

УДК 351.77:614.2:614.253.5(477)

DOI <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2026.4/08>

Ільїн І. В.

<https://orcid.org/0009-0008-2080-7190>

Житомирський державний університет імені Івана Франка

Купрійчук В. М.

<https://orcid.org/0000-0001-7229-1749>

Житомирський державний університет імені Івана Франка

МЕДИЧНА СЕСТРА-КООРДИНАТОР У СИСТЕМІ ДОВГОТРИВАЛОГО ДОГЛЯДУ: ЗАРУБІЖНІ МОДЕЛІ ТА ПЕРЕДУМОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

У статті обґрунтовано, що демографічне старіння, зростання мультиморбідності, функціональних обмежень і довготривалих медико-соціальних потреб осіб старшого віку потребують переосмислення організації догляду. Особливої ваги набуває проблема координації між медичними, соціальними, паліативними, реабілітаційними та домашніми послугами. Для України це питання є практично значущим, оскільки чинна модель допомоги особам із довготривалими потребами переважно спирається на соціально-адміністративні механізми ведення випадку, тоді як медико-доглядовий компонент координації залишається недостатньо інституціоналізованим. Метою статті є систематизація зарубіжних моделей медсестринської координації догляду в системі довготривалого догляду та обґрунтування можливостей їх поетапного впровадження в Україні. Визначено три базові моделі медсестринської координації: координацію догляду в громаді та домашньому середовищі, координацію переходів між рівнями допомоги та медсестринську координацію в закладах довготривалого догляду. Встановлено, що ці моделі відрізняються точкою прикладання координаційної функції: місцем проживання людини, моментом переходу між секторами допомоги або закладом довготривалого догляду. Показано, що доказова база ефективності медсестринської координації є неоднорідною: для домашньо-громадської моделі результати мають змішаний характер, тоді як для координації переходів і закладової моделі наявні переконливіші дані щодо зниження повторних госпіталізацій і незапланованих переведень. Охарактеризовано український нормативно-організаційний контекст та встановлено, що роль медичної сестри-координатора нормативно не визначена, проте окремі елементи для її формування вже наявні. Обґрунтовано, що медична сестра-координатор має розглядатися не як заміна соціального менеджера, а як комплементарна роль, орієнтована на медико-доглядовий, клініко-навігаційний і міжсекторальний супровід. Визначено нормативні, освітні, організаційні, фінансові й інформаційні передумови впровадження цієї ролі.

Ключові слова: довготривалий догляд, медична сестра-координатор, ведення випадку, інтегрований догляд, соціальний менеджер, первинна медична допомога, паліативна допомога, демографічне старіння, публічне управління.

Постановка проблеми. Демографічне старіння населення, зростання поширеності мультиморбідності, функціональних обмежень та довготривалих медико-соціальних потреб осіб старшого віку актуалізують необхідність переосмислення організації догляду в системі охорони здоров'я та соціального захисту. Для сучасних систем публічного управління дедалі більшого значення набуває не лише розширення переліку послуг, а й забезпечення їхньої узгодженості, безперервності та орієнтації

на комплексні потреби людини. У цьому контексті особливої ваги набуває проблема координації між медичними, соціальними, паліативними, реабілітаційними та домашніми послугами.

Для України ця проблема має практичне значення, оскільки чинна модель допомоги особам із довготривалими потребами переважно спирається на соціально-адміністративні механізми ведення випадку, тоді як медико-доглядовий компонент координації залишається недостатньо інституцій-



оналізованим. Відсутність нормативно визначеної ролі медичної сестри-координатора створює управлінський розрив між соціальним супроводом, первинною медичною допомогою, паліативною допомогою, домашнім доглядом і післягоспітальним маршрутом пацієнта. Це зумовлює потребу в науковому обґрунтуванні зарубіжних моделей медсестринської координації та оцінці можливостей їх поетапного впровадження в Україні. Вирішення цієї проблеми пов'язане з важливим практичним завданням – формуванням інтегрованої системи довготривалого догляду, здатної забезпечити безперервність допомоги, раціональне використання кадрових ресурсів і підвищення якості супроводу осіб із комплексними потребами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній зарубіжній науковій літературі медсестринська координація догляду розглядається переважно як складова інтегрованого довготривалого догляду, ведення випадку та подолання фрагментації між медичними, соціальними й домашніми послугами. У працях E. Sadler, Z. Khadjesari, A. Ziemann та співавторів, M. Karam, M.-C. Chouinard, M.-E. Poitras та співавторів, R. J. Uittenbroek, S. F. van der Mei, K. Slotman та співавторів координація розглядається як інструмент інтеграції допомоги для осіб старшого віку з комплексними медико-соціальними потребами. Водночас ці дослідження переважно аналізують окремі програми або національні кейси, не формуючи цілісної типології можливих координаторських моделей.

