

М. Д. ДЯЧУК

ПРОФЕСІЙНА ІНТЕГРАЦІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета: дослідити технології професійної інтеграції в багатопрофільному закладі охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження – анкети з відповідями на відкриті запитання, доповнені більш детальними поясненнями респондентів. Методи: соціологічний (напівструктуровані глибинні інтерв'ю з 37 медичними працівниками); аналіз, узагальнення та триангуляція даних. База дослідження – Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (далі – ДНУ «ЦІТОС» ДУС) – багатопрофільний заклад охорони здоров'я, де надається первинна й спеціалізована медична допомога.

Результати. Установлено, що пацієнтоорієнтація, комунікація, координація, командна робота, переведення пацієнтів на інший рівень медичної допомоги без затримок, навчання пацієнтів самоконтролю клінічного стану, використання інформаційних систем, стандартів медичної допомоги та клінічних маршрутів пацієнта, безперервний професійний розвиток працівників активно використовують у ДНУ «ЦІТОС» ДУС.

Водночас лікарі загальної практики та медичні сестри обмежені в окремих функціях, що приводить до подовження клінічного маршруту пацієнта; лікарі-спеціалісти не завжди узгоджують з пацієнтом план лікування; дистанційне консультування пацієнтів проводять по телефону, без достатньої інформаційної підтримки лікаря; обмін знаннями, досвідом, інформацією щодо важких і нетипових випадків захворювань між лікарями первинної та спеціалізованої медичної допомоги не налагоджені.

Зовнішні комунікації обмежені: у лікарів немає міжпрофесійних контактів з колегами інших закладів охорони здоров'я; виписки зі стаціонарів надходять несвоєчасно або зовсім не надходять; відсутні наскрізні інформаційні системи; командний підхід між лікарями різних закладів не практикується.

Висновки. Виявлені проблеми як у межах багатопрофільного закладу охорони здоров'я, так і зовні потребують ухвалення управлінських рішень керівниками закладів охорони здоров'я та територіальними органами управління охороною здоров'я, направленими на вдосконалення професійної інтеграції.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пацієнтоорієнтованість; команда; комунікація; координація; міжпрофесійна співпраця.

Вступ. Інтеграція визнається пріоритетним напрямом на сучасному етапі розвитку систем охорони здоров'я на шляху до покращення якості медичної допомоги. Медичні працівники та організація їх праці є рушійним складником інтеграції. Водночас традиційна культура професійної ізоляції, брак ресурсів, законодавство, що обмежує медичних працівників в обміні інформацією про пацієнтів і власний досвід, створюють професійні бар'єри до надання якісної медичної допомоги, зменшуючи її доступність і своєчасність [1; 2].

Експерти та науковці розглядають професійну інтеграцію як мультидисциплінарний підхід до лікування складних патологій, налагодження комунікацій, пацієнтоорієнтовану діяльність, роботу в команді, використання спільних протоколів лікування та інформаційних електронних систем, розвиток у медичних працівників навичок [3–5].

В Україні питанням професійної інтеграції в наукових дослідженнях приділяється недостатньо уваги, про що свідчать поодинокі роботи [6;

7]. Стан нерозкритої проблеми зумовлює актуальність дослідження, яка підсилюється зовнішніми викликами, коли проблеми фрагментації і дискоординації медичних послуг, як прояви дезінтеграції, надзвичайно загострені.

Мета: дослідити, які технології професійної інтеграції запроваджені в рутинній діяльності медичних працівників багатопрофільного закладу охорони здоров'я.

Матеріали і методи дослідження. Методами дослідження обрані: соціологічний (напівструктуроване глибинне інтерв'ю з 37 медичними працівниками Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (далі – ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС); аналіз і триангуляція даних; узагальнення результатів. Склад респондентів: 29 лікарів, з них 4 лікарі-терапевти та 8 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (далі – ЗП-СЛ) лікарських амбулаторій; 11 лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічного відділення;

шість лікарів хірургічного стаціонару; 8 медичних сестер. Багатопрофільність і діяльність первинної, спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги в єдиній установі зумовили припущення, що в роботі працівників цілком можлива дискоординація та дезінтеграція, підтвердити або спростувати яку можна, зокрема, шляхом проведення глибинного інтерв'ю серед лікарів і медичних сестер. Використання неоднорідного складу респондентів мало створити найбільш повну картину дійсного стану справ за визначеними темами завдяки різноманітним поглядам та досвіду учасників дослідження.

