

ГРУПИ РІВНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ В УКРАЇНІ: ДОСВІД УПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ФОРМАТУ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

У статті описано контекст, результати запровадження й функціонування в Україні з 2020 р. груп рівних як інноваційного формату безперервного професійного розвитку (БПР) для лікарів, медсестер та управлінців первинної медичної допомоги за підтримки україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти». Як стратегію дослідження було обрано метод кейс-стаді. Загалом проаналізовано 40 прикладів запровадження груп рівних для медичних фахівців практично з усіх областей України в приватних (9) і комунальних (25) закладах охорони здоров'я, а також практиках ФОП (6). Фасилітатори, учасники груп рівних підкреслювали не лише освітній внесок такого формату БПР у їхню професію, а й соціальний та психологічний компоненти. Згідно з результатами дослідження, перешкодами у створенні й сталості груп рівних є відсутність підтримки керівництва, брак часу, мотивації та формальних стимулів (балів БПР).

Ключові слова: групи рівних, медичні працівники, безперервний професійний розвиток, медична освіта, Україна.

Безперервний професійний розвиток надавачів медичної допомоги і його формати

У розвинених країнах медична освіта була в центрі уваги соціологів з 1940 по 1980 р. і такі теми, як професійна соціалізація лікарів, передавання знань у лікарській професії, було розкрито в різноманітних аспектах (Jenkins et al., 2001). Протягом останніх років (десятиліть) освіти загалом і медичну освіту зокрема було істотно трансформовано як щодо структури, форми, так і змісту підходів, що спричинило нову хвилю досліджень, пов'язаних із професійним розвитком надавачів медичної допомоги (лікарів, медичних сестер тощо) (Lewington, 2012; Samuel et al., 2021; Magwenya et al., 2022; Main et al., 2023).

Навчання медичних фахівців не завершується з отриманням диплома (в Україні це шість років магістерської програми «Медицина», «Педіатрія» тощо) й сертифіката на лікарську діяльність, який здобувають після 1,5–3 років (залежно від спеціальності) інтернатури. Безперервний професійний розвиток (БПР) має тривати протягом усього професійного життя медичного фахівця (WFME, 2015). Розвиток сучасної медицини є швидким і турбулентним, тому лікарі й лікарки, медичні сестри й медичні брати, а також інші медичні фахівці й фахівчині мають безперервно опановувати клінічні й позаклінічні (м'які) навички: комунікаційні, організаційні, які є важливим компонентом

забезпечення якості послуг охорони здоров'я. БПР медичних фахівців є критичним складником безпечної та якісної медичної допомоги, сприяє зменшенню необґрунтованих витрат і підвищенню задоволеності пацієнтів медичною допомогою (General Medical Council, 2012; WFME, 2015; Borman, 2014). Професія зобов'язує лікарів застосовувати безпечні інтервенції, підходи до діагностики й лікування, які стали можливими завдяки розвитку бази свідчень, науки й технологій, що інтегрується в роботу медичного фахівця через постійне оновлення знань і навичок – через БПР.

У настановах Загальної медичної ради Великої Британії (General Medical Council, 2012) засадничими принципами якісної системи БПР для медичних фахівців визнано: а) відповідальність за власний професійний розвиток самих фахівців; б) рефлексію як щодо власної медичної практики, так і щодо впливу результатів навчання на неї; в) відповідність навчання потребам як фахівця, так і пацієнта; г) забезпечення розвитку всіх компетентностей, необхідних для надання послуг охорони здоров'я; г) поєднання індивідуального й командного навчання для збалансованого розвитку як фахівця/фахівчині, так і команди, в якій він/вона працює.

Характерною особливістю БПР є незалежність фахівця у визначенні траєкторії свого розвитку, тож самостійне навчання або участь

у самокерованих форматах має бути ключовою активністю в системі БПР (такий підхід प्रतिставляється застарілому післядипломному підходу – участі в навчанні під наглядом інших фахівців протягом тривалого періоду часу) (WFME, 2015). З іншого боку, БПР (як система, так і самі освітні продукти) мають відповідати потребам фахівців своєчасно отримувати доступ до знань і досвіду. На протипагу симпозиумам, конференціям, майстер-класам, є більш гнучкі й інноваційні формати БПР, які дають можливість швидше обмінюватися досвідом, здобувати нові знання і навички, потрібні саме тут і зараз (як-от у разі таких викликів, як COVID-19 на початку 2020 р.). Таким форматом є групи рівних (Main et al., 2023).

Коледж сімейних лікарів Канади (The College of Family Physicians of Canada), який встановлює вимоги до системи БПР медичних фахівців країни, визначає три ключові категорії заходів: а) дидактичні заходи (конференції, семінари, навчальні сесії), б) рефлексивні заходи щодо впливу навчання на практику; в) індивідуальні заходи, які не потребують акредитації (читання, обговорення з колегами – групи рівних). Кожен фахівець протягом визначеного часового циклу (2–5 років) має набрати 250 годин БПР, із них мінімум 125 балів першої або другої категорії і максимум 125 балів третьої категорії.

Система безперервного професійного розвитку для медичних фахівців в Україні протягом тривалого часу не враховувала достатньою мірою потреб медичних фахівців, а пацієнтів і поготив, і не забезпечувала належного безперервного професійного розвитку (хоча, безперечно, окремі лікарі самостійно, додатково до наявної системи брали на себе відповідальність і дбали про свій розвиток через конференції, тренінги, які в попередній системі практично не зараховувалися (Chernysh et al., 2023)). І лише у 2018 р. було започатковано систему БПР: перехід від обов'язкового «післядипломного підвищення кваліфікації кадрів», коли кожен фахівець повинен був проходити не рідше ніж раз на п'ять років курси на фахових кафедрах факультетів післядипломної освіти закладів вищої медичної освіти або ж академій післядипломної освіти (Бієфнот та ін., 2019), до щорічного набору балів БПР. Бали нараховують за навчання на визначених постановою Кабінету Міністрів України типах освітніх заходів (нині чинною є Постанова КМУ «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» № 725 від 14 липня 2021 р.). Нові політики БПР

стимулювали запровадження в Україні релевантних практиці тренінгів, конференцій для лікарів, а також новітніх форматів БПР. Групи рівних стали одним із перших форматів інформальної освіти, які з'явилися в структурі БПР медичних фахівців в Україні. Українські фахівці лише ознайомлюються з можливостями й перевагами такого формату навчання, хоча в багатьох країнах світу групи рівних уже є невіддільним компонентом системи БПР.