Окремий напрям літератури пов'язаний із дослідженням переходів пацієнта між різними секторами допомоги. У матеріалах World Health Organization щодо Ірландії, дослідженні L. Douze, C. Di Martino, M. Calafiore та співавторів щодо французької програми PAERPA, а також у роботах C. Schraeder, C. W. Fraser, I. Clark та співавторів координаторська роль розглядається як відповідь на організаційні розриви між стаціонарною допомогою, первинною ланкою та супроводом у громаді. Ці джерела є важливими для розуміння координації як міжсекторної функції, однак здебільшого зосереджуються на окремому етапі маршруту пацієнта.

Третя група публікацій стосується моделей догляду в закладах довготривалого перебування, де провідну координувальну роль виконують медичні сестри з розширеними компетентностями. K. Schmüdderich, J. Kiwitt, R. Palm, M. Roes та B. Holle систематизують такі підходи в контексті резидентного довготривалого догляду,

а K. Basinska, R.-A. Guerbaai, M. Simon та співавтори, а також F. Zúñiga, R.-A. Guerbaai, S. De Geest та співавтори розкривають їх на прикладі швейцарської моделі INTERCARE. Цей блок досліджень демонструє поступовий перехід від розуміння медсестринської ролі як суто виконавчої до її трактування як елемента організації якості та безпеки догляду.

Нормативно-практичний вимір теми представлений у рекомендаціях National Institute for Health and Care Excellence, де координатор догляду розглядається як контактна особа для літньої людини з множинними довготривалими станами.

Отже, аналіз попередніх досліджень і публікацій свідчить, що зарубіжна наукова література достатньо ґрунтовно описує окремі напрями медсестринської координації, однак вони здебільшого розглядаються фрагментовано – без узагальнення як єдиної типології, придатної для адаптації в системах, де довготривалий догляд ще не сформований як цілісна медико-соціальна інституція. Саме ця прогалина визначає дослідницьку логіку статті: систематизувати зарубіжні моделі медсестринської координації та обґрунтувати можливість їх поетапного впровадження в Україні як комплементарного механізму до наявної соціально-адміністративної моделі ведення випадку.

Постановка завдання. Метою статті є систематизація зарубіжних моделей медсестринської координації догляду в системі довготривалого догляду та обґрунтування можливостей їх поетапного впровадження в Україні. Для досягнення цієї мети поставлено такі завдання: охарактеризувати основні моделі медичної сестри-координатора; визначити їхню управлінську логіку, функції та доказову базу; проаналізувати український нормативно-організаційний контекст; сформулювати передумови впровадження цієї ролі в системі довготривалого догляду України.

Виклад основного матеріалу. У системі довготривалого догляду роль медичної сестри-координатора формується як відповідь на комплексні потреби осіб старшого віку, пов'язані з мультиморбідністю, функціональними обмеженнями та потребою в тривалому медико-соціальному супроводі. Її зміст полягає у поєднанні клінічного оцінювання, розроблення й супроводу індивідуального плану догляду, міжпрофесійної взаємодії, маршрутизації пацієнта в системі послуг, підтримки сімейних доглядальників і забезпечення безперервності допомоги [1, с. 7; 2, с. 2]. Попри спільність цього функціонального ядра, у зарубіжній практиці склалися три базові моделі

медсестринської координації в системі довготривалого догляду, які відрізняються не стільки набором окремих клінічних дій, скільки управлінською логікою застосування: координація догляду в громаді та домашньому середовищі (community/home-based care coordination) підтримує людину за місцем проживання, координація переходів між рівнями допомоги (transitional care coordination) забезпечує наступність між стаціонаром і громадою, а медсестринська координація в закладах довготривалого догляду (nurse-led coordination in residential LTC) посилює якість догляду всередині таких закладів. Узагальнену характеристику цих моделей наведено в таблиці 1.