Матеріали дослідження: анкети з відповідями на відкриті запитання, доповнені записами під час опитування. Список відкритих запитань сформульований на основі даних стандартизованих опитувальників [8–10]. Питання анкети були такими: 1. Чи можете ви назвати медичну допомогу вашому пацієнту орієнтованою на його потреби та сконцентрованою навколо його запитів? 2. Як відбувається координація та комунікації між надавачами послуг на одному та різних рівнях медичної допомоги? 3. Як відбувається координація догляду за пацієнтом при «переходах» на інший рівень медичної допомоги? 4. Як відбувається безперервний професійний розвиток медичних працівників?

Глибинне інтерв'ю проводилось упродовж березня – квітня 2025 року.

Усі респонденти перед початком інтерв'ю були ознайомлені з темами дослідження, можливістю уточнювати запитання, відповідати в довільній формі. На початку зустрічі респонденти підписували поінформовану згоду на участь у дослідженні, яке було анонімне та конфіденційне. Глибинне інтерв'ю здійснювалося помічником дослідника, який отримав попередньо інструкції щодо особливостей проведення інтерв'ю за визначеними темами. Будь-які попередні домовленості між інтерв'юером та учасниками опитування були виключені. Тривалість одного інтерв'ю дорівнювала близько 40 хвилин.

Результати опитування з основним змістом відповідей респондентів на прямі запитання і більш детальних розповідей на додаткові / уточнювальні запитання записувались інтерв'юером від руки та одразу ж після інтерв'ю вносились в окремі електронні файли Microsoft Office Word, пронумеровані відповідно до наскрізного порядкового номера респондента. По завершенню дослідження автором здійснювалося відкрите кодування з групуванням за темами, з виокремленням категорій і субкатегорій, виділених на підставі занотованих додаткових пояснень опитаних.

Результати дослідження та їх обговорення.

Теми, виділені категорії і субкатегорії з кількістю респондентів, які надали відповіді, представлені в табл. 1.

За результатами кодування відповідей на перше запитання виділено три категорії, які застосовують більшість респондентів – 27 (93,1%) – 29 (100,0%) лікарів та 7 (87,5%) – 8 (100,0%) медичних сестер, перша з яких – індивідуальний підхід до пацієнта, із субкатегоріями урахування вікових і когнітивних особливостей, освітнього рівня, соціального стану пацієнта, особливостей перебігу хвороби; друга категорія – встановлення довірливих стосунків з пацієнтом шляхом тривалого спостереження, рекомендацій інших пацієнтів щодо вибору лікаря, спілкування з роз'ясненнями, переконанням і порадами, надання усної і письмової інформації; третя категорія – узгодження плану лікування / проведення процедури, інформування пацієнта про очікуваний результат.

У поодиноких випадках лікарі заперечували участь пацієнта в розробці плану лікування, посилячись на його некомпетентність у медичних питаннях.

Аналіз опрацювання другої теми «Як відбувається координація та комунікації між надавачами послуг на одному та різних рівнях медичної допомоги?» дав змогу виокремити 9 категорій: про налагоджені міжособистісні професійні стосунки між лікарями одного відділення, між лікарями амбулаторного й стаціонарного відділень, між лікарями і медичними сестрами цих же підрозділів заявили всі респонденти, відмічаючи їх позитивний характер. Водночас лікарі висловлювали певні побажання щодо проведення більше особистих професійних зустрічей, сумісних клінічних розглядів цікавих випадків і формування спільних поглядів і підходів до тієї чи іншої клінічної ситуації.