Групи рівних виникли в Нідерландах у 1979 р. Згодом, у 1980–1990 рр., цей формат поширився на інші європейські країни й став важливим методом поліпшення якості медичної допомоги на первинній ланці (Beyer et al., 2003). Сьогодні групи рівних залишаються найпоширенішим форматом БПР у країнах Західної і Північної Європи. Наприклад, у Нідерландах функціонує майже 800 груп рівних, у Бельгії – понад 600, їх відвідують близько 75 % лікарів і лікарів первинної ланки (Beyer et al., 2003). І хоча в країнах Південної і Східної Європи ще двадцять років тому лікарі майже не долучалися до участі в групах рівних, сьогодні цей формат активно поширюється серед професійних спільнот і стає «форматом вибору» багатьох лікарів і лікарів цих країн. Наприклад, у Хорватії групи рівних поширені як серед лікарів, так і серед медичних сестер, і саме цей формат найчастіше обирають фахівці для безперервного професійного розвитку (Beyer et al., 2003). За межами Європи групи рівних потужно інтегровані в систему БПР медичних фахівців Австралії, Нової Зеландії, США, Канади (The College of Family Physicians of Canada, n. d.; Medical Board of Australia, n. d.; Lillis, 2011; Murgatroyd, 2019). У Новій Зеландії формат супервізії рівними є обов'язковим елементом безперервного професійного розвитку. Медична рада Нової Зеландії вимагає від лікаря/лікарки пройти мінімум 10 годин супервізії від рівних на рік, щоб відповідати вимогам до фаху (Lillis, 2011).

Джерел, які б описували досвід лікарів загальної практики, сімейних лікарів у впровадженні чи реалізації груп рівних, не так уже й багато. Більшість із них описують поради, рефлексії лікарів з Австралії, Нової Зеландії (Lillis, 2011; Wilson, 2015). Геміш Вілсон навіть сформулював 12 підказок для групових обговорень щодо стосунків лікар – пацієнт: «долучайте особистий та соціальний контекст в обговорення кейсу... не намагайтеся “виправити” проблеми у стосунках між лікарем і пацієнтом... метою роботи в групі рівних є “практична мудрість”, а не знання з підручника» (Wilson, 2015, pp. 85–86). Наукових

публікацій, які б стосувалися впровадження чи функціонування груп рівних у країнах Східної Європи, ми не знайшли.

Дослідницький фокус на групи рівних і на медичну освіту з акцентом на безперервному професійному розвитку є доволі рідкісним для України.

Метою дослідження є описати контекст і результати запровадження й функціонування перших груп рівних в Україні. З огляду на поставлену мету дослідницькими питаннями є: а) яким був контекст створення перших груп рівних у первинній ланці медичної допомоги в Україні; б) які перешкоди й сприятливі чинники були в процесі запровадження груп рівних у закладах первинної медичної допомоги (далі – ПМД); в) що змінюється в практиках безперервного професійного розвитку надавачів ПМД завдяки запровадженню самокерованих форматів і як це впливає на надання медичної допомоги.

У статті застосовано метод кейс-стаді як стратегію дослідження, оскільки ми розглядаємо групи рівних саме як «випадок» (Яковлев, 2011), що є емпіричною одиницею, що достеменно існують у соціальному світі, а також існували до початку проведення дослідження і присутні в попередніх дослідженнях як одиниці дослідження (наприклад, Grol, 1990; Lillis, 2011). Кейс-стаді було зреалізовано в період осені 2020 р. – січня 2022 р.

Для пошуку відповіді на дослідницькі питання було використано такі підходи й методи збору даних:

- Фасилітатори новостворених груп рівних представили наживо свої історії щодо впровадження і проведення зустрічей груп рівних (під час Конгресу фасилітаторів груп рівних, який відбувся в жовтні 2021 р. в м. Львові). Більшість презентацій (23 презентації від 25 фасилітаторів) мали формат постерних презентацій (формат А0) за заданою організаторами структурою, але також відбувалося і неформальне спілкування під час перерв: фасилітатори охоче ділилися своїм досвідом, складнощами й досягненнями на додачу до формальної презентації.

- Ми також зібрали й проаналізували публікації фасилітаторів у соціальних мережах (переважно це Facebook, фасилітатори вкрай рідко мають досвід ведення своїх сторінок у Instagram, Twitter). Публікації (дописи) висвітлювали їхній досвід, враження. У середньому на одного фасилітатора припадало 2–4 дописи, що містили як запрошення до участі в групах рівних, так і звітування (опис досвіду і вражень) щодо проведеної зустрічі групи. Всього ми зібрали 91 допис від 38 фасилітаторів, які мали відповідні налаштування (дописи і сторінки відкриті

для нашого перегляду) і чий досвід був висвітлений на Конгресі груп рівних.

- Провели напівструктуровані (групові) інтерв'ю під час 12 супервізійних і організаційних зустрічей щодо впровадження й розвитку груп рівних (до участі в супервізійних зустрічах, обговореннях долучилися всього 60 осіб). Усім фасилітаторам, які проводили групи рівних, україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» (далі – Проєкт) запропонував супервізійну підтримку, і тих, хто зголосився до участі й відвідував такі сесії, було опитано. Для напівструктурованих інтерв'ю було розроблено гайд, який складався з чотирьох розділів: а) досвід проведення груп рівних (кількість зустрічей, період проведення); б) організаційні особливості груп рівних, які практикує фасилітатор (адже кожен заклад має різну кількість фахівців, іноді фасилітатори залучали учасників груп рівних ззовні, а також не завжди є умови (як-от навчальна аудиторія) для організації навчання в закладі); в) складнощі в організації і проведенні груп рівних (учасники, їхня участь, підготовка, мотивація, тематичне наповнення, прогалини у фасилітаційних навичках); г) переваги груп рівних (щодо власного професійного й особистісного розвитку, надання медичної допомоги та якості, атмосфери в колективі, стосунків із колегами). Тривалість інтерв'ю коливалася від 40 хвилин до 1 години 35 хвилин. Більшість фасилітаторів є жінками, що репрезентує адекватно медичних сестер і лікарів ПМД, серед яких майже 70 % фахівців жіночої статі (Global Gender Gap Report, 2022). Тож до вибірки дослідження потрапили фасилітатори й фасилітаторки, які після навчання сформували свої групи рівних, проводили зустрічі й добровільно погоджувалися долучитися до заходів, організованих для підтримки фахівців, які розвивають групи рівних в Україні, і готові були ділитися власним досвідом.

- Також проведено експертне інтерв'ю з лікарем, професором медицини, членом Швейцарської академії медичних наук Ренато Галеацці, який був залучений до розвитку груп рівних в Україні. Гайд інтерв'ю з експертом складався з трьох частин: а) рефлексії щодо досвіду запровадження груп рівних в Україні (особливе, вражаюче, типове); б) порівняння практичного досвіду запровадження та участі в групах рівних в Україні з Таджикистаном і Швейцарією; в) філософія груп рівних (якість медичної допомоги, розвиток компетенцій надавачів медичної допомоги, посилення довіри і підтримки всередині закладу, політики, важливі для сталості груп рівних). Інтерв'ю тривало 1 годину 5 хвилин.

• Окрім того, матеріал збирали й аналізували, описали в цій статті безпосередньо ті координаторки, які опікувалися впровадженням груп рівних в Україні, тож на додачу неструктуроване включене спостереження є одним із методів збору даних. Власне, координаторки Проекту були залучені в розроблення підходу, комунікацію щодо ініціативи з потенційними учасниками, тренерами, у відбір фасилітаторів на основі мотиваційних листів, подальшу координацію та підтримку груп рівних (як-от збір потреб груп рівних – нотатники, банери, ручки, фліпчарти тощо). Такі аспекти (фінансові, програмні) фіксувалися в офіційних документах Проекту, а додатково – в нотатках нарад, у листуванні, у звітах донору та в матриці індикаторів. Іноді це були також рефлексії і критичне осмислення досвіду координаторів, залучених у реалізацію напряду «групи рівних».