Запровадження медичних сестер-координаторів у зарубіжних системах довготривалого догляду зумовлене поєднанням демографічних, клінічних та організаційно-управлінських викликів, специфічних для кожної з трьох моделей. У домашньо-громадській моделі ключовими передумовами є старіння населення, обмеженість ресурсів, поширення коморбідних хронічних захворювань і необхідність переходу від фрагментованого обслуговування до інтегрованої допомоги, у межах якої координація навколо потреб пацієнта розглядається як один із базових вимірів первинної медичної допомоги [2, с. 2], а також складність навігації пацієнтів і родин у системі послуг, оскільки хронічно хворі особи потребують не лише медичного супроводу, а й підтримки у самоуправлінні станом, взаємодії з різними службами та вирішенні медичних, соціальних і психологічних проблем [5, с. 1]. У моделях координації переходів провідними причинами є зростання незапланованих госпіталізацій, тиск на гостру й невідкладну допомогу та недостатня спроможність первинної ланки самостійно забезпечити весь спектр підтримки для людей старшого віку в умовах фрагментованого маршруту між лікарнею, первинною допомогою та громадою [3, с. 1; 8, с. 2]. У закладах довготривалого догляду впровадження медсестринської координації зумовлюється ускладненням профілю резидентів, які дедалі частіше мають мультиморбідність, деменцію, обмеження повсякденної активності, потребу в паліативному підході, менеджменті хронічних станів і кваліфікованій координації догляду [11, с. 3], а також дефіцитом геріатричної експертизи, що підвищує ризик несвоєчасного виявлення погіршення стану, незапланованих переведень до лікарні та госпіталізацій, яких потенційно можна уникнути [11, с. 3]. Таким чином, запровадження цієї ролі обґрунтовується не однією причиною, а сукупністю сис-

темних потреб: інтеграцією послуг, підтримкою людини за місцем проживання, забезпеченням наступності після госпіталізації та посиленням клінічної спроможності закладів довготривалого догляду.

Доказова база ефективності впровадження медичних сестер-координаторів є неоднорідною і залежить від типу моделі, контексту застосування та обраних показників результативності. Для домашньо-громадської координації дані мають змішаний характер: Cochrane-огляд Sadler et al. показав, що ведення випадку для літніх людей із синдромом старечої астениї у громаді може мати незначний або відсутній вплив на смертність, переведення до закладу сестринського догляду, якість життя, фізичне функціонування, госпіталізації та витрати [1, с. 2–5], тоді як окремі прикладні програми демонструють інші результати: у дослідженні Aging in Place довготривала медсестринська координація асоціювалася з позитивним впливом на функціональний і когнітивний стан та використання медичних послуг [5, с. 12], а також зі статистично значущим зменшенням повторних госпіталізацій і звернень до відділення невідкладної допомоги [5, с. 8–9]. Для моделі координації переходів наявні як кількісні, так і якісні докази: у дослідженні Schraeder et al. серед уже госпіталізованих пацієнтів група втручання мала на 34% нижчу ймовірність повторної госпіталізації [6, с. 1–2], а у французькій програмі PAERPA медичні фахівці розглядали завдання координатора як суттєві для успішного функціонування інтегрованого маршруту допомоги [8, с. 1, 6]. Найбільш переконлива кількісна доказовість серед проаналізованих джерел стосується закладової моделі, зокрема INTERCARE: хоча огляд Schmüdderich et al. підкреслює обмеженість і переважно середній рівень методологічної якості досліджень моделей догляду, очолюваних медичними сестрами, у будинках сестринського догляду. [10, с. 1–3], дані Zúñiga et al. свідчать, що впровадження INTERCARE у 11 закладах довготривалого догляду було пов'язане зі статистично значущим зменшенням незапланованих переведень резидентів до лікарень [12, с. 1–2, 9–10]. Ці результати не дають підстав розглядати медсестринську координацію як універсально ефективну для всіх показників, однак підтверджують її потенціал щодо зменшення фрагментації допомоги, покращення післягоспітального супроводу, зниження повторних госпіталізацій і посилення якості догляду в закладах довготривалого догляду.

Зіставлення трьох моделей показує, що їх доцільно розглядати як взаємодоповнювальні,

Таблиця 1

Зарубіжні моделі медсестринської координації догляду в системі довготривалого догляду

