гері» – це велика установа, де весь персонал налічує близько 250 осіб. Відповідно за кожен з 11 різних напрямів відповідають менеджери: менеджер програми догляду вдома, менеджер громадського здоров'я, менеджер психічного здоров'я,

менеджер з питань працевлаштування та отримання пільг, менеджер служби сім'ї та дитини тощо.

Команда, що складається лише із чотирьох соціальних працівників у Вінніпезькому ресурсному центрі для сімей військових, розподіляє свої ролі поміж категоріями клієнтів: один соціальний працівник працює з дорослими, інший – із дітьми та двоє, що називаються офіцерами зв'язку зі сім'єю (англ. family liaison officers), працюють із членами сімей осіб, які хворі, поранені, загинули або постраждали.

Розглянемо функціонування команди. Експертів запитували про частоту та мету зустрічей, коли і як члени команди зустрічаються, наскільки ефективною є їхня комунікація, чи скеровуються клієнти до інших фахівців поза командою чи організацією, переваги та недоліки методів роботи їхніх команд, а також в цілому, чи досвід роботи в команді був позитивним або негативним.

Отже, зустрічі команди зазвичай відбуваються щотижня або й частіше (щодня), рідше один раз на місяць, щоб обговорити клієнтів, складні випадки і запровадження нових політик, планів. У закладах лікарняного типу менеджер разом із командою щоранку проводить «раунд» чи «обхід» (англ. rounds), на якому обговорюються новоприбулі пацієнти та ті, яких планують виписувати з лікарні. На таких зборах обговорюються всі можливості для комфортної виписки пацієнта.

Усі експерти відзначали досить схвально те, як відбувалася комунікація в їхніх командах: *«ми підтримували один одного» (СП у роботі зі сім'ями військових / Вінніпег, Манітоба); «дуже класна команда, з якими я можу просто зайти і обговорити все, що мене хвилює, вони дуже допомагають» (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба); «коли працює МК (англ. allied team) – це дуже добре, кожен дійсно шанує і включає досвід іншого, ми приходимо до якогось рішення і ділимося результатами» (менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія).*

Аналізуючи відповіді експертів, було виявлено, що в усіх організаціях дуже добре розвинена система перенаправлення. Нижче наведені цитати.

«Ми розробили партнерські стосунки з Центром охорони здоров'я в громаді (займаються психічним здоров'ям, насильством в сім'ї), інша організація забезпечує можливість тимчасового проживання для наших клієнтів.» (Клінічний планувальник / Вінніпег, Манітоба).

«Зверталися до геріатричного психіатра [англ. geriatric psychiatrist], фізичного терапевта (якщо був потрібен супровід після виписки), а також до послуг у громаді [англ. community services], лікувальних центрів [англ. treatment centers] і органів громадського опікунства [англ. Public Guardian Trustee].» (СП у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія).

«Наші партнери для перескерування: транспортна служба; організація, що забезпечує спеціальним медичним обладнанням; програма донорства [англ. UBC Body Donation Program], коли після смерті людина може залишити свої органи для вивчення в університеті; похоронні бюро.» (Геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія).

Експерти наводили переваги методів роботи їхніх команд. Найбільш влучно це питання розкривають наступні цитати: *«Втручання міждисциплінарної команди є ефективним, якщо ви маєте ефективних людей у цій команді» (спеціаліст психосоціальних програм паліативного догляду / Вінніпег, Манітоба); «Важливо до питань здоров'я підходити цілісно, тому треба мати команду, яка працює разом для людини» (СП у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія). «Діяльність у моделі координаційних послуг та моделі центру доступу (a service coordination model and the access center model) дозволяє людям працювати під одним дахом та усуває бар'єри з доступом до послуг – це дуже позитивна та корисна робота» (Виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба).*

Недоліками методів роботи у команді експерти визначили складність знайти зовнішній ресурс для перескерування, якщо в команді не було відповідного фахівця; *«бути маленькою командою у великій організації» (клінічний планувальник / Вінніпег, Манітоба)* та намагатися бути почутими; коли керівники не намагалися

зробити все для клієнта, не дуже цінували це і зосереджувались на власній сфері роботи, то й співробітники також не прагнули до тієї спільної мети, яку всі мали.

Узагалі досвід роботи в команді експерти описали як переважно позитивний, про що свідчать коментарі експертів.

Добре мати підтримку команди, навіть якщо ви з кимось не погоджуєтесь. Це може привести до можливості навчатися одні в одних, ну або ж навпаки – збільшити кількість конфліктів, коли ваша команда не сильна, не зріла. (Спеціаліст психосоціальних програм паліативного догляду / Вінніпег, Манітоба)

Я люблю свою роботу; те, що роблю; свою незалежність при цьому. Так, іноді мене викликають на інші поверхи, де б я не мала працювати, але якщо там немає соціальної роботи зараз, то чому я не можу допомогти. Мені пощастило, тому я намагаюся залишатися позитивною. (СП відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба)

Отже, канадський досвід соціальної роботи у сфері здоров'я майже завжди представлений діяльністю міждисциплінарної команди, склад якої варіюється залежно від закладу охорони здоров'я. На чолі такої команди стоїть переважно медсестра, рідше ерготерапевт, раніше цю роль частіше виконував соціальний працівник. Слід додати, що для Канади звичною є практика діяльності соціальних працівників у різних відділеннях лікарняних закладів. Експерти зазначили, що вирішуючи проблемну ситуацію пацієнта / клієнта, у міждисциплінарній команді поважають і цінують вклад кожного її члена, в тому числі соціального працівника. Разом із тим експерти наголошували на перевагах командного підходу, які відображаються у наявності ефективних членів команди, що є представниками різних спеціальностей. Крім цього добре працює система перенаправлення, що дозволяє забезпечувати безперервність надання послуг пацієнтам / клієнтам, якщо на місці необхідних ресурсів немає. Водночас було відзначено і певні недоліки у методах міждисциплінарної роботи у сфері здоров'я, зокрема йдеться про недостатню заангажованість керівника команди у вирішення ситуації клієнта або про складність відстояти інтереси маленької команди, що знаходиться в системі великого закладу охорони здоров'я.

5-ий блок. Оцінювання послуг

Експертів запитували, як оцінюється якість послуг, як вимірюються результати послуг та чи відіграють якусь роль клієнти при оцінюванні послуг. А також, чи надається учасникам супервізії та чи вважають вони її корисною у своїй роботі. І останнє запитання – чи відіграють якусь роль професійні організації, уряд чи будь-які інші зовнішні органи в оцінці послуг, які надавали експерти у сфері здоров'я.

Відповіді щодо оцінювання якості послуг були дуже різноплановими. В одній організації якість вимірювалася в кількісних показниках: кількість наданих послуг, тривалість очних консультацій, кількість телефонних дзвінків чи візитів до клієнтів. Троє учасників дослідження посилалася на те, що «клієнти є експертами» (СП у роботі зі сім'ями військових / Вінніпег, Манітоба), тому умовно вони (клієнти) визначали, чи виконується робота добре, тут же ж була відповідь про задоволеність клієнта як фактор визначення якості послуги.

Ще одна експертка повідомила про досвід співпраці зі супервізором, який давав фідбек на якість її роботи та й на якість послуг, але при цьому вона зазначила, що «це дуже важко виміряти, ти повинен контролювати себе сам» (СП відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба).

Акредитаційні перевірки, що відбуваються кожні 4 роки в закладах охорони здоров'я, – це ще один приклад вимірювання якості послуг, наприклад, як соціальні працівники дотримуються етики професійної діяльності тощо. Оскільки наявність ліцензії є обов'язковою для практики соціального працівника в Канаді, то частково відповідальність перед коледжем, де фахівці отримують та продовжують свою ліцензію, також є прикладом перевірки якості наданих послуг: «Усе, що ми робимо, всі години роботи, компетентності, які здобуємо – все документуємо для коледжу, а потім на основі цього укладаємо план щодо того, де ми маємо підвищити свою кваліфікацію» (кейс-координатор у програмі догляду вдома / Вінніпег, Манітоба).

Ще один спосіб для перевірки якості послуг, який озвучив експерт, – це звітування перед урядом щодо використаних на послуги коштів, однак ми

вважаємо, що це складно назвати критерієм якості наданих послуг. І нарешті остання теза однієї з експертів щодо оцінювання якості:

Таке оцінювання було неформальне. Керівники здійснювали візити в коридор, де черга, і випадково спілкувалися з клієнтами: які труднощі виникають, що – добре, що – погано. Коли з'ясовувалися критичні речі, їх обговорювали на зборах колективу, переглядали індикатори, щоб перевірити, чи належним чином надається послуга. (Виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба)

Згідно з відповідями експертів, практики вимірювання результатів послуг фактично не було. Одна учасниця задала про форми оцінювання після завершення роботи групи чи надання послуги. Однак це робилося більше для того, щоб отримати відгук для нових людей, які потенційно могли б скористатися тією самою послугою, але офіційного моніторингу не було.

Аналогічна до попередньої ситуація зі зворотнім зв'язком від клієнтів організацій, де працювали наші експерти. Певний відгук клієнтів міг бути сформований добровільно чи у звичайному висловленні подяки, але це ніде не вимагалось офіційно.

Щодо питання супервізії, то, на жаль, 9 із 10 експертів повідомили, що на момент проведення інтерв'ю не отримували супервізії на своєму робочому місці. Як вони зазначили, *«супервізія дуже відрізняється від контексту організації» (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба)*, *«здається, вони не дуже добре розуміють, що робити із соціальними працівниками в організації з точки зору супервізії» (кейс-координатор у програмі догляду вдома / Вінніпег, Манітоба)*, *«в нас немає менеджера над соціальними працівниками, тому я не отримую супервізії» (СП відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба)*. У цілому досвід супервізії був у всіх фахівців соціальної роботи, але на попередніх місцях практики. Попри це було відзначено, що *«супервізію можна отримати десь ззовні» (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба)*, *«було багато неформальної супервізії» (СП відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба)*.

Роль професійних організацій, уряду чи інших зовнішніх органів в оцінці послуг є достатньо різною. Спонсори, жертводавці та уряд зазвичай збирають статистичну інформацію, відслідковують надане фінансування. Провідною в оцінці послуг у сфері здоров'я є роль двох взаємодоповнювальних організацій: Організації зі стандартів в охороні здоров'я (англ. Health Standards Organization, HSO) та Організації з акредитації Канади (англ. Accreditation Canada) – саме вони здійснюють оцінку соціальних та медичних послуг в усіх організаціях, що діють у сфері охорони здоров'я Канади. Коледжі, надаючи ліцензію соціальним працівникам, більше регулюють роботу фахівців та перевіряють їх відповідність до вимог різних політик, наприклад, Канадської асоціації соціальних працівників чи Канадської асоціації освіти з соціальної роботи.

6-ий блок. Підвищення якості та ефективності послуг

Експерти визначали найважливіші фактори, що сприяли покращенню якості та ефективності їхніх послуг для клієнтів, а також фактори, що спричинили певні проблеми, які слід було подолати, покращивши якість та ефективність їхніх послуг. Також експерти висловлювали свої рекомендації щодо поліпшення якості та ефективності послуг, враховуючи такі аспекти, як безпосереднє обслуговування клієнтів; супервізію, навчання та підтримку працівників; командну роботу та міждисциплінарну співпрацю; оцінювання результатів отриманих послуг; планування, фінансування та зміни політики.

Найважливіші фактори, що сприяли покращенню якості та ефективності послуг для клієнтів:

- 1) розбудова мережі контактів, зв'язків, співпраця, а також командна робота;
- 2) безперервна освіта;
- 3) клієнтоцентричність: налагодження стосунків із клієнтами, акцент на сильні сторони, швидкий доступ клієнта до послуг соціального працівника, забезпечення необхідними ресурсами, відстоювання їхніх інтересів (адвокація), співпраця з їхнім оточенням, врахування зворотного зв'язку;

4) адекватне керівництво, що зацікавлене в підтримці та вирішенні проблем клієнта, а також в організації якісної роботи своєї команди: онлайн-документування, підтримка команди (супервізія, увага до психічного здоров'я членів команди тощо).

Найважливіші фактори, що спричинили проблеми:

1) довгий період очікування на деякі послуги (зокрема, у сфері психічного здоров'я, в питаннях житла тощо), особливо в період пандемії COVID-19 чи у зв'язку з географічною віддаленістю;

2) у системі закладів охорони здоров'я досі повною мірою не розуміють цінності та ролі соціальної роботи;

3) діяльність соціальних працівників у лікарняних закладах відбувається у постійній напрузі та умовах невідкладності, «щоб зробити все якомога швидше» (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба), а потім виписати пацієнта;

4) деякі соціальні працівники певною мірою тяжіють до контролю та влади над ситуацією клієнта, намагаючись вирішувати за них;

5) проблеми в організації (управлінні) роботи: виснаження фахівців через брак підтримки, супервізії; відсутність належно проведеної оцінки, щоб відслідковувати якість наданих послуг;

6) відсутність відкритої та прозорої комунікації.

Узагалі позитивні та негативні фактори перетинаються та іноді є суперечливими. Двоє експертів озвучили, що керівництво та управління – це позитивний фактор (коли воно є адекватним), інша ж учасниця віднесла це до негативного фактору (коли управління не сприяє ефективній роботі соціального працівника). Так само і з клієнтами – більшість експертів визначили, що клієнти та їхні цілі – це основне в роботі фахівця, однак двоє експертів згадали, що часом, на жаль, соціальні працівники поведуться «владно» із клієнтами, «вивищуються» над ними.

Фактор співпраці є також як перевагою (коли є широка дружня мережа організацій та колег, куди можна перенаправити клієнта), так і недоліком (коли

соціальні працівники змушені відстоювати свою роль перед іншими професіоналами) у розбудові якісних послуг. Комунікація – це також часто фактор як позитивний, який допомагає прозоро та ефективно налагоджувати роботу, так і негативний, коли породжує недовіру, хаос та страх, як серед працівників, так і серед клієнтів.

Позитивним чинником є навчання, неперервна освіта, яка може стати джерелом підтримки персоналу, засобом наснаження та збагачення клієнтів, засобом боротьби із недостатньою комунікацією, а також навчання можна поширювати і на колег з команди здоров'я, які не до кінця розуміють роль соціальної роботи у сфері здоров'я.

3.3. Особливості сучасного українського досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я

Аналіз та опрацювання даних за результатами опитування першого раунду української вибірки, що складалася із 10-ти експертів, відображено нижче. Розгорнуті відповіді експертів представлені у транскриптах інтерв'ю в Додатку 9.

1-ий блок. Попередня інформація про експертів

Місто / область:

4 осіб – м. Київ;

4 ос. – м. Львів;

1 ос. – Львівська область (с. Модричі);

1 ос. – м. Львів / Львівська область (м. Золочів).

Посади соціальної роботи у сфері здоров'я, які займали експерти, можна умовно розділити відповідно до виконуваних ролей на дві групи: *практичні* та *адміністративні / управлінські*. Слід зазначити, що назви посад вказано згідно з відповідями учасників дослідження.

Практичний набір ролей мали експерти з посадами: соціальний працівник (у напрямку ВІЛ/СНІД і туберкульозу в благодійній організації та наркологічної

лікарні), кейс-менеджер, фахівець соціальної роботи, психолог, консультант, ерготерапевт, інструктор.

Адміністративні або управлінські ролі виконували: член ради громадської організації, фахівець із замісної підтримувальної терапії; головний фахівець відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності; головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу.

Досвід соціальної роботи в експертів на момент проведення інтерв'ю – від 1 року до 15 років, середній (за тривалістю) досвід роботи учасників – 6 років.

Найбільш повно у дослідженні представлено особливості роботи Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (далі ЦГЗ МОЗ України), що частково фінансується Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за реалізацію проєктів у сфері громадського здоров'я.

Інші заклади соціальної роботи у сфері здоров'я, в яких працювали експерти: Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний центр громадського здоров'я» (далі ЛОЦ ГЗ), що фінансується з місцевого та державного бюджетів; Благодійна організація «Благодійне товариство «100% життя» м. Львів» (далі БО «100% життя»), форма фінансування – благодійна; Львівський міський центр реабілітації «Джерело» (далі ЛМРЦ «Джерело») з місцевим та урядовим фінансуванням; громадська організація «Центр «Дорога»» з благодійним фінансуванням та реабілітаційний центр «Модричі», що фінансується приватно.

Частково експерти згадували і про досвід роботи в інших закладах. Серед них наркологічний диспансер у Києві; Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»; ВБО «Конвіктус Україна»; БФ «Салюс»; БФ «Аванте»; МБФ «Карітас»; МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці і здоров'я» (LHSI, Labor and Health Social Initiatives); Київський міський Центр профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД; ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»; Львівський військовий шпиталь; Львівський протезний завод.

Завершальне запитання першого блоку стосувалося опису широкого спектру послуг, які надавались організаціями, де працювали експерти. Відзначимо, що така

послуга, як профілактика ВІЛ/СНІД та послуги для осіб, що хворіють на ВІЛ, надається у чотирьох з шести організацій. Утім, є ряд відмінних, специфічних послуг. Так, ЦГЗ МОЗ України виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення якості лікування хворих на соціально небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я. Заклад бере участь у формуванні регуляторної політики та взаємодіє з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними, громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидії соціально небезпечним захворюванням.

До- та післятестове консультування, послуги психолога, гінеколога для ВІЛ-інфікованих жінок, допомога родинам, у яких виховується ВІЛ-інфікована дитина, лабораторні медичні дослідження та обстеження для хворих на ВІЛ/СНІД, проведення постконтактної профілактики, диспансеризація хворих, соціальний супровід пацієнтів, які отримують АРТ, профілактика та лікування ПСШ уразливих груп населення – такий широкий спектр послуг надає ЛОЦ ГЗ, зокрема Львівський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом (що реорганізований). У цілому ЛОЦ ГЗ виконує ті ж функції, що й ЦГЗ МОЗ України, але у Львівській області.

Соціальні працівники БО «100% життя» надають соціальні послуги ВІЛ-позитивним людям, хворим на туберкульоз, споживачам ін'єкційних наркотиків, особам, які перебувають та/або звільнилися з місць позбавлення волі, паліативно хворим. Крім того, ці фахівці займаються впровадженням активних адвокаційних кампаній щодо залучення бюджетних коштів для забезпечення високоякісного медико-соціального супроводу клієнтів із числа особливо вразливих категорій населення.

Реабілітація нарко-, алко- та залежних від азарту осіб, психологічна допомога і підтримка рідних та близьких uzалежнених осіб – основний напрям діяльності ГО «Дорога». На базі організації також діє консультативний пункт для залежних чи

їхніх сімей (співзалежних). Вкрай важливим та не надто поширеним в Україні є ще один напрям діяльності цієї організації – робота в колоніях Львівської області із засудженими, спрямована на ресоціалізацію, профілактику ВІЛ/СНІДу, а також профілактику насильницької поведінки. Крім того, соціальні працівники у сфері здоров'я працюють над профілактичними програмами з молоддю, підлітками, а також із працівниками різних підприємств. Крім соціальної, проводиться й освітня складова. Це організація і проведення освітніх програм, сприяння для проходження практики студентам, стажування фахівців різних професій, що стосується узалежнень і протидії домашньому насильству.

Діяльність реабілітаційного центру «Модричі» суттєво відрізняється від організацій, перелічених вище. Тут відновлюються, адаптуються та інтегруються у суспільство люди з інвалідністю. Надається повний спектр реабілітаційних та санаторно-курортних послуг, включно з навчанням соціально-побутових навичок, рекреацією і заняттям спортом.

ЛМРЦ «Джерело» надає послуги реабілітації (послуга раннього втручання, реабілітаційні курси) для дітей, а також на базі центру облаштована майстерня реабілітаційного обладнання. Крім того, комплекс послуг включає денний догляд для дітей та дорослих осіб з інвалідністю; за потреби можна скористатись послугою психологічної оцінки розвитку дитини та діагностики комунікативних здібностей.

2-ий блок. Категорії клієнтів та проблеми і потреби, з якими вони стикаються

Категорії клієнтів соціальних працівників сфери здоров'я:

- пацієнти із інфекційними захворюваннями (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит В і С тощо);
- пацієнти, яким потрібно виключити або підтвердити діагноз «ВІЛ-інфекція»;
- пацієнти з уразливих груп: трансгендери, гомосексуали, працівники секс-бізнесу;
- особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів;

- особи із нарко- та алкозалежністю, залежністю від азарту та члени їх сімей;
- особи, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі (МПВ), та ті, що звільнилися з МПВ;

- особи з інвалідністю (діти від народження до 4 р. та їхні сім'ї, молоді особи з інвалідністю від 18 до 45 р., ті, що отримали виробничі чи побутові травми).

Потреби та проблеми зі здоров'ям цих клієнтів можуть бути найрізноманітнішими:

- захворювання: ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), та інші опортуністичні інфекції, серцево-судинні захворювання, церебральний параліч, синдром Дауна, аутизм, розумова відсталість;

- подвійна стигма (внутрішня і зовнішня), дискримінація, страх розкриття статусу;

- психічні розлади, надмірна/викривлена релігійність, брак мотивації до лікування та збереження свого здоров'я, не усвідомлення власних потреб;

- бар'єри в отриманні медичних послуг;

- зловживання психоактивним речовинами;

- проблеми психічного здоров'я (депресії, емоційна нестабільність, неврози, співзалежність);

- фізичні, психологічні, поведінкові труднощі, труднощі з комунікацією;

- труднощі з харчуванням.

3-ій блок. Підходи та методи роботи експертів

Експертів запитували про їхні функціональні обов'язки, філософію надання послуг, принципи та цінності, на яких вони базують свою практичну діяльність, а також про виклики та проблеми, що виникають при спробі надати послуги, які вони назвали б як «найкращі практики» у їхній роботі. Відповіді були досить широкими – це питання, які хвилюють експертів.

Функціональні обов'язки українських експертів та типи послуг, які вони надавали, ми поділили на дві групи: 1) функції і послуги, що стосуються безпосередньо роботи з клієнтом; 2) моніторингова (супервізорська) діяльність.

Функціональні обов'язки першої групи, що виконують соціальні працівники на рівні клінічної соціальної роботи у сфері здоров'я, в цілому можна визначити як соціальний і психологічний супровід та консультування клієнтів (людей, які живуть з ВІЛ та які хворіють на туберкульоз, осіб з інвалідністю, осіб, які мають залежність). Додатково двоє експертів уточнили, що проводять визначення потреб клієнтів (оцінювання) або діагностику; одна експертка додала, що здійснює індивідуальне представництво інтересів клієнтів, інша – складає індивідуальний план роботи з клієнтом; ще один експерт відніс до своїх функціональних обов'язків підбір та налаштування крісла колісного й інших технічних засобів фізичної реабілітації; і остання відповідь – організація і проведення групової роботи зі співзалежними особами.

Друга група функцій фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я – моніторингова діяльність. Наприклад, оперативний моніторинг діяльності, перевірка звітності та адвокаційні візити до неурядових організацій, які реалізують програми профілактики щодо поширення ВІЛ/СНІД серед груп ризику (секс-працівники, люди, які вживають наркотики ін'єкційно, чоловіки, які мають секс з чоловіками); програми у регіонах України з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ; програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), а також проведення регіональних нарад із залученням закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), неурядових організацій та партнерів. Ця діяльність потрібна також для відслідковування прогресу в наборі пацієнтів та кількості лікувальних засобів у ЗОЗ, особливо для лікування вірусних гепатитів; подолання бар'єрів щодо розширення доступу до ЗПТ; вирішення запитів, що надходять на гарячу лінію; навчання з впровадження в регіонах медичної інформаційної системи ВІЛ (МІС ВІЛ); роботи з нормативно-правовою базою.

Відповіді експертів щодо **філософії надання соціальних послуг, основних принципів та цінностей практичної діяльності** були здебільшого схожими.

Зокрема, половина експертів вважає забезпечення якісних послуг важливим принципом у соціальній роботі.

На думку чотирьох експертів, вкрай цінним у роботі соціального працівника є покладання на експертність клієнта, повага до його вибору, врахування його потреб та планування подальших кроків тільки разом із клієнтом: *«бачити в клієнтові «здорову» частину»* (практичний психолог / Київ).

Четверо експертів визначили чесність як цінність у роботі соціального працівника сфери здоров'я, а ще – «доброту», відповідальність, відкритість, подолання стигматизації, «любов до того, що робиш», та чуйність. Троє з десяти експертів наголосили на принципі конфіденційності у роботі з клієнтами та на швидкому реагуванні на виклики в сфері надання послуг і максимальній залученості у процес. Одна експертка виокремила цінність анонімності: *«у групі люди не зобов'язані нам щось про себе розповідати чи спілкуватися поза групою»* (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область).

Важливо відзначити принцип «не нашкодити», на якому наголосило принаймні двоє з експертів. Одна експертка виділила підходи до своєї роботи так: *«функціональність, сімейно-центрованість, доказовість та робота в природному середовищі»* (фахівець соціальної роботи / Львів).

Одна учасниця дослідження відмітила як цінність у професійній діяльності наявність супервізії та командний підхід у роботі, оскільки *«командна робота дає найкращий ефект»* (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область). У цьому контексті також було відзначено партнерство, координацію та відкритий діалог з НУО задля спільного пошуку кращих рішень.

Крім того, на питання про цінності, яких дотримуються соціальні працівники у процесі своєї діяльності, були й загальні відповіді, як-от: дотримання всіх цінностей, принципів соціальної роботи та етичного кодексу (2 експертів); наголос на тому, що соціальна робота покликана зв'язувати й створювати «коннект» між послугами; створення можливостей для кращої якості життя молодих осіб з інвалідністю.

Найбільша ж група відповідей цього блоку – **виклики та проблеми, що виникали при наданні послуг**. Аналізуючи відповіді експертів, ми поділили виклики й проблеми на дві групи: організаційні виклики та проблеми міжгалузевої взаємодії; проблеми з мотивацією, що спричинені певними чинниками.

Організаційні виклики та проблеми міжгалузевої взаємодії:

- недосконалість політик (3 експ.): відсутність стандартизації деяких послуг, відсутність послідовності та системності з боку профільних міністерств;
- «міжнародні «найкращі практики» потребують адаптації до середовища, в якому впроваджуються» (фахівець із замісної підтримувальної терапії / Київ);
- «однозначно – це недоступність, архітектурні бар'єри, психологічні бар'єри» (соціальний працівник, інструктор / Львівська область);
- нерозуміння фахівцями інших структур важливості соціальних послуг: «відсутність «доброї» міжгалузевої співпраці» (фахівець соціальної роботи / Львів);
- «Лікарю простіше взяти трьох простіших пацієнтів і «покласти гроші до кишені», ніж одного з важкою спінальною травмою. І навіть якщо той «спінальник» платоспроможний, – це не гарантує якісних послуг, тому хороший, профільний фахівець – «на вагу золота»» (соціальний працівник, інструктор / Львівська область).

Проблеми з мотивацією надавачів соціальних послуг, а також клієнтів:

- велике робоче навантаження (2 експ.);
- низький рівень оплати праці (2 експ.);
- загроза життю чи здоров'ю фахівців (2 експ.): «Пацієнти з діагнозами шизофренії, нарко- та алкозалежності, відкритою формою туберкульозу можуть нічого з цим не робити, бо їх не можна лікувати без їхньої згоди. А це загрожує їх життю та здоров'ю оточення.» (психолог / Львів);
- недостатній рівень підтримки та супервізії, розвитку та навчання працівників (2 експ.): «...не йшла навіть мова про те, щоб якимось..., якимось навчання для таких соціальних працівників провести» (практичний психолог / Київ);

- споживацьке ставлення до соціальних послуг, матеріальна зацікавленість клієнтів (3 експ.): *«Клієнти занадто буквально розуміють соціальну роботу, коли мусить бути якась [матеріальна] допомога чи фізична» (соціальний працівник (кейс-менеджер) / Львів);*

- гіперопіка рідних, близьких, опікунів клієнта, а часто нерозуміння концепції та формату соціальних послуг оточенням клієнта (2 експ.);

- складність у налагодженні зв'язку з клієнтом, отримання «кредиту довіри»: *«Клієнти/ пацієнти майже завжди ставляться з недовірою і скептицизмом до чогось нового, особливо якщо це «щось» потребує від них якихось дій» (фахівець із замісної підтримувальної терапії / Київ);*

- самостигматизація діагнозу;

- *«Це може бути лінь, це комплекси [клієнтів]» (соціальний працівник, інструктор / Львівська область).*

У підсумку бачимо, що перелік функціональних обов'язків вітчизняного соціального працівника сфери здоров'я типовий: соціальний супровід та консультування, моніторинг діяльності проектів і програм. Експерти доволі «скуппо» висловлювалися щодо етики соціального працівника у сфері здоров'я. Це може бути пов'язано із тим, що Етичний кодекс спеціаліста соціальної роботи України, затверджений у 2005 р., хоч і прописує основні ціннісні засади практики фахівців соціальної роботи, та зовсім не зорієнтований на сферу діяльності соціальних працівників в охороні здоров'я. Про цей етичний кодекс не згадав жоден український експерт, натомість троє експертів згадували про етичний кодекс психологів. Основними принципами та цінностями практичної діяльності фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я є: чесність, конфіденційність та анонімність, повага до вибору клієнта, його експертності, працювати так, щоб не нашкодити клієнту, командний підхід та супервізія.

Характерними викликами та проблемами, що виникали під час надання послуг, є надзвичайна розпорошеність та несистемність соціальної сфери та сфери охорони здоров'я. Це ускладнювало не тільки якісне надання послуг, а й розуміння того, що треба робити фахівцю соціальної роботи у сфері здоров'я. Таку ситуацію

можна пояснити різним підпорядкуванням соціальної сфери та сфери охорони здоров'я. Два міністерства – Міністерство соціальної політики та Міністерство охорони здоров'я «не йдуть разом», щоб забезпечувати комплексне надання послуг, тому часто фахівці-медики, зокрема лікарі різного профілю, медсестри, не розуміють, яку фахову допомогу можна очікувати від соціального працівника. Українська медична спільнота досить закрита для інших фахівців, які хочуть і можуть працювати у сфері охорони здоров'я, при цьому не перебираючи та не дублюючи обов'язки лікаря чи медсестри, фізичного терапевта чи психолога. Крім того постійна зміна очільників міністерств і концептуальних засад реформування цих сфер не сприяють стабільному та якісному розвитку соціальних послуг та послуг з охорони здоров'я, як це відбувається за кордоном, зокрема в Канаді.

Ще одна проблема, яку виділили експерти, – достатньо нетипова – відсутність мотивації до змін у самих клієнтів. Хоча експерти й озвучили цей виклик у такий спосіб, ми можемо протрактувати це як відсутність (брак) у соціального працівника розуміння і знань (чи досвіду) застосування етичного кодексу («повага до особистості клієнта не зважаючи на його проблеми», «неупереджене ставлення»). А також невміння чи брак компетентності в питанні цінностей професійної діяльності: не осуджуюче (стигматизуюче), а навпаки – поважне / шанобливе ставлення до клієнта; визнання здатності клієнта до розвитку / змін, здатності брати відповідальність за свої дії і життя. Це власне принцип наснаження – допомога клієнтові у виявленні його сильних сторін і сприяння їх розкриттю.

4-ий блок. Досвід роботи у команді

Восьмеро з десяти українських експертів відзначили, що входили до складу міждисциплінарних команд. Склад та набір ролей у такій команді варіювався залежно від організації чи програм і послуг, які вони надавали. До складу більшості команд, крім соціального працівника чи фахівця соціальної роботи, обов'язково входили психологи та лікарі різних спеціалізацій. Деякі МК налічували до 10 різних професіоналів сфери здоров'я.

Наприклад, послугу діагностики для дітей від народження до 4-ох років у ЛМРЦ «Джерело» зазвичай забезпечують такі фахівці: терапевт мови та мовлення (логопед), фахівець соціальної роботи, фізичний терапевт, ерготерапевт, лікар (дитячий невролог, педіатр, дитячий психіатр), психолог, реєстратор-адміністратор. Команду очолює терапевт мови та мовлення.

Центр громадського здоров'я МОЗ України – це специфічний заклад, в якому не надаються прямі послуги клієнтам / пацієнтам. Тому тут функціонують міждисциплінарні команди різних відділів, які, однак, забезпечують організаційно-методичну, моніторингову й іншу діяльність. У цілому в закладі працює близько 220 осіб різних спеціальностей: лікарі, менеджери, фахівці з моніторингу тощо. Кожен відділ – це маленька команда зі своїм менеджером, як-от: відділ вірусних гепатитів та опіоїдної залежності, що включає 4 працівники, або ж відділ розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу, що включає 6 програмних фахівців. В обох працюють фахівці соціальної роботи, які виконують адміністративні ролі.

Розглянемо функціонування команд. Робочі зустрічі зазвичай відбуваються щодня або щотижня, рідше – кілька разів на тиждень, лише двоє експертів вказали про зустрічі 1 раз на місяць та один – про регулярні клінічні зустрічі.

Щоденні зустрічі – це в основному збори команд у закладах охорони здоров'я на «5-хвилинках», де по кожному клієнту зачитуються спостереження зі щоденника соціального працівника, але не лише це. У деяких недержавних організаціях також є практика щоденних зустрічей для обговорення всіх аспектів діяльності відділу, «розбору пацієнтів», складання робочих графіків, обговорення організаційних моментів.

Зі свідчень експертів, щотижневі зустрічі відбуваються для обговорення поточних проблем і викликів у роботі, пошуку їх вирішення, робочих завдань, особистих зустрічей з координаторами команд, для планування завдань на наступний тиждень та найближчий період, формування «малих» команд, розгляду індивідуальних справ клієнтів, які отримують послуги та обговорення новин і змін

в організації. Також існує формат дистанційних щоденних «зустрічей» у режимі робочих чатів й електронних листів.

Визначаючи ефективність комунікації в команді та особливості прийняття рішення, більшість учасників дослідження засвідчили, що спілкування є ефективним, налаштованим на прийняття рішень і взаємодію. Експерти також виокремили й те, що комунікація є комфортною для них. Звучали відповіді, що рішення приймаються колективно, кожен може висловити свою думку або винести на обговорення, втім прийняття кінцевого рішення залишається за керівником.

Відсутність чітких відповідей щодо системи перенаправлень клієнтів в інші організації та установи не дозволяє зробити остаточні висновки. Ми можемо лише припустити, що система перенаправлень та співпраці з іншими організаціями розвинена недостатньо. Один експерт розповідав, що команда може рекомендувати пацієнту лікарів, але лише тих, яких знає особисто багато років і які можуть «адекватно» надати таку допомогу.

Також експерти відзначили переваги та недоліки методів роботи у команді. Відповіді стосувались переважно позитивного впливу. Зокрема, експерти свідчили, що є можливість впливати на *«прийняття рішення»*; відзначали *«солідарний розподіл обов'язків»* серед усіх учасників команди та відчуття *«взаєморозуміння й взаємозамінності всіх учасників процесів»* (головний фахівець відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності / Київ).

«Відкритість» (фахівець соціальної роботи, ерготерапевт / Львів); *«швидке вирішення поставлених завдань, можливість отримання різних варіантів вирішення поставлених завдань та цінність думки кожного члена команди, повага до особистості»* (фахівець соціальної роботи / Львів), – такими були відповіді інших фахівців про методи роботи їхніх команд.

Недоліками методів роботи у команді експерти визначили: *«перевантаження членів команди»* (соціальний працівник (кейс-менеджер) / Львів); *«недостатньо чітка межа обов'язків деяких фахівців»* (фахівець соціальної роботи, ерготерапевт / Львів); *«різні бачення кожного фахівця, які не завжди просто привести під один знаменник»* (фахівець соціальної роботи / Львів).

Проте в цілому досвід роботи в команді експерти визначали переважно як позитивний.

Слід додати, що відповідаючи на запитання цього блоку, українські експерти частіше говорили про роботу в команді як про взаємодію членів колективу, в якому безпосередньо працюють, не прив'язуючи це до досвіду роботи у міждисциплінарній команді фахівців. Експерти описували, що в команді працюють різні фахівці, але механізмів співпраці у міждисциплінарній команді не описували. Можна припустити, що така робота в українському контексті ще не налагоджена на відповідному рівні. Очевидний брак розуміння значення міждисциплінарної команди для розв'язання проблем здоров'я клієнтів / пацієнтів не так соціальними працівниками, як представниками інших професій, передовсім, медичних працівників.

5-ий блок. Оцінювання послуг

Експертів запитували, як оцінюється якість послуг, як вимірюються результати послуг та чи відіграють якусь роль клієнти при оцінюванні послуг. Зокрема, *якість послуг* можна оцінити, відстежуючи, як послуги надавалися, посилаючись на стандарти соціальних послуг, певні індикатори, супервізію чи інші засоби. *Результати послуг* можуть бути оцінені шляхом вимірювання певних змін у житті клієнта, беручи до уваги зворотній зв'язок клієнта (як було і як стало), а *задоволеність послугою* може оцінюватися, як правило, за допомогою відгуків клієнтів. А також експертів запитували, чи надається супервізія та чи вважають вони її корисною у своїй роботі. І останнє запитання: чи відіграють якусь роль професійні організації, уряд чи будь-які інші зовнішні органи в оцінці послуг, які надавали експерти у сфері здоров'я? Ми отримали дуже різні відповіді.

Оцінка якості послуг у відповідях експертів була представлена так: *«ці критерії, так би мовити, внутрішні. Тобто оцінювання за тим, чи формально виконані обов'язки, не буде давати картину оцінювання якості роботи.»* (практичний психолог / Київ); *«існують стандарти послуг, але вони направлені на*

лікарів» (головний фахівець відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності / Київ).

Одна експертка розповіла про алгоритм здійснення моніторингового візиту, в процесі якого відбувається оцінювання якості наданих послуг соціальними працівниками сфери здоров'я:

Моніторингова форма з оцінки діяльності надавачів послуг складається з багатьох індикаторів, за результатами яких формується кінцевий рейтинг НУО після моніторингового візиту. Ця форма включає в себе великий блок оцінювання якості надання послуг отримувачам: спостереження на пунктах надання послуг, спілкування з отримувачами послуг, анкетування соціальних працівників щодо рівня знань для здійснення якісного консульства. (Головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ)

Аналіз відповідей експертів щодо процесу оцінювання результатів наданих послуг дає підстави вважати, що єдиного підходу в українській практиці соціальної роботи у сфері здоров'я не існує. Таке вимірювання залежить від підпорядкування закладу, де надаються послуги, та може бути досить умовним, або, навпаки, достатньо стандартизованим.

У сфері реабілітації від залежностей, наприклад, умовним вимірюванням результатів послуг може бути «здатність клієнта витримувати цю реабілітацію..., психічно витримувати цю програму» (практичний психолог / Київ) або ж «оцінюється, чи він [клієнт] виконав свої завдання, чи ні» (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область).

Досить чіткий та зрозумілий підхід в оцінюванні результатів отриманих послуг представила одна експертка:

Програмний фахівець здійснює верифікацію отримувачів [клієнтів] на пунктах надання послуг (порівнює к-ть отримувачів під час візиту із середньою по даному ПНП [пункт надання послуг]), спостерігає за видачею ТМЦ [товаро-матеріальних цінностей], опитує отримувачів щодо отриманих ними послуг та порівнює з базою даних. Також фахівці з інших відділів ЦГЗ паралельно здійснюють моніторинг перенаправлень в ЛПУ [лікувально-профілактичні установи] (якщо в отримувача наявні ППСШ, гепатит, туберкульоз тощо), перенаправлення ЛВНІ [люди, які вживають наркотики ін'єкційно] на ЗПТ, в програми догляду і підтримки, якщо отримувач має

позитивний статус ВІЛ. Кожні пів року організації подають звіти за результатами виконання індикаторів з надання послуг та описові звіти про здійснену діяльність, яку програмні фахівці також порівнюють з базою даних. (Головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ)

Кілька експертів відзначили подібні методи в оцінці результатів послуг, порівнюючи ситуацію на старті втручання і після нього. Наприклад: *«при поступленні пацієнту проводять певне тестування..., щоб розуміти, який він був на вході і що він отримав за той період» (соціальний працівник, інструктор / Львівська область); «форми до початку та в кінці роботи, щоб бачити наочно (в балах) результат роботи» (фахівець соціальної роботи, ерготерапевт / Львів); «є проведення контрольних скринінгів, анкетувань та участь (залученості) сім'ї до співпраці з фахівцями» (фахівець соціальної роботи / Львів).*

Одна з експерток зазначила, що також відбувається оцінювання результатів роботи проєктної освітньої діяльності (навчання, тренінги): *«коли є якийсь тренінг чи якесь навчання, то звичайно опитування, анкетування, так, є «до», є «після»» (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область).*

На питання про те, чи відіграють роль клієнти у наданні зворотнього зв'язку щодо задоволеності послугами, більшість експертів відповіли схвально, уточнюючи, що ця роль – першочергова. До того ж у деяких організаціях існують спеціальні програми, де клієнти залишають свій відгук, наприклад: *«Через програму DATASHEK у клієнтів є можливість надати оцінку по завершенню конкретної послуги надавачу послуги – соціальному працівнику, психологу чи юристу» (соціальний працівник (кейс-менеджер) / Львів).* А також клієнти можуть залишати відгуки на сайтах організацій, висловлюють подяки безпосередньо соціальним працівникам тощо.

Більшість експертів озвучували, що супервізія є необхідною й дуже корисною в їхніх умовах роботи. Одна із учасниць мала 5-річний досвід супервізії, а інша повідомила, що

супервізія в нас – це закон, вона мусить бути. Організовували у формі балінтовських груп, інтервізії, якщо немає коштів на запрошеного фахівця.

Але дуже багато років поспіль в нас є регулярна супервізія: треба дбати про свою гігієну. Я працювала з територіальними громадами нещодавно, спілкувалася з соціальними працівниками – там на тему супервізії зовсім все погано. (Консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область)

Були й відповіді про те, що частково супервізія відбувається під час неформальних розмов із колегами з досвідом «за кавою» або ж під час щотижневих робочих зустрічей відділу. Лише одна експертка відповіла, що не мала досвіду супервізії та наразі не потребує.

Роль професійних організацій, державних установ чи інших зовнішніх органів в оцінці послуг є достатньо різною. Фактично завданням однієї з досліджуваних організацій (ЦГЗ МОЗУ) є аудит та перевірка наданих соціальних та медичних послуг у сфері здоров'я. Як зазначала експертка,

мала частина стосувалася того, щоб поспілкуватися з фахівцями, перевірити правильність заповнення документації тощо. Але більше моніторинг стосувався збору потреб обласних центрів у ліках та їх закупівлю, матеріального забезпечення. Також це був спільний моніторинг громадських організацій (ГО) із міжнародними організаціями, які фінансували діяльність цих ГО». (практичний психолог / Київ)

Як розповіла інша учасниця дослідження, роль органів контролю виконують спонсори та грантодавці. Наприклад, коли організація «виграє грант» з організаційного розвитку, тоді у донорів може виникнути вимога оцінити розвиток організації в різних сферах перед проектом, й, відповідно, після отримання гранту. Фінансова звітність вимагається й перед державою, якщо на організацію виділяються бюджетні кошти.

Отже, можна зробити висновок, що оцінювання якості послуг в українській практиці соціальної роботи у сфері здоров'я відбувається частково. Подібно й при оцінці результатів послуг для клієнтів немає єдиного підходу, а от роль в оцінці послуг клієнтами / пацієнтами – першочергова. Супервізія – це те, що має бути в практиці соціальної роботи у сфері здоров'я, але не завжди відбувається на практиці.

6-ий блок. Підвищення якості та ефективності послуг

Експерти визначали найважливіші фактори, що сприяли покращенню якості та ефективності їхніх послуг для клієнтів, а також фактори, що спричинили певні проблеми, які слід було подолати, покращивши якість та ефективність їхніх послуг. Також учасники дослідження висловлювали свої рекомендації щодо поліпшення якості та ефективності послуг, враховуючи такі аспекти, як безпосереднє обслуговування клієнтів; супервізію, навчання та підтримку працівників; командну роботу та міждисциплінарну співпрацю; оцінювання результатів отриманих послуг; планування, фінансування та зміни політики.

Найважливіші фактори, що сприяли покращенню якості та ефективності послуг для клієнтів:

- 1) сприяння професійній підготовці та навчанню, свободі і творчості, супервізії;
- 2) комунікація між персоналом і комфорт для працівників;
- 3) взаємодія та взаєморозуміння, обмін ідеями та досвідом українським і закордонним;
- 4) полегшення робочих процесів, уведення нової документації та комп'ютерна технологізація звітності у процесі надання послуг;
- 5) стандартизація послуг, що надають лікування;
- 6) надання послуг на основі актуальності та принципу наукової доказовості;
- 7) план переходу на державне фінансування послуг;
- 8) донорська допомога та залученість партнерів;
- 9) особисті знання, вміння та якості фахівця, досвід, самоосвіта.

Найважливіші фактори, що спричинили проблеми:

- 1) недосконала робота міждисциплінарної команди (МДК);
- 2) людський фактор;
- 3) деструктивне спілкування і ставлення до роботи;
- 4) направленість багатьох медичних працівників винятково на матеріальні аспекти в професійній діяльності;
- 5) відсутність мотивації до змін;

- б) відсутність послідовності у політиках щодо послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг, загальне неблагополуччя країни;
- 7) стигматизація певних категорій населення у зв'язку зі станом здоров'я (ВІЛ, туберкульоз тощо) суспільством;
- 8) низька якість медійності послуг;
- 9) недостатнє фінансування;
- 10) незакріплений правовий статус громадських організацій;
- 11) карантинні обмеження;
- 12) низька заробітна плата – низька мотивація до роботи;
- 13) відсутність страхування працівників.

Головні рекомендації експертів стосуються посилення співпраці та взаємодії на всіх рівнях та з усіма учасниками процесу надання соціальних та інших послуг, що пов'язані з охороною здоров'я, підтримки (супервізії) та навчання працівників, збільшення фінансування, удосконалення оцінювання.

3.4. Порівняльний аналіз канадського й українського досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я: спільне та відмінне

У підрозділі відображено узагальнені результати другого раунду емпіричного дослідження за методом Делфі, та на основі цих даних виконано порівняльний аналіз досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні. На основі визначених особливостей практики СРСЗ цих країн, що висвітлено у підрозділах 3.2 та 3.3 дисертації, було укладено короткі узагальнені висновки за кожним блоком інтерв'ю. Ці проміжні підсумки було сформовано в новий (наступний) опитувальник з уточнювальними запитаннями і розіслано експертам (див. Додаток 5 та 6).

Як уже зазначалося, відповіді першого раунду емпіричного дослідження в блоках 1, 2, 3 та 5 щодо попередньої інформації, клієнтів, підходів до роботи й оцінювання послуг були зрозумілими та не потребували значної деталізації, тому тут експертам пропонувалося, посилаючись на власний досвід, записати за потреби коментарі та уточнення щодо сформульованих автором дослідження висновків.

Ретельнішого опрацювання експертами потребували блоки 4 і 6, що стосувалися питань роботи в команді та покращення якості й ефективності послуг. З цією метою учасникам дослідження було запропоновано запитання, в яких потрібно було проранжувати вказані пункти від найменш до найбільш важливого.

Отже, задля виявлення спільних і відмінних рис соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні, подальшого їх аналізу та формулювання рекомендацій щодо впровадження прогресивних зарубіжних ідей у вітчизняну практику здійснено порівняння відповідей українських та канадських експертів за шістьма критеріями:

- 1) посади та ролі фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я;
- 2) категорії клієнтів та проблеми і потреби, з якими вони стикаються;
- 3) підходи, принципи і цінності та виклики у професійній діяльності;
- 4) робота в команді;
- 5) оцінювання послуг;
- 6) підвищення якості й ефективності послуг.

Посади та ролі фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я

Ключовим питанням було визначити посади та ролі, що може виконувати фахівець соціальної роботи у сфері здоров'я. Посади, озвучені під час першого раунду, та додаткові, уточнені в другому раунді, представлено нижче окремо у двох таблицях 3.2 та 3.3 для Канади та України. Слід зазначити, що назви посад вказано згідно з відповідями експертів, формулювання яких подекуди перегукується із ролями.

***Таблиця 3.2. Посади фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді
(на основі відповідей експертів)***

<i>Перший раунд</i>	<i>Додаткові названі посади у другому раунді опитування</i>
Медичний соціальний працівник (у лікарні) / medical SW (in hospital)	Соціальний працівник педіатрії (maternity/paediatrics SW)
Соціальний працівник у програмі довготривалого та короткотривалого	

постійного догляду (SW in Long Term Care and Convalescent Care)	
Геріатричний соціальний працівник (geriatric SW)	Соціальний працівник паліативної допомоги (palliative SW)
Соціальний працівник відділення невідкладних станів (acute medical SW)	
Соціальний працівник у психіатрії (psychiatric SW)	Фахівець з психічного (ментального) здоров'я (mental health worker)
Соціальний працівник відділення діалізу (dialysis SW)	
Консультант (counsellor)	Посередник у громаді (community facilitator)
Терапевт з питань домашнього насильства	
Спеціаліст психосоціальних програм паліативного догляду (psychosocial program specialists in palliative care)	Соціальний працівник в агенції послуг громади (social worker in a community service agency)
Фахівець із підтримки матеріального забезпечення у зв'язку з проблемами зі здоров'ям чи низьким доходом (income security health promoter)	
Соціальний працівник у роботі зі сім'ями військових (social worker (SW) for military families)	
Кейс-координатор у програмі догляду вдома (case-coordinator in Home Care)	
Клінічний планувальник (clinical planner)	
Менеджер послуг для клієнта (client service manager)	
Виконавчий директор і голова управління (Chief Allied Health Officer and Community Area Director)	

Практичні ролі	Посередницькі	Управлінські	Дослідницькі	Поєднання ролей
----------------	---------------	--------------	--------------	-----------------

Таблиця 3.3. Посади фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні
(на основі відповідей експертів)

<i>Перший раунд</i>	<i>Додаткові названі посади у другому раунді опитування</i>
Фахівець соціальної роботи (ФСР) з дітьми з інвалідністю	Соціальний працівник з питань інвалідності, оформлення статусу та пільг
Соціальний працівник у наркологічній лікарні	Фахівець з консультування родин у складних життєвих ситуаціях
Соціальний працівник (кейс-менеджер / ФСР) у напрямку ВІЛ / туберкульозу з формування прихильності до лікування ВІЛ та утримання під медичним наглядом	Волонтер, який має клієнтський досвід і працює за принципом «рівний-рівному», може отримувати професію психолога у ВНЗ
Фахівець із замісної підтримувальної терапії	Захисник прав та інтересів клієнта
Головний фахівець відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності	Фахівець з профілактики насильницької поведінки в сім'ях, профілактики вживання психоактивних речовин
Головний фахівець із розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу	Фахівець з соціологічних, поведінкових та біоповедінкових досліджень
<i>Поєднували ролі різних фахівців:</i>	Кейс-менеджер з питань прискорення прогресу в зменшенні тягара туберкульозу та ВІЛ-інфекції
ФСР з молоддю з інвалідністю / ерготерапевт	Фахівець з управління та протидії ВІЛ-інфекції
Соціальний працівник / психолог	Супервізор програм і проєктів
Соціальний працівник / інструктор для осіб з інвалідністю	Фахівець з управління проєктами та міжнародної співпраці
Консультант / психолог / член ради благодійної організації	Тренер навчальних модулів для осіб першого контакту
	Мотиваційний спікер, тренер

На цьому етапі слід відмітити суттєву відмінність у ролях українських та канадських експертів, які вони виконували на місцях (або, на їхню думку, можуть

виконувати соціальні працівники сфери здоров'я). У Канаді посадовий репертуар фахівця соціальної роботи у сфері здоров'я на рівні клінічної практики досить широкий, здебільшого виконуються практичні ролі (за класифікацією Лукашевича та Семигіної (2007)). Ми можемо побачити чітко виражену різноманітну спеціалізацію практики соціального працівника відповідно до конкретних нозологій та напрямів діяльності у сфері здоров'я: невідкладні стани, геріатрія, психіатрія, ниркова недостатність, педіатрія, паліативна допомога психічне здоров'я тощо. Фігурують й інші практичні посади поза клінічною практикою: консультант, терапевт з питань домашнього насильства, соціальний працівник у роботі зі сім'ями військових – це також практичні ролі (Лукашевич & Семигіна, 2007).

У той час, як в українському досвіді, згідно з відповідями експертів, представлено дещо інший спектр спеціалізації соціального працівника у сфері здоров'я на рівні клінічної соціальної роботи: інфекційні захворювання (так звані соціальні хвороби: ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити, туберкульоз), інвалідність (вроджена чи набута) та залежності від психоактивних речовин і поведінкові, що відносимо до сфери психічного здоров'я. В українській практиці, на відміну від канадської, переважають адміністративні (координаторські) чи управлінські ролі фахівця соціальної роботи у сфері здоров'я. Це підтверджують такі посади, як фахівець із розвитку програм, фахівець з управління проектами, кейс-менеджер з питань прискорення подолання прогресу в зменшенні тягара туберкульозу та ВІЛ-інфекції, фахівець із профілактики насильницької поведінки, супервізор програм і проєктів тощо. А також ролі, що пов'язані з навчанням інших (не клієнтів): тренер, мотиваційний спікер тощо.

Вартим уваги з точки зору практики соціальної роботи в Україні було уточнення щодо діяльності волонтерів з попереднім клієнтським досвідом, який може надавати послуги за принципом «рівний-рівному». Йдеться про діяльність так званих парапрофесіоналів, що є поширеним явищем в українській практиці соціальної роботи (Дворяк & Оніщик, 2021). Це можливо, на нашу думку, оскільки в країні загалом немає обов'язкової вимоги ліцензування практичної діяльності

соціальних працівників, у тому числі й у сфері здоров'я, на відміну від Канади, де наявність ліцензії на практичну діяльність у соціальній роботі є обов'язковою. Про це більш детально говоритимемо нижче у блоці, що стосується оцінювання якості послуг.

Отже, основні «знахідки» емпіричного дослідження щодо посад та ролей фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я: 1) в Канаді практики соціальної роботи у сфері здоров'я мають більше спеціалізованих посад, ніж в Україні (за нозологіями, медичними спеціальностями, особливостями груп клієнтів); 2) займані посади практиків соціальної роботи у сфері здоров'я і відповідні ролі реалізуються як в медичних (лікувальних) закладах, так і в структурах немедичного типу, в громаді; 3) посади і ролі фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді стосуються переважно клінічної соціальної роботи, реалізуються на мікро і частково на мезорівні практики; 4) в українській практиці соціальної роботи у сфері здоров'я виражений зв'язок посад і ролей фахівців СР із медичною практикою щодо подолання соціально небезпечних порушень здоров'я, перш за все, інфекційних хвороб і залежностей, а також зв'язок з проблемою інвалідності; 5) при цьому переважає спектр адміністративних (управлінських) ролей соціальних працівників, на відміну від канадської практики, 6) свої посади і ролі вітчизняні соціальні працівники у сфері здоров'я визначають недостатньо чітко, по-різному; 7) в українській практиці СРСЗ є досвід діяльності парапрофесіоналів соціальної роботи.

Категорії клієнтів та проблеми і потреби, з якими вони стикаються

Слід сказати, що суттєвих уточнень чи доповнень від канадських експертів щодо цього питання не надійшло. У цілому й в українських відповідях не було нової інформації порівняно із першим раундом опитування. Якщо узагальнювати досвід обох країн, то можна побачити, що спектр проблем здоров'я людей, у зв'язку з якими виникає необхідність отримання соціальних послуг, може бути надзвичайно різним, як у Канаді, так і в Україні: від незнання чи неможливості впоратися з фінансовими труднощами, які виникли через проблеми зі здоров'ям,

до неможливості фізично подолати наслідки нездоров'я. А також це широкий спектр проблем психічного здоров'я та зовнішній негативний тиск суспільства (стигма, дискримінація, бар'єри тощо) на людину з певним видом захворювання.

Підходи, принципи і цінності, а також виклики у професійній діяльності

У другому раунді дослідження канадські експерти наголосили на важливості та цінності підходу, що орієнтований на людину та її сильні сторони, орієнтований на рішення, зокрема прийняття етичних рішень, а також акцентували на важливості розуміння культури клієнта, його певного попереднього травматичного чи іншого ключового досвіду. Ці свідчення цілком перегукуються з виявленими нами під час опрацювання літературних джерел тенденціями канадської соціальної роботи у сфері здоров'я (розділ 2, підрозділ 1 дисертації). Крім зазначеного, в рамках міркувань про цінності та принципи СРСЗ експерти наголошували на дотриманні канадського етичного кодексу і рекомендацій щодо етичної практики, а також стандартів практики їхніх місцевих асоціацій. Додатково було виокремлено принципи справедливості, доступності та безбар'єрності в поєднанні з адвокацією (просуванням та відстоюванням інтересів клієнтів), особливо в умовах проблем зі здоров'ям клієнта та пов'язаним з цим обмеженим доступом до певних ресурсів чи можливостей. Також у контексті діяльності у сфері здоров'я було наголошено на просвітництві (навчанні) та консультуванні медичного персоналу щодо клієнтів, тобто фактично поясненню соціальних детермінант здоров'я, які можуть чинити визначальний вплив на ситуацію клієнта.

Відповіді українських експертів щодо цього питання і в першому, і в другому раунді дослідження дещо відрізнялися від канадської думки. Виявлені цінності та принципи відображають етичну відповідальність у стосунках не лише з клієнтами, але й перед собою як професіоналами (Karen Magruder, LCSW-S, 2021). Цікаво, що названі цінності, які українські експерти з соціальної роботи у сфері здоров'я вкладають в основу своєї практики, частково збігаються із класифікацією професійних цінностей соціальної роботи, затверджених Канадською асоціацією соціальних працівників (прозвучало 4 із 6 базових цінностей КАСП: повага до

гідності та цінності людини; соціальна справедливість; служіння людству; професійна чесність; професійна конфіденційність; професійна компетентність). У першому раунді четверо експертів виділили цінність чесності, троє – конфіденційності, а в другому раунді опитування ціннісний репертуар було доповнено: повага до особистості, принцип компетентності (професійності). Ще однією характеристикою українського контексту в цьому питанні є особливий наголос, власне, на потребі бути професійним у соціальній роботі. Оскільки половина експертів у другому раунді визначила це як цінність: «постійна самоосвіта», «принцип професійності», «принцип компетентності та практичного спрямування». Така тенденція може свідчити як і про брак певних знань у самих учасників і, можливо, недостатнє відчуття себе як «професіонала», так і про досвід зустрічі з фахівцями у соціальній сфері, які *«мають низький рівень знань..., проте не підвищують кваліфікацію...»* (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область). І останнє у цьому раунді дослідження: експертами було наголошено на використанні «соціального, а не медичного підходу», що ми можемо потрактувати, як використання біопсихосоціодуховної моделі здоров'я всупереч медичній моделі, яка, очевидно, досі переважає в значній частині українського суспільства, особливо, серед професійної медичної спільноти.

Отже, аналізуючи відповіді щодо цінностей та принципів, можемо зробити висновок, що канадська практика соціальної роботи акцентує на глибинному вивченні ситуації клієнта, врахуванні його культурного контексту, попереднього досвіду, особливо пов'язаного з травмою, та просуванні й відстоюванні найважливіших потреб клієнта у сфері здоров'я до моменту вирішення ситуації. У той час як українські соціальні працівники (виходячи з більшості відповідей) хоч і визначають основні цінності та принципи соціальної роботи як ключові, де «клієнт – експерт своєї ситуації», якому в процесі професійної діяльності треба «не нашкодити», основний акцент ставлять на необхідності професійного зростання соціального працівника, щоб якісніше надавати послуги. Це свідчить, з одного боку, про прихильність такій цінності соціальної роботи як професійна компетентність, з іншого – підтверджує здатність критичного оцінювання власної

діяльності і усвідомлення недостатньої професійної компетентності українських фахівців у практиці соціальної роботи у сфері здоров'я.

Уточнення *викликів* у процесі надання соціальних послуг у сфері здоров'я було дуже об'ємним: жоден експерт не пропустив це запитання. Основні виклики в канадській СРСЗ – переважно системні, зокрема організаційні: лікарняні умови зобов'язують до швидкого виписування пацієнта через великий потік та обмежені ліжко-місця без врахування потреби у догляді та підтримці; від соціальних працівників вимагається більше в умовах збереження однакового фінансування та обмежених ресурсів; особливо складно з доступом до житла, послуг психічного здоров'я, зокрема послуг психіатрів, допоміжних послуг; часто працювати в різних системах є надзвичайно проблематично, займає багато часу (мається на увазі, коли інші послуги, ресурси та можливості для клієнта потрібно шукати поза межами певного закладу); а часом і в системі одного лікарняного закладу є перешкоди та бар'єри для клієнта, його сім'ї, а іноді й самих соціальних працівників, щоб якісно та комплексно забезпечити догляд пацієнту / клієнту.

Щодо викликів в українському контексті, то тут знову ж спостерігаємо суттєві відмінності порівняно із канадським. Поряд із несистемністю послуг для сфери здоров'я українські експерти вказали також на виклики, що пов'язані з клієнтами: нехтування лікуванням через неусвідомлення ризиків щодо свого здоров'я, споживацьке ставлення до деяких видів безкоштовних послуг, гіперопіка з боку рідних, опікунів, а з іншого боку – відсутність підтримки оточення клієнта тощо. Якщо говорити про так звані організаційні (системні) виклики, то виділяємо: брак досвідчених практиків-супервізорів у соціальній роботі; відсутність «доброї» міжгалузевої співпраці й у зв'язку з цим недостатня обізнаність фахівців про організації, ресурси, можливості, куди можна скерувати клієнта; навіть за умови перескерування враховується винятково медичний контекст, а не соціальний, а тим більше не йдеться про цілісне (комплексне) вирішення проблеми; нерозуміння потреб вразливих груп населення на рівні формування політики, що призводить до недофінансування або й зовсім закриття успішних проєктів та програм без жодних

пояснень; професійне вигорання та навіть загроза здоров'ю чи життю на робочому місці.

Робота в команді

Оскільки у попередньому раунді ми отримали значний обсяг різносторонньої інформації щодо досвіду роботи в команді, нам потрібно було деталізувати ці результати. Тому на цьому етапі було сформульовано два уточнювальні запитання, відповіді на які потрібно було ранжувати.

Спершу ми запитували експертів, наскільки важливими для доброї міждисциплінарної командної роботи є такі чинники:

- наявність у команді всіх необхідних фахівців (професій);
- лідер (керівник), який підтримує та цінує внесок усіх членів команди;
- адекватне розуміння та сприйняття ролі соціальної роботи у сфері здоров'я;
- можливість отримання зовнішньої підтримки чи консультації для працівника, якщо вона відсутня в команді.

Кожен чинник експерти ранжували, оцінюючи балами від «1» до «3», де «1=менш важливо», «2=важливо» та «3=дуже важливо». Відповівши на це запитання, учасники дослідження могли прокоментувати свої відповіді чи навести приклади за необхідності. Відповіді експертів на це запитання відображено у Таблиці 3.2.

Таблиця 3.4. Чинники, що є дуже важливими для доброї командної роботи

Чинник	Канада	Україна
Наявність у команді всіх необхідних фахівців (професій).	7/7	6/8
Лідер (керівник), який підтримує та цінує внесок усіх членів команди.	7/7	8/8
Адекватне розуміння та сприйняття ролі соціальної роботи у сфері здоров'я.	5/7	8/8
Можливість отримання зовнішньої підтримки чи консультації для працівника, якщо вона відсутня в команді.	4/7	7/8

Отже, усі (семеро осіб) канадські експерти дуже важливим для міждисциплінарної командної роботи визначають два чинники: наявність у команді всіх необхідних фахівців (професій) і лідера (керівника), який підтримує та цінує внесок усіх членів команди. *Усі восьмеро експертів із України вважають дуже важливим у командній роботі, як і канадці, лідера, який би підтримував команду. Однак додатково така ж кількість учасників проголосувала за «адекватне розуміння та сприйняття ролі соціальної роботи у сфері здоров'я». Повний розподіл відповідей на це запитання у діаграмах розміщено в Додатку 10.*

У коментарях канадських експертів було зазначено, що *«лідер повинен цінувати внесок усіх членів команди» (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба), а також: «Важко передати, наскільки це важливо, щоб усі дисципліни працювали на благо пацієнта, ділитися своїми професійними думками з усіма, хто співпрацює в догляді за пацієнтами та передбачуваному плані виписки. Це забезпечує позитивний та ефективний результат для пацієнтів та їхніх сімей.» (Соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба).*

Українська експертка додала: *«Члени команди мають бути взаємозамінними, якщо, звісно, це не стосується медичної кваліфікації. Робота виконується швидко і якісно, якщо всі члени команди знають про задачі своїх колег і можуть їх виконати у випадку відсутності конкретного фахівця» (головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ).*

Отже, можна припустити, що в канадському контексті, на відміну від українського, є більш тривалий досвід роботи у міждисциплінарній команді фахівців (команді здоров'я), яка працює на досягнення максимального результату для клієнта, кожен фахівець – професіонал у своїй сфері, а лідер сприяє співдружній роботі всіх членів міждисциплінарної (чи мультидисциплінарної) команди у цьому. Тоді як в українському контексті робота команди фахівців розглядається (трактується) з позицій так званої «класичної моделі командної роботи», де кожен може/повинен замінити іншого. Однак один професіонал не

може бути мульти-професіоналом. Проте таке розуміння українськими соціальними працівниками роботи міждисциплінарної команди є хибним, у такий спосіб ігнорується призначення і мета діяльності міждисциплінарної команди. Адже якісна міждисциплінарна команда працює на засадах синергії, коли спільна робота всіх учасників дає більший результат, аніж сума внесків кожного професіонала-учасника міждисциплінарної команди. Таким чином можна припустити про недостатній рівень професіоналізму (компетентності) соціального працівника в питаннях СРСЗ. Тоді цілком логічним першим важливим чинником для доброї командної роботи є «адекватне розуміння та сприйняття ролі соціальної роботи у сфері здоров'я». При чому, перш за все, самими соціальними працівниками, а також іншими фахівцями і клієнтами та загалом у суспільстві.

Друге запитання стосувалося покращення роботи у команді в контексті освітніх можливостей. Експертів запитували, що б вони порадили перш за все, якщо потрібно покращити роботу команди в певній організації:

- навчання і тренінги в середині організації для покращення комунікації та спільної роботи в команді;
- покращення професійних університетських програм та програм післядипломної освіти, які готують фахівців в межах конкретних напрямків;
- неперервна освіта як всередині організації, так і за її межами, самоосвіта.

Кожен чинник експерти ранжували аналогічно до попереднього запитання; результати відповідей представлено у таблиці 3.3. Так само учасникам дослідження була надана можливість прокоментувати чи навести приклад щодо своєї відповіді.

Таблиця 3.5. Чинники, що є дуже важливими для покращення командної роботи засобами навчання

Чинник	Канада	Україна
Навчання і тренінги в середині організації для покращення комунікації та спільної роботи в команді	3/7	5/8
Покращення професійних університетських програм та програм післядипломної освіти, які готують фахівців в межах конкретних напрямків	5/7	4/8

Неперервна освіта як всередині організації, так і за її межами, самоосвіта	4/7	7/8
--	-----	-----

Більше половини канадських експертів (5 із 7) вважає, що покращення професійних університетських програм та програм післядипломної освіти, які готують фахівців в межах конкретних напрямків, є дуже важливим чинником для покращення роботи команди. Натомість дуже важливим чинником для покращення командної роботи переважна більшість (7 із 8) українських експертів вважають безперервну освіту як всередині організації, так і за її межами, самоосвіту.

У коментарях до цього запитання зазначалося (Канада), що *«часто роль соціальної роботи дуже невизначена, як і межі професії. Нерідко буває, коли інші члени команди або лідери намагаються виконати роботу, доки їм це остаточно не виходить..., а потім викликають соціального працівника для «прибирання»»* (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба). А також один із експертів відмітив, що *«освіта є ключовою для всіх, хто працює в будь-якій професії охорони здоров'я. Також спірним питанням є спілкування в будь-якій сфері»* (соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба). Коментарі експертів з України щодо цього запитання не наводилися.

Отже, знову виокремлюємо розбіжності у відповідях канадських та українських учасників дослідження. Коли йдеться про покращення роботи команди (саме в контексті освітньої складової), то канадські експерти радять починати з покращення професійних університетських програм та програм післядипломної освіти, які готують фахівців у межах конкретних напрямків, тобто покладаються на експертів в освіті з соціальної роботи, а вже потім «надіятися» на безперервну освіту та самоосвіту. Це може свідчити про те, що в Канаді соціальні працівники приділяють багато уваги фаховій підготовці (формальній освіті), за результатами якої здобувається не тільки відповідний документ (диплом), але й кваліфікація, вибудовується перспектива професійного зростання, пов'язана саме з формальною освітою (в коледжі, університеті), що дає підстави для підвищення професійного статусу шляхом ліцензування у професійних агенціях.

Для експертів з України неперервна освіта як всередині організації, так і за її межами, самоосвіта – це перший пункт в рейтингу, а вже потім «іде» покращення університетських програм та програм післядипломної освіти. Такі відповіді можуть свідчити про те, що сьогодні професійна компетентність і кваліфікація соціальних працівників в Україні, у тому числі в роботі команди фахівців у сфері здоров'я, значною мірою залежить від можливостей їхнього працевлаштування і, таким чином, стає похідною від місця праці – організації, служби, агенції, яка буде турбуватися про рівень кваліфікації працівника і її підвищення, з урахуванням посади, функціональних обов'язків. Або ж сам зацікавлений у посаді, місці праці фахівець буде цілеспрямовано здобувати додаткову (основну для займаної посади) кваліфікацію чи компетентність. Найменший рейтинг від обох груп експертів отримав чинник навчання і проведення тренінгів усередині організації для покращення комунікації та спільної роботи в команді.

Отже, з'ясовано, що для Канади команда, в якій працює соціальний працівник у сфері здоров'я, має забезпечувати цілісний (комплексний) набір послуг, а на чолі такого колективу має стояти сильний лідер, який поважає кожного професіонала, а також цінує діяльність соціального працівника. Для того щоб така команда в майбутньому ще краще функціонувала, потрібно покращувати відповідні професійні університетські програми та програми післядипломної освіти.

На основі отриманих відповідей українських експертів робимо висновок, що команда в українських реаліях повинна мати відповідного керівника, який розуміє вклад соціальних працівників, але попри те й інші професіонали повинні усвідомлювати та адекватно сприймати роль соціальної роботи у сфері здоров'я. Учасники з України рекомендують покращувати роботу команди за допомогою безперервної освіти, самоосвіти.

У підсумку, порівнюючи результати опитування груп канадських і українських експертів, можна стверджувати, що соціальні працівники сфери здоров'я в обох країнах вважають роботу міждисциплінарної команди важливим інструментом комплексного розв'язання проблем клієнтів соціальної роботи у сфері здоров'я; важливими чинниками покращення роботи такої команди

є наявність лідера, здатного належним чином організувати роботу команди на досягнення максимального результату, а також високий рівень кваліфікації всіх членів команди, що забезпечується завдяки професійній підготовці й неперервній освіті (формальній, неформальній, інформальній).

Оцінювання послуг

Експертам було надано обґрунтовані висновки за результатами відповідей першого раунду емпіричного дослідження щодо покращення оцінювання послуг. При цьому також було окреслено значення поняття «ефективність послуг». Зокрема, під ефективністю послуг розуміють три складові: якість послуг, задоволеність клієнтів та результати цих послуг. *Якість послуг* можна оцінити, відстежуючи, чи були відповідні послуги надані в потрібній кількості і в потрібний час. Моніторинг наданих послуг чи процедура акредитації є прикладами таких підходів з оцінювання якості послуг. *Задоволеність клієнта* оцінюється шляхом отримання зворотного зв'язку від клієнта (опитування). *Результат послуги* для клієнта залежить від оцінки результатів його лікування чи супроводу, тобто відбувається вимірювання певних змін у житті клієнта, щоб зрозуміти, як вплинула певна послуга.

Отже, розпочнемо аналіз із запитання, як можна покращити оцінювання *якості послуг*. Із канадської сторони фактично не було суттєвих уточнень. Зазначено лише пропозицію щодо запровадження опитування клієнтів стосовно їхньої думки про послуги. Знову йшла мова про складність виміру якості послуг в умовах лікарні, особливо у відділеннях, де пацієнти швидко змінюються. Думки українських експертів були більш різноманітними. Озвучено міркування, що в ситуації оцінювання якості послуг потрібно спиратися на «*стандартизацію послуг по категоріях*» (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область). Інше запропоноване рішення – діджиталізація та спрощення документообігу: «*чим більше процесів зафіксовано в базах даних, тим важче надавачам послуг / медичним працівникам / тим, хто реалізує програми та проекти «малювати» послуги*» (головний фахівець з розвитку та моніторингу

профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ). Покращення показників «фізичного та психічного здоров'я» теж може свідчити про якість наданих послуг, на думку української експертки (психолог / Львів).

Запитання щодо того, як можна покращити оцінювання *результатів послуг для клієнтів*, отримало чимало додаткових коментарів у порівнянні з першим раундом дослідження. Канадські експерти уточнюють, що такі результати можна забезпечити завдяки «*ретельним спостереженням команди інтегрованої виписки*» (англ. integrated discharge team, IDT) (*геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія*) – це мультидисциплінарна інтегрована команда різних дотичних професіоналів, яка займається випискою пацієнта та пошуком доступних послуг у громаді. У контексті цього інша учасниця дослідження додала, що соціальний працівник має переконатися, що на момент виписки «*клієнт та його сім'я під'єднані до всіх необхідних послуг у громаді, щоб отримувати безперервну допомогу*» (*соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба*). Ще одна канадська експертка впевнена, що важливо, крім результатів, заснованих на доказах, також враховувати результати, про які повідомили самі клієнти (менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія).

У контексті цього запитання українські експерти уточнюють, що потрібно робити опитування на різних етапах ведення пацієнта та підсумок «*цілей і досягнень клієнта в рамках програм*» (*соціальний працівник (кейс-менеджер) / Львів*), для цього, уточнює інша експертка, важливо мати «*спеціалізовані бази даних та аналітичні інструменти, завдяки яким можна відслідковувати тенденції в тих чи інших сферах, слабкі / сильні місця в проєктах / програмах*» (*головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ*).