Більшість даних, зібраних у межах цього дослідження, було презентовано публічно або взято з відкритих дописів (Facebook) фасилітаторів та учасників груп рівних. Дослідники отримали погодження на використання цитат, опису досвіду фахівців для потреб розвитку груп рівних в Україні. Дозвіл на оприлюднення результатів експертного інтерв'ю також отримано.

Застосування саме таких методів збору даних (здебільшого напівструктурованих інтерв'ю) дало змогу отримати інформацію від фасилітаторів за тими параметрами, які були важливі дослідникам. Також респонденти могли додати ті аспекти, які цінні їм, але лишалися поза увагою дослідників, оскільки іноді групи рівних відігравали неочікувану роль у житті фасилітаторів. Окрім напівструктурованих інтерв'ю, як це описано вище, було додано інші методи збору даних, оскільки вони доповнювали сказане фасилітаторами цифрами, деталями, які залишалися поза увагою під час обговорення загального досвіду. Власне, тріангуляцію застосовано саме в методах збору даних задля отримання суб'єктивного досвіду фасилітаторів, їхніх рефлексій, але з урахуванням також кількісних показників: кількість учасників у групі, тривалість ведення групи, розглянуті теми тощо.

Загалом у цій статті проаналізовано 40 прикладів запровадження груп рівних для медичних фахівців практично з усіх областей України в приватних (9) і комунальних (25) закладах охорони здоров'я, а також практиках ФОП (6) для лікарів і лікарок, медичних сестер і медичних братів первинної і спеціалізованої медичної допомоги. Ми не очікували побачити відмінності між надавачами допомоги різної форми

власності (приватними, ФОП і комунальними закладами), оскільки принципи фінансування та управління закладом (нормативне поле) ідентичні. Завданням дослідження було зафіксувати досвід перших груп рівних незалежно від форми власності закладу, в якому діє група рівних.

Більшість груп рівних (36) функціонує в містах з огляду на географічну доступність інших фахівців-практиків: у сільській місцевості доволі складно знайти 8–12 сімейних лікарів чи медичних сестер, які мають можливість приходити на зустрічі групи рівних.

Зібрані дані (вибрані цитати з постерів, інтерв'ю) систематизували в таблиці й осмислили дві дослідниці (з використанням індуктивного підходу до осмислення даних у якісному дослідженні), які визначили теми, розкриті нижче в статті. Програмне забезпечення для аналізу даних не використовували.

Контекст упровадження перших груп рівних в Україні

Система БПР для лікарів почала змінюватись в Україні у 2018 р., коли було прийнято Постанову Кабінету Міністрів України № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». Ця постанова заклала підґрунтя для забезпечення безперервності, а не етапності оновлення знань медичних фахівців, а також передбачила можливості вибору надавача освітніх послуг, тематики й формату навчання, який може належати до формальної, неформальної та інформальної освіти. Відтоді процес оновлення й врегулювання питань організації системи БПР триває. Завдяки змінам, які вже відбулися, медичні сестри й медичні брати мають можливість навчатися безперервно на заходах за власним вибором, визначено вимоги до реєстрації провайдерів БПР, проте низка питань ще потребує додаткового опрацювання та внесення до нормативно-правової бази.

Разом із законодавчими змінами відбувалася й трансформація освітніх підходів, які все частіше обирали медичні фахівці для власного професійного розвитку. Насамперед лікарі й лікарки, медичні сестри й медичні брати виявляють зацікавленість у практичних заходах, під час яких можна безпосередньо опанувати чи відпрацювати клінічні, комунікаційні навички. Найбільшу популярність мають заходи, які створюють для своїх колег лікарі-практики (Chernysh et al., 2023). Таку трансформацію посилює і розвиток технологій дистанційної освіти: дедалі

менше фахівців прагнуть відвідувати заходи з «начитування лекцій» від науковців, які не мають щоденної клінічної практики.

Зважаючи на процес реформування системи БПР і нові можливості, які з'являлися завдяки запропонованим змінам, україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», який в Україні впроваджує Швейцарський інститут тропічного і громадського здоров'я за фінансування Швейцарської агенції розвитку та співробітництва, розпочав у 2020 р. реалізацію ініціативи «Групи рівних для медичних фахівців», яка мала на меті запровадження нового формату безперервного професійного розвитку для лікарів і лікарок, медичних сестер і медичних братів первинної ланки медичної допомоги – груп рівних.

Групи рівних (ГР) – це невеликі групи фахівців, які мають однакові («рівні») посади й регулярно зустрічаються для критичного обговорення власної медичної практики і навчання з досвіду одне одного для поліпшення якості послуг охорони здоров'я (Beyer et al., 2003; Бієфнот та ін., 2019). Серед особливостей цього формату навчання варто підкреслити таке:

1) група рівних є проблемоорієнтованою, тобто учасники обговорюють реальні проблеми, з якими вони стикаються в щоденній практиці;

2) група рівних заохочує самостійне навчання, тобто самі учасники готують теми для представлення на групі;

3) під час зустрічей групи основну увагу приділяють практичній діяльності фахівця і застосуванню здобутих знань;

4) усі учасники ГР рівноправні, жоден учасник не має владних повноважень;

5) зустрічі групи відбуваються регулярно, за визначеною структурою, що забезпечує потребу фахівців у справді безперервному розвитку та створює зрозумілі й комфортні умови для навчання (Бієфнот та ін., 2019).

Проєкт розпочав впровадження формату груп рівних для медичних фахівців з навчання фасилітаторів – фахівців, відібраних на основі мотиваційних листів. Адаптувавши матеріали, які розробив Швейцарський інститут тропічного і громадського здоров'я в Таджикистані (Prytherch et al., 2018), Проєкт створив тренінговий курс для фасилітаторів, який через пандемію COVID-19 у 2020–2021 рр. відбувався онлайн. Провідним тренером фасилітаторів став Ренато Галеацці, лікар, професор, член Швейцарської академії медичних наук, який має багаторічний досвід створення й участі в групах рівних у Швейцарії. Серед тем, які опрацьовують учасники під час вступного тренінгового курсу: групи рівних, їхні

переваги й місце в системі БПР, ролі фасилітатора й учасників групи, групова динаміка й навички фасилітації. Після підготовки з фасилітації і вступу до діяльності груп рівних сертифіковані фахівці ініціюють створення групи рівних у закладі охорони здоров'я, у місті чи районі (іноді без прив'язки до власного закладу), організують і фасилітують зустрічі.

У 2021 р. до розвитку формату груп рівних долучився інший міжнародний проєкт – проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», який запровадив навчання фасилітаторів груп рівних також на рівні спеціалізованої медичної допомоги (в цій статті ми не представляємо і не додаємо до аналізу досвід цього проєкту).

