МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, СОЦІОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

ОРГАНІЗАЦІЙНО УПРАВЛІНСЬКІ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В БАГАТОПРОФІЛЬНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ: УКРАЇНСЬКИЙ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувач 2 курсу 07-211М групи
Спеціальності 231 Соціальна робота
Освітньо-професійної програми
«Соціальна робота»
Олександр СКОРОХОД

Керівник: д.соціол.н., професор
Ірина ШАПОШНИКОВА
Рецензент:

Івано-Франківськ 2025

ЗМІСТ

ВСТУП..... 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В БАГАТОПРОФІЛЬНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ..... 7
1.1. Поняття та функції багатопрофільного реабілітаційного центру 7
1.2. Теоретичні моделі управління соціальною роботою у реабілітаційних центрах 13
1.3. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи у сфері реабілітації в Україні та Європейському Союзі 19
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ..... 24
2.1. Сучасний стан та проблеми функціонування реабілітаційних центрів в Україні 24
2.2. Кадрове та управлінське забезпечення соціальної роботи (роль соціальних працівників, психологів, медиків, менеджерів) 34
2.3. Інноваційні підходи та практики (онлайн-програми, партнерські проєкти, міжсекторальна взаємодія)..... 44
РОЗДІЛ 3. ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКИХ МОДЕЛЕЙ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНІ 56
3.1. Організаційні моделі соціальної роботи у реабілітаційних центрах ЄС..... 56
3.2. Приклади міждисциплінарної взаємодії та управлінських практик у Німеччині, Польщі та Скандинавських країнах..... 60
3.3. Перспективи впровадження європейських підходів в Україні: можливості, ризики, рекомендації..... 66
ВИСНОВКИ 75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 79
ДОДАТКИ..... 85

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабне військове протистояння, розпочате Російською Федерацією проти України у лютому 2022 року, спричинило безпрецедентну кризу у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення. За даними Національної служби здоров'я України, кількість пацієнтів із діагностованим посттравматичним стресовим розладом зросла майже у чотири рази порівняно з 2021 роком: від 3 167 осіб до 12 494 випадків станом на кінець 2023 року [7]. Лише протягом перших двох місяців 2024 року було зафіксовано 3 292 нових діагностованих випадки, що відповідає показникам усього 2021 року разом узятого [7]. Всесвітня організація охорони здоров'я прогнозує, що до 2025 року майже чверть населення України — близько 10 мільйонів осіб — потерпатиме від психологічних розладів, пов'язаних із тривогою, стресом та посттравматичними станами [9].

Особливо загрозливою є ситуація серед військовослужбовців, де симптоми посттравматичного стресового розладу розвиваються у 12–20% вояків, які перенесли бойову травму [9]. Водночас міністр внутрішніх справ України Ігор Клименко повідомив, що від початку 2024 року рівень домашнього насильства зріс на 14%, причому близько 60% випадків пов'язані з військовими, які повернулися з фронту [13]. Окрім психологічних травм, масштабність фізичних ушкоджень внаслідок бойових дій вимагає створення розгалуженої системи медичної та соціальної реабілітації. Станом на жовтень 2024 року в Україні офіційно зареєстровано 4 646 735 внутрішньо переміщених осіб, багато з яких також потребують комплексної реабілітаційної підтримки [5].

Багатопрофільні реабілітаційні центри покликані стати основним інструментом відновлення фізичного, психологічного та соціального здоров'я постраждалих. Проте українська система реабілітації досі характеризується фрагментарністю послуг, недостатньою координацією між медичними,

психологічними та соціальними службами, дефіцитом кваліфікованих фахівців та відсутністю науково обґрунтованих управлінських моделей [19]. Відповідно до даних Міністерства охорони здоров'я України, наприкінці 2022 року було запущено пілотний проєкт з введення соціальних працівників до складу мультидисциплінарних реабілітаційних команд у 19 лікарнях, однак системне впровадження міждисциплінарного підходу залишається незавершеним [19].

Водночас країни Європейського Союзу демонструють значні успіхи у створенні інтегрованих реабілітаційних систем. Німеччина налічує понад 50 спеціалізованих центрів неврологічної реабілітації та щорічно обслуговує близько 2,5 мільйона пацієнтів, застосовуючи систему поетапної реабілітації від фази A до фази F [30]. Скандинавські країни, зокрема Норвегія, розробили комплексну модель координаційних підрозділів, які забезпечують міждисциплінарну взаємодію та індивідуальне планування реабілітації [34]. Польща активно впроваджує центри психічного здоров'я з інтеграцією соціальних послуг та робототехнічних технологій у фізичну реабілітацію [46, 49].

Вивчення європейського досвіду організації та управління реабілітаційними центрами дозволяє виокремити ключові принципи ефективної роботи: комплексність послуг, міждисциплінарну координацію, клієнтоорієнтованість, використання доказових практик та інноваційних технологій [38, 43]. Адаптація таких моделей до українського контексту з урахуванням національних соціально-економічних і правових реалій становить нагальну потребу для розбудови ефективної системи соціальної реабілітації в Україні [37].

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційну роботу виконано в межах наукової теми кафедри філософії, соціології та соціальної роботи «Сучасні технології формування професійної активності в умовах трансформації сучасного українського суспільства» (державний реєстраційний № 0117U006790). Тема кваліфікаційної роботи

обговорена й схвалена на засіданнях кафедри філософії, соціології та соціальної роботи , а також затверджена наказом по університету.

Мета дослідження – визначити та проаналізувати організаційно-управлінські моделі соціальної роботи в багатопрофільних реабілітаційних центрах, зіставити український та європейський досвід і розробити рекомендації щодо їх удосконалення в Україні.

Завдання дослідження:

1. Розкрити теоретико-методологічні засади соціальної роботи в багатопрофільних реабілітаційних центрах.
2. Проаналізувати стан та проблеми організації соціальної роботи у реабілітаційних центрах України.
3. Дослідити організаційно-управлінські моделі соціальної роботи в країнах Європейського Союзу.
4. Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення управління соціальною роботою у реабілітаційних центрах України.

Об'єкт дослідження – процес організації та управління соціальною роботою у багатопрофільних реабілітаційних центрах.

Предмет дослідження – організаційно-управлінські моделі соціальної роботи у багатопрофільних реабілітаційних центрах України та країн ЄС.

Наукова новизна. Уперше здійснено порівняльний аналіз українських та європейських організаційно-управлінських моделей соціальної роботи у сфері комплексної реабілітації. Уточнено поняття та функціональні особливості міждисциплінарної взаємодії у реабілітаційних центрах. Запропоновано авторську класифікацію управлінських моделей з урахуванням українських реалій та європейських стандартів. Розроблено рекомендації щодо впровадження інноваційних управлінських практик у діяльність реабілітаційних центрів України.

Практичне значення. Результати дослідження можуть бути використані у практиці організації роботи реабілітаційних центрів, у діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування під час розробки програм

соціальної підтримки населення, для підготовки та підвищення кваліфікації соціальних працівників, при створенні онлайн-програм і цифрових сервісів соціальної реабілітації.

Методи дослідження. Аналітичний огляд наукової літератури за темою дослідження, порівняльний аналіз українського та європейського досвіду, контент-аналіз нормативно-правових документів, соціологічні методи дослідження, системний підхід до розгляду реабілітаційного центру як комплексної організації, узагальнення та моделювання для розробки практичних рекомендацій.

Апробація результатів дослідження. Дослідження та його результати було предметом обговорення й розгляду на засіданнях кафедри філософії, соціології та соціальної роботи (протоколи від 11.09.2024 р. № 1, від 02.09.2025 р. №1) та під час попереднього захисту кваліфікаційних робіт. Результати дослідження лягли в основу наукової публікації:

1. Скороход О. Організаційно-управлінські моделі соціальної роботи в багатопрофільних реабілітаційних центрах: український та європейський досвід. *Магістерські студії: електронний альманах. 2025. Вип. XXV*. С.____.

Структура роботи: вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В БАГАТОПРОФІЛЬНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ

1.1. Поняття та функції багатопрофільного реабілітаційного центру

Багатопрофільний реабілітаційний центр являє собою спеціалізовану організацію, призначення якої полягає у наданні комплексних послуг особам, які внаслідок захворювання, травми чи інших факторів втратили здатність до повноцінного функціонування у фізичному, психологічному або соціальному вимірі. Визначення сутності та функцій таких закладів потребує міждисциплінарного підходу, оскільки реабілітаційні центри перебувають на перетині медичної, психологічної, соціальної та педагогічної сфер діяльності.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 року № 1053-IX, реабілітація визначається як сукупність заходів, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених або втрачених функцій організму людини та здатності до виконання нею певних видів діяльності [23]. Багатопрофільність реабілітаційного центру передбачає інтеграцію різноманітних спеціалізацій та підходів у єдину систему надання допомоги. Згідно з Великим тлумачним словником української мови, профіль означає сукупність основних, типових рис, що характеризують професію або галузь діяльності [6]. Отже, багатопрофільність вказує на поєднання численних напрямів роботи в межах однієї організаційної структури.

Вітчизняні дослідники, зокрема Шевцов А.Г., визначають реабілітацію як системний процес, спрямований на відновлення здоров'я, працездатності, соціального статусу та особистісного потенціалу людини після хвороби чи травми [32, с.58-62]. Автор наголошує, що реабілітаційний центр має забезпечувати не лише медичне відновлення, а й психологічну підтримку, соціальну адаптацію, професійну переорієнтацію та формування навичок самообслуговування [32]. Такий підхід узгоджується з міжнародними

стандартами, зокрема із визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка розглядає реабілітацію як набір втручань, призначених для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності у осіб із порушеннями здоров'я у взаємодії з їхнім середовищем [38].

У праці Голяченка А. О. «Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров’я в Україні» наголошується, що багатопрофільні центри повинні об’єднувати фахівців різних напрямів — лікарів, реабілітологів, фізіотерапевтів, психологів, соціальних працівників та педагогів [10, с. 12–15]. Така міждисциплінарна взаємодія забезпечує комплексний підхід до кожного пацієнта, дозволяючи враховувати як соматичні, так і психосоціальні аспекти його стану. Автор акцентує, що ефективність реабілітаційних заходів суттєво зростає за умови узгоджених дій усіх учасників команди, що реалізують єдиний індивідуальний план втручання [10, с. 20].

Європейський центр досліджень з реабілітації у своїх аналітичних звітах визначає багатопрофільний реабілітаційний центр як організацію, яка функціонує на основі біопсихосоціальної моделі здоров’я, розробленої у межах Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (МКФ) [40, с. 12–18]. Така модель передбачає інтеграцію біологічних, психологічних і соціальних чинників, що формують цілісне бачення стану людини. МКФ, схвалена ВООЗ, акцентує на необхідності одночасного врахування компонентів функцій і структур тіла, рівня активності, участі у соціальному житті, а також персональних і середовищних чинників [48, с. 65–70].

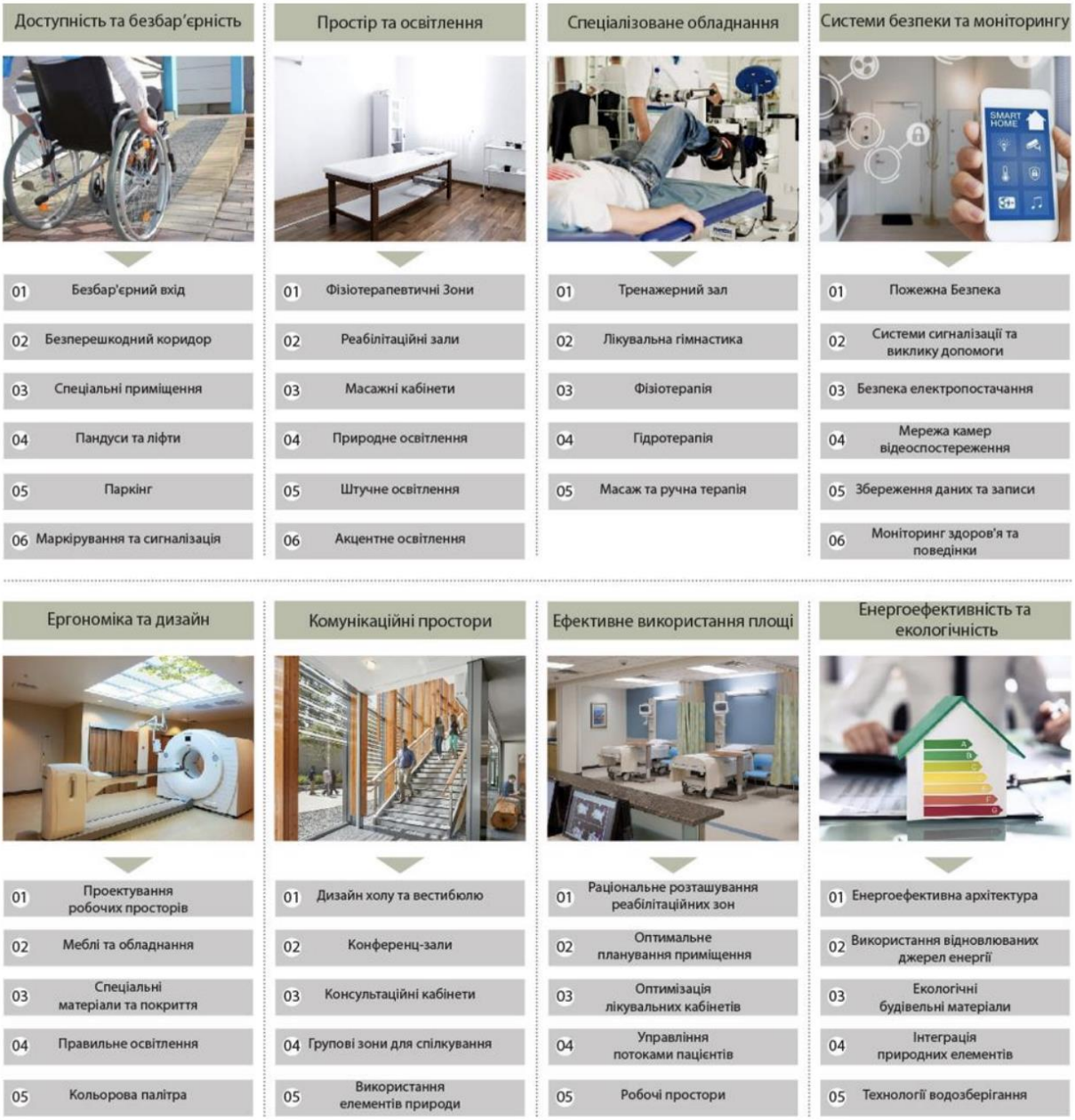


Рисунок 1.1 – Структурна модель багатопрофільного реабілітаційного центру

Джерело: складено автором за [15,22]

Функціональне призначення багатопрофільних реабілітаційних центрів охоплює декілька взаємопов'язаних напрямів. Медична функція передбачає надання спеціалізованої медичної допомоги, спрямованої на відновлення порушених функцій організму. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385, медична реабілітація включає застосування фізіотерапевтичних методів, лікувальної фізкультури, масажу,

рефлексотерапії та інших засобів фізичної медицини [19]. Башкін І. підкреслює, що фізична реабілітація відіграє ключову роль у загальній системі охорони здоров'я населення, особливо для осіб із захворюваннями опорно-рухового апарату, серцево-судинної та нервової систем [2].

Психологічна функція реабілітаційних центрів спрямована на подолання психологічних наслідків захворювань або травм, корекцію емоційних порушень, підвищення мотивації до відновлення та формування адаптивних копінг-стратегій. У праці Вдовіченко О., Соколової І., Педченко О. та Степанової С. «Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю» подано результати досліджень, що демонструють важливість створення спеціалізованих програм для подолання посттравматичного стресового розладу [6, с. 107–118]. Автори описують досвід Ізраїлю, де психологічна підтримка комбатантів інтегрована у систему медичних і соціальних послуг, включаючи індивідуальну та групову психотерапію, арт-терапевтичні методи, тренінги саморегуляції та роботу з родинами ветеранів [6, с. 110].

Соціальна функція багатопрофільних центрів полягає у сприянні ресоціалізації та реінтеграції осіб з обмеженими можливостями у суспільство. Дяченко О. П. та Казарян Г. Г. у статті «Соціальне замовлення як інструмент державно-приватного партнерства в системі соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю в Україні» доводять, що соціальне замовлення може виступати ефективним механізмом взаємодії держави та приватного сектору для підтримки діяльності реабілітаційних центрів [13, с. 89–93]. Автори підкреслюють, що ці установи мають забезпечувати не лише медичну допомогу, а й підготовку клієнтів до повернення на ринок праці, інформування щодо соціальних гарантій і розвиток соціальної мережі підтримки [13, с. 92]. У свою чергу, Чічкань М. В. у дисертаційному дослідженні «Правове регулювання соціального захисту інвалідів» вказує на потребу комплексного підходу до соціальної реабілітації, який охоплює професійну орієнтацію,

навчання новим спеціальностям і соціально-побутову адаптацію [29, с. 141–144]

Інформаційно-консультативна функція полягає у наданні пацієнтам і їхнім родинам достовірної інформації щодо послуг, прав і можливостей соціальної інтеграції. Приступа Є. Н. у праці «Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров’я» підкреслює, що важливою складовою роботи є інформування пацієнтів про методи самодопомоги, використання технічних засобів реабілітації та залучення ресурсів громадських організацій [24, с. 92–96]. Пожидаєв В. В. у монографії «Фізіотерапія. Організація роботи фізіотерапевтичних кабінетів і відділень у центрах медичної реабілітації та санаторно-курортних закладах» акцентує увагу на значенні освітніх заходів, спрямованих на формування здорового способу життя і профілактику рецидивів захворювань [22, с. 45–52].

Координаційна функція реалізується через узгодження діяльності різних фахівців і служб, забезпечення безперервності реабілітаційного процесу та контролю за виконанням індивідуальних планів. У «Положенні про навчально-реабілітаційний центр», затвердженому наказом Міністерства освіти і науки України від 28 серпня 1997 р. № 325, визначено, що координація передбачає проведення консиліумів, моніторинг результатів, корекцію програм реабілітації та взаємодію між установами різних рівнів [27, с. 4–5].

Організаційна структура таких центрів варіюється залежно від профілю, розміру та джерел фінансування, але обов’язково передбачає медичний, психологічний, соціальний і адміністративний підрозділи. Медичний відділ включає лікарів-реабілітологів, фізіотерапевтів, ерготерапевтів і масажистів [12, с. 6]. Психологічна служба складається з психологів, психотерапевтів, іноді психіатрів [30, с. 15]. Відділ соціальної роботи об’єднує соціальних працівників і педагогів [26, с. 3], а адміністративно-управлінський апарат здійснює планування, кадрову політику та взаємодію з державними і недержавними структурами [27, с. 4].