Третє уточнювальне запитання в контексті підвищення ефективності послуг стосувалося покращення оцінювання *задоволеності клієнтів*. Експерти у другому раунді дослідження досить вичерпно пояснили, якими можуть бути механізми покращення оцінювання задоволеності клієнтів. Відповіді групи експертів канадської вибірки:

- «чітке спілкування з МДК» (геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія);

- «важливо проводити інтерв'ю та / або фокус-групи, оскільки окремі особи можуть поділитися більш конкретними перевагами чи проблемами в цьому форматі» (менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія);

- «відвідування пацієнтів / клієнтів можна використовувати для отримання зворотного зв'язку в реальному часі» (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба);

- звіти про те, як використовуються дані про задоволеність клієнтів, також можуть бути інструментом для покращення оцінювання цієї ж задоволеності для інших команд (виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба);

- у деяких лікарнях є відповідальний приватний адвокат, якому пацієнти можуть повідомляти свій досвід (позитивний чи негативний) – «він може притягти до відповідальності будь-якого фахівця в разі його дії чи бездіяльності» (соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба).

Також прозвучало застереження, що іноді клієнти мають занадто великі очікування щодо соціальних працівників, вважаючи їх «чудотворцями» чи «мішком з грошима», тому є клієнти, які дуже вдячні за будь-яку допомогу, а інші можуть бути завжди незадоволені через свої завищені очікування (соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба).

Українські коментарі-уточнення були ще більш чіткими та порушили проблему суб'єктивності в оцінці задоволеності клієнтів. Як повідомила одна з учасниць дослідження, існує «крива задоволеності клієнта», що формується зі суб'єктивних та об'єктивних показників, де перші можуть відображатися досить по-різному, а другі, об'єктивні, показують відповідність цілям та завданням програм і проєктів (консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область). Однак, як підтвердилося в кількох відповідях експертів, ефект суб'єктивізму важко прибрати з оцінювання задоволеності клієнтів.

Процес оцінювання дуже схожий на показання в суді: одне слово проти іншого. У сфері надання соціальних послуг НУО (неурядова організація,

– прим. автора) є 2 крайні ситуації: 1) отримувач в силу якихось внутрішніх причин незадоволений наданням послуг та говорить, що не контактував із соц. працівником, хоча насправді з ним велася якісна взаємодія, 2) або ж отримувачі всім задоволені, бо серед соц.працівників їхні друзі/знайомі, з якими вони мають напрацьовані механізми отримання різних благодійних товарів/послуг. Тому він ніколи не дасть соц.працівнику погану оцінку щодо якості надання послуг, щоб не втратити свої привілеї. При цьому якість надання мотиваційних/консультаційних послуг може бути не те, щоб погана, а взагалі відсутня, що в перспективі впливає на прихильність до медичного втручання і участі в соц.програмах. (Головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ)

Отже, підсумуємо наведені вище судження щодо покращення оцінювання послуг соціальної роботи у сфері здоров'я для обох країн. Основні «знахідки» опитування канадської вибірки:

1) наявність акредитаційної системи та ліцензування (що було озвучено ще в першому раунді), яка фактично вимагає дотримання стандартів професійної діяльності, має визначальний вплив на покращення оцінювання якості послуг (детальніше описано в пункті 3.3 цього розділу);

2) супервізія, хоч і не завжди надається відповідно до потреб, але також є важливим елементом оцінювання якості послуг соціального працівника у сфері здоров'я.

В Україні:

1) стандартизація послуг може сприяти контролю за якістю їх надання; відстежування, чи надаються послуги відповідно до офіційно затверджених на рівні держави стандартів. Упродовж останніх шести років такі оновлені стандарти активно затверджуються та впроваджуються, але зараз є значні проблеми щодо їх практичного застосування, особливо в діяльності недержавних організацій.

2) Діджиталізація у процесі фіксування виконаної роботи дозволяє чітко відслідковувати якість та кількість наданих послуг «без прикрас», але наразі такі локальні електронні бази даних добре працюють у недержавному секторі. Створення Єдиної інформаційної системи соціальної сфери сьогодні лише на етапі розробки та тестового впровадження (Міністерство соціальної політики, 2022).

Міркування обох груп експертів з приводу того, як можна *покращити* *супервізію* для соціальних працівників та хто має надавати таку допомогу, зійшлися переважно до опису характеристик, яким має бути супервізор: однак у канадській групі – це «*досвідчений соціальний працівник, не керівник*» (*соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба*); а в українській – «*експерти та фахівці з різних галузей, лідери професійних спільнот*» (*консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область*). Зазначалося, що супервізія є ключовим аспектом для «входу» в професію молодих та ще не досвідчених соціальних працівників, а також – це основний метод з профілактики професійного вигорання та турботи про психічне здоров'я на робочому місці. Порівнюючи відповіді канадських і українських експертів у цьому блоку запитань, можна висловити припущення щодо більшої заангажованості канадських фахівців у питаннях соціальної роботи в сфері здоров'я. На це вказує схильність до визнання суб'єктивних чинників як важливих в реалізації послуг у сфері здоров'я. Натомість українські експерти віддають перевагу об'єктивним чинникам (стандарти, діджиталізація записів) як важливим у процесі покращення якості соціальних послуг; це може вказувати як на певну відстороненість, небажання занадто занурюватися в подібну практику, так і на достатньо високий рівень володіння навичками психогігієни, вміння виставляти професійні межі.

Підвищення якості й ефективності послуг

Експертам пропонувалося проранжувати озвучені в ході інтерв'ю позитивні та негативні фактори, що впливають на якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я.

Спершу учасники дослідження розташовували позитивні фактори в порядку, де «1» – найважливіший, «2» – другий за важливістю і так далі, а «5» – найменш важливий фактор для забезпечення якості та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я:

а) розбудова мережі контактів та постійна співпраця між усіма професіоналами, які надають послуги;

- b) неперервна освіта для підвищення професійних знань і навичок;
- c) збільшення фінансового забезпечення для надання соціальних послуг у сфері здоров'я;
- d) полегшення робочих процесів та уніфікація їх документування;
- e) підтримуюче, добре організоване керівництво та супервізія.

Опісля експерти могли прокоментувати свою відповідь або ж додати інші фактори до списку. Повний розподіл відповідей на це запитання у діаграмах розміщено в Додатку 10. Далі ми аналізуємо відповіді канадських та українських експертів щодо кожного фактора окремо.

Отже, для забезпечення якості та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я **найважливішим фактором** для 4 із 7 канадських експертів є збільшення фінансового забезпечення для надання соціальних послуг у сфері здоров'я (c), а також він другий за важливістю для 1 та середній за важливістю – для 2 із 7 експертів.

Розбудова мережі контактів та постійна співпраця між усіма професіоналами, які надають послуги (a), – це найважливіший фактор для 3 із 7 канадських експертів, він другий за важливістю для 1, середній за важливістю – для 2 та найменш важливий для 1 із 7 експертів.

Другий за важливістю фактор для 4 із 7 канадських експертів – це *підтримуюче, добре організоване керівництво та супервізія (e)*, а для 3 із 7 експертів – це *полегшення робочих процесів та уніфікація їх документування (d)*.

Відповіді щодо фактора *безперервної освіти для підвищення професійних знань і навичок (b)* розподілилися по-різному: це – найважливіший фактор для 2 із 7 експертів; другий за важливістю – для 1; третій – для 2; четвертий – для 1 із 7 канадських експертів найменш важливий фактор.

У контексті цього запитання ми отримали чималий коментар соціальної працівниці відділення невідкладних станів з Вінніпегу в Манітобі:

Одним із дуже важливих факторів є те, що ми як соціальні працівники не повинні мати владу над нашими пацієнтами / клієнтами, але, на жаль, ми маємо, і саме те, як ми використовуємо цю владу, є життєво важливим. Нам

потрібно співпрацювати з ними, а мережа, яку ми розвиваємо, має надавати позитивні та постійні ресурси для подальшого спостереження за пацієнтом / клієнтом. Мережа є життєво важливою для соціальних працівників, щоб допомогти їхнім пацієнтам / клієнтам. Я вірю в просту повагу до всіх, незалежно від того, хто ти є і що робиш! І цьому я навчаю своїх учнів. Поважайте всіх! Я дуже намагаюся зміцнити впевненість у своїх пацієнтів, щоб допомогти їм зрозуміти, що вони можуть відстоювати свої права. Це починається з поваги. Це може зайняти час, щоб побудувати довіру та стосунки, особливо в умовах лікарні. Спілкування є ключовим. Ось чому соціальному працівнику потрібен дуже хороший чіткий, ефективний, спільний план випуски і поділитися ним з усіма дисциплінами, які зараз працюють з пацієнтом / клієнтом, а також ресурсами спільноти, які продовжуватимуть працювати з пацієнтом / клієнтом для подальшого спостереження. Як соціальний працівник я продовжую навчати медичних працівників тому, що робить і вміє робити соціальний працівник; вони вчать і продовжують задавати питання, що є фантастичним, що говорить мені, що вони зацікавлені! Я дуже мало стикалася з негативом або недовірою до своєї позиції. Я пов'язую це зі своєю трудовою етикою та цінностями турботи про всіх... пацієнтів та моїх колег! Мені дуже пощастило, що я в такому дивовижному становищі допомагаю всім, і я люблю свою роботу! (Соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба)

Для 5 із 8 українських експертів одразу два **фактори**, що забезпечують якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я, є **найважливішими**: розбудова мережі контактів та постійна співпраця між усіма професіоналами, які надають послуги (а) та безперервна освіта для підвищення професійних знань і навичок (b). Половина експертів (4 із 8) вважає **найважливішим фактором** також збільшення фінансового забезпечення для надання соціальних послуг у сфері здоров'я (с).

Фактори полегшення робочих процесів та уніфікація їх документування (d) і підтримуюче, добре організоване керівництво та супервізія (e) одночасно визначаються українськими експертами (3 із 7) на **другому за важливістю місці** для покращення якості та ефективності послуг.

До цього запитання головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу з Києва у коментарях додала:

У першу чергу – компетенція надавачів послуг та партнерська співпраця є запорукою якісного надання послуг. Звісно ж, гідний рівень оплати праці як запорука стабільності роботи проєктів / програм та створення

конкурентоспроможного середовища задля уникнення ризиків монополізації сфери. Полегшення робочих процесів та добре організоване керівництво залишила останніми, але не тому, що вони менш важливі: просто, на мою думку, ці фактори автоматично працюють на найвищому рівні, коли налагоджена партнерська співпраця та фахівці мають компетенції. Адже це як бізнес – наявність конкурентного середовища витісняє слабких і некомпетентних.

Отже, найважливішим фактором для забезпечення якості та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я в канадській практиці соціальної роботи можемо вважати збільшення фінансового забезпечення для надання цих послуг. Для України такими пріоритетними факторами є розбудова мережі контактів та постійна співпраця між усіма професіоналами, безперервна освіта для підвищення рівня професійних знань і навичок.

У другому запитанні експертам було представлено п'ять факторів, які негативно впливають на якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я. Їх також потрібно було проранжувати, оцінюючи від «1-го» – найважливіша проблема, до «5-ти» – найменш важлива проблема, що впливає на забезпечення якості та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я:

- a) відсутність послідовності та системності політик, стандартизації послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг;
- b) нерозуміння значення соціальної роботи, її ролі у сфері здоров'я;
- c) недостатня мотивація фахівців через низький рівень оплати праці, велике навантаження або загрозу життю чи здоров'ю;
- d) проблеми з мотивацією до змін клієнтів, їхньою забезпеченістю, доступом до інформації та їхнього оточення;
- e) відсутність належної підтримки та супервізії з боку керівництва.

Після цього учасники дослідження знову мали можливість прокоментувати свою відповідь або запропонувати додатковий фактор до запропонованого списку.

У відповідях канадських експертів не знаходимо одностайності. **Найбільш проблемний фактор**, що впливає на якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я, для кожного експерта визначається по-різному: для 3 із 7 осіб – це

недостатня мотивація фахівців через низький рівень оплати праці, велике навантаження або загрозу життю чи здоров'ю (с).

Ситуація із наступними двома факторами – майже ідентична: 2 із 7 осіб однаково вважають проблеми з мотивацією до змін клієнтів, їхньою забезпеченістю, доступом до інформації та їхнього оточення (d) і відсутність належної підтримки та супервізії з боку керівництва (e) **найбільшими проблемами**, що впливають на якість та ефективність послуг у сфері здоров'я; у той час 4 із 7 осіб однаково відносять ці два **фактори на друге місце**.

Більше половини (4 із 7) погодилися віднести фактор відсутності послідовності та системності політик, стандартизації послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг (a) на **третє місце**. Та 3 із 7 експертів вважають, що нерозуміння значення соціальної роботи, її ролі в сфері здоров'я (b) як фактор, що негативно впливає на якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я, має стояти **на останньому місці**.

У зв'язку із цим запитанням надійшов коментар експертки:

Як професіонали охорони здоров'я ми всі маємо справу зі «списками очікування». Як соціальні працівники ми повинні відстоювати своїх пацієнтів. Як вже згадувалося у попередній відповіді, я працюю незалежно і продовжую навчати своїх колег щодо моєї ролі. Працюю у співпраці зі своїми пацієнтами, дозволяючи їм направляти їхню допомогу та перенаправляти, коли це необхідно. Я також дуже наполегливо думаю над тим, щоб включити всі дисципліни, що працюють з пацієнтами та їхніми сім'ями, для ефективного спілкування та постійної підтримки. (Соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба)

Українські експерти проблемні фактори ранжували абсолютно по-іншому у порівнянні з їхніми канадськими колегами. **Найбільш проблемний фактор**, що впливає на якість та ефективність соціальних послуг у сфері здоров'я, – це:

- нерозуміння значення соціальної роботи, її ролі у сфері здоров'я (b) (4 із 8 експертів);

- однаково визначили фактори відсутності послідовності та системності політик, стандартизації послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг (a) та

недостатньої мотивації фахівців через низький рівень оплати праці, велике навантаження або загрозу життю чи здоров'ю (с) 3 із 8 експертів.

На другому місці фактори, що негативно впливають на якість та ефективність послуг у сфері здоров'я, такі:

- проблеми з мотивацією до змін клієнтів, їхньою забезпеченістю, доступом до інформації та їхнього оточення (d) – 4 із 8 експертів;

- однаково визначили фактори відсутності послідовності та системності політик, стандартизації послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг (a) та відсутності належної підтримки та супервізії з боку керівництва (e) 3 із 8 експертів.

Головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу з Києва додала, що *«заполітизованість і корумпованість у сфері – це найважливіші проблеми на даний момент в сфері охорони здоров'я».*

Отже, для Канади найважливішою проблемою, що спричиняє тиск на якість та ефективність послуг, згідно з відповідями експертів, є недостатня мотивація фахівців у зв'язку з низьким рівнем оплати праці, надмірним навантаженням або загрозою життю чи здоров'ю. А в Україні найбільшою проблемою у цьому контексті, на думку експертів, є брак розуміння значення соціальної роботи і ролі соціальних працівників у сфері здоров'я в якості важливого інструменту забезпечення соціального включення, покращення благополуччя пацієнтів / клієнтів. При чому таке нерозуміння існує і в середовищі фахівців, дотичних до надання послуг у сфері здоров'я, і в суспільстві загалом, зокрема й серед клієнтів / пацієнтів.

Підсумок

Проведене емпіричне дослідження дає підстави стверджувати, що всі три гіпотези дослідження, висловлені на початку розділу, справдилися. Зокрема, підтверджено, що в сьогоденні відсутня система соціальних послуг у сфері охорони здоров'я, а у зв'язку зі збереженням здоров'я діяльність соціального працівника у цій сфері Україні не має системності, є переважно фрагментарною та епізодичною (точковою). Водночас наявні достатньо розроблені практики в окремих ділянках

соціальної роботи у сфері здоров'я, зокрема, в питаннях профілактики, терапії та реабілітації ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, залежностей від психоактивних речовин, а також у зв'язку з інвалідністю дітей, дорослих, зумовленої різними порушеннями здоров'я. Основними надавачами послуг є соціальні працівники недержавних організацій.

Підтверджено гіпотезу щодо слабкої, недостатньої міжгалузевої взаємодії в питаннях збереження і зміцнення здоров'я на державному (між Міністерством охорони здоров'я і соціальної політики), інституціональному (між фахівцями і закладами сфери здоров'я та соціальними працівниками), регіональному (між державними, громадськими, благодійними організаціями, закладами охорони здоров'я, соціальними служба) і місцевому рівнях (між клієнтами соціальних служб, пацієнтами закладів охорони здоров'я, соціальними працівниками і представниками інших спеціальностей, дотичних до вирішення проблем здоров'я). Це не сприяє розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я. Однак вагомий внесок громадського сектору в цьому питанні є сполучною ланкою для об'єднання всіх цих систем, що надалі може сприяти розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я.

Застосування вагомих здобутків і врахування певних виявлених недоліків канадського досвіду в галузі теорії, практики та професійної підготовки соціальних працівників сфери здоров'я, на нашу думку, можуть активізувати розвиток цього напрямку соціальної роботи в Україні. Отримані, інтерпретовані, проаналізовані результати порівняння даних емпіричного і теоретичного досліджень використано для здійснення прогнозування розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні, представлені у відповідному підрозділі.

Основні результати виконаних завдань емпіричного дослідження.

1. З'ясовано, що ролі, які виконують соціальні працівники сфери здоров'я в обох країнах, умовно розділені на п'ять груп: практичні, посередницькі, управлінські/адміністративні, дослідницькі, поєднані. При цьому в канадській практиці СРСЗ представлені три групи ролей: суттєво частіше фігурують практичні ролі, їх спектр дуже широкий, вони часто пов'язані зі специфікою закладу ОЗ; посередницькі й адміністративні ролі в меншості. Це відповідає тим посадам, які

займають соціальні працівники в закладах сфери здоров'я і типах закладів / відділень, а також роботі в громаді. Український досвід більш різноманітний з погляду ролей, вміщує всі п'ять груп. З них найбільша група ролей практичних, пов'язаних з роботою і особами з інвалідністю та ВІЛ/СНІД; інші – посередницькі, управлінські, поєднані – представлені майже порівну; є й дослідницька роль, що відповідає посаді фахівця з соціологічних, поведінкових і біоповедінкових досліджень.

2. Виявлено особливості (специфіку) соціальних послуг, які надаються соціальними працівниками у зв'язку зі станом здоров'я. Так, в Канаді соціальні послуги дуже спеціалізовані, мають безпосередню виражену прив'язку до специфіки закладу ОЗ чи порушення здоров'я, з приводу якого здійснюється втручання (соціальний працівник медичний, психіатричний, педіатричний, геріатричний тощо) або групи клієнтів (підтримка матеріального забезпечення у зв'язку проблемою здоров'я чи низьким доходом, робота з сім'ями військових, програма паліативного догляду, проблема домашнього насильства ін.); багато послуг пов'язані з посередницькою роботою (в громаді, для окремого клієнта, з догляду вдома тощо). Для послуг СРСЗ в українському середовищі характерна виражена спрямованість роботи з соціально значущими (соціально небезпечними) порушеннями здоров'я, як от, ВІЛ/СНІД, туберкульоз, ХПСШ, залежності від ПАР і поведінкові залежності, допомога особам з інвалідністю; послуги охоплюють всі рівні практики соціальної роботи – від індивідуальної, до роботи з сім'ями, групами, громадами, включно з питаннями соціальної політики.

3. Щодо методів оцінювання послуг, то важливу роль в Канаді відіграють професійні організації, частково уряд, проте першочергово – зовнішні організації – зі стандартів в охороні здоров'я (HSO) і з акредитації Канади (Accreditation Canada). Суттєве значення в покращенні якості послуг має ліцензування роботи фахівців коледжами у відповідності до вимог КАСП і КАОСР. Тому очевидним способом підвищення якості й ефективності послуг експерти вважають підвищення рівня професійної компетентності соціальних працівників, що гарантується завдяки високому рівню професійної підготовки, якого можна досягти, передовсім, завдяки

високій якості акредитованих КАСП освітніх програм, а також регулярному професійному зростанню (підвищенню кваліфікації впродовж професійної кар'єри – освіта впродовж життя).

В українській практиці СРСЗ відсутній єдиний підхід до оцінювання результатів наданих послуг; стандартів послуг СРСЗ немає; оцінювання якості послуг відбувається частково, нерегулярно, по різному; першочергова роль в оцінці послуг відведена клієнтам / пацієнтам, до певної міри фінансовим органам. Дієвими інструментами контролю за якістю надання послуг, на думку українських експертів, могут бути стандартизація послуг на рівні держави, а також діджиталізація фіксування результатів виконаної роботи. Загальновизнаним інструментом покращення якості соціальних послуг експерти обох країн вважають супервізію, проте визнають її брак або й дефіцит на практиці.

4. Встановлено, що в канадській практиці частіше СРСЗ зосереджена в медичних закладах (діагностичних, лікувальних спеціалізованих, профілактичних, реабілітаційних, амбулаторних і стаціонарних, резидентних), хоча чимала частина роботи соціальних працівників СЗ реалізується в громаді, безпосередньо вдома у клієнтів. Для українського досвіду основне місце практики СРСЗ – спеціалізовані осередки (центри) реабілітаційного, профілактичного, лікувального спрямування, рідше – це БО, ГО, які здійснюють індивідуальну роботу; робота в групах, громадах не є пріоритетом.

5. Основні групи клієнтів таких організацій і споживачів відповідних послуг достатньо різняться у Канаді та в Україні. Проблеми, з якими звертаються клієнти варіюють – від фінансових труднощів у зв'язку з порушеннями здоров'ям, до потреб фізичної реабілітації наслідків проблем здоров'я, порушень психічного здоров'я і наслідків стигматизації, дискримінації чи інших бар'єрів, що зумовлені станом здоров'я. У канадському досвіді клієнтами соціальних працівників СЗ може бути будь хто, хто опинився в закладі ОЗ чи має труднощі соціального функціонування через стан здоров'я. Для українських реалій така практика ще наразі виняток, аніж правило чи норма.

6. Виявлено, що підходи у роботі, принципи та цінності, якими керуються соціальні працівники СЗ багато в чому співпадають в Україні та Канаді, зорієнтовані на цілісне бачення особистості, її здоров'я. Водночас є певні особливості, зокрема, канадські експерти наголошують на глибинному вивченні ситуації клієнта, врахуванні культурного контексту, попереднього досвіду, пов'язаного з травмою, відстоюванні потреб клієнта у сфері здоров'я до цілковитого розв'язання проблеми. Українські експерти визнають в якості ключових цінності й принципи соціальної роботи, пов'язані з правом клієнта на самовизначення, професійною компетентністю фахівця, підвищенням якості послуг.

7. Основними викликами у професійній діяльності фахівців соціальної роботи у сфері здоров'я канадські експерти вважають системні труднощі, такі, як обмеження тривалості перебування пацієнтів у лікарняних закладах, збільшення навантаження на одного працівника, обмеження ресурсів для клієнтів тощо. Можливість подолання цих викликів, на думку канадських фахівців, у збільшенні фінансового і ресурсного забезпечення.

Виклики в українській практиці СРСЗ експерти пов'язують першочергово з відсутністю системності послуг для здоров'я, низьким рівнем культури здоров'я пацієнтів / клієнтів, що проявляється в недостатньому усвідомленні ризиків щодо здоров'я внаслідок недотримання плану лікування, споживацьке ставлення до деяких видів безкоштовних послуг, гіперопіка рідних, опікунів, брак підтримки оточення тощо. До системних викликів віднесено: дефіцит супервізорів, брак міжгалузевої співпраці, погана поінформованість фахівців про організації, ресурси, можливості для клієнтів, нерозуміння значення перескерування клієнтів для комплексного розв'язання проблем і потреб вразливих груп населення на рівні формування політики, професійне вигорання, ризики для здоров'я і життя на робочому місці. Подолання цих викликів, на думку українських фахівців, можливо шляхом підвищення рівня поінформованості як в професійних колах, так і широкої громадськості щодо значення і ролі соціальної роботи у сфері здоров'я, розбудова

мережі закладів, організації, які надають послуги СРСЗ, підвищення кваліфікації фахівців.

8. З'ясували, що досвід роботи соціальних працівників сфери здоров'я в міждисциплінарній (мультидисциплінарній) команді є загальновідомим і типовим для цього напрямку соціальної роботи в обох країнах. Експерти одноголосно визнають таку команду важливим інструментом комплексного розв'язання проблем клієнтів соціальної роботи у сфері здоров'я. Серед чинників покращення роботи такої команди найбільше значення відводять наявності лідера-організатора, високому рівню кваліфікації всіх членів команди, професійній підготовці й неперервній освіті. Водночас експерти з України схильні міждисциплінарну команду в сфері здоров'я оцінювати за швидкістю виконання поставлених завдань і можливостями взаємозамінності фахівців у команді, не беручи при цьому до уваги саме ефект синергії у роботі такого колективу.

3.5. Прогностичне обґрунтування розвитку практики соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні з урахуванням досвіду Канади

Наведена вище порівняльна характеристика професійної діяльності соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді та Україні дає підстави стверджувати, що на сьогодні в Канаді сформована система соціальної роботи у сфері здоров'я, представлена на інституціональному, державному, регіональному і місцевому рівнях. Основними компонентами цієї системи є: ціннісний, суб'єкт-суб'єктний, змістовно-структурний (соціальні послуги і заклади), організаційно-процесуальний, оцінювально-результативний компоненти, які охоплюють мікро-, мезо- і макрорівні практики соціальної роботи в сфері здоров'я.

Метою СРСЗ визначено комплексне розв'язання соціальних проблем у контексті здоров'я людини задля покращення її добробуту через зміцнення і збереження здоров'я

Виходячи з мети, *завдання СРСЗ* полягають у: сприянні звичному соціальному функціонуванню і соціальному включенню особистості в складних життєвих обставинах зумовлених порушеннями здоров'я; розкриття сильних сторін

особистості задля змін поведінки щодо здоров'я з індиферентної чи негативної на прихильну до здоров'я; збагачення індивідуального досвіду здоров'я через навчання здоров'я; подолання бар'єрів у доступі до послуг здоров'я через відстоювання права на здоров'я; роботі з соціальними детермінантами здоров'я і зміною середовища.

Досягненню мети і виконанню завдань СРСЗ можливе завдяки використанню наукових *підходів*: системного, міждисциплінарного, екологічного, гуманістичного, синергетичного, компетентнісного, культурологічного, аксіологічного, травма-орієнтованого, антигноблення, інтерсекціональності. Це передбачає врахування *принципів*: клієнтоцентризму, мультикультуралізму; конфіденційності; неупередженості; партнерських стосунків між соціальним працівником і клієнтом, іншими фахівцями і службами; застосування інноваційних методів і технологій; інклюзії; рівноправності у доступі до ресурсів здоров'я; автономності клієнта, індивідуального підходу; міждисциплінарної, інтегрованої, культурокомпетентної допомоги, орієнтованої на сім'ю, зосередженої в громаді.

Функціонування системи базується на професійних *цінностях* СРСЗ: цінність людського життя і здоров'я, гідність, соціальна справедливість, повага до різноманіття, служіння, клієнтоцентризм, ставлення до кожної людини як цілісної особистості; повага до права клієнта на самовизначення у питанні здоров'я і участі в прийнятті рішень щодо здоров'я; розвиток внутрішнього потенціалу особистості; усунення бар'єрів (нерівності) у середовищі клієнта для досягнення повного здоров'я; важливість людських відносин, професійна компетентність і професійне зростання.

Центральне місце в системі належить *суб'єкт-суб'єктній* компоненті як носію цінностей професійної діяльності соціальних працівників сфери здоров'я. Безпосередні учасники – соціальні працівники, клієнти / пацієнти, медичні працівники і представники різних спеціальностей, дотичних до вирішення проблем здоров'я, парапрофесіонали.

Клієнти / пацієнти, як і соціальні працівники чи інші представники міждисциплінарної команди фахівців у СРСЗ є певним відображенням різноманітності суспільства. Соціальні працівники сприяють підтримці атмосфери розуміння людського розмаїття, у якій люди з відмінностями та особливими характеристиками відчувають підтримку, свою цінність і право на покращення добробуту. Клієнти представляють багатогранність расових, етнічних, культурних, релігійних, гендерних, пов'язаних зі здоров'ям та інших особливостей канадського суспільства. Серед клієнтів /пацієнтів СРСЗ особи з числа малозабезпечених, які претендують на певні соціальні виплати у зв'язку з порушенням, втратою здоров'я; особи похилого та старечого віку; особи з різними видами інвалідності; сім'ї з дітьми з аутизмом чи з іншими проблемами здоров'я; безпритульні; особи з різними видами залежностей; жертви домашнього насильства, жорстокого поводження; люди, які потрапили в лікарню з різних причин; сім'ї осіб, які мають проблеми зі здоров'ям.

Соціальні працівники виконують різноманітні ролі (практичні, посередницькі, адміністративні, дослідницькі, поєднані) та функції (клінічної соціальної роботи; залучення ресурсів і перескерування; адміністративні й супервізорські), з огляду на необхідність задоволення потреб і розв'язання тих проблем, з якими зіткнулися клієнти / пацієнти.

Змістовна компонента СРСЗ полягає у переліку основних послуг, що надаються, тобто *прямі* (безпосередньо надаються клієнтам, як от, навчання, підтримка, консультування, супровід, довготривалий догляд, представництво) і *непрямі послуги* (координація виписки зі стаціонару, залучення коштів чи ресурсів громади, керівництво службою тощо). Реалізація послуг відбувається у відповідних *місцях практики СРСЗ*, а це можуть бути медичні заклади лікувального, діагностичного, реабілітаційного спрямування, центри профілактики порушень психічного здоров'я і профілактики залежностей, клініки здоров'я в громаді, благодійні організації, резидентні заклади постійного проживання, центри діалізу,

хоспісні програми, паліативні відділення, геріатричні центри тощо). Це також *ролі та функції*, які виконує соціальний працівник в процесі надання послуг і розв'язання соціальних проблем у зв'язку з порушеннями здоров'я.

Організаційна компонента СРСЗ включає відповідні *організаційні умови* – нормативно-правове забезпечення – політику в сфері охорони здоров'я і діяльності соціальних працівників у СЗ, стандарти практики, акредитовані освітні програми коледжів і університетів, за якими здійснюється підготовка соціальних працівників для СРСЗ; КАСП і КАШСР, що надають ліцензії соціальним працівникам; Організація зі стандартів в охороні здоров'я (НСО), Організації з акредитації Канади, які оцінюють якість послуг; *моделі практики* – міждисциплінарна команда, мультидисциплінарна команда фахівців, індивідуальна робота; супервізія.

Результативна компонента СРСЗ включає саме оцінювання (моніторинг) результатів і супервізію як частину процесу сприяння якості послуг і водночас оцінювання виконаної роботи. Результатом діяльності соціальних працівників сфери здоров'я є досягнення

Формування системи СРСЗ в Канаді відбувалося впродовж тривалого, понад столітнього періоду і характеризувалося різними особливостями впродовж семи основних (виокремлених нами) етапів. Для кожного з цих етапів були притаманні певні закономірності.

В Україні можна говорити наразі про розвиток професійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я, оскільки визначені в канадському досвіді компоненти системи не присутні в повному обсязі, або ж не забезпечені належним рівнем зв'язків і взаємозалежності, що дозволило б забезпечити їх синергетичну результативність і ефективність. Наявні окремі соціальні послуги і організації, проекти і програми, що реалізують соціальну роботу в сфері здоров'я. Проте вони не забезпечують задоволення того обсягу потреб, які в реальності існують в сучасному українському соціумі, не достатньо поширені в межах країни.

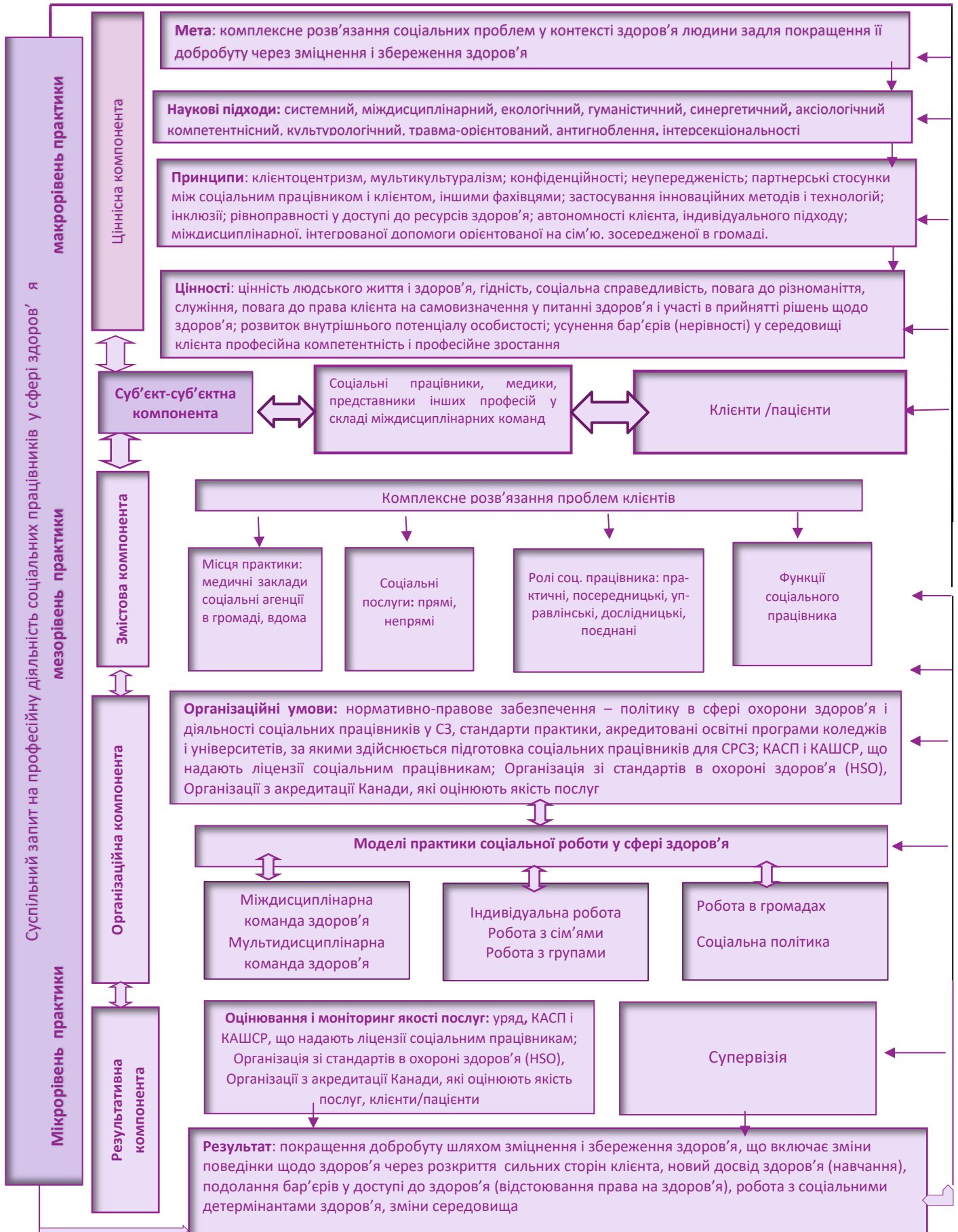


Рис. 3.1. Система соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді
Джерело: авторська розробка

Результати нашого дослідження дають підстави вважати, що ефективним підходом до вирішення складних проблем здоров'я людей є застосування комплексних, інтегрованих послуг на базі громади. Вивчення розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді показало, що теорія та практика цієї діяльності нерозривно пов'язана з піклуванням про здоров'я людей ще відтоді, коли перші волонтери зголосилися навідувати хворих у лікарнях (див. Додаток 7. *Періодизація розвитку СРСЗ Канади*). Потужний розвиток соціальних послуг та послуг з охорони здоров'я, що відбувся згодом у Канаді, лише підтвердив важливість не лише медичного лікування, а й визнання гідності та цінності людини, дотримання етики у спілкуванні з пацієнтом / клієнтом, врахування контексту, а також впливу та зміни середовища задля вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям – всі складові «працюють» на благо людини. Сьогодні канадська держава є прикладом гармонійного поєднання двох сфер охорони здоров'я та соціальної сфери, зокрема на державному та інституційному рівні, а соціальні послуги у закладах охорони здоров'я передбачені «за замовчуванням». Проведене емпіричне дослідження лише підтвердило наше припущення, що засобами соціальної роботи можна ефективно сприяти зміцненню та покращенню здоров'я населення.

Тому на порядку денному постало питання впровадження прогресивного зарубіжного, зокрема канадського, досвіду соціальної роботи у сфері здоров'я в українське суспільство. У нашій країні маємо дещо іншу ситуацію щодо розвитку соціальної роботи та охорони здоров'я, традиційно – це окремі, але не ізольовані одна від одної сфери діяльності, що підсилено на державному рівні існуванням різних профільних міністерств: Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я. Попри це соціальна робота у сфері здоров'я в Україні розвивається, про що свідчить наша наукова розвідка та підтверджує емпіричне дослідження. Складність полягає у тому, що в умовах реформи децентралізації та одночасно триваючої реформи системи охорони здоров'я важко зрозуміти, де саме має бути місце соціальної роботи у сфері здоров'я після завершення всіх трансформаційних процесів.

Узагальнення результатів наукового пошуку уможливило виявлення прогресивних ідей досвіду Канади й обґрунтування *науково-методичних рекомендацій* щодо їх творчого використання в розбудові соціальної роботи у сфері здоров'я в Україні. Розроблені рекомендації обґрунтовуються на державному, галузевому, інституціональному, регіональному і місцевому рівнях за напрямками – концептуальним, нормативним, управлінським, методичним, інформаційним.

Концептуальний напрям рекомендацій полягає у зміні методологічних підходів до розвитку теорії і практики діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я, тобто реальний перехід до концепції людиноцентризму, визнання соціальної сфери пріоритетом державної політики, здоров'я особистості – основою благополуччя, засадничою умовою конкурентоздатності, чинником обороноздатності країни. Застосування у соціальній сфері підходів індивідуалізації, комплексності соціальних послуг, активної участі клієнта у вирішенні проблем в якості партнера, суб'єкта розв'язання проблеми, що зумовлює складні життєві обставини і порушення здоров'я, а не пасивного «об'єкта» діяльності, споживача послуг, ресурсів. У закладах соціальної сфери доцільно застосовувати підхід клієнтоцентризму, децентралізацію управління; в охороні здоров'я – холістичний підхід. Відмова від патерналізму в наданні послуг. Впровадження концепції соціальної роботи сфери здоров'я як інструменту розвитку цілісної особистості і шляху досягнення повного здоров'я і добробуту; спільної стратегії покращення здоров'я населення засобами міжгалузевої співпраці.

Нормативний напрям передбачає вдосконалення законодавства, зокрема «Про соціальні послуги» для доповнення і уточнення термінології, інфраструктури, професійного рівня і кваліфікації фахівців, категорій клієнтів, механізмів вирішення соціальних проблем, ринку соціальних послуг, фінансування соціальних послуг. Внесення «Соціальної роботи у сфері здоров'я» в державний класифікатор професій і посад; розроблення стандартів професійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я; збільшення держзамовлення на підготовку фахівців соціальної роботи (всіх освітніх рівнів); розроблення стандартів підготовки соціальних працівників до діяльності у сфері здоров'я. Законодавче забезпечення участі соціальних працівників у сфері здоров'я в складі мультидисциплінарних, міждисциплінарних груп фахівців – команд здоров'я.

Управлінський напрям змін спрямований на: удосконалення політики взаємодії між Міністерствами соціальної політики, охорони здоров'я, розвитку громад та територій України для узгодження питань міжпрофесійної взаємодії між фахівцями соціальної сфери, медичними працівниками, органами громадського врядування, представниками інших спеціальностей і професій у забезпеченні безперешкодної діяльності міждисциплінарних команд здоров'я. Започаткування міжпрофесійної підготовки соціальних працівників до діяльності у сфері здоров'я (наприклад, соціальна робота і громадське здоров'я, лікарняна соціальна робота). Підсиленням значущості професії соціального працівника як ключового актора соціальних змін шляхом популяризації діяльності соціального працівника в суспільстві (моральне заохочення), створення достойних умов праці і заробітку (економічне стимулювання), соціальна реклама професійної діяльності соціальних працівників (інформаційне). На рівні Міністерства освіти і науки ініціювати відкриття нових освітніх програм спеціалізації «Соціальна робота у сфері здоров'я» для підготовки бакалаврів і магістрів соціальної роботи. Використання інноваційних методів і технологій міжпрофесійної підготовки. Для Міністерства соціальної політики – зміна політики оцінювання якості роботи соціальних працівників, сприяння їх професійному розвитку впродовж життя;. Створення всеукраїнської професійної організації соціальних працівників сфери здоров'я як осередку розвитку теорії і практики; розроблення етичного кодексу соціальних працівників сфери здоров'я; розвиток міжнародної співпраці; формування стандартів практики і стандартів підготовки на основі Світових стандартів; запровадження ліцензування практики соціальних працівників професійною спільнотою фахівців соціальної роботи.

Рекомендації щодо *методичного* напрямку стосуються: сприяння професійному розвитку соціальних працівників через систему формальної, неформальної та інформальної освіти в соціальній роботі (освіта впродовж життя); залучення іноземних гостьових лекторів і викладачів, а також висококваліфікованих зарубіжних практиків соціальної роботи у сфері здоров'я до проведення підвищення кваліфікації соціальних працівників; цифровізація виробничих процесів, пов'язаних з документообігом у соціальній роботі в сфері здоров'я; стимулювання дослідницької активності практиків соціальної роботи у сфері здоров'я задля вивчення потреб клієнтів і галузі загалом (досліджень, базованих на фактичних даних); фінансова підтримка навчальної і

проектної діяльності соціальних працівників сфери здоров'я; сприяння обміну досвідом фахівців СРСЗ в закордонних соціальних службах і агенціях; посилення співпраці громад, вітчизняних і зарубіжних університетів, інших міжнародних освітніх і соціальних організацій для спільних науково-навчально-практичних заходів – конференцій, семінарів, тренінгів, воркшопів; залучення кращих практиків соціальної роботи у сфері здоров'я до викладання на університетських програмах підготовки бакалаврів /магістрів /докторів філософії зі спеціальності соціальна робота.

Інформаційний напрям передбачає пропаганду цінностей соціальної роботи у сфері здоров'я; інформування про послуги соціальної роботи у сфері здоров'я, ролі та функції соціального працівника СЗ, групи клієнтів і проблеми, з приводу яких необхідне здійснення комплексного втручання з врахуванням особливостей здоров'я клієнта; заснування фахового науково-практичного видання «Соціальна робота в сфері здоров'я» як науково-практичної платформи міждисциплінарних досліджень, ініціатив, публікацій. Інформування про результати спільних досліджень із залученням громади; розроблення спільних програм розбудови здорової громади і надання інформаційних, консультаційних, освітніх, реабілітаційних інших послуг у ЗМІ, в науково-практичних виданнях; організація науково-практичних конференцій регіонального, національного, міжнародного рівнів з питань підготовки соціальних працівників для сфери здоров'я; профорієнтаційна робота в загальноосвітніх і закладах професійної освіти.

На місцевому рівні, в громадах доцільно створювати осередки комплексного надання соціальних послуг, так званого Центру послуг «під одним дахом». Беручи до уваги децентралізаційні процеси, а також те, що в нашій державі охорона здоров'я та соціальна сфера залишаються в різних відомствах, такий *Центр комплексного надання соціально-медичних послуг в громаді* на часі. Структура його розроблена на базі типової територіальної міської громади. Вона відображає зв'язок основних структурних елементів: центр надання соціальних послуг, заклад охорони здоров'я, соціальну службу фахівців соціальної роботи (ФСР), відділення соціального обслуговування та відділ підтримки сім'ї. Модель відображено у загальній організаційно-функціональній структурі територіальної громади (див. Рис. 3.2).



Рис. 3.2. Місце моделі Центру комплексного надання соціально-медичних послуг у загальній організаційно-функціональній структурі територіальної громади

Джерело: авторська розробка

Така модель може бути добрим виходом для маленьких громад, де немає достатнього ресурсу для двох різних установ: охорони здоров'я і соціального забезпечення.

Висновки до третього розділу

Підсумовуючи третій розділ та емпіричне дослідження за методом Делфі, вважаємо, що наші гіпотези підтвердилися. Соціальній роботі у сфері здоров'я в Україні й справді характерна епізодичність та фрагментарність, адже порівняно з канадським досвідом, спеціалізація вітчизняних соціальних працівників у сфері здоров'я досить обмежена, а працюють вони переважно у благодійних чи громадських організаціях. Орієнтуючись на відповіді українських експертів, бачимо, що досвід діяльності в лікарняних закладах майже відсутній, за винятком наркологічної клінічної лікарні.

Простежується і слабка взаємодія між системами охорони здоров'я, соціальної політики, соціальними працівниками та з клієнтами соціальних служб в Україні. Це підтвердили учасники дослідження з України: «відсутність «доброї» міжгалузевої співпраці»; «недостатня обізнаність фахівців про організації, ресурси, можливості»; «не йдеться про цілісне (комплексне) вирішення проблеми»; «нерозуміння потреб вразливих груп населення на рівні формування політики». Проте той наявний досвід співпраці, що вже існує, – це досить успішний кейс інтеграції соціальних послуг у сферу здоров'я, зокрема, у випадку співпраці Центру громадського здоров'я МОЗ України з благодійними та громадськими сервісними організаціями, що працюють у сфері ВІЛ/СНІД.

Справедливо відмітити, що й у Канаді не всі лікарняні та інші заклади охорони здоров'я приязно налаштовані щодо присутності соціальних працівників, їх роль часто недооцінюють або навіть подекуди намагаються замінити. Однак соціальні послуги на базі таких закладів – норма, а не виняток. Великою проблемою для канадської соціальної роботи у сфері здоров'я є довгий період очікування на деякі види послуг, що значно ускладнює якісну підтримку та допомогу клієнту / пацієнту. Також виявлено, що канадським експертам було складно пояснити, як відбувається і чи відбувається взагалі оцінювання результатів їхніх послуг для клієнтів. Адже в цьому дуже важлива мета – розуміти, наскільки соціальні послуги в сукупності з медичними послугами, впливають на здоров'я клієнта, його здоров'я та життя взагалі.

Попри все ми виділили кілька важливих переваг у практиці СРСЗ Канади. По-перше, широка спеціалізація послуг соціального працівника у сфері здоров'я. По-друге, підхід, що орієнтований на клієнта та забезпечення безбар'єрності: експерти відзначали, наскільки важливо у роботі з клієнтом акцентувати на його сильних сторонах, приймати етично зважені рішення. А також акцентувалося на важливості консультивання медичних працівників, щоб пояснити контекст клієнта, значення соціальних детермінант здоров'я. По-третє, практика виписки клієнта з медичного закладу. Виписка є однією із відповідальностей соціальних працівників, якщо йде мова про забезпечення безпечного безбар'єрного простору в громаді та

забезпечення відповідних послуг для відновлення після проблем зі здоров'ям, у складних випадках її ретельно продумують та контролюють. По-четверте, із попереднього випливає акцент на комплексності послуг: намагання забезпечити максимально цілісний набір послуг для клієнта.

ВИСНОВКИ

Дисертаційне дослідження відображає проблему розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді й Україні та висвітлює теоретичне й емпіричне обґрунтування можливостей впровадження прогресивних зарубіжних ідей соціальної роботи у сфері здоров'я у вітчизняну практику.

1. У дисертації проаналізовано стан дослідженості проблеми СРСЗ, зокрема розглянуто зміст основних понять дослідження. Розглянуто низку підходів до визначення поняття “здоров'я” з точки зору вимірювання здоров'я як канадських, так і українських учених (розглянуто дослідження МакДауелла, Райна, Белоносової, Клос, Оржеховської, Москаленка, Опалько та ін.). З'ясовано, що найбільш повно розуміння здоров'я передає біопсихосоціодуховна чи холістична модель здоров'я, але з акцентом на дії, а не на статиці (модель велнес). У контексті цього подано авторське визначення терміну «соціальна робота у сфері здоров'я», англomовний відповідник якого “*health social work*” або дослівний переклад “*social work in the sphere of health*”.

2. З'ясовано особливості становлення та розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді, на основі чого запропоновано авторську періодизацію цього процесу:

перший період – початковий (від утворення Канади до поч. 1880-х рр.) – характеризувався окремими епізодами соціальної роботи в питаннях здоров'я як благодійної діяльності в громаді;

другий період – початку інституціоналізації та професіоналізації соціальної роботи у сфері здоров'я (поч. 1880-х – кін. 1920-х рр.) – характеризувався тим, що від діяльності благодійних організацій, які опікувалися здоров'ям вразливих груп населення, ініціативу допомоги в питаннях здоров'я перейняли представники медичних закладів;

третій період – уповільнення і стагнації (1930-ті рр. – 1938-й р.) – характеризувався сповільненням темпів поширення соціальних служб у лікарнях

Канади у зв'язку з відсутністю розуміння з боку уряду, керівництва закладів охорони здоров'я доцільності соціальної роботи в охороні здоров'я тощо;

четвертий період – дисемінації соціальної роботи у сфері здоров'я на загальнонаціональний рівень (1939-й р. – поч. 1960-х рр.) – характеризується збільшенням кількості фахівців соціальної роботи, залучених у повсякденну практику у сферу охорони здоров'я, збільшенням чисельності соціальних служб в лікарнях Канади;

п'ятий період – зростання суспільного значення соціальної роботи як захисту прав людини у сфері здоров'я (1962-й р. – поч. 1980-х рр.) – початок періоду пов'язаний із прийняттям концепції Канадської держави добробуту (1962 р.), що зумовило стрімке зростання рівня фінансування всіх соціальних ініціатив у країні, а також остаточне визнання питання охорони здоров'я як правової проблеми, а не справи благодійності;

шостий період – конкуренції фахівців сфери здоров'я в умовах реформування галузі в країні та пошуку шляхів відновлення позицій соціальної роботи у сфері здоров'я (1980-1990-ті рр.) характеризується певною пасивністю соціальних працівників у відстоюванні свого права бути рівноправними членами команди фахівців охорони здоров'я;

сьомий період – впливу глобалізації на практику соціальної роботи у сфері здоров'я, зокрема щодо соціальних детермінант здоров'я як визначальних чинників нерівностей щодо здоров'я (поч. 2000-их рр. – дотепер).

3. Виокремлено основні теорії та підходи соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді й Україні: екосистемну або теорію екологічної перспективи та поряд із цим підхід інтегральної екології; теорію «сильних сторін» (виявлення внутрішнього потенціалу, перспектива сили); теорію культурної компетентності й у широкому контексті концепцію культурної безпеки; феміністичний підхід та інтерсекційний фемінізм. З'ясовано, що філософія соціальної роботи у сфері здоров'я охоплює ідеї гуманізму, позитивізму, утопізму, професійної філософії тощо. Втім, це не єдині принципи, на яких базується соціальна робота у сфері здоров'я. Виокремлено й інше бачення основи філософії соціальної роботи у сфері

здоров'я – у цінності служіння (SERVE): це спільне із клієнтом вирішення проблем, що потребує активної участі та сприяє розвитку клієнта.

4. Визначено, що сфера діяльності соціальних працівників у Канаді передбачає оцінку, діагностику, «лікування» та оцінку індивідуальних, міжособистісних та соціальних проблем, щоб допомогти особам, сім'ям, групам, громадам та організаціям досягти оптимального психосоціального та соціального функціонування. Мета практики соціальної роботи у сфері здоров'я полягає в тому, щоб відновити, підтримати та покращити соціальне функціонування шляхом мобілізації сильних сторін, підтримання можливостей, зміни дисфункційних моделей стосунків і поведінки, «зв'язування» людей з необхідними ресурсами, зменшення стресових факторів навколишнього середовища та надання психосоціальної освіти, пов'язаної із поняттям «велнес».

5. З'ясовано, що соціальній роботі у сфері здоров'я в Україні характерна епізодичність та фрагментарність, а спеціалізація вітчизняних соціальних працівників у сфері здоров'я досить обмежена. У зв'язку з цим простежується слабка взаємодія між системами охорони здоров'я, соціальної політики, соціальними працівниками і з клієнтами соціальних служб. З'ясовано, що досвід діяльності українських соціальних працівників в лікарні майже відсутній.

6. Обґрунтована та спроектована модель комплексного надання соціально-медичних послуг населенню в громаді як осередку ефективного комплексного вирішення проблем клієнтів на основі цінностей соціальної роботи у контексті здоров'я, перш за все, представників найбільш вразливих груп населення (діти, люди похилого віку, особи з інвалідністю та хронічними захворюваннями, військовослужбовці, представники інших маломобільних груп населення, що мають особливості здоров'я, які порушують їхнє соціальне функціонування) як можливість використання прогресивних ідей досвіду Канади для удосконалення професійної діяльності соціальних працівників у сфері здоров'я в Україні на чотирьох рівнях (державному, регіональному, місцевому (тобто в громаді), інституційному).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Барська, Ю., Захожа, В., Сахно, Ю., Семигіна, Т., Степурко, Т., Харченко, Н. (2020). *Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження*. Міжнародний фонд «Відродження». http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf
- Батиргареєва, В., Борисов, В., Євтеєва, Д., Калініна, А., Колодяжний, М., Куковинець, Д., & Шрамко, С. (2021). *Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні*. (звіт № 74/01/0155). Науково-дослідний інститут вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса. <https://bit.ly/3P3XGF0>
- Безпалько, О. В. (2008). *Основи громадського здоров'я: теорія і практика*. Ужгород: Патент.
- Білицька, В. М. (2020). Культурна компетентність та культурний інтелект сучасного фахівця. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка, Психологія*, (16), 16-22.
- Білодід, І. К. (ред.). (1970-1980). *Словник української мови*. (Том 9, сторінка 876). Київ: Наукова думка. <http://sum.in.ua/p/9/876/2>
- Белоносова, Н. А. (2014). *Соціальні наслідки стигматизації людей, що живуть з вірусом імунодефіциту людини, в контексті різних моделей здоров'я у суспільстві* [Дис. канд. соц. наук, НАН України, Інститут соціології]. Київ.
- Божок, В. В. (2019). *Специфіка соціальної роботи в медичній сфері*. <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/36820/1/280.pdf>
- Бойко, А., Дмитришина, Н., & Тюленєва, Н. (2016). *Кроки до здоров'я: Соціальний супровід ЛЖВ, які вживають ін'єкційні наркотики*. Київ: Поліграф плюс. <http://respond.pactukraine.org.ua/file/6u.pdf>
- Бойко, А., Дмитришина, Н., & Тюленєва, Н. (2017). *Інтегрована програма з формування прихильності до АРТ у клієнтів ВІЛ-сервісних організацій та розвитку їхньої економічної самостійності*. Київ: Поліграф плюс. <http://respond.pactukraine.org.ua/file/4u.pdf>

- Бойко, О., & Кабаченко, Н. (2020). Соціальна робота у сфері психічного здоров'я в Україні: сучасні виклики. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота»*, 2 (47), 23-27. <https://doi.org/10.24144/2524-0609.2020.47.23-27>
- Бойко, О., & Савицька, О. (2018). Програмні документи із соціальної роботи. *Вісник АПСВТ*, 2, 96-99. https://www.researchgate.net/publication/325828035_GLOBALNE_VIZNACENNA_SOCIALNOI_ROBOTI_GLOBAL_DEFINITION_OF_SOCIAL_WORK
- Бойчук, Ю. Д. (2017). Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я людини та суміжних з ним понять. У Ю. Д. Бойчук (Ред.) *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження* (с. 5-16). Харків: Видавець Рожко С. Г. http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/Kaf_zdor_ta_korr_os/Zagalna_teoriya_zdorovia_i_zdorviazberennja.pdf
- Бондаренко, Н. Б., Грига, І. М., & Кабаченко, Н. В. (2004). Основи соціальної роботи (Ч. 1). Київ: Києво-Могилянська академія.
- Букач, М. М. (2016). Компетентнісно орієнтоване навчання як основа формування майбутнього соціального працівника. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Соціальна робота. Соціальна педагогіка*, 22, 119-131. <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/11609/1/Bukach.pdf>
- Бурцева, М. (2017, 26 березня). Медична реформа. Як досвід Канади може допомогти Україні. *Без Табу*. https://beztabu.net/medichna-reforma-yak-dosvid-kanadimozhe-dopomogti-ukrayini_n16576
- Бюро УГКЦ з питань екології (2019). *Енцикліка «Laudato Si» Святішого Отця Франциска про турботу за наш спільний дім*. Київ, Івано-Франківськ, Дрогобич: Коло. <https://bit.ly/3OJ2csl>
- Веклич, О. О. (2017). Сутність і зміст концепту «екосистемний підхід» в економічній науці. *Економіка України*, 12, 52-67. http://nbuv.gov.ua/UJRN/EkUk_2017_12_5

- Верховна Рада України (1996). Конституція України, Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
- Воронкін, О. С. (2017). Екосистемний підхід у дистанційному навчанні. *Теорія і практика використання інформаційних технологій в навчальному процесі : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції*, Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 55-59.
- ГО “Суспільство і право” (n.d.). Огляд міжнародного досвіду. <https://bit.ly/3OHr3NH>
- Гайдук, Н. М. (2004). *Професійна підготовка соціальних працівників до здійснення посередництва (на матеріалах США і Канади)* [Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук, Інститут педагогіки і психології професійної освіти Академії педагогічних наук України]. Київ.
- Гладун, З. С. (2005). *Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації)*. Тернопіль: Економічна думка.
- Гончаренко, О. (1997). *Український педагогічний словник*. Київ: Либідь.
- Горбатенко, В. & Петренко, І. (2008). Метод «Делфі» та специфіка його застосування у прогностичних розробках. *Політичний менеджмент*, № 6, 174-182. https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/horbatenko_metod.pdf
- Гура, О. (2001). *Педагогічні умови формування професійних комунікативних якостей соціального педагога*. [Автореф. дис. канд. пед. наук, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна]. Харків.
- Гусак, П. М. (ред.), Зимівець, Н. В., & Петрович, В. С. (2009). *Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології*. Луцьк: Волинська обласна друкарня. <http://distance.dnu.dp.ua/ukr/nmmateriali/documents/vidpovstav.pdf>
- Данко, Д. В. (2011). Соціальна робота в медичній сфері. *Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота*, 23, 39-41. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/6267>

- Данко, Д. В. (2013). Інформаційно-комунікаційні технології підготовки соціальних працівників до медико-соціальної роботи. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота»*, 26, 57-60.
- Данко, Д. В. (2015). *Підготовка майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності*. [Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»]. Репозитарій Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5373/1/Danko.pdf>
- Дворяк, С. & Оніщик, Ю. (2020). Підготовка парапрофесіоналів у соціальній сфері: компетентнісний підхід. *Репрезентація освітніх досягнень, мас-медіа та роль філології у сучасній системі наук*, Вінниця: Європейська наукова платформа, 64-74. <https://doi.org/10.36074/rodmmrfssn.ed-1>
- Дейнега, М. А. (2018). Екосистемний підхід до використання природних ресурсів: правовий аспект. *Науковий вісник публічного та приватного права*, 2, 131-135. <http://www.nvppp.in.ua/vip/2018/2/27.pdf>
- Децентралізація (n.d.). <https://decentralization.gov.ua/areas>
- Закон України від 21.03.1991 № 875-ХІІ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». (1991). *Відомості Верховної Ради УРСР*, 21, 252. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
- Закон України від 05.11.1991 р. № 1788-ХІІ «Про пенсійне забезпечення». (1992). *Відомості Верховної Ради України*, 3, 10. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1788-12#Text>
- Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». (1993). *Відомості Верховної Ради України*, 4, 19. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
- Закон України від 16.11.2000 р. № 2109-ІІІ «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю». (2001). *Відомості Верховної Ради України*, 1, 2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14#Text>

- Закон України від 19.06.2003 № 966-IV «Про соціальні послуги». (2003). *Відомості Верховної Ради України*, 45, 358. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15>
- Закон України від 13.01.2005 р. № 2342-IV «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування». (2005). *Відомості Верховної Ради України*, 6, 267. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2342-15#Text>
- Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII «Про соціальні послуги». (2019). *Відомості Верховної Ради України*, 18, 5. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
- Зверєва, І. Д., Безпалько, О. В., Гулевська-Черниш, А. В., Басюк, Т. П., Алексеєнко, Т. Ф., Бех, І. Д., & Юрків, Я. І. (2012). *Енциклопедія для фахівців соціальної сфери*. Київ, Сімферополь: Універсум. <https://bit.ly/3a0pGdN>
- Зимівець, Н. В. (2010). Категорія здоров'я в контексті концепції сприяння покращенню здоров'я. *Освіта Донбасу*, 6(143), 109-115.
- Кабаченко, Н., & Семигіна, Т. (2004). Особливості застосування екологічного підходу в практиці соціальної роботи. *Наукові записки НаУКМА*, 73-79. <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/8160>
- Капліна, А. С. (2012). Поняття «розвиток» у категоріальному апараті теорії розвитку. *Економіка Менеджмент Підприємництво*, 24 (II), 57-63. <http://dspace.puet.edu.ua/bitstream/123456789/6937/1/kaplina.pdf>
- Клос, Л. Є. (2013). Формування особистості майбутнього соціального працівника у процесі підготовки до здоров'язбережувальної діяльності. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*, (3-4), 39-48.
- Клос, Л. (2015а). До питання підготовки майбутніх соціальних працівників до здоров'язбережувальної діяльності. *Педагогіка і психологія професійної освіти*, (1-2), 136-154.
- Клос, Л. Є. (2015b). *Технології збереження здоров'я у соціальній сфері*. Львів: Видавництво Львівської політехніки.
- Клос, Л. Є. (2016а). Навчання здоров'я у практиці здоров'язбережувальної діяльності соціального працівника: досвід США і Канади. У *Матеріали*

- Міжнародного симпозиуму «Освіта і здоров'я підрастаючого покоління»* (с. 124-128). Київ.
- Клос, Л. Є. (2016b). Соціальна робота у сфері здоров'я за кордоном: історичні аспекти становлення професії. *Педагогіка і психологія професійної освіти*, 3, 150-168.
- Клос, Л. Є. (2018). *Теорія і практика професійної підготовки майбутніх соціальних працівників у США до здоров'єзберезувальної діяльності*. [Дис. д-ра пед. наук, Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих]. Київ. <https://bit.ly/3OpyFED>
- Клос, Л., & Микитинко, Н. (2005). *Вступ до практичної соціальної роботи (на прикладі вивчення досвіду України та Канади)*. Львів: Видавництво Львівської політехніки.
- Клос, Л., & Назар, Н. (2016). Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід). *Педагогіка та психологія професійної освіти*, 4, 200-209.
- Криничко, Л. Р., & Ватанов, А. Р. (2017). Удосконалення понятійно-категоріального апарату державного управління в сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми державного управління*, 1, 95-102. <http://pag-journal.iei.od.ua/archives/2017/1-2017/19.pdf>
- Кулініченко, В. (2002). *Філософсько-методологічний аналіз процесу зміни парадигми у сучасній медицині та охороні здоров'я*. [Автореф. дис. д-ра філос. наук, Київський державний університет імені Тараса Шевченка]. Київ.
- Куртов, А. І., Полікашин, О. В., Потіхенський, А. І. & Александров, В. М. (2017). Експертні оцінки. Метод «Делфі» як технологія прийняття управлінських рішень. *Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил*, 1 (50), 118-122. http://nbuv.gov.ua/UJRN/ZKhUPS_2017_1_28
- Лукашевич, М. П. & Семигіна, Т. В. (2007). *Соціальна робота (теорія і практика)*. Київ. <http://moodle.socosvita.kiev.ua/moodledata/filedir/b6/8c/b68caea0d7993ac9690b400b8b10442ec57db2dd>

- Міністерство охорони здоров'я. (2018). *Проект плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року*. <https://bit.ly/3QcUp6W>
- Микитенко, Н. О. (2006). *Професійна підготовка соціальних працівників в університетах Канади* [Дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук за спеціальністю 13.00.04 - теорія і методика професійної освіти, Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка]. Тернопіль. <https://bit.ly/3P33A9J>
- Молоткіна, Ю. О. (2017). Різні способи написання новітніх англіцизмів в українській мові. *Науковий вісник ДДПУ імені І. Франка, серія "Філологічні наук"*. *Мовознавство*, 7, 119-123.
- Москаленко, В. Ф. (2008). *Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я : український контекст*. Київ: Книга плюс.
- Назар, Н. (2018а). Діяльність соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді. *Social Work and Education*, Vol. 5, No. 2, 100-106. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.18.2.10>
- Новак, Е., Лозовская, Е., & Кузнецова, М. (Сост.); Новак, Е. (Ред.) (2001). *Социальная работа за рубежом*. Волгоград: ВолГУ.
- Ольхович, О. В. (2008). *Підготовка соціальних працівників до роботи з біженцями у вищих навчальних закладах США і Канади* [Дис... канд. наук: 13.00.04, Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка].
- Опалько, В. В. (2011). Реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник Черкаського університету*, 207.
- Оржеховська, О. (2013). Холістична концепція здоров'я у британській школі: перспективи для України. *Порівняльно-педагогічні студії*, 1 (15), 41-48. <http://pps.udpu.edu.ua/article/view/18844>
- Папа Франциск (О. Браславець, Перекл.) (2019). *Про різні аспекти інтегральної екології: з енцикліки Святого Отця Франциска «Laudato si'»*. <https://www.verbum.com.ua/05/2019/ecotheology/laudato-si/>

- Поліщук, В. (2006). *Теорія і методика професійної підготовки соціальних педагогів в умовах неперервної освіти*. Тернопіль: ТНПУ.
- Поліщук, В. (2014). Технології медико-соціальної роботи у діяльності соціального працівника. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*, (30), 131-134.
- Поліщук, В. А., Горішна, О. П., Лещук, Г. В., Пришляк, О. Ю., & Ничкало, Н. Г. (Ред.). (2010). *Соціальна робота*. Тернопіль: ВАТ «ТВПК «Збруч».
- Полтавець, В. (ред.) (2000). *Соціальна робота в Україні: перші кроки*. Київ: КМ Academia.
- Попова, А. (2021). Основні засади організації професійного розвитку соціальних працівників у провінції Канади Альберта. *Вісник кафедри ЮНЕСКО «Неперервна професійна освіта XXI століття»*, 3, 66-73.
- Поскробок, Ю. (2020, 22 листопада). *Між Гаяною і Сальвадором: яке місце посіла Україна в рейтингу благополуччя і чому так низько*. Економіка 24. https://economy.24tv.ua/indeks-blagopoluchchya-legatum-2020-ekonomichni-novini-ukrayini_n1464052
- Піча, В. М. (Ред.). (2013). *Все про соціальну роботу. Навчальний енциклопедичний словник-довідник* (2-ге вид.). Львів: Новий Світ-2000.
- Піча, В. М., Климанська, Л. Д., Турчин, Я. Б., & Хома, Н. М. (Ред.). (2020). *Політологія: сучасні терміни і поняття. Короткий навчальний словник-довідник для студентів ВНЗ I-IV рівнів акредитації* (3-тє вид.). Львів: Новий Світ-2000.
- Пришляк, О. (2018). Формування полікультурної професійної компетентності фахівців соціальної сфери у вищих навчальних закладах США та Канади. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*, 2 (43), 221-225.
- Райн, Б. (2001, 20-21 июня). Конструирование и внедрение программ по формированию здорового образа жизни. *В рабочих материалах семинара Международ. федерация социал. работников, Христиан. дет. фонд, Укр. Ассоц. социал. педагогов и специалистов по социал. работе*, Киев.