Загалом, протягом 2020–2023 рр. у межах проєкту «Розвиток медичної освіти» було підготовлено 80 фасилітаторів груп рівних на ПМД (понад 130 фасилітаторів спільно з проєктом USAID), 62 з яких (понад 80 фасилітаторів спільно з проєктом USAID) створили групу рівних у своєму закладі чи населеному пункті, де працювали. Отже, дещо менше половини сертифікованих фасилітаторів не змогли з різних причин зібрати свою групу рівних і налагодити процес безперервного розвитку.

Запровадження і сприйняття груп рівних медичними фахівцями в Україні

Групи рівних були ініційовані Проєктом, проте фасилітатори й учасники привносили свої ідеї і наповнювали можливостями групи рівних у процесі впровадження. Загальною рамкою груп рівних є безперервна освіта лікарів, проте фахівці, що долучилися до участі в групах рівних, отримали й неочікувані результати як для самих учасників, так і для Проєкту.

Сприйняття самокерованого формату навчання в групі рівних

Для медичних фахівців – як лікарів і лікарок, так і медичних сестер і медичних братів – формат груп рівних виявився доволі незвичним і цікавим. До цього часу більшість медичних фахівців не формували власний запит на навчання, не аналізували власні знання й навички, виявляючи певні прогалини в досвіді й шукаючи можливість задовольнити цей запит. Медичні працівники були споживачами того матеріалу, який готували для них співробітники кафедр післядипломної освіти чи пропонували агенції з навчання медичних фахівців. **Для організації та проведення груп рівних потрібно було сформулювати такий запит, визначити теми, які учасники хотіли б вивчити під час зустрічі.**

«Взагалі, це не є чимось новим для нас. Ми й раніше так збирались. Але раніше це були на читки лекцій, які повторювались з року в рік. Пам'ятаю таку на читку на тему "Лептоспіроз". Скільки разів у своїй практиці я підозрював цей діагноз? Нуль. А от поговорити про те, що дійсно важливе конкретно для нашої практики, – то це вперше. Подобається, що ми самі можемо формувати теми» (Респондент 2, учасник групи рівних).

На першому етапі створення груп рівних саме фасилітатори стали рушійною силою визначення тем, які розглядали під час зустрічей груп рівних. Восени 2020 р. ключовою темою для обговорення на більшості зустрічей став COVID-19. Зважаючи на темпи поширення пандемії, а також брак освітніх заходів, які б проводилися наживо через карантинні обмеження, групи рівних були майже унікальною можливістю для лікарів зустрічатися, спільно розв'язувати складні клінічні кейси й переглядати підходи до лікування.

Згодом фахівці висловлювали більше власних побажань щодо тем і питань до розгляду, оскільки зрозуміли цінність і доречність такого підходу для власного розвитку.

«Наша група рівних функціонує з липня 2021-го. Дуже допомагає в роботі звичайного лікаря-практика. На заняттях ми згадали корисні розділи майже кожної спеціальності та разом ознайомлюємося з новою інформацією щодо професійної освіти. Приємно, що керівництво разом з нами» (Респондентка 3, учасниця групи рівних).

Медичні фахівці знаходили теми для обговорення безпосередньо в практиці, у щоденному спілкуванні з пацієнтами. Також під час зустрічей груп рівних розглядали й оновлені протоколи лікування, постанови МОЗ. Фахівці ділилися знаннями, здобутими під час тренінгів, які відвідували поза групами рівних. Тож формат груп рівних дав змогу поєднати як оновлення знань, так і їх безпосереднє застосування до практичних прикладів із життя.

«БПР у форматі груп рівних – можливість поспілкуватись і поділитися досвідом, отримати нову інформацію через уми колег, їхній власний досвід, помилки. Це не суха інформація, це життя, практика» (Респондентка 4, учасниця групи рівних).

Новою особливістю для українських фахівців у форматі груп рівних стала також його **неформальність, можливість вчитися одне в одного**, а не в зовнішнього експерта чи викладача. Багато учасників груп рівних, навіть відвідуючи групи, спершу уникали долучення до обговорення, що призводило до перетворення зустрічей на ті самі лекційні заняття. Після завершення основної частини медичні фахівці хотіли якнайшвидше піти, не долучалися до неформального спілкування, відмовлялися від чаю чи кави, що передбачено цим форматом навчання. Проте згодом ставлення учасників до формату змінилося. Відчувши **безпечну атмосферу обговорення, фахівці стали ділитися ідеями, сумнівами**, тепер вони не поспішають піти із заходу, а спілкуються з колегами, що не лише сприяє комфортному навчанню, а й посилює довіру та взаємодію в командах закладів ПМД.

«Я вважаю, що такі зустрічі потрібні. Бо можна у неформальній атмосфері обговорити проблемні питання та шляхи їх розв'язання» (Респондентка 7, учасниця групи рівних).

«Спілкуватись у групі рівних – це пізнавати щось нове, необхідне в щоденній професійній діяльності (у цілковито незвичайній атмосфері доброзичливості і відсутності офіціозу)» (Респондентка 8, учасниця групи рівних).

«Лише через майже рік після початку наших зустрічей учасники почали активно долучатися до обговорення, почуватися вільно під час зустрічі. На початку цієї ініціативи відчувалося, що вони ніби все одно приходять на "нараду" чи послухати когось, "хто розповість щось розумне". Але зауважу, що й мені знадобився час, щоб віддавати більше повноважень самій групі, не тягнути на себе всі завдання, а надавати можливість учасникам виконувати ті ролі, які передбачає формат груп рівних (доповідач, учасник обговорення. – Т. Ч., О. К.)» (Респондентка 1, фасилітаторка групи рівних).

Довіра і культура горизонтального навчання на рівні закладу

Оскільки формат групи рівних передбачає регулярні зустрічі на рівні закладу – наприклад, один раз на два тижні або раз на місяць, то такий підхід **поступово створює культуру навчання** не лише на рівні кожного індивідуального фахівця, а й у лікарні, закладі охорони здоров'я.

«Такий підхід має формуватися у студентів медичних ЗВО ще на додипломному й післядипломному рівнях освіти, коли вони мають навчатися вчитися, визначати цілі свого навчання, шляхи їх досягнення й оцінювання результатів. У Швейцарії групи рівних належать до тієї частини БПР, яка не акредитується. Тобто ми маємо 30 балів на рік, які фахівець може набрати, навчаючись самостійно або з колегами на заходах, які не потребують акредитації. Але ми маємо культуру самостійного навчання, яка формується ще зі школи, а потім в університеті та дуже потужно на рівні інтернатури. Інтерни читають дуже багато наукових статей самостійно, і це стає рутинною практикою. Ні в кого немає підстав сумніватися, що це відбувається, бо це за роки навчання стає невідокремним компонентом медичної практики» (Ренато Галеацці, експерт).

Проте сучасні підходи до викладання на медичних освітніх програмах в Україні не формують у більшості фахівців проактивної позиції щодо визначення власної траєкторії безперервного професійного розвитку. Тож на рівні БПР багато фахівців спрямовують свої зусилля на виконання вимог для проходження чергової атестації: набирають бали БПР на доступних заходах, не ставлячи перед собою запитання щодо необхідності опанування тієї чи іншої теми. Групи рівних передбачають відповідальність фахівців не лише за визначення теми, а й за підготовлення і представлення під час зустрічей кейсів, обраних тематик. Це все **формує культуру самостійного й регулярного навчання**, а також навчання спільно з колегами.