Погонцева О. В. у праці «Формування готовності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до професійної діяльності в оздоровчих центрах» наголошує на важливості міждисциплінарної підготовки спеціалістів [21, с. 7–10]. Прихода І. В. у статті «Організаційно-методологічні підходи до професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні» обґрунтовує доцільність компетентнісного підходу, що забезпечує здатність працювати у команді, застосовувати доказові практики і комунікувати з клієнтами та родинами [25, с. 60–66].

Особливістю сучасних багатопрофільних центрів є орієнтація на індивідуальні потреби клієнта. Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), реабілітаційний процес має враховувати не лише медичні показники, а й особистісні цілі, соціальні ролі та контекст життєдіяльності [48, с. 65–70]. Тому індивідуальний план реабілітації розробляється спільно з пацієнтом, членами його родини та всіма фахівцями, залученими до процесу [49, с. 30–34].

Чапляк А. П., Романів О. П. та Надь Б. Я. у праці «Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій» відзначають, що комплексна підтримка військовослужбовців, які отримали поранення чи психологічні травми, можлива лише в умовах багатопрофільних закладів, здатних забезпечити тривалу медико-психологічну та соціальну допомогу [28, с. 21–26].

Ефективність функціонування реабілітаційних центрів безпосередньо залежить від упровадження доказових практик. У рекомендаціях ВООЗ, зокрема в документі «Access to rehabilitation in primary health care: a continuing challenge», підкреслено, що реабілітаційні послуги мають базуватися на найкращих наукових доказах і постійно вдосконалюватися шляхом моніторингу ефективності [38, с. 102–104].

Багатопрофільні реабілітаційні центри також виконують просвітницьку функцію, спрямовану на підвищення обізнаності населення щодо можливостей реабілітації, профілактики захворювань та підтримки здорового способу життя [45]. Організація семінарів, вебінарів, публікація інформаційних матеріалів та

взаємодія з медіа сприяють формуванню позитивного ставлення до реабілітації та зменшенню стигматизації осіб з обмеженими можливостями.

1.2. Теоретичні моделі управління соціальною роботою у реабілітаційних центрах

Управління соціальною роботою у багатопрофільних реабілітаційних центрах становить складний процес, що потребує застосування науково обґрунтованих теоретичних моделей. Вибір управлінської моделі впливає на організаційну структуру закладу, розподіл функцій між спеціалістами, ефективність міждисциплінарної взаємодії та, зрештою, на результати реабілітаційних втручань.

Системний підхід до управління соціальною роботою розглядає реабілітаційний центр як цілісну систему, елементи якої взаємопов'язані та взаємозалежні. Основоположником системного підходу у науці управління вважається Людвіг фон Берталанфі, який розробив загальну теорію систем. Згідно з системною теорією, організація функціонує як відкрита система, яка взаємодіє з зовнішнім середовищем, отримує з нього ресурси, обробляє їх та повертає результати діяльності. Застосування системного підходу до реабілітаційних центрів передбачає розгляд усіх компонентів закладу — структурних підрозділів, персоналу, клієнтів, матеріально-технічної бази, фінансових та інформаційних ресурсів — як єдиного організму, функціонування якого спрямоване на досягнення спільної мети.

Бурик З.М. досліджує систему методів державного регулювання сталого розвитку в Україні та зазначає, що системний підхід дозволяє враховувати взаємозв'язки між різними елементами системи, передбачати можливі наслідки управлінських рішень та забезпечувати збалансований розвиток організації [5]. Застосування системного підходу у реабілітаційних центрах означає необхідність координації роботи усіх підрозділів, узгодження дій у межах

єдиного плану, моніторингу результатів та постійного коригування стратегії розвитку закладу [5].

Важливою складовою системного підходу є принцип зворотного зв'язку. Управління реабілітаційним центром має ґрунтуватися на постійному аналізі інформації про результати роботи, оцінці задоволеності клієнтів, моніторингу якості послуг та ефективності витрачання ресурсів [27]. Отримана інформація використовується для прийняття управлінських рішень, спрямованих на усунення виявлених недоліків та розвиток сильних сторін організації. Системний підхід також передбачає врахування зовнішнього середовища, у якому функціонує реабілітаційний центр: нормативно-правової бази, соціально-економічних умов, демографічних змін, інновацій у медицині та соціальній роботі [9].

Міждисциплінарний підхід до управління соціальною роботою наголошує на необхідності інтеграції знань, методів та підходів різних наукових дисциплін для вирішення складних проблем реабілітації. Реабілітаційний процес за своєю природою є міждисциплінарним, оскільки вимагає спільних зусиль медиків, психологів, соціальних працівників, педагогів та інших фахівців [11]. Міждисциплінарність передбачає не просто паралельну роботу різних спеціалістів, а тісну взаємодію, обмін інформацією, спільне прийняття рішень та узгодження дій [51].

Всесвітня організація охорони здоров'я у документі «Зміцнення систем охорони здоров'я для поліпшення медичних результатів: рамкова програма дій ВООЗ» підкреслює важливість міждисциплінарних команд у наданні комплексних послуг [43]. Міждисциплінарна команда об'єднує фахівців різних професій, які працюють разом над досягненням спільної мети — відновлення функціональних здібностей та покращення якості життя клієнта [43]. Кожен член команди вносить унікальний внесок, заснований на професійній експертизі, однак усі дії координуються у межах єдиного плану реабілітації [49].

Дослідження, проведені у німецьких реабілітаційних центрах, демонструють ефективність міждисциплінарного підходу. Зокрема, робота в 59 реабілітаційних центрах Німеччини показала, що включення соціальних консультантів, психосоціальних груп та тренінгів функціональної спроможності у програми реабілітації значно підвищує показники повернення пацієнтів до трудової діяльності [27]. Середня доза соціального консультування зросла з 51 до 84 хвилин, психосоціальних групових занять — з 39 до 216 хвилин, що свідчить про інтенсифікацію міждисциплінарної роботи [27].

Управління міждисциплінарною командою у реабілітаційному центрі потребує спеціальних навичок координації та фасилітації. Керівник або координатор команди має забезпечувати регулярне проведення міждисциплінарних нарад, на яких обговорюється стан клієнтів, обмінюється інформація про результати втручань, приймаються рішення щодо коригування планів реабілітації [28]. Важливо, щоб усі члени команди мали рівні можливості для висловлення думки, а рішення приймалися консенсусом або за участі усіх зацікавлених сторін, включаючи самого клієнта [39].

Командний підхід до управління соціальною роботою тісно пов'язаний з міждисциплінарним підходом, однак акцентує увагу на психологічних аспектах групової динаміки, розподілі ролей, комунікації та взаємодії між членами команди. Командна робота передбачає, що група фахівців функціонує як єдине ціле, де кожен учасник усвідомлює свою роль, поважає внесок інших, підтримує спільні цілі та несе колективну відповідальність за результати [30].

Теорія командної роботи розроблена у працях Мередіта Белбіна, який виокремив дев'ять основних командних ролей, необхідних для ефективного функціонування команди: координатор, генератор ідей, аналітик, командний гравець, реалізатор, фінішер, дослідник ресурсів, мотиватор та спеціаліст. Застосування принципів командної роботи у реабілітаційних центрах означає, що керівництво має враховувати індивідуальні особливості працівників, їхні сильні сторони та схильності до виконання певних ролей у команді,

забезпечувати баланс між різними типами ролей та сприяти розвитку командного духу [11].

Командний підхід також підкреслює важливість комунікації. Ефективна комунікація між членами міждисциплінарної команди є запорукою якісної реабілітації [34]. Відсутність чіткої комунікації може призводити до дублювання зусиль, суперечностей у підходах, втрати важливої інформації та погіршення результатів для клієнтів [39]. Тому управління реабілітаційним центром має включати заходи, спрямовані на розвиток комунікативних навичок персоналу, створення механізмів обміну інформацією, впровадження єдиних стандартів документування та звітності [52].

Чуйко О.В. досліджує особистісне становлення суб'єктів професійної діяльності у соціономічних професіях, до яких належать соціальні працівники, психологи, педагоги та медики [30]. Автор підкреслює, що робота у таких професіях вимагає високого рівня емпатії, комунікабельності, стресостійкості та здатності до співпраці [30]. Командний підхід дозволяє використовувати сильні сторони кожного фахівця, компенсувати слабкі сторони за рахунок взаємодопомоги, забезпечувати психологічну підтримку у складних ситуаціях [30].

Модель управління випадком або Case Management є поширеною у соціальній роботі та реабілітації. Згідно з моделлю управління випадком, кожному клієнту призначається кейс-менеджер — фахівець, який координує всі послуги, що надаються клієнту, забезпечує узгодженість, моніторить прогрес та підтримує постійний контакт з клієнтом та родиною [46]. Кейс-менеджер виступає ключовою особою, яка допомагає клієнту орієнтуватися у системі послуг, звертатися до відповідних фахівців, отримувати необхідну інформацію та підтримку [46].

Досвід Польщі демонструє ефективність впровадження ролі координатора ментального здоров'я у центрах психічного здоров'я. Координатори забезпечують наявність та виконання плану лікування і відновлення, підтримують пацієнтів та їхніх родичів не лише у процесі

лікування, а й у інших сферах, зокрема у соціальному житті [46]. Введення ролі координатора сприяло покращенню доступу до позалікарняної допомоги та незначному зменшенню кількості госпіталізацій [46].

Клієнтоорієнтований підхід до управління соціальною роботою передбачає, що клієнт є центральною фігурою реабілітаційного процесу, а всі рішення приймаються з урахуванням його потреб, уподобань, цілей та цінностей. Клієнтоорієнтованість означає перехід від патерналістської моделі, коли фахівці приймають рішення замість клієнта, до партнерської моделі, коли клієнт є активним учасником планування та реалізації реабілітаційних заходів [49].

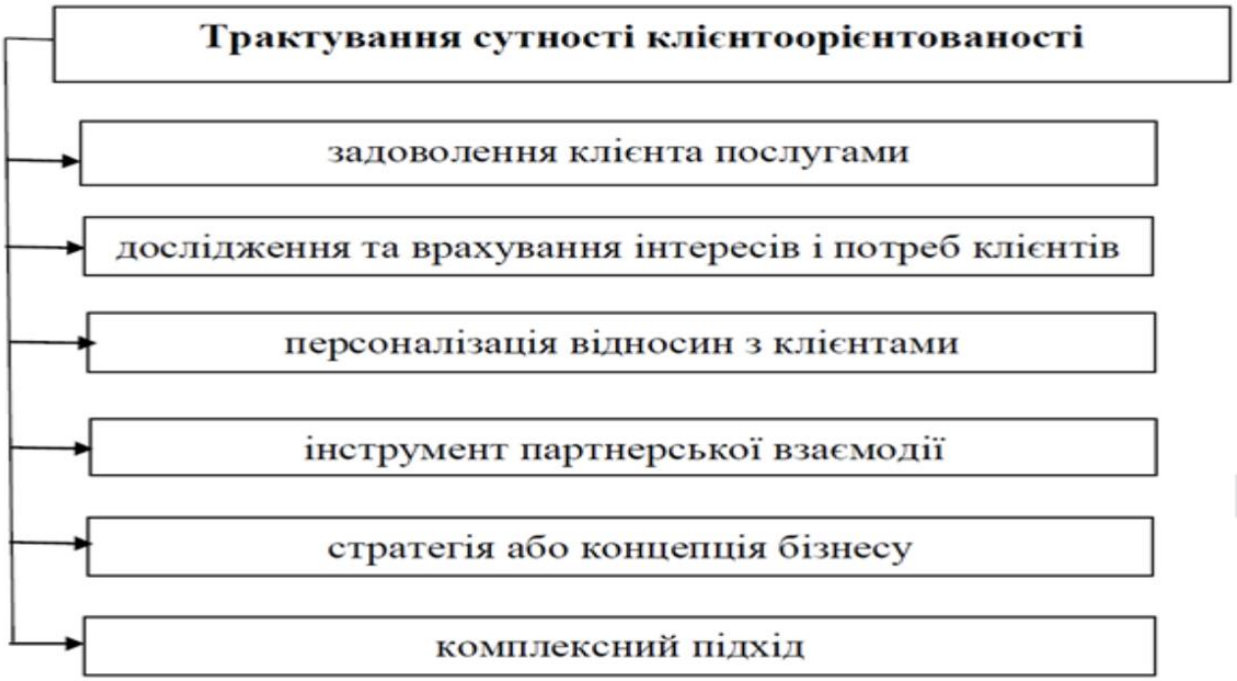


Рисунок 1.2 Модель клієнтоорієнтованого управління у реабілітаційному центрі

Джерело: складено автором за [3,4]

Всесвітня організація охорони здоров'я у документі «Послуги охорони здоров'я, орієнтовані на людину та інтегровані» наголошує на важливості

переходу до моделей надання послуг, які відповідають очікуванням та потребам людей [49]. Клієнтоорієнтований підхід передбачає залучення клієнта до прийняття рішень, повагу до автономії, забезпечення прозорості та доступності інформації, урахування культурних та особистісних особливостей [49].

Дослідження, проведені у Скандинавських країнах, демонструють, що клієнтоорієнтований підхід підвищує задоволеність послугами, покращує результати реабілітації та сприяє розвитку самостійності клієнтів [34]. Зокрема, у Норвегії реабілітація визначається як процес, який має базуватися на життєвій ситуації та цілях індивіда, надавати можливість досягти оптимальної функціональної здатності, відчуття самореалізації, незалежності та участі у освіті, роботі, на особистісному та суспільному рівнях [34].

Модель відновлювального підходу або Recovery Model набула поширення у психіатричній реабілітації та поступово впроваджується у інших сферах. Відновлювальний підхід наголошує на тому, що реабілітація — не лише усунення симптомів чи відновлення функцій, а ширший процес відновлення сенсу життя, ідентичності, ролей та можливостей [46]. Відновлення розглядається як особистий шлях, унікальний для кожної людини, який може включати періоди прогресу та регресу, але спрямований на досягнення осмисленого та наповненого життя навіть за наявності певних обмежень [46].

Польський досвід впровадження асистентів відновлення у центрах психічного здоров'я є прикладом реалізації відновлювального підходу. Асистенти відновлення — люди, які самі пережили проблеми з ментальним здоров'ям і після відповідного навчання надають підтримку тим, хто зараз переживає подібні проблеми [46]. Асистенти працюють у терапевтичних командах, забезпечуючи зв'язок між особами, які звертаються за медичною допомогою, та медичним персоналом [46]. Введення ролі асистента відновлення сприяє зменшенню стигматизації, підвищує мотивацію до лікування та створює атмосферу надії [46].

Доказовий підхід до управління соціальною роботою передбачає, що управлінські рішення мають ґрунтуватися на найкращих наявних доказах ефективності методів та практик. Доказовий підхід розвинувся у медицині як evidence-based medicine і поступово поширився на інші сфери, включаючи соціальну роботу та реабілітацію [38]. Застосування доказового підходу означає необхідність систематичного пошуку, оцінки та використання результатів наукових досліджень у практичній роботі, моніторингу результатів втручань та постійного вдосконалення практики на основі отриманих даних [40].

Управління якістю у реабілітаційних центрах також є важливою складовою теоретичних моделей управління. Система управління якістю передбачає встановлення стандартів надання послуг, моніторинг дотримання, оцінку задоволеності клієнтів, виявлення та усунення недоліків, постійне поліпшення процесів [31]. Німецькі реабілітаційні центри, наприклад, отримують сертифікати якості DIN EN ISO 9001:2015, що свідчить про відповідність міжнародним стандартам управління якістю [31].

Організаційна культура реабілітаційного центру також впливає на ефективність управління. Організаційна культура включає спільні цінності, переконання, норми поведінки та традиції, які формуються у колективі [26]. Культура, орієнтована на клієнта, інновації, навчання, відкриту комунікацію та взаємоповагу, сприяє підвищенню мотивації персоналу, покращенню співпраці та досягненню кращих результатів [30]. Керівництво реабілітаційного центру має свідомо формувати та підтримувати позитивну організаційну культуру через особистий приклад, систему мотивації, організацію навчання та розвитку персоналу, створення сприятливого робочого середовища [11].

1.3. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи у сфері реабілітації в Україні та Європейському Союзі

Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи у реабілітаційних центрах становить фундамент для ефективного функціонування закладів,

визначає повноваження, обов'язки, права клієнтів та механізми фінансування. Аналіз правових рамок в Україні та країнах Європейського Союзу дозволяє виявити спільні риси та відмінності у підходах до регулювання реабілітаційних послуг.

В Україні правову основу реабілітації складають кілька ключових законодавчих актів. Конституція України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та соціальне забезпечення. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 року № 1053-IX визначає правові, організаційні та фінансові засади реабілітації у сфері охорони здоров'я, встановлює принципи надання реабілітаційних послуг, вимоги до реабілітаційних закладів та фахівців [23]. Закон наголошує на необхідності надання реабілітації на всіх рівнях медичної допомоги, інтеграції реабілітаційних послуг у систему охорони здоров'я, застосування доказових методів та міждисциплінарного підходу [23].

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV регулює питання соціальної, професійної, медичної та фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю [22]. Закон визначає, що реабілітація має бути спрямована на відновлення здоров'я, соціального статусу інваліда, досягнення матеріальної незалежності та інтеграції чи реінтеграції у суспільство [22]. Документ встановлює обов'язки держави щодо створення мережі реабілітаційних закладів, забезпечення матеріально-технічного оснащення, підготовки кваліфікованих фахівців [22].

Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 грудня 1991 року № 2011-XII із змінами, внесеними 3 липня 2020 року № 720-IX, визначає особливості соціального захисту військовослужбовців, у тому числі право на безкоштовну реабілітацію у разі поранення, контузії чи каліцтва, отриманих під час виконання службових обов'язків [24]. Указ Президента України «Про заходи щодо створення належної матеріально-технічної бази для лікування, реабілітації та оздоровлення військовослужбовців» від 12 березня 2015 року № 140/2015

передбачав створення та модернізацію реабілітаційних центрів для учасників антитерористичної операції, а пізніше — для учасників операції Об'єднаних сил та всіх категорій військовослужбовців [21].

Воєнно-медична доктрина України, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року № 910, визначає стратегічні напрями розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України, включаючи реабілітацію військовослужбовців [8]. Доктрина наголошує на необхідності впровадження міжнародних стандартів надання медичної допомоги, розвитку системи медичної реабілітації на всіх етапах евакуації, підготовки висококваліфікованих спеціалістів з реабілітаційної медицини [8].

Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117, визначає кваліфікаційні вимоги до різних категорій медичних працівників, включаючи фахівців з реабілітації [12]. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385 встановлює переліки закладів охорони здоров'я, лікарських та провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів та фахівців у галузі охорони здоров'я [19].