Професійні ролі й відповідальність працівників чітко розподіленими та взаємоузгодженими вважали 24 (82,8%) лікарів та 5 (62,5%) медичних сестер. Були випадки протилежного характеру, коли, на думку респондентів, професійні ролі розподілені нечітко, керівництвом постійно додаються раніше не визначені завдання, які вимагають додаткової відповідальності та часу. Тому на пацієнта часу зовсім не залишається. Медичні сестри вказали на певне обмеження традиційних для них функцій, якими вони володіють, оскільки їх усунули від присутності на прийомі пацієнтів. Тому вони не можуть уважати себе повноцінними членами команди. У лікарів також визначені обмеження на перелік обстежень, які вони можуть призначати пацієнтам, наприклад, ультразвукові дослідження, доплер-дослідження судин не дозволено призначати лікарям загальної практики. Респонденти вказали, що це продовжує клінічний маршрут пацієнта, примушує його частіше відвідувати лікарів. Загалом категорія «Командний підхід» практикується між спеціалістами одного та різних рівнів медичної допомоги в закладі охорони здоров'я,

Таблиця 1. Теми, виділені категорії та субкатегорії з кількістю респондентів, які надали відповіді (N=37)

№	Назва теми, категорії та субкатегорії	Кількість осіб, які надали відповіді (абс.,%)	
		лікарі N=29	медичні сестри (N=8)
1	Чи можете ви назвати медичну допомогу вашому пацієнту орієнтованою на його потреби та сконцентрованою навколо його запитів?		
1.1	Використовую індивідуальний підхід до пацієнта (враховую вікові й когнітивні особливості, освітній рівень, соціальне походження, особливості перебігу хвороби)	27 (93,1)	8 (100,0)
1.2	Установлюю довірливі стосунки з пацієнтом (тривале спостереження; рекомендації інших пацієнтів щодо вибору лікаря; спілкування з роз'ясненнями, переконанням і порадами; надання усної і письмової інформації)	29 (100,0)	7 (87,5)
1.3	Узгоджую план лікування / проведення процедури, інформую про очікуваний результат	27 (93,1)	8 (100,0)
2	Як відбувається координація та комунікації між надавачами послуг на одному рівні та різних рівнях медичної допомоги?		
2.1	Міжособистісні професійні стосунки у відділенні налагоджені	29 (100,0)	8 (100,0)
2.2	Ролі й відповідальність працівників розподілені, налагоджені та взаємоузгоджені	24 (82,8)	5 (62,5)
2.3	Командний підхід практикується між спеціалістами одного та різних рівнів медичної допомоги (в закладі охорони здоров'я)	23 (79,3)	5 (62,5)
2.4	Командний підхід практикується між спеціалістами різних закладів охорони здоров'я	0	0
2.5	Використовую клінічні маршрути пацієнта	28 (96,6)	не застосовується
2.6	Локальна інформаційна система (МІС) використовується для постановки діагнозу, моніторингу клінічного стану пацієнта та моніторингу оцінки лікування учасниками команди	29 (100,0)	
2.7	Використовую систему дистанційного консультування пацієнтів	23 (79,3)	не застосовується
2.8	Використовую клінічні настанови та уніфіковані клінічні протоколи, затверджені МОЗ України	29 (100,0)	не застосовується
2.9	Знайомий з колегами інших закладів охорони здоров'я та спілкуюсь з ними особисто з професійних питань різними каналами комунікацій	4 (13,8)	не застосовується
3	Як відбувається координація догляду пацієнта при «переходах» на інший рівень медичної допомоги?		
3.1	Пацієнта переводимо на інший рівень медичної допомоги за попередніми домовленостями	29 (100,0)	8 (100,0)
3.2	Медична сестра супроводжує пацієнта при передачі з відділення амбулаторії до відділення стаціонару	не застосовується	8 (100,0)
3.3	Використовується транспортування пацієнта каретою екстреної медичної допомоги за необхідності переведення до іншого закладу охорони здоров'я	29 (100,0)	не застосовується
3.4	Отримуються згенеровані електронні направлення, сформовані в системі eHealth (для лікарів-спеціалістів)	17 (58,6)	не застосовується
3.5	Отримуються консультативні висновки, виписки зі стаціонару інших закладів охорони здоров'я	21 (72,4)	не застосовується
3.6	Розвиваю в пацієнтів навички самоконтролю свого стану, необхідні для безпечного завершення амбулаторного / стаціонарного лікування, переходу з лікарні додому або до наступного медичного закладу	25 (86,2)	3 (37,5)
4	Як відбувається ваш безперервний професійний розвиток?		
4.1	Використовую різні навчальні платформи для підтримки свого безперервного професійного розвитку, проходжу цикли навчання в нашому закладі та в інших закладах освіти	29 (100,0)	8 (100,0)
4.2	Використовую зустрічі з колегами на наукових форумах для обміну досвідом, налагодження каналів комунікацій з метою обговорення спільних проблем та встановлення зв'язків і домовленостей	6 (20,7)	0

де проводилось дослідження, та підтверджена 23 (79,3%) лікарями та 5 (62,5%) медичними сестрами.