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 07 квітня 2021 р. № 285-р. «Про затвердження Національного плану дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року». (2021). *Урядовий портал*. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-pla-a285r>
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони здоров'я в Україні на період до 2030 року». *Урядовий кур'єр*, № 30. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>
- Савицький, В. Л., Клішевич, Б. А., & Гончаренко, І. Ф. (2016). Організація державної (цивільної) охорони здоров'я та освіти в Канаді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 4 (70), 64-68.
- Семигіна, Т. В. (2013). *Політика охорони громадського здоров'я в Україні у контексті процесів глокалізації (політологічний аналіз)* [Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора політичних наук]. Електронний архів Національного університету «Києво-Могилянська академія». <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/4164?show=full>
- Семигіна, Т. В. (2014). Нова парадигма охорони здоров'я – виклик для України чи можливість для політичної модернізації? *Матістеріум*, 58, 34-28.
- Семигіна, Т. В. (2015). Підготовка соціальних працівників для системи охорони здоров'я: міжнародний досвід і можливості для України. У Ю. В. Ковбасюк, В. М. Князевич, Н. О. Васюк (Ред.), *Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я* (с. 126-128). Київ: ДКС-Центр.
- Семигіна, Т. (2018). Чому соціальна робота набуває зеленого кольору. *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*, 2, 11-27. https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_2_2018.pdf
- Семигіна, Т. (2020). *Сучасна соціальна робота*. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму. <https://bit.ly/3dpBkk4>

- Семигіна, Т. В. (2021). *Міжнародна соціальна робота: пріоритети та стандарти*. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14306477>
- Сила, Т. І. (2012). Проблема насильства в контексті екосистемного підходу. *Проблеми соціальної роботи*, 1 (1), 72-78. <https://bit.ly/3njvnXo>
- Сміянова, О. (2021). *Чинники, що впливають на здоров'я населення. Показники здоров'я* [слайди PowerPoint]. Показ слайдів. <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-2-Public-health-propaedeutics.pdf>
- Співак, М. В. (2016). *Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна*. Логос. <http://idpnan.org.ua/files/spivak-m.v.-derjavna-politika-zdorov-yazberejennya-svitoviy-dosvid-i-ukrayina-d.pdf>
- Ткачук, А. Ф. (2019). *Обласна державна адміністрація: короткий огляд статусу та можливостей у сучасних умовах*. К., 58 с. <https://bit.ly/3bOj96s>
- Тюптя, Л. Т., & Іванова, І. Б. (2008). *Соціальна робота. Теорія і практика*. Київ: Знання.
- Ужгородський національний університет. (2020). *Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник*. <https://cutt.ly/HJDJgGO>
- Указ Президента України від 1 січня 2015 року № 5/2015 Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020». Урядовий кур'єр, № 6. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>
- Фирсов, М. (1997). *Введение в теоретические основы социальной работы (историко-понятийный аспект)*. М: Изд-во «Институт практической психологии».
- Чайковська, Г. Б., & Главацька, О. Л. (2019). Екологічний підхід у професійній підготовці фахівців із соціальної роботи. *Педагогічний альманах*, 38, 47-55. <http://dspace.tnpu.edu.ua/handle/123456789/13393>
- Чепак, В. В., & Савельєв, Ю. Б. (2019, 14 вересня). *Аналіз порівняльний*. Велика українська енциклопедія. <https://vue.gov.ua/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0>

%BB%D1%96%D0%B7 %D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%96%D0%B2%D0
%BD%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9

- Шевченко, З. В. (Уклад.) (2016). *Словник гендерних термінів*. Черкаси: видавець Чабаненко Ю. <http://a-z-gender.net/ua/intersekcijnij-feminizm.html>
- Abbott, P. & Meerabeau, L. (1998). *The Sociology of the Caring Professions* (1st ed.). London and New York: Routledge.
- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne De Sante'e Publique*, 96 (S2), S45-S61.
- Adler, M. & Ziglio, E. (Eds.) (1996). *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and Its Application to Social Policy and Public Health*. London: Jessica Kingsley.
- Andersen, R. (1995). From Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Health and Social Behavior*, 36, 7.
- Auerbach, C., Mason, S., & Laporte, H. (2008). Evidence that supports the value of social work in hospitals. *Social Work in Health Care*, 44(4), 17–32. https://doi.org/10.1300/J010v44n04_02
- Auslander, G. (2001). Social work in health care: What have we achieved?. *Journal of Social Work*, 1(2), 201-222.
- Blanchard, K., & Miller, M. (2009). *The secret: What great leaders know and do*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Bryson, S. A., & Bosma, H. (2018). Health social work in Canada: Five trends worth noting. *Social Work and Health Care*, 57 (2), 1-26. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1474161>
- Bywaters, P. (2009). Tackling inequalities in health: a global challenge for social work. *British Journal of Social Work*, 39(2), 353-367. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcm096>
- Canadian Association for Social Work Education (n.d.). *About us*. <https://caswe-acfts.ca/about-us/>

- Canadian Association of Nephrology Social Workers. (1997). *Standards for Social Work in End Stage Renal Disease Treatment Settings*. <https://cansw.org/wp-content/uploads/2019/05/CANSW-Standards.pdf>
- Canadian Association of Social Workers. (n.d.1). *How Many Social Workers are there in Canada?* <https://www.casw-acts.ca/en/what-social-work>
- Canadian Association of Social Workers (n.d.2). *What Social Workers Do*. https://www.casw-acts.ca/en/what-social-work/what-social-workers-do?fbclid=IwAR1uIN9xMyPaft6cHKYttI9uVK5GiBl_JiERR4RcmS7aWzQq_39dwa53PHI
- Canadian Association of Social Workers (n.d.3). *Social Work & Primary Health Care*. <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-primary-health-care>
- Canadian Association of Social Workers (n.d.4). *Social Work Practice in Mental Health*. <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-practice-mental-health>
- Canadian Association of Social Workers (n.d.5). *Social Work Practice in Physical Rehabilitation*. <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-practice-physical-rehabilitation>
- Canadian Association of Social Workers (n.d.6). *Social Work in Long-Term Care*. <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-long-term-care>
- Canadian Association of Social Workers (n.d.7). *Social Work Practice in HIV/AIDS*. <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-practice-hiv aids>
- Canadian Association of Social Workers (n.d.8). *Social Work and the Treatment of Operational Stress Injuries*. <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-and-treatment-operational-stress-injuries>
- Canadian Association of Social Workers. (2005). *Code of Ethics*. https://nlasw.ca/sites/default/files/inline-files/Ethical_Decision_Making_Framework.pdf
- Canadian Association of Social Workers. (2020). *Strategic Plan 2020-22*. https://www.casw-acts.ca/files/attachements/CASW_Strategic_Plan_2020-22_0.pdf

- Canadian Hospice Palliative Care Association (n.d.). *Hospice Palliative Care*.
<https://www.chpca.ca/about-hpc/>
- Canadian Institute for Health Information. (n.d.). *Social Workers*.
<https://www.cihi.ca/en/social-workers>
- Canadian Institute for Health Information. (2008). *The cost of hospital stays: Why costs vary*. Ottawa, ON: CIHI.
- Canadian Women's Foundation. (n.d.). *The Facts about Intersectional Feminism in Canada*. <https://canadianwomen.org/the-facts/intersectional-feminism/>
- Cowels, L. A. (2003). *Social Work in the Health Field. A Care Perspective* (2nd ed.). New York – London: Oxford.
- Craig, S., Belan, R., & Muskat, B. (2013). Making the invisible visible: Are health social workers addressing the social determinants of health? *Social Work in Health Care*, 52(4), 311–331. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.764379>
- Craig, S., Betancourt, I., & Muskat, B. (2015). Thinking big, supporting families and enabling coping: The value of social work in patient and family centered health care. *Social Work in Health Care*, 54(5), 422-443. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1017074>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
- Daniels, N. (1985). *Just health care*. Press Syndicate of the University of Cambridge. <https://bit.ly/3NoZOWW>
- DeBonis, J. A. (2013). *The Role of Social Work in Integrated Health*. California: California State University Northridge.
- Drover, G. (2019). *Social Work (History of Social Work) / (Future of Social Work)*. The Canadian Encyclopedia. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/social-work>
- Forger, G., & Lebel, J. (2001). An ecosystem approach to human health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 7 (2), 38.
- Fraser Health. (n.d.). Careers. <https://careers.fraserhealth.ca/search-jobs>

- Friedman, B. D., & Merrick, J. (2015). *Public Health, Social Work and Health Inequalities*. New York: Nova Publishers. <https://bit.ly/3AspOgZ>
- Gallup.Inc. (n.d.). *How Does the National Health and Well-Being Index Work?* <https://news.gallup.com/poll/246200/gallup-national-health-index-work.aspx>
- Gehlert, S., & Browne, T. (Eds.). (2012). *Handbook of health social work* (Second edition). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc., Hoboken. <https://bit.ly/3nlTnt1>
- Gelso, Ch. J. (2006). Applying Theories to Research: The Interplay of Theory and Research in Science. In Leong, F T. L., & Austin, J. T. (Eds.), *The Psychology Research Handbook: A Guide for Graduate Students and Research Assistants*. https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_psychrsch/n32.xml
- Glanz, K. & Rimer, B. K., Viswanath, K. (Ed.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4th ed.). San Francisco: Published by Jossey-Bass.
- Global Wellness Institute (n.d.). *What is wellness?* <https://globalwellnessinstitute.org/what-is-wellness>
- Goldfarb, M., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the ICU: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1751–1761. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002624>
- Gordon, T. J. (1994). The Delphi method. *Futures Research Methodology, AC/UNU Millennium Project*. <https://bit.ly/3A75dP8>
- Government of Canada (2016). *Canada's health care system*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
- Government of Canada (2019). *Canada's Health Care System*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a11>
- Government of Canada (2020). *Finding the Right Work-Life Balance*. <https://www.cspsefpc.gc.ca/tools/jobaids/finding-work-life-balance-eng.aspx>

- Greenwald, H. (2017). Management challenges in British Columbia's healthcare system. *Journal of Health Organization and Management Youth*, 31(4), 418-429. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2017-0059>
- Guba, E. (1990). *The paradigm dialogue*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18:3, 271-283. <https://doi.org/10.1080/09581590802294296>
- Haughey, D. (2021). Delphi Technique a Step-by-Step Guide. *ProjectSmart*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979302/>
- Hayduk, N., Klos, L., Klymanska, L. & Stavkova, S. (2020). The Organizing of Community Health Clinic of Lviv Polytechnic. *Journal of Organisational Studies and Innovation*, 7 (1), 1-16. <http://www.mbacademy.org.uk/index.php/josi-issues>
- Hetzel, K. (2021, Apr 27). Social Work and the Health Care System. In *SWHS 300: Introduction to Social Work/Human Services (Bradshaw)*. <https://bit.ly/3N1kbUF>
- Hick, S., & Stokes, J. (2002). *Social Work in Canada. An Introduction*. Toronto: Thompson educational publishing.
- Institute of Medicine Committee for the Study of the Future of Public Health. (1988). *The future of public health*. Washington, DC: National Academy Press.
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global Definition of Social Work*. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work>
- Jennison, T., & Lundy, C. (2011). *One hundred years of social work: A history of the profession in English Canada, 1900–2000*. Toronto, ON: Wilfred Laurier Press. <https://www.wlupress.wlu.ca/Books/O/One-Hundred-Years-of-Social-Work>
- Jones, B. L. (2005). Pediatric palliative and end-of-life care: the role of social work in pediatric oncology. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1, 35-61.
- Karen Magruder, LCSW-S. (2021, 9 жовтня). *NASW Code of Ethics 2021 Update- Social Work Ethics Overview* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=S9q_zOUjExs

- Kerlinger, F. N., & Rint, N. (1986). *Foundations of behavior research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Lechman, C. (2009). A History of the Montreal General Hospital Social Service Department. *Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 131, 79-88. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_131_7_a_history.pdf.
- Legatum Institute Foundation. (2021). *The Legatum Prosperity Index. Creating the Pathways from Poverty to Prosperity. A tool for transformation*. https://www.prosperity.com/download_file/view_inline/4429
- Lochhead, J. (1947). *Handwritten history of beginning of Social Service Department written from memory*.
- Mangal, A. & Vaghela, J. F. (2017, November). Community Health and Social Work: Partners in Development. *Health and Social Work*, <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20147.12324>
- Marmot, M., Adelstein, A., Robinson, N., & Rose, G. (1978). The changing social class distribution of heart disease. *British Journal of Medicine*, 2(2), 1109–1112. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6145.1109>
- Marmot, M., Davey Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., ... Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 337, 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Marmot, M., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32,244–249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- McDowell, I. (2015). Definitions of Health. In I. McDowell (Ed.), *CMED6203: Health Measurement*. Ottawa University in Canada.
- McNeill, T., & Nicholas, D. (2012). Strategies for research development in hospital social work: A case study. *Research on Social Work Practice*, 22(6), 672–679. <https://doi.org/10.1177/1049731512450214>

- Meloche, M. (1985). Le rôle du service social, dans les milieux de santé. In M. Émond, J. Lindsay, et C. Perreault. *Le travail social et la santé au Québec* (pp. 41-48). Brossard: Behaviora inc.
- Merriam-Webster. (n.d.). *Wellness*. In Merriam-Webster.com dictionary. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/wellness>
- Michalski, J., Creighton, E., & Jackson, L. (2000). The impact of hospital restructuring on social work services. *Social Work in Health Care*, 30(2), 1-26. https://doi.org/10.1300/J010v30n02_01
- Nazar, N. (2018). Роль фахівців соціальної роботи у реалізації національній концепції охорони психічного здоров'я. *Social Work and Education*, Vol. 5, No. 4., 45-55. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.18.4.4>
- Nazar, N. (2020b). The ecosystem approach in health social work. 4th International Conference on Mental Health Care “Mental Health: global challenges of XXI century”, *Mental Health: Global Challenges Journal*, 3(2), 16-18. <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i2.90>
- National Association of Social Workers. (1999). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*. <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>
- National Association of Social Workers. (2016). *Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. <https://bit.ly/3A4iPuF>
- Nelson, K. (2013). Social work in the hospital setting: How can we make our impact known? *Perspectives: The Newsletter of the British Columbia Association of Social Workers*, 35(2), 9–11.
- Nova Scotia College of Social Workers (n.d.). *Guidelines for Social Workers on Medical Assistance in Dying*. NSCSW. <https://nscsw.org/swguidelinesmaid>
- Ontario Association of Social Workers (2016). *Social Work In Hospital-Based Health Care*. <https://www.coursehero.com/file/32510186/Social-Work-In-Hospital-Document-2016pdf/>
- Parliament of Canada (n.d.). *Canada's System of Government*. <https://lop.parl.ca/about/parliament/education/ourcountryourparliament/TeacherGuide/pdfs/booklet-Section2-e.pdf>

- Parliament of Canada (2021). *Members of Parliament*.
<https://www.ourcommons.ca/Members/en/ministries>
- Parton, N. (2003). Rethinking professional practice: The contributions of social constructionism and the feminist ethics of care. *British Journal of Social Work*, 33 (1), 1-16.
- Pears Foundation (2021, 17 February). *Society for International Development*. *What is Development?* SID for international development. <https://sid-israel.org/en/what-is-development>
- Polat, G., Ka'opua, L., Coban, A., & Attepe, S. (2015). Hospital social workers: Bandage it or write it. In B. D. Friedman & J. Merrick, *Public Health, Social Work and Health Inequalities*, (pp.113-130).
- Providence Health Care (n.d.). *Social Work*. <https://bit.ly/3yFu5w1>
- Queen's Printer for Ontario (2021a). *Regulated Health Professions Act, 1991*.
<https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18>
- Queen's Printer for Ontario (2021b). *Social Work and Social Service Work Act, 1998*.
<https://www.ontario.ca/laws/statute/98s31>
- Raghav, P. R., Kumar, D., & Bhardwaj, P. (2016). Experience of Delphi technique in the process of establishing consensus on core competencies. *Int J Appl Basic Med Res*, 6(3), 191-194. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979302/>
- Rengasamy, S. (2010). *Social Case Work: Celebrating the dignity and worth of every*.
Madurai Institute of Social Sciences. <https://bit.ly/3ynuumR>
- Rengasamy, S. (2015). *The pulse of social work theories of social work*. Alagar Koil Road: Madurai Institute of Social Work.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Ruth, B. J., & Sisco, S. (2008). Public Health Social Work. *Encyclopedia of Social Work*. Oxford University Press.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (2000). *Remaking Healthcare in America: The Evolution of Organized Delivery Systems* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Siporin, M. (1975). *Introduction to Social Work Practice*. N.Y.: Macmillan Publishing.
- Social Work and Health Inequalities Network (n.d.). *About SWHIN*.
<https://blogs.coventry.ac.uk/swhin/swhin>
- Stephenson, M., Rondeau, G., Claude, J., & Fiddler, S. (2000). In *Critical Demand: Social Work in Canada. Volume 1 – Final Report*. <https://www.casw-acts.ca/en/critical-demand-social-work-canada-volume-1-final-report-2000>
- Stokes, J., Noren, J., & Shindell, S. (1982). Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*, 8, 33-41.
<https://doi.org/10.1007/BF01324395>
- Tadic, V., Ashcroft, R., Brown, J. B., & Dahrouge, S. (2020). The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 16(1), 27–42. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26292>
- The Ottawa Hospital (2017). *Social Work: Overview*.
<https://www.ottawahospital.on.ca/en/our-model-of-care/our-health-care-professional-team/social-work>
- Truell, R., & Jones, D. N. (2014). *The Global Agenda for Social Work and Social Development: Extending the Influence of Social Work*. *International Federation of Social Workers*. https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_24848-10.pdf
- UBC Campus. (2013). *Virtual patients create real opportunities for teaching and learning at UBC*. <https://bccampus.ca/2013/03/19/virtual-patients-create-real-opportunities-for-teaching-and-learning-at-ubc/>
- UBC School of Social Work. (n.d.). *Course outlines: Social work intensive in settings in healthcare*.http://schoolofsocialwork.sites.olt.ubc.ca/files/2015/06/SOWK551_Health-Praxis-SW-Intensive_2017-18-outline.pdf
- Valentich, M. (2015). Feminist Social Work in Canada: Then and Now. *Socijalne teme*, 67-90. <https://hrcak.srce.hr/file/261333>
- Vancouver Coastal Health Research Institute. (2018). *Research challenge*.
<https://www.vchri.ca/services/funding-opportunities/research-challenge>

- Vicinus, M. (1085). Settlement House: A Community Ideal for the poor. In *Independent Women, Work and Community for Single Women 1850-1920*. Virago Press Limited, 211-246.
- Vogt, W. P. (2005). *Dictionary of Statistics & Methodology*. SAGE. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412983907>.
- Williams, R. (1999). Cultural safety: What does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2), 213–214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1999.tb01240.x>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=>
- World Health Organization. (1984). *Health Promotion. A discussion document of the concept and principles*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107835/E90607.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 2U, Inc. (n.d.). *A Complete Guide to Medical Social Work*. Online MSW Program. <https://www.onlinemswprograms.com/careers/medical-social-work/?fbclid=IwAR00J7yIPa5v1MNxISwzQl8m-LgIkYHP4KHRUWr-KwRhTKgVobfFX3WZ9aU>

ДОДАТКИ

Додаток 1

Запрошення до участі в емпіричному дослідженні канадських експертів



Invitation to Participate in an International Research Project

Who is Doing the Research?

Natalia Nazar is a PhD student in Social Work with the Department of Sociology and Social Work at Lviv Polytechnic National University in Lviv, Ukraine. This Social Work Program, which includes studies at the Bachelor's, Master's, and PhD levels were initiated with assistance from the University of Manitoba in 1999, and several individuals from Canada continue to provide ongoing support to the program. Students from Lviv program have often undertaken comparative studies between services in Canada and Ukraine to learn how to better develop health and social services in Ukraine. Natalia's research focus is on the newly developing role of social workers in the delivery of health care services in Ukraine, and she plans to compare selected experiences in Canada and Ukraine. Her interest is in the role of social workers in health care in hospitals, with seniors, services to the LGBTQ+ community, in addictions services, services to people with disabilities, and mental health services, etc. These services in Ukraine may be delivered by both government and non-government agencies; however, they are quite underdeveloped, and social workers are only beginning to become involved as service providers.

Natalia's general research question is: *How can the role of social workers be strengthened to improve the effectiveness of community-based health care services in Ukraine?* Some of her interview questions will ask for information on:

- The types of clients and their concerns in the work you are doing or have done.
- Your role and the service methods or models you use(d).
- Approaches to evaluating these services.
- Experiences with teamwork involving other professionals.
- Suggestions about how to improve the effectiveness of these services.

Who Can Participate?

- Natalia is seeking information from a minimum of 15 social workers from Canada who will become a panel of experts to share information on their social work roles in Canada, and ideas for improving the effectiveness of their roles in their areas of expertise.
- These individuals must have a minimum of three years of experience in providing social work services at a direct service, supervisory or policy/administrative level in government and/or non-government agencies.

Продовження додатка 1

- Personal confidentiality is guaranteed, and an Informed Consent Agreement will be provided prior to the first interview. In appreciation for your participation, Natalia will provide you with a summary of her results at the conclusion of the study.

The Research Approach

The research approach will include surveys with clients and service providers in Ukraine as well as interviews with two expert panels—one in Canada and one in Ukraine. The research approach with the panel of experts from Canada is influenced by COVID-19 realities which dictate that data must be gathered from a distance. *A Delphi survey method involving two rounds of responses from the Canadian sample is planned.* Data collection would involve the following:

1. *The first round of data collection will occur through interviews via Skype, Zoom or teleconference, and general questions would be provided in advance.*
2. *Responses to these questions will also be collected from a sample of experienced professional experts in Ukraine.*
3. *Natalia will then analyse these responses to develop relevant themes and forward information on these themes to all respondents with additional questions seeking clarification and further details on the themes. Preferably responses to the second round of questions would be provided in writing; however, another method could be requested.*

How Much Time will it Take?

The estimated time is 1-2 hours for each of the two research contacts (the interview and the follow-up survey). Data collection will occur in fall, 2020 and appointments for interviews will be made at a time convenient to each person.

Registering Your Interest

Brad McKenzie, Professor Emeritus, Faculty of Social Work at the University of Manitoba is a member of Natalia's thesis committee and is assisting with the recruitment of the Canadian sample. Can you please complete the attached form to register your interest and forward it to him as indicated? He can also be contacted at Brad.McKenzie@umanitoba.ca for further information or if you have specific questions about your participation. Please note that Natalia is trying to recruit a sample that represents a balance of participants with different levels of expertise, and it may be that some selection of participants will be required. However, all volunteers will be notified whether or not they are selected. Natalia extends a special thanks to those willing to consider helping an international colleague with her research in these very challenging times.

Продовження додатка 1 (кінець)

Expression of Interest in Participating in the Research

If you are willing *or* may be willing to participate, subject to further information, please answer the questions below and email this information to Brad McKenzie at Brad.McKenzie@umanitoba.ca.

1. Name:
2. Contact details (email preferred):
3. Current or previous position in health care:
4. Nature of experience in health care social work:
 - a) Role:
 - b) Type of clients served:
 - c) Type of Agency: Government ____ Non-government ____ Experience in both ____
5. Commitment to participate:
 - a) Willing to participate: ____
 - b) Unable to participate: ____
 - c) Maybe, but not sure yet: ____ The questions or information I would like before deciding are:
6. Other comments or suggestions:

Sincerely,

Brad McKenzie

Professor Emeritus, Faculty of Social Work

Форма згоди експертів для участі в емпіричному дослідженні (Україна)



Форма згоди

Тема дисертаційного дослідження: Розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні: порівняльний аналіз

Дослідниця: Наталія Назар

Аспірантка за програмою підготовки докторів філософії у галузі 231
Соціальна робота, Національний університет «Львівська політехніка»

Електронна адреса: natalyanazar1993@gmail.com / nataliia.i.nazar@lpnu.ua

Ця форма згоди, копія якої може бути вами збережена, є лише частиною процесу інформованої згоди. Вона дає вам основне уявлення про те, про що йтиметься в дослідженні, що передбачає ваша участь та як будуть використані результати дослідження. Якщо ви хочете отримати більш детальну інформацію про будь-що згадане тут або інформацію, яка тут не включена, будь ласка, запитайте мене.

Опис дослідження

Мета дослідження - зрозуміти, що роблять соціальні працівники в деяких сферах охорони здоров'я в Україні, та дослідити, як можна посилити роль соціальних працівників у покращенні якості та ефективності наданих соціальних послуг клієнтам. У поєднанні з висновками учасників з Канади результати будуть використані для надання пропозицій щодо того, як можна посилити роль соціальних працівників у покращенні соціальних послуг у сфері здоров'я в Україні.

Приблизно 15 досвідчених соціальних працівників у Канаді та 15 соціальних працівників в Україні стануть експертними групами. Спочатку буде опитано фахівців із Канади за допомогою Skype, Zoom тощо, щоб отримати інформацію про види послуг, які вони надають, як вони співпрацюють з іншими фахівцями, як їхні послуги оцінюються, сильні та слабкі сторони послуг, а також пропозиції щодо того, як можна покращити ці послуги. В ідеалі це інтерв'ю було б записано для збереження точності відповідей; однак дозвіл на запис цих співбесід є добровільним і може бути відхилений. За таким же сценарієм буде відбуватися опитування фахівців з України.

Потім дослідниця проаналізує ці відповіді, розробить коротке резюме та надасть всім учасникам проект звіту з цим резюме разом із додатковими питаннями, які потребують роз'яснень та подальших пропозицій, що стосуються визначених тем у другій фазі дослідження. Відповіді на ці запитання можна буде надати письмово або іншим способом, зручним для учасника (GoogleForms тощо).

Жодних ризиків для учасників не передбачається. Результати допоможуть мені під час завершення дисертації на отримання ступеня доктора філософії, а також дадуть підстави

Продовження додатка 2 (кінець)

використовувати їх для відстоювання позитивних змін у ролі соціальних працівників у сфері здоров'я в Україні. Мій звіт також може сприяти змінам навчальних програм з соціальної роботи в Україні, пов'язаних з цією темою. Жодна особа не буде жодним чином ідентифікована в транскриптах інтерв'ю чи в будь-яких висновках, пов'язаних із дослідженням, а всі записи інтерв'ю та відповідей на опитування будуть знищені після завершення дослідницького проєкту.

Це дослідження було схвалено дослідницьким комітетом, який складається з таких членів:

- Лілія Клос, доктор педагогічних наук, доцент, кафедра соціології та соціальної роботи Інституту гуманітарних та соціальних наук Національного університету «Львівська політехніка», електронна адреса: liliia.y.klos@lpnu.ua
- Бред Маккензі, Ph.D., почесний професор факультету соціальної роботи Університету Манітоби, електронна адреса: Brad.McKenzie@umanitoba.ca
- Олександра Худоба, доктор наук з державного управління, Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, електронна адреса: lesia.khudoba@gmail.com
- Віктор Вус, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціології та соціальної роботи Національного університету «Львівська політехніка», електронна адреса: viktorvus@ukr.net
- Морін П. Флаєрти, Ph.D., доцент кафедри миру та конфліктології, Університет Манітоби, електронна адреса: Maureen.Flaherty@umanitoba.ca

Якщо у вас будуть зауваження чи скарги щодо дослідження, ви можете звернутися до будь-кого з вищевказаних осіб.

Ваш підпис на цій формі означає, що ви зрозуміли наведену тут інформацію про вашу участь у дослідженні та погоджуєтесь брати участь у спосіб, який оберете нижче. Ви можете будь-коли відмовитися від дослідження або утриматися від відповіді на будь-яке питання, яке вважаєте за краще пропустити.

Я погоджуюся брати участь в інтерв'ю за допомогою skype, zoom у зручний для мене час.
_____ (поставте позначку)

Я погоджуюся _____ / не погоджуюсь _____ на електронний запис інтерв'ю, розуміючи, що всі дані будуть знищені після завершення дослідницького проєкту.

Я погоджуюся пізніше відповісти письмово або якимось іншим способом на запитання, надіслані мені в опитуванні, разом зі звітом про результати попереднього раунду опитування.

Підпис учасника:

Дата:

Підпис дослідника:

Дата:

Будь ласка, підпишіть та надішліть Наталії Назар за адресою: natalyanazar1993@gmail.com

Форма згоди експертів для участі в емпіричному дослідженні (Канада)



Consent Form

Research Project Title: Development of Social Work in Health Care in Canada and Ukraine: a Comparative Analysis

Researcher: Natalija Nazar

Ph.D. Candidate, Lviv Polytechnic National University

Email Address: natalyanazar1993@gmail.com
nataliia.i.nazar@lpnu.ua

This consent form, a copy of which should be retained by you for your records is only part of the process of informed consent. It gives you a basic idea of what the research is about, what your participation will involve and how the results from the research will be used. If you would like more details about anything mentioned here or information that is not included, please feel free to ask me.

Description of the Research

The purpose of the research is to develop an understanding of what social workers do in some areas of health care in Canada, and ideas about how the roles of social workers could be strengthened in improving the delivery of these services and the outcomes for clients receiving these services. When combined with findings from participants in Ukraine, results will be used to provide suggestions about how the role of social workers can be strengthened in improving health services in Ukraine.

Approximately 15 experienced social workers in Canada and 15 social workers in Ukraine will become expert panels. Individuals in Canada will be initially interviewed by skype, zoom or teleconference to obtain information on the types of services they provide, how they work with other professionals, how their services are evaluated, the strengths and weaknesses of the services they provide, and suggestions about how these services could be improved. Ideally this interview would be recorded to preserve the accuracy of responses; however, permission to record these interviews is voluntary and may be declined.

The researcher will then analyze these responses, develop themes, and provide a draft report of these themes to all participants along with **additional questions seeking clarification and further suggestions related to the themes that have been identified**. Answers to these questions can be provided in writing or another method preferred by the participant.

No risks to participants are anticipated. Results will benefit me in completing my PhD thesis report, and my ability to use these results to advocate for positive changes to the roles of social workers in health care in Ukraine. My report may also contribute to curriculum changes in Social Work education in Ukraine related to this topic. I will send you a short summary of the research project

Продовження додатка 3 (кінець)

when it is completed. **No individual will be personally identified in any way in the transcription of interviews or any report associated with the research, and all records of interview recordings and survey responses will be destroyed at the end of the research project.**

This research has been approved by my PhD Research Committee, which consists of the following members:

- Dr. Liliya Klos, MD, D.Sc. in Education, Associate Professor, Department of Sociology & Social Work, Institute of the Humanities and Social Sciences, Lviv Polytechnic National University, email: liliya.y.klos@lpnu.ua
- Brad McKenzie, Ph.D., Professor Emeritus, Faculty of Social Work, University of Manitoba, email: Brad.McKenzie@umanitoba.ca
- ~~Oleksandra Khudoba~~, Ph.D., Lviv Regional Institute of Public Administration of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine, email: lesia.khudoba@gmail.com
- ~~Dr. Viktor Vus~~, Associate Professor, Department of Sociology and Social Work, Lviv Polytechnic National University, email: viktorvus@ukr.net
- Maureen P. Flaherty, MSW, Ph.D., Associate Professor, Department of Peace and Conflict Studies, University of Manitoba, email: Maureen.Flaherty@umanitoba.ca

If you have any concerns or complaints about the research, you may contact any of the above individuals.

Your signature on this form indicates you have understood to your satisfaction the information provided here regarding your participation in the study and that you agree to participate in the ways indicated by your choices in the statements below. You are free to withdraw from the study at any time or refrain from answering any question you prefer to omit. You are also free to ask for any clarification or new information during your participation.

I agree to participate in an interview by skype, zoom, or teleconference at a time convenient to me.

I agree _____ do not agree _____ to allow electronic recording of the interview based on the understanding this will be destroyed at the end of the research project.

I agree to respond in writing or through some other means later to questions in a survey sent to me, along with a report on preliminary results from the interview phase of the study.

I would like to receive a copy of the summary of the project when it is finished.

Yes ___ No ___ If Yes, please provide email address:

Participant's Signature:

Date:

Researcher's Signature:

Date:

Please sign and return to Natalia Nazar at: natalyanazar1993@gmail.com

Гайд інтерв'ю емпіричного дослідження для першого раунду опитування (ідентично перекладений для канадських експертів)

Гайд інтерв'ю

Соціальні працівники, що працюють у сфері охорони здоров'я

Вступ

Вітаю! Я аспірантка програми підготовки докторів філософії Національного університету "Львівська політехніка" у Львові, Україна. Дякую, що ви приєдналися до мого дисертаційного дослідження, що стосується питань соціальної роботи в сфері охорони здоров'я.

Кілька слів про дослідження та метод. Тема дисертації: «Соціальна робота у сфері здоров'я в Канаді та Україні: порівняльний аналіз». Для емпіричного дослідження ми вибрали метод Делфі, який передбачає проведення інтерв'ю із експертами в галузі дослідження в першому раунді, та в другому раунді – коротке брифінг-опитування респондентів (із застосуванням GoogleForms тощо) після узагальнення результатів першого раунду.

Вся інформація, отримана від вас, буде узагальнена без розголошення імен чи будь-якої іншої особистої інформації, яка може ідентифікувати вас. Після закінчення дослідницького проекту вся записана інформація буде знищена.

Ваші відповіді на мої запитання допоможуть отримати інформацію про зміни в ролі соціальних працівників у сфері охорони здоров'я в Україні. **Я знаю, що COVID-19 минулого року в основному вплинув та досі впливає на всі соціальні та медичні послуги. Не соромтеся коментувати це, відповідаючи на запитання, але мене в першу чергу цікавлять коментарі, які стосуватимуться доковідного періоду.**

Основна увага в цьому інтерв'ю зосереджена на вашій роботі в ролі соціального працівника у сфері охорони здоров'я, незважаючи на те, що, можливо, раніше/зараз у вас були/є інші посади та обов'язки.

Розділ 1: Довідкова інформація

1. Ім'я:

2. Контактна інформація:

а) Електронна адреса:

б) Номер телефону:

в) Місто / область:

г) Освіта (спеціальність):

3. Якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

4. Як довго ви на цій посаді? (Якщо ви описуєте попередню роботу соціальним працівником у сфері охорони здоров'я і вже там не працюєте, то як довго ви були на цій посаді?)

5. Організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави (н-д, соціальне замовлення)?

6. Опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

7. Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади? Якщо так, будь ласка, опишіть ці посади та час, проведений на цих посадах?

Продовження додатка 4

Примітка: Запитання у наступних розділах стосуються вашої посади у сфері охорони здоров'я, яка найкраще відобразить ваш досвід у цій галузі. Це може бути у випадку, якщо ви зараз працюєте в іншій сфері або нещодавно змінили роботу, і ваш попередній досвід є кращим джерелом знань. Якщо ваші відповіді ґрунтуються на попередньому досвіді, будь ласка, опишіть їх перш, ніж продовжувати.

Розділ 2: Категорії клієнтів та проблеми, з якими вони стикаються

1. Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги. Якщо ви менеджер або керівник проекту, програми чи відділу, опишіть типи клієнтів у вашому відділі чи організації. При потребі можете навести приклади.
2. Які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів? При потребі можете навести приклади.
3. У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими? Якщо так, будь ласка, поясніть.

* Розділ 3: Ваші підходи та методи роботи

1. Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?
2. Як би ви описали свою філософію надання послуг / здійснення вашої роботи?
3. Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги? Будь ласка, наведіть приклади.
4. Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? При потребі наведіть приклади.

Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад: недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо.

Розділ 4: Досвід роботи у команді (колективі)

1. Чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди (колективу)? Якщо так, гляньте на питання а) та б) і дайте відповідь на те, яке відповідає вашому випадку:
 - а) Якщо це команда лише соціальних працівників, наскільки вона велика та які ролі членів команди? Чи є керівник (координатор) команди, і яку роль він відіграє?
 - б) Якщо це міждисциплінарна команда, наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? (Н-д, якщо в команді працює лікар, медсестра, фізіотерапевт або психолог, соціальний робітник тощо). Хто виступає в ролі керівника групи та яка професія керівника (координатора) команди? Яка роль керівника команди?
2. Опишіть, як функціонує ваша команда. І тут детальніше:

Продовження додатка 4

- а) Як часто ви зустрічаєтеся і яка мета ваших зустрічей?
- б) Коли і як члени команди спілкуються? Це відбувається переважно на зборах/засіданнях чи поза ними? Як це відбувається (особиста розмова, письмово через електронну пошту, соцмережі, телефонна розмова тощо)?
- в) Наскільки ефективним є таке спілкування?
- г) Який формат та тип взаємодії відбувається на зустрічах (формальне, неформальне, дружнє, агресивне, зверхнє, налаштоване на прийняття рішень тощо)?
- д) Які рішення приймаються на ваших робочих зборах/обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?
- е) Якими є переваги такого підходу у роботі вашої команди?
- є) А які недоліки існують у діяльності вашої команди?
- ж) Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним? Поясніть, чому.

Розділ 5: Оцінювання послуг

Метою оцінювання послуг можуть бути різні види результатів, при цьому можуть використовуватися різні методи чи підходи. Наприклад, **якість послуг** можна оцінити, відстежуючи, як послуги надавались, посилаючись на стандарти соціальних послуг, певні індикатори, супервізію чи інші засоби. **Результати послуг** можуть бути оцінені шляхом вимірювання певних змін у житті клієнта, включаючи зворотній зв'язок клієнта (як було і як стало), а **задоволеність послугою** може оцінюватися, як правило, за допомогою відгуків клієнтів.

1. Скажіть, будь ласка, як оцінюється **якість** послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників (н-д, стандарти соціальних послуг, внутрішні індикатори організації чи якийсь інший показник) використовуються та як саме це робиться?
2. Як вимірюються **результати** послуг та як це робиться?
3. Чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо **задоволеності послугами** та як це відбувається?
4. Чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника? Чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?
5. Чи є у вас коментарі щодо плюсів та мінусів у підходах щодо оцінювання у вашій організації (установі)?
6. Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте? Якщо так, будь ласка, опишіть, що саме відбувається і чи корисно це для покращення ваших послуг?

Продовження додатка 4 (кінець)

Розділ 6: Підвищення якості та ефективності послуг

Подумайте про ваш досвід надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я.

* 1. Які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів? Чи можете ви пояснити для кожного фактора, як і чому це допомогло? (Тобто те, що вже відбулося (те, що запровадили) у вашій організації і те, що мало добрий вплив на якість та ефективність послуг).

* 2. Які три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів? Для кожного фактора поясніть, будь ласка, чому.

* 3. Які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів? Подумайте про наступні тези, але якщо вдосконалення щодо певних пунктів не потрібне, поясніть, будь ласка, чому.

- а) Безпосереднє обслуговування клієнтів.
- б) Супервізія, навчання та підтримка працівників.
- в) Командна робота та міждисциплінарна співпраця.
- г) Оцінювання результатів отриманих послуг.
- е) Планування, фінансування та зміни політики.

Наприклад, б) які у вас є рекомендації щодо поліпшення якості та ефективності послуг, якщо ми говоримо про те, як здійснюється або не здійснюється супервізія, чи додаткове навчання працівників? Спробуйте так пояснити кожен пункт.

4. Чи є у вас інші рекомендації чи коментарі щодо вдосконалення послуг?

Щиро дякую за Ваш час!

Після опрацювання відповідей усіх респондентів буде узагальнено інформацію, яку ви використаємо для другої фази нашого дослідження методом Делфі. Друга фаза, як вже зазначалося, буде у формі короткого узагальненого опитування в GoogleForms. З приводу цього опитування я зв'язуся із вами пізніше.

Дякую і на зв'язку!

Опитувальник другого раунду дослідження з короткими підсумками після першого раунду (Україна)



Опитувальник. Другий раунд дисертаційного дослідження з питання соціальної роботи в охороні здоров'я

Вітаю! Я аспірантка кафедри соціології та соціальної роботи НУ «Львівська політехніка». Дякую за участь у моєму дисертаційному дослідженні, що стосується питання соціальної роботи у сфері здоров'я.

Моє основне дослідницьке запитання: *Як можна посилити роль соціальних працівників для покращення ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я?* Попри те, що зрештою я цікавлюся покращенням надання соціальних послуг у сфері здоров'я в Україні, для емпіричного дослідження було також залучено групу експертів з Канади, де модель надання послуг соціальної роботи у сфері здоров'я має довші традиції (усього десятеро учасників: 6 – з Манітоби, 3 – з Британської Колумбії та 1 – зі Саскачевану). Таку ж кількість респондентів було опитано в Україні: 6 – Львівська область та 4 – Київська область.

У моєму дослідженні використовується метод Делфі, який включає два етапи. Перший етап було проведено у лютому-травні 2021 року для канадських респондентів та у вересні-листопаді 2021 року для українських респондентів. Цей етап передбачав проведення інтерв'ю з учасниками згідно з такими розділами гайду: 1) попередня загальна інформація; 2) типи (категорії) клієнтів; 3) підходи та методи роботи; 4) досвід роботи в команді; 5) оцінювання послуг; 6) покращення якості та ефективності послуг.

Зараз ми перебуваємо на другому етапі дослідження. Це передбачає надання вам узагальнень першого етапу та постановку кількох додаткових уточнюючих запитань, які допоможуть оцінити ключові результати дослідження. Потім ці результати будуть об'єднані з результатами канадської вибірки. Будь ласка, прочитайте узагальнення, що у формі нижче, та дайте відповіді на додаткові запитання. [завантажте цей документ, дайте відповіді на запитання, а потім надішліть мені його на електронну адресу (natalyanazar1993@gmail.com).] Увесь процес займе у вас близько 20 хвилин.

Будь ласка, заповніть опитування протягом 10 днів, і якщо це не можливо з якихось причин, повідомте мені, скільки додатково часу вам потрібно, щоб відповісти. Дякую за вашу участь та значний внесок у розвиток соціальної роботи!

[узагальнення 1-го розділу]

1 РОЗДІЛ. Попередня інформація

У дослідженні були озвучені такі позиції (ролі) фахівців із соціальної роботи (або інших фахівців), що працюють у сфері охорони здоров'я: соціальний працівник (кейс-менеджер); фахівець соціальної роботи; фахівець соціальної роботи / ерготерапевт; фахівець із замісної підтримувальної терапії; головний фахівець відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності; головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу. Поєднували ролі: соціальний працівник / психолог; соціальний

Продовження додатка 5

працівник / інструктор; консультант / психолог. За освітою 9 із 10 респондентів – магістри (1 спеціаліст) соціальної роботи.

Широкий спектр послуг організацій, які представляли респонденти: забезпечення якості лікування хворих на соціально небезпечні захворювання та формуванні регуляторної політики у цій сфері; до- та післятестове консультування, послуги психолога, гінеколога, обстеження та диспансеризація хворих на ВІЛ/СНІД, профілактика та лікування ПСШ, надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним людям, хворим на туберкульоз, споживачам ін'єкційних наркотиків, особам, які перебувають та/або звільнилися з місць позбавлення волі, паліативно хворим; впровадження адвокаційних кампаній щодо залучення бюджетних коштів; реабілітація нарко-, алко- та залежних від азарту осіб, профілактика насильницької поведінки в колоніях, реалізація профілактичних програм з молоддю, підлітками й організація та проведення освітніх програм; повний спектр реабілітаційних послуг, відновлення, адаптація, інтеграція людей з інвалідністю; послуги раннього втручання та денного догляду для дітей та дорослих осіб з інвалідністю.

[уточнює запитання]

Прочитайте висновок до 1-го розділу. Крім описаних вище, які посади (ролі) соціального працівника (соціальної роботи) ви можете віднести до діяльності у сфері здоров'я в Україні? (Не більше трьох позицій).

[узагальнення 2-го розділу]

2 РОЗДІЛ. Типи (категорії) клієнтів та їхні проблеми чи потреби

Клієнти опитаних респондентів: пацієнти із захворюваннями (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит В і С, ПСШ тощо) або яким потрібно виключити або підтвердити діагноз «ВІЛ-інфекція»; пацієнти з уразливих груп: трансгендери, гомосексуали, працівники секс-бізнесу; особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів; особи із нарко- та алкозалежністю, залежністю від азарту та члени їх сімей; особи, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі (МПВ), та ті, що звільнилися з МПВ; особи з інвалідністю та ті, що отримали виробничі чи побутові травми.

Їхні проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані проблеми: захворювання (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит В і С, ПСШ та інші опортуністичні інфекції, серцево-судинні, церебральний параліч, синдром Дауна, аутизм, розумова відсталість тощо); зловживання психоактивним речовинами та проблеми психічного здоров'я (депресії, емоційна нестабільність, неврози, співзалежність тощо); фізичні, психологічні, поведінкові труднощі, труднощі з комунікацією, труднощі з харчуванням; подвійна стигма (внутрішня і зовнішня), дискримінація, страх розкриття статусу, психічні розлади, надмірна/викривлена релігійність, брак мотивації до лікування та збереження здоров'я, не усвідомлення власних потреб, бар'єри в отриманні медичних послуг.

[уточнює запитання]

1. Ваші коментарі (якщо є) до цього висновку (коротко) _____

[узагальнення 3-го розділу]

Продовження додатка 5

3 РОЗДІЛ. Підходи та методи роботи

Функціональні обов'язки та типи послуг, що надають фахівці соціальної роботи у сфері здоров'я, можна розділити на два рівні: 1) функції і послуги, що стосуються безпосередньо клієнта (найчастіше – це соціальний чи соціально-психологічний супровід, консультування), та 2) моніторингова (супервізорська) робота (моніторингові візити та методичний супровід програм).

Визначені респондентами *принципи та цінності, філософія надання послуг*: дотримання всіх цінностей і принципів соціальної роботи й етичного кодексу (2 респ.), зокрема принципів чесності (4 респ.), конфіденційності (3 респ.), анонімності, принципу «Не нашкодити» (2 респ.), командний підхід, здійснення супервізії. Респонденти також звертали увагу на забезпечення якісних послуг (з позиції соціального працівника) та сприяння наданню якісних послуг (з позиції моніторингу) (5 респ.), а також швидке реагування на виклики та максимальну залученість у процес надання послуг для вирішення нагальних проблем (3 респ.).

Озвучені *проблеми та виклики, що виникають при наданні послуг*, вдалося розділити на три блоки: 1) організаційні виклики та проблеми міжгалузевої взаємодії (недосконалість політик, відсутність послідовності та системності, нерозуміння ролі соціальної роботи іншими фахівцями та відсутність «доброї» міжгалузевої співпраці); 2) проблеми з мотивацією надавачів соціальних послуг (велике робоче навантаження, низький рівень оплати праці, загроза життю та здоров'ю надавачів послуг, недостатній рівень підтримки та розвитку працівників); 3) проблеми з мотивацією, фінансовою та матеріальною забезпеченістю, доступом до інформації клієнтів та їхнього оточення (самостигматизація, споживачьке ставлення, недовіра та необізнаність клієнтів чи їхнього оточення щодо соціальних послуг).

[уточнююче запитання]

1. Прочитайте висновок до 3-го розділу. Якими додатковими принципами та цінностями має керуватися діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я? _____

2. Якщо пропустити робоче перевантаження, з яким найважливішим викликом ви стикалися у процесі надання соціальних послуг у сфері здоров'я? _____

[узагальнення 4-го розділу]

4 РОЗДІЛ. Досвід роботи в команді

В організаціях, де надаються послуги клієнтам/пацієнтам, завжди присутня міждисциплінарна команда. Соціальний працівник чи фахівець соціальної роботи і психолог чи консультант – це найчастіше професійне поєднання, а також такі професіонали залежно від профілю організації: фізичні терапевти, ерготерапевти, гідрокінезотерапевти, лікарі (інфекціоністи, наркологи, гінекологи, педіатри, дитячі невролог та психіатр), інструктори з трудової адаптації, терапевти мови та мовлення, медсестри тощо. В організаціях, що займаються моніторинговою діяльністю та супроводом надавачів послуг (у т. ч. соціальних працівників), команди представлені проектними координаторами та програмними фахівцями, до складу команди також входять, соціальні працівники, лікарі відповідних нозологій тощо.

Описаний респондентами досвід робочих зустрічей досить різноманітний: на періодичних (щоденних чи щотижневих зустрічах) обговорювалися питання, що стосувалися безпосередньо клієнтів, де, наприклад, зачитувалися спостереження зі щоденника соціального

Продовження додатка 5

працівника, відбувався кейс-менеджмент по клієнтах, озвучувалися успішні кейси, предметом обговорень були й організаційні питання (виклики в роботі тощо). Загалом спілкування в командах описане як ефективне, налаштоване на прийняття рішень, присутня взаємодія. Респонденти переважно згадували, що мали позитивний досвід роботи в команді, зокрема відзначали підтримку колег, можливість навчатися в команді, цікаву та неодноманітну діяльність, наявність супервізії, для деякого цей досвід був першим офіційним місцем праці в якості соціального працівника.

[уточнююче запитання]

Прочитайте висновок до 4 розділу і подумайте над наступними питаннями.

1. Наскільки важливим для доброї командної роботи є кожен з наведених нижче пунктів (будь ласка, поставте «X» після числа, яке найкраще відображає вашу думку, де 1=менш важливо, 2=важливо та 3=дуже важливо)?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| а) У команді є всі необхідні фахівці (професії). | 1 | 2 | 3 |
| б) Лідер (керівник), який підтримує та цінує внесок усіх членів команди. | 1 | 2 | 3 |
| в) Адекватне розуміння та сприйняття ролі соціальної роботи у сфері здоров'я. | 1 | 2 | 3 |
| г) Можливість отримання зовнішньої підтримки чи консультації для працівника, якщо вона відсутня в команді. | 1 | 2 | 3 |

2. Будь ласка, наведіть приклад чи коментар (якщо потрібно): _____

3. Якщо потрібне покращення роботи команди в певній організації, що ви порадите (будь ласка, поставте «X» після числа, яке найкраще відображає вашу думку, де 1=менш важливо, 2=важливо та 3=дуже важливо)?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| а) Навчання і тренінги всередині організації для покращення комунікації та спільної роботи в команді. | 1 | 2 | 3 |
| б) Покращення професійних університетських програм та програм післядипломної освіти, які готують фахівців в межах конкретних напрямків. | 1 | 2 | 3 |
| в) Безперервна освіта як всередині організації, так і за її межами, самоосвіта. | 1 | 2 | 3 |

4. Будь ласка, наведіть приклад чи коментар (якщо потрібно): _____

[узагальнення 5-го розділу]

5 РОЗДІЛ. Оцінювання послуг

«Ефективність послуг» іноді описують як три складові: якість послуг, задоволеність клієнтів та результати цих послуг. *Якість послуг* можна оцінити, відстежуючи, чи були відповідні послуги надані в потрібній кількості і в потрібний час. Моніторинг наданих послуг чи процедура акредитації є прикладами таких підходів з оцінювання якості послуг. *Задоволеність клієнта* оцінюється шляхом отримання зворотного зв'язку від клієнта іноді у дуже неформальній формі або більш організованим способом, таким як опитування.

Продовження додатка 5

Результат послуги для клієнта залежить від оцінки результатів його лікування чи супроводу, тобто відбувається вимірювання певних змін у житті клієнта, щоб зрозуміти, як вплинула певна послуга».

Респонденти озвучили досить по-різному, як відбувається оцінювання якості наданих послуг. Були думки, що критерії оцінювання якості є умовно «внутрішніми», адже відслідковування формального виконання обов'язків не може відображати «цілісну картину» якості роботи, або що таке оцінювання відбувалося під час розмов із керівником. Досвід інших респондентів свідчив про існування цілого алгоритму здійснення моніторингових візитів, у рамках яких існувала форма оцінки діяльності надавачів послуг із різними індикаторами, в тому числі блок щодо оцінювання якості наданих послуг. Такі моніторингові візити періодично здійснювали спеціальні відділи моніторингу та оцінки.

Результати послуг для клієнтів вимірювалися також по-різному: 1) в деяких організаціях умовним критерієм результату була здатність клієнта «витримувати реабілітацію» чи виконувати певні завдання під час реабілітації; 2) були також внутрішні проміжні оцінювання клієнтів, наприклад, «Оцінка прихильності до антиретровірусної терапії» під час соціального супроводу ЛЖВ чи, наприклад, тести з визначення когнітивних порушень при черепно-мозкових травмах для пацієнтів, що проходять реабілітацію, й інші форми та скринінги для вимірювання результатів «до» та «після»; 3) ще один озвучений спосіб виміру результатів послуг – верифікація отримувачів (клієнтів) на пунктах надання послуг (порівняння кількості клієнтів під час візиту із середньою по цьому пункту, опитування клієнтів, моніторинг їхнього перенаправлення).

Задоволеність клієнта також має безліч варіантів для оцінювання згідно з відповідями респондентів: спеціальні програми з можливістю оцінити послугу після її завершення (Datacheck), відгуки на сайтах чи в соціальних мережах, гарячі лінії. Відзначалось, що клієнти «відіграють першочергову роль» у наданні зворотного зв'язку. Фахівці можуть почути фідбек і під час розмов з клієнтами, коли вони висловлюють подяку, коли повертаються знову вже в якості випускників певних програм тощо.

На питання, що стосувалося супервізії, респонденти відповідали в більшості позитивно, відзначаючи її корисний вплив на професійну діяльність: «супервізія – це закон», «це загальноприйняті вимоги», «регулярна супервізія», «досвід більше 5-ти років», були відповіді, що наразі супервізії немає чи вона не є необхідною. Однак одна відповідь стривожила, вона не зовсім стосувалася питання сфери здоров'я, швидше питання соціальної роботи в територіальних громадах, де щодо теми супервізії «зовсім все погано».

[уточнююче запитання]

1. Прочитайте моє визначення ефективності послуг та висновок до 5-го розділу. Опираючись на ваш досвід, скажіть, як можна покращити оцінювання послуг у кожній з наступних категорій?

а) Оцінювання якості - _____

б) Результати послуг для клієнтів - _____

в) Задоволеність клієнтів - _____

Продовження додатка 5

2. Виходячи з вашого досвіду, як можна покращити супервізію для соціальних працівників у сфері здоров'я та хто має надавати таку підтримку? _____

[узагальнення 6-го розділу]

6 РОЗДІЛ. Покращення якості та ефективності послуг

Найосновніші фактори, озвучені респондентами, що сприяли покращенню якості та ефективності послуг:

- сприяння професійній підготовці та навчанню, свободі і творчості, супервізії;
- комунікація між персоналом і комфорт для працівників;
- взаємодія та взаєморозуміння, обмін ідеями та досвідом українським і закордонним;
- полегшення робочих процесів, уведення нової документації та комп'ютерна технологізація звітності у процесі надання послуг;
- стандартизація послуг, що надають лікування;
- надання послуг на основі актуальності та принципу наукової доказовості;
- план перехід на державне фінансування послуг;
- донорська допомога та залученість партнерів;
- особисті знання, вміння та якості фахівця, досвід, самоосвіта.

Найосновніші фактори, озвучені респондентами, що спричинили проблеми:

- недосконала робота МДК;
- людський фактор;
- деструктивне спілкування і відношення до роботи;
- направленість багатьох медичних працівників виключно на матеріальні аспекти в професійній діяльності;
- відсутність мотивації до змін;
- відсутність послідовності у політиках щодо послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг, загальне неблагополуччя країни;
- стигматизація ключових груп населення суспільством;
- низька якість медичності послуг;
- недостатнє фінансування;
- незакріплений правовий статус громадських організацій;
- карантинні обмеження;
- низька заробітна плата – низька мотивація до роботи;
- відсутність страхування працівників.

Головною рекомендацією респондентів стосуються посилення співпраці та взаємодії на всіх рівнях та з усіма учасниками процесу надання послуг, підтримки (супервізії) та навчання працівників, збільшення фінансування, удосконалення оцінювання.

[уточнююче запитання]

Прочитайте висновок до 6-го розділу.

1. (а) Хоча наведені нижче фактори були оцінені позитивно на першому етапі опитування, будь ласка, розташуйте їх в порядку, де «1» = найважливіший, «2» = другий за важливістю і так далі, а «5» = найменш важливий фактор для забезпечення якості та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я.

- Розбудова мережі контактів та постійна співпраця між усіма професіоналами, які надають послуги: _____

Продовження додатка 5 (кінець)

- Безперервна освіта для підвищення професійних знань і навичок: _____
- Збільшення фінансового забезпечення для надання соціальних послуг у сфері здоров'я: _____
- Полегшення робочих процесів та уніфікація їх документування: _____
- Підтримуюче, добре організоване керівництво та супервізія: _____

(б) Прокоментуйте свою відповідь для уточнення або додайте інші фактори до списку в пункті (а): _____

2. (а) Нижче наведено кілька факторів, які спричинили проблеми для надання якісних послуг у вашій професійній діяльності. Розташуйте кожен фактор у порядку, де «1» = найважливіша проблема, а «5» = найменш важлива проблема на основі вашого професійного досвіду.

- Відсутність послідовності та системності політик, стандартизації послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг: _____
- Нерозуміння значення соціальної роботи, її ролі в сфері здоров'я: _____
- Недостатня мотивація фахівців через низький рівень оплати праці, велике навантаження або загрозу життю чи здоров'ю: _____
- Проблеми з мотивацією до змін клієнтів, їхньою забезпеченістю, доступом до інформації та їхнього оточення: _____
- Відсутність належної підтримки та супервізії з боку керівництва: _____

(б) Прокоментуйте свою відповідь для уточнення або додайте інші фактори до списку в пункті (а): _____

Опитувальник другого раунду дослідження з короткими підсумками після першого раунду (Канада)



Questionnaire. The second phase of dissertation research on social work issues in health care.

Hello everyone! I am a PhD Candidate at Lviv Polytechnic National University in Lviv, Ukraine, and I thank you for participating in my dissertation research on social work issues in health care.

In my study, I am using a Delphi survey method. This is a long-proven technique, which emerged in the middle of the twentieth century as a way of collecting expert opinions and structuring the information obtained. It is also an opportunity to get the broadest possible picture of the issue under study, while exploring aspects of practice that are poorly represented in literature, through the subjective but well-grounded opinions of experienced experts. My main research question is: **“How can the role of social workers be strengthened to improve the effectiveness of community-based health care services?”**

While I am ultimately interested in how to improve social work services in health care in Ukraine, I have gathered information from experts in Canada as well as Ukraine to learn from these experiences because the pattern of providing social work services in health care has a longer tradition in Canada. There were 10 participants from Canada - six persons from Manitoba, three persons from British Columbia, and one person from Saskatchewan. The same number of respondents was interviewed in Ukraine – six individuals from Lviv oblast’ (region), and four individuals from Kyiv oblast’.

The Delphi method involves two phases of data collection. The first phase was held in February-May 2021 for Canadian respondents, and is being held in September-November 2021 for Ukrainian respondents. The first phase occurred through an interview with every respondent based on an interview guide, with its questions divided into the following six sections:

- 1) Background Information;
- 2) Types of Clients Served and their Problems or Concerns;
- 3) Service Approach and Methods;
- 4) Experiences in Working as a Member of a Team;
- 5) Evaluating Services;
- 6) Improving the Quality and Effectiveness of Services.

Now we are in the second phase of the study. This involves providing you with a summary from the first phase and asking some additional clarifying questions that will help to rank the key findings from the study. These results will then be combined with finding from the Ukrainian sample. Please save this document, answer the questions, and then return the document to me at my email address. Responding to these questions will only take you about 30 minutes.

Продовження додатка 6

Please return the completed survey within 10 days, and if this is not possible for some reason, could you please let me know how much additional time you need to respond. Thank you for all that you are doing to contribute to this project.

[Summary of Section 1]

SECTION 1. Background Information

In the study, the following positions (roles) of social work professionals working in the health care area were provided:

Social Worker for military families, Social Worker in a hospital / Medical Social Worker, Social Worker in Long Term Care and Convalescent Care, Geriatric Social Worker, Case-coordinator in Home Care, Income Security Health Promoter, Clinical Planner, Client Service Manager, Chief Allied Health Officer, and Community Area Director.

[Clarifying Questions]

1. Read the Summary of Section 1. In addition to those described above, what positions (roles) of a social worker (social work) can you attribute to health activities in Canada? (Please limit yourself to three positions.)

[Summary of Section 2]

SECTION 2. Types of Clients Served and their Problems or Concerns

The types (categories) of clients, as identified by the respondents, are: clients with low income (low-income persons) and those who lost their jobs; the elderly and senile people (geriatric population); persons with various types of disabilities; families with children on the autism spectrum, and with other health problems of children; people experiencing homelessness; persons with various types of addictions; victims/survivors of domestic violence and/or abuse; hospitalized people; and families (environment) of persons with health problems.

Clients' needs and health problems, as described by the respondents, are: the needs in obtaining benefits, funds for special medical equipment, insurance coverage; mental health problems (problems with depression or anxiety and with addictions); domestic violence and sexual assault; hospitalization and the need for support after discharge; complex difficult medical and social problems; all types of physical disabilities; combination of emotional, behavioural or cognitive concerns; dementia, Alzheimer's, Korsakoff syndrome, which is alcohol-related dementia; hypertension problems, organ damage; mobility concerns: problems with activities of daily living and instrumental activities of daily living.

[Clarifying Questions]

1. Your comments (if any) on this summary (briefly) _____

[Summary of Section 3]

Продовження додатка 6

SECTION 3. Service Approach and Methods

Service provision philosophy, principles and values, as described by the respondents, are: person-centered philosophy (4 respondents); the strength-based solution focused approach (2); belief in teaching clients (2); an anti-oppressive feminist framework, including intersectional feminism; trauma-informed practice; dignity model; decolonization and anti-oppression in practice; self-determination of the person; non-judgmental, harm reduction and advocacy; reducing barriers to access services; transparency; building community capacity, engaging with clients with needs, and engaging with communities.

The challenges and problems that arise when providing social services in the area of health care are:

- Joint work: “different systems do not work together”, and “it is necessary to defend the role of a social worker”;
- Accessing medical services is difficult: “the best service is simply not available” and “a significant amount of funds and resources were redirected to COVID”;
- There is a long waiting period;
- “We are forced to maintain a hospital system”, “the medical model is used”;
- “It is hard to influence change”;
- Provision of more nonprofessional services like support workers;
- A heavy workload;
- “The approach is not at all person-centred”;
- “People always want more”;
- “The activities of a charitable organization do not always coincide with those of the government, with its vision”.

[Clarifying Questions]

1. Read the Summary of Section 3. What additional values and principles should guide the work of social workers in health care? _____

2. In addition to workload concerns, what is the most important challenge you have experienced in improving the services provided by social workers in health care? _____

[Summary of Section 4]

SECTION 4. Experiences in Working as a Member of a Team

Often an interdisciplinary team (IDT) of health professionals, in hospitals in particular, is called Allied Health (Team), which usually consists of an occupational therapist, a physical therapist, a nurse, a doctor, a social worker, and sometimes, depending on the situation, also includes: a home care worker; a speech language pathologist, a nutritionist, a recreational therapist, an economist, spiritual care, mental health professionals, etc. A team leader is most often a nurse (3), an occupational therapist (1), a social worker (1), and other professionals. The IDT approach is very effective for doing collaborative work. “Rounds” or “discharge rounds” are periodic (daily or weekly) meetings where new patients (clients), the course of treatment and discharge planning are discussed with the involvement of all necessary professionals who can help improve the person’s situation. The decisive

Продовження додатка 6

factor is the ability to refer patients (clients) to other professionals or organizations – this is an advantage, the ability to approach the client’s health issues holistically.

[Clarifying Questions]

1. How important are each of the following to good teamwork (Please place “X” after the number that best represents your opinion where 1=less important, 2=important, and 3=very important)?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a) The right professions are represented in the team. | 1 | 2 | 3 |
| b) A leader that encourages and values input from all team members. | 1 | 2 | 3 |
| c) A good understanding of the role of social work in health care. | 1 | 2 | 3 |
| d) Availability of outside consultation when this is not present within the team. | 1 | 2 | 3 |

2. Please provide comments (if any) to clarify your responses.

3. If improvements to team functioning in any organization are required, what do you recommend (Please place “X” after the number that best represents your opinion where 1=less important, 2=important, and 3=very important)?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a) In-service training to improve communication and collaborative work. | 1 | 2 | 3 |
| b) Better professional education within each discipline in their university programs in preparation for work after graduation. | 1 | 2 | 3 |
| c) Continuing education both: inside and outside the organization. | 1 | 2 | 3 |

4. Please provide comments to clarify your responses or add to the list in (3).

[Summary of Section 5]

SECTION 5. Evaluating Services

“Service effectiveness is sometimes described as having three components – service quality, client satisfaction, and service outcomes. **Service quality** assesses such things whether the right services were provided in right amount at the right time. Monitoring services provided and accreditation procedures are examples of approaches used to assess this. **Client satisfaction** is assessed by obtaining client feedback in an anecdotal manner or a more organized way, such as a survey. **Service outcomes** relies on assessing treatment results for the client.”

Respondents to the first survey provided quite different comments about how the quality of services provided were being evaluated in their work setting: from “dry” statistics, i.e., counting the number of services provided and the amount of time spent by a social worker, a report on spent government or charitable funds – to evaluating the client’s satisfaction; several people in this context mentioned accreditation (those who work in medical institutions), supervision, and the College as the body responsible for licensing and continuing education. The answers regarding service outcomes, i.e., measuring changes for clients, were very vague. When asked about supervision the responses

Продовження додатка 6

were quite varied with many noting this was not regularly available. Instead, the respondents mentioned external opportunities for social workers to receive support and supervision, which was helpful.

[Clarifying Questions]

1. Read my definition of “Service Effectiveness” and the Summary of Section 5. Based on your experiences, how can the evaluation of services in each of the following categories be improved?

a) Service quality –

b) Client satisfaction –

c) Client outcomes –

2. Based on your experiences, how could the supervision provided to social workers in health care be improved, and who should provide such services? _____

[Summary of Section 6]

SECTION 6. Improving the Quality and Effectiveness of Services

The most important factors that have contributed to improving the quality and effectiveness of the client services, as identified by the respondents, are:

- Building a network of contacts, connections and collaboration, as well as teamwork;
- Continuing education;
- Client-centeredness: building relationships with clients, focusing on strengths, quick access of the client to the services of a social worker, providing necessary resources, advocacy, cooperating with their environment, taking feedback into account;
- Adequate management that is interested in supporting and solving client problems, as well as in organizing the teamwork quality: online documentation, team support (supervision, attention to the mental health of the team, etc.).

The critical factors identified that have caused problems were:

- Long periods of waiting for certain services (including mental health, accommodation, etc.), especially during the period of COVID or due to geographic remoteness;
- In the system of health care institutions, they do not fully understand the social work value and role; working in this area is a constant pressure;
- To some extent, social workers want (like) to control, have power over their clients;
- Problems in the organization (management) of work: burnout of professionals due to lack of support, supervision; and lack of proper evaluation to track the quality of services provided;
- Lack of open and transparent communication.

In general, positive and negative factors overlapped and are sometimes contradictory. Some respondents stated that leadership and management is a positive factor (when it is adequate), and some described this as a negative factor (when management does not contribute to the effective work

Продовження додатка 6 (кінець)

of a social worker). The same goes for clients – most say that clients and their objectives are the main priority in the work of a professional, and some mention that, unfortunately, sometimes social workers treat clients in too much of a directive fashion. Collaboration is a strength when there is a wide friendly network of organizations and colleagues where the client can be referred to, and a weakness when social workers are forced to defend their role in front of other professionals. Communication is also often a positive factor that helps organize work in a transparent and effective way, as well as a negative factor when it generates mistrust, chaos and fear among both employees and clients.

A positive factor is training, and continuing education, can become a source of support for staff, a means of empowering and enriching clients, and a means of combating miscommunication; as well, training can also be extended to colleagues who do not fully understand the role of social work in health care.

[Clarifying Questions]

Read the Summary of Section 6.

1. (a) Although the following factors were rated positively in the first survey, please rank these factors where 1=most important, 2=second in importance, and so on with 5=least important ensuring the quality and effectiveness of social services in health care.

- Building a network and encouraging collaboration between all of those providing services: _____
- Continuing education to improve general knowledge and skills: _____
- Emphasis on the client-centered approach to service, defined above: _____
- Continued efforts to facilitate good teamwork: _____
- Supportive, well-organized leadership and supervision: _____

(b) Comments to clarify responses or add to the list in (a): _____

2. (a) Several factors that caused problems in achieving good quality services in your work setting are noted below. Rank each factor where 1=most important problem to 5=least important based on your experience in your current work setting.

- Long periods of waiting for services: _____
- Lack of understanding of the value of social work, its role in the area of health care: _____
- Social workers treat clients in too much of a directive fashion: _____
- Leadership fails to provide adequate support and supervision: _____
- Poor communication between service professionals: _____

(b) Comments to clarify responses or add to the list in (a): _____

THANK YOU!

Періодизація розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я Канади

<i>Періоди та дати</i>	<i>Важливі події та тенденції, що пов'язані з розвитком та становленням соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді</i>
1-ий період: від утворення Канади до поч. 1880-х рр.	Початковий період характеризувався окремими епізодами соціальної роботи в питаннях здоров'я як благодійної діяльності у громаді
до 1867 р.	Соціальна робота в Канаді означає допомогу бідним.
1881 р.	Заснуються Асоційовані благодійні організації (The Associated Charities або Charity Organization Society), що підкреслювали важливість систематичного дослідження (systematic investigation), а не просто надання допомоги.
2-ий період: поч. 1880-х – кін. 1920-х рр.	Початок інституціалізації та професіоналізації соціальної роботи у сфері здоров'я
1910 р.	Створено перше відділення соціальної роботи у Вінніпезькій загальній лікарні.
1910 р.	У Монреалі, через те, що лікарні були переповнені у зв'язку з масовою епідемією тифу, розпочали залучати волонтерів на допомогу перевантаженому персоналу. Керувала волонтерами Хелен Рід.
1911 р.	Перше відділення медичної соціальної служб створено у Загальній лікарні Торонто.
1910-1911 рр.	Дж. Лочхед звернувся з проханням до Монреальської загальної лікарні відправляти туди волонтерів на допомогу пацієнтам. За цей період вдалося здійснити супровід 119 випадків.
1912 р.	До Загальної лікарні Монреаля було найнято першу соціальну працівницю, в минулому медсестру, Емму Фаулс.
до 1912 р.	Міські комісії соціального обслуговування (the municipal social-service commissions) замінили Асоційовані благодійні організації.

1914 р.	Створено першу програму підготовки соціальних працівників в Університеті Торонто (Онтаріо), що акредитувалися наразі Американською радою з освіти соціальної роботи.
1918 р.	Створено програма з соціальної роботи в Університеті Макгілла в Монреалі (Квебек), що акредитувалася наразі Американською радою з освіти соціальної роботи.
1920-1930 рр.	Соціальна робота в Канаді розвивалася повільно.
1926 р.	Створено Канадську асоціацію соціальних працівників, КАСП (Canadian Association of Social Workers, CASW). Охорона здоров'я була однією з перших галузей, у яку була залучена ця асоціація.
1928 р.	Відкрито нову навчальна програму з підготовки соціальних працівників в Університеті Британської Колумбії.
3-й період: 1930-ті рр. – 1938-й р.	Період уповільнення і стагнації характеризувався сповільненням темпів поширення соціальних служб у лікарнях
1929-30-ті рр.	Період Великої депресії. Небажання уряду сприяти просуванню підготовлених соціальних працівників в університетах.
1935 р.	Відбулося 66-те щорічне засідання Національної конференції соціальних працівників у Монреалі.
4-ий період: 1939-й – 1960-ті рр.	Період дисемінації соціальної роботи у сфері здоров'я на загальнонаціональний рівень
1939 р.	Відкрито нову програму з соціальної роботи в Університеті Монреала (Квебек). Соціальні послуги в лікарнях почали розвиватися на національному рівні.
1941 р.	У Канаді кількість соціальних працівників налічувала 1767 осіб.
після 1945 р.	Соціальна робота як професія “розширилася” разом із розвитком охорони здоров'я, лікарняного страхування, пенсій за віком, соціального страхування, будинків для людей похилого віку та спеціального обслуговування людей з інвалідністю.
1950-ті	Усталеною практикою стало залучати соціального працівника до так званих “обходів” або “раундів” в лікарнях, коли разом із

	лікарем, головною медсестрою вони долучалися до обходів палат, разом обговорюючи проблемні ситуації пацієнтів.
1951 р.	У Монреалі посаду соціального працівника для роботи з емоційними розладами в пацієнтів, глаукомою, пухлинами та випадками сифілісу профінансовано урядом провінції (фактично відбулося визнання на провінційному рівні міністерством здоров'я)
5-ий період: 1962-й – 1980-ті рр.	Період зростання суспільного значення соціальної роботи в сфері здоров'я як захисту прав людини у сфері здоров'я і поглиблення спеціалізацій в цій галузі
1960-1970-ті рр.	Особливо потужний розвиток соціальної роботи в Канаді, що пов'язано із запровадженням широкого спектру державних послуг (public services) під егідою Канадської держави добробуту (Canadian Welfare State). Соціальні працівники визначали охорону здоров'я правом людини, а не благодійністю (вчиненням благодійності).
1962 р.	Прийняття законодавства про медичне страхування, яке в тому числі лобювала Канадська асоціація соціальних працівників.
1967 р.	Утворення Канадської асоціації освіти з соціальної роботи (Canadian Association for Social Work Education, CASWE), з цього часу займаються акредитацією програм соціальної роботи в Канаді.
1977 р.	Більше третини всіх професійних соціальних працівників Квебеку працювали в закладах охорони здоров'я.
6-ий період: 1980-1990-ті рр.	Період конкуренції серед фахівців сфери здоров'я в умовах реформування галузі у країні та пошуку шляхів відновлення позицій соціальної роботи у сфері здоров'я
1980-1990-ті рр.	Зростання витрат на охорону здоров'я Канади та виплати лікарям, що спричинило певні обмеження на фінансування соціальної роботи. З того часу канадські соціальні працівники докладають особливих зусиль, щоб істотно вписати свою практичну діяльність у сферу охорони здоров'я, аби їх не замінили інші суміжні медичні працівники, зокрема медсестри.
1990-ті рр.	Реорганізації лікарень, які вплинули на зниження задоволеності соціальних працівників діяльністю в сфері здоров'я.

7-ий період: поч. 2000-их – дотепер	Період впливу глобалізації на практику соціальної роботи у сфері здоров'я, зокрема щодо соціальних детермінант здоров'я як визначальних чинників нерівностей щодо здоров'я
2000 р.	У Канаді існувало вже 34 школи соціальної роботи.
2003 р.	Зайнятість соціальних працівників у Канаді у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг становила 73%, у медичних закладах – 2% від загалу.
2004 р.	Створення Мережі соціальної роботи і нерівностей щодо здоров'я.
2018 р.	У Канаді налічується приблизно 52 823 соціальних працівники.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

Фахові видання України

1. Назар, Н. (2021). Соціальна робота у сфері охорони здоров'я Канади. *Social Work and Education*, Vol. 8, No. 3, 341-351. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.21.3.3>
2. Назар, Н. (2020а). Практика соціальної роботи у сфері здоров'я (на прикладі діяльності недержавної організації м. Львів). *Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: «Педагогічні науки»*, 1 (2020), 223-227. <https://doi.org/10.31651/2524-2660-2020-1-223-227>
3. Клос, Л., Назар, Н. (2018). Подолання глобальних викликів соціальної сфери і соціальних хвороб: міждисциплінарний підхід. *Theory and methods of educational management (Теорія та методика управління освітою)*, 1(21), 1-12. <http://umo.edu.ua/katalogh-vidanj/electronic-journal-the-theory-and-methods-of-educational-management-edition-1-21-2018>
4. Назар, Н. (2018а). Діяльність соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді. *Social Work and Education*, Vol. 5, No. 2, 100-106. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.18.2.10>
5. Nazar, N. (2018). Роль фахівців соціальної роботи у реалізації національній концепції охорони психічного здоров'я. *Social Work and Education*, Vol. 5, No. 4., 45-55. <https://doi.org/10.25128/2520-6230.18.4.4>
6. Клос, Л., Назар, Н. (2016). Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід). *Педагогіка та психологія професійної освіти*, 4, 200-209.

Видання інших держав та видання України, що включені до наукометричних баз даних

7. Klos, L. & Nazar, N. (2019). Integrated social services based on preservation and promotion of community health: an analysis of the state and prospects of development. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 59-69. [https://doi.org/10.32437/MHGCI-2019\(0\).68](https://doi.org/10.32437/MHGCI-2019(0).68)

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Nazar, N. (2020b). The ecosystem approach in health social work. 4th International Conference on Mental Health Care “Mental Health: global challenges of XXI century”, *Mental Health: Global Challenges Journal*, 3(2), 16-18. <https://doi.org/10.32437/mhgci.v4i2.90>

9. Назар, Н. (2020с). Екосистемний підхід у соціальній роботі в сфері здоров'я. *Соціальна робота і сучасність: теорія та практика професійного й особистісного розвитку соціального працівника*: Матеріали Десятої Міжнародної науково-практичної конференції, 18 грудня 2020 р., Київ: Ліра-К, 135-138.

10. Назар, Н. (2019). Перспективи розвитку соціальної роботи у сфері охорони здоров'я з позицій медичної реформи в Україні. *Забезпечення сталого розвитку в умовах глобалізаційних трансформацій*. Збірник матеріалів II конференції молодих науковців, 25 травня 2019 року, Київ: АПСВТ, 68-69.

11. Назар, Н. (2018b). Діяльність соціальних працівників сфери здоров'я в Канаді. *Соціальна робота: виклики сьогодення*. Збірник наукових праць за матеріалами VII всеукраїнської науково-практичної конференції, 26-27 квітня 2018 р., Тернопіль: ТНПУ імені В. Гнатюка, 82-83.

12. Клос, Л. Є., Назар, Н. І. (2017). Міждисциплінарний підхід у подоланні глобальних викликів соціальних хвороб. *Здоров'я людини у соціальному і освітньому вимірах: міжнародне соціальне та освітнє партнерство*. Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції 14-15 листопада 2017 року до Всесвітнього дня боротьби із захворюванням на діабет, Київ, 66-69.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

13. Когут, С., Кокоячук, Ю., Назар, Н., Розвадовська, Т. (2020). Вразливість як прояв соціального виключення в Україні. В Є. Фролова (ред.), *Дім: досвід прийняття. Практики включення в Україні та Італії*. Практичні рекомендації (ст. 109-122). Харків: Центр європейської культури «Данте».

ТРАНСКРИПТИ ІНТЕРВ'Ю

(перший раунд експертного опитування)

Транскрипт інтерв'ю № 1

Спеціаліст психосоціальних програм паліативного догляду / Вінніпег, Манітоба

Інформант:

Ім'я: Т. Д. / **TD**

Стать: чоловіча

Інтерв'ю:

Дата: 02.02.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **NN**

Текст інтерв'ю

00:00

[Вітаються, розмовляють про орієнтовні часові рамки інтерв'ю та блоки питань, які будуть розглядатись].

00:51

NN: What is your current or most recent position as a social worker in health care and the organization you work for?

TD: So, I just switched positions. So, I work now for the palliative care program for the Winnipeg regional health authority and my position is called psychosocial program specialists.

NN: How long have you been in this position?

TD: Two weeks, two weeks. I'll probably describe the previous one because I was in it for 4 years.

NN: Is the organization you work for a government agency or a non-government agency even if some funding comes from the government?

TD: It's a government agency, so it's not directly for the government, but it's government funded but it's ... it's ... it's the Winnipeg regional health authority. So, it's under the government's health.

NN: Describe the broad focus of services provided by your agency?

TD: It's everything so the agency does hospital. They do community doctors mental health; all health care is through this agency.

NN: Did you work as a social worker in health care in other agencies or organizations before your current position? If yes, please describe those positions and the time spent in those positions?

TD: So, I'm working in various roles. I work as a social worker in the hospital in almost all the units. I was a social worker in the community. So, I worked at primary care, so, doctor's offices. I think if I'm ... Probably my last role was in income security health promoter. So, I worked with doctors' offices and clients surrounding finances and financial benefits and insurance and ... and those aspects so that was a new role created four years ago in Manitoba. There was a... there's a one other role like that in Toronto, Ontario, but that's kind of where we paste that role off of.

03:39

NN: In your current position, describe the types of clients you serve. If you are a senior manager or supervisor describe the types of clients in your unit or organization. Probe for details as required.

TD: So, I ... the role was unique, so I worked with different aspects of the face-to-face clients. I worked with both quite a range. So, those people may think that I had no money, no housing, no support all the way to people having, you know, millions of dollars in their bank accounts. So, it was quite a range. A lot of the focus was with mental health so clients having mental health, health concerns and then trying to find funding to provide that of their equipment or insurance companies to have insurance companies pay for certain things like workers compensation. So that's kind of a quick gist of that role. I also worked with seniors that were going on to retirement. So, helping them

through the process of retirement and organizing those aspects was one part of my role. The other part of my role was I worked with organizations. So, with social assistance I work with them to help build their capacity with their teams to help clients. I also work with social workers across Winnipeg Manitoba to help teach them about finances in the programs and understanding of that aspect.

NN: What health and other related problems do these clients have? Probe for details as required. In your personal work do you focus on clients with specialized types of problems?

TD: Yeah, so about financials when I was an income security health promoter. That was the specialty because I was the only one in Manitoba that did that role. So, I help people, you know, maximize their finances, look for ways to save money, and look for ways to improve their circumstances. It's something like fundraising now when you have a social system, so it's government funding. So, when the government pays you money because you don't have work or you're on disability to make sure you get all the benefits or if you have health care insurance or work insurance to make sure that you get the proper insurance from work. This is so that you are looking for the sources which are most appropriate for the clients here. The source is the advocacy and making sure they if they qualify for the program they get onto the program. Okay. Thank you.

06:54

NN: What are your job functions and the types of services you provide? How would you describe your service philosophy? Are there principles or values you try to follow in providing your services? Please provide an example or two to illustrate these.

TD: A lot of it was solution focused and empowerment reason being is I worked a lot with the different programs and the solution wasn't necessarily always for the client. It was for the client and the program because sometimes they had difficulty coming to compromise. So then I was kind of the middle person helping them work through that I believed a lot in teaching clients. It's because if I taught them something if oval finances and how to utilize the program's then they were able to you know, do that without my help necessarily the next time because if you continue to learn to do it on their own, they'll be able to continue to access the services after they work with

NN: What types of challenges or problems do you experience in trying to provide services that you would define as 'best practices' in your work?

TD: Working together with people collaboration was probably a big challenge but near the end. It was... it was good. Like if people were starting to work together, and obviously that was the biggest challenge.