Положення про навчально-реабілітаційний центр, затверджене наказом Міністерства освіти і науки України від 28 серпня 1997 року № 325, регулює діяльність реабілітаційних центрів у системі освіти, призначених для дітей з особливими освітніми потребами [20]. Документ визначає завдання, функції, структуру та організацію роботи закладів, вимоги до персоналу, умови прийому дітей та порядок надання реабілітаційних послуг [20].

Нормативно-правова база України у сфері реабілітації поступово наближається до міжнародних стандартів, однак залишаються певні прогалини та недоліки. Зокрема, відсутні чіткі стандарти надання реабілітаційних послуг, недостатньо врегульовані питання фінансування реабілітації, не визначено механізми контролю якості послуг, недостатньо розвинута система підготовки та сертифікації фахівців з реабілітації [10].

У Європейському Союзі правове регулювання реабілітації здійснюється на кількох рівнях: міжнародному, європейському та національному. Міжнародну правову основу становлять документи Організації Об'єднаних Націй та Всесвітньої організації охорони здоров'я. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, прийнята 13 грудня 2006 року, ратифікована Україною у 2009 році, встановлює стандарти забезпечення прав осіб з інвалідністю, включаючи право на реабілітацію [1]. Стаття 26 Конвенції зобов'язує держави вживати ефективних заходів для надання особам з інвалідністю можливості досягати і зберігати максимальну незалежність, повні фізичні, розумові, соціальні та професійні здібності, повну інтеграцію та участь у всіх аспектах життя [1].

На рівні Європейського Союзу питання реабілітації регулюються через директиви, регламенти та стратегічні документи. Європейська стратегія у справах осіб з інвалідністю 2010–2020 та наступна Стратегія щодо прав осіб з інвалідністю 2021–2030 визначають пріоритети політики ЄС у сфері інклюзії та реабілітації осіб з обмеженими можливостями [35]. Документи наголошують на необхідності забезпечення доступу до якісних реабілітаційних послуг, розвитку громадських форм підтримки, боротьби з дискримінацією, сприяння зайнятості та соціальної інклюзії [35].

Отже, нормативно-правове забезпечення соціальної роботи у сфері реабілітації в Україні та країнах Європейського Союзу характеризується спільною метою створення ефективної, людиноцентричної системи підтримки, що ґрунтується на принципах поваги до людської гідності, соціальної справедливості, рівних можливостей та інклюзії. Українська правова база поступово трансформується у напрямі гармонізації з європейськими стандартами, що проявляється у посиленні міжвідомчої взаємодії, розвитку системи професійної підготовки кадрів, запровадженні біопсихосоціальної моделі реабілітації та розширенні спектра послуг, які надаються на рівні державних і недержавних структур.

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ

2.1. Сучасний стан та проблеми функціонування реабілітаційних центрів в Україні

Реабілітаційна галузь України переживає період трансформацій, зумовлених як внутрішніми системними викликами, так і зовнішніми факторами воєнного часу. Аналіз діяльності багатопрофільних реабілітаційних центрів засвідчує наявність численних організаційних, кадрових та фінансових проблем, котрі перешкоджають ефективному наданню послуг населенню. Водночас відбувається активне реформування галузі, спрямоване на адаптацію до європейських стандартів якості медичної та соціальної реабілітації.

Інституційна мережа реабілітаційних центрів в Україні характеризується значною неоднорідністю за формами власності, спеціалізацією та обсягами послуг. Станом на вересень 2025 року Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю здійснює координацію діяльності понад сотні реабілітаційних установ та закладів охорони здоров'я, уповноважених надавати послуги з реабілітації дітей з інвалідністю [4]. Паралельно функціонують спеціалізовані центри для дорослих, зокрема для учасників бойових дій, які потребують комплексного відновлення фізичних, психологічних та соціальних функцій. Міністерство оборони України ініціювало створення чотирьох міжрегіональних реабілітаційних центрів, розрахованих на одночасний прийом до 1730 військовослужбовців, завершення будівництва яких заплановано до кінця 2025 року [5, 9]. Вказані заклади мають стати опорними пунктами системи комплексної реабілітації учасників воєнних дій, забезпечуючи інтеграцію медичних, психологічних та соціальних послуг у межах єдиного територіального та управлінського простору.

Проте географічний розподіл реабілітаційних центрів залишається нерівномірним. Більшість закладів зосереджена у великих обласних центрах, тоді як периферійні регіони відчувають гострий дефіцит доступних послуг. Громадяни, що проживають у віддалених населених пунктах, змушені долати значні відстані для отримання реабілітаційної допомоги, що підвищує економічні та часові витрати. Відсутність комплексних реабілітаційних центрів у малих містах і селищах призводить до того, що частина населення взагалі позбавлена можливості скористатися спеціалізованими послугами. Зазначена територіальна диспропорція є одним з ключових бар'єрів на шляху забезпечення рівного доступу до реабілітації для всіх категорій громадян [6, 12].

Інституційна структура реабілітаційних центрів в Україні відображає різноманітність форм власності та підпорядкування. Державні заклади, що фінансуються з бюджетних коштів, складають основу системи, однак їхня матеріально-технічна база часто потребує модернізації. Комунальні центри, підпорядковані місцевим органам влади, працюють в умовах обмеженого фінансування та залежності від рішень місцевих рад. Приватні реабілітаційні заклади демонструють вищу гнучкість у впровадженні інноваційних методик та залученні кваліфікованих кадрів, проте їхні послуги часто є недоступними для малозабезпечених верств населення через високу вартість. Громадські організації та благодійні фонди відіграють важливу роль у наданні допомоги окремим категоріям пацієнтів, зокрема ветеранам, дітям з інвалідністю, однак їхня діяльність залежить від залучення донорських коштів та волонтерської підтримки [10, 26].

Функціональна диференціація реабілітаційних центрів визначається профілем надання послуг. Заклади, що спеціалізуються на медичній реабілітації, зосереджуються на відновленні фізичних функцій організму після травм, операцій, інсультів та інших захворювань. До їхнього арсеналу входять методи фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу, апаратної реабілітації. Психологічні реабілітаційні центри працюють з особами, котрі пережили

психологічні травми, зокрема з посттравматичним стресовим розладом, депресивними станами, тривожними розладами. Соціальні реабілітаційні заклади спрямовані на ресоціалізацію осіб, що втратили соціальні зв'язки або потребують адаптації до нових умов життя, зокрема осіб з інвалідністю, колишніх ув'язнених, жертв домашнього насильства [26, 28].

Багатопрофільні реабілітаційні центри, що інтегрують медичні, психологічні та соціальні напрями роботи, залишаються найбільш затребуваними, однак їхня кількість є недостатньою. Комплексний підхід до реабілітації передбачає взаємодію фахівців різних профілів — лікарів, фізіотерапевтів, психологів, соціальних працівників, ерготерапевтів, логопедів. Відсутність координації між спеціалістами, фрагментація послуг та недостатня міждисциплінарна взаємодія знижують ефективність реабілітаційних заходів. Пацієнти змушені звертатися до різних закладів для отримання необхідних послуг, що ускладнює процес відновлення та знижує його результативність [11, 27].

Матеріально-технічна база реабілітаційних центрів потребує суттєвого вдосконалення. Багато закладів експлуатують застаріле обладнання, яке не відповідає світовим стандартам якості та безпеки. Відсутність або недостатність апаратів для механотерапії, електростимуляції, ультразвукової терапії, лазеротерапії, магнітотерапії обмежує можливості застосування ефективних методів фізичної реабілітації. Дефіцит спеціалізованих тренажерів, обладнання для ерготерапії, засобів для відновлення рухових функцій знижує якість послуг та подовжує терміни реабілітації. Приміщення закладів часто не адаптовані для осіб з обмеженими можливостями, що створює додаткові бар'єри для доступу до послуг [16, 25].

Фінансування реабілітаційних центрів залишається одним з найгостріших питань галузі. Державні асигнування не покривають повною мірою потреби закладів у матеріальних ресурсах, придбанні обладнання, оплаті праці персоналу. Залежність від бюджетних коштів призводить до того, що частина центрів працює в умовах хронічного недофінансування, що негативно

позначається на якості послуг. Комунальні заклади стикаються з додатковими труднощами через нестабільність фінансування з місцевих бюджетів, які часто скорочують видатки на соціальну сферу в умовах економічних криз. Приватні центри, хоча й мають більшу фінансову автономію, не завжди спроможні залучити достатній обсяг клієнтів через високу вартість послуг [13, 27].

Державна програма протезування та забезпечення допоміжними засобами реабілітації демонструє певні позитивні зрушення. За даними Міністерства соціальної політики, протягом січня-лютого 2025 року 18,6 тисяч громадян отримали понад 58,5 тисяч допоміжних засобів реабілітації, на що було виділено більше 650 мільйонів гривень [11]. Вказані показники засвідчують масштаб потреби населення у технічних засобах реабілітації та важливість державної підтримки у забезпеченні доступу до них. Водночас залишається проблема якості наданих засобів, їхньої відповідності індивідуальним потребам користувачів та своєчасності постачання.

Кадрова проблематика реабілітаційних центрів охоплює кілька аспектів. По-перше, відчувається дефіцит кваліфікованих фахівців з фізичної реабілітації, ерготерапії, психологічного консультування, соціальної роботи. Недостатня кількість навчальних закладів, що готують спеціалістів відповідного профілю, та низький рівень заробітної плати у державних установах призводять до відтоку кадрів у приватний сектор або за кордон. По-друге, наявні фахівці часто не мають можливості систематично підвищувати кваліфікацію, засвоювати нові методики роботи, знайомитися з міжнародним досвідом. Відсутність регулярних тренінгів, семінарів, стажувань знижує професійний рівень персоналу та обмежує впровадження інноваційних підходів у практику [15, 17, 18].

Організаційні моделі управління реабілітаційними центрами в Україні характеризуються переважанням ієрархічних структур з централізованим прийняттям рішень. Директор або головний лікар закладу зосереджує у своїх руках основні управлінські функції, координуючи діяльність структурних підрозділів. Заступники директора з медичної, адміністративно-господарської,

фінансово-економічної частин відповідають за окремі напрями роботи. Завідувачі відділень організовують діяльність безпосередніх виконавців — лікарів, реабілітологів, психологів, соціальних працівників. Вказана вертикальна модель управління забезпечує чіткість підпорядкування та розподіл відповідальності, однак обмежує гнучкість у прийнятті рішень та уповільнює реагування на зміни зовнішнього середовища [11, 27].

Недостатня автономія структурних підрозділів реабілітаційних центрів стримує ініціативність персоналу та впровадження нових підходів до роботи. Жорстка регламентація дій, бюрократичні процедури узгодження рішень, обмежені повноваження керівників середньої ланки знижують оперативність та ефективність управління. Відсутність горизонтальних зв'язків між відділеннями, слабка координація дій фахівців різних профілів призводять до фрагментації послуг та зниження якості комплексної реабілітації. Пацієнти не завжди отримують узгоджену підтримку з боку медичного, психологічного та соціального персоналу, що негативно позначається на результатах відновлення [26, 27].

Інформаційне забезпечення реабілітаційних центрів потребує модернізації. Більшість закладів використовують паперовий документообіг, що ускладнює зберігання, пошук та обробку інформації про пацієнтів. Впровадження електронних медичних карток, систем обліку послуг, баз даних пацієнтів відбувається повільно через брак фінансування, відсутність кваліфікованих ІТ-спеціалістів та опір персоналу до змін. Відсутність єдиної інформаційної платформи для координації діяльності різних реабілітаційних центрів унеможливлює обмін досвідом, спільне використання ресурсів, аналіз статистичних даних на національному рівні [12, 25].

Створення Реабілітаційної платформи України є спробою систематизувати інформацію про наявні реабілітаційні центри, їхні послуги, контакти та умови доступу [12]. Вказаний онлайн-портал надає громадянам можливість пошуку відповідних закладів за територіальною ознакою, профілем діяльності, типом послуг. Проте повнота інформації, представленої на

платформі, залишається недостатньою, а актуалізація даних відбувається нерегулярно. Відсутність інтеграції з іншими державними інформаційними системами, зокрема з електронною системою охорони здоров'я, обмежує функціональність платформи та її корисність для користувачів.

Взаємодія реабілітаційних центрів з іншими елементами системи охорони здоров'я та соціального захисту залишається недостатньо координованою. Лікарні первинного та вторинного рівнів не завжди забезпечують належне направлення пацієнтів до реабілітаційних закладів після гострих станів. Відсутність системи раннього втручання, коли реабілітаційні заходи розпочинаються на ранніх етапах захворювання або травми, призводить до втрати часу та зниження ефективності відновлення. Амбулаторна та стаціонарна реабілітація не завжди узгоджені між собою, що створює розриви у наданні послуг [11, 23].

Нормативно-правова база, що регулює діяльність реабілітаційних центрів, потребує вдосконалення. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 року [23] визначає основні принципи організації реабілітаційної допомоги, права пацієнтів, вимоги до закладів та фахівців. Однак відсутність підзаконних актів, що деталізують механізми реалізації положень закону, створює труднощі у практичній діяльності. Нормативи оснащення реабілітаційних центрів, стандарти надання послуг, вимоги до кваліфікації персоналу потребують чіткого законодавчого закріплення. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 6 жовтня 2005 року [22] регулює питання соціальної реабілітації, однак його положення також потребують актуалізації відповідно до змін у суспільстві та міжнародних стандартів.

Контроль якості реабілітаційних послуг є недостатньо розвиненим. Відсутність незалежних органів акредитації, що оцінюють діяльність реабілітаційних центрів за встановленими критеріями, призводить до того, що якість послуг суттєво різниться між закладами. Державні інспекції здійснюють перевірки дотримання санітарно-гігієнічних норм, правил пожежної безпеки,

трудового законодавства, проте не оцінюють ефективність реабілітаційних програм, рівень задоволеності пацієнтів, результативність роботи фахівців. Відсутність системи моніторингу та оцінки результатів реабілітації унеможливлює об'єктивне визначення найкращих практик та їхнє поширення [11, 27].

Як показано в таблиці 2.1, головні проблеми функціонування реабілітаційних центрів в Україні можна систематизувати за кількома напрямами.

Таблиця 2.1.

Основні проблеми функціонування реабілітаційних центрів в Україні

Сфера проблематики	Опис проблеми	Наслідки
Територіальна доступність	Нерівномірний географічний розподіл центрів, концентрація у великих містах	Обмежений доступ для мешканців віддалених регіонів, збільшення витрат на отримання послуг
Матеріально-технічна база	Застаріле обладнання, недостатність спеціалізованих тренажерів та апаратів	Зниження якості послуг, обмеження застосування ефективних методів реабілітації
Фінансування	Хронічне недофінансування державних та комунальних закладів	Неможливість оновлення матеріальної бази, низька заробітна плата персоналу
Кадрове забезпечення	Дефіцит кваліфікованих фахівців, відтік кадрів	Зниження професійного рівня послуг, збільшення навантаження на наявний персонал
Організаційна структура	Жорстка ієрархічна модель управління, недостатня автономія підрозділів	Низька гнучкість, уповільнене реагування на зміни, фрагментація послуг
Міждисциплінарна взаємодія	Слабка координація між фахівцями різних профілів	Недостатня комплексність реабілітації, зниження ефективності заходів
Інформаційне забезпечення	Переважання паперового документообігу, відсутність єдиної інформаційної системи	Ускладнення обміну інформацією, неможливість аналізу даних на національному рівні
Нормативно-правова база	Недостатня деталізація підзаконних актів, відсутність стандартів якості	Труднощі у практичній реалізації законів, різниця у якості послуг між закладами

Джерело: складено автором на основі [11, 22, 23, 25, 26, 27]

Окремого розгляду потребує проблематика реабілітації учасників бойових дій. Масштаб військових дій на території України зумовив значне зростання кількості осіб, котрі потребують комплексної реабілітації після поранень, контузій, психологічних травм. Існуюча мережа реабілітаційних центрів не була готова до такого навантаження, що призвело до черг на отримання послуг, недостатності спеціалізованої допомоги, неможливості забезпечити індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Ініціатива Міністерства оборони щодо створення чотирьох міжрегіональних центрів є відповіддю на вказаний виклик, однак їхньої потужності може бути недостатньо для повного задоволення потреб [5, 9, 21, 28].

Психологічна реабілітація учасників бойових дій залишається одним з найменш розвинених напрямів роботи. Посттравматичний стресовий розлад, депресивні стани, тривожні розлади, порушення сну потребують тривалого психологічного супроводу з боку кваліфікованих спеціалістів. Проте кількість психологів та психотерапевтів, що мають досвід роботи з воєнними травмами, є обмеженою. Відсутність спеціалізованих програм підготовки фахівців, недостатність методичних матеріалів, брак міжнародного досвіду у вітчизняних умовах створюють додаткові труднощі. Стигматизація психічних розладів у суспільстві, небажання військових звертатися за психологічною допомогою через страх осуду призводять до того, що значна частина потребуючих не отримує необхідної підтримки [7, 28].

Соціальна реабілітація учасників бойових дій включає адаптацію до цивільного життя, відновлення соціальних зв'язків, професійну переорієнтацію, підтримку у працевлаштуванні. Багато військових після завершення служби відчувають труднощі з інтеграцією у мирне життя, що зумовлено як психологічними наслідками воєнних дій, так і відсутністю належних соціальних програм підтримки. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їхніх сімей» від 20 грудня 1991 року [24] визначає певні пільги та гарантії, однак їхня реалізація на практиці стикається з численними перешкодами. Бюрократичні процедури оформлення документів,

недостатня поінформованість військових про належні їм права, брак фахівців з соціального супроводу знижують ефективність державної підтримки [13, 24, 26].

Інноваційні підходи до організації реабілітації, зокрема дистанційні форми надання послуг, використання цифрових технологій, онлайн-консультування, поступово впроваджуються у практику окремих центрів. Проте системного підходу до цифровізації реабілітаційної галузі поки що не сформовано. Відсутність регулювання телемедицини, недостатність технічного оснащення закладів, низький рівень цифрової грамотності частини персоналу та пацієнтів стримують поширення вказаних методів. Водночас пандемія COVID-19 продемонструвала необхідність та можливість дистанційного надання окремих видів реабілітаційних послуг, зокрема психологічного консультування, соціального супроводу, освітніх програм [26, 27].

Партнерська взаємодія реабілітаційних центрів з громадськими організаціями, благодійними фондами, міжнародними донорами відіграє важливу роль у розширенні обсягів та підвищенні якості послуг. Громадські організації часто є ініціаторами створення нових програм реабілітації, залучають додаткові фінансові ресурси, організовують волонтерську підтримку, здійснюють адвокацію прав осіб з інвалідністю та учасників бойових дій. Міжнародні донори надають гранти на реалізацію проєктів, постачання обладнання, навчання персоналу. Проте партнерство часто має проєктний характер і не забезпечує сталої підтримки у довгостроковій перспективі. Залежність від зовнішнього фінансування створює ризики припинення програм після закінчення грантів [10, 26].