Якщо пацієнт спрямовується поза межі закладу охорони здоров'я, командний підхід між спеціалістами різних закладів не налагоджений, що підтверджено відповідями всіх респондентів.

Використання клінічних маршрутів пацієнта в межах закладу підтвердили 28 (96,6%) лікарів, клінічних настанов й уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, локальної інформаційної системи (МІС) – 29 (100,0%) лікарів. Однак до локальної МІС частиною лікарів висловлені претензії, оскільки бувають технічні збої в системі й не вся інформація про пацієнта потрапляє в систему.

Використовують систему дистанційного консультування пацієнтів 23 (79,3%) лікарів, але респонденти відмітили певні труднощі з обміном інформацією, оскільки консультування відбувається по телефону, відокремленого приміщення для такої форми роботи немає, і в ньому немає комп'ютера, тому по інформацію доводиться лікарю йти до кабінету, перериваючи спілкування з пацієнтом.

Остання категорія за цією темою «Знайомий з колегами інших закладів охорони здоров'я та спілкує з ними особисто з професійних питань різними каналами комунікацій» за відповідями респондентів показала, що міжособистісні комунікації між лікарями різних закладів охорони здоров'я майже відсутні. Підтвердили своє міжпрофесійне спілкування в соціальних мережах усього чотири лікарів.

Наступна тема «Як відбувається координація догляду пацієнта при «переходах» на інший рівень медичної допомоги?» дала змогу розподілити відповіді учасників інтерв'ю на шість категорій. За трьома з них були одержані однакові відповіді всіх респондентів, дотичних до позицій, які обговорювали: пацієнти переводяться на інший рівень за попередніми домовленостями лікарів або адміністрації; медична сестра супроводжує пацієнта при передачі з відділення амбулаторії до відділення стаціонару в закладі, де проводилося наукове дослідження; використовується транспортування пацієнта каретою екстреної медичної допомоги за необхідності переведення до іншого закладу охорони здоров'я.

Усі 17 лікарів спеціалізованої допомоги (амбулаторної і стаціонарної) підтвердили, що отримують згенеровані електронні направлення, сформовані в системі eHealth, з інших закладів охорони здоров'я. Інакше отримують консультативні висновки, виписки зі стаціонару з інших закладів охорони здоров'я, однак вісім цих лікарів (половина їх складу) вказали, що виписки можуть не надійти зовсім або надійти із запізненням.

Остання категорія за цією темою з підкатегоріями: «Навчаю пацієнтів навичок самоконтролю свого стану, необхідних для безпечного завершення амбулаторного / стаціонарного лікування, переходу з лікарні додому або до наступного медичного закладу» знайшла своє підтвердження у 25 (86,2%) лікарів та трьох сестер медичних у межах їх повноважень.

Остання тема торкалася безперервного професійного розвитку медичних працівників. Його підтвердили всі респонденти. Професійні зустрічі з колегами з інших закладів на наукових форумах з метою обміну досвідом і набуття так додаткових знань заявили шість лікарів, решта таких контактів не мали.

Тож основними бар'єрами для впровадження технологій професійної інтеграції впродовж усього ланцюжка медичної допомоги виявлено відсутність особистісних професійних зв'язків між медичними працівниками різних закладів охорони здоров'я на постійній основі, що підтверджено обмеженістю контактів між лікарями, командної роботи, обміну досвідом, нерозвиненістю наскрізних інформаційних технологій. У закладі, де проводилося дослідження, виявлено певні обмеження функцій і ролей лікарів первинної медичної допомоги та медичних сестер, відсутність міжпрофесійного спілкування щодо ускладнених і нетипових випадків захворювань, організації дистанційного консультування пацієнтів.