09:03

NN: What types of challenges or problems do you experience in trying to provide services? In your role as a social worker in health care do you work as a member of a team? Who acts as the team leader and what is the team leader's profession?

TD: In my previous role was an interdisciplinary team. It was a quite independent team where each of us had a specialized role but we supported each other so we were able to bring a lot to the table where we were able to discuss cases. We were able to work through situations if we had any concerns. A lot of us took the time to also build capacity for other social workers and other types of Professions in the community so we did education for doctors for residents nurses social workers occupational therapists nurses all those aspects as well.

NN: Okay, and the team leader and what is a team leader's profession? Maybe it was a social worker or another professional.

TD: So the manager initially was a social worker and then when she left it became a nurse however, amongst ourselves we each were kind of leaders in our specialty.

NN: Describe how your team functions. How often does it meet and what is the purpose of these meetings? When and how do team members communicate? What is the format and type of interaction that occurs in meetings?

TD: So our team was co-located. So we all were in the same area. So we would if we needed to discuss certain cases we would do it as needed. However, we also met once a week for half an hour just to discuss cases and discuss any upcoming changes. One thing to point out to you know with what

I've learned from the success of working in interdisciplinary teams. It's important to understand that you're hiring the right person for the job. So interdisciplinary teams are effective if you have effective people on the team.

NN: What are some of the limitations or weaknesses?

TD: So the benefits are everyone's different and everyone brings a different approach. So that being said not everyone's going to agree on everything which is okay because then that gives opportunity for discussion some of the limitations are we don't have all professions on our team. So then we have to access outside resources if they're available and if they're not then we just kind of have to figure out what is available and how we can make things work.

NN: Overall, has your experience working as a team member been mostly positive or mostly negative? Explain why.

TD: Definitely positive. It's good to have that support to be able to bounce ideas off of the team. You won't always agree with your team members and I think with people having different approaches. There's always going to be some friction with people not agreeing with your approach or not agreeing with your decision. And I mean that could either lead to a good learning opportunity if you have a good team or it could lead to a significant amount of conflict if your team is in a strong team.

NN: Are referrals made to other professionals outside the team? If yes, please provide a couple of examples.

TD: If we have the support on our team like this is my previous role but in the previous role if we had the members that can do the tasks on the team. We would do it within our team, but we would also refer out just because we didn't have all the members that we needed or sometimes. It was more appropriate for different teams to take the person on that score specialized. Okay? What do you think of any example for us to you know when the referrals are made to ... one example, is it since my role is surrounding finances and when a client he did to do file income tax then I would send that person out to a clinic that specializes in this free income tax or another example would be since we did not do case management if a client required mental health case management, we would refer out to the mental health Team. They would be providing that case management going forward. Absolutely. Thank you. Thank you so much.

15:55

NN: Please tell me how service quality is assessed for the services you provide. Who is involved, what types of social indicators are used, and how it is done? How are service outcomes measured and how is this done?

TD: I think the evaluation part was based on how many clients we would see and for how long. It was very challenging to provide some evaluation on some aspects because where I worked you had to spend a lot of time building relationships with the clients because if you didn't build the relationships, you couldn't implement any interventions and you can't help them if they didn't want help from you. That being said the measure was based on: how much time, how many face-to-face interactions we had, how many phone call interactions we had, how many home visits we had. That's where the evaluation was based off of.

NN: Do clients have a role in providing feedback on satisfaction with services, and how does this occur?

TD: So that would have been through the doctor's office. It was kind of overtime at certain periods of time that they'd be doing the evaluation. And they would be asking ... they'll be provided with a handout about: how the clinic provided the help, was it accurate or ... there are certain questions that they were asked. Not every client had to pick ... not every client participated, it was optional. So, that's where they got their feedback from clients.

NN: Do you receive supervision in your role as a social worker? Have you found this helpful in your work? Please explain any strengths or weaknesses in the approach to supervision in your work.

TD: So what we did is we created something called. We created a practice Council. So all the social workers in similar roles in primary care. So it involves working with doctors offices. We would meet four times a year then we increased it to every two months just to kind of discuss cases or

how we can improve processes. I mean it varies wherever you go certain places like anything to do with counseling will have more formal supervision versus but all if you're doing forms and providing support they will have a different type of supervision. It just varies from place to place and some places put more focus on it and others.

NN: Do professional organizations, government or any other external body have any role in evaluating the services you provide? If yes, please describe what occurs and whether this is helpful to improving your services?

TD: I believe so to what extent I'm not sure other than they're collecting the information how many clients do we see for how long and how long they're open to our program. So kind of what I mentioned about the face to face visits home visits or visits at home. Okay.

20:10

NN: What are the three most important factors that helped to improve the quality and effectiveness of your services to clients? For each factor can you explain how and why this helped.

TD: I think number one was relationship building. So that's relationship building with clients and other programs and people. Maintaining your own style because I know sometimes people want you to provide the same type of style of social work that they provide. I found that being independent and continue maintaining my own style and my own way of practicing was very helpful for me. and building it and building a network so building your own support network to connect with other social workers, other programs kind of feeding into the relationship piece, but this is more of a network where you can have supports share resources and continue learning from each other.

NN: What are the three most important factors that presented challenges that either needed to be overcome or still need to be overcome in improving the quality and effectiveness of your services to clients? For each factor can you briefly explain why.

TD: So number one would be, you know, collaboration. so working together. a lot of programs still want to work independently, kind of what you described where the doctors will work by themselves and nurses work by themselves and social workers by themselves. That is still around, but it's getting better. Communication and transparency. So everyone being on the same page. is important. and then lastly, I would say is ensuring that there's common goals. because I quite often see that some programs have their own goals in mind and instead of us all working together. It's having your own goals versus shared client goals.

NN: What recommendations do you have that might help to improve the quality and effectiveness of services to clients you serve? Think of the following topics but if no improvements in certain areas are required, please explain why: direct services to clients; supervision, training, and support for staff; teamwork and interdisciplinary collaboration; evaluating service results; planning, funding, and policy changes.

TD: Relationship building. I think relationship building is probably one of the most important pieces and then you know, once you start having crossed with other programs with other partners. Then they'll be more open to working together and collaborating and in turn will improve the care for clients. So Direct Services to clients, yes, but I think there has to be also work done in the background. So either you know, building support for the clinicians, for the social workers and the other teams. because they have to work with the doctors. Training is also important. support your staff. Team work for sure and working in these interdisciplinary teams is important because social workers work with a lot of professions and it's important to have that wrap-around approach. so that holistic approach to patient centered care. I myself didn't do much of the planning, funding or policy changes or the evaluation. Evaluation as well. by the way in the previous section where we were dealing with evaluation. There was a question about external bodies in wolves they're working or not in evaluating the services you provide. So I'm just making the bridge between these two. so evaluating service results meaning your internal evaluation or outside evaluation or both. It would be internal. So..

NN: Do you have other recommendations or comments for improving services?

TD: No, it's you know that in that Innovation that ability to look outside the box is very important. Because that's how my previous role came to be, one of the doctors heard about the role in Toronto

and decided to say hey, we need this role in Winnipeg. And that's how it was created through those discussions. So it was, you know, an interesting beginning that leads to that relationship building that interdisciplinary work. That's really important.

Транскрипт інтерв'ю № 2
Соціальний працівник у роботі зі сім'ями військових / Вінніпег, Манітоба

Інформант:

Ім'я: К.С. / **KS**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 01.02.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **NN**

Текст інтерв'ю

00:16

NN: What is your current or most recent position as a social worker in health care and the organization you work for?

KS: So, I'm the Adult Services social worker for the Winnipeg military Family Resource Center and I work with families of the Canadian military.

NN: How long have you been in this position?

KS: It will be seven years in June.

NN: Is the organization you work for a government agency or a non-government agency even if some funding comes from the government?

KS: It is a nonprofit organization, but we are funded by the government.

NN: Describe the broad focus of services provided by your agency?

KS: Our mandate is again to provide a range of services to the families of military members. So there's children, their spouses, there's grandparents, those kind of things. So we have a youth drop-in center. We have youth programming, we have an employment coordinator. So they help people who.. because people are posted, you know, all over the place every three to five years so when they come there the spouses are usually looking for jobs. So that person will help provide employment, resume making whatever they need... We have a deployment coordinator. Who helps families deal with their members being deployed... We have a daycare and we also have another child care center for people who want sporadic childcare. We have adult programming. So we have a worker who does, you know, runs a parenting group. Have you checked out our website is it probably gives you a better, you know, angry with you. Yes. You go Winnipeg military Family Resource Center and then our Facebook page or the calf connection would provide you with a better explanation....I'm just going we have four social workers. Myself. I deal with adults, so I see women and men who are struggling anxiety and depression I specialized in domestic violence and sexual assault. I do a lot of programming. I have a mature women's group. So anybody over the age of 45 we get together once a month and we talk about whatever needs to be talked about. I've done a cognitive behavior therapy group for people, you know, a four-week group. You know, and again programming changes when we see the need. We have a children's social workers. So she deals with children under the age of 18 and she helps them with whatever they need whether it's anxiety or depression. She is a play therapist and and then we have two social workers who are with the are called family liaison officers. So they work with the family of a members who have been ill or injured.

04:46

NN: In your personal work do you focus on clients with specialized types of problems? If yes, please explain.

KS: Sometimes there is a connection with helping families connect to health care providers because again if they're coming out of Province, they may not have a doctor for if they have a child with special needs. We had a situation where there was a member who had two children who was getting services for his children who were autistic. And when he came to Manitoba they had to be put on weightlessness, so we advocated so that they could continue treatment without having to be put on a waiting list, but that took months.

05:57

NN: What are your job functions and the types of services you provide? How would you describe your service philosophy?

KS: So, my primary function here is to meet with people who are needing counseling therapy. I've been a social worker for seven years. I have a masters of social work and my framework is an anti-oppressive feminist framework. so I'm not here to tell them what to do. They have their own wisdom. And I meet them, you know, wherever they're at and I guess I see my primary job is having them have a safe place to share whatever they need to share. Our services here are not mandatory, so it's strictly voluntary so they can come when they want. And that's about it.

NN: Are there principles or values you try to follow in providing your services? Please provide an example or two to illustrate these.

KS: My work has been shaped by my experience and I don't know if you have the form or whatever, but most of my experience in the last 20 years has been working with domestic violence and sexual assault survivors. So, and usually they've been in crisis so, you know, I guess one of the things I really believe is that people know what they need to do when they need to do it. So I, you know, I don't judge people I just try to accept them where they are and I truly believe that they are experts in their own lives and the more that they connect with that voice inside of them. They will find what they need to do. So I can provide options and support but they will make the decision about what they need to do or not. It's a little bit different for me here because the clients that I'm seeing are way more resilient than the ones that I worked with before. I work with a lot of traumatized people in groups 30 to 40% of my client load was aboriginal people, you know, generational abuse drug and alcohol addictions. There is a little bit here at this job, but not in the same way that there was before. that.. that job was, my other job was very demanding and people were just in crisis most of the time. I understand you.

NN: What types of challenges or problems do you experience in trying to provide services that you would define as 'best practices' in your work?

KS: So I get too bad you can't see me because I just went this morning to get a blood test and that was very complicated. So I'm very traumatized by that experience because it wasn't a positive experience. So, you know we are in this province. We have been undergoing some centralization issues with health care now, and there's been just a lot of stresses with people accessing services and people working within the profession and a couple of my friends are social workers and they work in hospitals and and now with kova to there's a lot of burnout and a lot of stress and so I have a lot of respect and empathy for people who are health care providers because it's an overwhelming. work system right now in Manitoba and especially with the complication of confidence though it is yeah they are in major stress and burnout and I really hope that you get a chance to talk to those people because you know, I think it would benefit them just to talk to you just to get it off your chest. It's not a positive work environment for those things... Now, to this question and if you have some friends or colleagues who work in the healthcare system... So their stories will be way more valuable than mine. I'm only on the periphery and again, I'm pretty healthy. But as a user today, it was just horrible and I can't imagine you know, sometimes my clients get very frustrated because they're trying to connect with the health care provider or they're trying to get a service and it's just doubly complicated now because of improvement and waiting. times are just very very long. And can I ask if your study is strictly focused on Manitoba? ... Again, because you know, and I guess every Province here is different, but we got a change in government and the government made a commitment to streamline Healthcare... So for the last four or five years, it's significant changes that have affected everybody. And yeah, and I would think it's essential that you talk to those

people especially the ones that can remember before and now... It's to me as a user and you know as an advocate for people to to access say like even going to emergency as different or mental health. We have a mental health clinic here that's attached to a hospital. It's a different situation now than it was four or five years ago. It's way more complicated.

15:15

NN: In your role as a social worker in health care do you work as a member of a team? Who acts as the team leader and what is the team leader's profession?

KS: You know again, it's a little bit harder to work as a team right now because of COVID. But yes, we do have, you know, the four of us get together on occasion. And we discuss certain things. As well as every three or four months we get together with the social workers on base and we talk to them about whatever we need to talk about. Okay, and how much is a team and what are the different roles of team members?

NN: Describe how your team functions.

KS: Well, so there's four of us as I've mentioned in my list and we are separated by those divisions of population. So two of the social workers work with the ill and injured, one works with children and I work with the adults. So, you know, sometimes the case is a bit complicated or there's numerous family members and we decide who's going to take what family member to make, you know, to help them with whatever they need. Because again, we want to respect each person in the family, their position. And so one worker does not really deal with anybody else in the family except one person. And perhaps, you know if there are parenting issues then it'll be the parents and the child together, but usually it's just, you know. Yeah, it's just separate that way. And we really don't do couple or marriage counseling because none of us have a marriage and family therapy degree. So we would refer to one of the things about, you know, Winnipeg it's a pretty big city not as big as Lviv, but it's got a lot of places where we can access for our clients some really good services.

NN: Are referrals made to other professionals outside the team? If yes, please provide a couple of examples.

KS: As needed. We've developed some partnerships with the Clinic. It's.. it's again.. It's a community sort of Health Care Center, but it's divided up into certain sections and they have a sexual assault domestic violence kind of mental health kind of section. So, you know, we've exchanged information referred back and forth. And also there's another agency called The Men's Resource Center that deals with been sexually assaulted as well as domestic violence. So we have contact with them. When needed one of the, one of the agents.. not agencies, but one of the things that we really have a lot of contact with is the Padres on base. There are sort of the front line people that deal with any kind of.. say as a Health crisis or.. even a mental health thing. They will talk to the family usually first. We have some housing here, for example if a person is posted to Winnipeg and they have a health concern and they're in the hospital and they want their mother or their father to come. We have a house for them to stay and they can, you know, help support the members during.. during the health stay or yeah, those kinds of things we have actually housing to help support members' families in a case of a medical crisis. You know, somebody has cancer, somebody has a workplace injury and those kinds of things, they.. their family can stay there while they're recuperating in hospital if they're from out of town.

NN: What is your assessment of the benefits of your team approach?

KS: Working in it in a team is always problematic and again because it COVID did we don't physically see each other on a regular basis and we are there's four of us as only two of us are in one building. Another building has the other two social workers. Don't physically that kind of makes a difference. Benefits.. I think each of us has a unique skill set. So if we have some questions about certain things usually the other person will know about it. So, you know, we don't have to make a lot of phone calls to outside agencies just because we have a lot of experience on our team...

[поганий зв'язок]

KS: But I just want to stress that, Nataliia, you know again, I've worked in different places for 20 years, but the plate working us out is very well resource, like very well resourced and there is I can't even

think. sorry. I just. What does it mean? Resource. okay now, okay. every source so, you know. When I was working before in other places, they were nonprofits and it was hard to get money to do things. right? and you know those kinds of things. there is nothing here that if I didn't want I couldn't find. or you know, if I needed to... if I needed to do something there would be people kind of clearing the road so I could do it. I don't know if that's a good metaphor, but it's a unique place in the sense that anything is possible because I'm given the freedom and the creativity to do it and also if it costs money usually it's okay. So as an example I'm trying to think. as an example say oh, ok. So here's one. Healthcare stuff. if there's an ill and injured family member saying see as an example you an example. There was a woman who had postpartum depression. She and her partner had been living in Winnipeg for I don't know two to three years, but they weren't from Winnipeg. and she was not doing well. She had been hospitalized for a couple of weeks and she had two children. There was really no one to care for the children. They came to us to ask for help and we were able to secure it. We were able to provide money so that her mother could come and spend, I think six weeks or two months with the family, you know, help with the babysitting, clean the house, those kinds of things. In the other organizations I've worked for that would be impossible. There would be no money for airplane tickets. There would be nothing. So, you know, in certain situations we can really assist the family by providing that but again, this is a very unique organization. We could not, I could not do that in my other work experiences... As an example in that case we could have also paid them to hire a babysitter that they knew or they ..they found online. So, you know, just having that financial resource can help a family cope much better because they have that added support. Okay. Thank you.

[Інтерв'юер перепросила за сторонні звуки від сусідів та взяла навушники]

25:15

NN: Please tell me how service quality is assessed for the services you provide. Who is involved, what types of social indicators are used, and how it is done? How are service outcomes measured and how is this done? Maybe I don't say it correctly... About your evaluation of your work, your services, maybe some of your clients can evaluate your work or some government organization?

[поганий зв'язок]

KS: So you asking me how my organization evaluates my work?

NN: Yes, yes.

KS: Okaay. You know, it's a bit different because again, my clients are voluntary. So, if they don't like the service they go somewhere else, right? So it's not like they have to fill out a form or those kinds of things. So, I would say in general if they keep coming back - I'm doing a good job. You don't have the form I have.... a complaint and I know sometimes, you know, clients will call in and say, you know, you know, they have a problem with this social worker or that social worker. So in seven years my supervisor has not brought anything to me, but also to the sessions I will always ask, you know. Is this something you're comfortable doing? You know, I've seen you four times. Do you want to give me some feedback? Is this working for you? How can we change it if it's not? Like I'm always asking questions. In terms of when I could do better or what, you know, because again sometimes when were.. when were discussing or processing whatever there is and I asked them or invited them to do this exercise or this homework assignment, you know, it's always an option. It's not that I forced them to do it. And then I'll always reflect back when they come back and say. Well how did this work? Do you want to do it again? You know. Was that something which I should stop doing? It's all about self reflection and feedback and ..and again looking to the client as the expert and going at their pace and not doing what they don't want to do. But I'm also a licensed social worker. So again, the College of social workers in the province of Manitoba regulates our profession and if there was a complaint there's, you know, a specific protocol that they would engage me with. So that's another way that, you know, social workers were held accountable... But again, our clients are not mandatory. In.. in my previous job I taught 24 clients a week and I did three 10-week groups in a year all by myself, and I had three or four supervisors. So, when you're working in those environments, you're always getting feedback. There's always people evaluating me on a weekly basis. This is kind of refreshing. [сміється]. So, yeah, so this is

a different environment but again, you know, the clients are the experts and they direct how I do the work and when I do the work.

NN: Okay, thank you... So, if we speak about nonprofit organizations do you have some founders and do you have to report on your work in any way to these (to founders)?

KS: To the founders?

NN: Yes.

KS: Yes, so we are required on a.. sometimes on a monthly basis, quarterly basis or yearly basis to provide stats. So, they want to see how many times we've seen somebody and.. and sort of broad themes. You know, did you see a lot of people with anxiety? You can see a lot of people with depression. They want to start noticing like National Trends. So, they can develop programming specific to those kinds of things. So yes, we are required to provide those kinds of stats to our funders.

NN: Do you receive supervision in your role as a social worker? Have you found this helpful in your work? Please explain any strengths or weaknesses in the approach to supervision in your agency?

KS: I would say in my other jobs: "Yes. Most definitely". There is no supervision in this job. I'm my own supervisor in that sense. I mean, sometimes we will share problems within, you know, among the social workers. But.. and.. that's sort of one of the challenges here is the executive director who is my supervisor. They yeah, they seemed not to know what to do with social workers in our organization in terms of supervising them. I mean if I don't show up.. that they would know that. But in terms of how I work with clients or some, you know, those kinds of things, they really don't pay a lot of attention to that. Unless they hear a complaint, but if they don't hear a complaint, like nobody asked me here, how many clients have you seen this week, you know, what was the theme, you know, are you just seeing a lot of clients with PTSD (post-traumatic stress disorder)? Are you seeing a lot of domestic violence? Like nobody's really asking those questions for my supervisor anyway... But it's a weird situation right now, because my supervisor for the last.. our executive director for the last year is living in Ottawa. So we see her every two weeks at a staff meeting, but she's not physically in Winnipeg. So that's weird.

NN: Okay, thank you. What about the next question? Do professional organizations, government or any other external body have any role in evaluating the services you provide? If yes, please describe what occurs and whether this is helpful to improving your services?

KS: So I meant.. mention the College of social workers. And again, this is a relatively new organization. I would say in the last four-five years they started. So every year I have to pay a certain fee to be registered as a social worker. And I have to submit to them any workshop or seminars I've taken and every three years I have to meet the minimum requirement in terms of education and learning. So, if you go on the website, you'll find out what those credentials requirements are. Plus every three or four years, I forget, we have to renew our criminal record check or child abuse check and and those kind of things. So, those are the two things that were required to do with regards to the college. And again if they have written a complaint about say a client wrote a written complaint to the college about me, they would notify me and then we would.. they would take steps to investigate it. And.. I'm just trying to remember some of the cases that I've seen online where either they'll suggest I get a say as an example of more education. Or actually people have been finding money, X amount of dollars because of whatever and again you'll see some good examples online from some social workers who did not follow their practice..

36:29

NN: Thank you, so we have the last one section. Please, think about the experience you have had. What are the three most important factors that helped to improve the quality and effectiveness of your services to clients? For each factor can you explain how and why this helped.

KS: I think for me... And again, I, you know, as your.. to you're saying this I just, you know hearing the voices of my social worker friend Soren and hospitals are Personal Care Homes. One of the things that I can do is I have a lot of control over who I see and I, you know, usually within 24 hours I can make an appointment to set up to see that person. And I think that's a great benefit when I talk to them directly on the phone because it's really hard for people when they have stress in their life

to wait for an appointment. Right? So, I think that is.. yeah.. That is the most important thing that.. that we can do is to be available and to hear what they have to say. I'm sorry [нерозбірливо]... the two parts of your question.

NN: It's okay, I repeat it in another way. Maybe... What recommendations do you have that might help to improve the quality and effectiveness of the clients you serve?

KS: I think the more barriers we remove between ourselves and.. and.. and the clients the better will be. And, you know, I think.. OK and I haven't been to Ukraine... I'm gonna say like 15 years or whatever, but the social workers here come from like a certain percentage of the majority of them come from a top-down position, where they are the experts. And so as an example if I'm meeting with the social worker there, I'm going to say a majority of people or whatever, will come into the room... the social worker will come into the room with a pen and pencil or they'll be on her computer and they won't really be.. They won't be able.. they're not really able to listen and to be with the client where they are they're writing stuff down there looking on the computer, they're selling those kinds of things. And to me that's very disrespectful to the person. And.. but I think it speaks to the status that.. that we social workers think we have. Ah, but I don't know. Yeah, and I think that's just a huge barrier to.. to help people process what they need to process. If you're.. and people get nervous or paranoid when people are writing stuff down, right? And I think that's very disingenuous and you need to stop doing that, but I think a certain percentage of us love.. love to have that kind of status, that power and control. Don't get me on this topic. I'll start talking about it with days left. Yeah, we seem to think that we're very privileged and that we are experts and we're not listening to clients because we know everything. That would be my biggest negative about our profession... You know, we are polite, but there's that undercurrent of disrespect. So, as an example, I've been to lunches with social workers and I've been to meetings. And they will talk about the clients in disrespectful ways and they get very frustrated if the client isn't doing what they say. So, you know, if you're a good client they will, you know, they will do anything for you. But if you're a bad client, which means maybe you're a little bit angry, maybe you don't do exactly what they say, you do it a different way, then they don't seem to be able to deal with those kinds of people. And I'll give you a little example. I was working... I was doing my social work placement with a police department and working with victims services. And this woman came in and she wanted a peace Bond or something... something I can order for protection. And so, my... I'm a student, right, student and the supervisor says: "Kim go meet with this woman. See what she needs blah blah blah". And so, she wasn't eligible for an order of protection because the person she wanted this protection from was like a neighbor or something. And we just couldn't do it. And, and so, you know, before I met with the client my supervisor was telling me: "You know, Kim. I think she's a bit unstable, I think this and that, and, you know, go see her". So, I went to see her and, and then I came out and, you know, the woman went away and my, my supervisor was telling me that, you know: "It was a waste of time and that, you know, this woman stunk". That she smelled bad and I mean she obviously was marginalized. I mean she wasn't homeless but I mean she had some issues. And I said, I said to my boss. I said, well, even though we couldn't give her a protection plan. I like, we couldn't give her a legal document. I said I did some safety planning with her. We talked about what was going on. She had some hopes, we gave, you know, we talked about some hoping strategies. And, you know, the fact that she stunk or not didn't matter. But again, social workers seem to judge clients based on how they look, how they present, how they talk. And that just puts a lot of barriers. And, you know, we get frustrated because they're not doing what we say, well, why would they, you know, why should they. It's a stupid philosophy they have. Anyway, I can talk for hours. Hey, by the way, what time is it in Ukraine?

NN: What recommendations do you have that might help to improve the quality and effectiveness of services to clients you serve? Think of the following topics but if no improvements in certain areas are required, please explain why.

KS: In my jobs, I've had many supervisors, but I've only had one that was really good. And I miss her. You know, I think, you know, what I need for supervision is someone who can hear what I'm saying without judging me or telling me what to do. Because again, I think as social workers we

kind of know what we need to do and to help provide me with certain tools and education. And you know, what are the words, like encouraging me and providing me with tools to help that client. So, as an example, if I'm... I'll give you an example. So, when I was working at the transition centers for domestic violence, I was dealing with 24 clients that were mandated to see me. And if they didn't see me, they would lose their housing. And they had like, like tons of issues, regardless of the domestic violence. They, they have, you know, addiction issues, they had self-harm issues, they had high risk behaviors, they were just very activated people. And you know, when you're forced to go see somebody it's a very con.. not confrontational, but there's a lot of tension every week. You know, you got to go see a counselor, you got to do this, you've got to do that. And you know, some of the things that I was doing with certain clients was maybe not a good fit for them. And so, we would talk about how to work through resistance, how to, you know, go through the back door as opposed to going through the front door and, and those kinds of things, and so, you know, blah blah blah. So, I was talking to this supervisor and I said, you know: "Friday! They just hated to see me on a Friday". And I mean who wouldn't, right? And so, she said: "Well, Kim, you know, maybe you know, there's some other things you could do with the clients. That isn't as I'll use the word draining as other things". So, she introduced me to guided imagery. And I have to say that was a big shift in terms of them relaxing at being able to, you know, do some work in session using guided imagery. And it made my job so much more pleasant on Fridays. So, without her introducing me to that I never would have even... Because again, you know, as a social worker and you're seeing a high volume of clients, there's no time to think of other things, right, here just like a rat on a treadmill. You're just doing the same exercises or the same processes, you know, you've got maybe, you know, what rituals you have. There's no time to expand the tool base. So, the supervisor provided me with this and it was... I mean, I'm still using guided imagery to this date. So... so that I think that's a good example of how a supervisor can introduce something to shift you, help you be a better social worker. And also, you know, help with the workplace to become less tense. ... You know, by providing, by providing me or expanding my tool based, by providing... Saying: "Hey Kim, how about using guided imagery?" She suggested some books and those kinds of things. And then as I began implementing them I could see changes in my clients in them being able to calm themselves, you know. They had way more self-regulation when I used guided imagery. And also on Fridays they were happy to come see me. As opposed to being tension full. So again, as a worker, you know, there's nothing worse than going to a place on Monday morning thinking: "Oh my God, I'm seeing seven people who are going to be really unhappy to see me. And as I use more guided imagery they just loved coming because they got something out of it. And it wasn't something that they had to really think about, right. They just had to, you know, we just did guided imagery. So, it helped my workplace like me being a worker in my workplace. I didn't dread going to work on Fridays. And also, my supervisor was outside my work like she was hired by another agency. So for me, that was a safe place because again, I worked at three different sites, I had three different executive directors. All of whom were totally different. So, I can go to my fourth supervisor and talk about the stuff that I was seeing. And it never would come back to me, right. Her only function was to help me process whatever was going on. And those were crazy places for lack of a better... crazy... You understand us?

NN: Yes, yes, I understand. Thank you very much. I really appreciate your experience. So I think we can finish our interview.

Транскрипт інтерв'ю № 3 **Соціальний працівник у сфері охорони здоров'я / Вінніпег, Манітоба**

Інформант:

Ім'я: М. М. / ММ

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 02.02.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / NN & HN

Транскриптор: Назар Н. І.

00:00

[Вітаються, спілкуються про особисте]

MM: I have two daughters and my youngest daughter is also a social worker. She graduated a few years ago and my oldest daughter has now decided that she wants to be a social worker too. So, she's just beginning her studies. so that my father was a social worker. Wow! I said I am never going to be a social worker, never, so, I don't know what happened. Anyway, oh well. It was destiny. I guess. I guess so. I can go ahead.

HN: I also have two children and they are grown up already and my son is a PhD in computer science and he is a graduate of the University of Manitoba. Okay? Yeah, my daughter is teaching in Germany. Oh, wow. Nice. So here we are. I'm so.. I'm so happy to meet you Margaret, and I'm so happy that Natalie is having this wonderful chance. I should say. Please go ahead.

01:50

NN: I think we can start. So, Margaret and the focus of this interview is on your.. on the social work in healthcare even though you may have had other types of social workers responsibilities in the past. So we can start with background information, but I know what your name is and your.. I have your mail, please tell me what is your current position as a social worker? What is your current or most recent position as a social worker in health care and the organization you work(ed) for?

MM: So, I retired about five or six years ago, and I've worked as a social worker in health care for all of that time. It was a fairly short career since I started so late in life. My first position was working in.. There were six hospitals in Winnipeg and my first position was working in the emergency room. I did my training in that same hospital. I worked on medical units and I also worked on psychiatry for my training, but then I got my first job in emergency and it was unexpected because at that time there was talk of having a social worker in emergency seven days a week and that was not done before that time. So when I finished my practicum and I started looking for a job, their supervisor called me and said I didn't know this was going to happen, but they've just given us a funding to have social work in emergency seven days a week and, you know, you need to apply. So I worked seven days on and seven days off. I worked on Monday to Sunday and then I had Monday to Sunday off and I worked opposite to another woman. She did the other seven days. So I did that for a few years. After that I moved to what we call long-term care. So in Winnipeg, it's called The Long Term Care Access Centre and what their job is.. is to go into hospitals and if there is someone who looks like they can no longer live in the community. We review the applications. It's a bit of a process. It was a big learning curve for me because I'm not medically trained so I picked up a lot, but you review the application and you see whether they qualify to go into long-term care because in Manitoba you must qualify to go to.. what we call an.. you would call a nursing home or a care home for older people. So we did that for three years to different hospitals in the city and then after that I retired. And so now what I do is I work casually. So I work for one of the hospitals in the city, I cover whichever area that they need help with. Sometimes it's an emergency. Although now, it's gone to what they call Urgent Care Now. Last year I did a couple of months in the dialysis unit, which is very interesting because I haven't worked out patients before and I cover medical units and rehabilitation units and some years I work a lot, some not so much right now. I'm working. I'll be working most of February and I just got an email asking if I could finish off somebody's maternity leave for March and April. So it's wherever they need me right now. So that was a long answer. Sorry..

HN: It's very helpful to hear about these developments in your career and it makes us understand the situation better in health care. Yeah,. Well, except.

NN: How long have you been in this position?

MM: I'm saying this is coming up to six years.

NN: And all of this organization or agency was government or non-government.

Is the organization you work for a government agency or a non-government agency even if some funding comes from the government?

MM: Well, it's, [кашляе] excuse me at this, hospital. So I guess it's technically, you know, funded by the government. So Winnipeg regional health authority is what the umbrella, excuse me, the umbrella organization is called.

NN: Describe this the broad focus of services provided by your by your edging signal in your position.

NN: Describe the broad focus of services provided by your agency in your position?

MM: Well, for minutes, it's a hospital. So in this hospital.. they no longer.. They used to have surgery. It would be orthopedic. They no longer have surgery, but they have it's, you know, medical and it's rehabilitation. So they deal with the older population a lot, geriatric population. But say somebody comes in and they're very very sick and you think can they go home again, you know, their medical issues are more less dealt with but maybe they're having trouble walking or something like that. So they go to a Rehabilitation Unit, so they can get more physiotherapy. So there's that.. that kind of unit. There's just, you know, playing medicine when somebody is sick and they need treatment. So and then there's urgent care, which is for Minor medical things, you know, if it's a heart attack or stroke they would go to a different hospital. So but if you had like, you thought you had an infection, and you'd come to urgent care. So that's primarily the focus of that hospital.

07:56

NN: In your personal work do you focus on clients that have some specialized types of problems to work with all yeah.?

MM: It depends. I would say for myself. My greater area of knowledge, if I had one, would be with the geriatric population, because that's what I've seen. But we deal a lot with issues of homelessness, addictions, you know, people who can't go back home. You know, sometimes, you know, we've dealt with say domestic violence or elder abuse. We don't deal with children or youth very much because they have a children's hospital. That's know, that they would go to. So, I would say in my work a lot of it is or helping people to, you know, do they... do they qualify for some financial compensation are there issues of hoarding in the home. Lot of times we get notification from your say a specialized group of paramedics. That will sometimes phone the social worker and say: "Look, we just picked up this lady, her house is a mess: there's bugs, there's rats, there's whatever". You know, and they will notify us. That something is not right. So, yummy [сміється] deal... deal with a lot of...

HN: Well, thank you. Thank you so much.

09:45

NN: Thank you. So, I understand your clients and maybe we will go to section three. You know interview guides. About your service approach and methods and... What are your job functions and the types of services you provide? And the more interesting question. How would you describe your service philosophy?

MM: Well, I think as social workers sometimes we are... What's the word? what we would like to do as social workers, you know, is focus on the person, the... the autonomy of the person, you know, their ability to make their own choices and... you know, meeting the person where they are, and seeing what we can do to help them and also trying to empower them. As the social workers that we... what we... That's our philosophy. You know, we want to come alongside somebody where they are and... and see, you know, what we can offer. However, sometimes that does conflict with, you know, in a hospital setting, right, because there are a lot of things that go on in hospitals and a lot of... Sometimes what we would like to do is the extent of what we would like to do. Sometimes we can't always. But I think, you know, all of us for whatever reason that led us to Social Work. We go into it because we feel that, you know. Sometimes people need help and bridging the gap between may be a resource and the person - sometimes we can act as a liaison for that. So, I think we all come from a place of respect and autonomy for the person and trying to come alongside and see what we can provide for them.

- NN:** Thank you. Next question about your principles and values and you explain a little bit in the previous... Are there principles or values you try to follow in providing your services? Please provide an example or two to illustrate these.
- MM:** The following social worker goes is... You know, we have a code of ethics and don't ask me to recite them. You know, we have a code of ethics. That we try to adhere to, you know, and try to, you know, keep that in mind, you know, when we work with clients, you know, we have a college of social work and we, you know, they have a code of ethics. And we all try to do what we can and be responsible and, you know...
- NN:** And what about your Code of Ethics... Is it of all countries, for Canada or does it depend on the province?
- MM:** They would probably be similar, but ours and we also there's a Canadian, like Canadian sort of a social workers code of ethics and standards to we would all I would be similar. But each province has its own. I think most provinces now have a college. I think Manitoba was one of the last ones to have a college. And I can't remember how many years ago it was but maybe eight to ten that the... You know, we always had an association but now it's a college and I was licensed. And there's a requirement that every three years we have to have a certain number of hours like unpaid hours like webinars seminars, you know, things like that. Now... Because before some people could call themselves social workers, but they didn't really have the re educational requirements. So now it is quite regulated. So, you know, we always have to keep that in mind as well. We know what the requirements of the college are and make sure that we, everything we do, you know, that there's good documentation and, you know, have to be mindful of all that.
- NN:** Thank you. Thank you very much. Do those people who don't have a Social Work education can be registered as a social worker?
- MM:** There are some people that had worked in the system prior to the college combine or come in. And I think some of those people are grandfathered in. But for new people since that time you have to register. Now not all social workers in Manitoba have registered. But there are certain positions like, for example, mine in the hospital where it's a requirement of the job. So, you know, some people aren't, maybe they work for a private agency or something, and the agency does not require that. But most like government jobs, hospital jobs, you know, a lot of them and more and more are requiring that you are registered and licensed.
- NN:** We can go back to providing services. and I have detailed a question about some types of challenges and problems when you do some experience in trying to provide their services. And maybe for example, the food scene. Um since like a lack of training access to provision to spoiling support, maybe some other services professionals are able to respond to client needs Etc. What are these problems or challenges?
- MM:** I think that. No, some of the services are easier to access than others. One of the areas that we do struggle with a bit here. For example Mental Health Services. Like there really are not enough Mental Health Services sometimes to go around. And if a person... I mean if a person is in crisis, they're, you know, they're crisis centers. But just generally speaking there are not enough services, for example, recently not at work, but I know that somebody... I know I had a problem with, you know, depression and things. And they are trying to see a psychologist, but it's been months, you know, those kinds of things. Addictions that's another area. I was working in Urgent Care a few weeks ago and somebody came in struggling with alcohol issues and. You know, there are some programs but again the waiting lists are very long to get into any of those programs. And sometimes you can refer somebody but there's a gap of time between when you make the referral and when the resource becomes available. That may break down with the person. So yeah, sometimes, you know, it's just the number of people who need the services versus a service that is available. So, that's some of the challenges. Those kinds of services are more difficult, you know, like said, like addictions and mental health. I find those are harder to access. If you require a service for geriatric old, an older person. Sometimes those are a little bit easier for some reason. But even then, for example home care, if somebody needs Homecare put in place, before they even hospital. Oftentimes there's a gap of time. Like might have it could be days. So there you have somebody

who is in a hospital, in a hospital bed, which is expensive, but they're waiting because it's hard sometimes to find enough services for them to go home. So yeah...

HN: Margaret, thank you so much for providing an example with that person that addict you've just mentioned. Maybe you have another example you could share with us, because, you know, when we visualize real life situations, it becomes easier. So, it had to be helpful to hear one example if any other example that comes to your mind.

MM: So, are you asking for more examples? Are you... sorry if you're onto the next questioner?

HN: if you wish you could share what if you could wish you could share with us one more example.

MM: Another example when we wait for services is... I mean, there's, there's many things like there's say homeless. Somebody has come in and they're either homeless or the home that they came from they cannot return to. For example, when I was working not too long ago. There is a person who came in who had been living in essentially a shack. You know, no running water, no like nothing. And that person had had a medical issue and they cannot return there. So we would help them to try to find some suitable housing, but that doesn't happen overnight. This person had no one else to help them and they weren't quite capable of doing that from a hospital themselves. So, you know, that involves a lot of delay. Sometimes you can send a person to their shelters and things like that. That, you know, you could send the person to. Sometimes we can do that. But the person's medical situation is that they, for example, need a lot of home care or they need different support then that's not possible. So, there we have somebody waiting in the hospital. Well, we try to help find them a suitable place to go. So that it will be a safe discharge for them to go home. So that's a delay. There is delay sometimes because if somebody comes in and they are no longer competent mentally and so they have no family or they have no what they call a power of attorney to speak for them and act for them. Then we have to begin a process of putting them under what the office is called the public guardian and trustee. It's kind of like an offshoot of the government, I guess you would say. And they will be responsible for that person including where they are going to live, paying the rent, things like that. There is, there can be quite a delay that way as well. So, you know, it's challenging with not having some of these resources to do ... two things at hand.

HN: Thank you. Thank you, so much complicated. Yes.

22:00

NN: This and then we're going to do this section for maybe experience in working as a member of the team in your role as a social worker in healthcare and we work as a member of 15 and this team social workers only or interdisciplinary.

MM: Well, I would say there's a, in some ways there's two teams, right. So, you have your team of social workers. And there's about ten who work in the hospital. In other hospitals like for example Health Sciences Center is a big hospital in Winnipeg and they have, I don't know, 20 or 30 probably. There's a lot of social workers in that hospital. So, you have your social work team, you know, so you have a Social Work lead and you have, you know, your fellow social workers. And excuse me, the team that I'm working on right now that I work with. They're all very supportive. So, for example, if you had a case that you are just, you know, you go home at night and you go. Oh, well, what am I going to do? So, then you can go to your fellow social workers and say: "Hey! I have this issue. Have you guys had this in the past, do you have any ideas?" So that's very, very good, if you have a team like that very good. The other team, I would say is the interdisciplinary team and so on each unit would have their own, what they call Allied Health. So that's occupational therapy, physiotherapy, home care and sometimes others, like speech and language or dietitian or something like that. And so you would have that team on the unit you're working on. And each floor would have, you know, a particular, particular team on it. So, so... yeah, so you'd have that team as well.

NN: And what is a team leader's role maybe in an interdisciplinary team?

MM: So interdisciplinary team, like I think, the team leader would be the, what they call, the patient care team manager, who would be, somebody that we, you know, you would refer to as the charge nurse. So that person, so every morning on these units, every morning we would have, what we call a round, when we need to meet at each unit and we would go over the patients with whom we

are involved. Usually every patient, but then we stopped at the ones, who most of the team is involved with, talking about how they're doing and what their discharge plan is going to look like. If you have a good team, I (It) can be very, very helpful. When I worked in the emergency department, we had a wonderful team and it was very, very helpful. Because sometimes what the team, the team's goals and what the team's opinion was different from what the hospital wanted. Because in an emergency you want, the hospital wants them to get out as soon as possible and go home or, you know, whatever. And so, sometimes a team would get together and say: "Okay. What do we think about this person and we go, we all go no, they can't go home right now". So, then we could present a united front and say: "No, they can't go home". So, if you have a good team, it makes your job a lot easier.

NN: It's very good practice and example because I have worked, had worked and it's a nonprofit organization, this Health Clinic for people with AIDS and then there are many doctors, nurses and others, but we like as social workers and can go through that. What an hour I don't know of the significant discussion. It's very difficult to work with people because doctors' work is present separately and then we worked separately like a social worker.

HN: What Nataliia is describing actually reflects our situation. When the role of social workers and Healthcare is not acknowledged yet. Yes. It's extremely well and what we hear from you dear Margaret is so helpful, you know, it should be so convincing and yeah, it's very helpful.

MM: It's very difficult. It can be difficult. Sometimes go to. Um, but it's good to know who's on your team and what their expertise is. For example, years ago I was working in the emergency department and a man came in. He was in a wheelchair. I forget what he came in for. Anyways, the doctor said you're cleared you can go home. So, I went to talk to him and his wife, you know, to say, you know, good luck or whatever. And when he started talking to me, I realized there was something wrong with him. He would talk: "Okay". And then he would drift off and start like he was having a dream or a delusion and I thought: "That's I've seen dementia and people but it was an odd presentation". So, I went to talk to his wife and she didn't speak English very well. I said: "How long has he been like this?" So, I had a conversation, in the course of the conversation. Um, you know, I kept asking questions and questions and questions, and she, she finally said: "Well he had surgery you're going is knee and it was after that". And I said: "Well did anything happen?" Finally, she said though the doctor and she's trying to describe it to me, but her English wasn't good. But what I got from it triggered something and I phoned a person on the team that I knew was a nurse and she was a specialist and I said: "What's that thing again called? What's that thing, you know, when people have too much water (longer)"? She goes all normal pressure hydrocephalus, and I said: "Yeah". I said: "I'm thinking that's what she's trying to tell me". And she said: "Really?" And I said: "Is there any way that I know they're trying to send them home. Could we could we get the check?" And so anyway, I think I went home she did, she did and then the next day she told me, she said: "He had normal pressure hydrocephalus. He needed a shunt in his head". She said: "If he had gone home been it was so bad". That they sent him for emergency surgery. It was so glad he would have died if you hadn't asked questions. So, that sometimes the challenge is and of course there I was just by myself and I saw a social worker. What do I know about medicine? The thing is to know what you don't know enough to ask questions and to try and find somebody if you don't know. And that's to me... That's what a team is to... is to have to know what other people know, because some I don't know everything about physiotherapy, or occupational therapy, or dietary, you know. But sometimes you do find if you have a good team, but you can just call them up and they're going to take you seriously and say: "Yeah, we'll look into this". You know, so like me that if I hadn't had her to call, I probably wouldn't have said anything because it may be the doctors. You know, I've said talk to doctors and some people listen to them, some of them don't know (laughing). So, you know, but she couldn't put into words what I didn't know.

NN: I understand, thank you.

HN: It's about the role of an interdisciplinary team and the importance of asking questions.

MM: Yes, you find to ask the question and to me that the team approach is so good because then you have so many people and they can talk about it and ask questions and come up with ideas instead of one, one person. You know...

31:15

NN: Thank you. Thank you very much. So, we're going to section 5, evaluation services. And what about your job and tell me how service quality is assessed for services you provide? Who is involved, what types of social indicators are used and how it is done in general?

MM: Yeah, I mean, that's kind of a hard one. When I was working, you know, full-time, before I retired, we would have what's called supervision. You know, now that I'm casual, you know, I don't have any supervision because I'm just there temporarily. But normally what you would have is, you have supervision and you would meet with your supervisor and maybe they would give you feedback on how you were doing things or, you know, what you could maybe do better. It's the type of job that... it's hard to measure, you know. It's not like you're a salesperson and if you sell lots of cars then you, you know, you're out, you're on the top and you get the big commission, you get money or something. It's very different. And I think there's a lot of... You have to... How can I put it? You have to... You have to regulate yourself. You know, you have to always be okay. Did I do a good job for this person? Is your job... Did you document everything? Is your paperwork filled out? When I go to work in Urgent Care, they have electronic records. And so, what I'll do is I go and talk to somebody and say I somebody comes in a lot of times they want to talk to you, to talk to people that are intoxicated and so you don't, you go talk to them about the problem. What resources did you offer them? You know, what did they say? So, you have a record of your meeting with somebody and what you did. Other times, you know, somebody comes in, you know, you have to write a written report. You know, what their problem was. Did you get collaborative information or collateral information, you know, from other family members, you know, did you do a thorough, thorough assessment as you could. So, we're responsible to the college, like I mentioned before. But, you know, that we have to do our hours, it's called competency. So we have to do our hours and you have to document everything that you've done. For example, I'll probably talk to you about this interview as part, as part of that, you know. Social work-related activities that are outside of your unpaid job. And you have to have so many, and you have to have, you have to make a plan for yourself. What areas you think you need more competence in, and what areas could you improve and what is your plan for doing that. You have to do that, I think, every three years. And then at work you have a supervisor of course. And so normally like I said, you know, myself excluded they would meet with you every so often and go over your, your performance and go over. You know, how you are managing your workload, things like that. So there's no... I used to get performance appraisals, you know, and you'd have a number thing, you know, one for these, two for that, which you could improve. So, there is some sort of a regulation in your job, but it's not as... it's not as, you know, you saw 60 people and you only saw 40 people. right? It's not like that, because you can have one case that could take hours and hours and hours of your time. Like I've worked in Urgent Care for emerging I've had maybe one case a taken me most of the day. So, you know, it's hard to measure.

HN: And what government or any other external body has any role in evaluating service?

MM: I would say just the college and if there's complaints about a social worker's performance or something they've done people can go to the college to complain as well and they will investigate.

HN: Okay. Okay. Yes, only when there is a kind of request coming from, from someone.

MM: Yeah, come later, you know and I suppose like, you know, technically the hospital would be responsible for your performance as well. But I mean, that would be your supervisor at work. So, if somebody else in the hospital had a problem with your colleague, come and talk to your supervisor. So, I guess, I guess they would as well in that way.

36:58

NN: Okay. Thank you. Thank you. So, I think we can go to the last one. I think so. About improving the quality and effectiveness of services. And in this case tell me please what are three most important

factors that helped to improve the quality and effectiveness of your services to clients. And maybe can you explain?

MM: Well, I think. I think that more and more not... I think that there's always room for more social workers. The hospital that I work in right now is a community hospital. And what that means is that there are more people with social issues that are being transferred to this hospital right now as opposed to the acute care facilities. So I think one of the ways to improve more services honestly is to have more social workers. A lot of social workers are very busy right now. They have a huge workload. And COVID of course has made it much more difficult. Because some of the resources that we normally would have aren't there anymore or it's not easy to find those resources now. So, I think that is one of the ways to improve the quality of what we do. And there's a lot of resources that we need for example in Winnipeg right now. There's a large homeless population and prior to this the shelters. There were more shelters open. And of course, now because people have to be so far apart. The shelters have had to put their beds and everything far apart. So therefore, less people can go to shelters. So right now, we have the problem that there are some people like living in bus shelters or sleeping in there and, you know, or I went for a walk down the river and they are making, you know, like tents. And it's... Our winter has not been bad, but there have been some very, very cold days, you know, minus 20. And to throat sign in that, is the... so it makes our job more difficult if somebody's coming in and they have nowhere to go and you're trying to find a place for them, to sleep for the night and there are not the resources out there. So that's made it more difficult. I think more resources for addictions, more resources for mental health, things like that improve the quality of our service. Because then we can connect people to those resources more quickly. So, you know, I think that if I had to say, what would improve the quality of our service is more resources that we connect people to and a... faster rate of being able to do that.

NN: Okay. Thank you. I have some problems with the internet, but I think you'll hear me. Yeah. Thank you very much Margaret. So, I think if we finish with this section because your answer, your answer was very complicated and detailed. So, I don't know what else to ask.

MM: Well, I will say that health care and particularly working in a hospital has its challenges because a hospital... Their goal is to get people out as fast as they can. It's all about the numbers and it's all about what they call flow. You know flowing people in and out, but a lot of times as a social worker you feel like everything falls on your shoulders because you haven't found housing fast enough or if you haven't solved the problems, then that's what holds up a discharge. So. There's a lot of pressure in that job to do things as fast as possible, and they're always asking. Well, what have you done with this person? What about that person? Can they go home? Can we discharge them today? You know, so it's a lot of pressure and when I worked, the emergency was even worse because they wanted it solved in one day. You know, they want the problem gone because they want, you know, the beds for very sick people which is understandable. But it does create a lot of problems and I find they consult social work for anything and everything. So, it's sometimes difficult, you know, when a lady comes in. You know, she has to be admitted. She has a cat at home. "Social work, what are you going to do with a cat?" You know, there's a lot of pressure. Where is my daughter for example, she works in a different agency. And the agency she works in button workers to help families, for example, if you had a triplet then you could call the agency and say: "Hi! I need... I need some short-term help for a while because I have newborn triplets and two other kids at home». So, her job is to go and assess the situation and then to say: "Okay. I have some workers I put these workers in for two or three months". So, it's a different, very different job in the pastures (pressure) of the hospital are not there. I mean, you still have to be responsible and, you know, the same thing, but you don't have that external pressure from the top telling you. You know, you, you need to do something about this and, you know, when I worked in an emergency, I mean, you don't know what's going to walk in the door like it can be anything. So, you get involved in these situations, you know, I've had people show up and where did this person even come from, they have no idea. They can't tell you anything. So, you have to be a detective sometimes and try to figure out okay, what is happening here, you know, so it was very interesting some days. But the hospital in healthcare is different, you know, it's, it's different kind

of pressure than maybe a different social work job would be. And, there's a lot of challenges and there's an aging population. There's, you know, all of those things that, you know, you have to always take into account.

Транскрипт інтерв'ю № 4
Кейс-координатор у програмі догляду вдома / Вінніпег, Манітоба

Інформант:

Ім'я: Р. Л. / **RL**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 16.02.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / **NN & HN**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

[Довідкова інформація]

00:40

NN: What is your current or most recent position as a social worker in health care and the organization you work(ed) for?

RL: I am currently working as a case coordinator for the Winnipeg regional health authority Home Care Program.

NN: How long have you been in this position?

RL: It's embarrassing 35 years. Ha ha ha a long long time.

NN: Is the organization you work for a government agency **or** a non-government agency even if some funding comes from the government?

RL: It's fully funded by the government, but it's a separate entity. So, it has its own board of directors that has some government appointees on the board. I think there's one government appointee and the rest are non-government appointees. So, I would call it removed like one step removed from the government but fully funded by the government. It's... It basically works for the government, but I believe the authority was... they wanted to keep it secret. My thoughts are if things don't go well, the government is one step removed from any of the problems.

NN: Describe the broad focus of services provided by your agency?

I work for the Home Care Program, which is one program that the agency provides. Do you want me to talk about my particular program or the broader focus of the agency? The broadest focus would be providing Health Care Services to people living in the Winnipeg area. So, the Home Care Program is significant but it's a small part of the broad range of services. And the Home Care Program was really developed to assist people to remain in their homes, with people that had care needs whether it's because of a physical disability or age to manage independently in their homes.

04:10

NN: In your current position, describe the types of clients you serve. If you are a senior manager or supervisor describe the types of clients in your unit or organization. Probe for details as required. What health and other related problems do these clients have? Probe for details as required.

RL: People who approached the program would have difficulty managing physically. These are what we call activities of daily living. So, they might have trouble independently managing to have a bath or get dressed to walk safely, to get to the toilet, those sorts of things. But they could also have difficulty with instrumental activities of daily living which would be... They might have difficulty with cleaning their home, preparing meals or preparing their shopping list, managing their banking or their social needs and socially isolated. So, that would be the types of people that would approach our program or their families might approach our program. If there is kind of a

mandate it would be to provide support to delay people's ignition to Personal Care Homes. That was how the program was started. So, to look at providing building and support so that people didn't have to leave their homes.

05:57

NN: What are your job functions and the types of services you provide? How would you describe your service philosophy?

RL: So, my particular job function would be to do a comprehensive assessment of a person's needs. So, in our program we use what's known as a RAI-assessment*. It's a computerized international tool that was developed that looks at the person's needs from many different areas.

Look at social needs, physical functional needs, emotional needs, support needs for their caregivers. That would be sort of mental health status. It looks at a whole broad range of needs. My particular role in that would be to meet with the person and their support system, and work through the Rye assessment. And from there develop a care plan of how to assist that person to reach their goals, the maximum function goals.

NN: Are there principles or values you try to follow in providing your services? Please provide an example or two to illustrate these.

RL: So, my approach would be bringing in my social work approaches and values and also, the values of our organization towards building Community capacity, engaging with clients with needs, engaging with communities. That would be kind of the main thing.

NN: What types of challenges or problems do you experience in trying to provide services that you would define as 'best practices' in your work?

RL: One of the biggest challenges is the Home Care Program was started by a couple social workers and they looked at how to beat the needs of the person living in the community to prevent them from having to leave their homes. But the organization that now manages the Home Care Program is the Regional health authority which has its own mandate, which has to do with managing acute care beds and quickly turning over those acute care beds. So, a lot of our referrals and the focus of our work has become supporting hospital systems, allowing for earlier discharges for more medically complex clients, which doesn't always serve the best interest of the clients. So, they're very quickly discharged from a hospital setting and the Home Care programs have been used to allow that to happen. And that takes precedent. So, the use of our services and the people we see first are the ones that are coming out of Hospital situations. So, that would be a big challenge.

10:55

NN: In your role as a social worker in health care do you work as a member of a team?

RL: That's an interesting thing. When I first was hired, we would work in teams of two. It would be a social worker and a nurse working together. Now It's really changed so that case coordinators could be any of a number of health professionals licensed to practice in Manitoba. So, we never know how the team is going to be composed and who's going on a team. Now it could be a social worker, it could be a nurse, it could be an occupational therapist, it could be a dietician, it could be a speech therapist, a whole economist. So, there's a wide variety and sometimes the hiring is, you know, the candidate that comes along so the teams aren't always extremely balanced. And there's a whole bunch of different perspectives that come in until now. I will work on a three-person team and we all are social workers.

NN: Who acts as the team leader and what is the team leader's profession?

RL: It's an occupational therapist. Which seems to be more common when I was first hired. It would either be a nurse or a social worker. And then it broadened and the occupational therapist seemed to like to go into management, and so... the number... yeah. I don't get it, but I don't... I think maybe a lot of social workers are working at a bachelor level. And the occupational therapists in Manitoba to graduate as an occupational therapist you have to have a master's level degree and... I think there's more management focus in the Occupational Therapy Program than in the social work program, just a thought about that. Yeah.

NN: Describe how your team functions. How often does it meet and what is the purpose of these meetings? When and how do team members communicate? What is the format and type of interaction that occurs in meetings?

RL: With COVID-time the informal communication has changed. Previously if anybody wasn't sure they wanted to get another opinion we drop by each other's desks and have a conversation. Now we can't do that. So, my particular team started a couple things. First of all, we use MS teams, and it's a chat that's on constantly during the workday. And it's mostly used just so that we know we're not alone out there. It's mostly used for, you know, good morning, social kind of interaction, but it's also a forum where sometimes it takes us a long time to search through a lot of policy documents. So, somebody will shoot out a question on there like where's the policy on this or what's the policy on that. So, it saves us a lot of time but it also can be a form where if somebody's having a particular problem with the client situation and they're not sure where to go or what to do or how to approach something. It becomes a form for all of us to give an opinion on when I had that similar situation. This is what I did. Have you thought about this? Have you thought about it? So, it is helpful for case management. We do have large team meetings with our entire team like I described my little team to other social workers. We have seven case coordinators that work with me in sort of a that would be the next level team and then there's a bigger team of everybody that provides services to our clients. So that would include the case coordinators. We have resource coordinators. Those are people who supervise the staff or go in to assist our clients. We have scheduling clerks who scheduled the staff. We have a nursing resource coordinator who supervises nurses going in to see our clients. And we have a team manager who manages all of that. So, we meet every two weeks on MS teams as well. And that's mostly, most of it seems to come from our program's agenda for those meetings. Where were always being provided with new policy about how to do things, how to provide services and in COVID-times. It's constantly changing, lots of updates about that and also different directions the program is going. It's not really a forum where we discuss, you know, trends or client issues. It's more a kind of policy coming down towards us.

NN: Are referrals made to other professionals outside the team? If yes, please provide a couple of examples.

RL: We do a lot of that. So, in my particular case load I visit people who live in a Supportive Housing units, which is they're not quite living alone. They live in a 24-hour care environment, but they have, they have, they have their own Apartments. So, they go to congregate meals their staff on duty 24 hours a day if they need direction or support with things. So, I meet monthly with the director of the Supportive Housing unit, somebody who's on site there. As well as a person who works in our long-term care program to look at intervening early for people who are exceeding the level of care that Supportive Housing can provide. So that was our two people that I work with quite closely, but I also work with like I do referrals to different like one thing I do referrals to agency that provides occupational or physiotherapy surfaces. And they are nonprofit so they're not part of our organization, but we refer for these services. There Are also different parts of our organizations. I might do referrals and consult with them about client situations like geriatric mental health program, a geriatric health program. I could consult with a pharmacist to community pharmacist. Those are the people I consult with the most. There Are other people in my program that are consulting with people that limit different housing situations. So, they're consulting a lot with maybe care providers in those buildings or they would be consulting with a lot of the homeless initiatives in Winnipeg because if people are in their own blocks, and we're I'm working in a very low-income area. What are the big problems by colleagues are dealing with this is to prevent homelessness... I don't get into that very much because all of my people are housed very well in the Supportive Housing block.

NN: What types of decisions are made, how decision-making occurs and who has most influence?

RL: That's A good question. I guess ultimately it comes back to the social worker because the occupational therapist at most of the physiotherapist are recommending treatment programs, then it comes back to us. Let's say the physiotherapist is recommending an exercise program, but we still have to negotiate that with the client and authorize our staff time and to go in to the client to

provide that surface. So yeah, but sometimes like the occupational therapist is wrecking recommendations to the family or the client directly and we don't have a lot of control over that. So, at the occupational therapist is saying you should get a certain piece of equipment family goes out and buys it, you know, we don't know control. So yeah, also our geriatric mental health program their geriatric program the clinician conditions from those programs. We really look to them to expertise and they're often recommending like not my clients right now, but if a client was living independently and let's say had a lot of cognitive difficulties. They might do some cognitive assessments and medical were compensated. Or this person is at you know, earlier stages of demand sure we'd recommend a now consider moving to a more Supportive Housing environment and they might work with the family. So, that I wouldn't have a lot of control over that, but I'm very happy to have them involved to get that ball rolling.

22:51

NN: Please tell me how service quality is assessed for the services you provide. Who is involved, what types of social indicators are used, and how it is done? How are service outcomes measured and how is this done? Do clients have a role in providing feedback on satisfaction with services, and how does this occur?

RL: First of all, with home care we do have a Home Care advisory committee. where we have volunteers that are clients of our home care program that come forward and meet as a committee with management of the home CARE program. But that's kind of very far away. It's a very small committee for a lot of clients that are on home care. Services that we provide... We mostly function to satisfaction to tell you the truth. So, we're responding when a client or family calls and says "this isn't working out for me. This is meeting the need."

We have a lot of direct service staff better minimally supervise, and we have a lot of problems that come from that. We're asking staff to do certain things that aren't getting done. We're asking staff to go at a certain time. Maybe they're not going at that time. So, we have resource coordinators that are trying to follow those staff down. For my assessments and how those are evaluated is... we go back and do a reassessment to see if the goals that have been set are being met or if we need to change those goals. So, our standard though for me reassessment of a stable client situation is like that about once a year for something more risky, for high-risk clients we might go back once a month, once a week occasionally and for moderate risk, maybe once every six months. Client satisfaction... We are not great at doing that. One time we did have a client satisfaction survey, but that was a few years ago, and maybe it was about five years ago, and I don't think it's been done on an ongoing basis. I think it was a one-time effort.

NN: Do you receive supervision in your role as a social worker? Have you found this helpful in your work? Please explain any strengths or weaknesses in the approach to supervision in your agency?

RL: I receive supervision by my occupational therapist-manager who has responsibility ultimately for probably about 200 staff. So, this yeah supervision happens about once a year. On an individual basis. We have meetings with that supervisor every two weeks. But it's not really about supervision. It's more about understanding what the program directions are.

NN: Do you have any comments about the strengths or weaknesses of approaches to evaluation in your agency or organization?

RL: I think the strengths are we have a very well-funded support program for seniors and people with disabilities. So, potentially, we have the potential to do a lot and we do keep a lot of people in their homes while supported. So, that's a real strength. On the negative side of things. We really become, we're really more and more challenged as the hospital and things are more challenged as well. So, we're seeing the earlier discharges from the hospital. We're seeing people with chronic Health Care needs. Home care is more like hospital care, what used to be hospital care, being provided in the community. So, that takes away. It will, it brought to what we do and sometimes it takes precedence over supporting people well in the community. So, constantly, worried about shifting priorities. So, if we have somebody coming out of the hospital with heavy Health Care needs, that person who just needs a little bit of support is on a wait, waiting for services. Whereas the person coming out of hospital with high care needs gets the care almost immediately when they come out.

So, we all laugh about almost going to a hospital in somebody's home at some point. And we're becoming more and more using medical models more and more, and we're providing more medical services in the community than we ever have, more nursing services, more chronic care, more palliative care, which I suppose is a good thing. But there's only so far you could stretch sometimes and with all the programs, with all the new directions coming on there hasn't been any new funding. So, we're still doing what we used to do. But now we have a lot of more complex clients that we provide services for with the same resources.

NN: Do professional organizations, government or any other external body have any role in evaluating the services you provide? If yes, please describe what occurs and whether this is helpful to improving your services?

RL: Our Home Care Program is evaluated by trying to think of the names... And it's not going to come to you right away. So, excuse me, if I... I can't remember the name of it, but it's a national organization that accredits Health Care programs and Facilities. As I understand It is like a professional organization or collaborators and you relate your service. Yeah, okay, we could call it that.

32:17

NN: What are the three most important factors that helped to improve the quality and effectiveness of your services to clients? For each factor can you explain how and why this helped.

RL: One of the important factors is the ability to have referrals from clients themselves like they could call in their families, the hospitals, other organizations are intake process is multifactorial. Which helps? I think also the quality piece is that there is a lot of work done for documenting consent and those sorts of things that came from having a bigger organization looking at our organization. And also, maybe I think of another... Think about it. We all needed to join College (collegium) of social workers (орган який видає ліцензію на практичну діяльність/ для реєстрації соціальних працівників) in Manitoba, which is a new program, a new part of our program that we're now part of a regulated profession. So that helps with how we learn and how we approach clients and families as well.

NN: What are the three most important factors that presented challenges that either needed to be overcome or still need to be overcome in improving the quality and effectiveness of your services to clients? For each factor can you briefly explain why.

RL: Resources because of other demands on our resources the person can play a long time with unmet needs and sometimes things change in those needs will never be met. So, that would be the first one. Second one would be our own resources being able to get out neither to meet the client. It's that we don't have control sometimes. How many referrals we get, how many people are asking for help and sometimes our ability to respond we're pretty stretched. The other thing would be there's needs that clients identify that we haven't been prepared as a program to provide or not funded to provide. So, we're looking outside. Sometimes the outside community doesn't have those resources either that would be things like adequate housing, addiction services. So, sometimes the needs that you deal with like those are the bigger needs that aren't being met, so until those needs are met, we have a hard time meeting people's other needs. I think with that is access to it and providing funding which gives you more access to services, making our direct service workers part of our team in a bigger way. So, like we have a couple hundred people, Health Care aides hope to support workers that are out there providing services to our clients. There are eyes and ears, but we don't have a lot of opportunities to talk with them, or to meet with them. There I don't know why I guess that's the structure or that's the funding model that we're not bringing them in. We... I see the people who provide the care to my clients, maybe quads or twice a year. It would be nice to have been able to meet with them a lot more often.

NN: What recommendations do you have that might help to improve the quality and effectiveness of services to clients you serve? Think of the following topics but if no improvements in certain areas are required, please explain why.

RL: I think we do a pretty good job with that actually. Oh, we have training programs, support programs,. But you know, we're always also sort of trying to identify where our needs are at going

and adding these so we just recently had some information about palliative care and we're providing some palliative care before the experts go to get involved so that kind of stuff is helpful., and we do have a quorum we could draw on invite people into a team meeting to provide information for us. Thank you, and maybe do you have a recommendation about evaluating service results? I think we could do that more often. I think we don't do it often. We don't really have a half-hour way of doing it.

NN: Do any changes in Social policies that influence your work so even know how that happened?

RL: Example of building some, some examples. Yeah, I like policy changes. I'm giving you volume here. Obviously, which you have an example of one of the, okay, we sort of striking see we work. We work in healthcare and we work in a Healthcare System funded by the government. Government is funded by tax dollars, you know, income tax, etc., etc. But also, tax on alcohol and gambling and, and marijuana now and, and there's a lot of health risks with that and there's a lot of social destruction with that. So finally, the government of Canada has come out with some standards for Safe Drinking guidelines for older Canadians. So.. I'd like to see more of that because you know, we tax people to fund programs and then we create more problems by offering things in society that are hurting people and, and we just sort of don't touch that so.. More on the health promotion. And I'd say aha...the mental health promotion of and young healthy living...

Транскрипт інтерв'ю № 5

Соціальний працівник відділення невідкладних станів / Вінніпег, Манітоба

Інформант:

Ім'я: П. М. / **PM**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 16.02.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / **NN & HN**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

[Background Information]

NN: So, let's start with the background information and Penny, please tell me your city and province because I don't have your form with your background information.

PM: Okay, I am in Brandon, Manitoba, which is two hours West of Winnipeg.

NN: Okay. And what is your current position as a social worker in health care and the organization you work for?

PM: I am an acute medical social worker. And I work at... for Prairie Mountain Health, which is... the center I work in is the Brandon Regional Health Center.

NN: Okay, and how long have you been in this position?

PM: I have been at the hospital here for five years. And prior to that I was at a Primary Healthcare Access Center, and it's called 7th Street Health Access Centre for 13 years.

NN: Is the organization you work for a government or non-government? And please describe broad focus of services provided by your agency?

PM: Non-government. Oh, my goodness. We are hospital. And so, we provide... and we are a small city but we have everything that hospital needs, in terms of surgeries, emergency department, cancer care, you know, the acute medical, the mat child and, and the nickuse. So, we have, we have multiple, multiple departments: internal medicine and so, there's, there's many, many different departments that we have in this.

NN: Okay, but in your personal work do you focus on client, clients with some special, specialized types of problems? And if yes, please explain.

PM: Okay, not really... like it's. I'm consulted when there are social issues or, you know, issues that a patient might need help with sometimes and, and that varies. It really depends on the situation that a patient is in or the family is in, right. So, I do deal with a lot of mental health and addictions issues. Okay. So, that is that is a large focus, but it does vary from patient to patient and situation to situation.

03:47

NN: Okay, I see it. And what are you, your job functions and maybe the types of services you provide?

PM: Sorry. Could you repeat that, Natalia? What are my...

NN: What are your job functions, job functions?

PM: My job functions. Well, as a social worker I get called into many different situations. Sorry, my students just came in.

NN: So, yes, yes, pleasure.

PM: They're getting arranged here. So yes, I can... and you guys can pipe in and help whenever you need to. Okay? So, it depending on again the issue or the situation. My function is, is very broad. It's... I have... It can be a very large role. Right? Depending on again issues in the situation, but even just to defuse situations that give somebody is very upset or very angry I will go in and try to calm the patient down. Right? Just try to talk to them. I deal with multiple external agencies trying to help the clients get connected to resources in the community or completing forms and multiple forms, government documents and, you know, forms that they're needing to alleviate some of the situations that might have brought them into the hospital in the first place. Right? So, stressors and yeah, so it's... my role is very broad. It just really depends on what the patient is experiencing at the time.

NN: Okay, and how would you describe your, maybe, service philosophy?

PM: Non-judgmental. Right? I try to keep a very open mind. I do a lot of educating and not just to the patients but to the staff as well. Because a lot of the staff don't have the same philosophy that I do, right? A lot of times... especially when I deal with mental health and addictions. I do a lot of advocating for my patients. Right? To... For a harm reduction approach and, and also sometimes to keep them in the hospital. Right? Because a lot of times in hospitals, they want them in and they want them out, quickly, right? So, that the bed is available for someone else. So, my role is to educate the staff and like the doctors, the nurses, our bad utilization coordinators, whoever it might be, even pharmacy, right, on what brought that the patient in here in the first place and how can we help them by using whatever approach we can. But my approach is like I said non-judgmental and harm reduction education, advocacy, you know, just showing compassion and empathy and active listening, right? Because that's what people need. They need us to listen to them, right? And let them be heard. So, yeah... It, it... My approach is multifaceted, but, but definitely non-judgmental and harm reduction and advocacy. Advocacy is a huge one.

NN: So, Penny, you have already partly mentioned it but maybe you can explain more detail. What types of challenges or problems do you experience in trying to provide services that you would define as "best practice" in your work? Maybe some, maybe a lack of training, maybe some lack of other services or professionals, maybe a lack of motivation or responses by clients themselves. It's very complicated question.

PM: Yeah. Sorry Natalia. I'm... We just kind of... we lost you here. I'm just trying to get you back.

NN: Do you hear me?

PM: Hey, okay. Sorry. Our technology is... I struggle with technology. So sorry, could you repeat that question again?

NN: Yeah. I speak about some types of challenges or problems. Do you experience in trying to provide services that you would define as 'best practices' in your work? Maybe you have some examples.

PM: Well, for me a lot of my struggle is having all the different systems work together, right, internally and externally, right? Because as a social worker, I am trying to connect people to resources and at times it is internally here in the hospital. But a lot of times it's externally, right, to the resources in the community. And the systems don't work well together, right? It should be like a cog in a wheel and everybody, everything should work together and unfortunately, it doesn't, right? And

so, my role is to again advocate, right? And try to get the system's working together and it can be a huge struggle, a huge struggle. And even more so now in this COVID world, right? Because everything is locked down and yeah... It's just been a huge issue of trying to get the systems and the, the organization's to actually connect. And right now they're not doing that because they're on the phone only not face-to-face or like there's always an issue, you know, there's always something that reason that it doesn't work. So, for me, that is extremely frustrating and as a professional if I'm frustrated, I can only imagine what the patient is like, right? **N:** Yes. As a professional I'm supposed to be able to keep my ??? a couple, right? and not be frustrated. And it's very-very difficult when some organizations limit, they put so much. so many limitations and so yeah, very-very frustrating. And a lot of times it's dealing with like mental health, government organizations both: provincially and federally, right? trying to get people connected to financial means, right? So that they can pay their rent, they can buy groceries, they can, right? And, and they can't leave the hospital if they don't have these financial means. So, it, it puts us in a bind because then that patient has to stay here. And so, it's just, it's just this domino effect that it has when the systems don't work together, right? So that's my biggest issue.

NN: Thank you.

NH: Can I ask you to provide one example, if possible, you know, which would help Nataly to better understand. Okay?

PM: Okay, so I often have patients who come in and they are suffering from addictions issues. They also have mental health. So, do you want me to be really specific or because ...? Because I can, I can talk about a, you know, specific patients that I can't give you names or... Yeah, so I'll just give you one example of an individual that I have had. He's come in more than once and he is suffering from mental health issues, but also severe addictions which has, you know, damaged his heart severely. His heart is... his ejection fraction for his heart is only at I believe about... it's less than 20% right now. So, he's a very sick man. He continues to use the drugs he's on. He is aware of the situation regarding his health. I have got him connected. I was helping... I helped him find a place to live. I got him connected to our provincial assistance program. So that he had access to financial means to pay for his rent. He... I got him connected to mental health so that he had ongoing counseling. I was able to help him complete his income taxes for multiple years. Because in Canada without having your income taxes done it limits you in the programs you can access to the federal government as well as sometimes the provincial government, but mostly federal. And so, you know, there were multiple... and I know I'm missing some things with him as well. But just all the different systems that I had to work in and through to help this individual. Right? As well as advocate for him because he is also an individual who gets into the hospital, he wants help but once he gets in here and starts to feel a little bit better, he leaves against medical advice. So that's what we call AMA and so the hospital staff are a little bit frustrated with him because they want him out as quickly as possible because that's what he usually does. Right? And he's a bit of a cranky patient. He doesn't, you know, he doesn't always treat the staff very well. But so, I have to advocate for him to help him stay in hospital and be treated as well as attempt to keep him here. So, I have... I'm playing... I'm in the middle and I'm on both sides playing with like trying to keep the patient here as well as dealing with the staff trying to get the staff to keep in view. So, you know, that's, that's, that's just one of the issues that I have to deal with. So, but I have many like him that come in and need multiple, multiple external resources as well as internal dealings, right? So, so yeah...

NN: So, you are really Social Worker with some superpower. Well, you have to do a lot of advocacies, right?

PM: And a lot of education because a lot of the staff don't understand where an addict is coming from and why they're doing what they're doing. So, it's my job to educate them, right, as well as advocate for the patient. So it's a challenge, but I love it. So that's why I'm doing it.

17:32

NN: Thank you very much for this. And as I understand you are a member of an interdisciplinary team, yes? And how large is the team and what other professional qualifications of team members?

