

УДК 616.1-02-06+616.1/4-06  
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.10)

## ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Д. Д. Дячук, Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська, А. М. Кравченко

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

### Резюме

**Мета:** провести аналіз і узагальнення наукових публікацій з питання запровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз та узагальнення наукових досліджень і публікацій щодо розвитку пацієнт-орієнтованого підходу та його впровадження в клінічну практику.

**Використовувались методи:** системний підхід, бібліосемантичний, аналітичний.

**Результати та обговорення.** Концепція пацієнт-орієнтованого підходу, запропонована у США на початку 1990-х років, в подальшому була використана ВООЗ при розробці програми розвитку системи охорони здоров'я в 21 столітті. Цей підхід зміщує фокус з традиційної біомедичної моделі, в якій лікарю надається пріоритетна роль у прийнятті рішень, на модель, яка встановлює партнерство між практикуючими лікарями, пацієнтами та їхніми родинами. В наукових публікаціях визначають вісім принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги: повага до цінностей, уподобань та потреб пацієнта; надання необхідної інформації та навчання навичкам; емоційна підтримка для полегшення тривоги та страху; залучення близького оточення пацієнта до процесу лікування; фізичний комфорт, полегшення симптомів; наступність та взаємодія між закладами охорони здоров'я; координація медичної допомоги, доступність до медичної допомоги. Імплементация пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику стикається з рядом труднощів, зокрема, щодо впливу соціальних, економічних, фінансових факторів, підготовки медичного персоналу та навчання пацієнтів. Ще один аспект – неоднорідність пацієнтів щодо спроможності прийняти партнерський підхід та залучитись до процесу прийняття рішення щодо медичних втручань. Необхідно подальше проведення клінічних досліджень, які зможуть надати доказову базу для практичного використання найбільш ефективних підходів організації пацієнт-орієнтованої медичної допомоги.

**Висновки.** Пацієнт-орієнтований підхід став ключовим елементом якості медичної допомоги і передбачає, що надана допомога повинна відповідати індивідуальним перевагам, потребам і цінностям пацієнтів і враховувати побажання пацієнта при прийнятті клінічних рішень. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу потребує відповідної підготовки лікарів щодо покращення комунікативних навичок та залучення пацієнтів до процесу лікування, як партнерів.

**Ключові слова:** пацієнт-орієнтована медична допомога, професійна освіта лікарів, навчання пацієнтів

### ВСТУП

В сучасних умовах важливою складовою оптимізації процесу надання медичної допомоги, є перехід від традиційної для медичної практики моделі лікування окремих хвороб до моделі, направленої на лі-

кування конкретного пацієнта [25, 22]. Цей процес обумовлений комплексом факторів, зокрема, збільшенням у структурі населення частки осіб старших вікових груп і пацієнтів з мультиморбідністю [6, 11, 10]. Концепція пацієнт-орієнтованого підходу, запро-

понована у США на початку 1990-х років [36], в подальшому була використана при розробці програми розвитку системи охорони здоров'я 21 століття [9]. Запропонований підхід був підтриманий ВООЗ – детальне обговорення засад пацієнт-орієнтованої медичної допомоги проводилось на шістдесят п'ятій сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ [26]. В 2016 році експертами ВООЗ було запропоновано комплекс заходів щодо впровадження стратегії розвитку системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби людей, для Європейського регіону [32]. У відповідності до сучасних вимог, пацієнт-орієнтований підхід став ключовим елементом якості медичної допомоги та передбачає, що надана допомога повинна відповідати індивідуальним перевагам, потребам і цінностям пацієнтів і враховувати побажання пацієнта при прийнятті клінічних рішень щодо обсягу медичних послуг. Такий підхід змінює традиційну модель, в якій лікарю надається першочергова роль у прийнятті рішень, на таку, що підтримує індивідуальний вибір та автономію пацієнта та базується на співпраці пацієнта та медичного персоналу. Участь пацієнта в процесі медичної допомоги має три цілі – покращання результатів медичного втручання, покращання якості медичної допомоги та зменшення витрат системи охорони здоров'я [24]. Модель пацієнт-орієнтованої медичної допомоги успішно впроваджується у гериатричній практиці та при наданні паліативної медичної допомоги [17, 29], пацієнт-орієнтований підхід є важливою складовою первинної медичної допомоги [19]. Спостерігається постійне зростання зацікавленості медичної спільноти до цієї проблеми та зростання кількості досліджень і наукових публікацій [17, 28, 35, 15]. Тому важливим є узагальнення сучасних наукових принципів пацієнт-орієнтованого підходу, зокрема, проблемним аспектам та перспективам.

**Мета:** провести аналіз і узагальнення наукових публікацій з питання запровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено аналіз та узагальнення наукових публікацій щодо розвитку пацієнт-орієнтованого підходу та його впровадження в клінічну практику. Використовувались методи: системний підхід, бібліосемантичний, аналітичний.

## РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ

Термін «пацієнт-орієнтована медична допомога» (patient-centered care) у його сучасному контексті використовується з 1990-х рр. [17]. Впродовж останніх років в наукових публікаціях використовують термін «допомога, орієнтована на потреби людей» («Person-Centered

Care», «person-directed care», «person-focused care»), який включає, окрім медичних, також інші потреби людини [25]. Основні принципи пацієнт-орієнтованої медичної допомоги були сформовані в результаті досліджень, проведених Інститутом Пікера (Бостон, США) у 80-х рр ХХ століття (Інститут Пікера – Picker Institute – неприбуткова організація, заснована Харві Пікером у США у 1986 році. Організація сприяє проведенню досліджень і навчання у сфері пацієнт-центрованої медичної допомоги. Аналогічні організації засновані та діють і у Європейських країнах, таких як Швеція, Швейцарія, Німеччина та Велика Британія (<http://pickerinstitute.ipfcc.org>). Автори спирались на результати емпіричних досліджень, теоретичних розробок, телефонних опитувань пацієнтів та їхніх родин щодо досвіду отримання медичних послуг. Узагальнені результати були опубліковані в монографії [36], яка неодноразово перевидавалась. В подальшому принципи пацієнт-орієнтованої медичної допомоги були рекомендовані Інститутом медицини США як пріоритетні для розвитку системи охорони здоров'я та визначені як одна з складових якісної медичної допомоги [9, 20]. Інститут медицини США описав пацієнт-орієнтовану медичну допомогу як таку, яка надається з урахуванням потреб та пріоритетів пацієнта, які мають обов'язково бути визначені при прийнятті клінічного рішення щодо обсягу медичних послуг [20].