Дані іноземних наукових досліджень підтверджують важливість складників інтеграції, відстежених за результатами авторського дослідження. Пацієнтоорієнтованість медичної допомоги на кожному рівні допомагає досягати її надавачам спільних цілей і мети – надання високоякісної медичної допомоги. Пацієнтоорієнтованість разом з координацією дій надавачів послуг визнані пріоритетними сферами для надання високоякісної медичної допомоги [11; 12].

Численними дослідженнями підтверджено, що чітке визначення ролей, координація між постачальниками медичних послуг у внутрішньо- та міжорганізаційних мережах покращують задоволеність пацієнтів та клінічні результати, зменшують фрагментацію медичної допомоги. Спільними компонентами для посилення співпраці можуть бути медична освіта, забезпечення неформального обміну знаннями та вдосконалення процесів, пов'язаних з координацією [13; 14].

Важливість командної роботи підкреслюється суттєвими доказами того, що окремі люди не можуть досягти тих цілей, які під силу командам через багатогранний підхід до певної групи пацієнтів. Так, застосування командного підходу при лікуванні пацієнтів з погано контрольованим цукровим діабетом достовірно показало зниження рівня глікозильованого гемоглобіну HbA1c, ваги та підвищення ефективності лікування [15; 16].

Інформаційні технології охорони здоров'я допомагають агрегувати інформацію про стан здоров'я пацієнта та/або населення та обмінюватися нею у середовищі як пацієнтів, так і постачальників послуг. Технології соціальних мереж дають змогу пацієнтам ділитися медичною інформацією, за їх бажанням, з надавачами медичних послуг та іншими пацієнтами для обміну досвідом перебігу хвороби, адаптації до неї та особливостей подолання наслідків [17; 18].

Навчання пацієнтів самоконтролю свого клінічного стану дає змогу надати їм вміння інтерпретації значень показників свого здоров'я, зменшити тривогу та заохочує до надання самодопомоги й вчасного звернення до лікаря за потреби. Іноземні дослідження підтвердили, що завдяки використанню самомоніторингу, інформація та знання пацієнта про серцеву недостатність призвели до посилення контролю над захворюванням, розширення можливостей пацієнта з управління своєю хворобою [19; 20].

Значення безперервного професійного розвитку для медичних працівників у сфері інтеграції постійно зростає, оскільки використання технологій командної роботи, координації та комунікації потребує нових знань і вміння використовувати їх на практиці. Діяльність з безперервного професійного розвитку повинна працювати синергетично з ініціативами постійного покращення якості медичної допомоги [21; 22].

Так, триангуляція результатів проведеного дослідження через обговорення аналогічних складників професійної інтеграції, висвітлених у міжнародних наукових дослідженнях, підтвердила, що професійна

інтеграція – це багатокомпонентний підхід надавачами медичних послуг до співпраці для надання медичних послуг пацієнтам найвищої якості.

Висновки

1. Результати дослідження підтвердили високий рівень професійної інтеграції медичної допомоги в закладі, де проводилося дослідження. Водночас виявлені окремі недоліки, які можливо усунути шляхом розширення функцій лікарів первинної медичної допомоги та медичних сестер, запровадження для лікарів первинної і спеціалізованої медичної допомоги неформального навчання, удосконалення організації дистанційного консультування пацієнтів.

2. Установлено, що майже відсутні комунікації, співпраця та обмін досвідом між лікарями різних закладів охорони здоров'я, що свідчить про фрагментацію медичної допомоги для пацієнта та суперечить міжнародним науково визнаним підходам до забезпечення безперервності медичної допомоги.

3. Одержані результати можуть бути використані керівниками закладів охорони здоров'я та територіальним органом управління для налагодження професійних зв'язків та зміцнення професійної інтеграції між медичними працівниками закладів охорони здоров'я первинної і спеціалізованої медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці механізмів подолання комунікаційних бар'єрів між закладами охорони здоров'я різних рівнів медичної допомоги та в межах одного закладу.