PM: I am a member of like... Each floor has its own interdisciplinary team and I work on the acute medical ward and we have two floors and were the top floors four and five hundred. I also work in the emergency room department. But so we have an interdisciplinary team which consists of our charge nurse, clinical resource nurse, as well as occupational therapists, physiotherapists, our bed utilization coordinator, the social work, any necessary... So, depending on... we don't meet on a regular basis other than just for rounds, right, which I've missed today, but my students went to. So... But, and at that those meetings, at those meetings, what we do is, we discuss the patients that we get a list of the patients that have been admitted overnight and then the ones that are still here. So as a team we go through each patient and determine what is left that's needed like what's needed to be done with that patient and how we can do that in a manner to expediate them to get them home, right, to get them discharged from the hospital. So, so that's a team that meets regularly, we meet daily for those but then we also have interdisciplinary teams that consists of additional internal staff. So, staff such as the doctor, spiritual care, our home care, which helps people, home care helps. It's a program that's in the hospital but also in community. And they help people with care in their homes, in their own private rooms, right? And so sometimes we need to bring them in, sometimes we have the pharmacist on board, right? Sometimes we have to bring in the pharmacist, sometimes it's mental health, sometimes we bring in external community agencies like our provincial assistance agencies. We have communities such as our... We call it... It's one of... It is... It's called Samaritan House and it's one of our shelters as well as our food hamper programs and they run many programs out of their facility, but depending on what is needed. That's who we call in, right? And, and then we have a meeting and usually when that happens it's in it's in regard to a patient, right? And then we also have what we call Family conferences. So, with the patient and their families, right? So that is determined by what the client's needs are. And so that then determines who we bring in to sit at the table for the meeting.

NN: Okay. Thank you. I see this. And how many social workers in your, I don't know, team, unit or floor?

PM: Well, we have a total of nine social workers in the hospital.

NN: Okay. But and, and so it's divided up in terms of departments.

PM: So, we have dialysis social workers, we have a palliative and waiting placement. So, waiting for a personal care home placement social worker. We have a social worker that is on our Rehabilitation floor. We have a social worker that is in our mat child (Maternal & Child Care) surgical NICU (Neonatal Intensive Care Unit) as well. We have to that work in the emergency room Department after hours. I'm there during the day and then we have them for that after hours. Yeah, and so there's a total of nine of us that work in the hospital, but we all work in different departments. So, okay, we don't and how it works is we are managed by our managers that run the floors. In the past several years ago, we did have a Social Work manager that oversaw all of the social workers in the hospital, but since that person retired, we no longer have that. And so, it's... We are managed independently by a nurse manager.

NN: Nurse?

PM: Yes, by a nurse manager and they struggle to know what we do, right? And so, it can be difficult. But so, we, we actually do, do our jobs independently everyone, right, like we, like I do what I really need to do and if I have questions or concerns, I consult my manager, right? So, so we're pretty independent here.

NN: Maybe do you have team leader in your social workers team only?

PM: As a social worker group, no, we don't know. We don't. We don't have a team lead for that. Yeah. We actually don't even as social workers. We don't even have our have meet monthly meetings anymore. It just, you know, it was disbanded, unfortunately, so that's something that some of us are trying to reinstate.

NN: Okay. Thank you for this very much. And maybe can you describe how your team functions? I don't know. Maybe it's only social worker team or maybe interdisciplinary. How often does it meet and what is the purpose of these meetings?

PM: And again, like I said earlier, that varies it depends like that... We meet daily four rounds and, and that is that, that team consists of the bad utilization coordinator, occupational therapists, physiotherapists, social work, the charge nurse and if need be, depending on, you know, the patient's we might have the manager but those are daily meetings. So, but other than that for anything else those are meetings as needed.

NN: And what... thank you for this... and what type of decisions are made on some in your, in these meetings what do you have?

PM: Well for the rounds for those meetings we determine what each patient's needs are. Either medically or socially or like whatever the need is. We did try to determine what's left to do each day. And, and so that is what's worked on each day. So, after the meeting it's, you know, just to determine what is, what, you know, each member what who needs to do what right? It's determined. So, if its physiotherapy that needs to finish something with a patient then that's what they will do that day. If it is social work then we try to do what we can do that day to help discharge that patient, right? - to get them home. Because most patients do want to go home, right? So that's what we try to do. So that's what's determine did those meetings but like I had said to you earlier we do have other meetings that, you know, is determined by what that patient needs. Its sometimes... it is further facilitation, right? We need to have another meeting and with additional people so that's what we try to do.

NN: Okay, I understand. It depends. Thank you. Thank you very much. and overall has your experience working as a team member has been mostly positive or mostly negative?

PM: I have to say positive. It's yeah, I love my job and I love what I do, and I love my Independence and being able to go and help whoever I want to when I need to or whoever I can help I try to be there. Yeah, and and sometimes I get called to other floors that I'm not supposed to be on but if that's social work is gone if social worker is not there or busy, I pitch in and help. And we try to do that for each other. We try to pitch in and help if we're not busy. We will try to go to other floors and help out if need be. So, I yeah, I'm very, very lucky I get to do what I do. So yeah. I'm happy in my job and positive, try to stay positive.

27:56

NN: Thank you very much for this and now we will go to the section about evaluating services. And that Penny please tell me how service quality is assessed for services you provide, who is involved and what types of social indicators are using and how it is done?

PM: Okay. So now this is, this is where I struggle to try to answer some of these questions because this is where I feel that... it's more for the upper administration to answer not me, but one thing that we to do here is, is every four years we have what's called accreditation. And so that is evaluated by external people and they come in. And they evaluate and assess every department every, every aspect of the hospital. So, whether that like different programs that we have like I'm on an Ethics Committee. I'm on our regional Ethics Committee and research methods. And so, we are being evaluated come made. So, somebody is going to come in and sit down with a few of our members and evaluate how we run or how ethics is run at our hospital here, right, or in our region, PMH region, right, Prairie Mountain Health. So, they do that with every program and every department. So palliative care same thing. They will go in and they will assess and evaluate. You know, dialysis. They will go in and assess and see how things these are running, how... if things are running smoothly, if the staff are communicating and working well together, so it's multifaceted and, and yeah, they determine whether or not we are okay to be accredited again. So, in terms of evaluating quality, that's about the only thing like the big picture quality that I could think of. Is that what you're looking for, Natalia?

NN: Yeah, yeah, I understand it... and about maybe feedback of clients. Do clients have a role in providing feedback on satisfaction with certain process?

PM: Yes, and I get that personal from the patient's if I'm there and can hear it. But sometimes they will tell the staff as well. We also have an individual that works in the hospital she is our patient. She's called a patient representative. And so, she feels complaints, but she also takes compliments, right? So, so, there's, you know, sometimes, you know, we get cards, we get letters, the patients

will buy treats, they will buy us gifts and leave us, you know, chocolate, so you know, whatever candies. It's just yeah, like if they can that's what they do, but it's not expected and it's not something that we should be taking, right? We should just take the things, right? And just say, thank you.

NN: I know what... I understand about this because I've worked as a social worker with people with AIDS. Do you understand this? Yes, and they are some of my clients give this chocolates and some give gifts to me and it's very, it's very great. It's there that they are. They thank you and as a it's very grateful for me as a professional. Yeah. Yeah.

PM: Yes, and they are, they're very grateful and that's how they're trying to show it, but it's very difficult to accept. Yes, right because we're not as a hospital or as a medical facility. We're not supposed to accept gifts, but sometimes they just drop them and leave them and you're sorry. What do you do when you don't have any choice, but of course it gets shared? It's not you know, but it's very difficult to, you know, they will, they will say thank you personally, but sometimes they are too shy or too quiet. So, they will call in and say thank you or they will mail a letter or a card and give it, give their thanks in that. So, it's very, it's very heartwarming. It's very heavy. Yeah.

NN: Thank you. Thank you very much and Penny of what about supervision? Have you found this helpful in your work? And do you receive supervision in your role as social worker?

PM: I... you know what? No, I don't I because we don't have a Social Work manager. We're independent. So, when I do have an issue or if I have questions about, you know, something that is above my head and I can't answer I go to my manager and I get her to help me. But otherwise as social workers here in this Hospital we're pretty independent and, you know, we get consulted by the doctors mostly, but nurses, we take written consults, verbal consults. So, and sometimes just in talking to the patient then you get you realize oh, I need to help this person with this issue. I need to help, you know, you find additional issues or, you know, situations that you feel you need to help with. So, I am pretty independent here.

NN: Thank you.

PM: Sorry. This is sort of self-supervision?)

PM: Yes, that's why you have to be... you should have good character and been work ethic. Otherwise, yeah, I could be off sleeping in a corner somewhere.

NN: Okay. Thank you. So, the last question about evaluating. Do Professional Organization or government or any other external body have any role in evaluating the services you provide?

PM: Not really. No, because we're a non-government agency. So, we like yes, we have, we have laws and we have rules that we have to follow provincially and federally, but for the most part we create our own policies and our own rules for our region for Prayer Mountain Health. And those are updated continually, right? We have a clinical educator that updates our policies every day, but our board or Hospital board... they meet on a very regular basis and yeah, they, they determine how we function for the most part, right? So, we don't have as far as I'm aware anyway any other professional organizations or external bodies that play a role in our function.

36:42

NN: Okay. Okay. Thank you. So, we will go to the final section and then Penny please think about the experience you have had in providing social work. And what are the three most important factors that improve the quality and effectiveness of your services to clients?

PM: Oh boy. Well, it would be, it would be the teamwork, right. Like everybody working together as a team because if you can't work as a team, you're not going to be very effective. And so, and that's great internally, but then it's also external, right? Like the systems that work and the resources that are external for me in the hospital. So, if we can work together and if the systems are butting heads, it's very hard to be effective. Right? It's very hard to provide a good resource for your patient or your client, right, if you can't work together. So, that I think would be one of the most important. And again, it's that, it's that advocacy and education, right? I think another one I do need to add to that is the networking. Like you have to have good networking connections to help your clients and your patients, right if you don't have connections, it's not going to work because it's going to take you a lot longer to go through that system to get what you need. When you have somebody

that you know, and sometimes it alleviates that extra time because they already know you, they know the job that, they know the rule that you're doing that you've taken and, and there's a trust factor there, right? They know you and they trust you. You have a relationship with your network. And so, it does, you know, shorten the amount of time that you spend connecting to those networks because you don't have to go through the whole system again, right? So, it's yeah it just, it just helps to shorten that time frame that you have. So yeah, so teamwork, networking, advocacy, right, education.

NN: Thank you and what about important factors that presented challenges in your experience, in your work?

PM: I think like for me right now... Again, it's because of COVID the systems just aren't working together and they're just not working effectively. They're putting up, there putting up so many barriers that and limitations for the patients and the clients as well as the professionals that are trying to help them. There's just... and my fear is that these barriers are going to stay that they're going to remain after COVID because it makes their job so much easier because they're not seeing as many patients or clients, they're not, you know, they're not as busy. So, it my fear is that barriers that have been created might stay to a certain extent, right? So, that's frustrating. That's very, very frustrating for those of us who are trying to help, that are in the helping profession, right? So again, then it's going to be advocacy, right, fighting for the patient and fighting for the client and education and, you know, trying to get those barriers removed. Right? And then hopefully remove even more barriers. So yeah, and that's what I think is probably the most challenging.

NN: Okay. Thank you. Thank you for this. And what about maybe your recommendation? It's very complicated question. Very extensive. Maybe you can say about before about time before COVID. Yeah, because this physically time it's very complicated to do to help. What about direct to clients? What recommendations do you have?

PM: Yeah, well and see that, that's what I do do like my role is Direct Services because I meet, I meet the patient right at bedside right and have a discussion with them right at bedside. So, you know, I am providing a direct service. It's... to try to improve the quality and effectiveness of services... Again, it does that because I work in a team and because that person is in a hospital and is sick. It's I'm dependent upon Medical Services as well as the additional services. So, like physiotherapy, occupational therapy and then as well the external resources that, you know, some dependent on all of those. And so, again, I have to go back to the systems that need to work together, right, and a team that needs different... we have to be we have to work in a more collaborative and, you know, means for more effective outcomes for these patients, right, so that... you don't leave them high and dry right? I try my darnedest to try to get things done on the same day if I can. But it doesn't work when you can't get a hold of people externally or even internally, right? Female, home, you know, faxes. Those are quick methods for the most part, but when no one answers the phone or no one answers your email. It is very difficult to connect and to try to improve the quality, right. So again, it goes back to an effective team and effective communication, you know, the removal of barriers again, right? So, it's just to try to work as quickly as you can for that patient in an effective collaborative manner.

NN: Thank you. It's very complicated and very detailed answer. Thank you for this very much. I don't know I see we are finished with this.

Транскрипт інтерв'ю № 6 **Клінічний планувальник / Вінніпег, Манітоба**

Інформант:

Ім'я: К. Г. / **KG**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 26.03.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / NN & HN
 Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

[Background Information]

NN: Kim, please tell me your city where you work and what is your current position as a social work in healthcare?

KG: So, I work in Vancouver, Canada and my current position will be, my current title is clinical planner, but it's a, it's a social work specific position and it's within a, within disability housing. And I work for the local health authority Vancouver Coastal Health. So, so Vancouver Coastal Health is the overarching agency.

NN: Local health authority. Yes?

KG: Yes. Yeah. We are local Health authorities for every area of Canada.

NN: Okay. And how long have you been in this position?

KG: I've been in this particular position for three years, but I've been with the health authority for nine years.

NN: Okay. Okay,. and as I understand this organization, government agency or non-government agencies?

KG: It's, it's, it's not, it's government funded but it's not. Okay. Not a government agency. Yes.

NN: I understand. Thank you. And please describe the broad focus of services provided by your agency.

KG: So yeah, so we provide not all Healthcare, but that like the publicly funded healthcare services for Vancouver. So, we have hospitals, we have community health centers, we have average programs and then we have specialist programs like mental health, addictions, housing that are all related to health. So that's kind of the basis is publicly funded Health services.

02:33

NN: Okay, thank you. Now we will go to the section 2 and we'll speak about types of clients you serve and their problems or concerns. And in your current position describe the types of clients you serve. Maybe you are senior manager or supervisor describe the type of clients in your unit.

KG: So, our program is a supported housing for people with disabilities. So, we work with adults who have high physical care needs or acquired brain injuries and need subsidized housing and care, so somewhere safe to live that can support that camp. So that's the focus. And so sorry. What was the other part... is... oh senior manager and supervisor? Yes, so, so I'm one of the leadership members of our team. So, I oversee the other staff members who provide the care.

NN: Okay, and in your personal work do you focus on clients with specialized types of problems maybe?

KG: The main problem is... Well, so, so... So, all types of physical disabilities and brain injuries so spinal cord injuries, you know, it can be cognitive decline, it can be... I'm just trying to think... some like long-term degenerative disorders. Yeah, so it's pretty broad. It's any, any physical, physical disability basically or a cognitive disability. So, excluding mental health that they have a kind of separate, separate.

NN: Okay. Okay. Thank you. As I understand it's only adult clients.

KG: Yes, so. Yes, so not aged 19 to 65 is the age range from our program because there's other programs that support children and older adults. So, people 19 to 65, men and women it doesn't matter in our agenda and low income. So, everyone we work with generally you've they can afford their own care and their own housing that they won't come to our program. So, we're working mostly with people who are on government assistance income.

NN: Okay. Thank you.

NH: And I've just got an additional question. Dear Kim, what agency would be providing services to older adults. You said that, well, the limit, there is the age limit 65 and above that. Who would be providing services to those?

KG: So, it's sorry. It's still our agency, but just not our program. So, I yeah, so, so, please let me know if you want me to speak yeah more broadly about the Vancouver Coastal Health. Is it because they

cover everyone, you know, from, from birth to death, but my particular program has an age limit, right?

05:56

NN: Thank you. Thank you. So, we will speak about your current program in this interview. okay? So, we'll go to the section 3 and Kim. What are your job functions and the types of services you provide? And then it's a second question very interesting for me. How would you describe your service philosophy?

KG: And do you want me to speak about my program or my personal job functions?

NN: Your personal job functions. Okay, so currently my personal job functions broad.

KG: Okay. So, I'm doing some, I'm doing... part of my role is leadership. So, I orient new staff. I oversee the stuff that we have making sure that they are kind of moving through their work and support it as they need to. But I also have a part of my role that is working directly with clients coming into the program, assessing them for the housing that we have. So, so, I'm coordinating with other parts of our agency: collecting clinical information assessing clients, usually going to visit them or see them by Zoom at the moment and assessing and then, and then placing them in our housing as well. So, there's a very kind of clinical client focus part of my work and then there's a part that's a bit more focused on team leadership and support. **2.** Yeah, and then in terms of my philosophy, service philosophy, well, I... it's... actually one of those I just graduated... I would say, I mean put my personal philosophy to work is, is very much based in kind of feminist theory, more specifically kind of intersectional feminism and I'm really trying to incorporate decolonization into my practice because there's such a history of colonization in Canada and in Australia where I'm originally from. So, those are kind of the overarching philosophy is to my work but on the ground, you know, I tend to try to be very, what we say is person focused or client focused. I try to make sure that I always have the clients voice and involvement where possible. And the other thing that we always say it which is a quite common saying in the disability services community is "never about us without us". So really, you know, supporting people in a way that, that center what is important to them, not what we think as healthcare providers they need. So, so, that's kind of my approach to working with clients particularly.

NN: Okay, and here's next question about principles and values, but some part of your answer you have that maybe you have some at the this

KG: Yeah, so that's probably... yeah, the definitely there like client-centered is the some of the main values of... Transparency is another big one. Just trying to be quite a clear both with clients of the service and with staff, you know, the thinking behind my decision making and, and the other part, I guess, is, is... I try to kind of focus on strengths building like either with my staff, you know. I try to set up courses so that they're learning and then building independence with things rather than kind of relying on the way. It's always been and, and... The same with clients kind of trying to build independence and strengths wherever I can, so it's...

NH I just... an additional question related to this section if possible. Kim, you've mentioned that oversee the staff. Does it mean that you provide supervision to the staff members?

KG: No, not that, there's no real formal supervision here, unfortunately. I would, I would like this to be but um, but don't necessarily think I'm the person, so... I am more oversee the day-to-day running of the program. So, making sure that we're kind of achieving all our goals and making sure that the work we do, we need to prioritize sighs as prioritize. So, it's supportive but it's not supervision, unfortunately.

NN: Thank you. And what about some challenges or problems? What types of challenges or problems do you experience in trying to provide services?

KG: Yeah. Well, yes, so, so the big one, is that the health authority is so big. It's such a big machine. You know, that, that... It's really, it's very hard sometimes to effect change and to be heard, especially because our program is quite small. We serve a very small and specific population and a very complex population. So, you know, it's... The health authority kind of is like "oh this, this works so we'll just do it everywhere". So, it can sometimes be a lot of work to get an individualized approach for, for our client group. I think... I kind of saw your note about the best practices in

work, you know, it's a bit of a contentious issue. We work with a lot of nurses, there's a lot of talk about best practice. But I think as a social worker I always try to bring that lens of, you know, there is best practice, but it also has to fit with, you know, an individual's experience or needs as opposed to just a kind of approach that applies to everyone. So, I think that, that's, that's always a bit of a challenge because every time you, you don't follow the script people tend to get that back something and it becomes more work. And we're it's an overworked system as it is. We have, you know, very high caseloads and very large numbers of people and we're always trying to move people in and out of services to free up space. And so, it's, there's, there's always more people and never a lot more monies. We definitely not underfunded but it's definitely, yeah, it's, you know, getting the programs to run well and having the funding there to, to kind of support them.

12:52

NN: Okay. Thank you. Thank you for this. And I think we can go to the next section and we will speak about... Explain your experiences in working as a member of a team and here please explain in your role as a social work in healthcare. And do you work as a member of the team and the what is a team?

KG: Yes, of my team is... we have we have an interdisciplinary team and very intentionally. So, we have occupational therapists, nurses, social workers and speech, we have a speech language pathologist as well, who is actually in a manager position, but that's her background. So, it's always been very important to us to have that interdisciplinary view of our clients because they're very complex. And so, we very much value what everyone brings to the table and I find that as a social worker. I'm often bringing the macro lens and highlighting the, you know, the kind of systems issues and, and kind of structural barriers that people experience which can be a little frustrating for my team. Because those are always the things that can't be easily fixed. You know, we can easily address them and it's kind of the hard work so... So, I try to balance that with, you know, some of the, you know, addressing the individual need and at the end. Yeah, exactly kind of keeping the person at the center. But yeah, so it's, it's a diverse team. It just good...

NN: Okay. And what about social work team, social worker team? How many people is in this team?

KG: So, in my team there's only me. I'm the only social worker at the moment. We have another social work position, but it's vacant, but we're trying to fill. So, but I mean with in Vancouver Coastal Health like within the health authority we have networks of social workers. So, I am attached to a professional practice team and we have, we have a structure. So, I have my manager and the people who are receiving today my team, but then we also have a structure for social workers that involves professional practice and we have a licensing body outside of the organization. So, there is some kind of team structure there and they offer education and, you know, we have kind of regular kind of catch-up sessions and things like that. So, there's almost like a little separate team of social workers supporting each other.

NN: Okay. Okay. Thank you, and I want to clarify as I understand you are the team leader in your team.

KG: Okay. Yeah. And the second, the next question will be about your team functions and he is more detail in a question. So how often does it meet and what is purpose of these meetings? I understand now we have COVID time, but maybe in general, how it works in general. Yes, so... We so, we have a few different kinds of regular meetings, so, with different purposes. So, we try to have a monthly business meeting, which is just for the team to address kind of higher-level issues, talk about staffing and, and vacation and, and, you know, program planning issues at that level. So, that we can kind of put them all in one place. And then every week we have, twice a week we have client meetings where we talk about new referrals will people moving in and out of the program. So, the team really... we don't do a lot of independent decision-making. We really rely on each other's like consulting with each other to decide what the best way is to go for a particular client, so. Or even issues coming up in a particular home, then we can kind of... one of our homes we can come together and talk about it and make a plan. So, and then if one of us is a way, you know, we have that consistency and that continuity is so... it's a very consultative based team. **N:** Okay. I think that's, that's probably the only regular meetings and then just, you know, we have meetings specific to particular people as they come up.

NN: Thank you, and in your opinion, how effective is a communication?

KG: Within our team it's great. I would say yeah, it's, we're very smaller. So, it's, what do we want, like six of us, so, it's quite easy. We are part of aware of, a part of a bigger team and then a bigger team because it's such a big organization. So, you know, at the bigger team that were attached to communication can get a bit more murky when you get out to the health authority. It's you know, it's more like getting updates from leadership and is opposed to kind of be involved in the meeting. He's within our team. That's great.

NN: Okay. Thank you, and the last part of this question about some benefits in, of your team approach. And maybe... what some of limitations or weaknesses in your team approach?

KG: Yeah. Yeah, I mean I think some of the benefits are really, really that interdisciplinary views. So, we have a very strong understanding of particularly in relation to clients, but even in relation to the program work. You know, it really helps to have these different lenses to look at it a problem or a look at a situation and, and, you know, and as a respect for that that that variety of views so I think that's a real strength. And I think it just builds a stronger knowledge from me as the clinician to have that understanding of how other professions work as well. You know, you can't help it integrate some of that knowledge into your personal practice. So, I think that the, and vice versa, you know, you're, you're always is a social worker giving people a different perspective on their practice. So, I think that's probably the biggest strength. The challenges... I mean... The same thing... like that all have different perspectives. So, I think that, that's a, that represent some challenges as well. Sometimes getting each other to see from, from the different perspective and also sometimes trying to determine what the priority is. So, if someone is, its some, you know, we're talking about a client and their medical health is the biggest concern, or is it their mental health, or is it, you know, like their physical function, or is it there, you know, socioeconomic situation, you know, it can sometimes, you know, be a bit hard to kind of determine with where to focus on what the priorities. I think the other thing is... everyone has different risk tolerances. So, so, we, we all kind of see risk differently and are comfortable with different things. And so, I think because we're dealing with very complex clients, you know, sometimes I'll be quite comfortable with the situation and a co-worker will be very uncomfortable. So, in those situations we have to really rely on the policy and practice guidelines that, they're kind of lead our work. So, but it can it can be a bit challenging. I'm not sure. Yeah, and again, I think the only other real challenge is just being a small team in a big organization and trying to kind of be heard, you know, just, just kind of really trying to advocate for our clients for services and funding when there are only a small pocket but important pocket of the healthcare system.

NN: Okay.

KG: Sorry. I mean, I'm just... I'm wondering whether referrals are made to other professionals outside the team.

NH: Are there other professionals outside this team?

KG: Absolutely. Yes. So, we yeah, so within our team we focus on the housing piece, but we are connected to community rehab teams, community health centers, so: nurses, doctors. We somewhat connected to mental health teams. So yeah, we're quite often, you know, we're kind of central to the client because we're dealing with their housing. But yeah, there's a bunch of different services that will reach out to. I do feel like the health authority is not great at connecting with services outside of the health authority. We have so many services that I feel like we just rely on connecting to the services, we know about within our organization and so... I think, I think yeah one of the challenges is having the time to build connections with other agencies and not just relying on our services. I think that can be to the detriment of the clients.

NH: And it wouldn't be possible to provide an example go to, just one example would be of great interest for us.

KG: It's interesting question. Yeah, so I think one that I find is that we... so, a lot of the people we work with the speaking from the clients, you know, we work with a lot of people who say need physical assistance to participate in activities outside of, outside of home, you know, so they need someone

to come in and, and, you know, physically take them to the pool, and help them change, and help them transfer into the pool and stuff. But the our services, you know, the staff are only allowed to do so many things so they can't help them. Well, they can help them change, but they can't help them in the pool and they can't help them with transit, but they can't help them. So, there's just all these limits so, so and then so there's services in the community that can help with that, but trying to get that connection. You know is, is so, you know, limited, you know, so challenging. So yeah, so it's we know it's out there, but, but trying to get our services to work with their services in a way that feels all the gaps can be really hard. And does that make sense?

NN: It does.

24:08

NN: Thank you for this. So, we'll go to the one of the most important section in the research. It's about evaluating services. And so, Kim, please tell, tell me how service quality is assessed for the services you provide? Who is involved, what types of social indicators are used, how it is done?

KG: Yeah, so I don't think this is something we do very well. So, I'll start by saying that and then. And again, maybe it's because the health authority is so big, they were just not seeing it happen and someone else is doing it, but it's it doesn't... yeah. So, we have, we have... because we're funded by the government, we have a certain amount of reporting that we have to do back to them to show how we use the funds. So, we within our charting system. So, with an hour yet charting system, which is an online system. They can pull a bunch of data about how the services are you used, how the funds are used, how many days client is in the bed of the house. You know, they can track all that kind of data, which is still, you know, be hit and miss. But there's, that doesn't seem to be the work going into evaluating how a team is functioning, you know, like who should be a part of that team. So, I think that they think the health authority is done that on some bigger levels with some bigger teams, you know. For example, the harm health program that provides in-home care to seniors and so... They, they have had some overhauls but even then, it's not clear what motivated that changed it doesn't seem that they're doing big evaluations with the staff at least. They're doing evaluations with someone, but I get the impression that senior leadership is making decisions based on their view and it's not always consulting with the people who are doing the work on the ground. So, yeah.

NN: Okay. Thank you. It doesn't seem like there's a lot of intentional evaluation like, you know, like a, like a program evaluation. It's like they're relying on the data and the spending and then whether or not issues are coming up.

NN: Thank you and what about clients? Do the clients have a role in providing feedback and satisfaction with service?

KG: Yeah, so in theory they do. So, we have which I think is part of our contracts for the housing was supposed to do an annual survey. I don't know when that was last done. I haven't done it in my time here. I think so. Yeah, so it's definitely again not something that's prioritized. We do have a Patient Care Quality Office with for the whole health already. So, if things get really bad someone can call PCQO and make it complaint basically. So, so, the only ways they really have feedback is that they can talk to their direct worker and, and express concerns, or they can talk to the Patient Care Quality Office if it's gotten really bad and then they will intervene. But no, I don't think we have a good standard evaluation set up for our program.

NN: Okay. Thank you. And as I understand about supervision, you don't receive supervision or in some other way.

KG: Yeah. I'm not I mean not, not formal supervision. So, I will have every two weeks I'll meet with my manager just that it's mainly focused on, you know, tasks, some priorities and issues for the team. So, in terms of my social work practice, I don't yeah. I don't have any kind of like us supervision that's geared towards that. And it's something that if we wanted, we would have to go and get externalized it would be responsible for those seeking that out ourselves. But we do have as I said if we have a professional practice team, which, you know, again, we can go to questions and queries, but it's not a regular kind of chicken.

NN: Okay, thank you. Thank you for this. And then my next question will be about... ahuh... What about Professional Organization, do professional organizations, some government or any other external body have any role in regulating the service you provide?

KG: Yeah, so we visit a few... so the yeah, the Basic College of social workers is the professional Agency for social workers in BC. So, we serve... Vancouver Coastal Health has now gotten to a point where you have to be registered with them in order to have a job with Vancouver Coastal Health. So that's fairly new. That's only in the last five years or so that that's become a requirement. We do have the Canadian Association of Social Workers, which is like the overarching body for the country, which we can kind of use as needed and, you know, they are connected to each other, I guess, those, those two agencies kind of aligned with each other. We are somewhat driven by the Ministry of Health. Yeah, so we're, we're guided by the Ministry of Health policies and practices. So, they... because they have funding us. There the government agencies funding us then we are we have to work within the guidelines and... I think who else were missing... I think it's probably the three main ones that's social workers and as healthcare the where it was seen by. Yeah.

30:40

NN: Okay, let it be. Thank you for this. And now we'll go to the last section in our questionnaire. It will be about improving the quality and effectiveness of your services to clients. Think about the experience you have had in the providing social work services in healthcare. And what are the three most important factors that helped to improve the quality and effectiveness of your service to clients?

KG: Okay. So, what I'm sorry, can you repeat that one?

NN: Repeat the question?

KG: The question. Yeah.

NN: What are the three most important factors that helped to improve the quality and effectiveness of your services to clients? For each factor can you explain how and why this helped?

KG: The first one I would say is leadership. You know, that unfortunately within the health authority, you know, if you have a change in leadership and they have a change in vision, it changes everything. You know, like so it's a circle so I think our program particularly within the health authority has been very lucky to have very good strong leadership who are very invested in our client population. So that, yeah, that has had some really positive effects over the last few years and in the past, we've had managers who are less invested in that that kind of really has an impact. So, it has an impact on what our priorities are, but also on how they promote our team and advocate for services and resources and things like that. So, yeah. I'm trying to think the other most important factors. I think, I think that professional support, so because we're an interdisciplinary team like the professional practice teams and our overseeing bodies having like a strong support from them. I think is important because we are, you know, not just a team of social workers with a social work lead. So, we're all kind of operating, you know, independently to some extent and so having that structure that really allows us to come back with questions about our profession and also, yeah, provides us with the strong kind of understanding of our place within that team is really important. So, I think, yeah, I think and then I think, I think being an interdisciplinary team. So, the structures that support us as professionals, but then also being an interdisciplinary team. I think that, that's a huge factor in improving the quality of our services because I think if we were just nurses, or just bust protease it would get so focused and we wouldn't actually do a good job of meeting the need of the people we work with. So, I think, yeah, I think being interdisciplinary team is a huge factor in success, so.

NN: Would be involvement of any external bodies be helpful, like those who do evaluation or provide training in terms of continuing education, that sort of stuff?

KG: I mean that, that would be great. That would be very, very helpful. I think yeah. I mean personally I just... I don't know how you can continue to change services without having evaluated them like how successful they are and, and you are really looked at what the best way forward is so that's one of my things within the health authority that I don't think we do well and one of the challenges is yeah, I think. I think if we had stronger processes for evaluation and, and more transparency

around what those evaluations find. I think that would be hugely helpful to our team but also to the, to the larger teams. And then yeah... in terms of the professional bodies, I'm quite happy with like personally the support I'm getting from them, but I'm not calling on them a lot. I'm just kind of using the resources that they have. So, I haven't had that experience of needing to really kind of engage them around an issue because we have so much structure within the organization.

NN: Thank you! Kim, now we have less than one minute before the end of the meeting. Can we switch one more time to the same link?

KG: Okay. Oh, yeah. Yeah, I'll just sign knocking.

NN: Yeah. Yeah. Thank you. Yes, so, yeah. Thank you for your answer and then now we will go to the question about some factors, about challenges. Yeah, what are the three most important factors that presented challenges that either needed to be overcome or still need to be overcome in improving the quality and effectiveness of your services to clients?

KG: Yeah, I think, I think probably what we were talking about in terms of the evaluation like the structure for kind of continuous program reflection and evaluation, building the time into the services to do that we, you know, we get so busy with the day-to-day work that. And there's so many people to see and Health Services or so, you know needed that we don't have enough time built into our days or our budgets to allow staff to step back and do that. Excuse me. So, I think that's one thing I think that's a big challenge because how can we know that what we're doing is effective or right? You know, if we're, we're not evaluating it properly and how do we keep it meeting the needs of the people but we, we here to support. I think one of the other challenges, is that the health authority silos their services, so Mental Health has supported housing team and we have a Supportive Housing team. You know, that they serve people who have mental health and addictions. We hooks of people who have physical disabilities and brain injuries, but people are complex. And so, there's people who fall into both those categories and then we're, we're trying to work out where to put them because none of our services have all of those skills. So, I think, I think one of the challenges is having flexible services and people who have a broad range of skills. So, that they can meet the needs of every individual as opposed to, you know, you're in this bucket and you're in this bucket, so. I think yeah, I think that's a big challenge. I would like to see and it's hard because not everyone can have every skill, but I think, I think we need more flexibility in how the services are provided so it's not, yeah, soiling people in that make sense. What's presented challenges that either needed to be overcome? I think for me as a social work of one of the other challenges is really the value of social workers in healthcare. Is it's a very... it's a very nurse heavy and doctor heavy organization. There is a hierarchy you feel, you know, the value sometimes of different professions. And so, I think our social workers have been trying very hard to kind of raise their profile to become more for people to be more aware of what we do. Because people don't understand what social work is, you know, yeah and try to explain it and when we don't do a great job of explaining it, so yeah. So, I think raising the profile of social work is going to benefit the organization because, you know, there's so much that social work brings to address the broader issues that affect people's health, the social determinants of health. I think that, that social workers bring that lens that a lot of other disciplines don't. So, I think, you know, I think one of the challenges is creating more space for ourselves because there's less considerably, less positions for social workers than there are for nurses, or occupational therapists, or doctors and stuff. So that's one of the big challenges.

NN: Thank you. Thank you, Kim. And now I want to ask you about the last, the last question but more detailed, detailed question about what recommendations do you have that might help to improve the quality and effectiveness of services to clients you serve? And here is a little bit extensive question. Yeah. What recommendations do you have to direct service to clients, to supervision training and support, for staff? Let begin with this.

KG: Okay. Yeah, so I think... So, for, so recommendations to improve the quality and effectiveness of direct service to clients. I think for that it would be, be probably transparency I think is probably the biggest recommendation on. Because I think, you know, people find the health care system so confusing and that like I said, there's so many different sections and everything, you know, it's not

always talking to its each other. So, I think, you know, as much information as we can give clients and as involved as we can have them in the process is only going to build their independents navigating the system themselves. And maybe they never will be able to but that I think yeah, I think I would recommend kind of more transparency around our decision-making and how we're kind of connecting with other services. Has that would be the main thing. And, and in terms of recommendations for supervision training support the staff. I mean, I would recommend supervision of some sort. I think I've been saying this like since I joined the health authority, I was really astounded that there was no regular supervision for staff and the staff will kind of just operating, you know. We would have team meetings about clients, but you were never really meeting with the leadership about your practice or challenges or, you know, like where you were going and your career or anything like that. Unless it was an issue you would only meet if something had gone wrong. So, the things so, I think I think proactive supervision even if it's you know fairly structured, but just having that opportunity for clinicians to step aside and have a one-to-one session with one of their leadership. I think that, that, that is something that they don't do very well. They also don't do performance evaluations very well. So, because they're not supervising people unless there's an issue, you know, you don't get into that that stage where your manager is deeply involved in what you're doing and so it's only when yeah, and then... I think that positive feedback is so important for people to feel than that did in their, in their career, but it's also important to catch issues that are going to impact on clients. Because if someone's not doing something well, and it's impacting our clients, how would anyone know if they're not supervising or overseeing a bit more intensively.

NN: When we think about topic of teamwork and interdisciplinary collaboration, what recommendations do you have?

KG: I think yeah, I think it's important to have an interdisciplinary team or at least to have other disciplines to consult with because I think it yeah, I think it's invaluable in health care because, you know, no one discipline is going to understand the whole, the whole client. And I think in terms of teamwork, I think it's really important for leadership to value all of those disciplines equally and to create an environment with the team, you know, values each other and works together and respects each other's perspective or opinion. Yeah.

NN: And the other one about planning funding and policy changes. Maybe do you have some recommendation?

KG: Yes. I mean, I think, I think for and I, you know, like maybe you probably know this having worked in Manitoba to I think healthcare is, you know, the funding is constantly moving and changing, you know, depending on what the ministry has decided, is that the flavor of the day. And so, I think for planning and for funding the needs to be more consistency, you know, it needs, they need to be a 10-year plan, that is stuck to, you know. With, you know, additions and changes is things happen like the pandemic, but I just, I feel like every time a new government comes in, or new minister, or a new, you know, senior manager within the organization they have a plan, they don't, they don't care that we did that already five years ago. They come in and they put in the plan and then they're gone again in a few years and next person comes and puts in. So just consistency because, you know, it's avow heads are spinning then I can't imagine how it is for people trying to use our services. So yeah, just, you know, so that we know this is where we're going and, you know, you know things might come up along the road but where our goal is to get here and we keep working towards it I think for me that's my pet peeve. But that, that constant changing so the team that I am within is very good at that and they have, you know, this project we're working on that's long term. You know, we've had people who are kind of helped us stay on course, so thankfully we've been quiet unaffected by it all but, but I see it happening in the other teams.

NN: Hmm. I understand you very well. Thank you. Thank you for this. And maybe do you have some other recommendations or comments for improving services? So please, please tell me you don't have.

KG: I would say we need social workers. That would be my biggest recommendation. Yeah, you can't, particularly health care, you can't do it with us – social work. Because there's, you know, there's

so many things that contribute to someone's health situation that happened to them before they walk into the emergency room or before they end up in, you know, in a service. So, you know, if you're not addressing those structural issues, if you're not addressing the systems they live within then, you know, you're going to it's got, it's going to be like a Band-Aid. You're going to treat the immediate issue and you're not going to solve any of the be no problems, so. Yeah, we need more social workers.

NN: In Ukraine we have the same. Yeah. Thank you for this very much.

NH: So, you know, I didn't hear that. a response to her being the research question and it is about technical research question is how can the role of social workers be strengthened to improve the effectiveness are very health care services in Ukraine and what you've heard today the Hakeem is right about the response to this question. I find it to be so helpful. Yes, I would like to express the appreciation.

Транскрипт інтерв'ю № 7 **Виконавча директорка і голова управління / Вінніпег, Манітоба**

Інформант:

Ім'я: Д. Р. / **DR**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 27.03.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / **NN & NH**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

NN: So, I know your name and I have your email. I want to know city where you work. Is it Winnipeg?
Yeah. Yeah. Okay, and then I please what is your current or most recent position as a social worker? And then we're gonna zation session you work from

DR: So, right now I'm not in health care anymore. So, I've been away for it for about a year. I work for Medical Education now, so a little bit of a different field. So, back a year ago my position was the chief Allied Health officer and community area director. So, I was leader of Health and Social Services within a certain Geographic boundary. So, in Winnipeg we have six, six pair Community areas. And so, I was in South Winnipeg. So, the area where Nina would have lived when she was here. That's the area that I was responsible for close to the University of Manitoba and it also included the Victoria General Hospital. So, I was also the leader of all of the Allied health professionals that work deaf Victoria Hospital. And then our model which you'll probably get into a bit is very much integration across the community and, and acute care and so it's the full range of Health and Social Services for further population, but... So, I was the leader I wasn't directly at working as a social worker, but I supervised social works.

NN: Okay. Okay, I understand and how long were you in that position?

DR: Ten years.

NN: Okay, and what's the organization you work for a government or non-government?

DR: It's a government agency. Not, not direct, it's, it's, but it's there's an Act. And so, these, these organizations were fell under that act and they fell under all government regulations and policies etc.

03:43

NN: Okay, could you describe the broad focus of services provided by the your by your agency?

DR: Yes, and it's probably one of the most fascinating experiences that because it was the full continuum of. So, babies being born and the immediate public health nurse that would go into the home all the way to elderly individuals or palliative care where they were at the end of their life. So, we

called it from cradle to grave. In terms of the full continuum. It also included health and social services. So, e vbasic income, kids with disabilities, adults with disabilities and... It could probably answer your next question, but there was just every single type of health service could be offered as part of this model. All the health services were structured in one building and it was called an Access Center and, in our case, it was called access for Gary. And the idea was is that all the health and social services staff that work in that particular geographic area would be housed together to work for the benefit of the putting the client at the center of the work. But I think your specific question was... Did I answer it or what was the question again to tell you?

NN: Excuse me? Describe the broad... focus of service or services and if you can particularly say about type of clients your of your organization, I understand you didn't work with clients personally, but in general what I don't know some specialized type of problems they have they had

DR: Absolutely. So, it would be anyone that was hospitalized and needing to have effective discharge plan. So, say there was a barrier that meant that they weren't able to go home. So we would, we would often provide supports for those individuals. Once their medical needs were addressed then they became non-medical. So that was one area. But for the most part of our ongoing clients for those that require case management and they had complex help and social needs. I think our first, the first criteria for involvement with the services was the geographic. So, you lived in that particular geographic area if you lived in another area city and get your services from a different team. And then the second was that we prioritize people with complex social and medical needs that had more than one service and they would need to have some sort of coordination of that service. So, over a period of time whether it was their entire lives like an adult living with an intellectual disability. That they would always need services or somebody that would say experiencing a short-term mental health crisis, and they would need more short-term intervention. But we offered a full range of services. So, we offered public health services for, for new mums, we offer a home care for adults seniors in particular living at home independently read without having to go into hospital or personal care home people that had been experiencing and health event that requires them to have extra care in their home. Mental Health Services were a big one for us and we had people that were living with complex mental health, mental illness that required case management support. But also, those that were just experiencing short-term crises that they just needed some counseling or brief intervention therapy, for example. So, those are some of the services... We also offered we had that our service building speech language pathology pathology services, audiology, so, if a child had the need to see speech language pathologist. And then there was a primary care clinic that was comprised of doctors and nurse practitioners as well as nurses, pharmacists, occupational therapist and a physiotherapist. And so, these people in the primary care clinic were not funded in a traditional way like in Canada they would fund ought to per visit faces. but because our clients are complex and require more intensive services. The doctors are and are paid on a salary and they are hired with the intent of servicing people with complex social and medical needs. So, say a client may have been fired from another doctor's office because they call too often or they yell or they acted bizarrely. At our clinic they would be, there would be a plan in place to support that individual to be able to stay attached to the service. And so, we wouldn't be firing clients, we would be embracing them and figuring out the best care plan to support them. So generally speaking, a lot of the clients were mostly voluntary as well. And then we also had a partnership with child and family services for kit, for parents and families that had been had their children apprehended. And then those services were less voluntary, but we worked in partnership with child and family services as well. So, so, it was basically it's hard to just say saves basically every Health and Social Service that an individual would be we had a mandate to deliver that.

09:56

NN: Okay. Thank you for this. Thank you for your experience in that and then now we will speak about your service approach and bastards. It's very important part in our search and I'm Dana. What was your job functions and the types send as you're providing? personal work if you can say a killer summer summer months and next question. How would you describe your service philosophy?

DR: So, I think like in all my years and social worker, I've always been involved more the administration of services working for government or in a leadership or supervisory role with the exception of very early on in my career I work as a therapist. That was like 20 years ago. And I would say it's more was more counseling than anything else. But I think my role as an administrator was to also help teams when they became stuck on a particular issue. So, if there was a complex issue involving a client, I would often attend service coordination meetings as well and try to provide some support my expertise or leadership. Because sometimes I was able to make decisions that perhaps the staff weren't able to make by moving resources around or proving resources. So, and then also when there was a really complex client or someone that was angry or violent in the building to try to, you know, not rely on security or police. I would often try to reduce and apply like a nonviolent crisis intervention approach as the leader of the building. So, I would often try to work with people to deescalate situations. And so, I did have quite a bit of involvement and spending time in the waiting room and visiting with families as well. It was always really important to be to as a leader to be connected with the clients and have a good relationship. And then obviously every time they had a complaint, I mean compliments maybe but mostly complaints. Like I would be the person that they would call or email and I would have to hear how there was a hardship from their perspective. So, I felt like I had a lot of experience directly working with clients, but not in a social worker. My philosophy. I think it was very much, I mean most of my career it's focused on the integration of services and how we can work in a cross-disciplinary way for the benefit of client. I think our philosophy was very much focused on a few things. So, I would start by saying low barrier was a really big piece of our work. So, we wanted services to be local, easy to access not a big building downtown that was overwhelming for people, but rather something within their community that they could identify with. That they might come to the center for different groups or more positive experiences not just come for their, for their check or something of that nature. So, we tried to build the building in a very friendly, kind of warm environment with really, like an in our case It was very tried to create a welcoming environment as well, make people feel like they can come and that they wouldn't be judged. Another thing about low barriers is in Fort Garry. We have a high number of newcomers, you know, one of the largest areas in the city. And so, we often made services available in a whole bunch of different languages had always had interpreters in the building. We haven't designed our medical rooms in a way that would allow for the curtain to be drawn so that the interpreter wouldn't be on the same side as the patient or the client. And so, a lot of that went into how to make services accessible. We had after-hours services, because many people would not have had time to take off work, you know, to come. So, we would have evening services and we can service as well. The other, the other can think that is really focused on strength. I think for me even in my leadership role, I continue to always try to figure out like: "What are people's strengths? What are they good at instead of trying to help people improve? What's not working?" Try to emphasize the strengths. So, every, every time we had a service coordination meeting or we approach the client plant. We always try to figure out what was working well for that client because there's usually something that is, that it's benefit. And whether it's an individual or a certain type of skill or even just resiliency like their ability to kind of keep trying and, you know, keep at it. So, we really did emphasize that a lot with strengths-based. I think, I think the other philosophy was that these problems were not just single focus, like people's lives are complex, very rarely do you just need one service, but rather you need a whole bunch and the systems not really set up to help people. So, you don't have to repeat your story over and over again. You'd have to apply for different benefits. You might have different workers sometimes four or five different workers administering your programs. And so, our philosophy was also to try to coordinate that service. So, that there was a lead person that was involved for that individual. And usually, we try to pick the lead that had the best rapport. So, if a client for example really felt comfortable with one person or a client just really absolutely did not like working with men then we wouldn't put the mail as the lead in that case. We would try to make it client centered. So, that we would help them to be as successful as. And then I think the last one... I've lost my notes. I'm just going off memory now, but I think the last one. It was kind

of that community sense that we didn't want to create like institutional care or we wanted to avoid people feeling like they needed to... to like... like they... We wanted them to feel part of a community sense of belonging try to reduce isolation. And so again kind of the things that we would say that you would normally see an informal networks as well. We would try to do that. So, there would be, you know, different ways that we would do that like have food at different events, try to, you know, involve our community partners. So, that we might have "Bingo!" or something of that nature by one of our nonprofits at the building. So, that aren't always coming to the center for services, but rather it became a hub within the community. And we started to see lots of different types of support networks like there was prostate cancer, there was a grievement group... Even my mum, after my dad died. My mom accessed one of the griefs supports groups, and shat that site and she felt like the sense of belonging because it was her local community health centers. So, she started to access some of the other services including a dietician. So, you can kind of see how you get them in the door through a community approach and then they might benefit from accessing other types of health services.

NN: Thank you. Thank you for this. It's very complex answer and next my question. The question will be challenges and problems... and what types of challenges or problems did you experience in your work and in few words if you can maybe you do have some examples, it's about maybe. lack of tiny Nexus to supervision and support.

DR: I just my notes were able to pull up one of the other things. I wanted to say under our philosophy. That's really important is a no wrong door approach. So, when someone came in and said that they needed to do something even if they were in the wrong building, we would help navigate them to where they needed to go. So, if it was a newcomer that was applying for their health registration. And we didn't do that. We would provide them with the information. We would give them a map. We would tell them how to get there. We may call a cab. We would like, we wouldn't, we wouldn't just turn them away. And I think a lot of times in health services or when services aren't effective. You kind of focus on what you do and then you close your world to everything else. And I think it's very overwhelming for people. And I usually these newcomers because when you don't have the language as well as you don't understand the systems. It becomes really difficult. So, one of our goals was always to try to help people regardless of what they needed. And not to say inappropriately like if they did really didn't need services. We're not going to create a service plan for them. But so, no wrong door and making sure that we had a warm handoff to where they needed to go was really important. So, it's wanted to pick up on that. In terms of challenges. Okay, so this is kind of the contradictory comment. So, I think sometimes in healthcare it's difficult to be able to provide what clients actually need. So sometimes we have a menu of services that are available, but they don't need that they need something else. That because we don't have that we give them other things. So, we often use the example where a family might need rest bite because they have a child with a disability and they may, they may not have any respite, they're not may be eligible for that. But we could give them, you know, extra equipment because like we had that available. And so, we be trying to figure out how to provide what they need, but how to provide them something instead of what they need. So, that that's always a struggle I think and that that match. In particular and example was that access to non-professional services. So social workers can coordinate services, but its sometimes people need just support around activities of daily living or reducing social isolation. And so, they might go to an emergency department every second or third day because they need the interaction or they might call an ambulance has often. And again, when the financial piece of that is removed. That might be a way for them to interact and so they use the services inappropriately. But if we could provide more nonprofessional services like support workers that can receive direction from social workers to ensure it still clinical. But I think then people can benefit a lot more. So that's a challenge in terms of accessing that. I know actually in my husband's role. He's, he does. he will... He's a mental health leader and one of his team's has equal number of social workers and support workers because they value the importance of connections. So, they go swimming, they go to the gym, they go grocery shopping with the clients. It doesn't it's not affordable for social worker to do that because their salaries higher but rather

people that are available to make it easier for people to navigate the world. So that's I think something that, sometimes a barrier. I think supervision and access to clinical supervision sometimes that's a, that's a challenge. I'll probably, will probably talk about that more but... And I think sometimes just the workload it can get really transactional. So, you start to forget the person because you got all these things that you need to do and then and you're not really thinking kind of in a string space or solution mindset. So sometimes especially if you have vacancies or covering multiple caseloads, it can get very transactional. So, it's really important to have that clinical supervision to remind you and to keep you bring you back to your practice.

22:38

NN: Okay. Thank you. Thank you for this and I think we can go to the section for and then you will speak about your experience in working as my girlfriend team as I understand you worked in the that interdisciplinary team and how large was the team and their what was the professional qualifications of the team? who acts as a team leader said the study team leader in you you are you was the team leader yet? And what what what what was the team leader loss?

DR: Right, so there is probably about 250 people that work in the building. So, it's a very large building. And there was a manager or team lead for each program. So, we had a manager of home care, manager public health, manager of mental health, a manager of employment and income assistance, manager of child and family services. So, they were, there were eleven managers in total. So that was our leadership team. So, we go every... And then the managers responsibility where they had interdisciplinary team members on their respective teams, but they also have the responsibility of working across. So that the integrated to the greatest extent possible. So, it... so my job was the supervisor of those 11 managers and to administer the individual programs, but then also to ensure that we deliver the service coordination mandate. So, I didn't work as part of one particular team, but I think that's... So, we had physicians, nurse practitioners, social workers, occupational therapists, physiotherapists, audiologists, speech language pathology, social workers obviously if I didn't say that, we had nurse practitioners, pharmacist a whole bunch of different types of health and social service professionals. So, they had a variety of different classifications. So, teams worked on their respective program and then they work across those programs. So, we had different types of settings like we had... at the hospital we had what we call discharge round, where each person including social... and social work usually led this discharge round. And so, we have different interprofessional is coming to the team and bringing forward a problem like... So, a person needed to be discharge, but they had lost their housing and... Or a big common one was that they smoke but they are too logical home because now they have oxygen tanks. So, how do you?... So, they can't go home. So, you had to figure out solutions for these complex problems. Or that they couldn't live independently anymore and they didn't necessarily need to be in an institution, but they needed some support. Or people that were living there were on the psychiatry unit and they had, you know, like they hadn't been there. So, that everything in their fridge was rot and spoiled and they needed groceries and ways to get home and stuff like that. So, just social workers would always lead those discharge rounds and then each member of the interdisciplinary team would try to offer some support and pick up a part of that plan. So that was one example. We also had weekly Huddle's with our teams where they wouldn't refer to each other's programs. So, you might be working with somebody and they're a social assistance client, but then they reveal that they're suicidal or having difficulties. So, then you would refer to the mental health team and then you would do a case consultation where they would learn as much as they could about the client from you and develop a plan. And then meet with the client together sometimes because the individual already had the that client so it made it easier. And then we had monthly coordinating meetings where they, were you brought difficult cases to the table and everyone collectively would try I weigh in on what the strengths of that person were and what the difficulties were. And then the purpose of that was to unstuck problems that were really complicated. Obviously, they wouldn't be crisis situations. We wouldn't wait a month to bring that forward. We would, we would use the other daily or weekly rounds for that. But then you would learn from it and you would learn about different ways to solve problems. So that the next time you have a situation like that if you wouldn't

need to go through this complex discharge around you or complex planning around you could actually just apply your learning. But then it also was a way that people in the building would form relationships. So, they would get to know each other and so when they had a problem in the future, they could just pick up the call or walk down the aisle and talk with someone in a cubicle. Because one of the major barriers in interprofessional practice is also you just don't know what kind of services are available and you don't, you don't have those relationships. So, that's um, that's kind of how we work. There's normally... there was always normally be like a lead person - that wouldn't present the case or present the circumstances, be responsible for the follow-up, recording kind of what actions would be taken. We often use what was called service coordination plan, which was the document that people agree to and then we would update that plan. So, that you would also have some accountability in place to know that people were working towards solutions. And then I think it allowed for... I guess one of the benefits maybe I'm skipping ahead though. So, but one of the benefits is that people that didn't feel very alone. They always felt like they had a team to rely on. So, the big problems were not so big anymore versus when you're by yourself. And you're hearing a story of a client and there's trauma, there's poverty and it's almost insurmountable. It can be really overwhelming for social workers. Especially because most times they're the ones in an organized and healthcare that are dealing with the hard things like the physiotherapists gets to deal with the muscles and the bones and the structure and they have rehab. And any occupational therapists get to deal with like the life skills and do assessments. But social workers are often the ones that get the rest of the stuff that is not easily solvable. And it lots of times there is no solution. It's a matter of that mitigating, you know, and what the best scenario is for that even time but it's very heavy work. And every referral to a social worker is complex because they're dealing with hoarding issues, you know, poverty, long-standing trauma, you know. So, it multi-generational issues. It's very challenging work. So, when they get to work as part of a team and they can share that burden and get expertise and ideas, I think, it's a very rewarding experience.

NN: Thank you for this I think Abby. The video go to the next next section because this is this. Is this your own Spark. It's very complex and a complex answer. So how would you mind asking about referrals? We're there any repair repair of me to other professionals out? I'm the king. Yeah. Yeah, please in terms of teamwork data if that's okay with you.

DR: Yeah, so lots of times we just do formal referrals because there needed to be a record. And for the most part we want to make sure that the services were appropriate. Like you don't want people just do it in services and sending off all these referrals that nothing fit. So, they really do need to understand the purpose of those particular services. So, lots of times we would want to just refer to mental health because they had mental health issues, but it didn't necessarily match with the services that they provided. And so, the referral form is a way of having a formal review of what to that client actually need. So, and what services are, you know... So, even if that it's at referring agency gets a referral and it doesn't match. They can at least know how to navigate that individual to where they need to go. So, and I think it is important to have a formal record of where services have been tried. Because I think sometimes you think you've explored every option, but we haven't necessarily and that is it opportunity for leaders to become involved. Because then if there's, if there's a complex case doesn't really fit the criteria of the program at least they can bring that forward to their manager and have a conversation around what other options are available. But for the most part, I would say the biggest areas of referral we're to our primary care clinic, where a lot of people just weren't accessing appropriate primary care and like their doctor or nurse. And so, they had a lot of underlying health issues that weren't being addressed. And they had maybe had a doctor but their doctor didn't really acknowledge the mental health issue or didn't take the time to really apply it in a compassionate and caring way that was low barrier. So that that client could get the service. So, they might have gone to their doctor and said I've been struggling with, you know, with quite mental health and then the doctor might say, "oh you should exercise more" or something and blow it off, right? And some of our clients have had really bad experiences where they haven't felt heard or listen to and so we would refer often to that clinic. And then it was a

good partnership. We also did lots of referrals to schools as well because lots of times the services with kids bet that if there's a social worker at the school that was involved. It was best that we work collaboratively. So, that we weren't kind of doing different things. And then some of the nursing services would be around, you know, if someone needed nursing services to stay in their home. Then we would prefer the nursing services and then the nurses would be in the homes doing things and then seeing things within the home that were flagging issues of concern. So, that they could they can refer back and work at collaboratively. So, if the nurses were noticing for example that there was dementia settling in or a stove had been left on, they could refer we could immediately start having service coordination meetings. So, we really do work very much across. And the important part is trying to keep the lines of communication open. In Manitoba we have the like the privacy legislation, which is called PHIA - Personal Health information act. And lots of times it's designed. So, that you don't carelessly share information or someone shared information with one person. You don't have the right to just share that information with someone else. So, we have a very robust process around consent. So, when people come to the center, they know that their information, and they consent to it, there is, there information will be shared with service providers in the building to ensure that we deliver the best possible service to them. And that's an important part of the partner, of the service agreement. So, that they're not caught off guard or they feel that they shared information that they didn't want another person to use. And the goal of the team is to also make sure that they only share the minimum information required. So, if it's, you know, if we're needing to access housing, we don't need to tell the housing representative that they were abused or traumatized during think that. But we might need to share some trigger points or some challenges or things to avoid. So, we try to be respectful of the client in sharing only the minimal information. And then we also commit to only using the information for the purposes that it was collected. So, if you say that you're going to be collecting the information for x and then you decide later on you're going to do it for something else. We would have to go back to the client and say this we need to use this information. The only exceptions obviously our safety. So, if somebody is, if we know of a child being abused and that legislation the child and family services act prevails, if someone's at risk to themselves or others as well that we can notify anyone. So, there's provisions and protections around that tube. I can't remember exactly go out talking about that right now, but...

NN: It's very helpful!

DR: Pretty, cool thing. Yeah, so that's in here.

NN: Thank you. Thank you for sharing this with us. Thank you and my next question will be bored waiting services and as I understand you. You let involved in the creation of services. Yes, and maybe not and then how it was done who was involved maybe some another professional and have a service called comes marriage and measured and how was this done?

DR: Yeah. I'm just looking... I think I have one more comment on the benefits before we go into the evaluating if you don't mind. I think there was a few questions. So, I think one of the benefits is that we always try to start with the client to that in a service coordination model. So, you're not fighting with the client by telling them "Although you don't need this, you really need this". So, if their number one priority is trying to get back to work even though they don't have housing or they don't have other things. You kind of work with that priority in mind and the whole team agrees to collectively work on that priority. So, it's also very rewarding work because people get to choose their own goals, right? So, we had a situation where somebody really was in on a psychiatry unit for many years, and she really wanted to get back to ballet. It seemed very... it seemed almost like she had so many more immediate problems, she had no income, she had nowhere to live, she was struggling to maintain her sobriety and they'll also her medication. But they organized the plan around her desire to become a dancer and it was a very amazing process because... So, she didn't become a formal ballet down through obviously, but it was something that she could look forward to and they could weave in the other aspects of her life. So, in that goes those examples don't happen every day, obviously. But it was, it was something that we all cling to really understand that if you can find something that motivates an individual and the whole team can rally around it.

I think that's really important. But I do think... And so, I think the relationships are really key. So that we underestimate that and I think we know that as social workers, but other disciplines forget it sometimes. But if you don't have a good relationship with your clients, you can't build us and you can't get no awesome. I think that's really important. The limitations though. I would say very, very, it's very time consuming. People need to come to the table with a can-do attitude, which is not easy to teach. Some people just don't have it. So, if they're feeling forced or they don't see... it might not be the right job for them or might not be the right role, but it's very much where you have to think outside the box and not think about the what services you provide, but what kind of things the client might need and how you can get there. So, it... and then I think it really does depend on really strong leadership in my experience across my 11 managers. I found that some of the managers were just so interested in serving that client and doing anything they could. And there's all their staff benefit, but when the supervisors didn't really value it and kind of focused on their own area of work and didn't invite other people to the staff meetings and didn't try to facilitate cross-program knowledge... I could see it that, it just those staff were also not driven for towards that shared goal that we all had. So, I think that's just those are just a couple of things. But overall, I would say that it's very positive and rewarding work to work in a service coordination model and the access center model that allows people to work under the same roof. Just removes those barriers for people. They only have to go to one building but also for staff because they just start to know about things that, you know, social workers start to learn about medical conditions and any impact on health and how client might be feeling and it just did helps overall. So anyway, those are just some of my comments. I just wanted to share in the benefits and limitations. Thank you.

41:15

NN: So, evaluation. Okay. Yeah. So with the question the first question is It's always the go start evaluating services and who was involved in the in this process.

DR: So, so we did... So, some of the things that there was range from informal to formal. So, one of the things that we did were leadership visits where we would just randomly go up to somebody sitting in the waiting room or at the center experiencing service and we would just ask them about their experience and how things were going as a check into them. If they were having any challenges with services, what was easy, what was hard and those patient visits, our client visits were really instrumental because we could figure out some themes that were emerging as well. And then we could share that back with the staff. So, we would have a bit a bit of a huddle after these visits where we would pull who all staff together, we would just talk about what we heard. And we would do it in the emergency department. We would do it on the psychiatry unit and we would do it at the axis enter. So, it didn't really matter. It was a sometimes a bit intimidating I think because you were you didn't know what you're going to be getting and whether people wouldn't be sad or happy or... But we did it in a very respectful way. So that was kind of the informal way that we were constantly looking at pulse check on on the people. We also had a robust system of incident reporting and tracking our anytime that an incident had occurred whether it was a violent situation or, you know, a missed referral or something of that nature. We would be able to track those incidents and we could we could run reports to better understand. So, that we can use them and then we had a daily safety huddle where we met. We reviewed our indicators and stuff like that, just to make sure that we were making those services are being delivered appropriately. And then in terms of service quality we also supervisors would participate as part of the planning meetings. They would be coaching staff, but they would also have a requirement to do file audits and case reviews. And so, as a measure for example every time mental health file was being closed, the supervisor would have to review the file just to make sure that it was being closed for the right reasons and that there weren't too many additional services that would be required. So, those are more of the day-to-day ways that service quality was assessed, you know, general staff meetings and supervisory meetings were held as well. The outcomes were measured more through formal evaluations that were generally done when there was a new program or if we got new funding for something they wanted us to evaluate it. So, but that was not really very often. That was just if we were piloting a new approach. We also had evaluation forms for every time we offered a group at

the end of the group or the service then they would fill out a satisfaction survey. We could, we could evaluate that way. But it was, that was more for people that wanted to offer a generally speaking people that found the service to be helpful would be the ones that would fill out the evaluation form the people that dropped out of the program. Because it didn't meet their needs, weren't there at the end to get the evaluation form. So, you needed to also assess when people dropped out of programs, why and that again was just more informal and but part of our everyday work. I would say, I'd say that we also had kind of complaints and compliments, we did track those in our system as well. So, if a client was phoning a lot and complaining about something we would try to track a better understand the themes that were coming in. And then we had a drop box for patient feedback in the building again, they could put in comments and we would look at that periodically. But I'd say that the formal evaluation and integration of like best practice and evidence didn't really happen as much as it could have. Partially because we didn't really have program evaluators or policy analysts or people that could develop that kind of thing for us. So, lots of times it was just the social worker of themselves that was designing a quick survey that, you know, we wasn't really reliable or valid. It was just a quick satisfaction survey. But what we do is we usually try to find master students that are willing to evaluate as part of their thesis or practicums. That's an important part of our work and then because I was masters trained. I can supervise the students, but I also had three of the 11 people on my team were also social workers as leaders. So, they can supervise those individuals. So, they would come in and evaluate programs or do a feasibility assessment and... So, students were really important part of our model. We would get those every summer. So, for example one year we were trying to, we had a service and we are trying to make a case to add a social worker to that service. So, we got a social work student from the University of Manitoba. She joined, she wrote, she evaluated the services, she looked at what was missing, she created a business case to create a social work position. And then we ended up getting approval of the funding and then we were able to hire social worker and but we knew exactly what kind of functions and services because we had evaluated versus just adding it for the sake of baguette. So, I think that, I think if we had more expertise take that would be helpful.

NH: and what does lions have any role in providing their feedback on the services they received the don't mean to play she mentioned, but generally would they be involved in you know in this capacity of those who are providing their people.

DR: Yeah, it's kind of... we didn't really do that good of a job at that in a formal way even involved in client is part of evaluation. So, they have done an evaluation form, but there was probably, there was always, I think better ways of it involving and even that participatory action research or trying to do more things that involve clients part of the design of the services. I think that would be useful. We did have an advisory committee at the access center of residents in the area. It was called the local Health involvement group and we would consult with that group as residents of the community on decisions on how what types of services were needed. And so, we had that consultation and that the hospital we also had a patient advisory council as well. But if we were introducing something new, we could go. So, they were they were a consultant in perhaps a needs assessment but not really in evaluation of the program.

NN: Thank you. And Dana, please did you receive supervision in mediator role in your Administration role?l. Did you receive a supervision?

DR: Not really... I would say I didn't receive... I mean I had a supervisor but I would be with him. He was the vice president of the health authority, so I would just be with him very rarely, but I worked as part of a broader team. We're... because I the services that I was offering were replicated because there were six areas in the city. So, there were six of us that we formed a team and we really supported each other. So, we could bring forward any issues, we were experiencing. And then we had a management team where we made improvements. So, our leadership team went was where I think I access most of my support and supervision kind of informal. And that I had a... I mean my ultimate my supervisor did performance appraisals of me and had performance conversations and set forth goals and objectives and stuff like that. So, I did all typically have supervision.

50:37

NN: Okay. Thank you for listening. I see no many time formal into but we have a very important section about yeah, okay. I'm chatting too much. It's great. Thank you. Very important their pressure, you know, and I mean it really is. Yeah. Thank you. so we will speak about improving the quality of Effectiveness and effectiveness of services and that in your opinion. What was the dream most important factors that help to improve the quality and effectiveness of services in your agency where you worked where you work?

DR: So, I would say, honestly, kind of picking up on my comment earlier that that the leadership engagement in the shared mission and vision of what we were trying to accomplish. I feel like that was so instrumental. I think that staff coming in it would just look like any given any other day, like they wouldn't necessarily understand the mandate and less our leaders were engaged. So, we spent a lot of time working as a leadership team to get the commitment that we were in this for the benefit of the client. And that we were trying to remove barriers and make it easy for our staff to be able to support people. So, I really did very strongly believe that as that we needed a strong management team. We even met daily, every day at 8:45 for 15 minutes as a huddle just to ensure that we were connected and which we called it a safety huddle. And we just reviewed any issues, you know, if there was a... it was an issue with a client the day before. So that we were always on the same page and its staff had any questions about things than all the managers would be aware. So, obviously they didn't attend every day because if they were off or at a meeting or something, but the idea was is a 15-minute check-in to make sure that we were a strong team and initially. I think everyone complained about it, but I think the reality is they found that it's hard to operate when we didn't have those check-ins, because that would be miscommunication or missed opportunities or we can even talk about things like staff engagement and how to, you know, have an appreciation event, you know, for staff for recognizing good work. We could send out an email to the staff if someone went above and beyond. So, it was a, it was a really good way of our team becoming, our leaders becoming very integrated themselves. I think the other factor I would say is flexibility. Because it'sō there's nothing that's simple about this work. And so, you have to think outside the box you have to work outside the box when you have to do in a safe way so you can't put people in situations where, you know, they're, you know, putting vulnerable people in their vehicles or not doing it as part of a plan. So, I would say that sometimes our staff went above and beyond. But they put themselves at risk sometimes because they were working alone or they felt like the person really needed some help with moving so they went on a Saturday, but they didn't tell anybody. And so, then they were putting themselves at risk. So, it's flexible but in the context of a plan and make sure that everyone is aware of that plan. And I think the other thing that I've said a few times, but I'll say it again is just staying hyper-focused on the clients and what their strengths are. You can't ever underestimate the power of solution focused and strengths approach and we hear a lot about in our school and our classes and it doesn't have to be really complex just... you just need to find out what motivates somebody and what their strengths are and start working from that perspective. And you can really figure out what motivates somebody and then have strong motivational interviewing skills or relationship building. You can actually see progress versus fighting or telling people what you think they need because that's never going to work. I mean, I have two teenagers. Nina, I know you've been a mom, you're going; you know, for a long times, you would know this too. But you have to kind of work where they're at, you know, and what motivates them. You can try as hard as you want to convince them of the eventual outcomes or but they'll make their own choices. And that self-determining is actually if you can find something that allows people to make decisions for themselves then the product is so good. Having said that it doesn't it's very rare that these outcomes produce themselves, but really positive things like lots of times people have ups and downs right? They things are going well and then they hit a roadblock and they need like a reset and they need to build those skills, most foundational skills to kind of get to the next level. But so, it's long and hard work. And say those are the three that I... that I would that come to my mind.

NN: Thank you. Thank you for this. And then what about some challenges? I don't know the most important factors that presented challenges that as I needed to be our camo still need to be our come improving the quality in fact in this Cyrus. Ization

DR: I was trying to think of like be challenges. And I kept coming up with like the service challenges. So, like accessing appropriate housing always was the chat most difficult thing. It whether it was a senior or somebody younger or, you know, a child that had intellectual disabilities, that was aging out, but they had risky behavior. It was always... housing was always on hardest piece of work, but it wasn't really a service that we considered part of health and social services. So, I guess the connected challenge there is that health is if we, if we do it properly, it's all-encompassing. Right? And the social determinants of health really need to be planned for. So, things like housing and income are drivers of someone's individual health. So, housing for me just jumps out as a huge challenge. I don't know if it answers your question for your research, but something for me. I think the other thing is and again, it's kind of a service challenge, is access to addiction services, especially if there's a wait list. Because I guess the challenge is that you want it intervene with people when they're ready to accept help. So, if somebody comes in and says I'm ready to deal with my addiction and then they go on a six-month waiting list. It's the most demoralizing thing. Right? Because you want to be able to intervene when can. So, that was the challenge is that you had to sometimes wait for services to be available and then when those services were available that the person wasn't in a position of needing help or at that point in time or, you know, such... And then I think two is whether we talk about it a lot, but is that trauma-informed. I think we just don't... you don't really know what people are going through. And you don't really, and you can apply your old lens of what you would do in those circumstances. And I remember as a social worker my very first session like what I was in my counseling role I was being taped by my supervisor. And so, I thought I was doing great job because I was giving him all these solutions, and ideas, and problems, and... And then my supervisor pointed out in the video to be up when we were doing it together. That I was working hard than the client and I was offering all these solutions and problems and he was getting me to look at the clients face of what I was doing all this. And he was not interested like he was kind of nodding his head "No, it would work for him" and... But I assigned him all this homework, and I thought and I've had this really good feeling that I had done something amazing. And very... and so, of my supervisor was very blunt about it and that really showed me that it wasn't about me. Those are... those are the things that I could do because I have those skills, and aptitudes, and... But that's not what the client is going to do, and it stuck with me my entire career even as a leader now when I'm working with people, I think about that. That you have to start where that individual is asked and you have to work with their strengths in mind. And it's not our job to solve people's problems. It's not... So, I think if we can, I think if we can avoid that trap, and our staff they're not going to be so paternalistic and perpetuate, you know, racism and oppression and all those other things. Because we kind of want to control we want to have, you know, help people that we, you know, we don't. But trauma-informed for me it is when you really understand that lived experience of somebody else, you're going to automatically start where they're at. Because I think it reminds you that you can't your own experiences can't relate. Like even if you've had trauma not going to be the same with someone else is traumatic experience. So those are the ones that kind of come top of mind.

NN: Okay, thank you. Yeah, yeah what you are sharing with him with us. Yes. Sure. Thank you and Dana you have a lot of experience and then what your recommendation to have that might help to improve the quality and Effectiveness or services in general if we speak about your previous position. Yes when we speak about Direct Services to clients and pasa. Vision training and support for staff team work in the interdisciplinary cooperation. What - in do you have in the in this case?

DR: Well can I come back to that earlier comment about the direct service. Like I do believe that if we create awareness about what peoples lived experiences and start where they're at we can solve a lot of problems versus the assumptions that we make sometimes. Or even sometimes culturally sensitive, you know, when you're in social work school, you learn case some people don't like to make eye contact or some people don't like to shake hands and you kind of trying to understand it

at a cultural level. But that's not enough like it just needs to be a personal level. Like what's that person's lived experience? And it's like Stephen de Groot is an author, that is from Winnipeg and when... I don't... his... I don't agree with everything he does but one of his million-dollar question is "what do I need to know from that person's perspective in order to be a disservice to that individual?". And it's kind of trying to put, you know, that perspective and shifted a bit. So that's one thing. I think for supervision, I would say just really making sure that our staff are challenged to learn how to intervene with people beyond the theory. Like what is motivational interviewing look like when you're working with someone and you're trying to get them to understand an issue, like what are some ways that you can help them think differently about their problems and think, you know, more openly. And also, assertive outreach. Like I would often hear "Well, they didn't call me back". So, we just close the file. Well, what do you need to do to work at their level? And what assertive outreach can you do to ensure that they access the services? So, one of our programs I've had, you know, arguments with one of our mental health workers repeatedly because he would say that in order to open the file you needed to have a goal. And, but then I would think like if I'm struggling with mental health someone's first question to me was "what my goal was?" at a point where you're feeling, deflated, demoralized. And that was a barrier to be getting service. I don't know if I could do it, you know, and I've had periods in my life where I've struggled with like depression or, you know, mental health issues or crises and stuff like that. And that's not the time in your life where you immediately go to the, you know, tapping into all of your strengths. Right? So, if that was a barrier, I think that's not, it's not acceptable. You have to think differently about how to engage people, to warm-up build relationships, you don't start with goals, you start with building. So, I think that would be something I would say for more training is how you engage in relationships and build that rapport to get to the goals... For teamwork... I think one of the major barriers I often found that staff just didn't know the types of services that were available. And they didn't understand the types of questions to ask. So, what we found is that with the managers invited other teams to their staff meetings, to do a presentation on how to apply for social assistance benefits and creative solutions that they could apply to avoid problems. Or you know, how to deal with them... like what happens if someone misses their psychiatric medication and what are some signs to look for and how to intervene around that. You know, don't tell them to take a whole bunch of pills to catch up because that could make them very sick. Right? And so, I think that the more in which we shared information across the teams. I felt like that is value-add. I think it's sometimes forgotten because it seems so elementary, but those presentations it's also very engaging for staff to be able to share their amazing work with other people, the proud of it, it builds relationships. And so, when they see each other in the lunchroom, they also know each other so they might have more of an opportunity to talk and... Because it's 200 people in a building is not always super friendly. Right?... For evaluating service results. I was thinking kind of coming back to Nina's comment. A question, I guess, sorry. I think how do you involve clients more in that evaluation? And how do you do more meaningful evaluation? So, that it's not just capturing it from the people that think the service is good. But how do you understand why people drop out of the service? Or how do you know what maybe is missing or sustained evaluation? Like, you know, going back and looking at something it's seeing those results get sustained. Because I think we pat ourselves a bit on the back lot. We think we do great work, but the reality is we might not even be doing great work. Right? The clients may not be getting that benefit. So, think to involve the clients more... And then I think that the interdisciplinary teams do need people that have evaluation background and research. And I think that's why I've always really tried to get social work master students to come in for projects and I advertise with the university. And I've always had a lot of success, but if I had people like that on the team, I think we could improve. So, it's this dichotomy between... Like we're service delivery so we don't have policy and program people. And I think we need; I think that would help improve is if you had a researcher or an evaluator actually sitting on your team and working with social workers. Instead of thinking that social workers learned it they did their systematic inquiry or they did their research methods and that they're going to be able to have the time to do it themselves 20 years after they took the class like it's just not feasible.