Модель	Сутність моделі	Країни / приклади	Де працює координатор	Ключові функції
Координація догляду в громаді та домашньому середовищі	Домашньо-громадська модель, у якій допомога організовується не навколо окремого закладу чи епізоду лікування, а навколо потреб людини, яка проживає вдома або в громаді. Ведення випадку розглядається як втручання на рівні громади, що охоплює планування, надання та координацію медичної і соціальної допомоги.	Ірландія – клінічна медична сестра-менеджер випадку в первинній допомозі; Нідерланди – модель Embrace; США – Aging in Place та медсестринське ведення випадку в первинній допомозі	Дім пацієнта, громада, первинна медична допомога, соціальні служби, домашній догляд; у разі потреби – взаємодія з лікарнею. У систематичному огляді Cochrane ця модель розглядається саме в контексті допомоги, що надається людині за місцем проживання та в громаді, а не в умовах гострого стаціонарного лікування чи закладу постійного догляду.	Виявлення цільової групи, комплексне оцінювання, індивідуальне планування догляду, координація медичних і соціальних послуг, домашні візити, моніторинг, підтримка сімейних доглядальників, навігація пацієнта, забезпечення безперервності допомоги
Координація переходів між рівнями допомоги	Модель супроводу літньої людини під час переходу між гострим стаціонаром, первинною медичною допомогою, громадою, домашнім доглядом, соціальними службами та, за потреби, закладами довготривалого або сестринського догляду. Її мета – зменшити розрив між стаціонарною допомогою і допомогою в громаді, забезпечити інформаційну наступність і післягоспітальний супровід.	Ірландія – clinical case nurse manager як відповідь на зростання незапланованих госпіталізацій і тиск на гостру та невідкладну допомогу; Франція – PAERPA як інтегрований маршрут допомоги для осіб старшого віку із синдромом старечої астєнії; США – медсестринське ведення випадку в первинній допомозі з післягоспітальним моніторингом; Австралія – медична сестра зв'язку в громадському центрі здоров'я, вдома у пацієнтів та у практиках лікарів загальної практики	Між стаціонаром, первинною допомогою, громадою, домашнім доглядом і соціальними службами. У практичному керівництві Виконавчої служби охорони здоров'я Ірландії (Health Service Executive, HSE) менеджер випадку описується як фахівець, що працює на рівні безпосередньої взаємодії з пацієнтом у громаді, гострому стаціонарі, громадському сестринському підрозділі або денному госпіталі для осіб старшого віку.	Сприяння виписці зі стаціонару, передача інформації між службами, комплексне геріатричне оцінювання, післягоспітальний контакт, перегляд плану догляду, оцінка медикаментозної терапії, скерування між фахівцями, взаємодія з лікарем, родиною та соціальними службами
Мед-сестринська координація в закладах довготривалого догляду	Закладова модель, у якій медична сестра з розширеними навичками або медична сестра розширеної практики автономно координує, спрямовує та організовує догляд резидентів будинків сестринського догляду або закладів довготривалого резидентного догляду	Швейцарія – INTERCARE; Австралія – Residential Acute Care Service; США – OPTIMISTIC; Велика Британія – Care Home Innovation Program	Безпосередньо в будинках сестринського догляду, закладах резидентного догляду за людьми старшого віку або закладах довготривалого догляду. У scoring-огляді такі моделі відмежовано від амбулаторних, лікарняних, громадських умов і закладів підтриманого проживання	Оцінювання, планування, управління, моніторинг і оцінка догляду, підтримка команд догляду, клінічне наставництво, комплексне геріатричне оцінювання, комунікація з лікарем і родиною, раннє виявлення погіршення стану, аналіз незапланованих переведень і використання стандартизованих інструментів.

Примітка: складено автором на основі систематизації зарубіжних досліджень і практичних моделей медсестринської координації догляду в системі довготривалого догляду [1–12].

а не альтернативні: домашньо-громадська модель відповідає завданню підтримки автономності людини за місцем проживання, модель координації переходів зосереджена на найбільш ризикованих моментах зміни середовища допомоги, а закладова модель спрямована на посилення геріатричної експертизи й безпеки догляду в установах із високою концентрацією осіб із комплексними потребами. Управлінська відмінність між ними полягає, отже, не в професійній назві координатора, а в точці прикладання координаційної функції – громаді, переході між секторами або закладі довготривалого догляду, – тоді як функціональне ядро залишається спільним для всіх трьох: оцінювання потреб, індивідуальне планування, координація дій між фахівцями, моніторинг, комунікація з родиною та забезпечення безперервності допомоги. Відмінності проявляються радше в практичній спрямованості кожної моделі: у громаді пріоритетом є запобігання втраті автономності та фрагментації послуг, у перехідній моделі – профілактика розриву після виписки та повторних госпіталізацій, а в закладовій моделі – підвищення якості, безпеки і клінічної спроможності персоналу закладу.