В сучасних наукових публікаціях визначають 8 принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги [19, 25]:

- повага до цінностей, уподобань та потреб пацієнта;
- надання необхідної інформації та навчання;
- емоційна підтримка, направлена на зменшення тривоги та страху;
- залучення близького оточення пацієнта до процесу надання медичної допомоги;
- фізичний комфорт, полегшення симптомів;
- наступність та взаємодія між закладами охорони здоров'я;
- координація медичної допомоги;
- доступність до медичної допомоги.

**Повага до цінностей, уподобань та потреб пацієнта.** Одним з основних елементів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги є ставлення до пацієнта з гідністю та повагою – як до особистості, а не клінічного випадку – певної комбінації захворювань або симптомів [25]. Це важлива складова спільного прийняття рішень (SDM – shared decision-making), залучення пацієнта до процесу лікування як партнера, а не тільки одержувача медичної допомоги. В реалізації підходу спільного прийняття рішень беруть участь як мінімум один пацієнт та один медичний працівник. Суть цього процесу полягає в тому, аби пацієнт визначився з тим, які з запропонованих лікарем заходів медичної допомоги він готовий виконувати задля отри-

мання певних конкретних результатів – відсутність або зменшення проявів симптомів захворювання, зниження ризику ускладнень, зниження ризику госпіталізації, інвалідизації, смерті тощо. Процес спільного прийняття рішення можна умовно розподілити на складові – надання пацієнтові інформації щодо захворювання та доступних заходів медичної допомоги, обговорення пріоритетів пацієнта щодо важливих для нього наслідків медичного втручання, узгодження плану заходів медичної допомоги (або – інформування пацієнта, відповіді на запитання пацієнта, інтеграція уподобань пацієнта в процес прийняття рішення) [7]. Провідну роль у процесі спільного прийняття рішення має процес обговорення проблем пацієнта на прийомі у лікаря. Підхід спільного прийняття рішень набуває все більшої популярності. Причина цього – збільшення поінформованості пацієнтів щодо захворювань та їх лікування через засоби масової інформації та соціальні мережі, наявність різних підходів до лікування окремих захворювань, необхідність створення у пацієнта мотивації для довготривалого виконання лікарських призначень. Використання підходу спільного прийняття рішень особливо актуальне у випадках, коли існує декілька варіантів лікування, альтернативні варіанти мають різні та невизначені наслідки, а також у випадку наявності декількох захворювань з хронічним перебігом, коли можливості щодо застосування заходів медичної допомоги відповідно до положень медико-технологічних документів можуть бути обмежені – внаслідок несумісності способів лікування або поліпрагмазії [34]. Такий підхід допомагає досягти довгострокового узгодження щодо заходів медичної допомоги, а залучення пацієнтів до вибору лікування призводить до збільшення ступеня їх задоволеності та зменшення кількості потенційних конфліктних ситуацій. У пацієнта формується відчуття контролю та індивідуальної компетентності.

Однак не всі компоненти процесу спільного прийняття рішення з задоволенням сприймаються пацієнтами. Часто пацієнти бажають отримувати інформацію, однак не бажають нести відповідальність за прийняте рішення. Спільне прийняття рішення часто розцінюється пацієнтами тільки як можливість керувати процесом лікування. Частина пацієнтів схильні відігравати пасивну роль – наприклад, пацієнти старшого віку або з низьким рівнем освіти можуть вважати, що не володіють достатніми знаннями для того, аби приймати рішення разом з лікарем, і відчують себе більш впевнено за умови, коли лікар визначає обсяг заходів медичної допомоги і несе за це відповідальність. Дослідження щодо використання концепції спільного прийняття рішень тривають і потребують подальшого узагальнення [16].

Підхід щодо необхідності визначення уподобань пацієнта не викликає заперечень, однак його імплементація є досить складним завданням. Більшість пацієнтів не має досвіду щодо аналізу таких абстрактних

понять, як цінності та уподобання, і розмова на цю тему, особливо – в стресових умовах на прийомі у лікаря – призводить до подальшого збільшення рівня стресу. Медичному персоналу потрібно враховувати, що оцінка уподобань – ітеративний процес пізнання, направлений на те, аби надати пацієнтові допомогу щодо розуміння стану свого здоров'я, уточнення персональних цінностей, варіантів лікування, вірогідних наслідків лікування та визначити серед них той, який підходить саме йому. Такий підхід допомагає пацієнтові зосередитись на ключових етапах процесу спільного прийняття рішення. Для проведення оцінки уподобань пацієнта необхідно мати певні навички, і це потребує спеціальної підготовки лікарів.

Ще один важливий компонент – встановлення цілей медичного втручання у пацієнтів, які мають захворювання з важким перебігом та/або несприятливим прогнозом. У цьому випадку пріоритет щодо визначення обсягу заходів медичної допомоги, безумовно, має належати пацієнтові, який виказує свої побажання щодо інтенсивності лікування з урахуванням бажаних наслідків – щодо ступеня відновлення своїх функціональних можливостей, збереження самостійності, можливості брати участь у важливих для нього подіях життя тощо [30]. Встановлення цілей медичного втручання було запропоновано як індикатор якості медичної допомоги Національною медичною академією США [39, 37]. Однак не існує методології оцінки того, чи був обсяг наданих заходів медичної допомоги адекватним встановленим цілям, а медичному персоналу часто буває важко досягти згоди з пацієнтом щодо його уподобань стосовно мети лікування [18].