So, and then I would say kind of building bridges to larger policy shops like in Manitoba we have the Manitoba Center for Health Policy. So sometimes they can evaluate things for us. We also have community health assessment data where we get profile information about the health conditions of our residents. So, it's trying to kind of think outside the box and bring in other areas of expertise beyond social work and in beyond on interdisciplinary in a traditional sense. Like really think about how if you're going to want to evaluate services you need expertise, you know. So that that's right.

NN: Thank you. Thank you. Thank you for this and I think we can end our interview but scam. I don't know. what

NH: Well Natalie's thinking about what she's got to say. I'm a yeah, do you know them the major question research question and that is agency research is is about finding out how the role of social workers ins in healthcare with strength test, and I guess she has heard all the responses, you know, just. I'm so happy about this today's unique opportunity to hear about your experiences Dana, you know, just yeah. Thank you so much. It's unbelievable.

DR: Well, I was nervous because I change jobs last February and moved into the Department of Education. And so now I'm in a senior leadership role and I've been so focused on keeping schools open because of COVID and statement. So, we've been trying to get the students to learn as much as possible. And then we also announced a massive transformation that we're changing how the education system is organized. So, I've been completely thrown in to education and completely different field. And so, I was thinking last night. That's why I had to make some notes because that's thinking how's it going to come back to me. I've just been so... it's like, I mean like a different universe because it's so stressful. You go to bed at night and you think like you want the kids to be safe and teachers to be safe, but it's so different than what I did for 10 years. So, but I think I really enjoyed this experience as well because it brought back lots of memories. And it also reminds me that doesn't really matter with health services. It just reminds me about like the mindset we have them social workers and how much we can influence across so many sectors. And many of my colleagues that are in leadership roles and government have a social work background. I think it's because we look at problems differently and more holistically and we're trained to consider beyond the obvious that... I so I think even though I moved away from healthcare my time there was very... Like I can see it's still kind of impact my work even now that I'm focused on education.

NN: Okay. Thank you for days. I'm I think we will finish there is a question so farming to you, but I have to explain the nature of my research my research methods involve two phases of communication with respondents. The first is an interview something like that we have now and the second phase is I'm writing sorry for 15-20 minutes and I think and it's and I see this sir, will be collect. I don't know. Maybe it's through a Google form or similar way and I want to ask could you take part in the second face later suppose it doesn't take much of your time here. No problem. Yeah, okay. Okay. Thank you. Thank you very much for this and I went to say And really appreciate having a critical size 2 news today because your experience very very interesting for me is recitation and this practical social worker and it does it very interesting for me. So, thank you very much Dana, and I don't know I know will write you when I receive all the answers and I said and then then again, thank you very much for your breath.

DR: Well, thank Appreciate the opportunity. Like I said, I had a really fun time this morning reminiscing and seeing Nina's face as well. And my kind of Ukraine was like so special to me. I was I was starting out in my career and being able to speak about the profession with like such an enthusiastic students. I was just so amazed I was so fortunate like that. I had that opportunity to be a part of it. So I'm glad to be able to give back. back and then when I was there last year remember it was that last year the Year of... We went to a restaurant when we were there and a few other people from the first class and then we faceted in people from that were in the United States and Canada. And so at the table restaurant which we basically took over Chris and I were with these with them...(???)and I was just thinking about how everyone's experience has been so different, you know since taking it and some may not have even been working in social work and other people

at different careers, but kind of a name is just such a I don't know like that day just looking at those students and seeing like 20 years later that we had all those relationships And even Chris said that he was amazed at how like what an impact we had like being a part of that work and how its impacting me so personally and I carried it period with me every day,. So I wish I could wish I could come back again. We had such a good time with my favorite is their favorite you should have any time and but you know, he'll come back welcome back and we are so fortunate to have you, you know into so actively involved. I remembered it actually what I hear what I heard today has brought back. I remember when we were finishing the project it was more than 20 years ago. You know, he we're finishing it and you were leaving. I guess leave at that point and you share your vision with me today, by the way, you mentioned the issue of vision, you know, and that my mind that I do remember your vision and you said that you would like to come back tone day. and to see shelves in the ship in the bookcase for poles with course outlines, you know a comprehensive see the comprehensive set of those terms of course outlines now we can we we are proud to say that there are program bachelor's Master's and now PHD programs. Of course of the project but your your personal info is so tangible without this Vision we would never ever have PhD students like Natalie's on this is the person on the list of our Pages you can so they get it in Ukraine on the whole. This is the result of your work, you know now here we've got all these programs license. and the credited and underweight and Ph.D. Program isn't on the way of its accreditation to so thank you. I put the unique opportunity to thank you Dana. It's huge your personal accomplishment as well as well as of course of all of us together, but he's now here it is. So congratulations go to you and then also the lie, I think it's...it's really amazing to threaten Italian. I think it's really amazing that I get to be the you know, I didn't realize that you were the first so that's even that's even more rewarding. So, thank you for letting me participate. Hopefully I didn't talk too fast, or I have a tendency to do that and I so at least you have the recording you can go back and hear it. Yeah, okay. If she has something she would thank you very. We can connect again. Oh, yeah, that would be great exchange. Thank you. Let's keep in touch. Take care or happy Easter. Thank you.

Транскрипт інтерв'ю № 8

Соціальний працівник (СП) у програмі довготривалого та короткотривалого постійного догляду / Суррей, Британська Колумбія

Інформант:

Ім'я: К. В. / KW

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 28.03

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / NN & HN

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

NN: So, the focus of this interview is on your work as a social worker in healthcare, even though you may have had other types of social workers possibilities in the past or have it now and there is my questions. I Will follow the order as it was in danger you guys and we will start this book. informational and chemo, please tell me this city, very work and and proteins and what is your current position as a social worker in healthcare?

KW: So, the city that I work in is Surrey, British Columbia. That is west coast of BC. I'm working long term care and convalescent care. So basically, it's a facility that has two levels of care. Long-term care is that traditional nursing home 24-hour residential care for people that can no longer work or live and take care of themselves at home even with supports. And in on the convalescent care side, I work with people who are generally older, adults and have had some sort of injury or illness

something that needs to be reconditioned. So, they can return to their previous home. So, it's facility.

NN: Okay, I understand it. And how long have you been pieces position?

KW: I'm coming up to three years now, but over the past three years I've worked in four separate facilities with various levels of care. So, it's called a campus of care here in Canada. So, we'll have like an independent living, assisted living level of care and then long-term care. And that's where people that generally will stay there till the end of their life.

NN: You work for a government or a government agency?

KW: It's non-government, but there's funding from the government. Or probably 50% of the facilities funded by government for those people that can't afford to stay privately. So, it's the combination.

NN: If you could please describe the broad focus of services provided by your agency.

KW: Okay, so broadly for convalescent care, I think really that's the injury unit. That's basically just conditioning the older adults through services of physiotherapy, occupational therapy and it's a 24-hour stay for about three to four months long. And then we get them back hopefully to their previous home environment. Sometimes not. Sometimes they cannot return home and they have to consider at different level of care. And then on the long-term care side, basically, that's 24-hour professional care from a team of nurses, care AIDS. We've got occupational therapy, physiotherapy and then myself social work. And it's an allied team that provides 24-hour nursing care. And those are long term care in Canada is not for just older people anymore. It's for specifically those with complex medical needs: severely behavioral or disabled or combination of conditions that they cannot even with supports and extra services at home, they cannot manage their home.

04:33

NN: Okay, okay, i see. Thank you and please your personal work to focus on clients with some specialized types of problems. What about your personal work? What type of types of clients you serve? Okay, so we're what question are we at right now coming out? Sorry. Yeah, it's on the section tool and question 3, which is 3 okay.,

KW: So, my specialized problems that I work with that are specialized... So, in convalescent care what I'm working with are basically those psychosocial assessments to just determine where the person is at, what they need, what they might be returning home to lots of times it's not a suitable environment. They might need to go somewhere else. I'm looking at the kind of support system that they have in place. And if it's not adequate I would look at getting a more support. Sometimes I need to connect them to outside resources once they go home. All kinds of could be a variety depending on that assessment and discover what they might need. And then in the long-term care side, I still work with that same psychosocial assessment and screening for their situation. Quite often it's family dynamics that might be causing some concern, there could be some financial concerns that joining to organize resources for them or it could be geriatric, psychiatric problems that we need to monitor and make referrals around to other disciplines. So, that is my focus.

NN: Okay. Thank you. It's very quickly if we go from section to section, so I think now we can speak about your service roach and methods maybe if you have some add to other section.

KW: I mean, yeah, it depends how much detail you want. I could go into more of the core Services if you want me to really list them if that if you need that.

NN: I'm I'm interested in learning a lot of examples you use at your work, so if you have some example about the type of clients, do you see you sir? It's very good for me and for my own search.

KW: Okay, so just going back to long-term care and the type of clients there is usually a combination of emotional, behavioral or cognitive concerns. So, there's a lot of dementia and kinds of dementia. These are not just, you know, geriatric patients who have Alzheimer's, no. It's people that are sometimes and more often younger. They may we see an increasing number of people come in with Korsakoff syndrome, which is alcohol-related dementia. And that causes a whole series of human behaviors that can't be managed at home. And then usually that opens up a whole, you know, sort of, you know, situation where there's a background to the alcohol into the family dynamic, lots of things going on there. So, these are people that have come into that the client. So,

my course services to them will be that the intervention, so the social assessment, but then the intervention what they might need. I think I could talk to you about that. So, to actually the tasks that might be involved on an ongoing basis would be care conferences. You know, where we get together with the team, there could be family meetings that I would arrange and bring you a little bit of mediation or problem solving. Sometimes we have just like rounds, team rounds to discuss that's a kind of ongoing thing to discuss where the patient is at. Lots of times there'll be ethical issues that arise that all call a meeting to try and resolve and then leading is a team of people who understand how to resolve ethical problems is actually a process to work through. And those are for more complicated concerns. We want to come together as a team to make a decision. I would say particularly during the pandemic that became quite a concern because there's so many restrictions and regulations of the government has placed on. Nursing homes in particular that we had to deal with a lot of ethical issues around isolating people, you know, families being upset that they couldn't visit and death breaks in at home as well. So that's a few deaths and families that couldn't come in during that time. Yeah.

10:42

NN: I see. Sorry. I'm ask about your previous experience. Did you work as a social worker in health care and other agencies organizations and writing to describe?

KW: Yeah, I work, I did my practicum at Veteran Affairs. So, in a way it's, it is health-related because we were dealing with injury from being in combat or even just PTSD from combat. That was prior to long-term care.

11:26

NN: Okay. Okay. Thank you for this. So now we will go to the Section Street and I will speak about your service approach and message and it brought a job job functions in the the types of services we provide.

KW: Okay, so I think I jumped ahead of you, Nataliaiia, to tell you because I went into some of that assessment and intervention, I jumped right into that, you know, like identifying the problem and then finding what's needed for, you know, that patient identifying what resources are needed at the edge of intervention part. And I'll do the directing them to what might be needed from an outside source, or from the family, or maybe a referral to a party and a trustee sometimes. Do you know what they familiar with that, "Public Gardening and Trustee"? You might not have it there. It's a, it's a government agency that oversees elder abuse. So, you know, sometimes people are taking advantage of when they have some cognitive or behavioral issues by even their own family and they need somebody to manage their affairs and your finances. So, I work quite a lot with that "Public Guardian and Trustee" and some of their agencies to have people's funds manage, their money managed. So, I try to screen right away for any issues that might come up when people first come to us and identify if there's any need for "Public Guardian & Trustee". Then I also got to stay at work a lot with families. They're not my like my client, but I work with them every bit as much as my client. And sometimes that is to do with decision-making when a person cannot make decisions for themselves. So, I need to identify who is that, who's got the legal right to make decisions? And sometimes that's not in place. So, I have to help the family organize. I often have to do a lot of education around patients' rights and how involved the family can actually be in taking control of their decision. So basically, that goes into my kind of, not just my practice approach but also law and regulation in that a patient or clients rights are paramount and even with declining function, they still have rights to self-determination and autonomy and personal choice and preference.

NN: Yeah, okay. Thank you. Thank you for this and and my next question will be about your service philosophy. How would you describe it and then the next question is related to others principles of obviousness. You tried to follow in providing your services if you can please provide an example.

KW: So, my service philosophy is person centered, person in environment, you know, every person situation is unique and you need to be looked at more holistically. So, there's medical evidence and, yes, an evidence-based approach, but that is just part of it. My approach is to look at the whole

situation and tap into that person's needs, their unmet needs or preferences. And then, yes, that does tie into values. What you asked me about principles and values? So, self-determination, anti-oppression, right?, not letting somebody else's family who thinks they know better take control. It's more about the client, that patient, it doesn't matter what their disability or their cognitive decline might be. To the best of their capacity. It's about finding where they're at and what they want. So, there are sometimes some competing forces. I got quite often competing forces because, you know, sometimes families want what they think is best for their loved one and what they think is the safest for their loved one. And on the other hand, we've got very often patient, who want something else for themselves. In an example, an easy example is somebody who is in a wheelchair and might be very frail and the family I'm going to come across as a few times want some to wear a seatbelt, a lot belt. And the patient says "no", they feel very restrained by that loud bell, they want get off and they feel "yes". They're willing to live with that extra risk, they might slide out and fall. And so, you know, it's tricky because you're letting a person taken possible injury, but if they're able to decide that and that comes back to and really understanding their capacity and their insight to make decisions for themselves. Then, you know, we have to tell and I'll tell the family: "Sorry, but you know, yes, they might fall, but they choose to live with a bit of risk". Yeah, so sometimes it gets me little hot water, you know, the family may not agree. So yeah, there's that mediation part component, right?, and how the family understand. Another example is... and it's quite prevalent to is somebody who is now in a facility long-term care and doesn't want to be there. They don't want to live there. And the family feels that they cannot live at home, they cannot take care of them, they need to be there. So, we have this conflicting problem, right? Where is the right of a person to decide where they want to live, and how they want to live, and how much risk they want to take on living in the community versus the family who thinks they know best. So, over this I would say about a year and a half ago there's new legislation and in the province. That is very clear here about personal choice and living in institutions, and basically if a person has enough cognitive capability to decide, then there's no way anybody can make them live in a facility. So basically, if they choose to live under a bridge, you know, and not live very well, not take care of themselves, they can do so. And so again we get into that capability assessment whether they have enough insight to decide, and I've had discharge people home against their families wishes.

NN: Thank you. I understand. And what about challenges and problems? What types of challenges or problems to experience in trying to provide services that you would define as 'best practices' in your work?

KW: Okay. Easily I can say that there's too many clients for one social worker to manage. I think in Canadian guidelines it... they recommend one social worker to 120 patients or residents, you know. And very few facilities... that's one full-time person and very few homes out that. I have... It's very big number. It's a ... even 120's a big number, but I have 260 plus 20 convalescent care, which is a revolving, like fast turnaround of new people coming and going discharging. So, it's way too many and that's typical in Canada. So yeah, so that's a problem and I have ideas why that might be in that way other than money, but... And then we go back to, you know, what I was mentioning about family complaint, not complaints but that competing tension between what family wants and what their resident might want. And then the third factor is the facility like my workplace. Like they don't want complaints from families who might give them greetings, they don't want to lose money from losing a client. They don't want families to complain to the health authority. You know, that we discharge somebody or made them live at more risk, you know, things like that. There's those competing tensions makes it hard, but it's a factor. What else? Oh, there's also what I've mentioned that I've worked in four different facilities. So, there's very different culture amongst facilities that I noticed. And some are really good and then others have a more regressive when I saw old school management culture, which is more master-servant top down, top heavy rather than bottom-up, it's top-down. So, in that kind of culture, it's problematic, especially for social work to get things done in a way that's very patient-driven, person-oriented. Right? Because management wants to save money, management wants to save resources, management wants to have no complaints things like that. That's an issue. Whereas in a... what

I've also worked in a very progressive management culture where the employees flourish, the staff is happy, there's lots of resources for our staff. And it became particularly apparent during the pandemic, where staff are loyal and stay committed during the outbreak to work, you know, in an outbreak versus that mater-servant environment the staff how can quick, they just drop, they just didn't come to work. So that was a problem, patient buffers. Well, those are pretty... Examples might include things like lack of training, access to supervision and support, lack of other services.

NH: Excuse me, Kim, could you provide some examples, which speak to the lack of training probably, access to supervision and support, lack of other services, if possible.

KW: Yeah, so I think that... that comes down to resources lack of supervision, lack of support to staff whether it's to social work support or even just support amongst all the staff, right?, and supervision. That can come down to education as well for sure. And I don't know because I've seen different facilities that operate very well. And that make, they make sure that their staff is educated, they make sure their management is trained and progressive leadership styles, and make sure that there's enough support and supervision for all employees that work there whether there, you know, nurses, whether their care is, whether their social workers and then in other facilities that I can consider the more the traditional old-school style. There is very little education very, little support for anybody and they're just scrambling to serve, to stay operating. So...

25:32

NN: Thank you. Thank you so much. Thank you for this. So I've seen you go to the next section and speak about your experiences in working as a member of a team and Kim please describe your role as a social worker in healthcare. And we work as a member of the team and is this team is social workers only or it's an interdisciplinary team?

KW: So, I work in an interdisciplinary team. It's an Allied Health Care team. I am the only social worker. And so, we've got occupational therapists, physiotherapist, nursing, the method of a doctor, you know, so there's a team. I have worked in another place where there were two social workers amongst as well as other disciplines. And... What can I say about that **N:** Who is team leader role? Well, I would say. We're equally... we lead equally. Sometimes management. We don't really consider part of the disciplinary team. There. They sometimes get involved but in terms of just the disciplines we take each other's perspective with equal weight and consider, you know, the expertise of each team member when coming to decisions. **N:** What is the team leader profession? Well, the team... I wouldn't say there is a team leader. Okay, let's find think of the convalescent care side. I would say the leader would be just the unit coordinator. She is a management position. Yeah, that's one nurse, but when we sit in rounds and have interdisciplinary consultation, she is basically one of the team only. She doesn't make the final call, you know, it's a group decision.

NN: Okay. Okay. I understand. Thank you, and I'm what about team functions how your team functions and maybe he is. more detailed question about how often does it meet and what is purpose of this meeting? I understand now we have Corey time, but maybe in general how it happened

KW: Even during COVID-times we meet... we just meet with more distance and our PPE on. In the convalescent care we meet once a week to go through the rounds. On the long-term care side, we meet for different reasons. We'll meet when there is an ethical concern that needs to be addressed. During over... during the pandemic, for example, we met for a while every day, every morning, because of all the new regulations and policy that we had to understand, and adjust, and make changes then the facility. During outbreak we work, we met every day as well on the morning. But outside of that we meet very often just ad hoc in just puddles like when there's an individual situation that arises well, just gather, you know, maybe three of us and meet and discuss. Nobody really makes a decision independently.

NN: Okay, and you and then what about Communication in in your team? How effective is that communication?

KW: I think it's, you know, and having worked in different facilities when there's an Allied team that really honors everybody's expertise. It works very well. We can come to decisions and share the outcomes, share the decision and the outcomes. When there's an environment that's more top-down heavy. Then I don't think it works as well because management basically wears all the weight of

decisions and they... and also the outcome, right? And then they don't necessarily listen to the expertise of the disciplines, which we need to consider when its healthcare.

NN: Okay. I'll see you both. Okay. Thank you. and are oftenrrals made to other professionals outside the team. What professionals do we consult outside? Yes, I do outside of the facility do you mean I bet any report of me outside? Yes.

KW: Yes, ok, referrals. Sometimes we... specialist like a geriatric psychiatrist or when we need to discharge somebody home but they need support. So, we'll refer to a physiotherapist to come into their home or hold health supports to come into their home and set that up regularly to help the senior. Sometimes I've had to refer to community services, treatment centers and again the public Guardian trustee is a body that I've had to refer to a few times.

NN: Okay. Thank you for this and then my next question you'll be evolved assessment evidence your assessment of benefits of your team approach and maybe some limitation or weaknesses. What are some of the patience

KW: Okay. I wrote some notes about that. See... my thinking is that health needs to be addressed holistically the whole person. And so, it's important to really approach the person from a whole team approach and not just, you know, medically this bone is now healed, so you can go home. We have to look at the whole environment that they might be going into. Do they have equipment in their home? Do they need equipment? Well, that's the specialty of the occupational therapist. Right? Do they have any social problems at home, that may be a concern, you know, when abused, any emotional problems? That's my area that I need to deal with. Do they need more physiotherapy? Do they need some more recovery time? Let's a physiotherapist at my input there, doctor needs to decide if they are actually healed enough to go home. That's an example. It's very... it's critical to have a team that works together for a person.

NN: Okay. Okay, maybe overall has your experience working as a team member has been mostly positive or mostly negative and explain why?

KW: I think it's been mostly positive, positive, because I think we all recognize the value of the team approach from the doctor to the outside surgeons who maybe did the initial surgery for the person coming in. They really rely on us as a team to take care of the patient and decide how they're going to be managing at home and to deal with all that. So, I've been very positive and we all rely heavily on each other. And even on the long-term care aside when people aren't necessarily going home. We also look to each other to decide next steps in a person's place them. You know, we're looking at people who are going to be there until the end of their life. And as there, you know, time goes on, they become more frail, maybe there needs to be different plans in place. We need to look at that whole picture again. And that's why we have the care conferences, where we come together every six months for a care conference to just kind of regroup and reassess, where that person is at right now, you know. How have they changed? What are their wants and hopes right now? How are they with their mobility? How are they in their cognition? What has changed? And we need to look at each other to assess each component.

NN: Okay, so now we have less than one minute before the end of this meeting. So let's go back to the same link and we can continue our speaking.

[Інтерв'ю припинилось, через завершення часу зустрічі в Zoom, відбувається ще один дзвінок в Zoom, час обнуляється знову]

00:00

KW: (Agency that???) will come into the home and evaluate services on a number of different levels. One of them is including the social services component. And then they will give a report that outlines our findings and where we are doing well and where we need improvement. And so, I've gone through one of those now and expecting to do another one in the other home I'm in next year. So that's one. And that's probably the most objective kind of measurement that's in place. We obviously have regulations and guidelines that we follow and are overseen by the local health authority, but they don't really do any kind of... I don't think they seem to have any way of evaluating services. You know, on a more micro level we do customer survey when they leave their convalescent care unit. In one of my previous facilities, they have a process where on the

website families can leave their comments or concerns or questions, you know, they can leave comments, but that, that's really about it.

NN: Actually, do client have a role in the providing feedback on the services they are receiving?

KW: I mean you mentioned families ..., you know, some kind of assessment of the level of their satisfaction if this is the case? Yeah, you know, it's only done in convalescent care, when they leave, when they're just charge will give them an evaluation form to fill out that asks a number of questions about the services that they receive while in care. But in the long-term care side, there is no form or there's no input that's asked for their to get their input. But I will say that I am aware of in the private sector there are still of these that are a completely privately run, where they'll do those, what they call customer satisfaction surveys, and they'll ask them about all these services.

NN: Thank you. Thank you. It's very helpful. Show me a way so what about supervision and do you receive supervision your own special? And I hope you found this helpful in your work?

KW: Right now, I don't have any supervision or I'm not. I don't have a lot of support where I'm at right now, and it's within the facility. So, what I have done outside of the facility is I've joined a network with the health authority which is a group of social workers that work in a number of home. Some of them are old from them are operated by the health authority, but we meet once every three months. So that's quite helpful to get some of that support about issues that might be of concern in long-term care. I've also made a point of linking to certain people in the health authority that are good with asking questions about legal advice because there are some ... quite a few legal concerns that come up over time writing and sometimes you need to collaborate. So, I've gone right to the health authority to find people that I need to link to because I don't have it in the facility.

NN: Thank you. The last question in this section the Professional Organization the government or any other extra work body have any role in creating the services you provide?

KW: Well, there's the accreditation system, right? And also the regulatory bodies we've got legislation that we have to abide by and licensing will come in and every now and then do a check to make sure things are in order with ... especially right now - infection control, those sort of things, but that's about it. I think one thing I did forget to mention about feedback. I'll just backtrack a little bit and tell you. It is that we do have a family council and a resident council. That we elicit their input right during those meetings, but it's been so long since I've been to one, I forgot about them. But pre-pandemic we did have those in place.

NN: Do you have any comments about the strengths or weaknesses of approaches to evaluation in your agency?

KW: Sorry, what, sorry what was your question, Nataliaia?

NN: Do you have any comments about the strengths or weakness of approaches to evaluation in your agency?

KW: I think that it's not too bad. I mean... I do feel that when there's a more progressive management style, it leads to more transparency, lean the families and the public and the facility. And that leads to more trust and more just accepting that especially during times of pandemic and outbreak when we're in such a strict lockdown. The families are more trusting and I've seen it some facilities to work really well and that's more of a just a transparency of being opened. Where's in some facilities and they're still very common here. It's a very management talk down heavy organization and that leads to more just resistance to giving information, you know, less communication, less transparency and that has led to I've seen more problems during the lockdown so we've had. Because then people aren't as willing to trust what's going on in the home. They are more worried that we're not taking care of their loved ones as well. They don't know what's happening. So, I would highly recommend that in any home transparency and openness regular communication like really formalized ongoing communication is important.

08:16

NN: Okay. Thank you very much. And then I think about the last section. It's very important to our research context of Ukrainian it. Kim, I think about the experience you have had in providing Social Work services and both are the three most important factors that helped to improve the

quality and effectiveness of your services to clients if you can for each factor to explain how and why this help okay,

KW: So, I think that to me going to the three most important that helps with quality and victim is to services to clients are true collaboration with the disciplines along with their client and their families. I think what's become really impaired to me over the pandemic is that that we show they're really demonstrate respect for all that live there, but also those who work in the facility and those who visit the facility. Because if we don't have that respect for everybody, then there is missing links in the home, right? We can't just treat the patient well; we have to treat this stuff well and honor them as well. And especially when times are tough and there's, you know, stress then there's problems and there's outbreak, we need to really honor all the people that work there and those people that might visit the families and the friends who've been locked out. The second one. Yeah, I was going to say about, you know. building each other up and supporting each other through things, but that's all tied together. I'd say continuous learning, so that we progress that's very important. Learning, continuous learning and advancing our knowledge, learning from each other and the disciplines and devoting ourselves to that, making time for it. It is easy to get away ... get busy and not, and not, you know, take those classes in those extra webinars that are available there and there isn't so much available, but we again take the time to start.

NN: Thank you. What about challenges will those two most important factors that presented challenges today is a needed to be our car or still need to be overcome in improving the quality of and Effectiveness?

KW: Okay. I touched on that before but I'm going to emphasize it about the communication that is open and transparent especially during a pandemic time or when there's a crisis. Open and transparent communication. So, that it doesn't because I've seen it happen so that it doesn't erupt into panic or lost of trust, or complaints, or, you know, things that are completely preventable. You know, when there's trust those things don't happen. It's communication that builds trust. So, the second thing would be something also touched on is management style that is more egalitarian and not top down heavy, right? Those honors everybody's role, equally honors and listens to all perspectives and give them equal weight and value. The third would be that problem with not really understanding the role of social work well enough, to know how it can be really applied to the workplace generally and social work values. And how it can be applied to create a more flourishing work environment for everybody who works visits and lives there. And I think that's incumbent on us as social workers to really advocate for our role and what we do. And articulate what we do, which is hard, right? I think we have a hard time with that because it's such a broad array of services and skill set that we have but we don't tend to get it across, right? If people ask me off and what I do and, you know, I don't have an hour to spend to explain it. How do you summarize it? It's difficult.

NH: Isn't it about the value of social work in healthcare?

KW: Yes. It is about the value of social work and the role that we bring to it, and how do we really explain that to all the people that we work with, to management, right? So, that they also value social work, so that they give us a hundred and twenty clients, not 280, right?

NN: Thank you. Only question, but it's a little bit expensive question. Yeah, what recommendations do you have? That might help to improve the quality and effectiveness? and here we will speak about Direct Services to clients supervision training support team work and evening the interdisciplinary cooperation evaluate each other's results planning funding and policy changes. What recommendations do you have in this case?

KW: Oh, gosh! So, yes... I would say supervision is important, training and support. So, that we can continue to work on our skill set and get support for what we do. So that we can share in some of our decision-making all that's important. I would say evaluating results ... we could do better at that for sure. How could we do that? Maybe and I've thought about possibly more nationwide network of social workers who could come together to discuss how to improve those services. I don't think that there's anything organized other than what I've been doing at the local level with my only group of social workers, but maybe we could do that more nationally, there's nothing like that. I also think that social workers should maybe be more involved at the policy level and in

management roles in like senior management roles in facilities. Right now, predominantly they're run by either nurses or people who are trained and facility operations. So, I think to really bring that role of social work into a more management level, senior management level would improve functioning in facilities.

NN: Thank you very much!

NH: Could I add here something, a few words? I just have to shut this down. Dear Kim, please know that experiences that you've shared with us today is a very important for this research and put the whole area of social work in healthcare. Actually, the major question that Natalia is seeking a response to is how can the role of social workers be strengthen in the healthcare in Ukraine. And you know, what you've heard today is this ... it is actually the information to the point that we've heard these responses to, thank you so much. It's very helpful for the profession of Social Work in the in Ukraine for this area. He has acute care and I would like to express well our gratitude because half of the whole program Social Work program in will Envy but you create you all think - yes for your willingness to support us in this endeavor. Absolutely. Yeah, no problem. Yeah, I wish you all the best in your project in your thesis and your studies and a little bit. So let's keep in touch.

Транскрипт інтерв'ю № 9 **Геріатричний соціальний працівник / Дельта, Британська Колумбія**

Інформант:

Ім'я: А.Д. / **AD**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 29.03.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / **NN & HN**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

NN: And we start with background information and please tell me your current position as a social worker.

AD: Sure, so I currently work in Delta, British Columbia, which is western part of Canada. And my work is as a geriatric social worker. So, I work with seniors living in long-term care and assisted living who are from age, I want to say, sixty to hundred and three years old. So, it's a very wide range of seniors that I work with. And I do anywhere from, you know, admissions to counseling to end of life care and palliative care. So just repenting on which age and what kind of goals each resident has like work with them that way.

NN: Thank you. And what is the organization you work for

AD: Sure. It's called Good Samaritan Society Delta View Care Center, it's a bit of a word full. We call it GSS Delta View Care Center, and it's a big campus full of two buildings and it consists of two hundred ninety-six residents.

NN: Okay, is your organization working as a government agency?

AD: Yes, I guess, you could, we work with health authorities. So, we typically work with Fraser health authority and Vancouver Coastal Health Authority. But we're typically a private facility first and then we do Health authorities afterwards.

NN: Okay, and how long have you been in this position?

AD: This position I've been since September of 2020, so I'm still fairly new. However, I do have past experience with other long-term care facilities prior to this one.

NN: And can you describe the broad Focus? of services provided by your agency

AD: Sure. It's Residential Care pretty well, and it is just pretty much like a hospital setting. So, we have nurses on site, we have a dietician, social workers, virtual workers, recreation therapist and

physiotherapists as well as site manager and residential care coordinators. So, it's an interdisciplinary team tactics that we use to provide the full continuum of care to each resident here. And based on the cognitive and based on the other abilities for the resident we catered programming to them particularly. Like I said before we can be from like, you know, just rehabilitating for a certain number of months to even providing end-of-life care. So, it just really varies with each resident.

NN: Okay. Thank you and what about other organizations where you work before maybe you could describe those positions?

AD: Sure. So, prior to this work that I started in September I used to work with when Cooper Coastal Health with George Pearson Centre. Georges Pearson Center is ... it was also a long-term care facility and it worked with the younger seniors, I would say. So, this one is like 60 and above. The one a George Pearson a really worked with chronic and severely disabled individuals. So, it ranges from anywhere from 23 to, you know, 70 based on the person's mortality rate. So, it was working with younger population there and it worked with anywhere from, you know, hospitalizations, counseling to doing assessments, to doing clinical assessments, to providing family support, end of life. There was also ... we also provided MAiD which is medical assistance in dying. At that facility, because it was publicly funded, so we were able to provide that facility on site as well. So, a lot of different just continuum of care for the client or so. Yeah.

05:13

NN: Okay. Thank you. I see so I assume we can go to the next section and we will speak about types of clients you work with.

AD: It's geriatrics. So the senior population. So anywhere from sixty to hundred and it includes, you know, male, females. I have not had to deal with a lot of transgender individuals. It's been mostly males and females. And we do have individual with different sexual orientations here. So, there's, you know, trauma-informed practice that you must use with them as well. Yeah, so those are sort of the ... and a lot of family work as well. So, because they put their loved ones in a long-term care facility, so a lot of family dynamics and family counseling goes in there as well.

NN: Could you repeat please about this pension and the related problems of clients?

AD: For sure. A lot of them have mobility concerns. So, with age, you know, with age we start losing our mobility, a lot of them have dementia, Alzheimer's, cognitive decline and that includes anywhere from forgetfulness to experiencing a stroke and having a symptom of aphasia. Then there are, you know, there's ongoing hypertension problems, organ damage. We have some that have had their heart valve replaced, some that are on pace makers, some who are going for dialysis and what not. So, a wide range of, you know, physical to organ to mental impairments. We have it all.

NN: And in your personal work doing Focus, maybe on the clients with some specialized types of problems. It's right.

AD: Yeah, so I typically work with a lot of cognitive impairment because a lot of social work, you know, is based around emotional support and cognition support. So, I typically work with individuals who are on the early onset of dementia and work from there because dementia is based on a spectrum. So, you don't know how long the person who will advance when they can advance within a few months or they can take years to get there. So, my work as a social worker. I work with early onset first and then those who have been in ... Sorry my phone just rang. That's okay. It's like I told her reaction is to just kind of take it and hold it... But yeah, so I work with early onset is first and then I kind of go into advanced to see how they have progressed and the tool that I quite frequently used was called MMSE and MoCA. MMSE is the Mini-Mental State Examination. And MoCA is a Montreal Cognitive Assessment, which really just looks into their cognition level, their memory, the way of speech and the overall mental health of the person. So those that sort of my work with the senior population of this point.

07:14

NN: Thank you. Thank you for this and my next question will be will be about your job functions., but your previous answer more. Yeah. Yeah, you describe your service philosophy and the values, you know, you try to follow in providing a your services.

AD: Sure. I am ... it's funny because I was just talking to one of my peers about this yesterday. I tend to use dignity model especially because when individuals come to long-term care facility their level of dignity has been removed. Because it's either they're declared, they have declined cognitively or they've declined and mobility wise. So, they feel that they don't have that same dignity as they did once. So, in that I find but yeah ... So, I practiced by doing the remodel and that I try to remain as much of their dignity as possible even there, you know, however long they've been on this Earth. So, I tried to address them by their last name so, you know, mr. Safe. It's mr. Johnson, I always address them. I don't address it by their first name because to me ... they're elders for me because they're double triple my age, right? And just that they feel respected and they feel their dignified in there and where they're living. Second of all whenever I go see them, I wasn't sure that, you know, I'm entering as if they would be entering my house. To, you know, knock on the door first and to ask if they have time for me simply, because I don't want to invade their space and privacy, because that has been invaded by the health care system so much, like the nurses can just go in and do their stuff and come back out, right? The invasion of privacy is very... it's a privilege, right? Like the privacy is a privilege at this point. However, I don't want to invade on their privacy simply because they're now living in long-term care. I still want to be mindful that this is their place of habituating at this point. So, I quite frequently live by the dignity model and I want to ensure that I'm providing the same dignity as I would even if I was or was not in the in the long-term care facility. Another one that I use is a trauma-informed practice and that is because a lot of the residents here have been victims of the Holocaust. They've been survivors the Holocaust and some of them are Jewish backgrounds and some of them are actually refugees here as well as well as immigrants from Japan who were part of the Concentration Camp during World War Two. So, you know, they have had lived traumatic experiences that the new generation doesn't necessarily understand. So, I think using that in trying to understand their way of living and voicing their concerns as well as their triggers is really helpful because their triggers can be like in the middle of the night, right? They can be imagining something who's sitting like or sitting or sleeping next to them and it just helps us understand that like, this was her way of living at a certain point in their life, right? So, I... in my top two are certainly dignity model as well as the trauma informed practice. Yeah, I hope that helped.

NN: Yeah. Yeah. Thank you for helpful information for my research. Thank you and my next question will be about the challenges or problems. And what types of challenges or problems do experience in trying to provide services that you would Define as a best practice in your work, and he here you have a lot of complex question, you know, I may be example my team Pope is seems like a lack of training excess to supervision and support War Cloud lack of other services professionals able to respond to client needs limited funding or other resources may be poor policies and lack of motivation or responses by clients themselves and what what types of challenges of Prague Experience.

AD: For sure, I think like health care system and the long-term care is a beast to deal with, right? And social work sometimes gets out ratioed and certain ways simply because we're not necessarily the clinical people that people were hurt too. Right? We're not the nurses, we're not the doctors. However, we're working in the Health Care system as allies. So, I find that sometimes, especially with the previous facility that I worked at. And when Cooper Coastal Health is that like we get outnumbered by the medical system so much that we have to advocate for ourselves and our roles. So that's a first inversion foremost like there would be... we were two social workers to 140 residents in the previous facility. And I remember that like each unit had about at least 78 nurses, seventy-eight nurses! to like two social workers just is not equate and you have to keep fighting for like, you know, best just for the client and whatnot. The second of all I think health care system in Canada is based a lot... and I don't want to jacket, I don't want to generalize it, I want to speak on my experience first. So, in my experience, I find that long-term care and especially the medical

care system that I've worked in is that we demonize the client by their diagnosis first. So, instead of considering them as a person or as a human first we bring out the diagnosis first. And I understand that that's a primary focus to treat or to rehabilitate that person the right direction based on those diagnoses. However, we also have to understand that there is human first to begin with. So, I find that's also barrier that I always have to over come and to make sure that we're dealing with the human first and then diagnosis. And that's where like, you know, social work part comes in as advocacy and empowerment for the client in the best interest of the client comes in as well. Third of all is definitely... You know, sometimes as social workers don't get enough funding for the programs that we have. Simply because the medical care system a lot of the money actually goes towards the medical funds, and special during COVID-19 a lot of those funds have gone to the COVID-19 supplies such as masks, PPE, goggles and whatnot, you know, you can name exactly where it went through. So, when it comes to programming or comes to providing mental health and support for residents in long-term care a lot of that money in the funding that was compiled from years before has not gone to emergency funds towards COVID-19 and to sustain ourselves as a long-term care facility. So that was a certainly a struggle and a lot to understand and I understand that life, you know, we're in the middle of pandemic, so, the emergency funds should go to COVID-19. However, you cannot disregard the perpetual program or sorry the perpetual problem that has stemmed from COVID-19 at this point which is the in tandem with supplies as the mental health of people that have declined quite significantly. Our facility was quite harshly hit by COVID-19. So, we ended up losing a lot of residents to COVID-19 and we had like multiple breakouts or outbreaks over the past few months, which didn't really help. Simply because we lost a residence and the residents who they were friends with, their peers decline quite significantly because they lost their loved ones and their friends too. So, there were there was no mental support for the past few months because all that money went to COVID-19 supplies. So, it's a little bit of a juggle to balance out, but you know, it is what it is kind of go along with it.

15:22

NN: Yeah. Thank you. I think we can move to the next section and we will speak about your experiences in working as a member of a team and in your role as a social worker in foster care. Do you work as a member of a team? What types of roles team members have?

AD: For sure. For the both long-term care facilities that I've worked at we've had an interdisciplinary team. And what that has consisted of is: social workers, dietitians, nurses residential care coordinators, PTs (physical therapists), OTs (occupational therapists), recreational therapists and the carries and whatnot. So, it's a mixed bag of every single discipline and especially for the place that I'm working here with two social workers to 296 residents, which is a very large caseload, even if we were to divide them up to two social workers. Currently, I have about a hundred and forty something residents on my caseload, which is why my phone keeps ringing. But all good. It's definitely like you... Overtime is definitely a thing like, you know, I do have to put in more hours than usual. And you know, it's certainly a dynamic because there's so many different disciplines will working together all at once. And it has its pros and cons to, you know, we're able to bring in different ideas on the table and from each discipline. However, during COVID-19 social work really struggled if I'm being honest like it really-really struggled simply because we were put in the back burner a little bit. And like I mentioned before a lot of mental health support was cut off simply because all those emergency funds went to medical system and towards the nurses first. Because they were... we were trying so hard to bring on as many nurses as possible, to take care of the residents and whatnot. So, our thing was put back a little bit and then given priority to their medical staff first. But yeah, it's quite a... There's a balance between what the Allies can and can't do and each day there 's a new learning curve between, you know, learning about the roles and like the differences between the roles. So, yeah, and I think I like it that way simply because if it was just all the teams social workers. I don't think there would be a critical thinking component there wouldn't be another side of the spectrum that we would have to think through because in my work I do both clinical and non-clinical work, right? So, when it comes to interacting with the families, I bring both on the table instead of just I'm component. So...

NN: Okay. Thank you, and I hope acts as the team leader and one in the team leader's profession and devote team leader role.

AD: The team leader at our site right now? **N:** Yeah. So, right now our team leaders and title is like site manager, at the previous facility we did have a social routine leader who like each and each discipline had their own team leader. So, like physiotherapists had one, social workers had some and whatnot. However, this facility because it's private has a site manager who kind of overlooks all disciplines and their background is kind of a management and they do have some clinical background as well. However, it's been more so human resources and management as well as some policy making that's sort of ...just that I've gone with that. So, I hope that helped answer your question a little bit.

NN: Yeah. Okay. Thank you. And I have a more detailed question about team functions described as having your team functions and how members communicate.

AD: Yeah, so... I'm part of the leadership team which pretty much just we used to have ZOOM-sessions because I mean we were the more outbreaks and, you know, we just contributed are factors through that way. And nowadays we're starting to meet in person with social distancing of course. And that just includes all the IDT members, you know, social worker, dietician from both buildings. So, they're two of us for each building... are one of us for each building, there two that's for both of us. So social workers, dietitians, physiotherapists, site manager, the residential care coordinators and nurses don't meet with us because we're just a interdisciplinary team members, the leadership team. And the RCC speak for the nurses as well. So, in that meeting, we typically just discussed, we first and foremost we've discussed COVID-19 like that's our forefront for every single one of them. Especially because we've had multiple outbreaks in our facility, we just... it's become such a hot topic since like last year. So, we talked about COVID-19, the visitations and how that's going to process through. We also talked a little bit about how the implementation of policies will work in our facility. So, what that includes is that let's go province puts out, the British Columbia puts out certain guidelines, how are we going to interpret them. So, we look at it from a lens of, you know, social work how that's going to work in mental health, how that is going to work in a physiotherapy, how, you know, because physiotherapy is more so one-on-one contact with the person. So, we dissect a lot of policies that's put out by British Columbia during COVID-19 and how that's going to influence our practice. Our... my practice has opened up a lot more since last year and that is because we're out of the outbreak luckily and I've had to like I can go see the clients now and just provide one-on-one support and however much I can. But you know, one social worker can't really do 140 residents all at once. So, I'm making my way through. But yeah, so the leadership team just kind of collaborates and just provide any sort of insight of their own practice and that regard and that happens about every Wednesday. We have that meeting. So...

NN: Yeah. Thank you for this and when we speak about Communication in your team, how effect in your opinion how effective a is a communication

AD: It really just depends on the circumstance, I would say. I know with my co social worker, like my coworker and I we have really good communication. So, if we need to like get on something right away, we can read each other, you know, whether that's true calling, emailing was very-very good at communication. However, you know, one of the cons with IDT members is that, you know, not everyone has the same priorities. So, someone who is social worker has a higher priority on something but someone from the nursing team may not have the same priorities as you. So, it's kind of like you have to balance it out again, so, you know, my concern is a person's mental health, however, the nursing team's priority is ... I don't know they ... the physical health of the person or, you know, there's certain organ failure that's happening that they need to take care of, right? Or COVID-19 protocol that they need to follow. So, in terms of communication with the interdisciplinary team, it can be tricky to balance. However with the other social worker and I we have a very-very good rapport and communication together.

NN: And my next question is else might to other professionals outside the team and if yes, please provide a couple of examples.

AD: Yeah, we do have a list of external resources. So, there is a transportation service that is provided by the bus company here, which is called TransLink. And they provide services for anyone with a wheelchair or a walker to go from our facility, to a doctor's appointment or to do social visits and whatnot. So, we frequently use handy DART and they provide services to and from our facility. Then we have companionship program, which is provided by honeydew. It's literally like honey and then DIO and they provide companions for some families that are not involved or don't feel comfortable coming to long-term care facilities. They do provide a charge of hourly rate. However, their the companionship service that we have. After a person passes away, we do have a UBC organ donor research program. So, if a person or their loved ones wants their family member to be researched or taking their body for research, we do contact with UBC to pick up the body and to examine body and to do any sort of research that's required. Oh my gosh... that... there are some but I'm forgetting some at this point. We have some funeral homes that we have partnered up with the Delta Funeral home if a family is not available to... they're not in town or they aren't involved. We contact them right away. So those are sort of external partners that we have.

NN: Yeah, and as you experience working as a team member mostly positive for mostly negative and the explain is why

AD: It's been very positive for sure. I think when I finish my Bachelor's of social work, I had a very like one direction sort of thinking like: "Okay. This is how we practice, this is how we do things as a social worker, but you know, working in a healthcare system it just everything that's straight now turns like horizontal, because now you're having to look in a medical system that has so many different layers to it. And because a lot of my work as social work has been around mental health and addictions and it has been around child welfare and youth and whatnot. I when I enter geriatrics and clinical work, it just went like completely different route. And I would say the experience here is very-very humbling. I'm sure that like each work has its flaws and, you know, differences and whatnot. However, I think health care systems... I should during COVID-19 has just been such an expansion of knowledge and also a lot of crisis intervention and how to think very quickly on your feet. So, and those terms that has benefited quite a lot for me.

21:20

NN: Thank you for this. I had a similar experience to you and I am very interested in this. So, I think we can go to the next section and we will speak about evaluating services. Please tell me how service quality is assessed by the services you provide and who is involved? What types of social indicators are used and how it is done?

AD: So, we use our... my goodness!... care plan. We have for each resident a care plan and what that really consists of is first and foremost like the diagnosis. And then based on the diagnosis that we have for the person we then assess how they're going to be treated or how they are going to be rehabilitated in the best way possible. So, if we have someone coming in, you know, based on just cognition impairment and decline and community, then our main focus is to just provide mental health supports and whatnot. If a person comes in with a heart failure and whatnot. We are to provide any sort of vertical medical services right away. So, it just really depends on person to person and in each discipline contributes to the care planning of that person. So, if a person is, you know, has a history of I don't know vertigo and they have high risk of fall the PTs will do assessments first. Because that way we know what protocols to put in first if they need hip protectors, if they need a very stable walker or if they just need a wheelchair. That's our first and foremost thing that we need to assess because that way the person won't be falling everywhere because of their condition. So, it just, you know, like I said before it's just a person-to-person, a variation, but our care plan really determines that. So, each discipline kind of goes ahead and fights down their priorities and based on the person's need, their priorities get pushed up more and more. So that's sort of the how it works.

NN: Thank you and the clients have all provided feedback on satisfaction the services and how does this occur?

AD: We used to have a lot of feedback. But because of COVID everything has shut down. We used to have families who would come on site and just like to do and have attractions with us with the

disciplines and provide any sort of feedback whether that was for work are conferences, with that was for the overall service, whether that was a general survey. We did have a lot of family interaction and the client interaction as well. However, because of COVID-19 we have had to kind of put that on the sidelines because first of all we were very short staffed because a lot of our staff have gotten COVID-19 as well. And so, we just didn't really feel that it was important for us to get that feedback just yet because we knew family members were also struggling staff was also struggling in the residents were also struggling. So, at this point there hasn't been a resurfacing of that aspect just yet, but I think as soon as we start opening back up again, we can start looking into that feedback and sort of the protocol and how we can better interact with the families.

NN: Okay. Thank you, and he's a really important question for me about to provision and do you receive Supervision in your role as a social worker and if yes, have you found this helpful in your work?

AD: I don't get supervision at all. It's quite unfortunate. And when I was hired the site manager at that time retired, and then I came to work like when I joined in September, there was no one to provide me with supervision and because we're considered part of the leadership team. We are too kind of do everything ourselves. But yeah, there was no supervision until like three weeks ago when we got the news site manager. So yes, now we're getting back onto supervision area. However, like at this point, I've gained that Independence to work on my own and I gained that experience to how to navigate things on my own. But ya know for the longest time I did not have supervision whatsoever.

NN: Mm-hmm. Okay,. Okay, I and spend and then what about any comments on how do you have any comments about that strength or weakness of approaches to relation in your agency?

AD: A little bit, yes. So, I remember when I... it was last year when October November December, oh by the way, we'll have 4 minutes left for our heart beating. Yeah, maybe we can switch to us. Sorry no worries. You can formulate a new one and you can just send me over it. That's perfectly fine. Yeah. Because our link is available in another meeting so we can end this meeting and don't do. our link one more time. Sure. Yeah, so let it be. Okay. See you. Okay, did you want to end it and then I can go into a new one. Is that correct? Yeah. Yeah. Yeah. Yes, okay. I was going to be, you know, contracting COVID-19 by the end of my shift. So, it was quite scary for me to come to work first and then second of all lack of support, lack of supervision and lack of mental health awareness was missing. So, I to me I didn't get a counselor to talk to or I didn't get the supervision that I needed at this tat that time. So, I found that there were a lot of flaws with our practice. And especially in our Bachelor of Social Work we don't get taught how to deal with the geriatrics as well as grief and loss because a lot of our focus is, you know, everywhere else would not tell predictions and child welfare. So, to me, I didn't know how to deal with it and I had experienced so much death in my life, especially being a younger social worker. So, what that was difficult for me to cope with simply because I felt very alone because, you know, I had hair I was carrying the load of all my clients, however, no one was carrying my load, right? So, that was quite difficult and I thought that was one of the biggest flaws with the agency that was working with.

NN: Yeah, yeah. Okay. Thank you for for your experiences if you are experiencing that and a niche the Professional Organization government or any other external body it have any you don't create user Services you provide. Sorry, the government bodies and what else certain or any other external body have any role in evaluating the services you provide?

AD: We do have... this is so because of COVID-19, we have had BC CDC which is a Disease Control affiliation (British Columbia Centre for Disease Control) as well as Government Ministry of Health, Government of British Columbia, Fraser Health Authority and Vancouver Coastal Health. All of those have been on our radar simply because the visitations and long-term care facilities, the different protocols and different policies that are built around COVID-19. So those were... they are the ones who are affiliated with us at this point and we have direct communication with them around that's solely for COVID-19. But a pre and post COVID-19 we simply have connection with Fraser Health and Vancouver Coastal Health simply because we are a private facility and a lot of the government funds go to more public funded facilities than ours.

NN: Okay, okay. And what are the three most important factors that help to improve the quality and effectiveness of your services to clients and if you can explain. For sure, I think for me first and foremost one is certainly allowing the social model to be practice in health care system. I know the medical model takes forefront of practice and to some extent it should simply because the residents aren't here to be related to an extent. However, sometimes especially during dire circumstance just COVID-19 our services get pushed away on sidelines and we tend to like the medical system overrules social work system at times. So, I would like there to be an equality and treatment and quality and services provided by social workers and the healthcare system. Second of all is continuous education. I know my role as a social worker is to also provide education for the medical staff. However, I find myself like, you know, split in so many different directions and so many different rules that I have to play: for the nursing staff, and for myself, and for the client, and for the families too. So, I find myself like divided into different roles that I certainly don't have time for or the manpower for. So, first of all getting like, you know, more social workers to do like more of the work instead of having hundred forty cases on like one person k a lap. The other one would be to promote education through like different disciplines as well. I used certainly would like there to be more, you know, whether that's online platform or in-person platforms for everyone to be constantly revising up there are different models whether that's social work models, whether that's medical models, that's therapy or whatever that may be. I don't want people to be just constructed for their own zones. So, you know, whether that's from nursing to be establishing roots and social work, and Social Work establishing roots and nursing, you know, whether that's social work going to recreation like learning about their components and whatnot. So, I would like there to be an interdisciplinary team for a reason and I feel that sometimes we're so in our own bubbles that we forget to interact with each other and each other's practices. So, for me, I would like to have an interaction with another discipline and to learn more about their discipline and it's where the different services they provide. So, I think that's the best achieve through education. You know, it it's just the best way to do it for me. So yeah, definitely more education and different disciplines practices and what not. And also, mental health support for the professionals. I find that one of the biggest was that we have here is the lack of support for ourselves. I go home and I feel immensely tired and that's not just physically tired. I feel drained and I feel that I don't have motivation to do something for myself anymore. It's been getting better simply because we're not experiencing those many outbreaks as we once were. But I do remember the past like four to five months ago it was a bit of a struggle because I didn't have time to self-care, right? I would go home and I didn't want to go for a hike afterwards or I didn't want to go for a bike ride afterwards and that's because I genuinely felt very tired because of the anxiety that the word gave me. So, I think like going through the three that I just mentioned first and foremost is like having... oh my goodness!... the first I'll go to the second one first... Second one was, you know, education to all the staff, second of all having more manpower, third having support for that manpower, which was quite significantly lacking during COVID-19. Even now when... we when the COVID-19 has subsided a little bit in our facility, especially and in the community, I still don't have that support, right? So yeah.

NN: You already mentioned about this but I have here some this fashion. What are the three most important factors that presented challenges and the taser needed to be our car or still need to be our company improving the quality and effectiveness of providing of your services to clients.

AD: So, barriers to services and care that need to be overcome. Okay, there is that you just mentioned to overcome. Okay, sorry if the ones that I just mentioned or like if they have new ones to add.

NN: If you have new ones to add, and if not is just equal to proceed with something else.

AD: Yeah. I... to be honest, it's kind of like an advocacy game for everyone with social work in healthcare system. So, it's just I think we just have to stand up first house, which is quite unfortunate because the healthcare model sometimes neglects the social model. So that's one of the biggest barriers that I would still like to overcome is to promote equality between all models. And I know that recreation therapist feels the same way and sometimes physiotherapists feel the same way like even though our work is very clinical in our own services as well. However, there's

a human component to it that we tend to forget so that's my biggest one. I think that's the only one that I can really refer to at this point that I would like to overcome as for the for everyone to be equal on the levels of balance. So, yeah.

NN: Thank you. Thank you for lace. And the last question is very complex question and about your recommendations. Which regulation do you have is it might help improve the quality and Effectiveness and here is that fixed Positions want to go - in do you have when we think about Direct Services to clients?

AD: One of the recommendations I certainly have is because we are a public health care system. So, our services are like if we were to go see your doctor it would be free and it would like not cost us anything, which is great thing. You know, it's easy access to everyone despite of any sort of demographics or socioeconomic status. However, there's a large weight to it. So, a lot of our residents who have specialist appointment who they know they need to see right away have to wait for months and months and months before they can get an appointment with a specialist. Like right now I have a gentleman who's waiting to see a, you know, a kidney specialist because he's had a kidney failure in the past few years and it's just deteriorated for him. So, I would definitely recommend that there would be less amount of weight especially for such a vulnerable population like the seniors. Because we don't know how long the population will survive for right or ... a because of COVID-19, because all these different factors of stress level, the lack of social interactions and support. It's just perpetuating a lot of different decline in a person's health. And last thing they need is to wait for a doctor to be seen by them, right? So yeah. Health care system is great in Canada. However, there are some flaws to and one of them is the amount of waiting that they have to do to get to see a specialist. Another recommendation would be to have like as I said before have learnt manpower and to have direct supervision. I do not have supervision when I began and that was a very unfortunate part because I felt very alone and to have about over a hundred people on my caseload is very overwhelming, especially for someone who's like just a newer social worker. So, for me, it was like a... I'm fairly independent in my personality to be like taking on projects to be doing stuff on my own, but I can't imagine for someone who is not used to that to be stepping into this role without any supervision and finding themselves burning out way quicker than I would. So, yeah, so supervision, manpower and equality of like social models with medical models for sure. So do those wheeler recommendations.

NN: Thank you. Then you and then we think about teamwork and interdisciplinary collaboration and wonder what recommendations do you have?

AD: Um, I think for me interdisciplinary team is a... it's very close to my heart because I really love who I work with like, I love everyone who I work with. And I this is not to like disrespect anyone that I work with whatsoever. But sometimes there are components that are prioritized way above that social work is. And so, because mental health isn't that we can see, it's something that a person is experiencing. So, it's very hard to navigate that, it's very hard to gauge a person's mental health. Whereas a person having a heart attack or having a stroke or you know, having struggles with their physical health is very easily noticeable, right? So, that gets prioritize quite frequently and it's very evident in the disciplinary practice, especially because the nurses get the support and they get the primary contact of physical health first. And then days later the social worker will be referred to when like mental health has subsided, right? So, if a person experiencing great amount of stress on Monday, but they're having a kidney failure or something that's along those lines, the kidney failure will be addressed first. However, I'll be referred to them like way later on Wednesday or Thursday, right? Because they want to monitor the person for their kidney care first and then refer to the social worker for mental health support. So, I find that a little challenging for sure because it's just deprioritize is my role that I could be helping with. Another thing I have noticed quite frequently is that a lot of our staff is not trained in crisis intervention. And you know, if I'm not on site or if it's the weekend, and I'm not working on the weekends and if there's a crisis happening within the person or with the family, there's no support for the nursing staff or any other disciplines that are working with them. So, you know, if they're having a psychosis or if they're having an episode of something, they don't know how to deal with that or interact with them through that,

because it's not in their work at the, it's not in their field of work pretty well. So, a lot of the times I have had to make like written crisis intervention plans which includes like what are the steps you need to take if I'm not on site or if I'm in a meeting or like, you know, you're not able to get a hang of me. So, I have put that in the charts for each of the residents that need a crisis intervention plan on the weekends like... if it's like really like an emergency I've listed my cell phone number if something does pop up. None so far just yet, thank God! But you know, I've had to do that over time and to just kind of monitor that quite frequently which I feel like if people had or if their disciplines had more education vacation or more training on Crisis Intervention or trauma informed practice that it would be taken a different route altogether. So, that would be my another sort of fixing of the vectors disciplinary work.

NN: know you and yeah, it's going to sing for me. and the last one. Yeah, no worries. What what is your recommendation about the V8 in service to install and planning funding and policy changes? maybe have some so few boards

AD: Policy change that is... That's a great one. I've always been so intrigued by policies. I think some of the policies and sort of the recommendation that I would have around that would be to prioritize the person that they are first. And a lot of the times when a person enters long-term care, we look at their diagnosis first and then we look into like their financial care. Believe it or not we don't look at the person first, but we look if they have enough money to stay here because we're private facility and some of the beds are funded by the health authorities, but you still have to pay like a thousand to two thousand dollars per month. And so that's a policy that irks me a little bit because I, you know. And the background of mental health and addictions and nonprofit and whatnot it's always been regimented in my mind that each person should have equal access to services. Some of the policies that we practiced here at this facility, is that we make people paid thousands of dollars to stay here, which I can understand because the level of care is vast and whatnot. However, when it comes to families who are already struggling with their loss of their loved ones and with, you know, with their own financial circumstances based on their jobs and special during COVID-19 a lot of people lost their jobs. And they didn't have enough money to pay for their loved ones stay here, but we like hassle them to pay for it because they would go into death if they didn't. So, to me, that was that, was very-very unsettling simply because I felt like I was a part of the problem. And it almost felt like I had to talk to these people to pay for their loved ones to stay here. I yeah, and that's a policy that I would certainly like try to not work toward, simply because it works in deterioration for everyone though family, their family member who are staying here as well as the whole, you know, the ecosystem that we have built here. I understand it's a private facility. However, the human comes first rather than the money itself because at the end they were caring for that person and not their financial status. So, I have a huge problem with not policy per se. So, that's something that I would definitely work towards.

Another one is the amount of waiting period a person has to wait to get into long-term care. We have a system of when a person gets put onto a wait list for a facility that they have to go through months and months of wait to get into a long-term care or assisted living. The weight at this point I checked for a facility was six to 12 months and they have to stay in the community or they have to stay in the hospital where they are for that amount of time. Which is quite unfortunate because in that time that person is going to decline so much more. So, they have to wait for the next open bed to be accepted into that facility and you have 48 hours to decide whether you want that better not. So, you're making the person wait for 6 to 12 months and then as soon as that bed opens, you only giving the family 48 hours to decide whether they want the better not. So, for me It's... I don't understand that policy and I would get something that I would definitely want to change and recommend to change because first of all you're waiting for that person to decline and not operate in the community, but then the moment they get in your only providing the person with 48-hour window to decide whether they want to go in or not. So certainly, if for that I would I would change that because to me if a person needs services from long-term care we can provide if we don't have space for it, we can provide home support. So that the person at least is supportive, so they're not a burden on their families, right? But even for home support, there's a long process for that. So,

it's just barriers after barriers of services when entering long-term care and trying to navigate what's really happening here. So, yeah. **N:** It's very complicated. It is, it is and I'm sure that someone who made this policy had steps figure it out. But because we have such very heavy like geriatric population, especially in British Columbia, because we're the retirement hub for a lot of seniors. We have a lot of like the baby boomers, who are entering retirement and entering old age, there's going to be a lot of pressure on the long-term care facilities, but at this time that policy isn't working because the demand is really high, however, the intake is very low though. It's a juggling act for sure.

NN: Thank you. Thank you suppose this and then I think we will finish with the with the questions of our interview and thank you for this and then I have to explain. What about minute, please I have to explain the nature of my research because we're such methods involve two phases of communication are mr. Respondents and the first the first is Anna. Do you have something like that if you have now, and the second phase is right in some way and maybe for fifteen forty minutes and then I think this survey will be collected through a Google Forum or something like that and I want to ask you to do you take part in the second phase later. I suppose it doesn't take much of your time.

AD: Sure. Yeah, I don't mind. I absolutely would love to help if I've done Phase 1 - oh I do face to for sure.

NN: Thank you. Thank you when I receive all the answers and analyze them and then we will start the the second phase. So it was a great pleasure to talk to you and I must say it was very easy for me to communicate with you today

AD: likewise likewise you are in for a great listener and yourself and Nina. I don't want to go back to you on the side there. Yeah, I know. It was a pleasure speaking with you, you know one day I wish to research as well as a PhD student right? I'm just entering my master. So, you know, it's a step-by-step process up one step at a

NH: Yeah, I would like to say a few more words this first of all, yes., sure. We are thankful for you, dear Anish, for sharing your experiences with us. Yes. They are precious. Please know this the major question that Natalie is Seeking a response to is about the role of social workers in health care and the way this room could be strength you see and what you heard from you today. day is just about the response to this question. So Natalie must be happy as as well as I am already happy about hearing what you've heard. Thank you so much for your willingness to support this research and please know that it's about the support of the whole profession of social work in a movie and specifically in the area of health care because this is this week as with this thing area, you know, What do you have for in Canada is still something for us, you know to move forward to you haven't yet gone as far as you know, you have so while you're speaking about you've already dealt with some limitations then you know just restrictions or whatever. Please know that your experiences would help us the tools to do more on the way of improving Health Care Services is social works. Yourself?, thank you so much on behalf of all of us sitting in here in Ukraine, and this is the university is probably Polytechnic National University, and it's a partner Canada the Canadian University in in establishing and further developing the profession of social work and I am so privileged to be involved in our communication with you personally. Thank you. Thank you so much from me. Well, so I'm looking forward we all are looking forward to further communication with you and superseding with our next test in this research.

AD: for sure for sure by all means I am willing to help and I'm willing to contribute my you know, quote unquote small level of expertise. I am not experienced for years and years and years, but you know my experience recovered Teen aged me quite well, but you know, it's certainly a privilege to be a part of study that you know looks into so much of care for Health Care system in Canada, and I hope that not only do just Ukraine take from us, but we also take something from Ukraine as well. Right? So I think it's a it's a reciprocal interaction that we both have as different countries, but I thank you for the time. I thank you for your patience and my apologies if I just can't kept. Wing and going about different things mind is full of different things and I just want to help you with that regard.

NH: So, thank you. Thank you so much so much. Thankformation if you're speaking, you know about your personal experiences. this kind of the importance of this cannot be exaggerated. You know, it just really something precious. Thank you.

AD: Thank you, Nina. Thank. so very much and it's let's keep in touch and take care take care of you to do you too and good luck. Good luck to both of you my my support my you guys are doing incredible right now, and I know it's difficult to do navigate a lot of different things but during the pandemic but I support you and you know, my well wishes are with you for everything that you go through so likewise. take care and keep in touch if you need anything and Natalya or Nina, you know, you have my email address and we can just get in touch from there. I'm going to get than that,. Okay. Take care. Bye.

Транскрипт інтерв'ю № 10
Менеджер послуг для клієнта / Дельта, Британська Колумбія

Інформант:

Ім'я: Т. Х. / **ТН**

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 18.05.21

Онлайн

Інтерв'юери: Назар Н. І. і Гайдук Н. М. / **NN & HN**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

NN: Can start so the focus of this interview is on your work as a social worker in healthcare, even though you may have had other types of social workers possibilities and this my questions. I will follow the order as it was in the interview guide for your seat. So we will start with the background information and please tell me the city where you work and what is your current position as a social worker in healthcare and the organization you work from?

ТН: So, I live and work in the city of Regina Saskatchewan. I'm currently on... I'm currently doing education but my most recent position as a healthcare social worker was with the Alzheimer's Society of Saskatchewan, and I was the Client Service Manager.

NN: Okay. Okay, and how long have you been in this position?

ТН: I was in the position for 11 years. I'm yes. Wow. It's very big experience. Yes. Okay. And what's the organization you work for a government agency or non-government agencies in some funding comes from cold... Non-government, it was what we would consider a not-for-profit.

NN: Okay. Okay, and can you please describe the broad focus of services?/ your agency

ТН: So, the role of the agency was to provide education and support to people living with dementia or those that suspect they may have dementia.

NN: Okay and maybe do have other positions as social work in healthcare before?

ТН: Yes, before that I worked as a medical social worker, a mental health therapist. Uh-huh, and I were, I did that work for about three years.

02:45

NN: Okay. Thank you for this and in my next question, we will speak about your experience. What is a better Source node knowledge. Yeah, and in Opinion is more scientific and in health care, so maybe we will speak about your recent position as a disband

ТН: Sure. So, I just wanted to review the questions or just to make sure I got it right. Okay. So, you're asking about the clients that we work with?

NN: Yes. Yes, my next question is about the types of clients you serve, and yeah, describe the types of clients you served.

TH: So, the clients... so this is specific clients would be people with dementia and their caregivers or their families. So sometimes it was their direct caregiver like their spouse and other times it would be connect... would be family members: sons, daughters, nieces, nephews. That makes sense. Maybe it could be...

NN: Maybe what health and other related problems do these clients have?

TH: What other related problems... So, you know, I guess you could with... I guess I think about their other health concerns for vascular dementia thinking about part health, so potential heart disease, strokes, most of the clients were what we would consider elderly. So, you know, potential for other lots of other conditions, also you know, potentially some mental health concerns as well.

NN: Okay? Okay. Thank you and when we speak about your personal work in your personal work focus on fried spring or maybe some specialized types of problems

TH: I'm not sure if I know what you mean by personal work.

NN: It's about if you work with clients as a consultant or something else,

TH: So outside of my, outside of my work. So, my another area of specialty that I have and I guess would be considered personal work is, excuse me, compassion fatigue and burnout of healthcare professionals.

04:52

NN: Okay, I understand. Thank you. And then we'll go up to section 3 about your and we'll speak about your service approach and passes and what your job functions? Yeah, and the type Services you provide. What was your job functions? Okay.

TH: Okay, so I... in those 11 years I had a couple different job functions. One was... I was providing direct support to clients. So doing providing them with direct service and then as I... as my position take changed it was providing support to the staff members. So, from a leadership perspective I was mentoring the staff. So, coaching, may be coaching is a better word to make sure that clients are getting the best possible service. The other part was developing the programs. Developing the programs and developing the services.

NN: Thank you, they were very interesting answers for me. How would you describe your service philosophy?

TH: So, I as a social worker mainly work from the strength-based solution focused approach. So, what-what do this the family or what does the person have within their own network to support them.

NN: Next question is related to the section to the question second the second question was their principles or values. You tried to follow in providing your services.

TH: I think, you know, everyone... especially when we're working with seniors. So, everyone has a rich life experience. And so therefore ... it's my responsibility to end to honor that life experience and to work within all of that that rich fast life think that's what I'm trying to say.

NN: Okay. Thank you for this and the next question is very detailed and then he's about some types of challenges or problems. And so what types of challenges or problems did you experience in trying to provide services and that would be the best practice in your work, and he's a little mutt. Explain it's examples might input a sinks since like lack of training, excessive supervision and support work lot lack of other services professionals limited funding or other resources. So what are these problems or challenges for your opinion

TH: I think some of the challenges lie in services available to people. So, Saskatchewan is a very big province with a large geography of... a lot. The geography makes it so that there's lot of space between service areas. So, for people living in rural and remote in Saskatchewan and even people living in some urban centers it's a challenge to get them the best possible service, because it's just not available.

NN: And maybe you have some other examples.

TH: Yeah, so that would be the big one. There's always, there always can be more funding, right? So, it doesn't, it doesn't matter how much, how big your grants are your funding is, there always can be more. So, you're always, you know, if you offer this, then people want more, if you offer it here people want it somewhere else. So, I think that's a challenge and I think there's challenges working

between a not-for-profit agency and then aligning with the government agencies. So, we can do and what we say needs to be done doesn't always align with what the government is doing.

11:11

NN: Okay. Thank you. Thank you for this. So, now we'll go to your experiences in working as a member of a team in your role as a social worker in healthcare. Did you work as a member of the team?

TH: Yes. Yeah.

NN: Was it only the social work's workers team or interdisciplinary?

TH: It will be an interdisciplinary team.

NN: And who acts as a team leader. And what are the team leader professions? What is a team leader role and how functions do it?

TH: So, I would have been a team leader. Yeah, so I would have been the team leader. Sorry. So, you are wanting to know about the qualifications I could be an interdisciplinary field. Yeah. so, okay, so there were people with mainly social workers, some people had a degree in geriatrics, there's people that did had their background in recreation therapy. That was that was the compliment. Yeah.

NN: Okay. Thank you for this and my next question is about team functions. How have your two functions and then he little bit expensive question. How often did it meet and what is purpose of this meeting if we speak about your interdisciplinary team?

TH: So, when I was leading the team, we met formally, we meet once a month and it was about updates and bringing people up to speed on various projects and assignments and things. But then we would meet more informally at different times throughout the month regarding specific projects.

NN: Thank you and in your opinion, how effective is that communication?

TH: I think it was... it was effective because people knew who gave it people an opportunity to understand where other people were at with the we know things that they were working on. So yeah, I think it was I think it was reasonably effective and there was other opportunities to connect throughout the month you didn't have to wait for that formal meeting.

NN: Okay, thank you and our reference made to other professionals outside the team and if yes, please provide a couple of examples.

TH: So, we didn't do formal referrals outside the organization where you would, you know, fill out a form and send it to another agency. We would say to the client: You should consider phoning home care, for instance, or you should consider phoning your doctor back for this information. But in terms of us referring to referring people to services, we didn't do that.

NN: Okay. Thank you for this. And what was your assessment of the benefits of your team approach? I did we how did we assess whether it was good. Actually. Yeah, we are assessing the benefits of your team approach.

TH: So, I think that we would, we would do like staff satisfaction type surveys, but we would also do client satisfaction surveys, so, you know with two different focuses like yeah. How did this how did the staff feel we were functioning as a team? But then how do clients feel about the services they were receiving and to me that reflects the work of the team? That makes sense.

NN: Okay. Thank you and overall these head the head of your experience working as a team member B mostly positive on mostly negative.

TH: Mostly positive. Yeah.

17:50

NN: Okay. Thank you because it is so important.. We will go to the next section and here we will speak about the value-added services. Hmm and here, please tell me how service quality was assessed for the services you provide. Who is involved? What types of social indicators were used?

TH: Just a second. It's my first question. Yeah, I think I already answered that. I maybe I was just thinking did I answered the last one wrong. Okay, so I think that evaluating Services again was done through that client satisfaction survey and then it was also done through phone calls and check-ins to the clients. Does that make sense?

NN: Yes. Yes, of course. I understand it concerns a kind of client. Okay. Thank you for this and what about supervision? And did you receive Supervision in your role as manager of your team? and maybe you assume expert.

TH: Yes, I had a supervisor. So, we had... she was in a management level position. She was the director and then there is a CEO above her.

NN: Okay. How can you explain any sense or weaknesses in the approach to supervision in your agency in your hand position?

TH: I think when you're working. Just a second just needs a process. You know, I think that sometimes we supervise it because it can become very... This is... this is a tough question for me to answer because quite honestly it was one of the reasons I didn't go back to my job. Was that the supervision wasn't working for me, this style of supervision was not positive to my personal growth.

NN: Oh, yeah. Yeah so, I can feel kind of... I can feel some emotions coming because the supervision for me wasn't healthy.

TH: Oh, so I said, but it happened. Yeah. No, it took me a while to come to that conclusion. So yeah, I think I'll leave it at that if that's okay.

NN: Ok. Thank you for this. Thank you for the experience.

TH: Yeah, I think it's important to be honest.

NN: Yeah. Yeah, please and my next critical drinking coffee is I'm thinking yes, but you're better because here we have evening. No, not money. Yes. Yes, of course. Yes. So yeah, let's continue. Yes. Sorry. We will speak about the last question in section 5 and does a professional organization, government or any other external organization have any role in validating elderly 18 at the services you provide?