Міжсекторальна взаємодія між реабілітаційними центрами, закладами охорони здоров'я, соціальними службами, органами місцевого самоврядування, роботодавцями є недостатньо розвиненою. Відсутність формалізованих механізмів координації, нечіткий розподіл відповідальності, брак спільних стратегій призводять до дублювання функцій, неефективного використання ресурсів, розривів у наданні послуг. Комплексна реабілітація передбачає не

лише медичне відновлення, але й соціальну інтеграцію, працевлаштування, забезпечення житлом, що вимагає координованих дій різних секторів. Створення міжвідомчих комісій, робочих груп, координаційних рад могло б сприяти покращенню взаємодії, однак вказані структури часто мають консультативний характер і не наділені реальними повноваженнями [11, 13, 26].

Участь пацієнтів у плануванні та оцінці реабілітаційних послуг залишається мінімальною. Переважає патерналістський підхід, коли фахівці самостійно визначають зміст та методи реабілітації, не залучаючи пацієнтів до прийняття рішень. Водночас міжнародний досвід засвідчує ефективність партнерського підходу, де пацієнт розглядається як активний учасник реабілітаційного процесу, а не пасивний об'єкт впливу. Врахування індивідуальних потреб, побажань, життєвих цілей пацієнтів підвищує їхню мотивацію до участі у реабілітації та покращує результати. Впровадження опитувань задоволеності, фокус-груп, консультацій з пацієнтами могло б сприяти підвищенню якості послуг та їхньої відповідності реальним потребам [26, 27].

Як відображено на рисунку 2.1, система організації реабілітаційних послуг в Україні має багаторівневу структуру з недостатньою інтеграцією між рівнями.

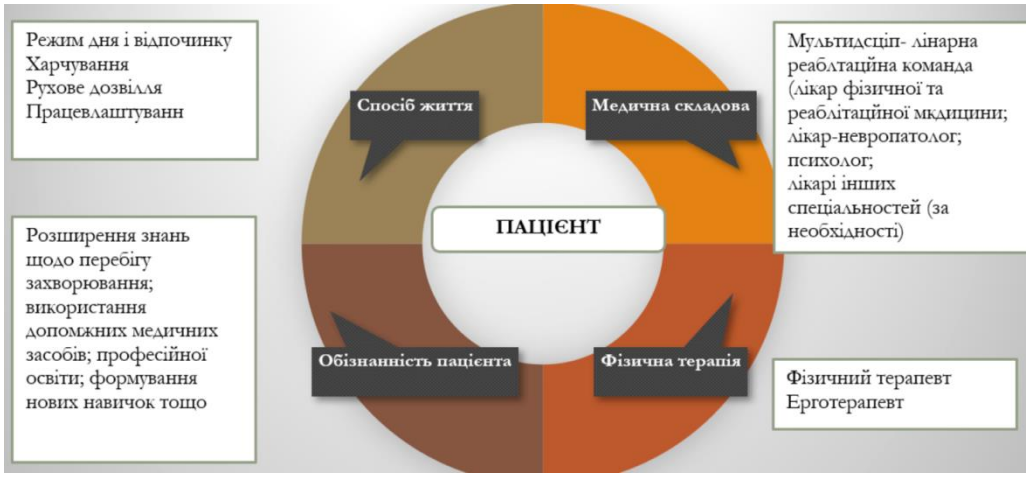


Рисунок 2.1. Структура системи реабілітаційних послуг в Україні

Джерело: розроблено автором на основі аналізу нормативно-правової бази [22, 23, 24]

Підсумовуючи аналіз поточного стану реабілітаційних центрів в Україні, слід зазначити наявність як певних позитивних тенденцій, так і системних проблем, що потребують комплексного вирішення. Розширення мережі спеціалізованих центрів для учасників бойових дій, збільшення обсягів державного фінансування допоміжних засобів реабілітації, створення інформаційних платформ є кроками у правильному напрямі. Водночас територіальна нерівномірність, матеріально-технічна відсталість, кадровий дефіцит, організаційна негнучкість, слабка міждисциплінарна взаємодія залишаються гострими викликами, що перешкоджають ефективному наданню послуг населенню. Необхідність адаптації до європейських стандартів якості, впровадження інноваційних підходів, посилення координації між різними секторами вимагає системних змін у політиці, законодавстві, фінансуванні та організації реабілітаційної галузі.

2.2. Кадрове та управлінське забезпечення соціальної роботи (роль соціальних працівників, психологів, медиків, менеджерів)

Ефективність діяльності багатопрофільних реабілітаційних центрів значною мірою визначається якістю кадрового забезпечення та рівнем управлінської компетентності керівництва. Міждисциплінарний характер реабілітаційного процесу передбачає участь фахівців різних професійних напрямів, координація дій яких вимагає відповідних організаційних механізмів та управлінських рішень. Аналіз кадрової структури українських реабілітаційних центрів засвідчує наявність значних диспропорцій у розподілі спеціалістів, недостатність окремих категорій працівників, проблеми з утриманням кваліфікованих кадрів.

Медичний персонал реабілітаційних центрів включає лікарів різних спеціальностей, середній медичний персонал, фахівців з фізичної реабілітації. Лікарі-реабілітологи здійснюють діагностику функціональних порушень, розробляють індивідуальні програми реабілітації, контролюють динаміку відновлення пацієнтів. Лікарі-фізіотерапевти призначають фізіотерапевтичні процедури, визначають режими та дозування впливів. Лікарі лікувальної фізкультури планують комплекси фізичних вправ, адаптують навантаження відповідно до стану пацієнтів. Середній медичний персонал — медичні сестри, інструктори з лікувальної фізкультури, масажисти — безпосередньо виконують призначені процедури, здійснюють спостереження за станом пацієнтів, ведуть документацію [12, 16, 18].

Фахівці з фізичної реабілітації становлять окрему професійну групу, що набуває дедалі більшого значення у системі відновлення здоров'я. Підготовка вказаних спеціалістів здійснюється у вищих навчальних закладах за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія». Фізичні терапевти застосовують методи фізичного впливу для відновлення рухових функцій, покращення фізичного стану, профілактики ускладнень. Ерготерапевти працюють над відновленням навичок самообслуговування, побутової діяльності, професійних компетенцій пацієнтів. Роль вказаних фахівців у реабілітаційному процесі є критичною, оскільки саме вони здійснюють щоденну роботу з пацієнтами, спрямовану на максимально можливе відновлення функціональності [15, 17, 18].

Проте кількість фахівців з фізичної реабілітації в Україні залишається недостатньою для задоволення потреб населення. За оцінками дослідників, дефіцит вказаних спеціалістів сягає кількох тисяч осіб [17, 18]. Причинами є обмежена кількість місць у навчальних закладах, недостатня популяризація професії серед молоді, низький рівень заробітної плати у державних установах порівняно з приватним сектором. Випускники навчальних закладів часто обирають роботу у приватних клініках або виїжджають за кордон, де оплата праці є суттєво вищою. Державні реабілітаційні центри стикаються з

труднощами у залученні молодих спеціалістів та утриманні досвідчених працівників [15, 17].

Психологічний персонал реабілітаційних центрів відіграє важливу роль у подоланні психологічних наслідків захворювань, травм, інвалідності. Психологи здійснюють діагностику емоційного стану пацієнтів, виявляють психологічні проблеми, проводять індивідуальні та групові консультації, застосовують методи психотерапії. Робота з особами, котрі пережили травматичні події, зокрема учасниками бойових дій, вимагає спеціалізованих знань та навичок у галузі травматерапії, когнітивно-поведінкової терапії, EMDR-терапії. Психологи також надають підтримку родичам пацієнтів, допомагаючи їм адаптуватися до нових обставин життя, справлятися з емоційним навантаженням, розвивати ефективні стратегії взаємодії з близькою людиною [7, 26, 30].

Водночас забезпеченість реабілітаційних центрів психологічним персоналом є нерівномірною. У великих багатопрофільних центрах працюють кілька психологів, що дозволяє організувати системну психологічну підтримку. У менших закладах психолог може бути лише один або взагалі відсутній, що обмежує можливості надання психологічних послуг. Особливо гостро відчувається дефіцит психологів, що мають досвід роботи з посттравматичними стресовими розладами, депресіями, тривожними станами, зумовленими воєнними діями. Підготовка вказаних фахівців вимагає спеціалізованих тренінгів, супервізії, накопичення практичного досвіду, що потребує часу та ресурсів [7, 26].

Соціальні працівники у реабілітаційних центрах забезпечують соціальний супровід пацієнтів, надають інформацію про соціальні права та пільги, допомагають у вирішенні побутових проблем, координують взаємодію з іншими службами. Робота соціального працівника спрямована на соціальну інтеграцію пацієнта, відновлення його соціальних зв'язків, підтримку у працевлаштуванні, забезпеченні житлом, отриманні соціальних виплат. Соціальні працівники також здійснюють адвокацію інтересів пацієнтів,

сприяють доступу до необхідних ресурсів, посередничають у взаємодії з державними органами [26, 30].

Роль соціальних працівників у реабілітаційних центрах часто недооцінюється, їхня кількість є недостатньою, а функціональні обов'язки нечітко визначені. У багатьох закладах посада соціального працівника взагалі відсутня або поєднана з іншими функціями. Проте комплексна реабілітація неможлива без соціальної складової, оскільки медичне та психологічне відновлення мають бути доповнені соціальною інтеграцією. Особи з інвалідністю, учасники бойових дій, особи похилого віку потребують підтримки у вирішенні соціальних проблем, що часто виходять за межі компетенції медичного та психологічного персоналу [26, 30].

Адміністративно-управлінський персонал реабілітаційних центрів включає директора (головного лікаря), заступників з різних напрямів, завідувачів відділень, адміністраторів. Директор центру несе загальну відповідальність за діяльність закладу, визначає стратегічні напрями розвитку, приймає ключові рішення щодо фінансування, кадрів, організації процесів. Заступники директора координують роботу підпорядкованих підрозділів, контролюють виконання планів, вирішують оперативні питання. Завідувачі відділень організовують діяльність безпосередніх виконавців, розподіляють навантаження, контролюють якість послуг [11, 27].

Управлінська компетентність керівництва реабілітаційних центрів є критичним фактором ефективності. Проте більшість директорів та заступників не мають спеціалізованої управлінської освіти, їхні знання у галузі менеджменту є недостатніми. Призначення на керівні посади часто відбувається на основі медичного досвіду та стажу роботи, а не управлінських компетенцій. Відсутність знань з організаційного менеджменту, управління персоналом, фінансового планування, стратегічного управління призводить до прийняття неоптимальних рішень, неефективного використання ресурсів, конфліктів у колективі [11, 27].

Підвищення управлінської компетентності керівництва реабілітаційних центрів вимагає організації спеціалізованих програм навчання. Курси з менеджменту у сфері охорони здоров'я, тренінги з лідерства, семінари з фінансового управління, майстер-класи з управління змінами могли б суттєво покращити якість управлінських рішень. Водночас доступність вказаних програм в Україні є обмеженою, а участь у закордонних навчаннях вимагає значних фінансових витрат. Державна підтримка розвитку управлінських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я та соціального захисту є недостатньою [11, 27].

Міждисциплінарна командна робота у реабілітаційних центрах передбачає узгоджену взаємодію фахівців різних профілів для досягнення спільної мети — максимально можливого відновлення функціональності пацієнта. Команда може включати лікаря-реабілітолога, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, соціального працівника, логопеда, дієтолога та інших спеціалістів залежно від потреб конкретного пацієнта. Ефективна командна робота вимагає регулярних зустрічей команди, обговорення випадків, узгодження індивідуальних планів реабілітації, обміну інформацією про динаміку стану пацієнта [26, 27].

Проте практика командної роботи у багатьох українських реабілітаційних центрах залишається недостатньо розвиненою. Фахівці часто працюють ізольовано один від одного, обмежуючи взаємодію формальними записами у медичній документації. Відсутність регулярних командних нарад, нечіткий розподіл відповідальності, недостатність часу для координації призводять до фрагментації послуг. Пацієнт може отримувати окремі види допомоги, що не узгоджені між собою, що знижує загальну ефективність реабілітації [26, 27].

Підготовка фахівців до міждисциплінарної командної роботи потребує включення відповідних компетенцій у навчальні програми. Студенти, що навчаються за різними спеціальностями — медицина, фізична терапія, психологія, соціальна робота — мають отримувати спільні навчальні модулі, де вони можуть засвоювати принципи командної взаємодії, вчитися розуміти ролі

один одного, розвивати комунікативні навички. Практика спільного навчання, інтерпрофесійна освіта є поширеною у багатьох країнах Європи та Північної Америки, проте в Україні вона впроваджується повільно [26, 27].

Система оплати праці у реабілітаційних центрах є одним з факторів, що впливають на привабливість роботи для фахівців. Заробітна плата у державних закладах залишається низькою порівняно з приватним сектором та іншими галузями економіки. Медичні працівники, психологи, соціальні працівники часто змушені працювати на кількох роботах для забезпечення прийнятного рівня доходу. Недостатня оплата праці призводить до плинності кадрів, втрати мотивації, професійного вигорання. Підвищення заробітної плати у реабілітаційних центрах є важливим кроком для стабілізації кадрової ситуації та підвищення якості послуг [11, 27].

Недержавне фінансування, зокрема гранти міжнародних організацій, донорські кошти, благодійні внески, може бути спрямоване на підвищення заробітної плати окремих категорій працівників, стимулювання участі у додаткових програмах, винагороду за досягнення високих результатів. Проте залежність від проєктного фінансування створює нестабільність, оскільки після закінчення гранту джерела додаткової оплати зникають. Формування сталих механізмів стимулювання праці вимагає системних змін у бюджетному фінансуванні та тарифній політиці [11, 26].

Професійний розвиток та підвищення кваліфікації персоналу реабілітаційних центрів є важливим напрямом кадрової політики. Швидкі зміни у методах реабілітації, поява нових технологій, розвиток наукових знань вимагають від фахівців постійного оновлення компетенцій. Участь у тренінгах, конференціях, семінарах, стажуваннях дозволяє засвоювати передовий досвід, знайомитися з інноваційними підходами, обмінюватися досвідом з колегами. Водночас можливості професійного розвитку у багатьох працівників є обмеженими через брак часу, коштів, підтримки з боку керівництва [15, 17, 26].

Державна система безперервного професійного розвитку медичних працівників передбачає обов'язкове накопичення балів через участь у освітніх

заходах, проте якість та доступність вказаних заходів є неоднорідною. Комерційні тренінги мають високу вартість, що робить їх недоступними для працівників з низькою заробітною платою. Безкоштовні заходи часто є формальними, не забезпечують глибокого засвоєння знань та практичних навичок. Розвиток онлайн-освіти, відкритих освітніх ресурсів, вебінарів створює нові можливості для професійного розвитку, проте вимагає цифрової грамотності та самоорганізації [15, 26].

Як відображено в таблиці 2.2, кадрове забезпечення реабілітаційних центрів характеризується певними диспропорціями за категоріями працівників.

Таблиця 2.2.

Кадрове забезпечення багатопрофільних реабілітаційних центрів України

Категорія працівників	Основні функції	Забезпеченість	Проблеми
Лікарі-реабілітологи	Діагностика, планування програм реабілітації, медичний контроль	Недостатня у регіонах	Дефіцит спеціалістів з вузького профілю, низька заробітна плата у державних закладах
Фахівці з фізичної реабілітації	Відновлення рухових функцій, навичок самообслуговування	Значний дефіцит	Обмежена кількість місць у ВНЗ, відтік кадрів за кордон
Психологи	Психологічна діагностика, консультування, психотерапія	Недостатня	Брак спеціалістів з травматерапії, низька оплата праці
Соціальні працівники	Соціальний супровід, адвокація, координація послуг	Критично недостатня	Невизначеність функцій, відсутність посад у багатьох центрах
Середній медичний персонал	Виконання процедур, спостереження, документування	Достатня у великих центрах	Плинність кадрів через низьку заробітну плату
Адміністративний персонал	Управління, координація, планування	Достатня за кількістю	Недостатня управлінська компетентність керівництва

Джерело: складено автором на основі [11, 15, 17, 18, 26, 27, 30]

Мотивація персоналу реабілітаційних центрів виходить за межі матеріального стимулювання. Визнання професійних досягнень, можливості

кар'єрного росту, участь у прийнятті рішень, сприятливий психологічний клімат у колективі є важливими факторами утримання кадрів. Керівництво центрів має приділяти увагу створенню умов для професійної самореалізації, підтримці ініціативності працівників, формуванню корпоративної культури, заснованої на цінностях взаємоповаги, співпраці, орієнтації на потреби пацієнта [27, 30].

Професійне вигорання є серйозною проблемою для працівників реабілітаційних центрів, особливо тих, хто працює з важкими категоріями пацієнтів. Емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження почуття професійної реалізації негативно впливають на якість роботи та задоволеність працею. Профілактика вигорання вимагає організації супервізії, груп підтримки для персоналу, психологічної допомоги працівникам, оптимізації навантаження, забезпечення балансу між роботою та особистим життям [30].

Волонтери відіграють допоміжну роль у діяльності реабілітаційних центрів, надаючи емоційну підтримку пацієнтам, допомагаючи у організації дозвілля, супроводжуючи на процедури, здійснюючи інші види непрофесійної допомоги. Залучення волонтерів дозволяє розширити обсяг послуг без додаткових витрат на оплату праці, створити атмосферу соціальної підтримки, залучити громадськість до проблем реабілітації. Водночас координація діяльності волонтерів, їхнє навчання, забезпечення безпеки пацієнтів вимагають додаткових зусиль з боку персоналу центру [26].

Гендерний аспект кадрового забезпечення реабілітаційних центрів характеризується переважанням жінок серед працівників. Професії медичної сестри, соціального працівника, психолога традиційно є жіночими, що зумовлено як історичними чинниками, так і стереотипами щодо «жіночої» природи догляду та підтримки. Водночас серед лікарів та керівників вищої ланки частка чоловіків є вищою. Гендерні диспропорції можуть впливати на організаційну культуру, стилі комунікації, підходи до прийняття рішень [30].

Міжнародна міграція кваліфікованих кадрів з реабілітаційної галузі становить загрозу для стабільності кадрового забезпечення в Україні. Лікарі,

фізичні терапевти, медичні сестри виїжджають на роботу до країн Європейського Союзу, де оплата праці та умови роботи є значно кращими. Відтік найбільш кваліфікованих та молодих спеціалістів знижує потенціал української реабілітаційної системи, призводить до старіння кадрів, ускладнює впровадження інновацій. Протидія міграції вимагає комплексних заходів — підвищення заробітної плати, покращення умов праці, створення можливостей для професійного розвитку, формування привабливого іміджу професії [17, 18].