#### ***Надання необхідної інформації та навчання.***

Пацієнт-орієнтована медична допомога базується на співпраці між медичними працівниками та пацієнтами. Одним з наслідків процесу спільного прийняття рішення є те, що пацієнт має усвідомлено виконувати узгоджені з лікарем рекомендації щодо обстеження та лікування, тому іншою важливою складовою пацієнт-орієнтованої допомоги є поінформованість пацієнта та його навчання. У цьому випадку грамотність у сфері здоров'я є фундаментальною вимогою. Потреби поінформованих пацієнтів і пацієнтів з низьким рівнем знань є різними, вони мають різну здатність щодо участі у визначенні обсягу медичних заходів. Медичному персоналу рекомендується зосередитися на трьох видах поінформованості: інформація про клінічний стан і прогноз; інформація про методи лікування/допомоги; інформація, яка потрібна для збільшення самостійності пацієнта, реалізації заходів самопомоги та зміцнення здоров'я. Інформація, що надається медичним персоналом, має бути якомога детальною, незалежно від рівня освіти пацієнта або потенційних мовних бар'єрів [18]. Одна з цілей підвищення поінформованості та навчання пацієнтів – залучення їх до самостійного контролю стану здоров'я та виконання заходів самодо-

помоги [32]. Клінічні дослідження довели позитивний вплив використання заходів самоконтролю на перебіг хронічних захворювань. Крім того, такий підхід є економічно ефективним, тому рекомендується заохочувати пацієнтів до впровадження таких заходів. Важливим компонентом самостійного контролю стану здоров'я є моніторинг (періодичний контроль) показників – наприклад, маси тіла, артеріального тиску, рівня фізичної активності або симптомів – таких, як біль, слабкість або інших ознак захворювання [23]. Необхідною складовою моніторингу є визначення цілей щодо моделі поведінки – наприклад, бажаного рівня фізичної активності – та/або цільового рівня показників – наприклад, рівня артеріального тиску – та забезпечення зворотного зв'язку з пацієнтом. Окрім пацієнта та його лікаря, участь у програмі моніторингу можуть брати інші медичні працівники – наприклад, у випадку оптимізації рівня фізичної активності – лікар-фізіотерапевт або методист з лікувальної фізкультури [23].

У сучасних умовах, завдяки поширенню електронних засобів зв'язку, зокрема інтернету, можливості щодо надання інформації та моніторингу стану пацієнта, використання заходів самоконтролю стану здоров'я та спілкування з медичним персоналом збільшились. Прикладом може бути передача пацієнтом лікарю результатів самостійного вимірювання артеріального тиску (домашній телемоніторинг артеріального тиску) або інших показників за допомогою текстових повідомлень, порталів для пацієнтів тощо [32]. Важливо, аби пацієнти отримували інформацію від медичного персоналу на регулярній основі та обговорювали результати електронного моніторингу при медичному консультуванні на прийомі у лікаря.

**Емоційна підтримка для зменшення відчуття тривоги та страху.** Страх і тривожність, пов'язані з хворобою – щодо власного фізичного стану, можливостей лікування захворювання та його прогнозу, впливу хвороби на відносини у родині, фінансових наслідків – безпосередньо впливають на загальний стан пацієнта та можуть визначати успіх медичного втручання. Медичним працівникам необхідно звертати увагу на цей аспект. Взаємовідносини, що базуються на принципах пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, мають бути спрямовані на покращання емоційного стану пацієнта. Крім того, пацієнти, які мають гарні відносини з медичним персоналом, як правило, вказують на задоволеність від наданої медичної допомоги та мають кращу прихильність до лікування [8].

**Залучення близького оточення пацієнта до процесу лікування.** За певних обставин організація надання якісної медичної допомоги пацієнтам із хронічними захворюваннями в домашніх умовах може потребувати залучення родини та близького оточення. З іншого боку, спільне життя з пацієнтом, який має проблеми зі здоров'ям, вимагає зміни звичної моделі

поведінки інших членів родини. Зв'язок між медичним персоналом та близьким оточенням пацієнта є надзвичайно важливим. Існує необхідність навчання близького оточення щодо особливостей спілкування з пацієнтом, який має проблеми фізичного або іншого плану, та навчання пацієнта – щодо зменшення негативного впливу його захворювання на життя його близьких. Важливо враховувати бажання пацієнта залучати або не залучати рідних та друзів до прийняття рішення стосовно обсягу заходів медичної допомоги.

#### **Фізичний комфорт, полегшення симптомів.**

Серед важливих аспектів фізичного комфорту можна вказати на зменшення симптомів, які впливають на якість життя – таких, як біль, слабкість, задишка, безсоння. У більшості випадків фізичний комфорт пацієнти пов'язують з такими елементами, як контроль болю та відсутність потреби у сторонній допомозі в повсякденній діяльності для забезпеченні щоденних життєвих потреб. Важливою складовою фізичного комфорту є також атмосфера медичного закладу – особливості відвідування – зручний графік, доступність медичного персоналу, зручності під час консультації та очікування консультації, забезпечення конфіденційності при спілкуванні з медичним персоналом [18].

**Наступність та взаємодія між закладами охорони здоров'я.** Медична допомога за певних умов, а для пацієнтів з мультиморбідністю – практично завжди – потребує залучення медичних працівників різних спеціальностей та звернення до закладів охорони здоров'я, які надають амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу. Важливим елементом пацієнт-орієнтованості є адекватна передача інформації щодо пацієнта між закладами охорони здоров'я та між лікарями, які беруть участь у наданні медичної допомоги. Для пацієнта, який направляється до іншого медичного фахівця та або іншого закладу охорони здоров'я необхідно скласти детальний алгоритм скерування – з роз'ясненням точної причини звернення та вказанням контактної особи медичного працівника. Забезпечення наступності та взаємодії передбачає координацію лікування після виписки зі стаціонару або зміни лікаря та регулярне інформування пацієнта щодо можливостей клінічної, соціальної, фізичної та фінансової підтримки [18].

**Координація медичної допомоги.** Ефективна організація медичної допомоги пацієнту можлива за умови координації заходів діагностики та лікування представником медичного персоналу, який володіє детальною інформацією про його захворювання та лікування. Пацієнти мають знати, хто є відповідальним за координацію заходів медичної допомоги. Для пацієнтів з мультиморбідністю в більшості випадків таким координатором є лікар загальної практики. Адекватна координація медичної допомоги допомагає оптимізувати лікування, збільшує прихильність пацієнтів до вико-

нання рекомендованого обсягу заходів, що, загалом, сприяє підвищенню ефективності медичної допомоги.