Список літератури

1. Garattini L., Badinella Martini M., Nobili A. Integrated Care in Europe: Time to Get it Together? *Applied Health Economics and Health Policy*. 2022. Vol. 20, no. 2. P. 145–147. URL: <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00680-2> (date of access: 06.05.2025).
2. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva : World Health Organization, 2018. 74 p. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789241565561> (date of access: 06.05.2025).
3. OECD. Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. OECD: Publishing Paris, 2023. 372 p. URL: <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en> (date of access: 06.05.2025).
4. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? / J. Winkelmann et al. World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), 2022. 43 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/358467> (date of access: 06.05.2025).
5. Making a difference: workforce skills and capacity for integrated care / J. Akehurst et al. *Journal of Integrated Care*. 2021. Vol. 30, no. 5. P. 93–107. URL: <https://doi.org/10.1108/jica-05-2> (date of access: 06.05.2025).
6. 6Лехан В. М., Гриценко Л. О. Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги. *УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ*. 2023. № 3(73). С. 72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12> (дата доступу: 07.05.2025).
7. Smiianov V, Yemets T. Theoretical and special practical competencies of general practice doctors-family physicians in providing medical assistance for diseases of the ear, throat, and nose. *EUMJ*. 2023. № 11(1). P. 83–89 DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(1\):83-89](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(1):83-89). (date of access: 06.05.2025).
8. Derrett S., Gunter K., Samaranayaka A. e. a. Development and Testing of the Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC) Survey. *Med Care Res Rev*. 2019. Vol. 76, no. 6. P. 807–829. URL: <https://doi.org/10.1177/1077558717745936> (date of access: 06.05.2025).
9. Edelbring S., Dahlgren M., Wiegler E. Characteristics of two questionnaires used to assess interprofessional learning: psychometrics and expert panel evaluations. *BMC Med Educ*. 2018. Vol. 18. P. 40. URL: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1153-y> (date of access: 06.05.2025).

10. Measuring care coordination in German primary care – adaptation and psychometric properties of the Medical Home Care Coordination Survey / A. Ringwald et al. *BMC Health Serv Res*. 2021. Vol. 21, no. 1. P. 1134. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07100-0> (date of access: 06.05.2025).
11. Chapman R. The Importance of Patient-Centered Care. *Chest*. 2021. Vol. 159, № 1. P. 439-440. DOI: 10.1016/j.chest.2020.07.076 (date of access: 07.05.2025).
12. Towards a framework for patient-centred care coordination: a scoping review protocol / A. Khanna et al. *BMJ Open*. 2022. Vol. 12, № 12. P. e066808. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066808> (date of access: 07.05.2025).
13. Bligaard M. S., Burau V. Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers? *J Interprof Care*. 2021. № 35 (1). P. 136–139. DOI: 10.1080/13561820.2020.1712332 (date of access: 07.05.2025).
14. Improvement Strategies for the Challenging Collaboration of General Practitioners and Specialists for Patients with Complex Chronic Conditions: A Scoping Review / R. Tomaschek et al. *Int J Integr Care*. 2022. Vol. 22, no. 3. P. 4. DOI: 10.5334/ijic.5970 (date of access: 07.05.2025).
15. Stoller J. K. Building Teams in Health Care. *Chest*. 2021. Vol. 159, no. 6. P. 2392–2398. DOI: 10.1016/j.chest.2020.09.092 (date of access: 07.05.2025).
16. Efficiency of a multidisciplinary team care approach through a short hospitalization of patients with poorly controlled diabetes mellitus: a 12 months prospective monocentric study / A. Taïeb et al. *Pan Afr Med J*. 2022. Vol. 41. P. 192. DOI: 10.11604/pamj.2022.41.192.23965 (date of access: 07.05.2025).
17. Dixon B. E., Embi P. J., Haggstrom D. A. Information technologies that facilitate care coordination: provider and patient perspectives. *Transl Behav Med*. 2018. Vol. 8, no 3. P. 522–525. DOI: 10.1093/tbm/ibx086 (date of access: 07.05.2025).
18. Thompson M. J., Reilly J. D., Valdez R. S. Work system barriers to patient, provider, and caregiver use of personal health records: A systematic review. *Appl Ergon*. 2016. № 54. P. 218–42. DOI: 10.1016/j.apergo.2015.10.010 (date of access: 10.05.2025).
19. Olofsson S., Josephsson H., Lundvall M., Lundgren P., Wireklint Sundström B. Patient participation in self-monitoring regarding healthcare of heart failure: an integrated systematic review. *BMC Prim Care*. 2025. Vol. 26, no 1. P. 60. DOI: 10.1186/s12875-025-02757-6 (date of access: 10.05.2025).
20. Andrews J. A., Weiner K., Will C. M., Henwood F., Dickson J. M. Healthcare practitioner views and experiences of patients self-monitoring blood pressure: a vignette study. *BJGP Open*. 2020. Vol. 4, no. 5. bjgpopen20X101101. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101101 (date of access: 10.05.2025).
21. Ong N., Long J., Woodruff J. Continuing Professional Development through the lens of complexity science: Becoming agents of change in the healthcare system [version 2]. *MedEdPublish*. 2021. № 9. P. 186. DOI: 10.15694/mep.2020.000186.2 (date of access: 10.05.2025).
22. Namatovu J. F., Mubuuke A. G., Buwembo W., Nakigudde J., Kiguli S. Stakeholder views on continuing professional development for doctors working in public primary care facilities in central Uganda: a qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2024. Vol. 47. P. 97. DOI: 10.11604/pamj.2024.47.97.417840 (date of access: 10.05.2025).