Як показано на рисунку 2, організаційна структура типового багатопрофільного реабілітаційного центру включає кілька рівнів управління та функціональних підрозділів.

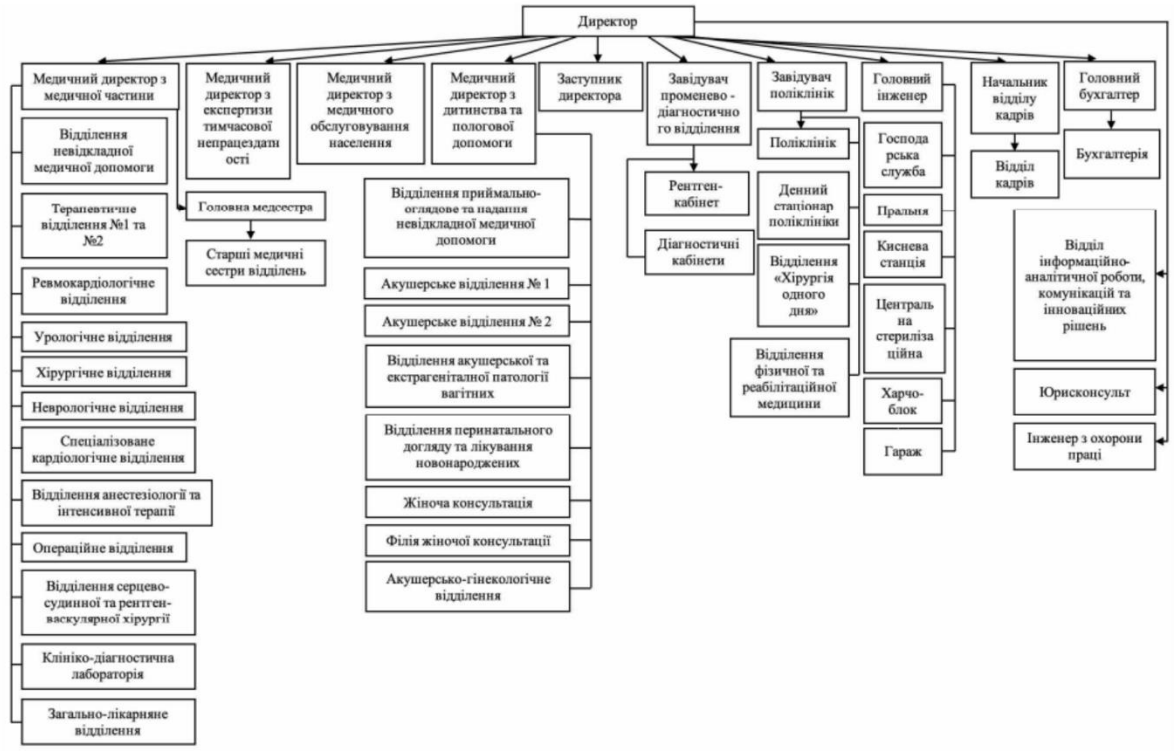


Рисунок 2.2. Організаційна структура багатопрофільного реабілітаційного центру

Джерело: розроблено автором на основі аналізу структури провідних реабілітаційних центрів України

Координація між різними категоріями персоналу вимагає формалізованих механізмів взаємодії. Регламенти, посадові інструкції, протоколи визначають функції кожного працівника, порядок передачі інформації, послідовність дій у різних ситуаціях. Проте надмірна формалізація може призводити до бюрократизації, зниження гнучкості, ускладнення швидкого реагування на зміни. Баланс між структурованістю та гнучкістю є важливим завданням управління [27].

Інформаційні технології відіграють зростаючу роль у підвищенні ефективності роботи персоналу реабілітаційних центрів. Електронні медичні картки, системи планування процедур, бази даних пацієнтів, платформи для комунікації між фахівцями дозволяють оптимізувати документообіг, прискорити обмін інформацією, зменшити ймовірність помилок. Водночас впровадження інформаційних систем вимагає навчання персоналу, зміни звичних способів роботи, фінансових інвестицій [12, 25].

Етичні аспекти роботи персоналу реабілітаційних центрів включають дотримання конфіденційності, повагу до автономії пацієнта, справедливий розподіл ресурсів, уникнення конфлікту інтересів. Професійні етичні кодекси визначають стандарти поведінки для лікарів, психологів, соціальних працівників, однак їхнє дотримання на практиці не завжди є безумовним. Етичні дилеми виникають у ситуаціях обмежених ресурсів, коли необхідно приймати рішення про пріоритетність пацієнтів, у випадках розбіжностей між побажаннями пацієнта та професійними рекомендаціями, при виборі між різними варіантами втручання [30].

Підсумовуючи аналіз кадрового та управлінського забезпечення соціальної роботи у реабілітаційних центрах, слід зазначити критичну важливість людського фактора для ефективності реабілітації. Кваліфікація, мотивація, здатність до співпраці персоналу безпосередньо впливають на результати відновлення пацієнтів. Проблеми недостатності кадрів, низької оплати праці, обмежених можливостей професійного розвитку, слабкої управлінської компетентності керівництва потребують системного вирішення

через зміни в освітній політиці, фінансуванні, організаційних механізмах. Впровадження міждисциплінарного підходу, командної роботи, сучасних методів управління персоналом може суттєво підвищити ефективність діяльності реабілітаційних центрів.

2.3. Інноваційні підходи та практики (онлайн-програми, партнерські проєкти, міжсекторальна взаємодія)

Трансформація реабілітаційної галузі в Україні супроводжується пошуком та впровадженням інноваційних підходів, спрямованих на підвищення доступності, якості та ефективності послуг. Цифрові технології, партнерські моделі взаємодії, міжсекторальна координація створюють нові можливості для комплексної реабілітації населення. Аналіз інноваційних практик дозволяє виявити перспективні напрями розвитку реабілітаційних центрів та визначити умови успішного впровадження нововведень.

Дистанційні реабілітаційні програми набувають поширення у відповідь на потреби осіб, котрі не можуть регулярно відвідувати стаціонарні заклади через територіальну віддаленість, обмеженість мобільності або інші обставини. Телереабілітація передбачає надання реабілітаційних послуг за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій — відеоконсультацій, мобільних додатків, онлайн-платформ. Фізичні терапевти можуть проводити заняття з лікувальної фізкультури в режимі відеозв'язку, демонструючи вправи та контролюючи їхнє виконання пацієнтом у домашніх умовах. Психологи здійснюють онлайн-консультації, застосовують методи когнітивно-поведінкової терапії у дистанційному форматі. Соціальні працівники надають інформаційну підтримку, консультують з питань соціальних прав та послуг через цифрові канали комунікації [26, 27].

Ефективність телереабілітації підтверджується дослідженнями, що засвідчують її порівнянність з традиційними методами для окремих категорій пацієнтів та видів втручань. Дистанційні програми демонструють високу

прихильність пацієнтів, оскільки вони не вимагають витрат часу на дорогу, дозволяють навчатися у комфортному середовищі, забезпечують гнучкість графіку. Водночас телереабілітація має обмеження — вона не може повністю замінити фізичний контакт, мануальні методи впливу, використання спеціалізованого обладнання. Оптимальним є комбінований підхід, коли стаціонарні заняття поєднуються з дистанційним супроводом [38, 43].

Впровадження телереабілітації в Україні стикається з технічними та організаційними перешкодами. Недостатнє покриття інтернетом віддалених територій, низька якість зв'язку, брак спеціалізованих цифрових платформ обмежують можливості дистанційного надання послуг. Регулювання телемедицини залишається недостатнім, що створює правову невизначеність щодо відповідальності, оплати послуг, ведення документації. Частина персоналу та пацієнтів має низький рівень цифрової грамотності, що ускладнює використання технологій. Інвестиції у розвиток цифрової інфраструктури, навчання персоналу, створення нормативно-правової бази є необхідними умовами розширення телереабілітації [12, 26].

Мобільні додатки для реабілітації надають пацієнтам інструменти для самостійних занять, моніторингу прогресу, отримання нагадувань та інструкцій. Додатки можуть включати відеоінструкції з виконання вправ, графіки тренувань, функції відстеження показників здоров'я, платформи для комунікації з фахівцями. Геймифікація — застосування ігрових елементів у реабілітаційному процесі — підвищує мотивацію пацієнтів, робить заняття цікавішими, заохочує регулярність виконання завдань. Віртуальна реальність використовується для тренування рухових навичок, подолання страхів, відновлення когнітивних функцій у захоплюючому інтерактивному середовищі [38, 43].

Проте доступність мобільних додатків та технологій віртуальної реальності для українських реабілітаційних центрів залишається обмеженою. Більшість закладів не мають відповідного обладнання, а вартість сучасних пристроїв є високою. Розробка україномовних додатків, адаптованих до

потреб вітчизняних пацієнтів, відбувається повільно. Комерційні продукти часто є дорогими або недоступними на українському ринку. Підтримка державою розробки та впровадження цифрових інструментів реабілітації могла б прискорити їхнє поширення [26].

Онлайн-платформи для навчання та підтримки пацієнтів створюють віртуальні спільноти, де люди з подібними проблемами можуть обмінюватися досвідом, отримувати інформацію, підтримувати один одного. Пірінгова підтримка — взаємодопомога між пацієнтами — має терапевтичний ефект, знижує почуття ізоляції, підвищує мотивацію до відновлення. Модеровані фахівцями онлайн-групи забезпечують безпечний простір для обговорення проблем, отримання порад, поширення достовірної інформації. Вебінари, онлайн-лекції, освітні матеріали розширюють знання пацієнтів про власний стан, методи самодопомоги, способи адаптації [26, 38].

Партнерські проєкти між реабілітаційними центрами, громадськими організаціями, приватним бізнесом створюють синергію ресурсів та компетенцій. Громадські організації, що представляють інтереси осіб з інвалідністю або ветеранів, часто мають глибше розуміння потреб цільових груп, довіру з боку бенефіціарів, гнучкість у реагуванні на виклики. Партнерство з такими організаціями дозволяє реабілітаційним центрам краще адаптувати послуги, залучити додаткові ресурси, розширити охоплення. Приватний бізнес може надавати спонсорську підтримку, постачати обладнання, надавати волонтерські ресурси своїх працівників, реалізовувати програми корпоративної соціальної відповідальності [10, 26].

Приклади успішних партнерських проєктів в Україні включають співпрацю реабілітаційних центрів з волонтерськими організаціями, що забезпечують транспортування пацієнтів, надають допоміжні засоби, організовують дозвілля. Благодійні фонди фінансують придбання обладнання, ремонт приміщень, навчання персоналу. Міжнародні організації реалізують проєкти з підтримки ветеранів, дітей з інвалідністю, осіб похилого віку, залучаючи експертів, надаючи гранти, сприяючи обміну досвідом [10, 26].

Водночас партнерство вимагає узгодження інтересів, чіткого розподілу відповідальності, прозорості фінансових потоків. Конфлікти можуть виникати через розбіжності у цілях, підходах, очікуваннях. Формалізація партнерства через укладення меморандумів, угод, спільних планів дій сприяє ефективній взаємодії. Оцінка результатів партнерських проєктів, документування досвіду, поширення інформації про успішні практики є важливими для масштабування інновацій [26].

Міжсекторальна взаємодія передбачає координацію дій реабілітаційних центрів з іншими секторами — освітою, зайнятістю, житлово-комунальним господарством, транспортом. Комплексна реабілітація не обмежується відновленням здоров'я, а охоплює соціальну інтеграцію, яка вимагає доступу до освіти, працевлаштування, доступного середовища. Реабілітаційні центри можуть виступати координаторами, що пов'язують пацієнтів з відповідними службами, відстоюють їхні права, сприяють усуненню бар'єрів [11, 26].

Професійна реабілітація та працевлаштування осіб з інвалідністю та учасників бойових дій є критичним аспектом соціальної інтеграції. Центри зайнятості, професійно-технічні навчальні заклади, роботодавці мають співпрацювати з реабілітаційними центрами для забезпечення неперервності підтримки. Професійна орієнтація, перенавчання, адаптація робочих місць, супровід на робочому місці є елементами комплексного підходу. Проте координація між службами зайнятості та реабілітаційними центрами залишається слабкою, інформація не обмінюється систематично, спільні програми реалізуються рідко [14, 33].

Інклюзивна освіта вимагає адаптації навчального середовища, навчальних матеріалів, методів викладання до потреб дітей з особливостями розвитку. Реабілітаційні центри для дітей можуть співпрацювати з навчальними закладами, надаючи консультації вчителям, розробляючи індивідуальні програми розвитку, забезпечуючи супровід асистентів. Проте інклюзивна освіта в Україні впроваджується повільно, багато шкіл не мають необхідних умов,

вчителі не володіють відповідними компетенціями. Систематична підтримка з боку реабілітаційних центрів могла б прискорити процес інклюзії [20, 34].

Доступність фізичного середовища є передумовою для повноцінної участі осіб з обмеженими можливостями у суспільному житті. Пандуси, ліфти, адаптовані санвузли, тактильна плитка, звукові сигнали на світлофорах є елементами доступного середовища. Реабілітаційні центри можуть виступати адвокатами доступності, звертаючись до органів місцевого самоврядування, архітекторів, будівельників з вимогами дотримання стандартів. Громадський моніторинг доступності, навчання фахівців, інформаційні кампанії є інструментами просування змін [22, 26].

Як відображено в таблиці 2.3, інноваційні підходи у реабілітаційній галузі можна класифікувати за напрямами впровадження.

Таблиця 2.3.

Інноваційні підходи у діяльності реабілітаційних центрів України

Напрям інновацій	Приклади практик	Переваги	Бар'єри впровадження
Цифрові технології	Телереабілітація, мобільні додатки, електронні медичні картки	Підвищення доступності, зручність для пацієнтів, економія часу	Недостатня цифрова інфраструктура, низька цифрова грамотність, брак регулювання
Партнерська взаємодія	Проєкти з громадськими організаціями, корпоративна підтримка, міжнародні гранти	Додаткові ресурси, краще розуміння потреб, гнучкість	Складність координації, залежність від зовнішнього фінансування
Міжсекторальна координація	Співпраця з центрами зайнятості, навчальними закладами, комунальними службами	Комплексність підтримки, соціальна інтеграція	Відсутність формалізованих механізмів, розбіжності у пріоритетах секторів
Нові методи терапії	Віртуальна реальність, робототехніка, арт-терапія, анімалотерапія	Підвищення мотивації, інноваційність підходів	Висока вартість обладнання, недостатність кваліфікованих кадрів
Пацієнт-центрований підхід	Індивідуальні плани реабілітації, участь пацієнтів у прийнятті рішень, опитування	Краща відповідність потребам, підвищення	Традиційна патерналістська культура, опір змінам з боку персоналу

	задоволеності	ефективності	

Джерело: складено автором на основі [10, 12, 22, 26, 38, 43]

Робототехніка та екзоскелети використовуються для відновлення рухових функцій у осіб з ураженнями спинного мозку, інсультами, травмами. Роботизовані тренажери дозволяють здійснювати високоінтенсивні, точно дозовані, повторювані рухи, що стимулюють нейропластичність та відновлення функцій. Екзоскелети надають можливість вертикалізації та ходіння особам з паралічем нижніх кінцівок, що має позитивний вплив на фізичне та психологічне здоров'я. Проте вартість робототехніки є дуже високою, що обмежує її доступність для українських реабілітаційних центрів. Лише окремі провідні заклади мають таке обладнання, переважно завдяки міжнародній підтримці [16, 26].

Альтернативні методи терапії — арт-терапія, музична терапія, анімалотерапія, садівнича терапія — доповнюють традиційні медичні та психологічні втручання. Арт-терапія використовує творчість для вираження емоцій, подолання психологічних проблем, розвитку навичок. Музична терапія застосовує музику для стимуляції когнітивних функцій, покращення настрою, соціальної взаємодії. Анімалотерапія залучає тварин для емоційної підтримки, мотивації до активності, розвитку емпатії. Вказані методи демонструють ефективність для окремих категорій пацієнтів, зокрема дітей, осіб з психічними розладами, людей похилого віку [26, 30].

Впровадження альтернативних методів вимагає підготовки спеціалістів, методичного забезпечення, створення відповідних умов. Арт-терапевти, музичні терапевти проходять спеціалізоване навчання, засновано на доказових підходах. В Україні підготовка таких фахівців є обмеженою, більшість практиків засвоюють компетенції через короткострокові курси або самоосвіту. Формування професійних стандартів, акредитація програм навчання, розвиток професійних спільнот є необхідними для підвищення якості та поширення альтернативних методів [26, 30].

Пацієнт-центрований підхід передбачає розгляд пацієнта як активного учасника реабілітаційного процесу, а не пасивного об'єкта втручання. Індивідуальні плани реабілітації розробляються спільно з пацієнтом, враховуючи його цілі, вподобання, життєві обставини. Пацієнт бере участь у прийнятті рішень щодо методів терапії, інтенсивності занять, пріоритетів відновлення. Інформоване погодження передбачає надання пацієнту повної інформації про стан, прогноз, можливі втручання та їхні ризики. Повага до автономії, врахування культурних та релігійних особливостей, забезпечення конфіденційності є принципами пацієнт-центрованого підходу [26, 27, 38].

Впровадження пацієнт-центрованого підходу вимагає зміни організаційної культури, переорієнтації персоналу від авторитарного до партнерського стилю взаємодії. Навчання комунікативним навичкам, емпатії, вмінню слухати пацієнтів є важливим для фахівців. Опитування задоволеності пацієнтів, аналіз скарг та побажань, залучення пацієнтів до управління закладом через громадські ради є механізмами реалізації підходу. Водночас традиційна патерналістська культура, коли лікар знає краще, що потрібно пацієнту, залишається поширеною в Україні, що гальмує впровадження змін [26, 27].

Наукові дослідження у галузі реабілітації є основою доказових практик та інновацій. Університети, наукові інститути, дослідницькі центри генерують нові знання про механізми відновлення, ефективність методів, оптимальні підходи до організації послуг. Проте зв'язок між наукою та практикою в Україні є слабким. Результати досліджень рідко впроваджуються у практику реабілітаційних центрів, фахівці не мають доступу до актуальних наукових публікацій, участь у дослідженнях є епізодичною. Формування дослідницької культури у реабілітаційних закладах, створення центрів передового досвіду, які поєднують надання послуг з науковою діяльністю, могло б посилити інноваційність галузі [26, 27].