«Кожна нова зустріч – це маленький крок до формування команди лікарів, які не бояться висловлювати думки та втілювати професійні мрії» (Респондент 5, фасилітатор групи рівних).

Можливість навчатися спільно з колегами з одного закладу є ще однією перевагою формату груп рівних. Оскільки в зустрічах групи рівних може брати участь одночасно 10–15 фахівців закладу, то всі мають доступ до інформації, знань, можуть спільно відпрацьовувати потрібні навички. Таким чином фахівці закладу досягають єдиного рівня компетентностей. Для керівника/керівниці закладу це є чинником, який серед іншого забезпечує якість медичної допомоги, оскільки всі фахівці навчаються того, що потрібно.

«Групи рівних можуть стати ядром, центром навчання й обміну досвідом фахівців у закладі. Хтось іде на конгрес, хтось відвідує тренінг, хтось прочитав важливу статтю чи дослідження, а потім фахівці привозять ці знання у свою групу, діляться, обговорюють. Це значно збільшує можливості для навчання фахівців» (Ренато Галеацці, експерт).

У межах групової взаємодії фахівці також **вибудовують довіру, підтримують одне одного в навчанні**. Цей аспект є важливим елементом для обговорення ситуацій, у яких фахівець/фахівчиня невпевнений(-а), як діяти. Зазвичай у медичній галузі є очікування, що лікар або медична сестра знає все, проте насправді дуже часто фахівці мають питання, які хотіли б обговорити з іншими фахівцями, почути іншу думку, що стає можливим під час зустрічі групи рівних.

«Завдяки групі рівних наші фахівці стали відкритішими в комунікації, обговоренні клінічних випадків. Ми змогли вибудувати довіру, і тепер лікарі діляться своїми сумнівами, розуміючи, що не зіткнуться з негативним ставленням. Раніше це було неможливо» (Респондент 6, фасилітатор групи рівних).

Зручний формат груп рівних

Варто також зауважити, що формат груп рівних є **зручним для участі й легким у впровадженні на рівні закладу**. Відповідно до формату зустрічі групи рівних відбуваються безпосередньо в закладі один-два рази на місяць і тривають до двох годин. Учасники групи самостійно визначають зручний час для зустрічей. Для організації зустрічі потрібно мати зручне приміщення, канцелярське приладдя для забезпечення інтерактивного обговорення або технічні засоби для презентацій, бажано мати чай, каву для створення комфортної атмосфери. Більшість закладів ПМД в Україні мають або поступово набувають можливість самостійно забезпечувати ці матеріали для проведення зустрічей груп рівних. Групи рівних не передбачають витрат на переїзди, проживання, оренду залів тощо. Фахівці навчаються, не залишаючи місце своєї роботи, не переносять прийом пацієнтів тощо.

Проте важливо, щоб керівництво закладу сприяло проведенню зустрічей групи рівних, забезпечувало можливість робити це, використовуючи ресурси закладу. Це посилює мотивацію фахівців до навчання й задоволеність від роботи, а також сприяє профілактиці професійного вигорання.

Групи рівних як психологічна підтримка колективу

Групи рівних в Україні було запроваджено під час пандемії COVID-19, тоді це була майже унікальна можливість зустрітися і не лише навчатися, а й **підтримувати одне одного в умовах невизначеності й значного професійного навантаження**. Продовжили свою діяльність групи рівних і після повномасштабного російського вторгнення в Україну. У цей час уже не просто можливість зустрітися мала підтримувальний ефект, а й власне теми зустрічей стосувалися психологічної підтримки, роботи в умовах стресу та роботи з симптомами ПТСР.

*«Збираємося з колегами, одне одного вислухаємо, підтримаємо, дамо пораду, поспівчуємо, посміємося. З такою підтримкою ніби **виростають крила** та працювати хочеться!»* (Респондент 11, фасилітатор групи рівних).

«Мене надихає відкритість учасників до нового, їхня жага до знань, сміливість просити про допомогу та допомагати одне одному» (Респондент 13, фасилітатор групи рівних).

Перешкоди у створенні груп рівних

Не всі фахівці, які прагнули створити групу рівних у своєму закладі й пройшли навчання на курсі з фасилітації, змогли врешті організувати таку групу. Серед **найпоширеніших перешкод** варто згадати нерозуміння й незацікавленість у такому форматі навчання керівництва закладу, значне професійне навантаження й брак часу на додаткові активності, небажання докладати зусиль до організації і підтримки діяльності групи через відсутність додаткових зовнішніх стимулів (наприклад, оплати цієї діяльності). І якщо брак часу або зовнішніх стимулів згадано як перешкоди для фахівців у системі БПР інших країн (Yam et al., 2020; Magwenya et al., 2022), то нерозуміння чи відсутність підтримки керівництва є доволі унікальним аспектом для України.

Саме незацікавленість керівництва і брак підтримки найчастіше негативно впливають на бажання лікарів/лікарок, а особливо медичних сестер і медичних братів виявляти активність і запроваджувати групи рівних у закладі. Необхідність переконувати керівника у важливості безперервного розвитку фахівців, щоразу отримувати дозвіл на проведення зустрічі й запрошення інших учасників – відсутність підтримки й визнання внеску фасилітатора групи в розвиток закладу – знижує мотивацію й бажання фахівців долучатися до цієї діяльності.

Перспективи розвитку груп рівних у системі БПР України

Системи безперервного професійного розвитку відрізняються в різних країнах світу, вони трансформуються відповідно до змін, які відбуваються в медичній галузі, в системі медичної освіти. Серед найпоширеніших форматів у більшості країн Європи можна виокремити такі: а) відвідування лекцій, тренінгів, курсів; б) самостійне навчання; в) зустрічі й супервізії рівних; г) публікація статей тощо; ґ) викладання й підготовка публікацій (Borman, 2014). Провідною ідеєю системи БПР у багатьох системах охорони здоров'я є відповідальність фахівців за визначення траєкторії власного розвитку, а також віддання переваги самокерованим форматам навчання на відміну від жорстко структурованих заходів, організованих зовнішніми тренерами й експертами (WFME, 2015).

Групи рівних, запроваджені в Україні у 2020 р., можуть **забезпечити якісний розвиток української системи БПР**, проте потрібно поліпшувати підхід до розвитку такого формату й забезпечувати сприятливу атмосферу для цього.

«Керівництво закладу охорони здоров'я має розуміти, що саме від рівня підготовки персоналу залежить якість тієї медичної допомоги, яка надається. Тому важливо, щоб керівництво підтримувало мотивацію в колег щодо постійного вдосконалення знань, умінь, ставлень. На інституційному рівні, на рівні політик, вимоги до БПР також мають бути зрозумілими й не змінюватися кожен рік. Зважаючи на характер БПР – навчання протягом усього життя, – вимоги до нього мають бути встановленими на тривалий період часу» (Ренато Галеацці, експерт).