**Доступність медичної допомоги.** Ця опція передбачає як фізичну можливість доступу до закладів системи охорони здоров'я, зокрема, для осіб з обмеженими можливостями – пацієнти з вадами зору або опорно-рухового апарату, так і організаційні аспекти – зручна система навігації, можливість швидко та легко узгодити час консультації, наявність доступних медичних працівників та системи інформаційної підтримки пацієнтів [8]. Пацієнтам важливо знати, що вони зможуть отримати доступ до допомоги коли це необхідно. Рекомендується подбати про те, аби забезпечити пацієнта інформацією стосовно безперешкодного доступу до місця розташування амбулаторій і лікарень, наявності міського транспорту, порядку планування візитів, запису на прийом тощо.

Запровадження підходів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги потребує вирішення багатьох питань, зокрема, щодо оцінки ефективності їх використання в клінічній практиці – як з позиції пацієнтів, так і медичних фахівців [14, 8]. Цій проблемі присвячено значну кількість публікацій, зокрема, огляд, опублікований у 2014 році, який узагальнює результати понад 23 000 досліджень щодо оцінки запровадження медичної допомоги, орієнтованої на потреби людей, або її окремих складових [14]. Автори огляду зазначають, що дослідження щодо пацієнт-орієнтованої медичної допомоги як правило, розглядають наступні питання: дефініція – визначення поняття пацієнт-орієнтованої допомоги медичним персоналом та пацієнтами, уподобання – який тип медичної допомоги є найкращим з точки зору пацієнта, сприйняття – у яких випадках медична допомога розцінюється як пацієнт-орієнтована та наслідки (результат) – який ефект пацієнт-орієнтованого медичного втручання. Необхідно зауважити, що не існує загальновизнаного підходу оцінки результативності запровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Дослідники, як правило, використовують такі засоби, як опитування пацієнтів, які користуються послугами закладів охорони здоров'я, опитування лікарів та аналіз результатів клінічних досліджень. Запропоновано велику кількість опитувальників для оцінки пацієнт-орієнтованої медичної допомоги – як в цілому, так і окремих її компонентів [14]. Опитувальник CARE (The Consultation and Relational Empathy Measure), розроблений у Шотландії, надає можливість визначити використання персоналізованого підходу при проведенні медичного консультування. Цей опитувальник містить питання щодо використання підходу спільного прийняття рішення і широко використовується в клінічних дослідженнях для оцінки діяльності як лікарів, так і середнього медичного персоналу. Опитувальник CARE також використовується для визначення рівня емпатії, яка вважається одним з елементів пацієнт-орієнтованого

втручання при проведенні медичного консультування [12]. В публікації [38] наводиться опис інших опитувальників – SDM-Q-9 та SDM-Q-Doc. Ці анкети також надають можливість визначення, наскільки лікар та пацієнт використовують підхід спільного прийняття рішення при проведенні медичного консультування.

Важливим аспектом запровадження пацієнт-орієнтованого підходу в практику є підготовка медичних фахівців з цих питань. Пацієнт-орієнтована медична допомога неможлива за умови відсутності ефективної комунікації між пацієнтом та медичним працівником, тому велика увага приділяється оволодінню технології проведення медичного консультування та комунікаційним навичкам, наприклад, навчання проведенню мотиваційного інтерв'ю [38, 23, 21]. В систематичному огляді 43 рандомізованих досліджень щодо ефективності навчання фахівців охорони здоров'я, спрямованого на впровадження в клінічну практику підходів пацієнт-орієнтованості, визначено, що навчання має в цілому позитивний вплив. Зокрема, спостерігалось покращання таких аспектів, як визначення основних причин занепокоєння пацієнта та його сподівань щодо медичної допомоги, комунікаційні навички медичного персоналу щодо обговорення варіантів лікування, рівень емпатії, сприйняття пацієнтом ставлення медичного персоналу до його проблем [14]. Серед комунікативних навичок лікарів значна увага в програмах навчання приділяється формуванню навичок емпатії [27]. Більшість пацієнтів послідовно обирають співчуття та поріднені з ним терміни «емпатія» (співпереживання), «повага» та «доброта» як такі, що мають надзвичайно важливе значення при проведенні медичного консультування [12]. У дослідженнях було показано позитивний результат щодо проведення тренінгів з формування навичок емпатії у медичного персоналу через навчання навичкам комунікації на ефективність впровадження пацієнт-орієнтованих втручань у клінічну практику [12]. Велику роль у впровадженні пацієнт-орієнтованої медичної допомоги відіграє середній медичний персонал, і тому значна увага приділяється підготовці медичних сестер з цього питання [31].

Дослідження щодо запровадження пацієнт-орієнтованого підходу на теперішній час ще не надали переконливих доказів щодо його переваг, проте існують дані, що застосування такого підходу має позитивний вплив на результати медичних втручань, зокрема, виживаність, ступінь задоволення пацієнта та його самопочуття, та призводить до зменшення витрат системи охорони здоров'я [27].

Імплементация пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику стикається з рядом труднощів. Зокрема, всебічна оцінка стану пацієнта включає не лише аналіз клінічного стану, а і супутні фактори – соціальні, економічні, фінансові – характеристику близького оточення, умов проживання, ставлення пацієнта до свого здоров'я та поінформованість щодо цього, що важко

зробити під час консультування, яке часто обмежено за часом. Ще один аспект, який потрібно брати до уваги – неоднорідність пацієнтів щодо спроможності прийняти партнерський підхід та залучитись до процесу прийняття рішення щодо медичних втручань [16].

Впровадження медичної допомоги, спрямованої на потреби людей, передбачає проведення подальших досліджень, зокрема, щодо методології визначення таких ключових термінів, як «цілі», «уподобання» та «цінності» у клінічній практиці, та проведення організаційних заходів [25].