Міжнародний обмін досвідом через стажування, навчальні візити, участь у міжнародних конференціях збагачує знання українських фахівців про

передові практики. Програми академічної мобільності, гранти на навчання за кордоном, міжнародні проєкти співпраці створюють можливості для професійного розвитку. Водночас доступ до таких можливостей є нерівномірним — переважно ними користуються фахівці з великих міст, працівники провідних закладів, особи з знанням іноземних мов. Розширення доступу до міжнародного досвіду для ширшого кола працівників вимагає державної підтримки, розвитку онлайн-форматів навчання, перекладу матеріалів українською мовою [26].

Соціальне підприємництво у реабілітаційній сфері поєднує бізнесову модель з соціальною місією. Соціальні підприємства надають реабілітаційні послуги, створюють робочі місця для осіб з інвалідністю, виробляють допоміжні засоби, організовують навчання. Прибуток реінвестується у розвиток діяльності, розширення послуг, підтримку цільових груп. Соціальне підприємництво демонструє можливість сталого фінансування соціальних ініціатив без повної залежності від грантів та донорів. Проте розвиток соціального підприємництва в Україні стримується недосконалою правовою базою, недостатністю фінансових інструментів підтримки, низькою обізнаністю громадськості [26].

Краудфандинг — залучення коштів від великої кількості людей через інтернет-платформи — використовується для фінансування реабілітаційних потреб окремих осіб або проєктів. Благодійні кампанії на платформах дозволяють швидко зібрати необхідні суми на операції, обладнання, курси реабілітації. Проте краудфандинг має епізодичний характер, не забезпечує системної підтримки, залежить від медійності випадку. Люди з харизматичними історіями отримують значну підтримку, тоді як інші залишаються поза увагою. Доповнення державної системи краудфандингом може бути корисним, але не може замінити системне фінансування [26].

Якість реабілітаційних послуг вимагає систематичної оцінки та контролю. Стандарти якості визначають мінімальні вимоги до обладнання, кваліфікації персоналу, процесів надання послуг, результатів втручання.

Акредитація закладів незалежними органами підтверджує відповідність стандартам, підвищує довіру пацієнтів, стимулює конкуренцію за якість. Проте в Україні система акредитації реабілітаційних центрів не є розвиненою. Більшість закладів підлягають лише ліцензуванню, яке перевіряє дотримання мінімальних безпекових вимог, але не оцінює якість та результативність послуг [11, 27].

Клінічні протоколи та настанови визначають алгоритми дій фахівців при різних станах, засновані на найкращих доказах ефективності. Дотримання протоколів забезпечує стандартизацію підходів, зменшує варіативність практики, підвищує передбачуваність результатів. Водночас протоколи мають бути гнучкими, дозволяти індивідуалізацію відповідно до особливостей пацієнта. В Україні розробка клінічних протоколів з реабілітації відбувається повільно, багато протоколів застарілі або відсутні. Адаптація міжнародних настанов до вітчизняних умов, залучення практиків до розробки, регулярне оновлення є необхідними кроками [11, 23].

Моніторинг результатів реабілітації дозволяє оцінювати ефективність втручань, виявляти проблеми, коригувати підходи. Стандартизовані шкали оцінки функціонального стану, якості життя, задоволеності пацієнтів використовуються для вимірювання змін. Порівняння показників до та після реабілітації, відстеження довгострокових результатів, порівняння між закладами надають об'єктивну інформацію про ефективність. Проте систематичний моніторинг результатів у багатьох українських центрах не проводиться, дані не аналізуються, звіти обмежуються кількісними показниками відвідувань без оцінки якісних змін [11, 27].

Інформаційні системи управління якістю інтегрують дані про процеси, результати, ресурси, дозволяючи керівництву приймати обґрунтовані рішення. Дашборди з ключовими показниками ефективності, аналітичні звіти, системи раннього попередження про проблеми підвищують прозорість та керованість. Водночас впровадження таких систем вимагає інвестицій у програмне забезпечення, навчання персоналу, зміни процесів роботи. Опір змінам з боку

персоналу, недовіра до цифрових технологій, страх контролю можуть стримувати впровадження [12, 27].

Безперервне покращення якості передбачає постійний цикл планування, виконання, перевірки, коригування. Команди якості, що включають представників різних категорій персоналу, аналізують проблеми, розробляють рішення, впроваджують зміни, оцінюють результати. Культура відкритості до помилок, навчання на досвіді, заохочення ініціативи є основою безперервного покращення. Проте у багатьох українських закладах переважає культура звинувачення, коли помилки караються, а не використовуються як можливість для навчання, що стримує інноваційність [27].

Залучення пацієнтів до оцінки та покращення якості послуг є важливим елементом пацієнт-центрованого підходу. Опитування задоволеності, фокус-групи, консультації з пацієнтами надають зворотній зв'язок про сильні та слабкі сторони послуг. Пацієнтські громадські ради при реабілітаційних центрах можуть виступати з рекомендаціями, брати участь у прийнятті рішень, здійснювати моніторинг якості. Водночас формальний підхід до залучення, коли думка пацієнтів вислуховується, але не враховується, знижує ефективність механізму [26, 27].

Управління ризиками у реабілітаційних центрах спрямоване на виявлення потенційних загроз безпеці пацієнтів та персоналу, запобігання інцидентам, зменшення наслідків у разі їхнього виникнення. Ризики можуть бути пов'язані з обладнанням, процедурами, інфекціями, падіннями, помилками у лікуванні. Систематичний аналіз ризиків, розробка протоколів безпеки, навчання персоналу, реєстрація та аналіз інцидентів є елементами управління ризиками. Проте у багатьох центрах управління ризиками має реактивний характер — реагування на інциденти після їхнього виникнення, а не проактивне запобігання [27].

Фінансова стійкість реабілітаційних центрів є передумовою для впровадження інновацій та забезпечення якості послуг. Диверсифікація джерел фінансування — бюджетні кошти, платні послуги, гранти, донорська

підтримка, соціальне замовлення — знижує залежність від одного джерела та підвищує стабільність. Ефективне фінансове управління, контроль витрат, планування бюджету, залучення додаткових ресурсів є компетенціями, необхідними для керівництва. Проте більшість директорів не мають фінансової освіти, рішення приймаються інтуїтивно, фінансова звітність є формальною [11, 27].

Соціальне замовлення як механізм фінансування дозволяє державним органам або місцевому самоврядуванню замовляти послуги у недержавних організацій — громадських, приватних. Конкурсний відбір виконавців, оплата за результатами, моніторинг якості створюють стимули для ефективності. Проте в Україні механізм соціального замовлення використовується обмежено, процедури є складними, обсяги фінансування недостатніми. Розвиток соціального замовлення міг би стимулювати конкуренцію, інноваційність, залучення недержавного сектору до надання реабілітаційних послуг [13, 26].

Маркетинг та комунікація реабілітаційних центрів спрямовані на інформування населення про послуги, формування позитивного іміджу, залучення пацієнтів. Веб-сайти, соціальні мережі, інформаційні брошури, публікації у медіа є каналами комунікації. Проте багато центрів не приділяють уваги маркетингу, веб-сайти застарілі або відсутні, інформація недоступна. У конкурентному середовищі, де пацієнти мають вибір, якісна комунікація стає важливим фактором залучення та утримання клієнтів [26].

Брендинг реабілітаційних центрів формує унікальну ідентичність, що відрізняє заклад від інших. Репутація якості, спеціалізація на певних напрямах, унікальні методики, атмосфера турботи можуть бути елементами бренду. Сильний бренд підвищує довіру, полегшує залучення партнерів, спонсорів, донорів. Водночас формування бренду вимагає послідовності у діях, дотримання обіцянок, високої якості послуг. Розрив між обіцянками та реальністю руйнує репутацію [26].

Підсумовуючи аналіз інноваційних підходів та практик у реабілітаційних центрах України, слід зазначити, що галузь перебуває у стані поступової

трансформації. Цифрові технології, партнерські моделі, міжсекторальна координація, альтернативні методи терапії, пацієнт-центрований підхід демонструють потенціал для підвищення доступності, якості та ефективності реабілітації. Проте системне впровадження інновацій стримується технічними, фінансовими, організаційними, культурними бар'єрами. Подолання вказаних перешкод вимагає комплексних зусиль держави, закладів, фахівців, громадськості. Створення сприятливого середовища для інновацій — регулювання, фінансування, навчання, підтримка — є необхідною умовою модернізації реабілітаційної галузі.

РОЗДІЛ 3
ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКИХ МОДЕЛЕЙ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНІ

3.1. Організаційні моделі соціальної роботи у реабілітаційних центрах ЄС

Організаційні моделі соціальної роботи у багатопрофільних реабілітаційних центрах країн Європейського Союзу формувалися протягом тривалого періоду на основі інтеграції медичних, психологічних, соціальних та педагогічних підходів до відновлення функціональних можливостей осіб з обмеженнями життєдіяльності. Ініціатива «Реабілітація-2030» Всесвітньої організації охорони здоров'я у Європейському регіоні наголошує на необхідності скоординованих дій всіх зацікавлених сторін для зміцнення систем охорони здоров'я країн з метою надання якісної та своєчасної реабілітації, що включає покращення керівництва та управління, розвиток потужної міждисциплінарної реабілітаційної робочої сили, розширення фінансування реабілітації та покращення збору даних і досліджень. Європейська практика демонструє різноманітність організаційних форм реабілітаційних закладів залежно від національних особливостей систем охорони здоров'я, соціального захисту, правового регулювання та історичних традицій надання допомоги вразливим категоріям населення [2].

Структурна організація реабілітаційних центрів у країнах ЄС варіюється від вузькоспеціалізованих закладів, що фокусуються на відновленні після конкретних захворювань або травм, до багатопрофільних комплексів, здатних надавати комплексну допомогу особам з різноманітними порушеннями здоров'я та соціального функціонування. Багатопрофільні центри включають відділення неврологічної реабілітації для осіб після інсульту, черепно-мозкових травм, нейродегенеративних захворювань, ортопедичні відділення для пацієнтів після ендопротезування суглобів, травм опорно-рухового апарату, кардіологічні

програми для осіб після інфаркту міокарда, операцій на серці, онкологічні програми для пацієнтів після хіміотерапії, променевої терапії, хірургічних втручань. Інтеграція різних напрямків реабілітації в межах одного закладу дозволяє оптимізувати використання ресурсів, забезпечити взаємодію спеціалістів різних профілів, створити умови для комплексного підходу до пацієнтів з коморбідними станами [3].

Управлінська структура європейських реабілітаційних центрів базується на принципах горизонтального управління з високим рівнем автономії міждисциплінарних команд, що працюють безпосередньо з пацієнтами. Керівництво закладу формує стратегічні цілі, забезпечує ресурсами, координує взаємодію підрозділів, контролює якість послуг, але уникає надмірного втручання в щоденну роботу реабілітаційних команд. Професійна автономія фахівців фізичної терапії, ерготерапії, логопедії, психології, соціальної роботи підтримується через визнання їхньої кваліфікації, компетентності у прийнятті клінічних рішень, відповідальності за результати роботи з пацієнтами. Координатори реабілітаційних програм виконують функції зв'язку між керівництвом закладу та міждисциплінарними командами, забезпечуючи інформаційний обмін, вирішення організаційних проблем, моніторинг дотримання стандартів якості.

Фінансування реабілітаційних центрів у країнах ЄС здійснюється через системи обов'язкового медичного страхування, державні бюджети, приватні страхові компанії, благодійні фонди, власні кошти пацієнтів залежно від національної моделі організації охорони здоров'я та соціального захисту. Системи обов'язкового медичного страхування, характерні для Німеччини, Нідерландів, Австрії, Франції, покривають значну частину витрат на стаціонарну та амбулаторну реабілітацію після гострих захворювань, травм, хірургічних втручань на основі встановлених тарифів за окремі реабілітаційні послуги або за період перебування у закладі. Державне фінансування переважає у скандинавських країнах, де реабілітаційні послуги надаються за рахунок податків як частина загального пакету медичної та соціальної допомоги

населенню. Змішане фінансування з різних джерел вимагає від адміністрації реабілітаційних центрів розробки ефективних систем обліку витрат, калькуляції вартості послуг, взаємодії з різними платниками, що ускладнює управління закладами порівняно з моноджерельним фінансуванням.

Кадрове забезпечення реабілітаційних центрів у країнах ЄС характеризується високою насиченістю спеціалістами різних професій на кожного пацієнта, що забезпечує інтенсивність реабілітаційних втручань та індивідуалізацію програм відновлення. Типова міждисциплінарна команда включає лікаря-реабілітолога як координатора медичних аспектів програми, фізичних терапевтів для відновлення рухових функцій, ерготерапевтів для тренування побутових навичок та адаптації середовища, логопедів при порушеннях мовлення, ковтання, голосу, психологів для роботи з емоційними, когнітивними, поведінковими аспектами, соціальних працівників для вирішення питань інтеграції у суспільство, медсестер реабілітаційного профілю, помічників терапевтів та персональних асистентів. Співвідношення кількості реабілітаційних спеціалістів до кількості пацієнтів у провідних європейських центрах може досягати один до одного або навіть перевищувати кількість пацієнтів, що дозволяє забезпечити по кілька годин безпосередніх занять щодня для кожного пацієнта [12].

Освітня підготовка реабілітаційних спеціалістів у країнах ЄС здійснюється на рівні бакалаврських та магістерських програм університетів з подальшою клінічною практикою під супервізією досвідчених фахівців, безперервним професійним розвитком через участь у курсах підвищення кваліфікації, конференціях, стажуваннях. Фізична терапія, ерготерапія, логопедія у більшості європейських країн є самостійними професіями з власними освітніми стандартами, професійними асоціаціями, системами ліцензування та сертифікації, що відрізняється від пострадянської моделі, де такі функції традиційно виконувалися молодшим медичним персоналом під керівництвом лікарів. Соціальні працівники у реабілітаційних центрах мають вищу освіту за спеціальністю «соціальна робота» з акцентом на медико-

соціальну реабілітацію, що передбачає розуміння медичних аспектів захворювань, інвалідності, відновлювального лікування поряд з соціально-психологічними методами підтримки пацієнтів та їхніх родин [15].

Пацієнт-центрований підхід становить методологічну основу організації реабілітаційного процесу у європейських центрах, що передбачає активну участь пацієнта та його родини у визначенні цілей реабілітації, виборі методів втручання, прийнятті рішень щодо терапевтичної програми. Реабілітаційна команда спільно з пацієнтом формулює реалістичні, вимірювані, часово визначені цілі на різних рівнях функціонування відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, що включають відновлення порушених функцій організму, подолання обмежень активності у виконанні повсякденних завдань, усунення бар'єрів участі у соціальному житті. Індивідуальний план реабілітації розробляється на основі комплексної оцінки стану пацієнта всіма спеціалістами команди з використанням стандартизованих інструментів вимірювання функціональних можливостей, регулярно переглядається та коригується залежно від динаміки відновлення, нових потреб, що виникають у процесі реабілітації [23].

Інформаційні системи управління реабілітаційним процесом у європейських центрах включають електронні медичні карти з можливістю внесення записів усіма членами міждисциплінарної команди, системи планування та обліку реабілітаційних процедур, інструменти моніторингу прогресу пацієнтів через регулярну оцінку функціональних показників, бази даних для аналізу результатів лікування та наукових досліджень. Інтеграція інформаційних систем реабілітаційних центрів з національними реєстрами інвалідності, системами соціального страхування, базами даних первинної медичної допомоги забезпечує координацію між різними рівнями надання послуг, запобігає дублюванню втручань, сприяє наступності у веденні пацієнтів після завершення програми реабілітації. Телереабілітаційні платформи дозволяють продовжувати підтримку пацієнтів після виписки зі стаціонару через дистанційні консультації, моніторинг виконання вправ вдома, своєчасну

корекцію програм амбулаторної реабілітації без необхідності повторних відвідувань центру.

Контроль якості реабілітаційних послуг у країнах ЄС здійснюється через системи акредитації та сертифікації реабілітаційних закладів, що передбачають перевірку відповідності структурних, процесуальних та результативних показників встановленим стандартам. Акредитаційні організації оцінюють кваліфікацію персоналу, адекватність обладнання та інфраструктури, наявність протоколів та стандартних операційних процедур, систем управління ризиками, механізмів зворотного зв'язку від пацієнтів, програм безперервного покращення якості. Клінічні аудити передбачають ретроспективний аналіз медичної документації випадково відібраних пацієнтів для оцінки повноти діагностичного обстеження, обґрунтованості вибору реабілітаційних втручань, адекватності документування процесу та результатів лікування. Моніторинг результатів реабілітації включає вимірювання функціональних показників при надходженні та виписці пацієнтів, оцінку задоволеності послугами, відстеження віддалених наслідків через опитування пацієнтів через три, шість, дванадцять місяців після завершення програми.

3.2. Приклади міждисциплінарної взаємодії та управлінських практик у Німеччині, Польщі та Скандинавських країнах

Німецька модель організації реабілітаційних послуг характеризується чітким законодавчим закріпленням права громадян на реабілітацію як частини системи соціального забезпечення, що фінансується через різні гілки соціального страхування залежно від причини інвалідності. Пенсійне страхування фінансує реабілітацію працездатного населення для збереження або відновлення працездатності та запобігання передчасному виходу на пенсію. Медичне страхування покриває реабілітацію після гострих захворювань незалежно від працездатності. Страхування від нещасних випадків на виробництві фінансує реабілітацію потерпілих від професійних травм та

захворювань. Соціальна допомога надає реабілітаційні послуги особам з інвалідністю, які не охоплені системами страхування. Розмежування відповідальності різних платників створює складну систему координації, що вимагає від реабілітаційних центрів взаємодії з множиною організацій, але водночас забезпечує широкий доступ населення до якісних реабілітаційних послуг [31].

Організаційна структура німецьких реабілітаційних клінік передбачає поєднання стаціонарних програм тривалістю від трьох до шести тижнів для пацієнтів після гострих станів, що потребують інтенсивної реабілітації у закритому середовищі, та денних стаціонарів для осіб, здатних проживати вдома і щоденно відвідувати заклад для участі у реабілітаційних заходах. Амбулаторна реабілітація набула широкого розповсюдження протягом останніх двох десятиліть як альтернатива стаціонарним програмам для пацієнтів з достатньою мобільністю та соціальною підтримкою, що дозволяє зменшити витрати на проживання та харчування при збереженні інтенсивності терапевтичних втручань. Співвідношення стаціонарних та амбулаторних реабілітаційних послуг змінюється у бік збільшення амбулаторних форм відповідно до принципу «амбулаторне перед стаціонарним», що відображає загальноєвропейську тенденцію до деінституціоналізації медичної та соціальної допомоги [34].