References

1. Garattini, L., Badinella Martini M., Nobili, A. (2022). Integrated Care in Europe: Time to Get it Together? *Appl Health Econ Health Policy*, 20(2), 145–147. doi: 10.1007/s40258-021-00680-2
2. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. (2018). Geneva : World Health Organization. 74 p. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/item/9789241565561>
3. OECD (2023). Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. OECD. Publishing Paris. 372 p. <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>.
4. Winkelmann, J., Scarpetti, G., Williams, G.A., Maier, C.B. (2022). How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). 43 p. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/358467>
5. Akehurst, J., Stronge, P., Giles, K., & Ling, J. (2021). Making a difference: workforce skills and capacity for integrated care. *Journal of Integrated Care*, 30(5), 93–107. doi:10.1108/jica-05-2020-0030
6. Lekhan, VM, Hrytsenko, LO. (2023). Obgruntuvannia modeli intehrovanoi systemy pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy [Substantiation of the integrated system of primary health care model]. *Ukraine. Nation's Health*, 3(73), 72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12> [Ukrainian].
7. Smiiianov, V, Yemets, T. (2023). Theoretical and special practical competencies of general practice doctors-family physicians in providing medical assistance for diseases of the ear, throat, and nose. *EUMJ*, 11(1), 83–89. DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(1\):83-89](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(1):83-89)
8. Derrett, S., Gunter, K.E., Samaranayaka, A., et al. (2019). Development and Testing of the Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC) Survey. *Med Care Res Rev.*, 76(6), 807–829. doi: 10.1177/1077558717745936.
9. Edelbring, S., Dahlgren, M.A. & Wiegleb, E.D. (2018). Characteristics of two questionnaires used to assess interprofessional learning: psychometrics and expert panel evaluations. *BMC Med Educ.*, 18, 40. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1153-y>
10. Ringwald, A., Goetz, K., Steinhäuser, J., Fleischmann, N., Schüssler, A., Flaegel, K. (2021). Measuring care coordination in German primary care – adaptation and psychometric properties of the Medical Home Care Coordination Survey. *BMC Health Serv Res.*, 21(1), 1134. DOI: 10.1186/s12913-021-07100-0.