Одним з наслідків реформи фінансування медичної допомоги в Україні, розпочатої у 2017 році, є те, що перед закладами охорони здоров'я постало завдання налагодити процес надання медичних послуг, орієнтованих на потреби й побажання пацієнта [5]. Міністерство охорони здоров'я України запроваджує підходи, спрямовані на підвищення поінформованості медичної спільноти з питань пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, частина цих заходів реалізується у рамках міжнародних проєктів. Більшість матеріалів з цього питання представлено у вигляді електронних ресурсів. Зокрема, у рамках проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» на електронній платформі Академії Національної служби здоров'я України у 2020–2021 рр. було проведено курс «Кращі практики управління медичним закладом», який, зокрема, включав такі розділи, як «Комунікація», «Принципи пацієнт-орієнтованості», «Мотиваційне інтерв'ю», «Телефонне консультування», «Стандарти спілкування», «Збільшення ролі медичної сестри» (<https://academy.nszu.gov.ua>) [5]. Крім цього, навчальна платформа Національної служби здоров'я України містить ряд матеріалів для дистанційного навчання лікарів та медичних сестер щодо принципів пацієнт-орієнтованості (курси «Як ефективно вибудовувати спілкування з пацієнтами» «Як повідомити пацієнту про важкий діагноз» тощо) (<https://academy.nszu.gov.ua>).

В посібнику «Центри передового досвіду первинної медичної допомоги» [5], створеного в рамках проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» запропоновано орієнтовний перелік дій, які рекомендується впроваджувати у закладах охорони здоров'я з метою дотримання кожного з 8 принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Так, для втілення принципу «інформація, комунікація, навчання» пропонується наступне: для медичного персоналу – проведення тренінгів з формування навичок комунікації з пацієнтами, для немедичного персоналу – запровадження стандартів спілкування з клієнтами (тактовність, ввічливість, привітність, бажання допомогти), для пацієнтів – розробка та поширення інформаційних матеріалів (за темами захворювань, станів та заходів профілактики), організація роботи з групами пацієнтів за захворюваннями/станами (наприклад, школи пацієнта). Медичним працівни-

ка у спілкуванні з пацієнтами рекомендується використання простої та зрозумілої пацієнту мови (пояснення простими словами суті діагнозу: виліковне/невиліковне, заразне/незаразне; чого чекати в коротко- і довгостроковій перспективі; як хвороба вплине на здатність до самообслуговування, працездатність, якість життя тощо), демонструвати впевненість у своїх діях та своєму професіоналізмі, надавати інформаційні матеріали, які допоможуть пацієнтові та його родині краще зрозуміти його стан і процес лікування та використовувати для консультування пацієнтів різні месенджери, зокрема, і телефонні консультації [5]. Інформаційні матеріали щодо навичок комунікації та технології проведення медичного консультування, також розміщені на платформі дистанційних курсів Центру громадського здоров'я МОЗ України, яка була створена за підтримки ВООЗ, (<https://courses.phc.org.ua>). Харківська обласна рада в співпраці з Асоціацією органів місцевого самоврядування в Харківській області, ГО «Агенція змін «Перспектива» та ГС «Українсько-Німецька Медична Асоціація» за фінансової підтримки ЄС реалізують проєкт «Ефективна первинна медицина в громаді» (<https://hromadahealthcare.org/pro-proekt-efektivna-pervinna-medecina-v-gromady>). У рамках цього проєкту проведено ряд вебінарів, зокрема, вебінар для лікарів сімейної медицини «Принципи та цінності пацієнт-орієнтованого підходу в сімейній медицині», в якому узагальнено сучасні принципи організації пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. На освітній платформі для лікарів MedEvent Academy (<https://academy.medevent.com.ua>) за ініціативи кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика у 2020 та 2021 рр. було проведено два медичних конгреси з міжнародною участю «Пацієнтоорієнтованість. Обмін досвідом» [1].

Однією зі складових реформування моделі медичної допомоги в Україні, яка спрямована на впровадження пацієнт-орієнтованих підходів, стало запровадження міжнародної класифікації первинної медичної допомоги – ICPC-2 (повна назва – International Classification of Primary Care – Міжнародна класифікація первинної допомоги другого перегляду), яка була розроблена Всесвітньою спільнотою лікарів сімейної медицини (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA). Класифікація дозволяє враховувати та обліковувати всі причини звернення до лікарів первинної медичної допомоги та описати всі види діяльності – лікування та маніпуляції, діагностику, скринінг, профілактику, направлення до інших закладів охорони здоров'я або спеціалістів, адміністративні функції. ICPC-2 використовується в багатьох країнах світу, вона має близько 1300 кодів, які описують найбільш часті причини звернення пацієнтів до лікаря,

зокрема, коди розділу Z описують соціальні проблеми. Класифікація дає змогу більш повно описати стан пацієнта та його потреби щодо медичної допомоги. Аналіз інформації про частоту і розподіл медичних проблем населення, про те, як надавачі первинної медичної допомоги працюють над вирішенням проблем пацієнтів, допоможе зробити процес надання медичних послуг ефективним та пацієнт-орієнтованим, планувати обсяг послуг відповідно до проблем пацієнта. Крім того, ІСРС-2 дозволяє провести облік звернень, пов'язаних з хронічними захворюваннями, що дозволить більш детально описати процес надання медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю [13].

В Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами) впродовж більш ніж 10 років активно досліджуються і запроваджуються підходи щодо використання принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги: виконуються науково-дослідні роботи, значна увага приділяється безперервній післядипломній освіті лікарів та медичних сестер, підвищенню поінформованості та навчанню пацієнтів. Результати досліджень узагальнені в монографіях та статтях [5, 10, 2, 3]. На веб-сайті установи в розділі «Пацієнту» розміщено інформаційні матеріали для підвищення обізнаності пацієнтів щодо корекції способу життя та самоконтролю стану здоров'я [4]. Навчальний центр «Інститут післядипломної освіти», який є структурною частиною установи, забезпечує безперервну післядипломну освіту лікарів та медичних сестер з використанням очно-дистанційної форми навчання; у навчальних програмах значна увага приділяється технології проведення медичного консультування та покращанню комунікативних навичок. Наш досвід щодо практичних аспектів впровадження принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, зокрема, щодо підвищення поінформованості медичного персоналу та пацієнтів, може бути використаний іншими лікувальними закладами в Україні.