Міждисциплінарна взаємодія у німецьких реабілітаційних клініках організована через щотижневі конференції команди, де обговорюється прогрес кожного пацієнта, визначаються нові цілі, коригується індивідуальний план реабілітації на основі внеску всіх спеціалістів. Лікар-реабілітолог координує медичні аспекти програми, контролює стан здоров'я, призначає медикаментозну терапію, визначає обмеження та протипоказання для окремих видів фізичного навантаження. Фізичний терапевт розробляє програму відновлення рухових функцій, що може включати тренування ходи, рівноваги, сили м'язів, витривалості, координації рухів. Ерготерапевт працює над відновленням здатності до самообслуговування, виконання побутових

обов'язків, професійних навичок, адаптує житлове середовище пацієнта, рекомендує допоміжні засоби. Логопед займається корекцією порушень мовлення, артикуляції, голосу, ковтання у неврологічних пацієнтів після інсульту, черепно-мозкових травм. Нейропсихолог проводить діагностику та тренування когнітивних функцій, включаючи пам'ять, увагу, виконавчі функції, просторову орієнтацію. Соціальний працівник організовує виписку пацієнта з клініки, координує послуги догляду вдома, вирішує питання повернення на роботу або професійної перекваліфікації, оформлення інвалідності, отримання допоміжних засобів від страхових компаній. [35]

Управлінські практики німецьких реабілітаційних закладів включають застосування методології управління якістю відповідно до вимог стандартів ISO серії 9000, що передбачає документування всіх процесів надання послуг, регулярний внутрішній аудит дотримання процедур, аналіз скарг та пропозицій пацієнтів, коригувальні дії при виявленні невідповідностей. Сертифікація за стандартами DIN EN ISO 9001 стала фактичною вимогою для участі реабілітаційних клінік у контрактах з фондами медичного страхування, що стимулює заклади до впровадження систематичних підходів до управління якістю. Клінічні шляхи для різних нозологічних груп пацієнтів визначають послідовність діагностичних, терапевтичних та соціальних втручань на різних етапах реабілітаційного процесу, забезпечуючи стандартизацію підходів при збереженні можливостей індивідуалізації з урахуванням особливостей конкретного пацієнта. Бенчмаркінг передбачає порівняння показників діяльності реабілітаційних клінік, включаючи функціональні результати пацієнтів, терміни перебування, витрати на один випадок лікування, що створює конкурентне середовище та стимулює заклади до підвищення ефективності роботи [38].

Польський досвід організації реабілітаційних послуг демонструє етап трансформації від централізованої державної системи до змішаної моделі з участю публічних, приватних та неурядових організацій у наданні реабілітаційних послуг населенню. Після вступу Польщі до Європейського

Союзу у 2004 році значні інвестиції з європейських структурних фондів спрямовувалися на модернізацію реабілітаційної інфраструктури, оснащення закладів сучасним обладнанням, підготовку кадрів відповідно до європейських стандартів. Національний фонд здоров'я контролює більшість реабілітаційних послуг для населення через контракти з публічними та приватними надавачами, встановлює тарифи оплати, визначає вимоги до якості та доступності послуг. Реабілітаційні відділення при багатопрофільних лікарнях надають ранню реабілітацію пацієнтам після гострих станів безпосередньо у період госпіталізації. Спеціалізовані реабілітаційні центри приймають пацієнтів для продовження відновного лікування після виписки з гострого стаціонару на період від двох до чотирьох тижнів залежно від нозології.

Міждисциплінарна команда польських реабілітаційних центрів включає лікаря-реабілітолога або лікаря фізичної медицини як керівника програми, фізіотерапевтів, які виконують широкий спектр фізичних втручань від мануальної терапії до кінезіотерапії, психологів для роботи з емоційними наслідками хвороби або травми, дієтологів при необхідності корекції харчування, медсестер реабілітаційного профілю. Ерготерапія та логопедія менш розвинені порівняно з Німеччиною або скандинавськими країнами, що частково пояснюється пізнішим впровадженням цих професій у польську систему охорони здоров'я та дефіцитом кваліфікованих спеціалістів з відповідною університетською підготовкою. Соціальна робота у реабілітаційних центрах часто обмежується формальними аспектами оформлення документів для отримання допомоги, інвалідності, допоміжних засобів без глибокої психосоціальної підтримки пацієнтів та родин, що відображає недостатнє усвідомлення ролі соціального працівника як повноправного члена реабілітаційної команди [1].

Управлінська структура польських реабілітаційних закладів характеризується більш ієрархічною організацією порівняно з німецькими або скандинавськими аналогами, де директор або головний лікар приймає основні рішення щодо розподілу ресурсів, кадрової політики, стратегічного розвитку з

обмеженою участю фахівців нижчого рівня. Спроби впровадження горизонтальних структур управління з делегуванням повноважень міждисциплінарним командам стикаються з організаційною культурою, що склалася за радянських часів з акцентом на централізоване прийняття рішень та підпорядкування молодших спеціалістів лікарям. Модернізація управлінських підходів відбувається поступово через міжнародні проекти обміну досвідом, стажування польських менеджерів у провідних європейських реабілітаційних центрах, участь у програмах професійного розвитку з менеджменту охорони здоров'я.

Скандинавська модель організації реабілітації відображає загальні принципи нордичної системи соціального забезпечення з акцентом на універсальний доступ до послуг, соціальну інклюзію, права людини, участь громади у підтримці осіб з інвалідністю. Швеція, Норвегія, Данія, Фінляндія розвинули комплексні системи реабілітації, інтегровані у загальну структуру охорони здоров'я та соціальних послуг з фінансуванням переважно з податків без прямих платежів від пацієнтів. Комунальні органи влади несуть основну відповідальність за організацію та фінансування реабілітаційних послуг для населення, що проживає на їхній території, координують роботу медичних закладів, соціальних служб, служб зайнятості для забезпечення комплексного підходу до осіб з інвалідністю. Принцип наближення послуг до місця проживання людей реалізується через розгалужену мережу амбулаторних реабілітаційних центрів, команд, що працюють у домашніх умовах, денних центрів для осіб з тривалими обмеженнями функціонування.

Міждисциплінарна взаємодія у скандинавських реабілітаційних закладах базується на принципах рівності професій, визнання унікального внеску кожного спеціаліста у процес відновлення, спільної відповідальності за результати роботи з пацієнтом. Лікар у скандинавській команді виконує роль одного з рівноправних членів без домінування над іншими спеціалістами, що контрастує з континентальною європейською традицією медичної домінантності. Координатором реабілітаційної програми може бути будь-який

досвідчений член команди незалежно від професії, що визначається компетентністю, досвідом роботи, лідерськими якостями, а не формальною посадою у медичній ієрархії. Колегіальне прийняття рішень на командних конференціях передбачає обговорення різних точок зору, пошук консенсусу, врахування побажань пацієнта як рівноправного учасника планування реабілітації. Конфліктні ситуації вирішуються через відкрите обговорення, медіацію за участі зовнішнього фасилітатора, звернення до керівництва закладу лише у випадках неможливості досягнення згоди на рівні команди.

Управлінські практики скандинавських реабілітаційних організацій включають широку участь персоналу у прийнятті управлінських рішень через робочі групи, комітети якості, ради працівників, що мають консультативні або навіть рішучі повноваження щодо окремих питань організації роботи. Трансформаційне лідерство керівників реабілітаційних центрів спрямоване на створення візії розвитку організації, мотивацію персоналу до безперервного вдосконалення, формування культури навчання та інновацій, підтримку професійного розвитку працівників. Системи оцінки ефективності роботи спеціалістів базуються не лише на кількісних показниках виконаної роботи, але й на якісних аспектах взаємодії з пацієнтами, колегами, участі у командній роботі, професійному зростанні. Гнучкі форми організації робочого часу дозволяють спеціалістам балансувати професійні та особисті інтереси, що підвищує задоволеність роботою, знижує ризик професійного вигорання, покращує утримання кваліфікованих кадрів у реабілітаційних закладах.

Дослідження ефективності різних організаційних моделей реабілітації у європейських країнах демонструють, що функціональні результати пацієнтів залежать менше від конкретної організаційної структури чи системи фінансування, а більше від якості міждисциплінарної взаємодії, інтенсивності реабілітаційних втручань, індивідуалізації програм, наступності між різними рівнями надання послуг.

3.3. Перспективи впровадження європейських підходів в Україні: можливості, ризики, рекомендації

Перспективи впровадження європейських організаційно-управлінських моделей соціальної роботи у багатопрофільних реабілітаційних центрах України визначаються складною взаємодією сприятливих факторів та суттєвих бар'єрів, що характеризують поточний стан національної системи охорони здоров'я та соціального захисту. Конституційне закріплення права громадян на охорону здоров'я, соціальний захист, реабілітацію створює правову основу для розвитку реабілітаційних послуг, однак реалізація цих прав стикається з хронічним недофінансуванням галузі, застарілою інфраструктурою більшості закладів, дефіцитом кваліфікованих кадрів нових для України реабілітаційних професій. Реформа системи охорони здоров'я, розпочата у 2017 році, створила автономію медичних закладів у прийнятті управлінських рішень, запровадила програму медичних гарантій з державним фінансуванням базового пакету медичних послуг, включаючи реабілітацію після гострих станів, що відкриває можливості для модернізації організаційних підходів відповідно до міжнародних стандартів.

Можливості для адаптації європейського досвіду включають зростаючу обізнаність українських фахівців з міжнародними практиками реабілітації через участь у міжнародних конференціях, стажуваннях, онлайн-навчанні, доступ до іншомовної професійної літератури. Створення освітніх програм з фізичної терапії, ерготерапії на рівні бакалаврату та магістратури у провідних українських університетах з 2016 року формує новий кадровий потенціал для реабілітаційних закладів, орієнтований на європейські стандарти професійної практики. Професійні асоціації фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів активно працюють над розробкою клінічних протоколів, стандартів надання послуг, систем сертифікації спеціалістів, адвокацією інтересів професій у взаємодії з органами влади, страховиками, роботодавцями. Міжнародні проекти технічної допомоги від урядів та неурядових організацій країн ЄС, США,

Канади підтримують модернізацію реабілітаційних закладів через надання обладнання, навчання персоналу, консультування з питань організації та управління.

Досвід пілотних проектів з впровадження міждисциплінарної моделі реабілітації у окремих українських закладах демонструє можливість адаптації європейських підходів при наявності мотивованого керівництва, підтримки персоналу, зовнішньої експертної допомоги. Національний реабілітаційний центр «Пуща-Водиця», окремі обласні центри медичної реабілітації, приватні реабілітаційні клініки у великих містах впроваджують елементи міждисциплінарної взаємодії, індивідуалізованого планування реабілітації, використання стандартизованих інструментів оцінки функціонування, орієнтації на цілі пацієнта. Поширення позитивного досвіду через публікації, презентації на професійних форумах, навчальні візити колег з інших закладів сприяє дифузії інновацій у національній системі реабілітації. Включення показників якості реабілітаційних послуг до критеріїв оплати від Національної служби здоров'я України стимулює заклади до впровадження доказових практик, моніторингу результатів лікування, безперервного покращення процесів надання послуг.

Ризики адаптації європейських моделей у український контекст пов'язані передусім з недостатнім фінансуванням реабілітаційних послуг, що обмежує можливості створення міждисциплінарних команд з достатньою кількістю спеціалістів для забезпечення інтенсивності втручань на рівні європейських стандартів. Тарифи оплати реабілітаційних послуг від Національної служби здоров'я України не покривають реальних витрат закладів на надання якісної міждисциплінарної реабілітації, що змушує заклади шукати додаткові джерела фінансування через платні послуги, благодійну допомогу, гранти, або знижувати інтенсивність програм до економічно прийнятного рівня. Диспропорція між потребами населення у реабілітаційних послугах та наявними ресурсами призводить до обмеженого доступу громадян до якісної реабілітації, особливо у сільській місцевості та малих містах, де взагалі відсутні

спеціалізовані реабілітаційні заклади або кваліфіковані фахівці нових реабілітаційних професій.

Культурні та організаційні бар'єри включають усталену медичну модель розуміння реабілітації як виключно медичного втручання під керівництвом лікаря без визнання паритетної ролі немедичних спеціалістів у реабілітаційній команді. Ієрархічна структура організації медичних закладів з домінуванням лікарів над середнім медичним персоналом та допоміжними працівниками ускладнює впровадження горизонтальної моделі міждисциплінарної команди, де фізичні терапевти, ерготерапевти, соціальні працівники мають автономію у прийнятті професійних рішень у межах власної компетенції. Опір змінам з боку частини керівництва та персоналу закладів, що працюють за традиційними підходами, бачать у нових моделях загрозу усталеному статусу, необхідність додаткового навчання, зміни звичних алгоритмів роботи. Недостатня обізнаність пацієнтів та їхніх родин з можливостями сучасної реабілітації призводить до пасивного очікування лікування від лікарів без активної участі у процесі відновлення, що суперечить принципам пацієнт-центрованої моделі європейської реабілітації.

Правове регулювання діяльності нових реабілітаційних професій в Україні перебуває на етапі формування з неповним визначенням меж професійної компетенції, відповідальності, стандартів освіти та практики. Відсутність обов'язкової сертифікації фізичних терапевтів, ерготерапевтів після завершення освітніх програм створює ризики допуску до практики недостатньо кваліфікованих спеціалістів, що може компрометувати нові професії у очах громадськості та традиційних медичних працівників. Неврегульованість питань професійної відповідальності та страхування створює правову невизначеність для спеціалістів та роботодавців щодо наслідків можливих помилок або негативних результатів реабілітаційних втручань. Відсутність механізмів міжнародного визнання українських кваліфікацій у галузі реабілітації обмежує мобільність спеціалістів, можливості стажування та працевлаштування за кордоном для набуття досвіду роботи у провідних європейських центрах.

Дефіцит кваліфікованих викладачів для підготовки фахівців нових реабілітаційних професій створює ризики недостатньої якості освітніх програм з фізичної терапії, ерготерапії, соціальної роботи у реабілітації. Більшість викладачів цих програм не мають практичного досвіду роботи у міждисциплінарних реабілітаційних командах європейського типу, що обмежує їхню спроможність передати студентам не лише теоретичні знання, але й практичні навички, професійні цінності, культуру міждисциплінарної взаємодії. Недостатність баз практики, де студенти могли б навчатися під керівництвом досвідчених наставників у реальних умовах роботи міждисциплінарної команди, знижує практичну готовність випускників до професійної діяльності одразу після завершення освіти. Швидке зростання кількості освітніх програм з реабілітаційних професій у різних університетах без належного контролю якості створює ризики насичення ринку праці випускниками з різним рівнем підготовки, що може призвести до девальвації професій у майбутньому.

Рекомендації щодо адаптації європейського досвіду організаційно-управлінських моделей соціальної роботи у реабілітаційних центрах України мають враховувати контекстуальні особливості національної системи охорони здоров'я та соціального захисту, фінансові можливості держави, рівень готовності фахівців та закладів до змін. Поступове впровадження елементів міждисциплінарної моделі реабілітації доцільно починати з пілотних проектів у мотивованих закладах, що мають необхідний кадровий потенціал, підтримку керівництва, готовність до інновацій та змін. Створення ресурсних центрів з впровадження міждисциплінарної реабілітації на базі провідних національних закладів дозволить концентрувати експертизу, розробляти методичні матеріали, проводити навчання фахівців з інших регіонів, надавати консультативну підтримку закладам, що впроваджують нові моделі організації реабілітації.

Розробка національних клінічних протоколів та стандартів надання реабілітаційних послуг на основі міжнародних рекомендацій з адаптацією до українського контексту забезпечить уніфікацію підходів, покращить якість послуг, створить основу для моніторингу та порівняння результатів діяльності

різних закладів. Включення до протоколів вимог щодо міждисциплінарної оцінки та планування реабілітації, використання стандартизованих інструментів вимірювання функціонування, регулярного моніторингу прогресу пацієнтів стимулюватиме заклади до впровадження доказових практик. Створення національного реєстру реабілітаційних пацієнтів з збором даних про діагнози, втручання, результати лікування дозволить аналізувати ефективність різних організаційних моделей, виявляти кращі практики, обґрунтовувати політичні рішення щодо фінансування та розвитку реабілітаційних послуг.

Підвищення тарифів оплати реабілітаційних послуг від Національної служби здоров'я України до рівня, що покриває реальні витрати на надання якісної міждисциплінарної реабілітації, є критичною умовою для масштабування європейських моделей у національній системі. Диференціація тарифів залежно від складності випадку, інтенсивності втручань, складу міждисциплінарної команди стимулюватиме заклади до створення повноцінних реабілітаційних команд, а не обмеження послуг мінімально необхідним набором втручань. Впровадження системи оплати за результатами реабілітації на основі досягнення функціональних показників, визначених у індивідуальному плані, мотивуватиме заклади до підвищення ефективності програм, індивідуалізації підходів, моніторингу результатів лікування. Створення окремого бюджету для розвитку реабілітаційної інфраструктури, включаючи будівництво нових закладів, реконструкцію існуючих, закупівлю обладнання, підготовку кадрів, дозволить поступово наближати матеріально-технічну базу українських центрів до європейських стандартів.

Розвиток системи безперервного професійного розвитку реабілітаційних спеціалістів через створення програм підвищення кваліфікації, майстер-класів, клінічних стажувань у провідних вітчизняних та зарубіжних центрах забезпечить оновлення знань та навичок відповідно до сучасних доказових практик. Запровадження обов'язкової сертифікації та ресертифікації з періодичністю один раз на п'ять років стимулюватиме спеціалістів до постійного професійного зростання, підтримання високого рівня

компетентності. Створення національних професійних стандартів для фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів, соціальних працівників у реабілітації визначить вимоги до освіти, досвіду, компетенцій, що необхідні для практики, забезпечить основу для акредитації освітніх програм, сертифікації спеціалістів, контролю якості професійної діяльності.

Формування культури міждисциплінарної взаємодії потребує цілеспрямованих зусиль на рівні освітніх програм через включення курсів з командної роботи, міжпрофесійного навчання, спільних практичних занять студентів різних реабілітаційних спеціальностей. Стажування студентів у закладах з функціонуючими міждисциплінарними командами дозволить майбутнім спеціалістам безпосередньо спостерігати та брати участь у командних конференціях, спільному плануванні втручань, обміні інформацією між членами команди. Організація міжпрофесійних тренінгів для працюючих спеціалістів з фокусом на розвиток навичок комунікації, вирішення конфліктів, спільного прийняття рішень сприятиме подоланню професійних стереотипів, формуванню взаємоповаги між представниками різних професій. Розробка та впровадження моделі супервізії для міждисциплінарних команд з залученням досвідчених зарубіжних експертів на початковому етапі допоможе командам налагодити ефективні процеси взаємодії, подолати типові проблеми, що виникають при переході від мультидисциплінарної до міждисциплінарної моделі роботи.