Міністерство охорони здоров'я України вже презентувало зміни до постанови про БПР, якими передбачено **визнання груп рівних інформальним форматом освіти**, за участь у якому нараховуватимуть бали БПР. Для належного запровадження й розвитку груп рівних потрібно розробити детальне положення, яке передбачає вимоги до організації груп рівних у закладі. Внесення груп рівних до постанови про БПР є важливим кроком для поширення інфрормації про групи рівних і посилення інтересу до цього формату з боку медичних фахівців. Водночас наступні кроки й послідовність у прийнятті рішень щодо визнання цього формату офіційним компонентом БПР і відсутність надскладних вимог щодо його запровадження

й реєстрації визначатиме подальший розвиток груп рівних в Україні.

Відповідні умови потрібно створити й на рівні закладів охорони здоров'я для запровадження груп рівних. Керівництво закладу має розуміти важливість навчання фахівців на робочому місці й особливо сприяти тим фахівцям (наприклад, фасилітаторам груп рівних), які організують заходи БПР для співробітників закладу. Серед рішень, запроваджених на рівні центрів ПМД в Україні для сприяння діяльності груп рівних у закладі, варто виокремити такі: а) передбачення часу на навчання в робочому графіку учасників груп рівних; б) доступ до тренінгового приміщення в закладі для проведення зустрічей; в) забезпечення допоміжними матеріалами для проведення зустрічей (чай, кава, друковані матеріали); г) вияв зацікавленості в роботі групи та її напрацюваннях. Такі кроки керівництва підтримуватимуть мотивацію фахівців долучатися до зустрічей, обговорювати важливі практичні питання та впроваджувати відповідні ідеї, що поліпшуватиме якість надання медичної допомоги й задоволеність фахівців своєю роботою.

Для подальшого розширення формату груп рівних, як і інших форматів навчання, які б справді забезпечували безперервний професійний розвиток медичних фахівців, **важливо формувати внутрішню мотивацію до поліпшення власної професійної діяльності фахівців**. Це має бути культурою серед медичних фахівців – прагнення до розвитку й навчання не лише для того, щоб відповідати зовнішнім вимогам, а й через відчуття внутрішньої потреби та розуміння важливості такого аспекту професії.

«У нас не завжди існувала така культура, але останніми роками вона дуже потужно присутня в різних професійних галузях, зокрема в медицині. Формування такої культури починається ще зі школи, коли учні мають вибір: крім обов'язкової частини навчання, робити щось на власний вибір або не робити нічого. Це допомагає формувати відповідальність за те, що робить дитина, а згодом і доросла людина. Так, уже на рівні університету й БПР фахівець здатен навчатися через внутрішню мотивацію, а не зовнішній примус чи вимогу» (Ренато Галеацці, експерт).

Одночасно **потрібно змінювати сприйняття та підхід до навчання** як виключно формату «наповнення фахівця фактологічними знаннями» на застосування компетентнісного підходу, який передбачає опанування знань, відпрацювання навичок і формування належного ставлення до

предмета вивчення. **Зміни мають відбутися ще на рівні додипломної медичної освіти**. Саме в цей період має формуватися ставлення майбутнього медичного фахівця до власної професійної діяльності й безперервного професійного розвитку як невіддільного елемента медичної професії. Студенти повинні «навчитися вчитися» не заради оцінок, складання тестів, а відповідно до внутрішнього прагнення забезпечувати якісну й безпечну медичну допомогу своїм пацієнтам. Саме в цей період мають бути закладені підвалини, щоб майбутні фахівці були здатні самостійно визначати мету й траєкторію власного навчання.

Сучасна медична освіта на всіх рівнях має забезпечувати підготовку фахівців до самостійного навчання в їхньому майбутньому професійному житті.

Для БПР медичних фахівців особливе значення має **критичний аналіз власної практики**, обговорення таких питань з колегами, оскільки саме з'ясування того, що було зроблено недосконалим й де можна виправити ситуацію, дає подальший імпульс для розвитку. Такий критичний розгляд власної практики, складних кейсів потребує довіри з боку колег і відсутності культури «пошуку винних», чому сприяють групи рівних. Саме таке ставлення мають формувати й підтримувати як учасники групи, так і керівництво закладу охорони здоров'я, оскільки це впливатиме на мотивацію до навчання, яке ґрунтується на потребах фахівців і безпосередньо впливатиме на поліпшення якості послуг охорони здоров'я.

«Фахівці мають постійно ставити собі запитання: “Чи правильно я це роблю? Чи це саме те, що потрібно робити в цій ситуації?”. Саме такі запитання підштовхують до навчання, пошуку інформації або обговорення ситуації з колегами для прийняття рішення» (Ренато Галеацці, експерт).

Також важливо формувати належне позитивне ставлення фахівців до запитань. Якщо медичний фахівець ставить запитання, то інші мають бачити в цьому цінність, можливість глибше розібратися в темі, а не підставу для критики й зневаги до фахівця. Формування довіри й безпечно-го простору в межах групи рівних є важливим компонентом справжнього навчання.

Для успішного розвитку груп рівних як формату БПР потрібно **створювати можливості для фасилітаторів груп рівних продовжувати навчання** й посилювати навички фасилітації та взаємодії в групі. Учасники групи також мають опановувати навички комунікації й презентації

клінічних кейсів, клінічних і неклінічних тем, які можуть обговорюватися під час зустрічей груп рівних. Дуже часто саме відсутність комунікаційних навичок, навичок взаємодії в групі, страх перед відкритими обговореннями і незрозуміння інтерактивних форматів навчання перешкоджають створенню груп рівних. Тому важливо забезпечувати належну підготовку фахівців, розширювати їхні компетентності й підтримувати мотивацію через освітні онлайн- та офлайн-заходи, супервізійні сесії та інші можливі формати.

«У Швейцарії професійні асоціації постійно проводять навчання для фасилітаторів груп рівних, підтримують їхній інтерес і мотивацію до цієї діяльності. Можна говорити навіть про те, що створюються групи рівних для фасилітаторів. І це справді важливо й потужно сприяє розвитку груп рівних у нашій країні» (Ренато Галеацці, експерт).

Значною перевагою для розвитку груп рівних в Україні є **наявність фахівців, які прагнуть змін**. На участь у тренінгах для фасилітаторів і фасилітаторок груп рівних, які регулярно проводить україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», подається дедалі більше охочих: на перший тренінг ми отримали 58 заявок, а на четвертий – уже 110. Це свідчить про готовність фахівців брати на себе відповідальність за власний розвиток, а не чекати зовнішніх рішень чи примусу до навчання.

Попередні свідчення, отримані із застосуванням якісної методології, наприклад, із Нової Зеландії (Lillis, 2011), схожі з результатами, які ми виявили в українському дослідженні: групи рівних, безумовно, мають цінність, пов'язану не лише з освітою, але й з турботою та опікою (*Pastoral care*). Цей аспект стає відчутним в обговореннях на професійну тематику в атмосфері деякої неформальності: «учасники зазначили, що навчання не завжди є основною темою зустрічей груп рівних. Надання та пошук підтримки вважалися доповненням до навчання, а іноді й концептуально відмінними від нього, але важливими як функція групової динаміки. Групи рівних дають можливість зрозуміти особисті навчальні потреби» (Lillis, 2011, р. 219). Ба більше, наголошено, що основоположні принципи груп рівних можуть сприяти змінам у поведінці лікарів.