У контексті України питання впровадження медичної сестри-координатора має розглядатися з урахуванням того, що окрема інституція такої ролі в системі довготривалого догляду наразі прямо не закріплена: чинна модель координації побудована переважно навколо соціального компонента. Закон України «Про соціальні послуги» визначає «ведення випадку» як метод надання соціальних послуг, що передбачає взаємодію соціального менеджера, фахівця із соціальної роботи, соціального працівника, отримувача послуг та інших залучених фахівців [13, с. 2], причому ведення випадку забезпечує соціальний менеджер або, за його відсутності, уповноважена особа органу місцевого самоврядування [13, с. 27], а мультидисциплінарну команду очолює фахівець із соціальної роботи, соціальний працівник або соціальний менеджер, відповідальний за організацію її роботи та виконання індивідуального плану [13, с. 31–32]. Разом з тим українське регулювання вже містить окремі елементи, придатні для формування майбутньої медсестринської координаторської ролі: координація соціального догляду здійснюється через оцінювання потреб, індивідуальний план, договір про надання послуг, виконання плану, моніторинг та оцінку якості [13, с. 27], причому до оцінювання потреб за необхідності можуть залучатися медичні, педагогічні працівники та інші фахівці [13, с. 29–30].

Державний стандарт догляду вдома передбачає участь мультидисциплінарної команди, до складу якої можуть входити соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, психолог, юрисконсульт та інші фахівці [14, с. 4], а індивідуальний план містить перелік заходів, строки їх виконання, виконавців, дані моніторингу та перегляду плану [14, с. 9]; у сфері паліативної допомоги нормативно закріплено клінічні маршрути, наступність, безперервність, мультидисциплінарний підхід і взаємодію надавачів паліативної допомоги із соціальними службами [16, с. 4, 6]. В Україні, отже, вже наявні окремі інституційні елементи майбутньої системи довготривалого догляду, однак вони залишаються недостатньо інтегрованими між медичним і соціальним секторами.

Саме цей розрив обґрунтовує доцільність запровадження медичної сестри-координатора. Соціальний менеджер може забезпечувати адміністративне ведення випадку, організацію соціальних послуг і взаємодію з надавачами, але не завжди має достатню клінічну компетентність для раннього виявлення погіршення стану, оцінювання медичних ризиків, контролю виконання лікарських рекомендацій або післягоспітального спостереження. Тому медична сестра-координатор не повинна замінювати соціального менеджера – її функція має бути комплементарною: соціальний менеджер зберігав би відповідальність за соціальне ведення випадку, тоді як медична сестра-координатор забезпечувала б медико-доглядовий, клініко-навігаційний і міжсекторальний компонент супроводу.

Для України найбільш обґрунтованим є поетапне та диференційоване впровадження всіх трьох моделей. На першому етапі пріоритетною видається координація догляду в громаді та домашньому середовищі, оскільки вона не потребує негайного створення повноцінної інституційної інфраструктури довготривалого догляду і може бути вбудована у наявні механізми первинної медичної допомоги, догляду вдома, соціальних послуг у громаді, паліативної допомоги й мультидисциплінарної взаємодії [1, с. 7–8; 4, с. 2–3; 5, с. 3]. Паралельно доцільно розвивати координацію переходів між рівнями допомоги, оскільки вона може дати швидкий практичний ефект для пацієнтів після інсульту, перелому, декомпенсації хронічного захворювання, онкологічного або паліативного епізоду, які після виписки часто залишаються без скоординованого подальшого маршруту [3, с. 2; 6, с. 4, 9; 7, с. 133], тоді як закладову модель варто впроваджувати пілотно в геріатричних, паліативних, реабілітаційних

структурах і закладах сестринського догляду, де сконцентровано осіб із високими медико-доглядовими потребами [10, с. 2–4; 11, с. 3–5]. Відсутність зрілої системи довготривалого догляду в Україні не є підставою для відкладення цього впровадження – навпаки, така роль може стати одним із механізмів її побудови, оскільки зріла модель довготривалого догляду формується через поєднання оцінювання потреб, маршрутизації, фінансування, кадрових ролей, стандартів послуг, інформаційних систем і контролю якості. Україна вже має низку таких елементів: ведення випадку, соціального менеджера, індивідуальний план, мультидисциплінарну команду, догляд вдома, підтримане проживання, паліативну координацію та експериментальний довготривалий медсестринський догляд [13, с. 2, 27, 31–32; 14, с. 4, 6, 9; 15, с. 3, 6; 16, с. 4, 6], і медична сестра-координатор у цьому контексті може виконати функцію інституційного поєднання цих елементів: пов'язати соціальне

ведення випадку з клінічним супроводом, індивідуальний план соціальної послуги – з медичним планом спостереження, роботу сімейного лікаря – з діяльністю соціального менеджера, паліативну маршрутизацію – з доглядом вдома, а стаціонарне лікування – з подальшим супроводом у громаді.