11. Chapman, R. (2021). The Importance of Patient-Centered Care. *Chest*, 159(1), 439-440. doi: 10.1016/j.chest.2020.07.076.
12. Khanna, A., Fix, G.M., Anderson, E., et al. (2022). Towards a framework for patient-centred care coordination: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 12(12), e066808. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-066808.
13. Bligaard, M.S., Burau, V. (2021). Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers? *J Interprof Care*, 35(1), 136-139. DOI: 10.1080/13561820.2020.1712332.
14. Tomaschek, R., Lampart, P., Scheel-Sailer, A., Gemperli, A., Merlo, C., Essig, S. (2022). Improvement Strategies for the Challenging Collaboration of General Practitioners and Specialists for Patients with Complex Chronic Conditions: A Scoping Review. *Int J Integr Care*, 22(3):4. DOI: 10.5334/ijic.5970.
15. Stoller, J.K. (2021). Building Teams in Health Care. *Chest*, 159(6), 2392-2398. DOI: 10.1016/j.chest.2020.09.092.
16. Taïeb, A., Gaëlle, L., Roxane, D., et al. (2022). Efficiency of a multidisciplinary team care approach through a short hospitalization of patients with poorly controlled diabetes mellitus: a 12 months prospective monocentric study. *Pan Afr Med J*, 41, 192. DOI: 10.11604/pamj.2022.41.192.23965.
17. Dixon, B.E., Embi, P.J., Haggstrom, D.A. (2018). Information technologies that facilitate care coordination: provider and patient perspectives. *Transl Behav Med*, 8(3), 522–525. DOI: 10.1093/tbm/ibx086.
18. Thompson, M.J., Reilly, J.D., Valdez, R.S. (2016). Work system barriers to patient, provider, and caregiver use of personal health records: A systematic review. *Appl Ergon*, 54, 218–42. DOI: 10.1016/j.apergo.2015.10.010 (date of access: 10.05.2025).
19. Olofsson, S., Josephsson, H., Lundvall, M., Lundgren, P., Wireklint Sundström, B. (2025). Patient participation in self-monitoring regarding healthcare of heart failure: an integrated systematic review. *BMC Prim Care*, 26(1), 60. DOI: 10.1186/s12875-025-02757-6.
20. Andrews, J.A., Weiner, K., Will, C.M., Henwood, F., Dickson, J.M. (2020). Healthcare practitioner views and experiences of patients self-monitoring blood pressure: a vignette study. *BJGP Open*, 4(5), bjgpopen20X101101. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101101.
21. Ong, N., Long, J., Woodruff, J. (2021). Continuing Professional Development through the lens of complexity science: Becoming agents of change in the healthcare system [version 2]. *MedEdPublish*, 9, 186. DOI: 10.15694/mep.2020.000186.2.
22. Namatovu, J.F., Mubuuqe, A.G., Buwembo, W., Nakigudde, J., Kiguli, S. (2024). Stakeholder views on continuing professional development for doctors working in public primary care facilities in central Uganda: a qualitative study. *Pan Afr Med J*, 47, 97. DOI: 10.11604/pamj.2024.47.97.417840.

PROFESSIONAL INTEGRATION AS A TOOL FOR IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

M. D. Diachuk

State Institution of Science “Center of innovative healthcare technologies” State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose: to investigate integration technologies in the activities of healthcare workers in a multidisciplinary healthcare institution.

Materials and methods: the research materials were questionnaires filled out by respondents with answers to open questions and were supplemented with explanations from respondents as notes that the interviewer made during the survey. The questionnaire questions were formed on the basis of standardized international questionnaires. Methods: sociological (semi-structured in-depth interviews with 37 healthcare workers); analysis, generalization and triangulation of data. The State Institution of Science “Center of innovative healthcare technologies” State Administrative Department (SIS “CIHCT” SAD) was as the research base. This is a multidisciplinary healthcare institution that provides primary and specialized medical care.

Results: It was found that patient orientation, communication, coordination, teamwork, transferring patients to another level of medical care without delay, teaching patients to self-monitor their clinical condition, using information systems, medical care standards and patient clinical routes, and continuous professional development of employees are actively used in SIS “CIHCT” SAD.

At the same time, general practitioners and nurses are limited in certain functions, which leads to the extension of the patient's clinical route; specialist doctors do not always agree on a treatment plan with the patient; remote consultation of patients is carried out by phone, without information support doctor; exchange of knowledge, experience, information on severe and atypical cases of diseases between primary and specialized medical care doctors is not established.

External communications are limited: doctors do not have interprofessional contacts with colleagues from other healthcare institutions; discharges from hospitals are received late or not at all; there are no end-to-end information systems; A team approach between doctors from different institutions is not practiced.

Conclusions. The identified problems both within the multidisciplinary healthcare institution and externally require management decisions by the heads of healthcare institutions and territorial healthcare management bodies aimed at improving professional integration.

KEYWORDS: patient-centeredness; team; communication; coordination; interprofessional collaboration.

Відомості про автора:

Дячук Михайло Дмитрович – лікар-уролог, кандидат медичних наук, завідувач операційного відділення з рентген-хірургічним блоком, Державна наукова установа «Науково-практичний центр практичної та клінічної медицини» Державного управління справами; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0390-4489>.

Електронна адреса для листування: f1s4man@gmail.com