## ВИСНОВКИ

ВООЗ рекомендує запровадження медичної допомоги, орієнтованої на потреби людей, серед пріоритетів розвитку систем охорони здоров'я в 21 столітті.

В сучасних наукових публікаціях визначено вісім принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги:

повага до цінностей, уподобань та потреб пацієнта; надання необхідної інформації та навчання; емоційна підтримка для полегшення тривоги та страху; залучення близького оточення пацієнта до процесу лікування; фізичний комфорт, полегшення симптомів; наступність та взаємодія між закладами охорони здоров'я; координація медичної допомоги, доступність до медичної допомоги.

Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу потребує відповідної підготовки лікарів щодо покращення комунікативних навичок та залучення пацієнтів до процесу лікування. Необхідно подальше проведення клінічних досліджень, які зможуть надати доказову базу для практичного використання найбільш ефективних підходів організації пацієнт-орієнтованої медичної допомоги.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для удосконалення організації медичної допомоги з використанням пацієнт-орієнтованих підходів в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами проводиться науково-дослідна робота «Удосконалення пацієнт-орієнтованих підходів в лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідними станами». Буде проведена комплексна оцінки ставлення пацієнтів до використання пацієнт-орієнтованих підходів на етапі спеціалізованої допомоги, визначені проблемні питання, запропоновані підходи щодо залучення пацієнтів до самоконтролю захворювання.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Інформація про фінансування.** Робота виконана за рахунок державного фінансування в рамках комплексної науково-дослідної роботи наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини державного управління справами»: «Удосконалення пацієнт-орієнтованих підходів до надання медичної допомоги хворим на серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання з коморбідними станами, зокрема в осіб, що перенесли COVID – 19» (No держ реєстрації 0122U000234 термін виконання: 2022-2024 рр.)

## ЛІТЕРАТУРА

1. Жарікова Ю.В. II Медичний конгрес з міжнародною участю «Пацієнтоорієнтованість. Обмін досвідом». Український медичний часопис. 2021 <https://www.umj.com.ua/article/206074/ii-medichnij-kongres-z-mizhnarodnoyu-uchastyu-patsiyentoorientovanist-obmin-dosvidom>

2. Ласиця Т.С., Мороз Г.З., Гідзинська І. М. Медико-соціологічне обґрунтування оптимізації безперервної професійної освіти лікарів з питань лікування хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією Клінічна та профілактична медицина. 2020. № 1(11). С. 10-17. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(11\).2020.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(11).2020.01)
3. Мороз Г.З., Гідзинська І. М., Ласиця Т. С. Профілактичне консультування в практичній роботі лікаря. Thegaria. Український медичний вісник. 2016. № 2. С. 44-48.
4. Профілактика серцево-судинних захворювань: теоретичні засади та практичне впровадження/ Дячук Д. Д. та ін. Київ: НВП «Інтерсервіс» 2019. 179 с. <https://doi.org/10.31612/9786176968719>
5. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги: посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. 154 с. [http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/02/COEs-manual\\_for-PHC-web.pdf](http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/02/COEs-manual_for-PHC-web.pdf)
6. A patient-centred intervention to improve the management of multimorbidity in general practice: the 3D RCT / C. Salisbury C et al. *Health Serv Deliv Res.* 2019. 7 (5) <https://doi.org/10.3310/hsdr07050>
7. Bouniols N, Leclère B, Moret L. Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Res Notes.* 2016. 9. 382. <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2164-6>
8. Cramm J.M., Nieboer A. P. Validation of an instrument to assess the delivery of patient-centred care to people with intellectual disabilities as perceived by professionals. *BMC Health Services Research.* 2017. 17. P. 472. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2424-8>
9. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine (US) Washington (DC): National Academies Press (US). 2001. <https://doi.org/10.17226/10027>
10. Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity/ D. D. Diachuk et al. *Медичні перспективи.* 2020. Т. 25, № 4. С. 4-11. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220>
11. Enabling Healthful Aging for All – The National Academy of Medicine Grand Challenge in Healthy Longevity / V. J. Dzau et al. *NEJM.* 2019. Vol. 381(18). P. 1699-1701 <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1912298>
12. Frampton S.B., Guastello S., Lepore I.M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. *J. Compar. Effect. Res.* 2013. 2(5) P. 443-455. <http://dx.doi.org/10.2217/cer.13.54>
13. From chronic conditions to relevance in multimorbidity: a four-step study in family medicine / N'Goran AA et al. *Fam Pract.* 2016. 33(4). P. 439-44. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw030>
14. Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. London: The Health Foundation. 2014. 80 p. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>
15. Hov J, Alteren J, Kvigne K. Rehabilitation of the frail older adults in primary healthcare in rural areas: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2021. 11(6) P. e048820. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048820>
16. Hui Chin Mah, Leelavathi Muthupalaniappen and Wei Wen Chong. Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. *Family Practice,* 2016, Vol. 33, No. 3. P. 296-301. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw012>.
17. Kogan A.C, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *JAGS* 2016–VOL. 64, NO. 1. P. e1-e7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>.
18. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res.* 2019.19(1). P. 13 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y>.
19. Kuipers S.J., Nieboer A. P., Cramm J. M. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Family Practice.* 2020. 21. P. 71. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-020-01144-7.pdf>
20. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment / F. Tzelepis, et al. *Patient Prefer Adherence.* 2015. Vol. 9. P. 831-835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>.
21. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) Health Policy. 2018. 122(1). P. 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
22. Ong KY, Lee PSS, Lee ES. Patient-centred and not disease-focused: a review of guidelines and multimorbidity. *Singapore Med J.* 2020. 61(11). P. 584-590. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019109>.
23. Patient Self-Management and Tracking: A European Experience / van Riel PLCM et al. *Rheum Dis Clin North Am.* 2019. 45(2):187-195. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.01.008>
24. Personalized Strategies to Activate and Empower Patients in Health Care and Reduce Health Disparities / Jie Chen et al. *Health Educ Behav.* 2016. 43(1). P. 25-34. <https://doi.org/10.1177/1090198115579415>
25. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016. 64(1). P.15-18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>.



26. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/282963/65wd13e\\_HealthSystemsStrengthening\\_150494.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf)
27. Rathert C., Wyrwich M. D., Boren S. A. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2013. 70(4). P. 351–79. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
28. Rubashkin Nyu, Warnock Rio, Diamond-Smith N. A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery *Reprod Health.* 2018. 10. 15(1). P. 169. <https://doi.org/10.1177/0002764213487341>
29. Scaling-up an Integrated Care for Patients with Non-communicable Diseases: An Analysis of Healthcare Barriers and Facilitators in Slovenia and Belgium / Č Zavrnik et al. *Zdr Varst.* 2021. 60(3). P. 158–166. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0023>
30. Scott D. Halpern. Goal-Concordant Care – Searching for the Holy Grail. *NEJM.* 2019. 381. P. 1603–1606. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1908153>
31. Sillner A.Y., Madrigal C., Behrens L. Person-Centered Gerontological Nursing: An Overview Across Care Settings *Journal of Gerontological Nursing.* 2021. 47(2), 7–12. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210107-02>
32. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf)
33. Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis / Roberts BW et al. *PLoS One.* 2021. 16(3). P. e0247259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247259>
34. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations / Muth C et al. *BMC Medicine.* 2014. 12(1). 223. <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0223-1>
35. The Patient-Centered Care and Receipt of Preventive Services Among Older Adults With Chronic Diseases: A Nationwide Cross-sectional Study / H Liang, et al. *Inquiry.* 2017. 54. P. 1–11. <https://doi.org/10.1177/0046958017724003>
36. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care / Gerteis M, et al. 2002. 360 p.
37. Unroe K.T., Hickman S. E., Torke A. M. Care consistency with documented care preferences: methodologic considerations for implementing the «measuring what matters» quality indicator. *J Pain Symptom Manage.* 2016. 52. P. 453–458. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.04.015>
38. Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies – A systematic review / Doherr H. et al. *PLoS ONE.* 2017. 12(3). e0173904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173904>
39. Vital directions for health and health care: priorities from a National Academy of Medicine initiative / VJ. Dzau et al. *JAMA.* 2017. 317(14). P. 1461–1470. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1964>

## REFERENCES

1. Zharikova, Yu.V. (2021). II Medychnyi konhres z mizhnarodnoiu uchastiu «Patsiiientoorientovanist. Obmin dosvidom» [II Medical Congress with international participation «Patient-centered care. Exchange of experience»]. *Ukrainian medical journal.* <https://www.umj.com.ua/article/206074/ii-medichnij-kongres-z-mizhnarodnoyu-uchastyu-patsiyentoorientovanist-obmin-dosvidom>
2. Lasytsia, T.S., Moroz, H.Z., Hidzynska, I.M. (2020). Medyko-sotsiolohichne obhruntuvannya optymizatsii bezpererвної profesiinoi osvity likariv z pytan likuvannya khvorykh na ishemichnu khvorobu sertsia z komorbidnoiu patolohiieiu. [Medico-sociological substantiation of optimization of continuous professional education of doctors on treatment of patients with coronary heart disease with comorbid pathology]. *Clinical and preventive medicine*, 1(11), 10–17. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(11\).2020.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(11).2020.01)
3. Moroz, H.Z., Hidzynska, I.M., Lasytsia, T.S. (2016). Profilaktychne konsultuvannya v praktychnii roboti likaria [Preventive counseling in the practical work of a doctor]. *Therapia. Ukrainian Medical Bulletin*, 2, 44–48.
4. Diachuk D. D., Moroz H. Z., Hidzynska I. M., Kravchenko A. M., Lasytsia T. S., Dzizynska O. O. (2019). Profilaktyka sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan: teoretychni zasady ta praktychne vprovadzhennia [Prevention of cardiovascular disease: theoretical background and practical implementation]. *Interservis*. 175 s. <https://doi.org/10.31612/9786176968719>
5. Tsenry peredovoho dosvidu pervynnoi medychnoi dopomohy. Posibnyk (2020). Proekt USAID «Pidtrymka reformy okhorony zdorovia» [Centers of excellence in primary care. USAID Guide / Project «Supporting Health Care Reform». Kyiv, 154 s. [http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/02/COEs-manual\\_for-PHC-web.pdf](http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/02/COEs-manual_for-PHC-web.pdf)
6. Salisbury, C., Man, M-S, Chaplin, K., et. al. (2019). A patient-centred intervention to improve the management of multimorbidity in general practice:

- the 3D RCT. *Health Serv Deliv Res*, 7 (5). <https://doi.org/10.3310/hsdr07050>
7. Bouniols, N, Leclère, B, Moret, L. (2016). Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Res Notes*, 9, 382. <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2164-6>
  8. Cramm J.M., Nieboer A. P. (2017) Validation of an instrument to assess the delivery of patient-centred care to people with intellectual disabilities as perceived by professionals. *BMC Health Services Research*, 17, 472 <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2424-8>
  9. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine (US) Washington (DC): National Academies Press (US) (2001). <https://doi.org/10.17226/10027>
  10. Diachuk, D. D. Hidzyska, I.M., Moroz, G. Z., Tkachuk, I. M. (2020). Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity. *Medicni Perspektivi (Medical Perspectives)*, 25(4), 4-11. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220>
  11. Dzau, V.J., Inouye, S.K, Rowe, J.W., Finkelman, E., Yamada, T. (2019). Enabling Healthful Aging for All – The National Academy of Medicine Grand Challenge in Healthy Longevity *NEJM*, 381(18), 1699-170. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1912298>
  12. Frampton S.B., Guastello S., Lepore I.M. (2013) Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. *J. Compar. Effect. Res.*, 2(5), 443-455. <http://dx.doi.org/10.2217/ce.13.54>
  13. N'Goran, A. A., Blasé, r J. Deruaz-Luyet, A. (2016). From chronic conditions to relevance in multimorbidity: a four-step study in family medicine *Fam Pract.*, 33(4), 439-44. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw030>
  14. Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care (2014). London: The Health Foundation. 80 p. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>
  15. Hov, J., Alteren, J., Kvigne, K. (2021). Rehabilitation of the frail older adults in primary healthcare in rural areas: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 11(6), e048820. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048820>
  16. Hui Chin Mah, Leelavathi Muthupalaniappen and Wei Wen Chong (2016). Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. *Family Practice*, 33, 3, 296-301. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw012>
  17. Kogan, A.C, Wilber, K, Mosqueda, L. (2016). Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *JAGS*, 64, 1, e1-e7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>
  18. Kuipers, S.J., Cramm, J.M., Nieboer, A.P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res.*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y>
  19. Kuipers, S.J., Nieboer, A.P., Cramm, J. M. (2020). Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Family Practice*, 21, 71. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-020-01144-7.pdf>
  20. Tzelepis, F. Sanson-Fisher, R., Zucca, A., Fradgley, E. (2015). Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Prefer Adherence.*, 9, 831-835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>
  21. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) (2018). *HealthPolicy*, 122(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
  22. Ong, K.Y., Lee, P.S.S., Lee, E.S. (2020). Patient-centred and not disease-focused: a review of guidelines and multimorbidity. *Singapore Med J.*, 61(11), 584-590. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019109>
  23. van Riel PLCM, Zuidema, R.M., Vogel, C., Rongen-van, Dartel, S.A.A. (2019). Patient Self-Management and Tracking: A European Experience *Rheum Dis Clin North Am.*, 45(2), 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.01.008>
  24. Chen, J., Mullins, C. D., Novak, P., & Thomas, S. B. (2016). Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Education & Behavior*, 43(1), 25-34. <https://doi.org/10.1177/1090198115579415>
  25. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements (2016). *J Am Geriatr Soc.*, 64(1), 15-18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
  26. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015-2020: walking the talk on people centredness (2015). [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/282963/65wd13e\\_HealthSystemStrengthening\\_150494.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemStrengthening_150494.pdf)
  27. Rathert, C., Wyrwich, M.D., Boren, S.A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.*, 70(4), 351-79. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
  28. Rubashkin, N., Warnock, R., Diamond-Smith, N. (2018) A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reprod Health.*, 10, 15(1), 169. <https://doi.org/10.1177/0002764213487341>
  29. Zavrnik, C., Danhieux, K., Hurtado Monarres M., et al. (2021). Scaling-up an integrated care for patients with non-communicable diseases: an analysis of healthcare barriers and facilitators in Slovenia and Belgium. *Zdravstveno Varstvo*, 60(3), 158-166. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0023>

30. Scott, D. Halpern. (2019). Goal-Concordant Care – Searching for the Holy Grail. *NEJM*. 381, 1603-1606. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1908153>
31. Sillner, A.Y., Madrigal, C., Behrens, L. (2021). Person-Centered Gerontological Nursing: An Overview Across Care Settings *Journal of Gerontological Nursing*, 47(2), 7-12. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210107-02>
32. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery (2016). [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf)
33. Roberts, B.W., Puri, N. K., Trzeciak, C.J., Mazzarelli, A.J., Trzeciak, S. (2021). Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(3), e0247259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247259>
34. Muth, C., van den Akker, M., Blom, J. W. et al. (2014). The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine*, 12(1), 223. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0223-1>
35. Liang, H., Zhu, J, Kong, X. et al. (2017). The Patient-Centered Care and Receipt of Preventive Services Among Older Adults With Chronic Diseases: A Nationwide Cross-sectional Study. *Inquir.*, 54, 1-11. <https://doi.org/10.1177/0046958017724003>
36. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, T.L. (2002). Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. 360 p.
37. Unroe, K.T., Hickman, S.E., Torke, A.M. (2016). Care consistency with documented care preferences: methodologic considerations for implementing the «measuring what matters» quality indicator. *J Pain Symptom Manage*, 52, 453-458. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.04.015>.
38. Doherr, H., Christalle, E., Kriston, L., Härter, M., Scholl, I. (2017). Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies – A systematic review. *PLoS ONE*, 12(3), e0173904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173904>
39. Dzau, V. J., McClellan, M. B., McGinnis, et al. (2017). Vital directions for health and health care priorities from a national academy of medicine initiative. *JAMA*, 317(14), 1461-1470. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1964>

## Summary

### IMPLEMENTATION OF PATIENT-CENTERED CARE AND MEDICAL CARE IMPROVEMENT: CURRENT STATE (REVIEW) D. D. Diachuk, G. Z. Moroz, I. M. Hidzyska, A. M. Kravchenko

State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

**The aim of the research:** to conduct an analysis and generalization of scientific publications on the issue of the patient-centered care implementation in clinical practice setting.

**Results.** The concept of a patient-centered care, proposed in the USA in the early 1990s, was subsequently used by the WHO in the development of the program for the development of the health care system in the 21st century. This approach shifts the focus from the traditional biomedical model, in which the doctor is given a priority role in decision-making to a model that establishes a partnership among practitioners, patients, and their families. Recent scientific publications identified eight principles of patient-centered care: respect for patient's values, preferences, and expressed needs, provision of information and education, emotional support to relieve fear and anxiety, involvement of family and friends, physical comfort and symptom's relief, continuity and secure transition between healthcare settings, coordination of care, access to care. The implementation of a patient-centered care in clinical practice faces a number of difficulties, in particular, with regard to the influence of social, economic, financial factors, training of medical personnel and patient education. Another aspect is the heterogeneity of patients in terms of their ability to take a partnership approach and be involved in the decision-making process. Further clinical trials are needed to provide evidence for the practical use of the most effective approaches to patient-centered care implementation.

**Conclusions:** The patient-centered care has become a key element of the quality of medical care and assumes that the care provided should meet the individual patient preferences, needs and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions. The introduction of a patient-centered care requires appropriate medical education of doctors to improve communication skills and patient's education for involve patients in the treatment process as partners.

**Key words:** patient-centered care, medical education of doctors, patient's education