Практичне впровадження такої ролі потребує формування п'яти груп передумов, узагальнених у таблиці 2.

Отже, впровадження медичної сестри-координатора в Україні має відбуватися поступово: спочатку через пілотні проєкти в первинній медичній допомозі, громадах, паліативних і післягоспітальних маршрутах, а надалі – через нормативне закріплення, освітню стандартизацію, фінансування та цифрову інтеграцію. Такий підхід дозволить не підміняти наявну систему соціального ведення випадку, а доповнити її медико-доглядовим компонентом, завдяки чому медична сестра-координатор може стати практичним механізмом переходу від

Таблиця 2

Передумови впровадження медичної сестри-координатора в Україні

Тип передумови	Що вже є в Україні	Що потрібно для впровадження
Нормативна	Наявні механізми ведення випадку, оцінювання потреб, індивідуального плану, мультидисциплінарної команди та моніторингу якості соціальних послуг	Визначити правовий статус медичної сестри-координатора, її функції, межі відповідальності, підпорядкування, порядок взаємодії із сімейним лікарем, соціальним менеджером, фахівцем із соціальної роботи, надавачем соціальної послуги та мультидисциплінарною командою.
Освітня	Професійний потенціал медичних сестер може бути використаний для посилення медико-доглядового компонента, однак спеціалізована підготовка з координації довготривалого догляду потребує окремого формування.	Запровадити короткі сертифікаційні програми та магістерські модулі з ведення випадку, геріатрії, довготривалого догляду, паліативної допомоги, оцінювання функціонального стану, міжпрофесійної взаємодії та комунікації з пацієнтом і родиною.
Організаційна	Є команди первинної медичної допомоги, центри надання соціальних послуг, служби догляду вдома, паліативні й реабілітаційні структури, які можуть стати майданчиками для пілотування.	Вбудувати роль у наявні організаційні контури: ПМСД, мобільні паліативні та реабілітаційні команди, центри соціальних послуг, служби догляду вдома, заклади сестринського догляду, геріатричні та паліативні підрозділи.
Фінансова	Окремий стабільний механізм оплати координаторської функції поки не сформований. Водночас існують можливості для пілотних проєктів, місцевих програм і договірних механізмів у межах медичних та соціальних послуг.	Визначити джерела фінансування: окремий пакет або підпакет НСЗУ, місцеві цільові програми, пілотні проєкти, змішане фінансування медичних і соціальних послуг або майбутній пакет довготривалого догляду. Оплата має бути пов'язана з виконанням конкретних координаційних функцій.
Інформаційна	Українська система вже передбачає індивідуальний план, моніторинг виконання плану та фіксацію процесу надання соціальних послуг	Створити електронний план догляду, забезпечити обмін даними між медичним і соціальним секторами, сформувати реєстр осіб із довготривалими потребами та запровадити індикатори моніторингу: повторні госпіталізації, невідкладні звернення, своєчасність післягоспітального контакту, перегляд плану, охоплення домашніми візитами, залучення сімейного доглядальника та задоволеність отримувача послуг.

Примітка: розроблено автором на основі аналізу української нормативної бази та зарубіжних моделей медсестринської координації догляду [10; 11; 13–16].

фрагментованих соціальних і медичних послуг до інтегрованої системи довготривалого догляду, орієнтованої на комплексні потреби людини, безперервність допомоги та раціональне використання кадрових ресурсів.

Висновки. Проведений аналіз зарубіжного досвіду впровадження медичної сестри-координатора в системі довготривалого догляду дає підстави для таких узагальнень і висновків.

По-перше, встановлено, що три базові моделі медсестринської координації, доцільно розглядати не як конкурентні варіанти вибору однієї “правильної” моделі, а як взаємодоповнювальні управлінські інструменти, що відрізняються не професійним змістом ролі координатора, а точкою прикладання координаційної функції: місце проживання людини, момент переходу між секторами допомоги або заклад довготривалого догляду. Це знімає поширену в дискусії про запровадження координаторських посад помилкову постановку питання “яку модель обрати” і переводить її в площину “яку послідовність моделей обрати для конкретного етапу розвитку системи”.