У 1990 р. в Неймегені (Нідерланди) до експертного оцінювання групою рівних (*peer group review*) було запрошено 322 сімейних лікарів, з яких 73 % погодилися взяти участь. Спершу сімейні лікарі почувалися дещо некомфортно

через те, що ця діяльність займала час і кожного могли критикувати. Проте більшість учасників вказали на цінний досвід отримання і надання зворотного зв'язку, який однозначно дає відчуття посилення якості через компетенції і довіру (Grol, 1990).

Представлене дослідження має низку обмежень. По-перше, більшість даних про функціонування груп рівних було зібрано до лютого 2022 р. (до повномасштабного російського вторгнення в Україну), і ми не знаємо достеменно про долю більшості груп рівних і тих фасилітаторів, які перебували на прифронтових чи на окупованих територіях. Аналіз «виживаності» (внутрішнього переміщення, проведення на окупованих територіях тощо) груп рівних у складних умовах війни міг би стати предметом нового дослідження. По-друге, фасилітатори груп рівних могли презентувати соціально бажані відповіді, оскільки Проєкт і ініціював групи рівних, і навчав фасилітаторів, і збирав інформацію про сприятливі чинники та перешкоди у впровадженні груп рівних. До того ж дослідники і працівники Проєкту вибудовували безпечний простір, у якому принципи конфіденційності (тих даних, які самі ж респонденти і фасилітатори не озвучили на подіях чи в соціальних медіа) було дотримано, що давало можливість респондентам бути більш щирими. Деякі опитані повідомляли нам доволі сензитивну інформацію про негаразди в стосунках із керівництвом і просили про додаткову підтримку їхніх ініціатив у тих середовищах, де розвиток лікарів не є пріоритетом закладу.

Висновки

Групи рівних є одним із форматів безперервного професійного розвитку, невідокремним елементом систем БПР у багатьох країнах світу. З 2020 р. групи рівних як формат БПР функціонують і в Україні в ланках ПМД та спеціалізованої медичної допомоги.

Ініціатором запровадження груп рівних в Україні став міжнародний проєкт технічної допомоги, який оголосив набір медичних фахівців для навчання фасилітації з подальшим упровадженням груп рівних у тих закладах, місцевостях, де працюють відібрані фахівці. У результаті більше половини фасилітаторів, які пройшли навчання, запровадили групи рівних, а решта не досягла в цьому результатів.

Насамперед успіху в розвитку нових форматів навчання досягають «агенти змін», **лідери, які відчують необхідність і мотивацію** змінювати застарілі підходи до розвитку й навчання,

що не відповідають сучасним запитам і потребам медичних фахівців. Набувши досвіду, вони просувають ідеї в спільноті фахівців, що заохочує інших долучатися до створення та фасилітації груп рівних. Водночас медичні фахівці на додипломному й післядипломному рівнях освіти не здобувають належних навичок і знань щодо комунікації, самостійного навчання та навчання в малих групах, взаємодії в команді, які б створювали достатні передумови для швидкого впровадження й розвитку груп рівних в Україні. Саме тому на початковому етапі запровадження груп рівних фасилітатори й фасилітаторки відчують складнощі щодо застосування інтерактивних методів навчання, розгляду саме клінічних кейсів і критичного аналізу власної клінічної практики. Недовіра й брак підтримки в командах фахівців не сприяють комфортному навчанню та рефлексії. Тож, зрештою, в Україні потрібно трансформувати підходи до навчання медичних фахівців як на додипломному, так і післядипломному рівнях навчання, зважаючи на практики компетентнісного підходу й важливості розвитку не лише виключно клінічних, а й позаклінічних навичок, з особливим акцентом на відповідальності фахівця за свій професійний розвиток.

Чинниками, які сприяють розвитку груп рівних в Україні, є, зокрема, зацікавленість фасилітаторів і їхня мотивація до розвитку груп, наявність фахівців, які прагнуть обирати практичніші й доступніші (фінансово, географічно тощо) формати навчання, спільне навчання й підтримка фахівців у команді, яка є характерною ознакою груп рівних. Також важливим аспектом є готовність Міністерства охорони здоров'я України визначити групи рівних форматом БПР, за участь у якому нараховуватимуть бали БПР.

Серед **перешкод**, які називають фасилітатори, – брак підтримки керівництва, неналежні умови для проведення зустрічей групи рівних у закладі, власна невмотивованість і невмотивованість учасників до навчання, особливо без балів БПР, брак часу та інших зовнішніх стимулів, інші професійні та особисті пріоритети.

Загалом, групи рівних не замінюють інші формати навчання, проте посилюють взаємодію фахівців у закладі для спільного навчання, що забезпечує безперервне поліпшення якості послуг охорони здоров'я. Формат груп рівних може бути запроваджено як у комунальному

закладі охорони здоров'я, так і приватному чи в практиці ФОП.

Перевагами груп рівних як формату навчання згідно з міжнародною та українською практикою є такі: а) можливість вивчати найактуальніші теми, які відповідають потребам практики й вимогам часу, розглядаючи конкретні клінічні випадки; б) можливість навчатися разом з колегами, що допомагає формувати довіру в команді, а також поступово розвивати спільний рівень компетентностей фахівців закладу; в) відкрита й неформальна атмосфера навчання, використання інтерактивних методів опанування знань і навичок, що сприяє позитивному ставленню до БПР; г) зручний час і місце проведення зустрічей спрощують доступ до навчання, а регулярність відповідає потребам медичних фахівців розвиватися й навчатися протягом усього життя; г) формування в організації, безпосередньо на робочому місці фахівця, культури навчання та взаємопідтримки, розвиток самокерованих ініціатив для розвитку закладу. Такі переваги забезпечують відповідність цього формату засадничим принципам якісного безперервного професійного розвитку для медичних фахівців та урізноманітнюють можливості для навчання.

Завдяки фасилітації та участі в групах рівних **фахівці уважніше ставляться до своєї практики**, аналізують прогалини у власних знаннях і навичках, формують запит на подальше навчання. Відчуюючи підтримку інших, лікарі й лікарки, медичні сестри й медичні брати пропонують ідеї для поліпшення медичної допомоги в закладі, співпраці між різними ланками й закладами в регіоні. Участь фахівців у формуванні груп рівних не лише поліпшує клінічні, комунікаційні, лідерські компетентності, а й посилює горизонтальні взаємодії для обміну досвідом, вирішення інших важливих питань ПМД. Така взаємодія стає підґрунтям для формування спільноти фахівців ПМД, які готові активно розвивати галузь.

Процес трансформації системи БПР для медичних фахівців в Україні є важливим компонентом забезпечення якості й безпеки послуг охорони здоров'я. Відповідність форматів і змісту БПР потребам фахівців не лише сприяє якості послуг охорони здоров'я, а й посилює задоволення фахівців від їхньої щоденної роботи.

Список використаної літератури

Бієфнот, С., Хамідова, М., Рахматова, Н., ван Твіллерт, Е., Галєацці, Р. (2019). *Керівництво для фасилітаторів груп рівних*. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти».