TH: So, because we received government funding for a portion of the services. Yes, there was government oversight or evaluation of those services.

27:05

NN: Yeah. Okay. Thank you. We have that last section and you'll speak about improving the quality and effectiveness or services here. At least I think about the experiences you have had in providing Social Work services in health care in your service environment and what? the three most important factors that helped to improve the quality and effectiveness of your services to clients and maybe for each factor. Can you explain how to divide this color?

TH: So, you think hearing... I think that the feedback from the clients was probably the most important. You know, with feedback you can always, you can't always do what they expect, they're expecting but if you hear the same thing often enough, you know, excuse me, you do, you need to make changes, right? Clearly, it's not just one person situation, it's a situation where many people are feeling that same thing. So, that I think the other thing that improved quality of service was cloud-based or web-based, if you will, client records. So, that every member of the team had the same access to what the person had said previous, what their colleague had suggested previously. So, I think that was... that was a huge quality improvement thing moving from individual files in individual offices to that cloud-based service, where everyone, didn't matter where the staff person was in the province, and it didn't matter where the client was in the province, and the person they were speaking to you had had access to the information. I think the other thing that improved the quality of our services were having people in different location, having staff in different locations. So, while it was important, while the web-based, cloud-based data was important, it was still important to have those people in, those staff people in community. It just provided people with clients with reassurance that the staff member understood where they were coming from because they had that same lived experience. Especially for our rural and remote clients.

NN: Yeah. Okay. It's very important. Yeah. Thank you, of course tonight. Yeah, and then we'll go to them for some challenges. What are the three most brought forth and the three most important that presented challenges that agents need to be our come or still need to be our come in improving the quality of effectiveness of your services to clients?

TH: Yeah, so I think that... I think it's the biggest challenge. One of the biggest challenges was getting people a diagnosis, because if you don't have a diagnosis, how do you know what to do so. And

so, for many people it and it didn't really matter whether they were urban or rural getting a diagnosis was a barrier to get good service. I think that some having... Another challenge was access to services in rural communities. So, we could say: Have you considered a day program or have you considered Home Care? Have you considered this or that, but sometimes the challenge was that the it just didn't exist in that community? And then I think that one of the other challenges is staff buy-in to doing things a different way. Sometimes, you know, we kind of get stuck doing the same things over and over again and because it's working. But we don't challenge ourselves, it's hard to challenge ourselves to try something new. So, I think those are probably the three biggest things.

NN: Okay, thank you. Thank you. So what recommendations do you have? That might help to improve the quality and effectiveness of service to clients you serve.

TH: I think that, you know, working with different groups to figure out how to more effectively get picked, get clients its diagnosis. I think that's if you can I think if you can remove that barrier, I think that that's huge. Sorry, no. No, it was my mother-in-law. I'll call her back. Sorry, so, yeah. So that... improve... if you can improve the quality of getting a diagnosis or the effectiveness. I think that would help people. I think that understand you can't do this same program. You can't replicate the program in different communities and expect it to be to work the same. So, for instance if you go into... if we have success with the program in one community just because you take this to another community doesn't mean you're going to be successful. You may have to change the components of the program to fit the community. Hmm. That makes sense.

NN: Yeah, and you see here is your here. We have the following topics about maybe finding funding and policy changes. What recommendations do you have? Oh might be evaluating service results, butWhat took me to reread this. I'm not sure. Yeah, please please recommend connections you have.

TH: So, I'm not sure if I'm understanding... So, you want to know if case of direct services to clients? Yeah, if you have some examples of opinion, please. Okay. So, opinion on whether they should be improved. What recommendations do you have when we speak about Direct Services to clients and what recommendations do you have? That might help to improve quality when we speak about supervision training and support the first half but the recommendation do you have that might help to improve the quality when I speak about teamwork and the certainly collaboration now what? You talking about the organization I worked for or just in general. I'll work for work I don't think... I think that direct services to clients was very good and follow-up was done in a meaningful way. Supervision training and support to staff... I think that so much of that is relationships and as much as it there's a cost involved, spending time in community, in the community the staff person is in is important because I think that's how you get to know, how that community functions and how that staff person needs to function in that community. That makes sense. Teamwork and interdisciplinary collaboration... I think that trusting that the staff or identifying the areas of ... that where staff are passionate about certain topics. So, you know, you can have generalist in focus, but if there's something that a staff member is really young passionate about shoulder chest... shoulder tapping them for a project is important. Rather than who wants to do this, who wants to do that, saying to... Like I think people feel really good when you say to them: "I really appreciate your help on this project because you're really, you're really showed a lot of interest in this topic". I think evaluating service results. I think that, that we do that very well and that's because it was supported by researchers. So, evaluating services there was a lot of connection to people that do that work professionally. So, a collaboration with researchers led to a good system about evaluation. Planning, funding and policy changes. You know, I think that the organization did a good job of strategic planning. So, looking at that five... three to five year strategic plan and kind of everyone knows where the organization is going, what the intent is, and then once you have a stronger strategic plan, you can go after the funding for that plan. That makes sense. A policy changes are always hard. Because they... your you're working with people that are very passionate about what they do. So, changing, you know, changes is hard and so, you know, it's one of those things that ... Yeah, it's not easy, but sometimes necessary.

NN: Yeah. Yeah, I understand you in this very well. So in general the last one question and did you have other recommendations may be a common comment for improving services if we speak about your most recent position.

ТН: Yeah. No, I think, I think that the organization was always looking at consistent quality improvement. So, it was, you know, I think it was something that they did well, it's looking. Okay. How do we do this better? Okay. We're doing this. Well, what what can we do to make it better?

NN: Okay, so, thank you. Thank you very much and for your experience, you must know all your words and experience are very helpful for my research and very important for me really and thank you for your time.

Транскрипт інтерв'ю № 11

Практичний психолог /Київ

Інформант:

Ім'я: ОК

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата:

16.09.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **НН**

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Скажіть, будь ласка, яку спеціальність ви отримали?

ОК: Перша освіта - це магістр соціальної роботи Києво-Могилянської академії. Потім друга - це психолог, спеціаліст з психології, Національний педагогічний університет ім. Драгоманова. І потім, це вже післядипломна освіта, це психотерапевт у напрямку «Психоаналіз». І сертифікована я в Українській спілці психотерапевтів і в Українській конфедерації психоаналітичних психотерапій за напрямом груповий та індивідуальний психоаналіз.

НН: Дякую, а якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

ОК: Зараз я працюю як практичний психолог. Я працюю в медичному закладі, це приватна клініка Смарт Медікал Центр у місті Києві. Я там надаю консультативні, психотерапевтичні послуги дітям, батькам, індивідуально працюю з дорослими і також проводжу сімейні консультації. Я там працюю з 2017 року, а приватна практика в мене з 2011-го.

НН: Організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави (н-д, соціальне замовлення)?

ОК: Соціальним працівником я працювала в Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України. Я працювала, якщо згадати по трудовій книжці, з липня 2007 року і по жовтень 2009, потім я була переведена на посаду... Ну, взагалі в Центрі СНІДу я працювала з 2006 по 2013 рік, але на початку я приймала участь у проекті, десь пів року працювала, тобто я не мала посади саме в закладі охорони здоров'я, хоча я працювала в тому самому відділі, ту саму роботу виконувала, так. І потім після того, як я отримала психологічну освіту, то я була переведена на ставку психолога ще в 2010 році, точно не пам'ятаю. Ну, в мене там теж функціонал суттєво не змінився.

02:32

НН: Добре, дякую. Це питання стосуватиметься клієнтів. Опишіть, будь ласка, категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги. Якщо ви менеджер або керівник проекту, програми чи відділу, опишіть типи клієнтів у вашому відділі чи організації. Буду вдячна і за приклади.

ОК: Цей центр займався організацією профілактичної і лікувальної роботи у сфері ВІЛ-інфекції і СНІДу на території України. І це значить... тобто це була така організаційна і методична робота. І ми працювали з обласними центрами, які відповідно організовували цю роботу в областях, от. Тобто кінцевими реципієнтами були люди, які отримували або консультивання з питань ВІЛ-інфекції і СНІДу, або тестування, або лікування як і безпосереднього ВІЛ-інфекції (СНІДу), так і інших супутніх захворювань. Тобто фактично ми безпосередньо не обслуговували хворих, але ми забезпечували роботу, зокрема навчальну, для лікарів, брали участь в цьому, потім якісь організаційні питання, для того, щоб люди отримували медикаменти, тобто ми підраховували потреби у лікуванні, ну і багато-багато такої роботи, тобто не тільки ліки на ВІЛ-інфекцію, але і лікування опортуністичних хвороб, тобто це гепатити, це туберкульоз, ну туберкульоз ні, там туберкулін якийсь час, потім опортуністичні хвороби, там цілий перелік їх є. От і власне консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію, власне це те, чим я займалася.

03:55

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

ОК: Я займалася методичними питаннями впровадження дотестового і післятестового консультивання на ВІЛ-інфекцію, потім іншими соціально-психологічними послугами, там... якщо виникали якісь питання і, ну тобто те, що стосувалося, можливо, і паліативної допомоги в якійсь мірі, не у великому обсязі звичайно, але все ж. Навчанням мультидисциплінарних команд, до яких також входили соціальні працівники, ну і ще частину таких методичних питань, організувала, допомагала організувати наради і інші методичні питання, методичні посібники, можливо, які ми розробляли.

НН: Наступне, як на мене, цікаве питання – як би ви описали свою філософію надання послуг під час здійснення вашої роботи?

ОК: Це таке, знаєте, питання, воно потребує такого міркування. Ну, я думаю, що це все таки соціальний працівник, соціальна робота, вона, так, покликана, так, створювати такі зв'язки, так, між тими послугами, які... створювати так, зв'язувати. Тобто, наприклад, перенаправляти людину, тобто оцінювати, куди їй потрібно, де які послуги, допомогу отримувати і якимось помагати їй це реалізувати, так, якщо в тому звісно є потреба. Так і з одного боку, ну ... так, це основне. Якщо говорити про, наприклад, таку соціальну роботу як із хворими на ВІЛ-інфекцію, тому що там... ну і, можливо, з іншими хворобами, також людям з інвалідністю, тому що це більше про те, щоб допомогти їм отримати послуги, тобто пом'якшити якісь складності, які в них можуть бути, якісь соціально-психологічні питання на себе взяти. Це перше. А якщо говорити про той досвід, який я, якщо він теж цікавить, коли соціальні працівники [є] безпосереднім таким учасником, більш активним, якщо говорити про реабілітацію залежних, наприклад, в наркологічному відділенні, в реабілітаційному центрі, от. То там соціальний працівник він така невід'ємна частина команди і він... як би, можна сказати, що він таку в якійсь мірі бере на себе, можливо, ну таку психотерапевтичну функцію більше. Ну тобто і організаційну в якійсь мірі, так, тому що соціальні працівники, наприклад, допомагали, ну тобто брали таке спостереження за пацієнтами, так, і потім допомагали їм і в адаптації, тобто вони їх супроводжували протягом лікування, протягом реабілітації. Тобто вони і психотерапевтичну роль займали і таку, я не знаю, супроводжуючу, я б сказала. Ну тобто якщо говорити про реабілітаційний центр, то там така більш структурована робота соціального працівника була, от, ну на скільки це можливо було. Якщо говорити про такі заклади охорони здоров'я, то там уже функціонал більш такий, мені здається, він не дуже розвинений, мені здається. Ну тобто.. ну якщо не говорити... може це трошки.. не про, якщо говорити напевно що про мультидисциплінарні команди, які надавали послуги... Ну ви ж працювали, якщо в «100% життя», то ви це бачили також. Там в принципі теж був структурований функціонал. Тобто якщо це про мультидисциплінарну команду, це в реабілітаційному центрі чи там [«100% життя»], то це більш структурований функціонал, якщо це методична робота, то це більш ширше поле.

- НН:** Іноді вона [робота] може бути просто розмитою для працівника і він іноді губиться в тому, що справді може робити.
- ОК:** Так, так, ну, він сам мусить це визначати часто.
- НН:** Так, дякую. Тоді у мене є наступне питання – які виклики і проблеми виникали то я думаю що це можливо навіть відповіді як надати послуги так принципи і цінності ви можете назвати скільки хвилин має дотримуватися при наданні ваших послуг навіть якщо ми говоримо Ми працювали
- ОК:** Етика це... етичні принципи, етика і цінності – це звичайно така невід'ємна складова психотерапевтичної роботи. От і... Ну, і можливо, якщо так, знаєте, не цитувати книжки, то я би так сказала, що... я би так сказала, що з одного боку - це витримувати якісь рамки, межі, так, якусь таку послідовність у своїй роботі, тобто не намагатися... ну поважати межі інших професіоналів і клієнта, так. Це важливе. Друге – це вірити, ну бачити (я думаю це спільне з психотерапевтичною практикою) бачити «здорову» частину у клієнта. Це теж дуже важливо. Щось ще хотіла сказати... Ну, я думаю, що в принципі основа така. Ну і, можливо, перше про межі, це про те, що клієнт все-таки мусить мати якийсь вибір, давати вибір.
- НН:** Дякую вам дуже, рухаємось далі. Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? При потребі наведіть приклади.
- ОК:** Ну, це дуже складне питання насправді. Мені дуже досвід із соціальної сфери, закладів соціальної сфери більше так тут... в мене там, може, більший досвід, так, практичний відгукується більше. Але в принципі, я думаю, це те саме. І тут, я думаю, що якби можна було виходити не із якби... ну ми завжди із потреб і можливостей виходимо, але якби можна було якось.. якось... якась була би послідовність, так. Тому що в нас так, якщо змінився там... ну якщо говорити про Україну, то мені здається, там тільки Міністерство праці та соціальної політики чи Міністерство спорту і молоді, чи.. і там, і там всі ці історії, що їх то з'єднують, то роз'єднують і відповідно там грають функціоналом. І це, ну як би не сприяє не тільки якійсь системній лінії політики, скажемо так, і так само на практику [впливає]. Це воно приводить до такого хаотичного якогось ... от. І в підготовці... ну. Я до речі, вже коли закінчувала свою роботу, роботу в соціальній службі. Я 2 роки працювала в районній соціальній службі, от. І нам запропонували додати до функціоналу соціального працівника співпрацю із закладами охорони здоров'я, а саме проводити такі бесіди з мамами, які щойно народили і хочуть відмовитися від дитини, але, такий дуже яскравий приклад, ніхто навіть не передбачав, не йшла навіть мова про те, щоб якось, якесь навчання для таких соціальних працівників провести. Ну тобто.. розумієте?
- НН:** Як можна Чи у вас не виникали якісь проблеми, такий виклики які медичні заклади... На скільки було прийняття-неприйняття змісту діяльності соціальної роботи, соціальних працівників і... скільки вони є складним сфері охорони здоров'я .. На скільки вони є зрозумілими для медиків: лікарів, медсестер, інших медичних працівників?
- ОК:** Мені складно про це говорити, тому що я... Ну, мені складно якось про це говорити... і я єдине, що можу сказати, що мені здається, що у нас зараз в такому досить хаотичному стані взагалі відбувається... Я не знаю, що з державним апаратом там відбувається, і зокрема зі сферою охорони здоров'я, так. Що стосується сфери соціальної, ну в тому сенсі, що стосується виплат, забезпечення матеріального, там ще хоч якась структура, можливо, якась присутня, і це зрозуміло. То те, що робить соціальний працівник через відсутність такої системності, воно як би, те, що вже є напрацьовано, воно губиться просто. І відповідно цей досвід того, щоб люди самі ідентифікуватися могли і могли якось...ну, через функціонал, через свої обов'язки... Тому що, ну я чула, наприклад, що часто якісь, ну там можуть сперечатися через якісь компетенції, хоча... там з лікарями, наприклад, хоча насправді, ну це точно не те, що дублює одне одне, навіть якщо там це лікар-психотерапевт, а це такий функціонал, який доповнює. Ну тобто це ідентифікація як професіонала і щодо своїх обов'язків, вона дуже така, ну вона як би не кристалізується через цей хаос, розумієте, от.

Я думаю, що це така складність. І в принципі ми живемо в такому, як сказати м'яко, як це... країни другого світу, ті що розвиваються. Я про те, що занадто, ну, буквально розуміють часто клієнти соціальну роботу, так, що там мусить бути якась допомога чи фізична, чи.. І в принципі, на скільки я розумію, що розуміти під соціальним працівником, наприклад, в Україні і там, я не знаю, в західному світі. Тому що якщо це.. яка там мусить бути спеціалізація, так? Тому що, наприклад, ну не можна сказати, що в нас там велике обмеження в соціальних працівників, але те, як вони себе можуть відчувати, маючи яку підготовку і які компетенції, від цього залежить їхня, як сказати, ідентичність, їхня спроможність, можна сказати.

НН: Дякую.

10:12

НН: Що ж, переходимо тоді до секції, де говоритимемо про команду. Якщо ви працюєте у команді, то наскільки вона велика та які ролі членів команди? Чи є керівник команди і яку роль він відіграє? І також про міждисциплінарна команду розкажіть, якщо мали досвід працювати у ній.

ОК: Так, в цю команду входила лікар, яка була завідувачем відділення. В цю команду входили психологи, реабілітологи, входили соціальні працівники і керівником.. така була подвійна.. в закладі, керівником цього відділення була завідувач, а психотерапевтичної програми, чим вона по суті була, це був психолог. І також долучалися волонтери, студенти, які хотіли там, наприклад, практику проходити, вони проводили якісь активності з клієнтами, вони також проводили якісь дослідження, опитування. Ну, мабуть, це все. Я перепрошую, звичайно також медсестри працювали.

НН: Добре, дякую. А у вас були якісь там, не знаю, регулярні зустрічі із командою, як часто та що, зазвичай, обговорюєте на них? Чи ефективною є ваша комунікація у команді?

ОК: Це були такі зустрічі щодня, на яких обговорювалися клієнти, які приходили вперше, ну, нові. І в принципі по кожному клієнту зачитувалися спостереження, щоденник соціального працівника, який він.. бо він чергував на добі разом з медсестрою, чи дві медсестри чергували: санітарка (ну, молодша медсестра), медсестра і соціальний працівник. І соціальний працівник зачитував свої спостереження, які він в щоденнику викладав. Тобто ... і там додавали якісь свої, які... якщо були якісь складності з кимось із клієнтів, якісь там суворі порушення перебування, то це все також обговорювалося в межах 5-хвилини або потім окремо. Ну і за потреби, якщо там виникали якісь питання складні, то це також обговорювалось, тому що це складна така категорія клієнтів, там час від часу щось, якщо не щодня, то час від часу відбувалося звичайно.

НН: Ага, зрозуміло, але в цілому, ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним? І що це зумовлює?

ОК: Він був дуже для мене цінним. Він був дуже цінним і я так би сказала, що ... як сказати ... Я би так сказала, що робота в психіатричному, можна віднести наркологію також до психіатрії хоча би, ну, семантично, чи як це сказати ... по суті, так? І робота з такими тяжкими розладами особистості, вона дуже як би навантажує, психічно навантажує, так, і це як би впливає на клімат у колективі, так. І тому такими ... дуже важливо, щоб дуже досвідчена людина керувала таким закладом, щоб це можна було якось витримувати і проводити рефлексію, до того ж не для паперу, а по суті, от, для того, щоб це взагалі могло якось відбуватися. Тому що дуже багато всередині таких розхитуючих і дуже багато зовні також. Ви мене так підганяйте, якщо ви спішите.

14:55

НН: А скажіть, будь ласка, як у вас із супервізією на робочому місці? Чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника і чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?

ОК: Так, це була достатньо ... ну, ця модель, яка застосовувалася, вона була там в 2000-их роках ще описана, навіть якась методичка була видана, я її не маю, на жаль... але, от. І вона передбачала такі інтервізійні групи, от, вони щотижня проводилися, на яких можна було обговорювати якихось клієнтів. Ну і загалом, звичайно, я не думаю, що... ну можливо і

соціальні працівники також мали таку можливість, ну принаймні навряд чи мали таку заборону, але те, що стосується психологів, які мають психотерапевтичну підготовку, то супервізії і навчання, там теоретичне таке, і досвід власної психотерапії, це такі є вимоги, загальноприйняті вимоги, які, можливо, на них можуть не обговорюватися якісь безпосередні, але воно все одно якийсь загальний вплив має, якусь таку підтримку дає. Ну, це і добре, і погано. Це не завжди, все шо... ну це має якийсь потенціал.

НН: Скажіть, як взагалі оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників використовуються та як саме це робиться? Як вимірюються результати послуг та як це робиться та скажіть, чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами та як це відбувається?

ОК: Я думаю... Ну, це складне питання щодо якості, так, і воно .. часто під нього підводять фінансування, да, страхування за кордоном, я так розумію, от, і тому його застосовують, для того, щоб там, наприклад, чи оплачувати, чи не оплачувати там якусь роботу, да, от. Але якщо говорити про процес психотерапії або процес реабілітації, то тут як би, як вам сказати, таким критерієм, критерієм реабілітації була здатність клієнта витримувати реабілітацію, зокрема знаходитися. І, і там.. тобто ми оцінювали стан клієнта і цей стан як би... Там була така система, що .. був такий «свод» правил, от, який, за порушення, який був доведений до клієнтів, та, і за порушення яких вони отримували, ну, такі «плюсики». Ну, і, і. І це не було ні добре, ні погано, що клієнт там отримає. Тобто чи він там якимось, якась динаміка з ними відбувається, чи він намагається осмислювати, що з ним відбувається, от. І фактично ми дивилися, і фактично як команда дивилися за тим, щоби.. ну принаймні мали на меті, щоб клієнт щось отримав з цієї програми, чи він може щось взяти. І фактично ефективність визначалася здатністю витримувати, психічно витримувати цю програму, потім додавалася програма амбулаторної реабілітації, тобто вони вже, ну тобто подальші етапи реабілітації. Як це сказати, ну це було основним критерієм. Тому що це така категорія клієнтів, для яких дуже невисокий процент отримання ремісії, так. Тому... і тут важливо дуже ділити з клієнтами відповідальність і не переносити все на соціальних працівників, чи психологів, чи лікарів. Це дуже, вкрай важливо, тому що, тому що в соціальній, соціально-психологічній сфері ці критерії, вони як би внутрішні, так. Тобто оцінити за тим, чи виконані обов'язки, там, формально, це воно не буде давати картину оцінювання якості роботи. Ну, можливо, є якісь інструменти, звичайно, я думаю там на заході розроблені, от. Можливо якась робота, методична, оцінка проводилася керівництвом і я цього не знаю, звичайно загальна була.

НН: Чи існували стандарти для надання послуг, можливо державні затверджені стандарти надання послуги, наприклад, реабілітації? Або якщо ми говоримо про Центр профілактики, можливо стандарти з підтримки осіб з ВІЛ?

ОК: Ну, дивіться, були... Ну, коли я працювала в Центрі СНІДу, так, то я не пам'ятаю на той час, чи були якісь стандарти для охорони здоров'я для соціальних працівників, тому що вони переважно працювали в організаціях неприбуткових. Тобто якщо там були якісь посади соціальних працівників охорони здоров'я, вони напевно були в великих закладах, принаймні на сході точно знаю, в Києві, можливо. То я зараз так не згадаю, точно... Ну, тобто були стандарти надання ДКТ (дотестового консультування і тестування), так. От, і ті, як вам сказати, ті стандарти використовувалися більше для навчання, там, під час тренінгів, наприклад, якихось для соціальних працівників, ну в такому форматі. Якщо говорити про допомогу наркозалежним, то звичайно були якісь методичні керівництва. Вони ж, ці всі стандарти, вони – це не клінічний протокол, який є таким маршрутом пацієнта і лікаря, так, тобто там перелік призначень, обстежень залежно від ситуації. А це є такий, наскільки я знаю, це рекомендації, носить такий рекомендаційний характер і вони використовувалися для навчання, для того, щоб впроваджувати, але по суті саму програму розробляли фахівці, виходячи з досвіду, там були досить освічені фахівці, з таким 10-річним, більш, ніж 10-річним досвідом. І вони тримали ... ми всі там обговорювали деталі.

НН: Дякую, я розумію. Тож наступне моє питання стосуватиметься того, чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте?

ОК: Якщо говорити про центр СНІДу, то ми здійснювали таку перевірку, але... моніторинг такий, моніторинг був. І там одна з частин стосувалася... але вона була не найбільша, ця частина, звісно, от. І вона стосувалася... наскільки... стосувалася... Ну, що можна побачити, це поспілкувавшись там з фахівцями, з керівником і подивившись, чи вони там вірно заповнюють, ведуть документацію. Звичайно.. звичайно, якщо говорити про лікування ВІЛ-інфікованих людей, то звісно велика частина стосувалася того.. Ну по суті цей центр, він був таким, такою ланкою, яка представляла Міністерство охорони здоров'я, структура Міністерства, якісь потреби закладів, ну, обласних центрів СНІДу в тому, щоб повніше, краще надавати допомогу хворим, забезпечувати якийсь достатній рівень. І відповідно під час цих моніторингів зверталася увага на потреби, потреби цих закладів, тому щоб вони надавали таку... це стосувалося матеріального забезпечення, забезпечення ліками, тобто сам заклад не займався там купівлею ліків, так. Але враховувалися потреби в тому, щоб якимось розвивати цей напрямок залежно від тих можливостей, так, і з залученням фінансування неурядових організацій, міжнародних в тому числі. Ну тобто... і це був також спільний моніторинг, наприклад, міжнародних організацій, які давали кошти на виконання проектів, так само чи спільно з центрами СНІДу і неурядовими організаціями, я точно там не знаю системи, чесно вам скажу. Якщо говорити... ну, тобто в закладах охорони здоров'я є така перевірка чи моніторинг. Що стосується наркологічного диспансеру, я чесно вам скажу, що я не пам'ятаю. Можливо, це на рівні керівництва щось відбувалося, що .. до нас.. ну можливо я не помітила або там.. Зараз мені складно сказати.

22:48

НН: Зрозуміло, дякую, тоді переходимо до наступного питання. Я розумію але рекомендації питання У вас є якісь такі фактори що сприяють покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів?

ОК: Ну перший фактор, звичайно, це сприяння професійній підготовці, підвищення кваліфікації для працівників, та. Ну, це значить, що, ну наприклад, або відпускати, якщо так зовсім банально. Або там навіть.. ну це дуже складно допомагати це все оплачувати, так, от. Це перше, да. Друге, це все таки комунікація між персоналом, да, тому що ці всі складності, які... вони всі як би.. ну і комфорт для працівників у колективі створюють або не створюють, і так само для клієнтів, воно так само виділяється.. Звичайно, чим краща ця комунікація і якщо ці проблеми якимось вирішуються між працівниками чи, скажімо, керівництвом, то це все ... такий фактор, так. І третій фактор ... я не знаю, що третій фактор ... щось я думала про це ... Ну, я думаю, що третій фактор – це таке сприяння, я не знаю, свободі чи творчості. Я думаю, що, можливо, це оцінювання, про яке вище йшлося. Тобто тут мусить бути такий баланс, тому що, я не знаю як за кордоном, можливо мені було би складно про це говорити. Можливо ... ну, вимоги, вони мусять балансувати з можливостями, вони не мусять придушувати занадто, так. Тому що якщо, наприклад, не давати якісь можливості для творчого прояву або.., то це не буде сприяти підвищенню якості і ефективності послуг, от.

НН: Дякую вам. Тобто ці три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми?

ОК: Ну, можна сказати, що.. я би ті перші.. з попереднім питанням його так би співвіднесла. Можна сказати, що ті перші фактори, я говорила про внутрішню атмосферу, ну можна їх звичайно в якійсь мірі бачити, як на них впливає і системна, зовнішня політика і соціально-економічний стан в країні, так. Тобто можна сказати, що відсутність цих внутрішніх факторів, вона як би спричинює завжди багато проблем і перешкод. Якщо говорити про такі, вищого рівня, такі організаційні фактори, чи політичні, чи соціально-економічні фактори, то це також те, про що ми, можливо, вже говорили, про відсутність такої послідовності. Тобто, ну, наприклад, в той час, коли я працювала, якраз було це

напередодні, працювала у реабілітаційному відділенні, десь за рік до того, як взагалі збиралися закривати це відділення чи реформувати охорону здоров'я і в бік зменшення видатків чи взагалі... ну тобто не дуже було зрозуміло, як можна зберегти це відділення, це робочі місця. Тобто.. і це впливало, це було таким негативним фактором дуже, яке підсилювало конкурентні, дуже такі недобрі, недобре в людських смислах.. скажімо так. І їм неможливо, ну.. і посилювало якийсь хаос, відчуття небезпеки і це заважало дуже, і при цьому з клієнтами працювати, і так далі.. от. Тобто оця непослідовність.. і мені здається, що все таки соціальна робота, якщо говорити про філософію, це така більше міждисциплінарна, така перехідна все-таки така професія, що зв'язує. Це не означає, що вона, як сказати, я інакше піду... думку поведу. Я думаю, що це значить, що вона спирається, наприклад, на структуру, яка вже є інше.. ну, можливо, тому що вона ще молода, формується. І тому, розумієте, якщо немає порядку в охороні здоров'я, то про що можна говорити, про якусь сталість, чи якусь.. це весь час хаос і формування, так само і в соціальній службі. Але в той же час, звичайно, і в школах, і в закладах охорони здоров'я, думаю, що ті ставки.. я не знаю, чи вони збережені після реформи охорони здоров'я, ці ставки соціальних працівників, от. Але звичайно поле для діяльності є, тому що система охо..., я не дуже так знаю суть реформи охорони здоров'я з професійної сторони, але я так розумію, що підвищується зайнятість лікарів, тому що зменшується там їх кількість і створюються сімейні лікарі, які по суті ну виконують таку первинну ланку, так само соціальний працівник є такою первинною ланкою.. для комунікації може бути, там чи з закладом охорони здоров'я, чи через соціальну службу. Тобто так ... я надіюся, я вас не заплутала...[посміхається].

НН: Ні, не заплутали.

ОК: Ну, тобто, тобто, я думаю, що місце і для соціального працівника, та, безперечно може бути, але я би, знаєте, в мене зараз така думка прийшла, я би так сказала, що от як психологи і психотерапевти - це таке явище яке виникло, я думаю, що соціальна робота також, яке виникло тоді, коли ми стали краще жити, коли ми хочемо кращого рівня життя, кращого сервісу, от. І, наприклад, для якихось верств населення, які в гірших умовах знаходяться, от.

НН: Зрозуміло, спасибі. Але, можливо, ви маєте ще якісь рекомендації ?

ОК: Ну, я маю ще, не знаю, чи це можна сказати, що це рекомендації, але... Останні ваші слова... Я так подумала.. ви сказали про розвиток громади. Я думаю, що це як би хороша теж думка про те, що соціальний працівник також може багато всього робити для того, щоб інтегрувати громади, ну, і відповідно людей в громади, ну, тобто в різних.. ну, допомагати інтеграції, так. І думаю, що це те, що може кожен із.. ну, з допомагаючих професій чи з там.. яких.. з таких суміжних професій, ну тобто робити. Це те, яка.. ну, я думаю, що ви зрозуміли... Тобто тут можна говорити, якщо ми говоримо про інтеграцію громади і про там релігійні якісь організації, які теж якусь роль беруть, можливо, на себе, ну в такому ключі, от. Як знаєте зараз є така, може, сучасна, я вважаю, що сучасна думка, що не так важливо, щоб людина отримувала найкращу допомогу, як так важливо, щоб вона вчасно отримувала ту, яку вона може отримувати. «І напевно в гірших випадках було б менше..»

НН: Дякую дуже, мені було так цікаво спілкуватись із вами..

Транскрипт інтерв'ю № 12

Соціальний працівник (кейс-менеджер) / Львів

Інформант:

Ім'я: КС

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата:

06.10.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / НН

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Вітаю, Світлано. Скажіть будь ласка, яку освіту ви здобули та як звучить ваша спеціальність?

КС: Я навчалась у Національному університеті “Львівська політехніка” за спеціальністю – соціальна робота.

НН: А якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте чи працювали?

КС: Я є соціальним працівником, а саме кейс-менеджером у благодійній організації “Благодійне товариство” Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ” м. Львів”.

НН: Зрозуміло, а як довго ви перебуваєте на цій посаді?

КС: Я працюю там з 2016 року по теперішній час, тобто ось уже шостий рік.

НН: А скажіть, організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави?

КС: Це недержавна установа, а саме благодійна організація. Але у нас є певне фінансування від держави у форматі соціального замовлення.

НН: Зрозуміла, тоді рухаємось далі. Розкажіть про широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації, як ви б найповніше описали його?

КС: Якщо коротко, то це надання комплексних послуг з немедичного, медичного, паліативного супроводу, догляду на дому ВІЛ-позитивних людей і хворих на туберкульоз осіб. Фактично це комплексна допомога, яка так необхідна особам, що мають ВІЛ-позитивний статус.

НН: Так, така дуже спрямована допомога на конкретну категорію людей. Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади?

КС: Ні, це мій перший подібний досвід роботи у сфері соціальної роботи в контексті збереження здоров'я.

04:14

НН: Добре... дякую. Тоді, будь ласка, зарезюмуйте ще раз, які ж клієнти потрапляють у поле діяльності вашої організації?

КС: Це, як я вже говорила, ВІЛ-позитивні люди та хворі на туберкульоз особи. Ми працюємо лише з ними.

НН: Ок, дякую за уточнення. Наступне моє питання стосується проблем зі здоров'ям, які зустрічаються у ваших клієнтів. Але, здається, з попередніх ваших відповідей, це ВІЛ, СНІД і туберкульоз. Вірно?

КС: Так, але у клієнтів трапляються і опортуністичні інфекції та гепатити різних типів. А якщо говорити про супутні проблеми, пов'язані з цими захворюваннями, то дуже часто у клієнтів присутній страх розкриття статусу, психічні розлади, надмірна чи навіть викривлена релігійність, брак мотивації до лікування та збереження свого здоров'я і дуже часто – неусвідомлення власних потреб. Ось це найбільш гнітюче... Наші клієнти зіштовхуються з бар'єрами у отриманні медичних послуг, а нерідко ще й піддаються подвійній стигмі, як внутрішній, так і зовнішній. Дискримінація їх у суспільстві та спільнотах теж доволі поширене явище.

НН: Дякую за перелік проблем. А скажіть, у своїй персональній роботі ви зосереджуєтесь на цих самих категоріях клієнтів, чи можливо працюєте лише з певними конкретними проблемами зі здоров'ям, наприклад, лише з ВІЛ-інфікованими?

КС: Я в основному працюю з людьми, які живуть з ВІЛ та хворими на туберкульоз.

07:10

НН: Добре, дуже дякую за чіткі відповіді. Рухаємось далі, до наступної секції. Тож які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

КС: Нуу... моя найважливіша функція в організації – здійснювати соціальний супровід людей, які живуть з ВІЛ та людей, які хворіють на туберкульоз. Він в основному включає консультаційні послуги та індивідуальне представництво інтересів.

НН: А у вас є своя певна філософія роботи, і якщо так, то як би ви її описали.

КС: Якщо лаконічно, то це звучить десь так – забезпечення якісних послуг для 100% клієнтів.

НН: Гаразд, далі одне з моїх улюблених запитань. Яких принципів і цінностей ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги? Можливо, пригадаєте якийсь приклад.

КС: Так, звісно, у кожного соціального працівника повинні бути певні орієнтири, за які він “тримається” у роботі, якщо можна так сказати. Мої – це принципи чесності, конфіденційності, відкритості, поваги до клієнтів та до їхніх рішень.

НН: А як би ви описали виклики чи проблеми, що виникають у вас у процесі роботи, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі?

КС: Нуу, це таке доволі складне питання, бо насправді, викликів не бракує. Один з найбільш вагомих для мене – велике робоче навантаження. А це значна кількість клієнтів на одного фахівця, буває, що приходиться завершувати справи і в неробочий час. Також дуже демотивує під час супроводу споживацьке ставлення клієнтів до послуг. Це момент, коли вони звикли до того, щоб отримувати, а свій власний потенціал взагалі не застосовують і не розвивають.

09:58

НН: Це, мабуть, все не так просто. Пропоную тоді рухатись далі. Скажіть, будь ласка, чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди?

КС: Так, я працюю у складі команди.

НН: Якщо це команда лише соціальних працівників, наскільки вона велика та які ролі членів команди? Чи є керівник (координатор) команди, і яку роль він відіграє?

КС: В кожному робочому напрямку є координатор команди. Він займається налагодженням роботи в команді, втручається в процеси вирішення проблем, які виникають в роботі МДК, або в процеси введення складних кейсів з клієнтами за необхідності, проводить робочі зустрічі, а також моніторинг знань серед соціальних працівників.

НН: А хто саме включений у міждисциплінарну команду, наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди?

КС: У нашу команду входять соціальні працівники, психолог, юрист, лікар, медсестра.

НН: Опишіть, будь ласка, як часто ви зустрічаєтесь і яка мета ваших зустрічей?

КС: Ми зустрічаємось щотижня. В основному це обговорення поточних проблем в роботі, пошук їх вирішення, робочі завдання, успішні кейси.

НН: А як щодо вашої комунікації між членами команди? Ви спілкуєтесь лише на цих зустрічах чи це відбувається і поза ними?

КС: Щотижнево у нас особисті зустрічі включно з координатором (за винятком карантинних обмежень, тоді альтернатива офлайн зустрічі – Zoom), а щоденно, то це переважно робочі чати, електронна пошта за необхідності, інколи бувають тимбілдінги.

НН: А наскільки б ви назвали ефективним таке спілкування?

КС: Нуу, мені виглядає, що це є досить комфортно для багатьох працівників, мені теж підходить така комунікація. По-перше, ти постійно маєш можливість комунікувати із командою, обговорювати різні виклики й проблеми, складні випадки. А по-друге, ти відчуваєш себе важливою у цій команді та маєш вплив на прийняття рішень.

НН: Зрозуміло, дякую. А який формат та тип взаємодії присутній у вас на зустрічах?

КС: Я розцінюю наше середовище на зустрічах, як дружне, відкрите і неформальне.

НН: Які рішення приймаються на ваших робочих зборах/обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?

КС: Пошуки спільного рішення із соціальним працівником.

НН: Якими є переваги такого підходу у роботі вашої команди?

КС: Нуу, для початку, у нас є можливість впливати на прийняття рішення.

НН: А які недоліки існують у діяльності вашої команди?

КС: Перевантаження членів команди.

НН: Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним? Поясніть, чому.

КС: Я б сказала, що позитивним. Дружня атмосфера, підтримка з боку колег, можливість навчатися, можливість, супервізії, не одноманітна діяльність.

15:03

НН: Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте, хто залучений до цього процесу та які типи соціальних показників?

КС: Якість послуг у нас оцінюється при щомісячних моніторингах окремим спеціальним відділом МІО.

НН: Дякую, а як вимірюються результати послуг у середині вашої організації, як оцінюють вашу діяльність та чи у цьому процесі відіграють роль клієнти?

КС: Так, у нас оцінювання результатів відбувається через програму Datacheck. А у клієнтів є можливість надати оцінку по завершенню конкретної послуги надавачу послуги: соціальному працівнику, психологу чи юристу.

НН: Гарзд, зрозуміло. А чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника? Чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?

КС: Вважаю дуже корисною і навіть необхідною в соціальній роботі супервізію. Досвід супервізії у мене більше 5-ти років, також у нас бувають тренінги з професійного вигорання і чергова планова супервізія у жовтні 2021.

НН: Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте? Якщо так, будь ласка, опишіть, що саме відбувається і чи корисно це для покращення ваших послуг?

КС: Щорічно здійснюються моніторинги з якості надання послуг, аудиторів моніторинги.

18:23

НН: Зрозуміло, гарзд, дякую дуже за відповідь у цьому блоці. Зараз переходимо до останньої секції. Скажіть, будь ласка, чи виділили б ви три найважливіші фактори, які сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів? .

КС: Ой, ну, як на мене, то найголовніший фактор – це однозначно запровадження додатку Datacheck, за допомогою якого клієнт верифікує надані йому послуги і в кінці має можливість поставити оцінку надавачу послуги. Це такий собі наш... орієнтир для того, щоб розуміти, чи у правильному напрямку ми рухаємось, працюючи з тим чи інших клієнтом.

НН: А як щодо факторів, які спричиняють певні проблеми чи можливо труднощі у вашій роботі та які добре було б усунути?

КС: Важко відповісти. Але напевно, було б добре удосконалити роботу міждисциплінарної команди, саме у плані розподілу обов'язків, щоб вона працювала ще більш злагоджено та ефективно.

НН: Агааа... А які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів?

КС: Нууу... це безпосереднє обслуговування клієнтів. Базовою для кожної організації, що займається соціальною роботою, має бути супервізія для працівників, бо вона допомагає запобігти професійному вигоранню. І, звичайно, навчання та підтримка працівників. Також – командна робота та міждисциплінарна співпраця і обов'язкове оцінювання результатів отриманих послуг, щоб бачити свій вектор руху та змінювати, вдосконалювати його за необхідності.

НН: Дуже дякую за ваш час та чіткі відповіді. Вони справді є дуже цінними для нашого дослідження.

КС: Була рада допомогти. Зрештою, ми всі працюємо над однією великою метою – підтримка людей. Тож вам також дякую за ваше дослідження.

Транскрипт інтерв'ю № 13

Фахівець із замісної підтримувальної терапії / Київ

Інформант:

Ім'я: ТК

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата:

06.10.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **НН**

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Вітаю вас і найперше дуже дякую, що погодились на це інтерв'ю. Отож розпочнемо із загальної вступної інформації. Розкажіть, будь ласка, яка у вас освіта та спеціальність.

ТК: Радію, що у нашій сфері відбуваються такі дослідження та піднімаються важливі теми. Гарязд, отже, я навчалась у Києві і є магістром соціальної роботи Національного університету «Києво-Могилянська академія».

НН: Зрозуміло, а якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

ТК: Ой, треба пригадати, бо працювала у кількох місцях до цього. Отже, з 11.2018 – 08.2021 працювала у державній установі «Центр громадського здоров'я МОЗ України» фахівцем із замісної підтримувальної терапії. У період з 08.2017 по 05.2018 я працювала у Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія» соціальним працівником. І ще працювала в організації «Конвіктус Україна» також на посаді соціального працівника. Це, здається, було у період з лютого 2016 по грудень 2017.

НН: Дякую. А ось остання організація, в якій ви працювали, є державною чи недержавною установою?.

ТК: Ну... ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України – це і є, власне, державна установа при Міністерстві охорони здоров'я України. Вона частково фінансується Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за реалізацію проектів в сфері громадського здоров'я.

НН: Ага, а можете, будь ласка, описати широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації.

ТК: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення якості лікування хворих на соціально небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я. ЦГЗ бере участь у формуванні регуляторної політики та взаємодіє з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними, громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидії соціально небезпечним захворюванням.

03:05

НН: Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги.

ТК: На посаді фахівця із ЗПТ основною категорією клієнтів, яким надаються послуги, є особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зокрема, надання

лікування від залежності від опіоїдів препаратами метадон та бупренорфін. Станом на 01.08.2021 року в програмі ЗПТ проходило лікування 16 190 пацієнтів по всій Україні.

НН: А які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів? При потребі можете навести приклади.

ТК: Нуу... Найпоширенішими супутніми захворюваннями у пацієнтів з залежністю від психоактивних речовин, зокрема опіоїдів, є ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити В та С, туберкульоз і серцево-судинні захворювання.

НН: Гарзд, дякую. А конкретно у вашій роботі, то ви з якими саме категоріями клієнтів працюєте?

ТК: У моїй роботі пріоритетною групою пацієнтів є особи, які мають залежність від опіоїдів. Окрема увага також приділяється медичному персоналу, який залучений до впровадження програми ЗПТ.

04:50

НН: Дякую за цей блок відповідей. Зараз переходимо до наступного, що стосуватиметься безпосередньої діяльності вашої. Отже, які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

ТК: Таких у мене багато. Найперше, це моніторингові та адвокаційні візити (якщо є така за потреба) з метою вирішення нагальних питань впровадження програми, що не можна вирішити шляхом листування, онлайн – зустрічей чи по телефону. Також я займаюсь проведенням щомісячних нарад з регіонами із залученням ЗОЗ, НУО та партнерів для відслідковування прогресу у наборі пацієнтів; підготовкою аналітичних звітів щодо реалізації програми, проблем та шляхів вирішення. Важливий мій обов'язок – це комунікація з регіонами щодо укладання договорів з НСЗУ (розрахунок регіональних квот, написання листів в регіональні структурні підрозділи з питань охорони здоров'я для визначення закладів, що планують впроваджувати програму ЗПТ, комунікація з ЗОЗ для визначення їх готовності підписувати договір з НСЗУ за послугою ЗПТ, супровід на момент подання заявок і укладання договорів). Далі – комунікація з НСЗУ (проведення зустрічей, офіційне листування) щодо стану підписання ЗОЗ договорів на надання послуги ЗПТ, необхідності перегляду окремих договорів тощ. Також я повинна реагувати на непередбачувані випадки закінчення ЛЗ (наприклад, невчасні закупівлі препаратів), додатковий аналіз наявних препаратів в регіонах, прорахунок до якого терміну вистачить препаратів, що наявні в регіонах та на складі ДП «УкрМедПостач», аналіз можливостей перерозподілу препаратів між регіонами. Взаємодія з ключовими заінтересованими сторонами, що проводять свою діяльність в сфері наркополітики, ЗПТ та дотичних до цих тем сферах. До моїх обов'язків також відноситься взаємодія з пацієнтськими спільнотами, це, наприклад, опрацювання та вирішення запитів, що надходять на гарячу лінію з питань наркозалежності та ЗПТ, опрацювання запитів та звернень від партнерських організацій. Я також займаюсь роботою з нормативно-правовою базою з метою вирішення бар'єрів щодо розширення доступу до ЗПТ. Це передусім: розробка проектів нормативно-правових актів, організація їх обговорення, підготовка супровідних документів. І нещодавно я була залучена до участі у впровадженні пілотного проекту щодо надання послуг пов'язаних із психічним здоров'ям клієнтів сайтів ЗПТ.

НН: Дуже дякую за такий деталізований опис ваших обов'язків. Це, мабуть, нелегко поєднувати. Як би ви описали свою філософію надання послуг?

ТК: Так, непросто, але кожен з них вкрай важливий. Філософію? Ну це, мабуть, якість. Якісне виконання роботи і формування цінності послуги, що надається. Яюсь так.

НН: А яких принципів і цінностей у роботі ви дотримуетесь?

ТК: Насправді, всі цінності і принципи соціальної роботи, що містяться у Етичному кодексі спеціалістів соціальної роботи, і є моїми орієнтирами та цінностями у роботі.

НН: Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? Можливо, пригадаєте якісь приклади?

ТК: Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад, недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо. Якщо ж розглядати «найкращі практики» міжнародні, то вони потребують адаптації до середовища в якому впроваджуються. А в загальному, для того, щоб щось впровадити, спочатку необхідно налагодити зв'язок з людиною і отримати від неї певний кредит довіри. Клієнти/ пацієнти майже завжди ставляться з недовірою і скептицизмом до чогось нового, особливо, якщо це «щось» потребує від них якихось дій.

09:12

НН: Дякую за цей блок відповідей, тепер трішки поспілкуємось про вашу команду, як вона працює, хто туди залучений. Якщо це міждисциплінарна команда, то наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? Чи є у команді керівник та які його ролі?

ТК: Я працюю в мультидисциплінарній команді, яку очолює керівник – проектний координатор.

НН: Опишіть, як функціонує ваша команда, як часто ви зустрічаєтесь і у яких форматах. Можливо, маєте якісь думки з приводу підходів у комунікації між працівниками та загалом про ваш досвід роботи в команді було б цікаво почути.

ТК: Моя робота передбачає щоденну комунікацію з усіма членами команди, так як кожен виконує свою частину функціональних обов'язків, що тісно переплітаються з обов'язками інших членів команди. Бувають якісь наради, зустрічі. Але в основному це щоденне спілкування, обмін інформацією, обговорення випадків тощо. Всі процеси у нас відбуваються паралельно.

11:30

НН: Гаразд, тоді переходимо до наступної теми, що стосується оцінювання вашої роботи. Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений до цього процесу, які типи соціальних показників використовуються та як саме це робиться?

ТК: Насправді, мені здається, що цей блок питань не зовсім стосується моєї роботи, тобто я більше практик, тому можу розповідати про безпосередню діяльність, надання послуг.

12:15

НН: Зрозуміло, гаразд. Тоді рухаємось у іншому напрямку. Подумайте, будь ласка, про ваш досвід надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я. Можливо, ви б виділили певні найважливіші фактори, що сприяють покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів?

ТК: Так, звісно. Передусім, це аналітичні здібності, розуміння проблематики КГН, якій надаються послуги, розуміння загальної системи охорони здоров'я та того, як вона функціонує, психологія спілкування. Так, мабуть, ось ці моменти є важливими.

НН: Дякую. А чи можете виділити фактори, які спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які потрібно подолати?

ТК: Так, безперечно, і такі фактори є. Це передусім, людський фактор, відсутність мотивації до змін у клієнтів і стигматизація їх суспільством.

НН: Дякую, дуже дякую за ваш час та включеність. Відповіді були дуже цінними для теми нашого дослідження.

Транскрипт інтерв'ю № 14

Головний фахівець відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності / Київ

Інформант:

Ім'я: СІ

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата:

08.10.21

Онлайн

Інтерв'юер: Назар Н. І. / **НН**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Вітаю і заздалегідь дякую, що погодилися на інтерв'ю, тож розпочнемо. Для початку скажіть, будь ласка, яку освіту ви здобули та як звучить ваша спеціальність?

СІ: Добрий день, Наталю. Гаразд, я є магістром соціальної роботи Школи соціальної роботи ім. В. Полтавця, а також закінчила факультет соціальних наук і технологій Національного університету «Києво-Могилянська академія».

НН: Чудово, а якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій саме ви зараз працюєте або працювали?

СІ: Отже, організація, в якій я працюю – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Звикла говорити «ДУ», це, власне, і є державна установа. Я там працюю головним фахівцем відділу вірусних гепатитів та опіоїдної залежності.

НН: Зрозуміло, а як довго ви вже очолюєте цю посаду?

СІ: Ой, це, мабуть, вже 2 роки.

НН: На наступне питання ви фактично вже дали відповідь вище про те державна це установа чи недержавна, але скажіть тоді, як вона фінансується зі сторони держави?

СІ: Так, власне, фінансування у нас частково державне, а частково ми працюємо за кошти донорів, подаємось на гранти.

НН: Добре, опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

СІ: Нуу... в цілому це формування політики здорового життя, прийняття рішень стосовно державної політики охорони здоров'я, промоція здоров'я, менеджмент у певних нозологіях та лікуванні визначеного кола захворювань.

НН: Зрозуміло, а чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях ще до нинішньої посади і якщо був такий досвід, то які обов'язки ви тоді виконували?

СІ: Так, я працювала соціальним працівником ще задовго до Центру громадського здоров'я. Попереднє моє місце роботи – керівник відділу моніторингу та оцінки ВБО «Конвіктус». Так, чим я там займалась? В основному це був моніторинг внутрішньої та зовнішньої документації організації, звітування донорам, іншим бенефіціарам і зацікавленим сторонам, координація проектної діяльності, формування стафу відділу. Проекти покривали наступні вразливі групи: ЛВІН, ЛЖВС, трансгендерні люди, партнери ЛЖВС і ЛВІН, пацієнти, хворі на ТБ. Ще одне місце праці, коли я була менеджером проекту профілактики ВІЛ/СНІД у МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці і здоров'я» (LSHI). Тут я фактично закривала повний цикл проектної діяльності – від координації залученого персоналу до написання грантової заявки. Проекти надавали послуги тим самим уразливі групам людей, що і у попередній моїй професійній діяльності: ЛВІН, ЛЖВС, партнери ЛЖВС і ЛВІН. І також я працювала соціальним працівником Київського міського Центру профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД». Тут по обов'язках було консультування, інформування, догляд і підтримка ЛЖВС.

05:25

НН: Дякую дуже, Ірино, за детальний опис вашої професійної діяльності. Рухаємось далі до блоку про категорії клієнтів, з якими ви працюєте зараз.

СІ: Наразі моїми пацієнтами є хворі на гепатит В і С, а також особи із поведінковими та психологічними розладами психіки внаслідок вживання опіоїдів, які лікуються із

використання препаратів ЗПТ. Суміжні групи, з якими працюю, це ЛЖВС та хворі на туберкульоз.

НН: У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими? Якщо так, будь ласка, поясніть.

СІ: Так, бо це визначено посадовими обов'язками. Трапляються випадки, що допомагаємо пацієнтами із супутніми захворюванням.

06:58

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

СІ: Отже, я беру участь у проведенні аналізу поточного стану споживання ЛЗ для лікування ВГ та забезпеченості регіонів ЛЗ, супровід здійснення перерозподілу ЛЗ. Також я займаюсь підготовкою аналітичних звітів щодо темпів наборів пацієнтів на лікування, проблем та шляхів вирішення щодо наявності залишків ЛЗ в регіонах і впровадженням модулю МІС ВІЛ (це таке навчання для регіонів, іншими словами, інформаційна підтримка). За мною також щомісячний та щоквартальний збір звітної інформації від регіонів України про темпи набору пацієнтів із ВГ на лікування та використання ШТ серед пацієнтів ЗПТ. Взаємодія зі стейкхолдерами та бенефіціарами, типу пацієнтських спільнот, громадських організацій, представників Міністерства та інших державних установ, департаментів охорони здоров'я регіонів, пацієнтів – це теж моя функція. Також я опрацьовую та займаюсь безпосереднім вирішенням запитів, що надходять на Гарячу лінію з питань наркозалежності та ЗПТ, Гарячу лінію для хворих на вірусні гепатити опрацювання запитів та звернень від партнерських організацій або безпосередньо в Центр. І робота з нормативно-правовою базою також є невід'ємною частиною моєї діяльності. Я аналізую та беру участь у розробці проєктів нормативно-правових актів, часом займаюсь підготовкою супровідних документів.

НН: Дякую за таку деталізовану відповідь. А скажіть, як би ви описали свою філософію надання послуг?

СІ: Найперше – це швидке реагування на виклики в сфері надання послуг і контроль якості послуг, що надаються.

НН: А чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги?

СІ: Так, безперечно. Це, мабуть, чесність, максимальна залученість в процес для вирішення нагальних проблем і подолання стигматизації.

НН: Поділіться, будь ласка, які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі?

СІ: Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад: недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо. Також це недосконалість політик, відсутність стандартизації суміжних сфер, наприклад реабілітації наркозалежних (медичної).

10:15

НН: Дякую вам і можемо рухатись до наступного блоку запитань. Розкажіть, чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди соціальних працівників, чи, можливо, міждисциплінарної команди. Наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? Хто виступає в ролі керівника групи та яка його роль?

СІ: Якщо про мою команду, то це лікар та інші менеджери. А в цілому в нашому Центрі працює 220 осіб загалом і це люди різних спеціальностей. А в команді відділу 4. За освітою керівник психолог і соціальний працівник, а інші члени команди – лікар-нарколог, раніше був лікар-інфекціоніст, а також соціальні працівники.

НН: Опишіть, будь ласка, як функціонує ваша команда. Як часто ви зустрічаєтесь і яка мета ваших зустрічей? Коли і як члени команди спілкуються?

СІ: Щоденно, бо працюємо за штатним розкладом, тож і бачимось постійно. В ході роботи вирішуємо всі аспекти діяльності відділу. І в межах кабінету і поза ним, якщо цього потребує ситуація.

НН: Гаразд, а який формат та тип взаємодії ваших зустрічей? Ви б назвали його формальним, чи можливо, дружнім, неформальним або налаштованим на прийняття рішень?

СІ: Швидше – зустрічі, налаштовані на прийняття рішень і дуже часто це не формальний формат.

НН: Добре, а які рішення приймаються на ваших робочих зборах та як відбувається прийняття цих рішень і хто має найбільший вплив?

СІ: Насправді на зустрічах обговорюємо практично все: від графіку роботи відділу та планування діяльності на найближчий тиждень до обговорення бюджетних питань чи координації нових напрямків або активностей. У нас рішення приймаються колективно, причому кожен може висловити свою думку... або винести на обговорення. Але прийняття кінцевого рішення залишається за керівником все ж. Так, мабуть, так.

НН: Зрозуміло, а назвіть тоді, будь ласка, переваги такого підходу у роботі вашої команди?

СІ: Ну, найперше – це залученість всіх до прийняття рішення. Немає такого, знаєте, авторитарного формату. У нас солідарний розподіл обов'язків і взагалі в команді взаєморозуміння та взаємозамінність всіх учасників процесів.

НН: А які недоліки, на вашу думку, існують у діяльності вашої команди?

СІ: Знаєте, поки їх не можу визначити. Яюсь все так чудово.

НН: Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним?

СІ: Звісно, що переважно позитивний, бо я в принципі командний гравець і для мене виконання завдань легше відбувається за підтримки та отриманні зворотнього фідбеку.

14:22

НН: Добре, тоді переходимо до наступної секції питань, що стосується оцінювання якості надання послуг. Скажіть, будь ласка, як це відбувається і хто залучений до цього процесу? Можливо, є певні типи соціальних показників, які використовуються для моніторингу?

СІ: В нашій сфері існують стандарти послуг, але вони направлені на лікарів. Наші ж послуги оцінюються певними КПП (ключовими індикаторами, іншими словами), крім того Центр і зокрема наш відділ проходить постійні та періодичні аудити з боку незалежних аудиторських компаній. Деякі проєкти мають індикатори, відповідно до яких оцінюється і наша робота. Наприклад темпи набору пацієнтів на лікування або використання препарату. Хто в основному залучений до оцінювання? Наше керівництво, МОЗ, незалежні аудитори та... донори.

НН: Зрозуміло, а чи відіграють клієнти певну роль у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами?

СІ: Так, деякі проєкти, зокрема CDC, збирає інформацію від клієнтів стосовно їх задоволеності послугами. Ці фідбеки поступають на гарячі лінії і вже згодом вони опрацьовуються та аналізуються.

НН: Скажіть, а чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника?

СІ: Ні, ви знаєте, наразі вона не є для мене необхідною.

НН: Можливо, у вас є коментарі щодо плюсів та мінусів у підходах щодо оцінювання у вашому Центрі?

СІ: Насправді... оцінки нашої роботи доволі гнучкі. Мені в них комфортно.

НН: Чи відіграють якусь роль інші професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування в оцінці ваших послуг?

СІ: Зазвичай, все відбувається таким чином, що ми отримуємо фідбек від гарячих ліній та пацієнтських організацій. МОЗ опускає плани і доручення, які виконуються або не виконуються і, відповідно, тягнуть за собою прийняття певних політичних і управлінських рішень. А і ще – до нас по допомогу звертаються групи експертів та медичні спільноти, що також слугує певною оцінкою діяльності та професіоналізму.

20:18

- НН:** Добре, ми підійшли до завершального етапу інтерв'ю. Тож скажіть, які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів і чи можете ви пояснити для кожного фактора, як і чому це допомогло?
- СІ:** Так, звичайно. Перший фактор – це збільшення фінансування та плановий перехід на державне фінансування послуг. Це нам дуже допомогло розширити спектр послуг, передати керування сферою в руки державних структур, а не НГО. Не менш важливою була і донорська допомога та залученість партнерів. При їх допомозі ми розширили спектр послуг нашого Центру, які отримує пацієнт, залучили нових пацієнтів до лікування, підтримали та мотивували медичний персонал ЗОЗ, покращили прихильність пацієнтів до лікування. І, напевно, стандартизація послуг, що надають лікування. Це, знаєте, такий внутрішній путівник. Ця стандартизація дозволила зменшити кількість професійних помилок та уніфікувати під єдиними критеріями якість послуг, оцінити цю саму якість,
- НН:** А як щодо факторів, які спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів?
- СІ:** Ой, цікаве питання... Очевидно, що це ригідність нашої медичної системи і направленість багатьох медичних працівників виключно на матеріальні аспекти в професійній діяльності. Також це хагальне неблагополуччя країни, що не дозволяє влити достатнє фінансування у покращення та розширення спектру послуг. І ще я б, мабуть, додала низьку якість медійності наших послуг. Не про всі послуги, на жаль, транслюється широко.
- НН:** Добре, щиро дякую за приділений вами час! Відповіді, які я почула від вас, будуть дуже цінними для результатів нашого дослідження.
- СІ:** І вам дякую, Наталю, що вивчаєте такі актуальні питання у сфері соціальної роботи на перетині з охороною здоров'я.

Транскрипт інтерв'ю № 15 Психолог / Львів

Інформант:

Ім'я: ЖА

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата:

04.11.21

Онлайн

Інтерв'юер: Назар Н. І. / **НН**

Транскриптор: Назар Н. І.

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Вітаю і заздалегідь дякую, що погодились на інтерв'ю. Ваші контактні дані я вже маю, тож розпочнемо? Скажіть, будь ласка, яку освіту ви здобули та як звучить ваша спеціальність?

ЖА: У мене вища освіта.

НН: Зрозуміло, а якою є ваша теперішня або попередня посада у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

ЖА: Я – психолог та працюю вже 10 років.

НН: А організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою?

ЖА: Це державна установа.

НН: Гаразд, а опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

ЖА: Спектр послуг? Найперше, це консультування та тестування на ВІЛ, консультації з психокорекції і соціально-психологічний супровід пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом.

НН: А чи працювали ви у сфері соціальної роботи в контексті охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади?

ЖА: Так, я мала досвід роботи у «100% життя», БФ «Салюс», БФ «Аванте», МБФ «Карітас». Загалом мій стаж роботи – 20 років.

04:40

НН: Зрозуміло, дякую. Тоді переходимо до наступного блоку питань. Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги?

ЖА: Ой, це насправді досить широкий перелік... Пацієнти, яким потрібно виключити або підтвердити діагноз «ВІЛ-інфекція»; пацієнти, у яких є клінічні прояви СНІДу; пацієнти зі СНІДо-фобією; пацієнти з розладом занадто сильної тривоги за здоров'я; пацієнти з коморбідними діагнозами великої і малої психіатрії; пацієнти, з розгорнутою формою СНІДу внаслідок відсутності попереднього лікування ВІЛ-інфекції на стадії вірусносійства; пацієнти з ВІЛ-інфекцією на стадії вірусносійства ііі пацієнти з уразливих груп: трансгендери, гомосексуали, працівники секс-бізнесу, нарко- та алкозалежні.

НН: Частково ви вже відповіли у попередньому питанні, але які проблеми зі здоров'ям чи, можливо, інші є у ваших клієнтів?

ЖА: Так як я психолог, то у моїх пацієнтів переважно проблеми з психічним здоров'ям, але також є і проблеми з фізичним здоров'ям, часто пов'язані з психосоматикою. Також є пацієнти з проблемами з фізичним здоров'ям, а саме, що пов'язані з падінням імунної системи (це так звані опортуністичні інфекції).

07:45

НН: У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими?

ЖА: Я консультирую пацієнтів з приводу всіх вище перелічених проблем. Клієнт – експерт своєї життєвої ситуації, можеш – допоможи, а не можеш, не нашкодь. Така моя позиція.

НН: Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги?

ЖА: Перш за все Етичний кодекс. І важливий мій пріоритет – не причиняти добра насильно. Також у роботі я за те, щоб обговорювати і вирішувати подальші кроки разом з пацієнтом, а не пробувати вирішити все замість нього. Надати пацієнту потрібні знання з приводу його хвороби та коморбідних хвороб і розладів, нормалізувати самооцінку та допомогти прийняти реальний стан речей, діагноз та зміну ритму, стилю життя. І звісно, я дотримуюсь конфіденційності заради безпеки пацієнтів.

НН: Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? При потребі наведіть приклади.

ЖА: Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад: недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо. Є проблеми з додатковими не безкоштовними обстеженнями пацієнтів, часто пацієнти запізно проходять діагностику на ВІЛ, коли вже треба терміново рятувати життя, бувають летальні випадки. Пацієнти бояться ставати на облік, бо самостигматизують діагноз ВІЛ, тому допомога надходить несвоєчасно. На загал, є брак достовірної інформації щодо лікування ВІЛ-інфекції. Думаю, що дана ситуація утруднюється тим, що раніше існував брак медикаментів АРТ, і АРТ призначалася тільки, коли це було вкрай необхідно. Сьогодні немає дефіциту медикаментів АРТ, пацієнти можуть отримувати її одразу на стадіях вірусносійства. Але багато з них думають, що АРТ дуже шкідливо впливає на організм. Тому дотягують до критичної останньої стадії СНІДу і тільки тоді пробують лікуватися, в багатьох випадках звертаються по медичну допомогу запізно. Є пацієнти з суїцидальними думками. Це теж важка категорія. Пацієнти з діагнозами шизофренії, нарко та алко залежності, відкритою формою туберкульозу можуть нічого з цим не робити, бо їх не можна лікувати без їхньої згоди. А це загрожує їх життю та здоров'ю оточення.

НН: Дякую за ваші відповіді та досвід.

Транскрипт інтерв'ю № 16

Консультант, психолог, член ради благодійної організації / Львівська область

Інформант:

Ім'я: КА

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата:

05.11.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **НН**

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)? Як довго ви на цій посаді?

КА: Моя освіта – спеціаліст із соціальної роботи. Але також не лише це, я також закінчила навчання з психотерапії узалежнень, і також я є в процесі навчання на психотерапії, психотерапевтичну освіту здобуваю і практикую. Тому в мене ці ролі насправді помішані і це те, з чого я хотіла почати нашу співбесіду, так. Чи тут якось це має значення чи ні, тому що я не є тут в організації саме на посаді, там, соціальний працівник, розумієте, тобто мої ролі бувають різними. Але все ж таки моя перша і основна освіта – це спеціаліст із соціальної роботи. Дивіться, так як це є громадська організація, обов'язки в мене різні. [Громадська організація «Центр «Дорога»]. Тобто більше 15 років я є консультантом в Центрі реабілітації для залежних. Це називається консультант. Але одночасно з тим я є членом ради цієї громадської організації, я є психологом, який веде групи підтримки і проводить консультації також індивідуальні. Тобто... ну.. тут немає такої... Зараз на даний момент я не можу вам назвати конкретну посаду, так, тому що немає такої ставки в організації, от зараз конкретно в якомусь проекті от-така ставка і так вона називається. Розумієте, в чому проблема?

НН: Опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

КА: Це є реабілітація узалежнених, робота з психологічної допомоги і підтримки рідним і близьким, сім'ям, тобто співзалежним, а також дітям і молоді. Також ми багато років працювали в колоніях Львівської області з засудженими по ресоціалізації і профілактиці ВІЛ/СНІДу, а також профілактика насильницької поведінки. Ще одним напрямком роботи є профілактичні, реалізація профілактичних програм – це також з молоддю, з підлітками, а також на підприємствах різних. Частиною роботи є консультативний пункт, ну, в принципі воно там входить в перше питання, яке я сказала. Цей консультативний пункт для залежних, чи їхніх сімей. І також освітня робота. Тобто ми сприяємо, організуємо і самі проводимо, так, різні освітні програми, конференції, тренінги, навчання, сприяємо тому, щоби студенти могли проходити практику, тому, щоби фахівці різних професій, як то викладачі, педагоги, соціальні працівники, психіатри, психологи і так далі могли проходити навчання, що стосується узалежнень і протидії домашньому насильству.

НН: Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади?

КА: Я працювала перед тим в іншій громадській організації, але це теж не була посада соціального працівника, це була тренер. Тобто проведення соціально-психологічних тренінгів.

05:45

НН: Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги. А також, які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів?

КА: Які категорії клієнтів... Переважно звичайно звертаються не самі uzалежнені, а члени родини. Тобто це батьки або чоловік, дружина, частіше дружина. Тобто найчастіше – це жінки від 25 і до 60-70 років. Це така основна категорія насправді людей, які звертаються, от. А вже після того приходять і інші члени сім'ї, uzалежнені, то це можуть бути зовсім молоді люди, часто трапляються навіть люди з проханням допомогти неповнолітнім з цією проблемою. Тобто.. ну і вік теж необмежений, найстаршому клієнту такому, який проходив реабілітацію, це я не говорю про якісь консультації, то це 60+, там навіть 70+. Тобто це різний вік, різний соціальний статус абсолютно, тобто люди є із вищою освітою і без якоїсь закінченої освіти, і абсолютно різного достатку. З якими проблемами стикаються зі здоров'ям... ну, перш за все, звичайно, що це є проблема з психічним здоров'ям. Звичайно теж часто люди приходять, коли вже проблеми є із фізичним здоров'ям, тобто соматичним, коли вже є якісь наслідки хвороби залежності, так, от. Ну але найбільше – це, звичайно, проблеми з психічним здоров'ям, тобто це різноманітні люди: і з депресіями, і з просто емоційною нестабільністю, з неврозами і так далі, з різними такими розладами, що передбачає і залежність, і співзалежність, такий спектр.

07:04

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

КА: Отже, я відповідаю на телефонні дзвінки, запити клієнтів, тобто це і телефонні консультації, і індивідуальні зустрічі, консультування, також такі сімейні зустрічі, також групова робота зі співузалежненими. Або я допомагаю потрапити до когось із наших фахівців, або я можу скеровувати теж кудись, куди людям потрібно. Наприклад, людині потрібно пройти детоксикацію, а не на консультацію чи лікуватися в центр, тому також скеровую до інших фахівців.

НН: Як би ви описали свою філософію надання послуг? Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги?

КА: Ну, звичайно, я думаю, що як в кожного чи соціального працівника, чи психолога перш за все – конфіденційність – це дуже важливий принцип, в цій темі особливо. Це є принцип анонімності, якщо йдеться про групи, так, тобто люди не зобов'язані нам щось про себе розповідати і поза групою спілкуватися також не зобов'язані. Ну, звичайно, не нашкодити – це теж важливий принцип, тобто якщо я бачу, що це не моя компетенція, то звичайно, що це скерування до інших фахівців: чи то є психіатр, чи то є якась інша компетентна людина. Ну і, я думаю, що дуже важливо в тій роботі все ж таки командний підхід і наявність супервізії. Я не знаю, чи того питання стосується чи ні, але ну... але все ж таки це найкращий... ну, командна робота дає найкращий ефект в цій сфері, тому .. ну, мій такий принцип і наш! також, виходить, такий принцип, що ми співпрацюємо один з одним і помагаємо одне одному і нашим клієнтам.

09:58

НН: Отже, переходимо до наступного блоку питань. Якщо це міждисциплінарна команда, наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? Та опишіть, як функціонує ваша команда. Як часто ви зустрічаєтесь і яка мета ваших зустрічей? Коли і як члени команди спілкуються і як це відбувається, наскільки ефективним є таке спілкування?

КА: Отже, щодо команди. Якщо говорити про роботу в реабілітаційному центрі, то це суто командна робота, так. Там є індивідуальна робота з клієнтом, але взагалі базується на командній роботі. Тобто є колектив, який разом приймає всі рішення, є клінічні збори і так далі, от. Друге, якщо говорити взагалі в організації, то все одно це як би командна робота, тому що ми скеровуємо одне до одного клієнтів, ми можемо радитися і приймати рішення щодо якихось клієнтів, так: яким чином краще допомогти цій людині, яка саме допомога їй буде підходити і так далі. Якщо говорити про супервізію, то в нас це закон, вона мусить бути. І вона була в нас в різних формах і з різними фахівцями: була колись в такій формі балінтовських груп, ми пробували собі організувати самі, була спроба робити таку як інтервізію, так, і робили таку інтервізію, тобто не залучаючи якогось фахівця, коли не було такої можливості, так, залучати когось, ну, то це інтервізія. Але дуже багато років поспіль

в нас є регулярна супервізія, для цього ми залучаємо фахівця, знаходимо самі фінансування або зі своїх коштів, так, це робимо, тому що розуміємо, інакше не можна, треба дбати про свою гігієну. Тому це залучені переважно фахівці, це є регулярно.

НН: Угу, добре, дякую. Це дуже добре, я так тішуся, що у вас є супервізія, насправді!

КА: Але я знаю, як... Я зараз мала проект, де працювала з, виходить, 13 чи 14 у нас вийшло громад територіальних, і ми спілкувалися з соціальними працівниками, і там на тему супервізії ну зовсім все погано. І вже хочеться щось організувати таке, щоби це було доступно, можливо для всіх, тому що люди виконують складну роботу і просто я не знаю, як вони справляються.

НН: Який формат та тип взаємодії відбувається на зустрічах і які рішення приймаються на ваших робочих обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?

КА: Так, так, я вас розумію, знаєте, для тих людей, особливо з територіальних громад це.. от якісь навчання, тренінги – це їхній спосіб десь трохи відлучитися і то типу а-ля така, знаєте, супервізія. Я працюю також в Українському католицькому університеті і ми організуємо такі навчальні тренінги, модулі для фахівців і власне найбільше це вони йдуть з територіальних громад, то вони так тішаються, коли вони приходять до нас на ці тренінги, то, знаєте, це така віддушину для них. Так що я вас розумію ... Добре, дякую за цей ваш досвід. Дивіться, ви ще згадали про клінічні збори, коли ви говорили про командну роботу. Клінічні збори, це що мається на увазі, це такі в вас в організації внутрішні якісь, не знаю, збори, які обговорюють якісь ситуації кожної людини, чи як це відбувається?

КА: Ні, ці збори – це збори суто в реабілітаційному центрі, ну так як би такий кейс-менеджмент по клієнтах, це більше мається на увазі. Але взагалі в організації є ще так регулярно збори колективу, команди, на яких ми обговорюємо власне всі питання по всіх напрямках, так, на яких ми надаємо послуги, також пишемо такі стратегічні плани і так далі, і так далі. Ну і це така теж частково інтервізія може бути теж, тобто збори також є регулярними.

НН: Добре, дякую. А скажіть, будь ласка, як ви вважаєте, які у вас є, ну власне, як ви бачите, які є переваги підходу вашого і вашої командної роботи, і які недоліки в діяльності вашої команди ви би могли виділити?

КА: Ну, в нас є ще додаткова комунікація в вайбері в групі, так, тобто це такий теж комунікатор. Тобто з комунікацією окей. Але напевно з недоліків те, що .. на різних етапах... Ну от складно сказати, тому що на різних етапах це різні речі, так. От зараз, наприклад, такий етап, коли знову так трошки переформатовуються ролі в організації і це потребує уточнення, власне, отих таких посадових інструкцій, конкретної відповідальності того, хто за що відповідає. Тобто є щось, що я хочу робити, але є ще якісь речі, які треба робити, так, для розвитку організації. І тут кожен.. ну, це такий розвиток по спіралі, напевно, і на кожному витку приходять нові питання, так, де є то потрібно, і хто за що береться, і кожен там дозріває до чогось або ми маємо когось залучати, так, наприклад, або: ми нікого не залучаємо і що ми з цим робимо, тобто ось такі питання напевно. Це напевно завжди непросто.