По-друге, аналіз доказової бази показав її неоднорідність: якщо для домашньо-громадської координації результати систематичних оглядів є змішаними, а для координації переходів і особливо для закладової моделі (зокрема INTERCARE) накопичено переконливіші кількісні дані щодо зниження повторних госпіталізацій і незапланованих переведень, – це означає, що ефективність медсестринської координації не є універсальною характеристикою самої ролі, а залежить від контексту застосування, цільової групи та обраних індикаторів результативності. Це важливий методологічний висновок для подальшого планування пілотних проєктів в Україні: оцінку ефективності варто закладати диференційовано за моделями, а не як єдиний узагальнений показник.

По-третє, авторським внеском дослідження є обґрунтування комплементарної, а не конкурентної позиції медичної сестри-координатора щодо вже наявної в Україні ролі соціального менеджера: перший забезпечує медико-доглядовий, клініко-навігаційний і міжсекторальний компонент супроводу, тоді як другий – адміністративне ведення випадку та організацію соціальних послуг. Розроблена авторська матриця п’яти груп передумов впровадження (нормативної, освітньої, організаційної, фінансової, інформаційної) з розмежуванням наявного інституційного ресурсу та необхідних кроків становить практичний інструмент, застосовний як на етапі пілотування, так і на етапі нормативного закріплення ролі.

Новизна дослідження полягає у розробці авторської типології моделей медсестринської координації за критерієм точки прикладання координаційної функції та в обґрунтуванні поетапної, диференційованої стратегії їх упровадження в Україні – від пілотування домашньо-громадської моделі як такої, що не потребує створення нової інституційної інфраструктури, через координацію переходів із високим потенціалом швидкого практичного ефекту, до закладової моделі як інструменту посилення геріатричної спроможності профільних установ.

Перспективи подальших досліджень пов’язані з емпіричною апробацією запропонованої моделі на пілотних майданчиках первинної медичної допомоги та закладів довготривалого догляду в Україні; розробкою методики економічної оцінки фінансування координаторської функції в межах пакетів НСЗУ; формуванням освітніх стандартів підготовки медичних сестер-координаторів; а також вивченням впливу впровадження цієї ролі на кадрове планування системи охорони здоров’я (HRH) в умовах дефіциту медичних кадрів.

Список літератури:

1. Sadler E., Khadjesari Z., Ziemann A., Sheehan K. J., Whitney J., Wilson D., Bakolis I., Sevdalis N., Sandall J., Soukup T., Corbett T., Gonçalves-Bradley D. C., Walker D.-M. Case management for integrated care of older people with frailty in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. Issue 5. Art. No. CD013088. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013088.pub2>.
2. Karam M., Chouinard M.-C., Poitras M.-E., Couturier Y., Vedel I., Grgurevic N., Hudon C. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*. 2021. Vol. 21, No. 1. Article 16. P. 1–21. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>.
3. World Health Organization. Managing older people close to home: the clinical case nurse manager in Ireland. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2020. URL: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/case-study--managing-older-people-close-to-home--the-clinical-case-nurse-manager-in-ireland-%282020%29> (дата звернення: 16.07.2026).
4. Uittenbroek R. J., van der Mei S. F., Slotman K., Reijneveld S. A., Wynia K. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A

qualitative study on Embrace. PLOS ONE. 2018. Vol. 13, No. 11. e0207109. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207109>.

5. Popejoy L. L., Stetzer F., Hicks L., Rantz M. J., Galambos C., Popescu M., Khalilia M., Marek K. D. Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. Nursing Economics. 2015. Vol. 33, No. 6. P. 306–313. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4749163/> (дата звернення: 16.07.2026).

6. Schraeder C., Fraser C. W., Clark I., Long B., Shelton P., Waldschmidt V., Kucera C. L., Lanker W. K. Evaluation of a primary care nurse case management intervention for chronically ill community dwelling older people. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in Association with Journal of Clinical Nursing. 2008. Vol. 17. P. 407–417. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02578.x>.

7. National Institute for Health and Care Excellence. Older people with social care needs and multiple long-term conditions : NICE guideline NG22. London : NICE, 2015. Updated 2020. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng22> (дата звернення: 16.07.2026).

8. Douze L., Di Martino C., Calafiore M., Averlant L., Peynot C. H., Lotin M., Delesalle A., Dambre D., Egot M., Fabianek A., Defebvre M. M., Bugny C., Thébault J., Puisieux F., Pelayo S., Beuscart J. B. The Care Coordinator's Tasks During the Implementation of an Integrated Care Pathway for Older Patients: A Qualitative Study Based on the French National "Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy" Pilot Program. International Journal of Integrated Care. 2022. Vol. 22, No. 2. Article 2. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5977>.