Залучення пацієнтів та їхніх родин до активної участі у процесі реабілітації вимагає зміни парадигми від патерналістської моделі до партнерства, що передбачає визнання права пацієнта на інформацію, вибір, участь у прийнятті рішень щодо власного лікування. Інформаційні матеріали про можливості реабілітації, ролі різних спеціалістів, очікування від пацієнта у процесі відновлення мають бути доступні зрозумілою мовою, адаптовані для різних освітніх рівнів населення, поширюватися через різні канали від друкованих буклетів до відео матеріалів у інтернеті. Школи пацієнтів та родичів при реабілітаційних центрах можуть надавати структуроване навчання

щодо специфіки конкретних захворювань, методів самостійного тренування вдома, стратегій подолання труднощів, психологічної адаптації до обмежень функціонування. Створення груп взаємопідтримки пацієнтів з подібними проблемами здоров'я дозволяє обмінюватися досвідом, отримувати емоційну підтримку від людей, що пройшли через схожі виклики, формувати позитивні приклади успішного відновлення.

Розвиток амбулаторних форм реабілітаційних послуг відповідає загальноєвропейській тенденції до деінституціоналізації та принципу наближення послуг до місця проживання людей. Створення мережі амбулаторних реабілітаційних центрів у районах великих міст, районних центрах, міських об'єднаних територіальних громадах дозволить охопити більшу кількість населення реабілітаційними послугами порівняно з концентрацією ресурсів лише у стаціонарних закладах обласних центрів. Організація виїзних реабілітаційних команд для надання послуг у домашніх умовах пацієнтам з обмеженою мобільністю забезпечить доступність реабілітації для осіб, що не можуть відвідувати заклади через тяжкість стану, відсутність транспорту, віддаленість проживання. Телереабілітаційні послуги з використанням відео зв'язку для консультацій, моніторингу виконання вправ, коригування програм відновлення можуть суттєво розширити географічний охіт населення реабілітаційною підтримкою при значно менших витратах порівняно з традиційними формами надання послуг.

Координація між різними рівнями надання реабілітаційних послуг від гострого стаціонару через реабілітаційний центр до амбулаторної підтримки та послуг у громаді потребує створення формалізованих механізмів передачі інформації, узгодження планів втручання, моніторингу наступності у веденні пацієнтів. Електронні системи обміну медичною інформацією між закладами дозволять уникнути втрати даних про пацієнта при переходах між рівнями, забезпечать доступність історії хвороби для всіх залучених спеціалістів, скоротять дублювання обстежень та процедур. Призначення координатора випадку для пацієнтів зі складними потребами у довготривалій реабілітації

забезпечить персоналізовану підтримку у навігації системою послуг, координації різних надавачів, вирішенні адміністративних та фінансових питань доступу до допомоги.

ВИСНОВКИ

Дослідження організаційно-управлінських моделей соціальної роботи у багатопрофільних реабілітаційних центрах дозволило здійснити комплексний аналіз теоретичних засад, нормативно-правового регулювання та практичного досвіду організації реабілітаційних послуг в Україні та країнах Європейського Союзу. Теоретичний аналіз продемонстрував еволюцію концептуальних підходів до реабілітації від медичної моделі, що фокусувалася виключно на відновленні порушених функцій організму, до біопсихосоціальної парадигми, що розглядає реабілітацію як комплексний процес відновлення не лише здоров'я, але й соціального функціонування, участі у житті громади, реалізації прав людини незалежно від наявних обмежень життєдіяльності. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я ВООЗ стала методологічною основою для переосмислення цілей та методів реабілітації з акцентом на відновлення активності та участі людини у соціальному житті поряд з традиційним фокусом на структурно-функціональні порушення організму.

Організаційні моделі реабілітації пройшли шлях від мультидисциплінарного підходу з паралельною роботою різних спеціалістів без систематичної взаємодії до міждисциплінарної моделі, що передбачає спільне оцінювання пацієнта, колективне планування програми відновлення, регулярну координацію втручань, спільну відповідальність за результати лікування. Аналіз досліджень ефективності різних організаційних моделей засвідчив перевагу міждисциплінарного підходу у досягненні функціональних результатів пацієнтів, скороченні термінів реабілітації, підвищенні задоволеності послугами порівняно з традиційними мультидисциплінарними формами організації. Роль соціального працівника у міждисциплінарній реабілітаційній команді виходить за межі суто адміністративних функцій оформлення документів та включає психосоціальну підтримку пацієнтів та

родин, координацію послуг у громаді, адвокацію прав осіб з інвалідністю, сприяння соціальній інклюзії після завершення медичної фази реабілітації.

Нормативно-правовий аналіз виявив фрагментарність та неповноту законодавчого регулювання реабілітаційних послуг в Україні з розпорошенням норм між різними галузями права без єдиного кодифікованого акта, що визначав би засади організації, фінансування, контролю якості реабілітації. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» закладає правову основу медичної реабілітації, однак потребує деталізації через підзаконні акти щодо стандартів надання послуг, вимог до кваліфікації персоналу, механізмів забезпечення доступності та якості реабілітації. Державні будівельні норми та санітарні правила встановлюють технічні вимоги до планування та благоустрою територій населених пунктів, організації паркових зон, що має значення для створення доступного безбар'єрного середовища, необхідного для соціальної реінтеграції осіб з обмеженнями мобільності після реабілітації. Закон «Про благоустрій населених пунктів» визначає повноваження органів влади та місцевого самоврядування, права й обов'язки суб'єктів господарювання та громадян у створенні комфортного середовища проживання, що впливає на можливості осіб з інвалідністю брати участь у громадському житті.

Європейський досвід організації реабілітаційних послуг демонструє розмаїття організаційних форм від вузькоспеціалізованих центрів до багатопрофільних комплексів, що надають комплексну допомогу особам з різноманітними порушеннями здоров'я та соціального функціонування. Німецька модель характеризується чітким законодавчим закріпленням права на реабілітацію, фінансуванням через різні гілки соціального страхування, високою якістю послуг при порівняно високих витратах на одного пацієнта. Польський досвід відображає етап трансформації від централізованої державної системи до змішаної моделі з участю публічних, приватних та неурядових організацій при збереженні проблем недостатнього фінансування, дефіциту кваліфікованих кадрів нових реабілітаційних професій, домінування

ієрархічних управлінських структур. Скандинавська модель базується на принципах універсального доступу, соціальної інклюзії, рівності професій у міждисциплінарній команді, високої участі персоналу у прийнятті управлінських рішень, орієнтації на амбулаторні та домашні форми надання послуг замість інституціоналізації.

Спільними характеристиками успішних європейських реабілітаційних центрів виступають високий рівень професійної підготовки персоналу з університетською освітою за спеціальностями фізична терапія, ерготерапія, логопедія, соціальна робота, достатність фінансування для забезпечення інтенсивності втручань на рівні міжнародних стандартів, пацієнт-центрований підхід з активною участю особи та родини у плануванні реабілітації, систематичний моніторинг якості та результатів через стандартизовані інструменти оцінювання функціонування. Міждисциплінарна взаємодія організована через регулярні командні конференції, спільне ведення документації, колегіальне прийняття рішень, взаємоповагу між представниками різних професій незалежно від медичного чи немедичного статусу спеціаліста. Управлінські практики включають делегування повноважень міждисциплінарним командам, горизонтальні організаційні структури, системи управління якістю відповідно до міжнародних стандартів, використання інформаційних технологій для координації процесів надання послуг.

Адаптація європейського досвіду в Україні стикається з комплексом можливостей та ризиків, що визначаються контекстуальними особливостями національної системи охорони здоров'я та соціального захисту. Можливості включають зростаючу обізнаність фахівців з міжнародними практиками, створення освітніх програм з нових реабілітаційних професій, активність професійних асоціацій у розробці стандартів практики, реформу системи охорони здоров'я з автономізацією закладів та запровадженням державного фінансування базового пакета реабілітаційних послуг. Ризики пов'язані з хронічним недофінансуванням галузі, дефіцитом кваліфікованих кадрів, застарілою інфраструктурою більшості закладів, усталеною медичною моделлю

розуміння реабілітації з домінуванням лікарів над іншими спеціалістами, неповнотою правового регулювання діяльності нових професій, культурними бар'єрами щодо визнання паритетної ролі немедичних спеціалістів у реабілітаційній команді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байда Л., Красюкова-Енс О., Буров С., Азін В., Грибальський Я., Найда Ю. Інвалідність та суспільство. Київ, 2021. 188 с.
2. Башкін І. Роль і місце фізичної реабілітації у загальній системі охорони здоров'я населення. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019. № 3. С. 25–29.
3. Бондар Н. О. Основні напрями та особливості соціального захисту інвалідів у країнах ЄС. Бізнес Інформ. 2022. № 6. С. 120–124.
4. Бражник К. В. Місце фізичної реабілітації у системі роботи спеціалізованих центрів. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2020. № 5. С. 12–14.
5. Бурик З. М. Система методів державного регулювання сталого розвитку в Україні. Pressing problems of public administration. 2020. № 1 (49). С. 37–44. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdy_2016_1_8 (дата звернення: 12.10.2025).
6. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w Katowicach. 2023. Nr 16. S. 107–118. DOI: <10.54264/0066>
7. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і доп.) / гол. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: ВТФ Перун, 2019. 1728 с.
8. Воєнно-медична доктрина України: постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовт. 2018 р. № 910. Верховна Рада України: вебсайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018%D0%BF#Text (дата звернення: 12.10.2025).
9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль: Екон. думка, 2020. 460 с.

10. Голяченко А. О. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. Київ, 2021. 32 с.
11. Державна політика у сфері охорони здоров'я: колективна монографія: у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2023. Ч. 1. 396 с.
12. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров’я: наказ М-ва охорони здоров’я України від 29 берез. 2002 р. № 117. Верховна Рада України: вебсайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text (дата звернення: 12.10.2025).
13. Дяченко О. П., Казарян Г. Г. Соціальне замовлення як інструмент державно-приватного партнерства в системі соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю в Україні. Інвестиції: практика і досвід. 2018. № 20. С. 89–93.
14. Єрмакова О. С. Система державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю. Держава та право. 2021. № 9. С. 112–119.
15. Жукова Н. М. Психологічна підтримка ветеранів та її вплив на процес реабілітації. Соціальна психологія. 2020. № 2. С. 59–68.
16. Заюков І. В., Стахов О. І. Проблеми та перспективи зайнятості інвалідів в Україні. Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2020. № 1 (29). С. 127–132.
17. Іваненко В. О., Гриценко Л. П. Сучасні тенденції розвитку системи реабілітації в Україні. Актуальні питання охорони здоров’я. 2021. № 6. С. 22–32.
18. Ковальчук І. В. Організаційно-методичні підходи до підготовки фахівців з реабілітації в Україні. Вісник медичної освіти. 2021. № 7. С. 41–50.
19. Литвиненко О. М. Фізична реабілітація як складова системи охорони здоров’я. Актуальні проблеми медицини та реабілітації. 2020. № 5. С. 14–22.

20. Нікітін В. О., Козак Л. І. Соціальна робота з ветеранами війни та особами з інвалідністю. Вісник соціальної політики. 2019. № 3. С. 102–110.
21. Погонцева О. В. Формування готовності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до професійної діяльності в оздоровчих центрах: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2021. 22 с.
22. Пожидаєв В. В. Фізіотерапія. Організація роботи фізіотерапевтичних кабінетів і відділень в центрах медичної реабілітації та санаторно-курортних закладах. Київ: Купріянова О. О., 2020. 320 с.
23. Поляков С. В. Психологічна реабілітація та адаптація учасників бойових дій. Праці Українського інституту психології. 2021. Т. 9. С. 58–68.
24. Приступа Є. Н. Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2021. № 11. С. 92–96.
25. Прихода І. В. Організаційно-методологічні підходи до професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні. Проблеми сучасної педагогічної освіти. 2020. Вип. 15, ч. 1. С. 60–66.
26. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я: наказ М-ва охорони здоров'я України від 28 жовт. 2002 р. № 385. Верховна Рада України: вебсайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text (дата звернення: 12.10.2025).
27. Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний Центр: наказ МОН від 28 серп. 1997 р. № 325. Верховна Рада України: вебсайт. URL: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0034-98 (дата звернення: 12.10.2025).
28. Про заходи щодо створення належної матеріально-технічної бази для лікування, реабілітації та оздоровлення військовослужбовців та інших осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції,

забезпеченні її проведення, а також учасників бойових дій та інвалідів війни: Указ Президента України від 12 берез. 2015 р. № 140/2015. Верховна Рада України: вебсайт. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/140/2015/ (дата звернення: 12.10.2025).

29. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 6 жовт. 2005 р. № 2961-IV. Верховна Рада України: вебсайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text (дата звернення: 12.10.2025).
30. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 3 груд. 2020 р. № 1053-IX. Верховна Рада України: вебсайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text (дата звернення: 12.10.2025).
31. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-XII (зі змінами від 03 лип. 2020 р. № 720-IX). Верховна Рада України: вебсайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text (дата звернення: 12.10.2025).
32. Про уведення в дію рішення розширеного засідання колегії Міністерства охорони здоров'я України від 2 листопада 2012 року: наказ МОЗ України від 07 груд. 2012 р. № 999. URL: http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=14162 (дата звернення: 12.10.2025).
33. Романенко Л. І., Бойко О. М. Фізична реабілітація та оздоровча робота з ветеранами війни. Науковий вісник ПНПУ. 2020. № 2. С. 33–42.
34. Соколова І. О., Вдовіченко О. В., Педченко О. Моделі психологічної реабілітації ветеранів війни. Психологія і суспільство. 2022. № 1. С. 45–56.
35. Соколовський В. М. Теоретичні основи медичної реабілітації в Україні. Київ: Медицина, 2020. 256 с.
36. Соціальна робота і соціальна освіта в умовах сьогодення: проблеми та перспективи / за ред. О. А. Ковальчук. Київ: НАДУ, 2021. 324 с.

37. Станіславська Н. А., Чернишенко І. О. Система державного соціального замовлення у сфері реабілітації осіб з інвалідністю. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія та педагогіка. 2019. № 38. С. 102–110.
38. Статистичний збірник «Охорона здоров’я та соціальний захист населення України» за 2021 рік. Київ: Держстат, 2022. 248 с. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/ (дата звернення: 12.10.2025).
39. Титаренко О. В., Гончаренко Л. М. Організація фізичної реабілітації в сучасних медичних закладах України. Медичні перспективи. 2021. № 2. С. 33–38.
40. Ткаченко С. М. Соціально-економічний механізм розвитку системи медичної реабілітації. Актуальні проблеми економіки. 2020. № 7. С. 12–18.
41. Труханова О. В. Організаційно-методичні аспекти медичної реабілітації в Україні. Актуальні питання медицини. 2019. № 4. С. 41–49.
42. Федоренко О. П., Мельник В. І. Психологічна реабілітація та її сучасні підходи. Праці психологічного факультету КНУ. 2021. Т. 12. С. 45–57.
43. Хоменко В. І. Організація та методика роботи фізіотерапевтичного відділення реабілітаційного центру. Львів: Видавництво ЛНУ, 2020. 180 с.
44. Шаповал В. М. Проблеми та перспективи розвитку системи соціальної реабілітації в Україні. Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2020. № 1. С. 87–95.
45. Шевченко І. С., Бондарчук Н. О. Проблеми та перспективи професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні. Сучасна освіта. 2021. № 10. С. 77–84.
46. Шевченко О. М., Ковальчук О. А. Методи психологічної реабілітації ветеранів АТО. Праці Київського національного університету імені Т. Шевченка. Психологія. 2020. Т. 8. С. 33–44.

47. Шевчук В. П., Бондаренко І. М. Теоретичні основи фізичної реабілітації. Харків: ХНМУ, 2019. 240 с.
48. Юрченко С. А., Павленко І. В. Інноваційні підходи до організації фізичної реабілітації в Україні. Науковий вісник НМУ. 2021. № 2. С. 65–74.
49. Якимчук О. П. Сучасні тенденції розвитку системи медичної реабілітації в Україні. Вісник медико-психологічних досліджень. 2020. № 3. С. 29–38.
50. Яковенко Т. В., Коваленко М. І. Психологічна підтримка та реабілітація військовослужбовців. Праці Національної академії внутрішніх справ. 2022. Вип. 15. С. 51–63.

ДОДАТКИ

Особливості організації закладів реабілітації в країнах світу за формою власності

Країна	Форми та організаційні структури реабілітації
Австрія	Реабілітаційні клініки
Велика Британія	Елементи реабілітації впроваджені в діяльність усіх лікарень (законодавчо); спеціалізовані та комплексні центри реабілітації (27); реабілітація інвалідів на дому
Нідерланди	Реабілітація на дому (по можливості); госпіталізація у лікарні (2 тижні), подальша реабілітація у реабілітаційному центрі (до 5 місяців) з навчанням життєво необхідним навичкам; вдома – етап ресоціалізації
Данія	Мережа спеціалізованих та комплексних центрів реабілітації інвалідів (12), кожний обслуговує певну територію
Індія	Медична реабілітаційна допомога населенню – в рамках первинної медико-санітарної допомоги
Німеччина	Загалом більше 100 установ, зайнятих реабілітацією інвалідів; стаціонарні – реабілітаційні клініки, реабілітаційні центри (19), відділення великих лікарень; амбулаторні – денні клініки, денні профілакторії і лікарні для хворих та інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду; санаторно-курортні організації; спеціалізовані медичні центри за місцем проживання (200); рання реабілітація інвалідів з використанням всіх доступних засобів; розвинуті структури геріатричної реабілітації
Польща	Кафедри і клініки реабілітації (Варшава, Познань); воєводські центри реабілітації на базі поліклінічних і стаціонарних реабілітаційних установ; реабілітаційні консультації у всіх воєводствах; стаціонарні і амбулаторні реабілітаційні відділення при районних і міських об'єднаннях охорони здоров'я; реабілітаційні групи; спеціальні бригади для реабілітації вдома; «community-based-rehabilitation» – модель, ефективна на периферії
РФ	Реабілітаційні центри і відділення (605); проблема – створення обласних реабілітаційних центрів
США	Стаціонарні реабілітаційні центри (близько 30), переважно комплексні; реабілітаційні відділення, відділення великих лікарень; амбулаторні медичні установи, денні клініки, консультативно-діагностичні центри; денні реабілітаційні лікарні; геріатричні центри реабілітації
Фінляндія	Підрозділи реабілітації у складі центрів охорони здоров'я
Чехія та Словаччина	Відділення при лікарнях (традиційні форми обслуговування інвалідів); центри реабілітації (Центр комплексної реабілітації, Північна Моравія); «станції відновного лікування» (при поліклініках або лікарнях); Інститут народного здоров'я (м. Братислава); спеціальні групи з транспортом для реабілітації вдома (центри з населенням близько 60 тис. жителів)
Швеція	Розвинуті структури геріатричної реабілітації