НН: Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників використовуються та як саме це робиться? Як вимірюються результати послуг та як це робиться? Чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами та як це відбувається?

КА: Ну дивіться... Насправді як би... Як такого механізму, якогось такого паперового, скажемо, так в нас немає, але насправді цей процес все одно оцінювання відбувається, тому що більшість людей, які там проходять програму, наприклад, реабілітації, вони залишаються в контакті з іншими випускниками і з працівниками організації, вони залучаються потім до інших різних заходів, тверезих, до різних інших програм і.. ну, таким чином виходить, що все одно практично всі люди десь на виду. Ми їх бачимо, ми чуємо, якщо когось навіть десь немає поряд, то все одно через тих інших випускників програм ми маємо інформацію, що діється з іншими. Щодо, наприклад, родин чи людей, які там лише ходять на групи, а не проходили програму реабілітації, то вони мають можливість залишити відгуки письмові,

ну, і от залишають їх, або можуть написати в групу, або пишуть на фейсбуку, або є там на сайті якісь відгуки. Тобто як такої якоїсь однієї стратегії, якоїсь форми, якоїсь анкети чи чогось такого, щоб ми, наприклад, висилали, так, і вимірювали це конкретно, немає. Якщо говорити про цілу діяльність. Але коли ми реалізуємо якусь конкретну проектну діяльність, звичайно що в нас є ці інструменти. Тобто коли є якийсь тренінг чи якесь навчання, то звичайно опитування, анкетування, так, є «до», є «після». Тобто отакі речі є. Але якщо говорити про цілу масу клієнтів, то якогось такого прям паперового, цифрового немає, виходить. Є просто постійний контакт. Дуже хороший контакт людей, це про там реабілітаційний центр, то це таке святкування річниць центру, коли приїжджає кожного року все більше і більше людей, і ми вже просто повинні шукати місце, де це робити, тому що в нас там в центрі це не поміщається вже.

НН: Скажіть, будь ласка, я ще повернуся до оцінювання. Якщо ми говоримо про реабілітацію, то все одно у вас є якась відповідна програма реабілітації, на яку ви орієнтуєтесь. Ну от є в державних закладах стандарти соціальних послуг, у вас, якщо я не помилюся, є програма «12 кроків», тобто якимось відносно неї ви відштовхуєтесь, наприклад, що цей клієнт пройшов успішно всю програму, а той – ні. Чи якимось відносно таких от стандартів оцінюється, як відбувається робота?

КА: Звичайно, в нас є програма, це не є програма «12 кроків», ну бо програма «12 кроків» – це є така всесвітня програма, яку започаткували анонімні алкоголіки. Ми користуємося цією програмою, ми її активно використовуємо, але взагалі програма реабілітації в центрі є дещо іншою, більшою, ніж сама програма «12 кроків». І звичайно там є певні критерії, певні етапи, які проходить клієнт в реабілітації, так, і по яких оцінюється, чи він виконав свої завдання чи він їх не виконав, так, чи він досяг того результату чи не досяг, звичайно там є свої маркери, це все прописано.

НН: Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте?

КА: Звичайно, в нас є обов'язковий бухгалтерський аудит, так, це ну, обов'язкова річ. Так само регулярно юрист займається всіма документами в організації, щоб вони були в порядку. Якщо це про проекти і про донорів, звичайно, в кожного донора є свої вимоги. І часто перед якимось проектом потрібно оцінити там, ну якщо це якийсь грант з організаційного розвитку так, ну то треба оцінити розвиток організації в різних сферах, відповідно там після отримання гранту і проведення певної діяльності треба оцінити, яким чином він помінявся, там, цей розвиток, як це вплинуло і так далі. Так само і в інших проектах, так, є обов'язковою оцінка, є звітність, звичайно.

Бувало по-різному, буває, що ми самі... цей моніторинг і оцінка лежить на нас, а бувало так, що це експерти різних фондів, котрі приїжджають в організацію і оцінюють діяльність. Тобто є і такий досвід, і такий досвід.

22:10

НН: Які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів? Чи можете ви пояснити для кожного фактора, як і чому це допомогло?

КА: Фактори, які сприяють, це.. ну знову ж таки, однозначно, **навчання фахівців, супервізії**, ну в нас навіть є така вимога до фахівців, коли вони залучені в роботу в реабілітаційному центрі, це **індивідуальна терапія**. Це точно сприяє... Немає такої вимоги, щоб так, щороку проходити якесь навчання, але кожен фахівець має постійно підвищувати свій рівень і кваліфікацію і навчатися, і ми самі, ми просто організуємо собі. Наприклад, от прийшли до нас нові працівники, і ми бачимо, що треба провести для них семінари чи тренінг, наприклад, по ігрових залежностях, і ми шукаємо фахівця, шукаємо можливість і проводимо таке навчання. Тобто це те, що ми самі від себе вимагаємо. Звичайно що взагалі... ну кожен, хто працює з цією категорією клієнтів мусить мати відповідну освіту. Тому це, окрім роботи волонтерів, в яких може бути по-різному ще з освітою, так, то ті фахівці, які працюють на довгу дистанцію, вони мусять мати ту освіту і це є вимога. Це має бути психологія, соціальна робота.. так.

- НН:** Які три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів?
- КА:** Звичайно, на першому місці – це фінансування. Та й взагалі правовий статус.. ну, тобто якщо говорити про психотерапію, то немає закону, правда. Якщо говорити про реабілітаційні центри, то також немає ніякого закону. Тобто поки ми відомі і робимо якісну роботу і так далі, все окей, а коли хтось хоче причепитися, то завжди знайде за що, так. І абсолютно це не полегшує роботи.
- НН:** Скажіть, будь ласка, чи у вас був досвід отримання соціального замовлення, коли ваші послуги замовляли державні чи органи місцевого самоврядування? [перервався зв'язок]
- КА:** Була спроба організувати соціальне замовлення по роботі з кривдниками, з домашнім насильством, так. Наші фахівці вже більше шести років мають сертифікати як тренери, котрі навчалися на програмі по роботі з кривдниками в Польщі, от, і володіють цією програмою. Коли ми почали співпрацювати з Міністерством в цій справі і я організовувала теж такі зустрічі і з поліцією, і з центром соціальних служб, щоби разом це в команді робити, то ніби все було окей, ми вже йшли до того, що мали писати цю заявку, і це робити, але виявилось, що наші сертифікати не підходять, бо підходять тільки ті, які давало Міністерство по тій самій програмі, але від «Євро..шосьтам», а в нас не «Євро..шосьтам», і тому ми не можемо. Хоча програма та сама, підручники практично все те саме, ну от.. Особисто я на даному етапі на цьому звершила, але це питання в нас актуальне і воно стоїть постійно, як би що все ж таки треба це робити, тому що ми й так виконуємо ці завдання для держави, так, і потрібно якось себе мотивувати і пробувати розвивати ці соціальні замовлення.
- НН:** Які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів?
- КА:** Ну, так, я думаю, збільшення кількості працівників це актуально. Якщо говорити про реабілітаційний центр, то є частина житлового приміщення, яке потребує ремонту для того, щоби розширити площу, якою б могли користуватися клієнти. Можливо якась там .. розвинути якусь там співпрацю з якимись пунктом детоксикації.
- НН:** Як у вас взагалі відбувається це перенаправлення з медичними закладами, де люди якраз проходять детоксикацію?
- КА:** Ну, взагалі це всюди написано, але переважно люди не знають, вони до цього не дочитуються, вони просто телефонують і тоді ми їм кажемо, як це працює, так. Потрібно скерування від вашого лікаря і тоді ви таким-то чином в наркологію попадаєте, і так далі. Можемо порекомендувати якихось лікарів, яких ми знаємо багато років, які працюють і можуть адекватно надати таку допомогу. Часом до нас звертаються інші центри, які мають свої приватні якісь детокси, і кажуть, що от якщо хтось приватно, а не хоче там на Кульпарківській, наприклад, ну, то можна там до них, так. Такий теж досвід був.
- НН:** Взагалі, чи ви багато співпрацюєте з такими приватними, особливо, я знаю, що багато є таких реабілітаційних центрів а-ля при церквах, я маю на увазі такі невеличкі будиночки протестантських церков, чи ви з ними якось співпрацюєте?
- КА:** Як такої співпраці немає. Десь на початку нашого шляху в нас був такий проект по розвитку отаких тверезих осередків в різних частинах України, а ми відповідали за захід України. І також різні реабілітаційні центри, які тільки створювалися, вони приїжджали до нас теж на практику, на стажування і так ми більше з ними спілкувалися. А зараз, ні, немає якоїсь такої якоїсь співпраці з цими центрами.
- НН:** Добре, дякую. Які рекомендації щодо поліпшення якості та ефективності послуг ви могли б дати в контексті: б) супервізії, навчання та підтримка працівників і в) командної роботи та міждисциплінарної співпраці?
- КА:** Ну взагалі, що та супервізія має бути. Ну так, це має бути. От я там питаюся... людина каже, ну була, одна. Людина там 5-6-7 років працює і каже, пам'ятаю точно була одна... ну... це про що?? Це має бути просто.. як не знаю.. як вода. Це має бути просто, регулярно. Тим

більше дуже зараз велике навантаження на соціальних працівників, тому що все зараз помінялося в цій схемі і навантаження величезне, величезні райони, якихось два працівники і вони це все тягнуть... Це я не знаю, як вони це все тягнуть. Ну і звичайно ті державні служби можуть залучати.. От наприклад, коли ми говоримо з обласним центром соціальних служб, вони ж зараз методичний центр, вони б мали якраз за то відповідати, але в самих них не дуже є фахівців, які можуть ту супервізію проводити, тобто вони можуть залучати якихось інших спеціалістів.

НН: Які рекомендації щодо поліпшення якості та ефективності послуг ви могли б дати в контексті планування, фінансування та зміни політики?

КА: Так, ну це однозначно потрібно, якщо базуватися там на досвіді інших країн, то ж Міністерство охорони здоров'я, там страхова медицина оплачує лікування в центрі, наприклад. Звичайно, що це тягне за собою і свої мінуси: це термін реабілітації коротший набагато, але в принципі... Так само різна там судова система, там також це скерування клієнтів, які вчиняють злочини у зв'язку зі зловживанням, так, вони скеровуються на лікування, а не одразу до в'язниці, а навіть якщо попадають до в'язниці, то там є відділення також, в якому вони отримують ті самі знання, так, про залежність і як їм з того виходити. В нас такого нема, хоча ми пробували таке зробити.

НН: Чи ви знайомі з Центром пробації і взагалі їхньою діяльністю?

КА: Час від часу... Ну фахівці Центру пробації часто в нас десь на тренінгах, на семінарах навчаються, ми завжди запрошуємо.

НН: Був якийсь такий досвід, що вони скеровували до вас як альтернативний спосіб відбування покарань у вигляді реабілітації?

КА: Наразі не було такого досвіду.

НН: Зрозуміло, дуже дякую за ваші відповіді! Ви мені надзвичайно допомогли! На все добре, до побачення!

КА: Дякую й вам! До побачення!

Транскрипт інтерв'ю № 17

Головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу / Київ

Інформант:

Ім'я: АГ

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 12.11.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **НН**

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Скажіть, будь ласка, яку спеціальність ви отримали?

АГ: Бакалаврат – «Соціальна педагогіка», магістратура – «Соціальна робота»

НН: Якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

АГ: Головний фахівець з розвитку та моніторингу профілактичних програм та немедичного супроводу в ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

НН: Як довго ви на цій посаді? (Якщо ви описуєте попередню роботу соціальним працівником у сфері охорони здоров'я і вже там не працюєте, то як довго ви були на цій посаді?)

АГ: 5,5 міс

НН: Організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави (н-д, соціальне замовлення)?

АГ: Це державна установа.

НН: Опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

АГ: Реалізація програм протидії поширенню туберкульозу, епідемії ВІЛ/СНІД, вірусних гепатитів, інші інфекційних захворювань, інформуванням щодо імунізації населення, дослідження антимікробної резистентності, інфекційний контроль, інформуванням щодо неінфекційних захворювань, дослідження та профілактика залежності від психоактивних речовин, інформування в сфері фармменеджменту, лабораторні дослідження, промоція здоров'я тощо.

НН: Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади? Якщо так, будь ласка, опишіть ці посади та час, проведений на цих посадах?

АГ: Працювала кейс-менеджером по роботі з ЛВНІ в ВБО «Конвіктус Україна» - 6 міс.

09:01

НН: Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги. Якщо ви менеджер або керівник проекту, програми чи відділу, опишіть типи клієнтів у вашому відділі чи організації. При потребі можете навести приклади.

КА: Я займаюся моніторингом діяльності НУО, які реалізують програми профілактики щодо поширення ВІЛ/СНІД серед груп ризику (секс-працівники, люди, які вживають наркотики ін'єкційно, чоловіки, які сплять з чоловіками) та програм з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

НН: Які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів? При потребі можете навести приклади.

АГ: Першочергові проблеми зі здоров'ям в отримувачів послуг – це ВІЛ-інфекція, ППСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом), гепатити та туберкульоз. Все це пов'язано зі способом життя отримувачів: вживання психоактивних речовин та алкоголю, незахищений секс.

НН: У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими? Якщо так, будь ласка, поясніть.

АГ: Ні, не зосереджуюсь.

12:58

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

АГ: Здійснення оперативного моніторингу діяльності ВІЛ-сервісних НУО, перевірка звітності, здійснення моніторингових візитів у регіони та комунікація з отримувачами послуг.

НН: Як би ви описали свою філософію надання послуг / здійснення вашої роботи?

АГ: Я трудоголік, тому максимально віддаюсь роботі і часто затримуюся на роботі, що не дуже корисно для мене як особистості, але в нагоді в професійному розвитку. В роботі завжди намагаюся зрозуміти надавачів послуг і побудувати комунікацію таким чином, щоб мотивувати їх якісно надавати послуги.

НН: Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги? Будь ласка, наведіть приклади.

АГ: Для мене якість надання послуг на першому місці. В моніторингу діяльності НУО звертаю увагу на комунікацію надавачів послуг з отримувачами, 100%-ве виконання зобов'язань за Договором, ставлення соц.працівників до отримувачів та методи пошуку людей, які потребують кваліфікованої допомоги. Ціную чесність і відкритий діалог з НУО задля спільного пошуку кращих рішень.

НН: Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? При потребі наведіть приклади. Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад: недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість

ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо.

АГ: Проблемою наразі є те, що програма профілактики та немедичного супроводу є «молодою» і відповідно багато процесів, які мали б виконуватися в інших відділах установи, на плечах нашого відділу. Однак керівник відділу поступово знімає із нас з колегами зайве навантаження, яке не стосується наших посадових обов'язків.

Також викликом є часткова відсутність мотивації в надавачів послуг через обмежене фінансування послуг з боку держави, але наш відділ вже працює над вдосконаленням системи оплати послуг на наступний рік. Тому чекаємо на позитивні зміни.

15:35

НН: Чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди (колективу)?

АГ: В нашому колективі 6 програмних фахівців та керівник відділу. Керівник також здійснює моніторингові візити в регіони для моніторингу діяльності надавачів, бере участь у формуванні політик та процедур Центру, здійснює моніторинг діяльності нашого відділу тощо.

НН: Опишіть, як функціонує ваша команда. І тут детальніше: Як часто ви зустрічаєтеся і яка мета ваших зустрічей?

АГ: Щотижня у нас робоча зустріч, на якій обговорюємо виклики в роботі, з якими стикалися раніше, та плани на наступний тиждень.

НН: Коли і як члени команди спілкуються? Це відбувається переважно на зборах/засіданнях чи поза ними? Як це відбувається (особиста розмова, письмово через електронну пошту, соцмережі, телефонна розмова тощо)?

АГ: Ми спілкуємося весь час: як в офісі шляхом особистих або групових розмов, так і неформально (разом проводимо дозвілля час від часу). Робочі листування ведемо виключно через робочу пошту, при дистанційній роботі – по телефону.

НН: Наскільки ефективним є таке спілкування?

АГ: Усі методи ефективні в залежності від ситуації. З комунікації ніхто не випадає, завжди проговорюємо інформацію для всіх членів команди і ділимося досвідом.

НН: Який формат та тип взаємодії відбувається на зустрічах (формальне, неформальне, дружнє, агресивне, зверхнє, налаштоване на прийняття рішень тощо)?

АГ: Щось середнє між формальним та неформальним в залежності від питання до обговорення. І завжди налаштоване на прийняття рішень – кожен колега висловлює своє бачення вирішення того чи іншого питання і приймаємо остаточне колективне рішення.

НН: Які рішення приймаються на ваших робочих зборах/обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?

АГ: Все, що стосується комунікації з НУО, підготовки офіційних листів, презентацій та заходів (участі або організації), результати моніторингових візитів та рекомендації для покращення роботи надавачів послуг, планування діяльності тощо, стратегічне планування та реалізація програмних компонентів.

НН: Якими є переваги такого підходу у роботі вашої команди?

АГ: Всі завжди в курсі подій роботи відділу, маємо змогу обмінятися досвідом та підстрахувати один одного, коли потрібно.

НН: А які недоліки існують у діяльності вашої команди?

АГ: Наразі команду вважаю найкращою у теперішньому складі. Єдине – не вистачає ще 2 колег для комфортного розподілу робочого навантаження.

НН: Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним? Поясніть, чому.

АГ: Наразі позитивний однозначно. Члени команди підтримують одне одного, керівник намагається розподіляти навантаження на кожного в залежності від ситуації та можливостей, дає цікаві завдання і підтримує нас у навчанні та здобутті нового досвіду, разом з нами їздить в моніторингові візити і спілкується з НУО.

24:00

НН: Метою оцінювання послуг можуть бути різні види результатів, при цьому можуть використовуватися різні методи чи підходи. Наприклад, якість послуг можна оцінити, відстежуючи, як послуги надавались, посилаючись на стандарти соціальних послуг, певні індикатори, супервізію чи інші засоби. Результати послуг можуть бути оцінені шляхом вимірювання певних змін у житті клієнта, включаючи зворотній зв'язок клієнта (як було і як стало), а задоволеність послугою може оцінюватися, як правило, за допомогою відгуків клієнтів. Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників (н-д, стандарти соціальних послуг, внутрішні індикатори організації чи якийсь інший показник) використовуються та як саме це робиться?

АГ: Є алгоритм здійснення моніторингових візитів: моніторингова форма з оцінки діяльності надавачів послуг складається з багатьох індикаторів, за результатами яких формується кінцевий рейтинг НУО після моніторингового візиту. Ця форма включає в себе великий блок оцінювання якості надання послуг отримувачам: спостереження на пунктах надання послуг, спілкування з отримувачами послуг, анкетування соціальних працівників щодо рівня знань для здійснення якісного консультування.

НН: Як вимірюються результати послуг та як це робиться?

АГ: Тут безліч факторів: програмний фахівець здійснює верифікацію отримувачів на пунктах надання послуг (порівнює к-ть отримувачів під час візиту із середньою по даному ПНП), спостерігає за видачею ТМЦ, опитує отримувачів щодо отриманих ними послуг та порівнює з базою даних. Також фахівці з інших відділів ЦГЗ паралельно здійснюють моніторинг перенаправлень в ЛПУ (якщо в отримувача наявні ІПСШ, гепатит, туберкульоз тощо), перенаправлення ЛВНІ на ЗПТ, в програми догляду і підтримки, якщо отримувач має позитивний статус ВІЛ. Кожні пів року організації подають звіти за результатами виконання індикаторів з надання послуг та описові звіти про здійснену діяльність, яку програмні фахівці також порівнюють з базою даних.

НН: Чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами та як це відбувається?

АГ: Вони відіграють першочергову роль. Адже завдяки їхньому фідбеку ми можемо оцінити темпи реалізації програм, якість надання послуг конкретними надавачами (НУО) та вчасно втрутитися за потреби, надати технічну допомогу тощо. Відповідно до потреб отримувачів формуються конкретні інтервенції в програмах Центру, змінюються алгоритми надання послуг з метою охоплення якомога більшої к-ті представників груп ризику.

НН: Чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника? Чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?

АГ: Ми не зовсім соціальні працівники. Супервізію отримуємо щотижня на робочих зустрічах відділу.

НН: Чи є у вас коментарі щодо плюсів та мінусів у підходах щодо оцінювання у вашій організації (установі)?

АГ: Наразі немає.

НН: Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте? Якщо так, будь ласка, опишіть, що саме відбувається і чи корисно це для покращення ваших послуг?

АГ: Ми постійно комунікуємо із нашими партнерами в сфері ВІЛ/СНІД. Вони також здійснюють моніторингові візити в межах своїх програм та проектів і діляться інформацією, якщо виникають якісь проблеми із надавачами послуг. Також ми разом організуємо робочі зустрічі, наради, запрошуємо представників надавачів послуг (НУО) та обговорюємо стратегічно-важливі питання, в т.ч. й механізми моніторингу діяльності виконавців.

32:48

НН: Подумайте про ваш досвід надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я. Які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для

клієнтів? Чи можете ви пояснити для кожного фактора, як і чому це допомогло? (Тобто те, що вже відбулося (те, що запровадили) у вашій організації і те, що мало добрий вплив на якість та ефективність послуг).

АГ: В першу чергу, мій досвід роботи із ЛВНІ. Також я в свій час проходила практику в НУО по напряму роботи з СП (секс-працівники). Робота «в полі» дає змогу краще розуміти потреби цільових груп і надавати якісну консультаційну підтримку надавачам послуг та планувати програмну діяльність відповідно до потреб отримувачів.

Наш колектив сумлінно ставиться до підвищення своїх знань: ми постійно беремо участь в різноманітних заходах Центру та партнерів, читаємо міжнародні дослідження, проводимо власні заходи, і таким чином ділимося корисним досвідом та знаннями.

В нашому відділі є колега, однією з задач якої є полегшення робочих процесів. У нас регулярно оновлюються моніторингові форми, з'являються алгоритми та методички для виконання певної роботи. Це значно полегшує роботу.

НН: Які три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів? Для кожного фактора поясніть, будь ласка, чому.

АГ: Наявні проблеми, які все ще впливають на певні процеси, поза межами нашого відділу.

НН: Які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів? Подумайте про наступні тези, але якщо вдосконалення щодо певних пунктів не потрібне, поясніть, будь ласка, чому. Безпосереднє обслуговування клієнтів.

АГ: Наразі це питання фінансування програм з боку держави – підвищення тарифів за надання послуг позитивно вплине на надання послуг в регіонах.

НН: Супервізія, навчання та підтримка працівників.

АГ: Тут все добре. Наразі можливостей для навчання достатньо. Супервізія здійснюється на постійній основі.

НН: Командна робота та міждисциплінарна співпраця.

АГ: Тут також все добре. Між колегами взаєморозуміння і взаємоповага, допомагаємо одне одному і підстраховуємо.

НН: Оцінювання результатів отриманих послуг.

АГ: Тут немає меж для вдосконалення. Постійно працюємо над тим, щоб покращити алгоритми моніторингу.

НН: Планування, фінансування та зміни політики.

АГ: Вже писала вище щодо фінансування. Щодо зміни політики – гадаю, варто працювати в напрямі боротьби зі стигматизацією в суспільстві щодо груп ризику. Це задача не лише ЦГЗ, а й громадських організацій та сфери освіти.

НН: Чи є у вас інші рекомендації чи коментарі щодо вдосконалення послуг?

АГ: Наразі ми реалізуємо схвалені міжнародними організаціями доказові інтервенції в сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД та туберкульозу. Тому рекомендації поки у формі нових ідей, які потребують дослідження і перевірки часом.

НН: Щиро дякую за Ваш час!

АГ: Дякую і на зв'язку!

Транскрипт інтерв'ю № 18

Соціальний працівник, інструктор / Львівська область

Інформант:

Ім'я: ПЖ

Стать: чоловіча

Інтерв'ю:

Дата: 18.11.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / НН

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Скажіть, будь ласка, яку спеціальність ви отримали?

ПК: Львівська політехніка, бакалавр соціології, магістерка – соціальна робота, аспірантуру лишив після року наукової діяльності, от, кандидатський мінімум склав, але на роботу мене не вистачило. Ну, мене трошки здоров'я підвело і там по умовах було складно, нас до четвертого курсу ганяли по корпусах по сходах.. Умов жодних не було, зараз на порядок простіше. Коли корпуси були з ліфтами часом, але ліфти категорично не вмикали: або економія електроенергії, або там студенти нищать – отакі відмазки смішні.

НН: Якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

ПК: Офіційно я на посаді соціального працівника, але «соціалка» - це такий, можна сказати, невеличкий шматочок моєї роботи, а основна робота – це є робота перша, це є інструктор програми «Перший контакт», хтось називає інструктор, тренер, наставник, там супервізор, як завгодно. Ну, я прокачую людей, власне, по нейротравмі, менеджмент кишківника, сечового, профілактика пролежнів, техніка переміщення на візку, підбір візка, налаштування, обслуговування, ну різні технічні засоби реабілітації. [Реабілітаційний центр «Модричі»]

НН: Як довго ви на цій посаді?

ПК: Довго, десь напевно з 2015 року.

НН: Організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави (н-д, соціальне замовлення)?

ПК: Це приватна структура.

НН: Опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

ПК: Це є робота з нейротравмою.

НН: Тобто це реабілітація після нейротравми, правильно я розумію?

ПК: Після інсульту, після черепно-мозкових, після спінальної травми, після політрам.

НН: Це стаціонар?

ПК: Заклад стаціонарно типу, але часом.. ну, скажем, з ковідом зараз складніше, до ковіду ми приймали і амбулаторних пацієнтів, ну правда зараз враховуючи, яке наповнення, амбулаторних не часто приймаємо.

НН: Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади?

ПК: Якщо говорити за сферу охорони здоров'я, з 2014 року я волонтерю у Львівському військовому шпиталі, але це перші роки були на волонтерських засадах, рік часу я працював у них в проекті. Якщо говорити про роботу не в проектах, ну скажем на таборах спортивної реабілітації інструктором працював, але це волонтерська діяльність. Помимо «Модрич» я ще працював, то був Львівський протезний завод, 2007-09 роки, потім я ще вернувся в 2016-17 роках. Тобто був час, коли я поєднував і Модричі, і протезний завод.

09:12

НН: Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги.

ПК: Насправді, скажу тобі так, як є, але в приватних структурах, скажем, реабілітацію проходять різні люди, різні категорії: від самих незахищених до людей, які фінансово стоять дуже круто на ногах. Але насправді неплатоспроможних їх є небагато зазвичай, їх є, там, від 2 до 5%, а решта там: родичі десь в когось за кордоном, десь там на церкву збирають і так далі. Тобто найрізноманітніші.. Є соціальні проекти, є деякі категорії населення... Тобто зараз діти заїжджають безкоштовно по 309 постановою, от власне це є на бюджеті. Тобто це АТОВці також, вони в принципі такої категорії, які на державному забезпеченні, а решту людей, ну, за власний кошт приїжджає. *І: Добре. То там є і дорослі, і діти також можуть*

отримувати послуги? Р: Так, від «грудничків» фактично до року часу до людей там 80 років і так далі.

НН: Які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів?

ПК: Дивись. Власне за категоризацією є, скажем, вроджені патології і подібні речі, є виробничі травматизм, є професійний травматизм, є побутовий. Але основна маса – це побутова травма, травма на виробництві, вони завжди є, була і буде: хтось може отримати травму на відпочинку, хтось на роботі, хтось де завгодно. Тобто прив'язки до якоїсь певної нема.

НН: У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими?

ПК: Ні, в мене є профіль, от спінальний профіль ..ну, про спінальний профіль я знаю дуже багато, при тому, що в мене медичної освіти нема, в мене є більше 27 років стажу, 22 з них я в активній реабілітації, а так моїй травмі більше 27 років. Я багато всього.. ну, багато речей прийшлося вчитись самому, ну, бо не було фахівців на той час: ні фізичних терапевтів, ні спінальних урологів, хірургів і тому подібне. Часом мене зараз запитують: «де ти за кордоном отримував освіту?». Я кажу: «я вас розчарую, в мене нема медичної освіти». Власне, веду до чого.. скажем.. тобто я працюю з будь-якою категорією: чи це діти, чи це АТОВці, чи це цивільні, пацієнти, які мають нейротравму, в яких є ПОРА (ну, мається на увазі, порушення опорно-рухового апарату, руховий дефіцит і тому подібне).

16:00

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте? Як би ви описали свою філософію надання послуг / здійснення вашої роботи? Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги?

ПК: Безумовно.. пошук сильних сторін, акцент на сильних сторонах пацієнта. Консультування; налаштування, так, підбір візка і тому подібні речі чи крісла колісного чи технічних засобів реабілітації. Це то мається на увазі?

НН: Так, це власне такий функціонал, який ви виконуєте.

ПК: Пошук сильних сторін, наснаження, часом психологічна підтримка, ну, зазвичай завжди, воно трошки неформальну форму має.

ПК: Якщо власне говорити за філософію, був такий принцип, колись .. коли Катержина ...?? приїхала в Україну, це полька, яка потім в Чехію виїхала, вона свого роду засновник активної??? реабілітації в Україні. Ну, принцип був такий: навчився сам – навчи інших. Розумієш, хто володіє інформацією – той володіє світом. Інформація вартує дорого, люди, які спілкуються з профільними фахівцями, вони в першу чергу економлять здоров'я, час і гроші, свого результату вони досягають швидше. Тобто навчився сам – навчи й інших.

НН: Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі?

ПК: Це може бути гіперопіка з боку рідних, близьких, опікунів і т.д. Може бути споживацький характер з боку пацієнта/клієнта в залежності від того, в якому ти закладі працюєш, бо я поза межами Модрич також консультую.. там Топольна [Лікарня швидкої допомоги], шпиталь і так далі.. Ну от, якщо говорити за такі речі - це споживацький характер, це гіперопіка, це лінь, це комплекси. Це психологічна?? технічна?? травма. А стосовно там «битовухи», там, чи по здоров'ю, однозначно це недоступність, архітектурні бар'єри, психологічні бар'єри. Стосовно самого здоров'я, ну, скажем, відлежане, відсутність лікарень?? і так далі. *І: Дякую. А якщо говорити про проблеми організаційного характеру, наприклад, брак інформації, якоїсь освіти, або завелике навантаження, або відсутність якихось фахівців, людей, до яких би ви хотіли скерувати людину, але таких фахівців просто немає.* Р: Є проблема зараз, якщо говорити про спінальну травму – це є спінальна урологія, спінальна хірургія тобто, ну, нема фахівців в Україні в принципі, які «заточені» би були під спінальний профіль, ну, не тільки під спінальний профіль, звичайно, але хоча би, щоб вони розуміли, з чим вони мають справу. Багато медиків живе по тому принципу, що їм простіше взяти трьох пацієнтів з проблемами з гландами, ніж одного зі «спіналкою», ну, умовно, розумієш. Їм простіше взяти кількох легших, і поставити грошенята в кишеню, і не мати

стілки мороки, ніж одного, як кажуть, важчого. Але через що найбільш прикро, що навіть якщо той «візочник» спінальний платоспроможний чи там у людини з будь-якою іншою нейротравмою, воно не гарантує тобі якісних послуг. От власне взяв за звичку звертатися до вузькопрофільних фахівців останніх десять років, в мене є травматолог, в мене є хірург, уролог – люди, які розуміють, з чим вони мають справу. Хороший фахівець – він на вагу золота, він без роботи сидіти ніколи не буде.

24:45

НН: Чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди (колективу)? Якщо це міждисциплінарна команда, наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? Хто виступає в ролі керівника групи та яка професія керівника (координатора) команди? Яка роль керівника команди?

ПК: Мультидисциплінарна команда.. не знаю, як ви то визначаєте за визначеннями. Однозначно це є робота в команді, бо тому що як би там не було, коли є взаємодія, тоді є менше ризиків, тоді ти швидше результату добиваєшся. В команді є ерготерапевт, фізичний терапевт, у команді є хтось з медиків, розумієш, є от власне не знаю, як ти то назвеш, інструктор, ментор чи соціальний працівник, як я; психолог чи логопед, ну, в залежності від випадку. Але головне робота в команді, бо без взаємодії не буде нічого. Ну і власне нас є поділ по категоріях, мається на увазі від рівня знань і навиків фахівця. Якщо говорити за керівника.. ну, однозначно там є завідуючий медвідділом, є фізичний терапевт найвищої категорії, він є керівником нашої команди (Масний Олег Олегович). Але кажу, є люди «зі старої гвардії», їх не багато зараз залишилося, є в нас гідрокінезотерапевт, з яким ми також працюємо. Ну, але кажу.. є там по ерготерапії – це одна людина, по гідрокінезотерапії – це друга людина, ну, яка типу стоїть на чолі команди, але ми типу собі функціонуємо разом. Просто він дивитися, щоб в басейні був порядок, скажем так, вирішує різні такі «непанятки», конфліктні ситуації; по ерготерапії – це друга людина, по фізичній терапії – це третя людина. Але є взаємодія, є фідбек, як з боку клієнта, так і з боку фізичних терапевтів чи ерготерапевтів нижчої категорії. Є медсестри, є лікарі. Є супровід, людина може бути на повному супроводі, вона може бути на нашому супроводі, може приїхати зі своїм. Тому для того у нас відносно недавно (десь з рік) відкрили відділення «інтенсивки», бо важких пацієнтів хочуть зазвичай швидше «збаграти» зі стаціонарів лікарень, державні заклади їх хочуть відправити, бо високий ризик, скажем, летальності.

НН: Опишіть, як функціонує ваша команда. І тут детальніше: Як часто ви зустрічаєтеся і яка мета ваших зустрічей? Коли і як члени команди спілкуються? Наскільки ефективним є таке спілкування? Який формат та тип взаємодії відбувається на зустрічах? Які рішення приймаються на ваших робочих зборах/обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?

ПК: Однозначно є збори щодня, є загальні збори раз на тиждень. Є відповідно графіки загальні, де дають, власне.. Ну, на щоденних зборах, як правило, складаються графіки, обговорюються різні речі, організаційні моменти і тому подібне.. от.. можливості якихось покращень, ідей і тому подібних речей.. Помимо графіків, інвентаря ми можемо розбирати пацієнтів.. При чому медики як би в нас окремих підрозділ, але ми мусимо з ними взаємодіяти і ми взаємодіємо з ними. Часом підходить людина, ну, ті, які без корони на голові, питає там, радяться, ну, ті, які живуть з принципу «рівний-рівному», ті, які радяться, попри те, що в них медична освіта і так далі. Питають, що краще і як краще, от. Однозначно стараємося складні випадки ... часом 7 консультацій за день і ти ...-вий виїжджаєш, а часом заїжджаєш в інтенсивку, одна-дві консультації .. адекватні ... бо, скажем, і випадок складний і опікуни??, знаєш, такі, що легковажають, що дивишся, вся та інформація, що ти їм надаєш, яка на вагу золота, що вона сквозняком пролітає помімо вух, і ти розумієш, що той пацієнт в групі ризику. Там осінь, перші холоди, чи перша зима, він там або помре, або від пневмонії, або від пролежнів, там сепсис або ще якісь нюанси, бо тому що вони не організують належного догляду. І от таке. *І: То можна сказати, що ви тоді займаєтесь такими питаннями, якщо ви бачите, що є така загрозна ситуація, так, то ви вже тоді*

включається в той процес, щоб це попередити? Р: Ну, дивись.. Ми постійно тримаємо руку на пульсі, постійно є взаємодія, постійно є обмін інформацією з фахівцями... Ну взагалі по пацієнтах, по складних, то я взагалі мовчу, ми сидимо, розбираємо, звідки який ресурс можна взяти. Але кажу, все, що від нас залежить, ну, ми робимо. Тобто де чим допомогти, чи в плані консультативному, чи в плані ...-ей, чи в плані крісел-колісних, чи якихось таких засобів. Ну, ми підказуємо. Часом було так, що я, там, помагав на громадських організаціях, на волонтерських засадах, скажем, і я людям возики привозив, чи там подушки, чи засоби гігієни.

НН: Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним?

ПК: Ну, скажем, однозначно він був позитивним, бо як кажуть, робота в команді: одна голова добре, а з тулубом краще. Насправді, коли більше людей, адекватних людей, коли вони є фахівці своєї справи, в когось якісь свіжі ідеї, в когось якесь нове бачення, хтось помічає такі деталі, які інший не помічає – це ефективніше. Негативного досвіду не так багато, зазвичай то стосується людей з завищеною самооцінкою або, грубо кажучи, профанів.

36:00

НН: Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників використовуються та як саме це робиться? Як вимірюються результати послуг та як це робиться?

ПК: Говоримо за пацієнтів, при поступленні пацієнту проводять певне тестування в залежності від випадку. Скажемо, для інсультників і черепно-мозкової травми, так це тести по когнітивці, по ..-балансу, якщо ми говоримо за спінальну травму – тестують на вході, коли вони попадають до нас, і тестують перед виїздом. Це є наочність, бо всі ми працюємо на результат, принципи (...-ової???) доказовості, щоб розуміти, який він був на вході і що він (...-вав???) за той період, що він був у нас. От такі тести в нас проводяться.

Стосовно моєї роботи особистої якогось такого, як би то назвати, «конвеєра» нема. Це може бути умовно, 20-30 людей, а може бути в два рази більше, в залежності від напливу пацієнтів і від їхніх запитів. Перша консультація зазвичай обов'язкова в нас, але часом людині є про що поговорити, а часом, ну, він максимально вичерпну відповідь по своїх питаннях отримав, але потім ,ну, хочеться побалакати, чисто там, психологічний підтекст якийсь такий, налаштувати, поділитися.

НН: Чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами та як це відбувається?

ПК: Наразі анкетування як такого нема, свого роду тестування. Але якщо говорити об'єктивно, багато людей пише коменти на сайті, приємно. Є люди, які поза межами Модрич, ну, можуть набрати, запитати, як справи. Скажемо якісь такі більш дружні стосунки формуються. Ти розумієш, що від твоєї якоїсь слушної поради залежить майбутнє людини, здоров'я чи життя, ну, стараєшся, щоб тебе потім совість не мучила. Там якщо міг щось попередити, а ти не попередив...

НН: Чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника? Чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?

ПК: Насправді.. Стосовно супервізії приїжджали до нас фахівці з певних сфер, ну, яких я вже знаю купу років. Скажем, супервізія здійснювалася відносно молодих фахівців, які там мали найнижчу категорію, їх навчали, моніторили, як вони працюють, дивилися ..ну, вони тестували їх, відповідно і так далі. А стосовно там, щоб в мене був якийсь супервізор, то його немає. Ну, імпровізовано, ми собі можемо, там, в позаробочий час сісти там з тими, що я говорю, зі старої гвардії за кавою, поради якісь, він може поділитись, що його болить, потім я ,що мене болить, ну, різні такі організаційні моменти, брак можливості якогось розвитку і тому подібне. Стосовно там практикантів і «молодняка», як я їх називаю, дітвора, то якщо мого боку, то така неформальна супервізія, я їх також (...???) по різних місцях, скажем, щоб розуміли, як кажуть, трошки неврологію, трошки фізіологію, трошки біомеханіку, всякі такі речі. Те, чим ми маємо керуватися – це не нашкодь.

НН: Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте?

ПК: Стосовно якості послуг, якщо говорити виключно про мої послуги... Стосовно бюджетних коштів, звітянки, відповідно.. Ну, але, кажу, бюджетники – це в нас одна категорія, мається на увазі наразі.. хочеться, щоб ті послуги були доступні для всіх без винятку, бо кажу, на бюджеті в нас тільки діти і АТОВці. Тобто це порційна складова.

44:03

НН: Які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів?

ПК: Насправді, взаємодія. Взаємодія не тільки в межах закладу, а й поза межами закладу. Це є робота з нейрохірургічними відділеннями, це є робота з різними закордонними організаціями і фахівцями. Це є взаємодія як на державному, так і на міжнародному рівні. З різного роду фахівцями. Так само ми є відкриті для іноземців. Скажем, піднімати рівень іноземної мови, тої ж таки англійської, ну і вже мовного бар'єра нема – вже є простіше працювати. Це є супервізія з боку профільних фахівців, ну, раніше принаймні така була. Воно повпливало на «молодняк», розумієш, ну. Скажем, я свого роду такий, знаєш, універсал, мені трошки простіше. Хоч насправді універсалів не буває, є якісь певні напрямки, в яких я, як риба в воді. Я знаю все від елементарного до вищого, до пілотажу. Але кажу, якщо то не мій профіль, я бодай знаю, куди ту людину скерувати, до якого фахівця. Ну і в свою чергу, якщо виникають питання по «спіналіці» ... Ну, якось воно так. Взаємовиручка, взаємоврозуміння, самоосвіта, однозначно. Ну, ти мусиш рости, мусиш іти в ногу з часом, актуальність. То як лікували, чи там як реабілітовували в Союзі, там якісь п'явки, голки і тому подібне, ну, завжди має бути принцип наукової доказовості, ти маєш обґрунтовувати то, що ти робиш. Бо кажу, 95% пацієнтів не будуть питатися, чому саме так, а не так, але ти не знаєш, хто попаде в тих 5% і ти мусиш дати клієнту чи пацієнту вичерпні відповіді, розумієш. Але в першу чергу ти мусиш дати її собі, щоб не виглядати, ну, умовно кажучи, бараном, як би це не звучало. Основна мета – не покалічити людину як фізично, так і психологічно. Часом, знаєш, якесь необережне слово чи термінологія хтось рубанеш з плеча і все, і людина ставить на собі хрест. Ну, неодноразово доводилось виправляти помилки там таких «фахівців», які списували людину заживо. Чи там, скажем, наснажувати тих же ж опікунів, коли людина була в вегетативному стані, чи коли людей з якимось такими випадками... Ти ж знаєш.. кожен випадок.. ну, все дається в порівнянні.

НН: Які три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів?

ПК: Деструктивне відношення і спілкування, часом, егоїзм, часом лінь з боку якихось фахівців, часом завищена самооцінка. Але кажу, такі люди, як правило, не приживаються, і ми з ними не спрацьовуємося. Як би то дивно не звучало, основного ти очима не побачиш. Часом вистачає тобі поспілкуватися з людиною 5 хвилин і ти просто розумієш, що це той випадок «как жаль, что вы наконец-то уходите». А часом, розумієш, тобі приємно і ти виходиш з якихось таких серйозних випадків, ти сідаєш, комунікуєш, пропрацьовуєш варіанти і там.. людина думає вже все, от глухий кут.. але пару хвилин і розвертають її з того глухого кута, і вона виходить. Але кажу, мусить бути взаємодія і взаємрозуміння, бо своє «его» - це добре, якщо там самооцінка завищена, людина не профільна в тій сфері.. Ну часом хтось хоче бути універсалом, а не можна знати все і про все. Вузька спеціалізація, вона, знаєш, рулить.

НН: Які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів?

ПК: Стосовно рекомендацій.. Ну, якщо ми говоримо про ситуацію в державі, про ситуацію на роботі будь-де повинен бути конструктив, будь-де повинна бути взаємодія і будь-де профільними послугами мають займатися профільні фахівці, розумієш. Ампаторства треба уникати, тому що з цього нічого доброго не виходить навіть на рівні держави. Надихатися закордонним досвідом, міжнародними фахівцями – воно в плюс. Треба бути завжди

відкритим для тих же ж практикантів, студентів і т.д. Умовно студент випускається після 5,5 років, а він нульовий. Тому, кажем побувши.. маючи змогу прикласти руку до пацієнта, вони часом за один термін практики набивають тут руку більше, ніж за попередніх 5 років. Розумієш, має бути співпраця з вищими навчальними закладами, бо добре, коли людина має змогу побачити теорію на практиці, як воно все виглядає.

Транскрипт інтерв'ю № 19

Фахівець соціальної роботи / Львів

Інформант:

Ім'я: АШ

Стать: чоловіча

Інтерв'ю:

Дата: 23.11.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **НН**

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Скажіть, будь ласка, яку спеціальність ви отримали?

АШ: Повна вища. Соціальна робота

НН: Якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

АШ: Фахівець соціальної роботи. Львівський міський центр реабілітації «Джерело».

НН: Як довго ви на цій посаді? (Якщо ви описуєте попередню роботу соціальним працівником у сфері охорони здоров'я і вже там не працюєте, то як довго ви були на цій посаді?)

АШ: З 2017 року. (4 роки)

НН: Організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави (н-д, соціальне замовлення)?

АШ: Державна установа

НН: Опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

АШ: Послуги денного догляду. Реабілітаційні послуги (послуга раннього втручання, реабілітаційні курси, послуги майстерні реабілітаційного обладнання), діагностичні послуги.

НН: Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади? Якщо так, будь ласка, опишіть ці посади та час, проведений на цих посадах?

АШ: Ні

06:34

НН: Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги. Якщо ви менеджер або керівник проекту, програми чи відділу, опишіть типи клієнтів у вашому відділі чи організації. При потребі можете навести приклади.

АШ: Сім'ї, які виховують дітей з інвалідністю віком від народження до 4ох років та сім'ї, які виховують дітей з групи ризику соціального чи біологічного віком від народження до 4-ох років

НН: Які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів? При потребі можете навести приклади.

АШ: Фізичні, психологічні, поведінкові труднощі, труднощі з комунікацією, труднощі з харчуванням.

НН: У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими? Якщо так, будь ласка, поясніть.

АШ: У своїй особистій роботі я працюю з усіма клієнтами незалежно від конкретних проблем здоров'я клієнта.

09:48

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

АШ: Соціальний супровід сімей. (консультування, діагностика, формування мережі клієнта)

НН: Як би ви описали свою філософію надання послуг / здійснення вашої роботи?

АШ: Втрутитись в проблему раніше, аніж вона втрутиться у ваше життя.

НН: Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги? Будь ласка, наведіть приклади.

АШ: Функціональність, сімейно-центрованість, доказовість, робота в природньому середовищі, партнерство, координація.

НН: Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? При потребі наведіть приклади.

Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад: недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо.

АШ: Розуміння концепції та формат послуги батьками. Розуміння фахівцями інших структур важливості послуги. Відсутність «доброї» міжгалузевої співпраці. Удосконалення нормативних документів щодо надання послуги.

15:19

НН: Чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди (колективу)? Якщо це команда лише соціальних працівників, наскільки вона велика та які ролі членів команди? Чи є керівник (координатор) команди, і яку роль він відіграє? Або якщо це міждисциплінарна команда, наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? (Н-д, якщо в команді працює лікар, медсестра, фізіотерапевт або психолог, соціальний робітник тощо). Хто виступає в ролі керівника групи та яка професія керівника (координатора) команди? Яка роль керівника команди?

АШ: Ні це не лише соціальні працівники. Команда 15 осіб. Лікар, фізичні терапевти, психологи, ерготерапевт, терапевти мови та мовлення (логопед), фахівці соціальної роботи, реєстратор-адміністратор. Керівники групи – терапевт мови та мовлення. Координація роботи команди.

НН: Опишіть, як функціонує ваша команда. І тут детальніше: Як часто ви зустрічаєтесь і яка мета ваших зустрічей?

АШ: Двічі на тиждень зустрічається Велика команда для планування роботи на найближчий період часу в залежності від запиту клієнтів, новин та змін. (розгляд нових індивідуальних справ клієнтів, формування графіків роботи, формування «малих» команд, розгляд індивідуальних справ клієнтів, які отримують послуги).

Мала команда зустрічається за потреби внесення змін до надання послуги, за потреби додаткових діагностик чи мотіторингу. (Мала команда це фахівці, які безпосередньо надають послугу певним клієнтам впродовж отримання послуги).

НН: Коли і як члени команди спілкуються? Це відбувається переважно на зборах/засіданнях чи поза ними? Як це відбувається (особиста розмова, письмово через електронну пошту, соцмережі, телефонна розмова тощо)?

АШ: Члени команди спілкуються зазвичай двічі на тиждень загальні збори. За потреби спілкуються особисто, через соціальні мережі та телефонні розмови.

НН: Наскільки ефективним є таке спілкування?

АШ: Ефективним. Показником є результати отримання послуги клієнтами.

НН: Який формат та тип взаємодії відбувається на зустрічах (формальне, неформальне, дружнє, агресивне, зверхнє, налаштоване на прийняття рішень тощо)?

АШ: Збори (Формальне, дружнє, налаштоване на прийняття рішень).

АШ: Особисті розмови, спілкування у соціальних мережах, телефонні розмови (неформальне, дружнє).

НН: Які рішення приймаються на ваших робочих зборах/обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?

АШ: Рішення щодо роботи з клієнтами (хто надаватиме послугу, в який спосіб, з допомогою яких методів та засобів). Рішення щодо роботи та дозвілля команди. Рішення приймається командно. Вплив на рішення є рівноцінним кожного.

НН: Якими є переваги такого підходу у роботі вашої команди?

АШ: Швидке вирішення поставлених завдань. Можливість отримання різних варіантів вирішення поставлених завдань. Цінність думки кожного члена команди та повага особистості.

НН: А які недоліки існують у діяльності вашої команди?

АШ: Різні бачення кожного фахівця, які не завжди просто привести під один знаменник.

НН: Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним? Поясніть, чому.

АШ: Позитивним. Оскільки є можливість обміну різнофаховою інформацією в контексті роботи.

27:16

НН: Метою оцінювання послуг можуть бути різні види результатів, при цьому можуть використовуватися різні методи чи підходи. Наприклад, якість послуг можна оцінити, відстежуючи, як послуги надавались, посилаючись на стандарти соціальних послуг, певні індикатори, супервізію чи інші засоби. Результати послуг можуть бути оцінені шляхом вимірювання певних змін у житті клієнта, включаючи зворотній зв'язок клієнта (як було і як стало), а задоволеність послугою може оцінюватися, як правило, за допомогою відгуків клієнтів. Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників (н-д, стандарти соціальних послуг, внутрішні індикатори організації чи якийсь інший показник) використовуються та як саме це робиться?

АШ: Якість послуги оцінюється батьками / опікунами клієнтів при заповненні анкети якості послуги, при залишенні відгуків у книзі відгуків або на сайті організації.

НН: Як вимірюються результати послуг та як це робиться?

АШ: Вимірювання результату послуги є проведення контрольних скринінгів, анкетувань та участь (залученості) сім'ї до співпраці з фахівцями.

НН: Чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами та як це відбувається?

АШ: Так. Це є анкетування та відгуки.

НН: Чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника? Чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?

АШ: Так отримую. Так це є корисним.

НН: Чи є у вас коментарі щодо плюсів та мінусів у підходах щодо оцінювання у вашій організації (установі)? Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте? Якщо так, будь ласка, опишіть, що саме відбувається і чи корисно це для покращення ваших послуг?

АШ: Так відіграють. Вони дають можливість підтвердження важливості послуги.

34:22

НН: Подумайте про ваш досвід надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я. Які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів? Чи можете ви пояснити для кожного фактора, як і чому це допомогло? (Тобто те, що вже відбулося (те, що запровадили) у вашій організації і те, що мало добрий вплив на якість та ефективність послуг).

НН: Які три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів? Для кожного фактора поясніть, будь ласка, чому.

НН: Які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів?

НН: Чи є у вас інші рекомендації чи коментарі щодо вдосконалення послуг?

НН: Щиро дякую за Ваш час! Дякую і на зв'язку!

Транскрипт інтерв'ю № 20

Фахівець соціальної роботи, ерготерапевт / Львів

Інформант:

Ім'я: ЛХ

Стать: жіноча

Інтерв'ю:

Дата: 20.11.21

Онлайн

Інтерв'юер і транскриптор: Назар Н. І. / **НН**

Текст інтерв'ю

00:00

НН: Скажіть, будь ласка, яку спеціальність ви отримали?

ЛХ: Вища (магістр, соціальна робота)

НН: Якою є ваша теперішня або попередня посада соціального працівника у сфері охорони здоров'я та назвіть організацію, в якій ви працюєте (працювали)?

ЛХ: Фахівець соціальної роботи, Львівський міський центр реабілітації «Джерело»

НН: Як довго ви на цій посаді? Якщо ви описуєте попередню роботу соціальним працівником у сфері охорони здоров'я і вже там не працюєте, то як довго ви були на цій посаді?

ЛХ: 4 роки.

НН: Організація, в якій ви працюєте, є державною чи недержавною установою, навіть якщо певне фінансування надходить від держави (н-д, соціальне замовлення)?

ЛХ: Державна установа.

НН: Опишіть широкий спектр послуг, що надаються у вашій організації?

ЛХ: Діагностика оцінки розвитку дитини; підбір адаптованого реабілітаційного обладнання; послуги відділення Раннього Втручання; програми денного догляду для дітей та осіб з інвалідністю; комплексна реабілітація (від 4 до 18 років); консультування батьків, тощо

НН: Чи працювали ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в інших установах чи організаціях до нинішньої посади? Якщо так, будь ласка, опишіть ці посади та час, проведений на цих посадах?

ЛХ: Ні.

06:05

НН: Опишіть категорії клієнтів, яким ви надаєте чи надавали послуги. Якщо ви менеджер або керівник проекту, програми чи відділу, опишіть типи клієнтів у вашому відділі чи організації. При потребі можете навести приклади.

ЛХ: Молоді особи з інвалідністю (вік 18-45).

НН: Які проблеми зі здоров'ям та інші пов'язані з цим проблеми є у ваших клієнтів? При потребі можете навести приклади.

ЛХ: Церебральний параліч, синдром Дауна, аутизм, розумова відсталість, тощо

НН: У своїй особистій роботі ви зосереджуєтесь на конкретних категоріях клієнтів, можливо із певними конкретними проблемами зі здоров'ям чи іншими? Якщо так, будь ласка, поясніть.

ЛХ: Працюю з усіма категоріями клієнтів

09:12

НН: Які ваші функціональні обов'язки та які типи послуг ви надаєте?

ЛХ: Соціальний супровід, визначення основних проблем та складання індивідуального плану роботи з молодіжною особою, соціально-побутова адаптація, проведення занять, підтримка соціально-побутових навичок.

НН: Як би ви описали свою філософію надання послуг / здійснення вашої роботи?

ЛХ: Створювати можливості для кращої якості життя молодих осіб з інвалідністю.

НН: Чи існують принципи і цінності, яких ви намагаєтесь дотримуватись, надаючи свої послуги? Будь ласка, наведіть приклади.

ЛХ: Доброта, відповідальність, чесність, відкритість, любити те що робиш, чуйність.

НН: Які виклики чи проблеми виникають у вас при спробі надати послуги, які ви назвали б як «найкращі практики» у своїй роботі? При потребі наведіть приклади.

Виклики та проблеми можуть стосуватися, наприклад: недостатньої професійної підготовки; доступу до супервізії чи підтримки з боку керівника; навантаження; відсутності інших служб чи фахівців, здатних відповідати потребам клієнтів; недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів; недосконала політика (недосконале планування); відсутність мотивації і фідбеку від самих клієнтів тощо.

ЛХ: Недостатній розвиток фахівців (тренінги, додаткові навчання тощо), низька заробітня плата, важкий контингент (психологічно) клієнтів, загрози здоров'ю працівників, недостатня супервізія.

13:15

НН: Чи працюєте ви соціальним працівником у сфері охорони здоров'я в складі команди (колективу)? Якщо це команда лише соціальних працівників, наскільки вона велика та які ролі членів команди? Чи є керівник (координатор) команди, і яку роль він відіграє? Якщо це міждисциплінарна команда, наскільки вона велика та яка професійна кваліфікація членів команди? (Н-д, якщо в команді працює лікар, медсестра, фізіотерапевт або психолог, соціальний робітник тощо). Хто виступає в ролі керівника групи та яка професія керівника (координатора) команди? Яка роль керівника команди?

ЛХ: Команда складається з 12 осіб (фахівець з соц. роботи, соціальні робітники, інструктори з трудової адаптації, психологи). Керівник – інструктор з трудової адаптації. Роль – координація та організація робочого процесу, проведення зборів, ведення та заповнення документації, контактує з батьками, опікунами тощо.

НН: Опишіть, як функціонує ваша команда. І тут детальніше: Як часто ви зустрічаєтесь і яка мета ваших зустрічей?

ЛХ: 1 раз на місяць офіційні (формальні) збори, проте, якщо є важливі питання, проблеми тощо, то збираємось в будь-який день.

НН: Коли і як члени команди спілкуються? Це відбувається переважно на зборах/засіданнях чи поза ними? Як це відбувається (особиста розмова, письмово через електронну пошту, соцмережі, телефонна розмова тощо)?

ЛХ: Кожен день фахівці бачаться та розмовляють одне з одним. Спілкуємось в будь-який час незалежно від зборів.

НН: Наскільки ефективним є таке спілкування?

ЛХ: Спілкування вважаю ефективним, оскільки панує відкрита та приємна атмосфера, ми в будь-який час ділимося проблемами і спільно вирішуємо, обмінюємось порадами досвідом. Таке спілкування дозволяє робочому процесу відбуватися тут і зараз, а не відкладати важливе на потім.

НН: Який формат та тип взаємодії відбувається на зустрічах (формальне, неформальне, дружнє, агресивнє, зверхнє, налаштоване на прийняття рішень тощо)?

ЛХ: Дружнє, скоріше неформальне, ніж формальне, хоча залежить від обставин, до уваги береться думка кожного.

НН: Які рішення приймаються на ваших робочих зборах/обговореннях, як відбувається прийняття рішень і хто має найбільший вплив?

ЛХ: Спочатку починаємо вирішення адміністративних питань, потім внутрішні, активні обговорення, підведення підсумків та останнє слово за керівником.

НН: Якими є переваги такого підходу у роботі вашої команди?

ЛХ: Відкритість – кожен має право на власну думку та вона враховується.

НН: А які недоліки існують у діяльності вашої команди?

ЛХ: Недостатня чітка межа обов'язків деяких фахівців.

НН: Загалом ваш досвід роботи в команді був переважно позитивним чи переважно негативним? Поясніть, чому.

ЛХ: В зальному позитивний. Перший досвід роботи офіційно на посаді фахівця з соціальної роботи, досвід у міждисциплінарній команді, набуття нових знань, вмінь та навичок, досвід роботи з молодими особами з інвалідністю, тощо.

21:54

НН: Метою оцінювання послуг можуть бути різні види результатів, при цьому можуть використовуватися різні методи чи підходи. Наприклад, якість послуг можна оцінити, відстежуючи, як послуги надавались, посилаючись на стандарти соціальних послуг, певні індикатори, супервізію чи інші засоби. Результати послуг можуть бути оцінені шляхом вимірювання певних змін у житті клієнта, включаючи зворотній зв'язок клієнта (як було і як стало), а задоволеність послугою може оцінюватися, як правило, за допомогою відгуків клієнтів.

Скажіть, будь ласка, як оцінюється якість послуг, які ви надаєте? Хто залучений, які типи соціальних показників (н-д, стандарти соціальних послуг, внутрішні індикатори організації чи якийсь інший показник) використовуються та як саме це робиться?

ЛХ: Оцінює безпосередньо керівник відділення (вербально, наприклад чи досягнута мета? Так якщо ні то чому?), а також певні форми, які ми заповнюємо до початку та в кінці роботи, щоб бачити наочно (в балах) результат роботи.

НН: Як вимірюються результати послуг та як це робиться?

ЛХ: Про це я вже казала раніше.

НН: Чи відіграють роль клієнти у наданні зворотного зв'язку щодо задоволеності послугами та як це відбувається?

ЛХ: Так в ході заняття, розмов (коли молоді особи мовні та розумово збережені). Також про певні запити чи результати спілкуємось з батьками чи опікунами.

НН: Чи отримуєте ви супервізію у ролі соціального працівника? Чи вважаєте ви це корисним у своїй роботі?

ЛХ: На початку роботи так, останні роки ні. Вважаю корисним, оскільки це бачення зі сторони, поради, щось може бути таке, що у щоденній діяльності цього не помітиш.

НН: Чи є у вас коментарі щодо плюсів та мінусів у підходах щодо оцінювання у вашій організації (установі)?

ЛХ: Як побажання хотілось б розробити більш досконалу форму оцінювання.

НН: Чи відіграють якусь роль професійні організації, державні органи чи органи місцевого самоврядування або будь-які інші зовнішні організації в оцінці послуг, які ви надаєте? Якщо так, будь ласка, опишіть, що саме відбувається і чи корисно це для покращення ваших послуг?

ЛХ: Ні.

26:45

НН: Подумайте про ваш досвід надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я. Які три найважливіші фактори сприяли покращенню якості та ефективності ваших послуг для клієнтів? Чи можете ви пояснити для кожного фактора, як і чому це допомогло? (Тобто те, що вже відбулося (те, що запровадили) у вашій організації і те, що мало добрий вплив на якість та ефективність послуг).

ЛХ: Тренінги – додаткова інформація, яка мала позитивний вплив для надання послуг (наприклад, теми про переміщення, судоми, перша домедична допомога тощо).

Відвідування схожого Центру за кордоном – обмін досвідом, ідеями.

Ведення нової документації стосовно кожної молодшої особи – реабілітаційний профіль, що дозволяє отримувати більш детальну інформацію про молоду особу

НН: Які три найважливіші фактори спричинили чи досі спричиняють певні проблеми, які або потрібно було подолати, або все ще потрібно подолати, покращивши якість та ефективність ваших послуг для клієнтів? Для кожного фактора поясніть, будь ласка, чому.

ЛХ: Карантин – відсутність поїздок та відвідування різних центрів, кінотеатрів тощо для соціальної взаємодії та адаптації молодих осіб.

Відміна методичних днів (остання п'ятниця місяця), де обговорювались найбільш важливі моменти, що стосувалися адміністративного функціонування Центру.

Низька заробітня плата працівників і як наслідок, низька мотивація тощо.

Відсутність страхування працівників, оскільки робота з деякими молодими особами може мати негативний та небезпечний вплив на здоров'я фахівців.

НН: Які б рекомендації ви надали, що допомогли б поліпшити якість та ефективність послуг для ваших клієнтів? Подумайте про наступні тези, але якщо вдосконалення щодо певних пунктів не потрібне, поясніть, будь ласка, чому.

а) Безпосереднє обслуговування клієнтів.

ЛХ: Краща співпраця з батьками (обговорення, круглі столи) в плані домашнього догляду та певних особливостей поведінки, самообслуговування тощо. Обмін цінними ідеями та досвідом (як з боку батьків так і фахівців), що дозволив покращити якість життя молодих осіб.

НН: А як щодо супервізії, навчання та підтримки працівників?

ЛХ: Більш часті навчання та тренінги для працівників; заохочення, збільшення заробітної плати.

НН: Командна робота та міждисциплінарна співпраця.

ЛХ: Чіткі межі та компетенції кожного фахівця.

НН: Оцінювання результатів отриманих послуг.

ЛХ: Вдосконалення форм оцінювання, можливо розробка нових.

НН: Планування, фінансування та зміни політики.

ЛХ: Збільшення з.плати

НН: Чи є у вас інші рекомендації чи коментарі щодо вдосконалення послуг?

ЛХ: Немає.

НН: Щиро дякую за Ваш час! На все добре!

ЛХ: Дякую й вам. До побачення!

НН: Дякую і на зв'язку!

Відповіді експертів на ранжовані запитання

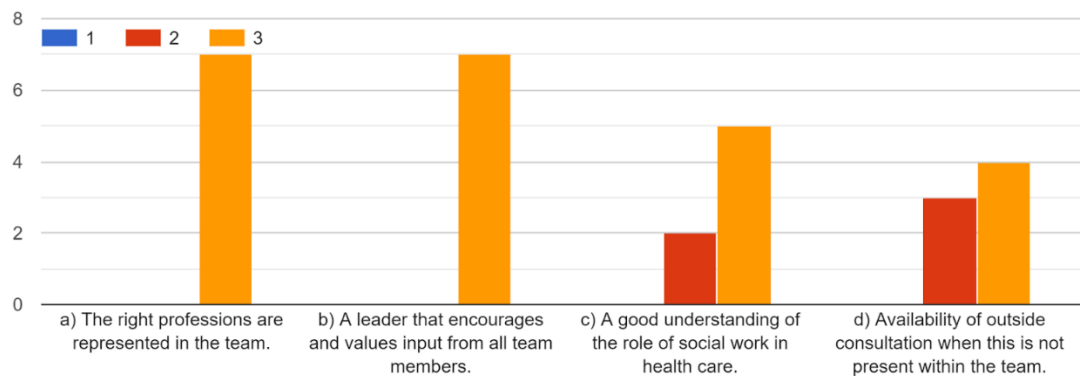
(другий раунд емпіричного дослідження)

Робота в команді

Перше запитання. Наскільки важливим для доброї командної роботи є кожен з наведених нижче пунктів (будь ласка, поставте «X» після числа, яке найкраще відображає вашу думку, де 1=менш важливо, 2=важливо та 3=дуже важливо)? Чинники: а) У команді є всі необхідні фахівці (професії). б) Лідер (керівник), який підтримує та цінує внесок усіх членів команди. в) Адекватне розуміння та сприйняття ролі соціальної роботи у сфері здоров'я. г) Можливість отримання зовнішньої підтримки чи консультації для працівника, якщо вона відсутня в команді.

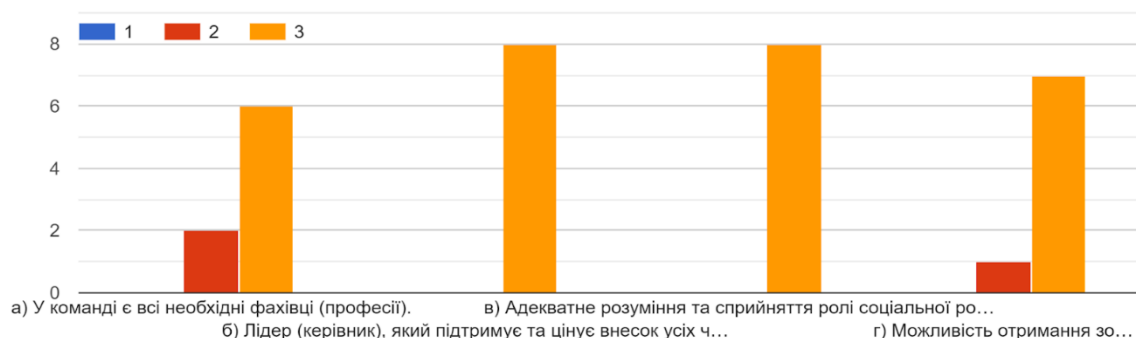
Діаграма відповідей експертів із Канади:

1. How important are each of the following to good teamwork (Please choose the number that best represents your opinion where 1=less important, 2=important, and 3=very important)?



Діаграма відповідей експертів із України:

4. Наскільки важливим для доброї командної роботи є кожен з наведених нижче пунктів (будь ласка, виберіть число, яке найкраще відображає...нш важливо, 2 - важливо та 3 - дуже важливо)?

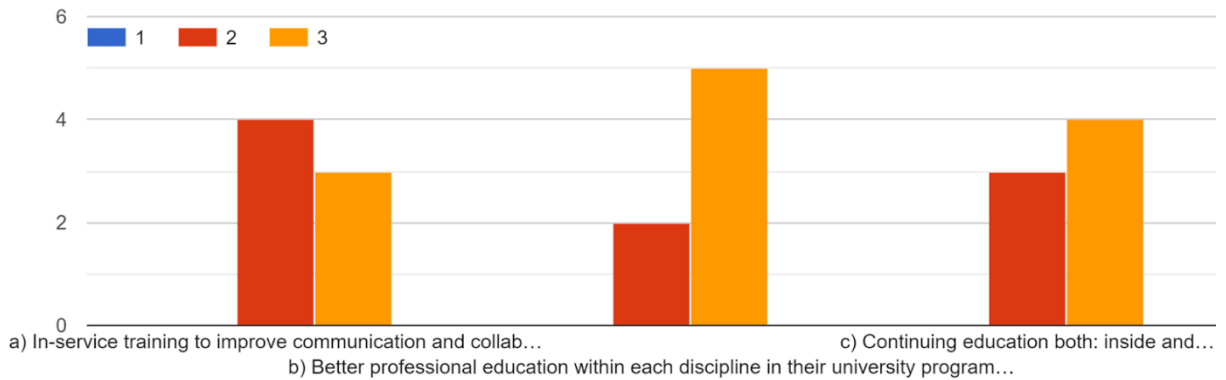


Робота в команді

Друге запитання. Якщо потрібне покращення роботи команди в певній організації, що ви порадите (будь ласка, поставте «Х» після числа, яке найкраще відображає вашу думку, де 1=менш важливо, 2=важливо та 3=дуже важливо)? Чинники: а) Навчання і тренінги всередині організації для покращення комунікації та спільної роботи в команді. б) Покращення професійних університетських програм та програм післядипломної освіти, які готують фахівців в межах конкретних напрямків. в) Безперервна освіта як всередині організації, так і за її межами, самоосвіта.

Діаграма відповідей експертів із Канади:

3. If improvements to team functioning in any organization are required, what do you recommend (Please choose the number that best represents y...s important, 2=important, and 3=very important)?



Діаграма відповідей експертів з України:

5. Якщо потрібне покращення роботи команди в певній організації, що ви порадите (будь ласка, виберіть число, яке найкраще відображає...нш важливо, 2 - важливо та 3 - дуже важливо)?



Підвищення якості й ефективності послуг

Перше запитання. Хоча наведені нижче фактори були оцінені позитивно на першому етапі опитування, будь ласка, розташуйте їх в порядку, де «1» = найважливіший, «2» = другий за важливістю і так далі, а «5» = найменш важливий фактор для забезпечення якості та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я.

- Розбудова мережі контактів та постійна співпраця між усіма професіоналами, які надають послуги.

- Безперервна освіта для підвищення професійних знань і навичок.

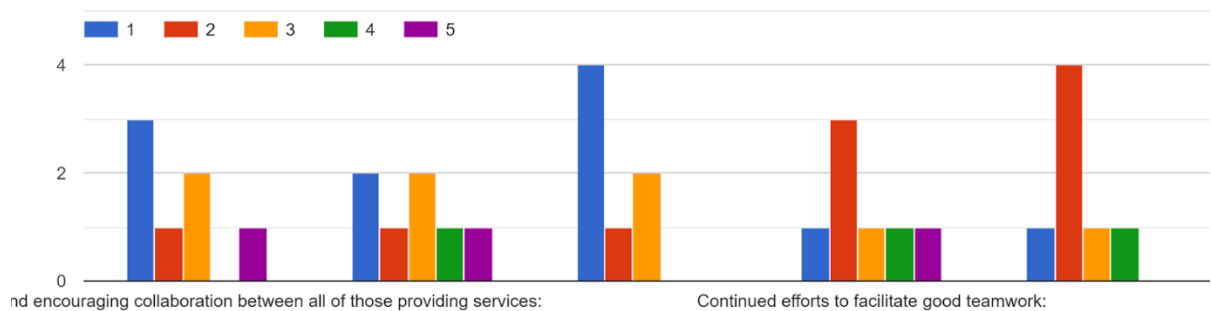
- Збільшення фінансового забезпечення для надання соціальних послуг у сфері здоров'я.

- Полегшення робочих процесів та уніфікація їх документування.

- Підтримуюче, добре організоване керівництво та супервізія.

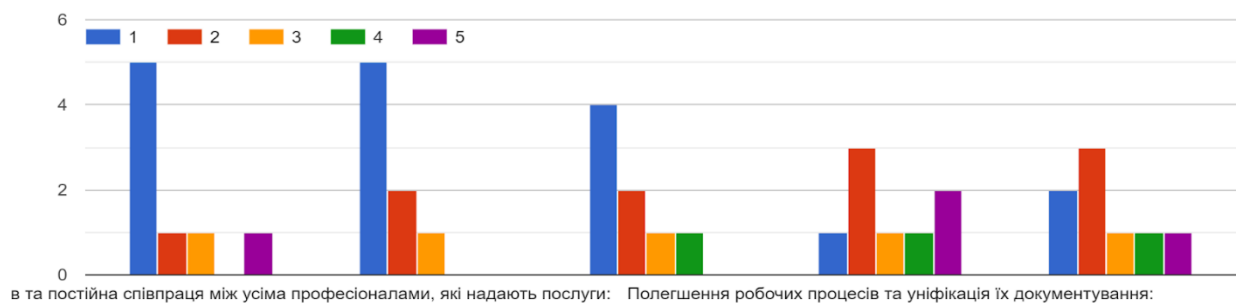
Діаграма відповідей експертів із Канади:

1. Read the Summary of Section 6. Although the following factors were rated positively in the first survey, please rank these factors where 1=most important, 2=second in im...ity and effectiveness of social services in health care.



Діаграма відповідей експертів із України:

8. Хоча наведені нижче фактори були оцінені позитивно на першому етапі опитування, будь ласка, розташуйте їх в порядку, де «1» = найважливіший, «2» =...і та ефективності соціальних послуг у сфері здоров'я.



Підвищення якості й ефективності послуг

Друге запитання. Нижче наведено кілька факторів, які спричинили проблеми для надання якісних послуг у вашій професійній діяльності. Розташуйте кожен фактор у порядку, де «1» = найважливіша проблема, а «5» = найменш важлива проблема на основі вашого професійного досвіду.

- Відсутність послідовності та системності політик, стандартизації послуг у сфері здоров'я та соціальних послуг.

- Нерозуміння значення соціальної роботи, її ролі в сфері здоров'я.

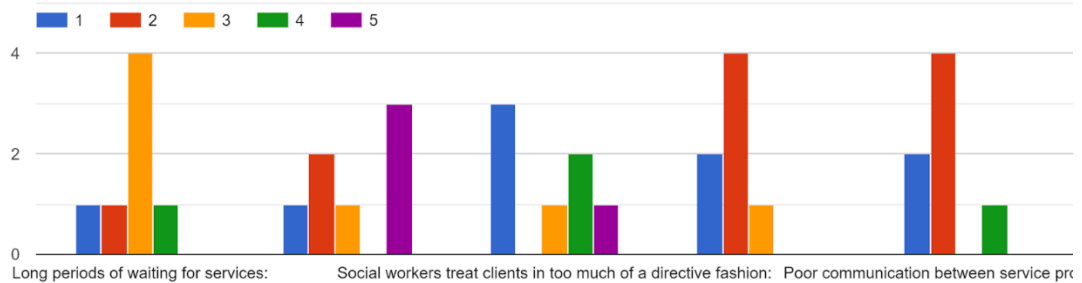
- Недостатня мотивація фахівців через низький рівень оплати праці, велике навантаження або загрозу життю чи здоров'ю.

- Проблеми з мотивацією до змін клієнтів, їхньою забезпеченістю, доступом до інформації та їхнього оточення.

- Відсутність належної підтримки та супервізії з боку керівництва.

Діаграма відповідей експертів із Канади:

3. Several factors that caused problems in achieving good quality services in your work setting are noted below. Rank each factor where 1= most important problem to 5=... based on your experience in your current work setting.



Діаграма відповідей експертів з України:

9. Нижче наведено кілька факторів, які спричинили проблеми для надання якісних послуг у вашій професійній діяльності. Розташуйте кожен фактор у порядку, де «1» = найважливіша проблема на основі вашого професійного досвіду.