9. Health Service Executive. Making a start in integrated care for older persons: a practical guide to the local implementation of Integrated Care Programmes for Older Persons. Ireland : Health Service Executive, [s. a.]. URL: <https://www.lenus.ie/entities/publication/a4df723d-6fdb-4c13-8efd-db51081aa71e> (дата звернення: 16.07.2026).

10. Schmüdderich K., Kiwitt J., Palm R., Roes M., Holle B. Core elements and potential of nurse-led care models in residential long-term care: a scoping review. Journal of Clinical Nursing. 2023. Vol. 32. P. 1858–1884. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16231>.

11. Basinska K., Guerbaai R.-A., Simon M., De Geest S., Wellens N. I. H., Serdaly C., De Pietro C., Desmedt M., Kressig R. W., Nicca D., Zeller A., Vaes A., Zúñiga F. A nurse-led care model to strengthen geriatric expertise in nursing homes: The development and content of the INTERCARE model. Summary in English. Basel : Institute of Nursing Science, Medical Faculty, University of Basel, 2021. URL: <https://intercare.nursing.unibas.ch/wp-content/uploads/2021/04/INTERCARE-report-Summary-April-21.pdf> (дата звернення: 16.07.2026).

12. Zúñiga F., Guerbaai R.-A., De Geest S., Popejoy L. L., Bartakova J., Denhaerynck K., Trutschel D., Basinska K., Nicca D., Kressig R. W., Zeller A., Wellens N. I. H., De Pietro C., Desmedt M., Serdaly C., Simon M. Positive effect of the INTERCARE nurse-led model on reducing nursing home transfers: a nonrandomized stepped-wedge design. Journal of the American Geriatrics Society. 2022. Vol. 70, No. 5. P. 1546–1557. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17677>.

13. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2019. № 18. Ст. 73. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 16.07.2026).

14. Про затвердження Державного стандарту догляду вдома : наказ Міністерства соціальної політики України від 13.11.2013 № 760. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22.11.2013 за № 1990/24522. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1990-13> (дата звернення: 16.07.2026).

15. Деякі питання підтримки внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились : постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.2025 № 1169. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1169-2025-%D0%BF> (дата звернення: 16.07.2026).

16. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 01.07.2020 за № 609/34892. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20> (дата звернення: 16.07.2026).

Ilin I. V., Kupriichuk V. M. NURSE CARE COORDINATOR IN THE LONG-TERM CARE SYSTEM: FOREIGN MODELS AND PREREQUISITES FOR IMPLEMENTATION IN UKRAINE

The article substantiates that population ageing, the increasing prevalence of multimorbidity, functional limitations, and long-term medical and social needs among older persons require a reconsideration of the organization of care. Particular importance is attached to the issue of coordination between medical, social, palliative, rehabilitation, and home-based services. For Ukraine, this issue is of practical significance, since

the current model of support for persons with long-term needs is based predominantly on socio-administrative mechanisms of case management, whereas the medical and care-related component of coordination remains insufficiently institutionalized. The purpose of the article is to systematize foreign models of nursing care coordination in the long-term care system and to substantiate the possibilities of their phased implementation in Ukraine. Three basic models of nursing care coordination are identified: community- and home-based care coordination, transitional care coordination, and nursing coordination in long-term care facilities. It is established that these models differ by the point of application of the coordination function: the person's place of residence, the moment of transition between care sectors, or a long-term care facility. It is shown that the evidence base for the effectiveness of nursing care coordination is heterogeneous: for the community- and home-based model, the results are mixed, whereas for transitional care coordination and the facility-based model, more convincing evidence is available regarding reductions in rehospitalizations and unplanned transfers. The Ukrainian regulatory and organizational context is characterized, and it is established that the role of the nurse care coordinator is not normatively defined; however, certain elements for its formation already exist. It is substantiated that the nurse care coordinator should be considered not as a replacement for the social manager, but as a complementary role focused on medical and care-related, clinical-navigation, and intersectoral support. The regulatory, educational, organizational, financial, and informational prerequisites for implementing this role are identified.

Keywords: *long-term care, nurse care coordinator, case management, integrated care, social manager, primary health care, palliative care, population ageing, public administration.*

Дата першого надходження статті до видання: 16.07.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 03.08.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 15.10.2026