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» № 302 (2018,

- 28 березня). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» № 725 (2021, 14 липня). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#n8>
- Яковлев, М. В. (2011). Застосування кейс-стаді як методу політичних досліджень: спроба типологізації. *Наукові записки НаУКМА. Політичні науки*, 121, 13–16. <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/3603>
- Beyer, M., Gerlach, F. M., Flies, U., Grol, R., Król, Z., Munck, A., Olesen, F., O'Riordan, M., Seuntjens, L., & Szecsenyi, J. (2003). The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*, 20, 443–451. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm420>
- Borman, E. (2014). *CME/CPD in Europe and trends for the future*. European Accreditation Council for Continuing Medical Education. European Respiratory Congress, Munich, 8 September. <https://ebap.org/images/files/CPD-in-Europe-Borman.pdf>
- Chernysh, T., Opitz, L., Riabtseva, N., Raab, M., & Pavlova, M. (2023). Experience with the implementation of continuous medical education among mother-and-child health care providers in Ukraine: A case study based on two international collaboration initiatives. *Healthcare*, 11, 1964. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131964>
- CPME. (n. d.). Continuing Professional Development for Doctors. Improving Healthcare. <https://www.cpme.eu/continuing-professional-development-for-doctors-improving-healthcare/>
- General Medical Council. (2012). Continuing professional development. Guidance for all doctors. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/cpd-guidance-for-all-doctors-0316_pdf-56438625.pdf
- Global Gender Gap Report 2022. (July 2022). World Economic Forum. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf
- Grol, R. (1990). Peer review in primary care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2(2), 119–126. <https://doi.org/10.1093/intqhc/2.2.119>
- Jenkins, T. M., Underman, K., Vinson, A. H., Olsen, L. D., & Hirshfield, L. E. (2021). The resurgence of medical education in sociology: A return to our roots and an agenda for the future. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 255–270. <https://doi.org/10.1177/0022146521996275>
- Lewington, K. (2012). Changes to medical education over the past 20 years. *BMJ* 2012;344:e3504. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3504>
- Lillis, S. (2011). The educational value of peer groups from a general practitioner perspective. *Journal of Primary Health Care*, 3(3), 218–221. <https://doi.org/10.1071/HC11218>
- Magwenya, R. H., Ross, A. J., & Ngatiane, L. S. (2022). Continuing professional development in the last decade – A scoping review. *Journal of Adult and Continuing Education*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/14779714221147297>
- Main, P. A. E., & Anderson, S. (2023). Evidence for continuing professional development standards for regulated health practitioners in Australia: a systematic review. *Human Resources for Health*, 21, 23 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00803-x>
- Medical Board of Australia. (n. d.). Professional Development Plans and Types of CPD. <https://www.medicalboard.gov.au/Professional-Performance-Framework/CPD/Professional-Development-Plans.aspx>
- Murgatroyd, G. B. (2011). Continuing professional development. The international perspective. General Medical Council. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/cpd---the-international-perspective-jul-11_pdf-44810902.pdf
- Prytherch, H., Galeazzi, R. L., Djamalova, M., Rakhmatova, N., Kasymova, Z., Ross, G., & Wyss, K. (2018). Improving the quality of primary health care through the reform of medical education in Tajikistan. *Public Health Panorama*, 4(04), 599–605.
- Samuel, A., Cervero, R. M., Durning, S. J., & Maggio, L. A. (June 2021). Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals' Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. *Academic Medicine*, 96(6), 913–923. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003899>
- The College of Family Physicians of Canada. (n. d.). Mainpro+ Policies. <https://www.cfpc.ca/en/education-professional-development/mainpro/mainpro-policies>
- WFME. (2015). Continuing professional development of medical doctors. WFME global standards for quality improvement. <https://wfme.org/download/wfme-global-standards-cpd-english/>
- Wilson, H. (2015). Challenges in the doctor–patient relationship: 12 tips for more effective peer group discussion. *Journal of Primary Health Care*, 7(3), 260–263. <https://doi.org/10.1071/HC15260>
- Yam, C. H. K., Griffiths, S. M., & Yeoh, E.-K. (2020). What helps and hinders doctors in engaging in continuous professional development? *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237632>

References

- Beyer, M., Gerlach, F. M., Flies, U., Grol, R., Król, Z., Munck, A., Olesen, F., O'Riordan, M., Seuntjens, L., & Szecsenyi, J. (2003). The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*, 20, 443–451. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm420>
- Biefnot, S., Hamidova, M., Rakhmatova, N., van Tvillert, E., & Galeazzi, R. (2019). *Kerivnystvo dlia fasylitatoriv hrup rivnykh [Peer support group facilitator guide]*. Ukrainian-Swiss Project “Medical Education Development” [in Ukrainian].
- Borman, E. (2014). *CME/CPD in Europe and trends for the future*. European Accreditation Council for Continuing Medical Education. European Respiratory Congress, Munich, 8 September. <https://ebap.org/images/files/CPD-in-Europe-Borman.pdf>
- Chernysh, T., Opitz, L., Riabtseva, N., Raab, M., & Pavlova, M. (2023). Experience with the implementation of continuous medical education among mother-and-child health care providers in Ukraine: A case study based on two international collaboration initiatives. *Healthcare*, 11, 1964. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131964>
- CPME. (n. d.). Continuing Professional Development for Doctors. Improving Healthcare. <https://www.cpme.eu/continuing-professional-development-for-doctors-improving-healthcare/>
- General Medical Council. (2012). Continuing professional development. Guidance for all doctors. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/cpd-guidance-for-all-doctors-0316_pdf-56438625.pdf
- Global Gender Gap Report 2022. (July 2022). World Economic Forum. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf
- Grol, R. (1990). Peer review in primary care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2(2), 119–126. <https://doi.org/10.1093/intqhc/2.2.119>
- Jenkins, T. M., Underman, K., Vinson, A. H., Olsen, L. D., & Hirshfield, L. E. (2021). The resurgence of medical education in sociology: A return to our roots and an agenda for the future. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 255–270. <https://doi.org/10.1177/0022146521996275>
- Lewington, K. (2012). Changes to medical education over the past 20 years. *BMJ* 2012;344:e3504. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3504>
- Lillis, S. (2011). The educational value of peer groups from a general practitioner perspective. *Journal of Primary Health Care*, 3(3), 218–221. <https://doi.org/10.1071/HC11218>
- Magwenya, R. H., Ross, A. J., & Ngatiane, L. S. (2022). Continuing professional development in the last decade – A scoping review. *Journal of Adult and Continuing Education*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/14779714221147297>

- Main, P. A. E., & Anderson, S. (2023). Evidence for continuing professional development standards for regulated health practitioners in Australia: a systematic review. *Human Resources for Health*, 21, 23 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00803-x>
- Medical Board of Australia. (n. d.). Professional Development Plans and Types of CPD. <https://www.medicalboard.gov.au/Professional-Performance-Framework/CPD/Professional-Development-Plans.aspx>
- Murgatroyd, G. B. (2011). Continuing professional development. The international perspective. General Medical Council. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/cpd---the-international-perspective-jul-11_pdf-44810902.pdf
- Prytherch, H., Galeazzi, R. L., Djamalova, M., Rakhmatova, N., Kasymova, Z., Ross, G., & Wyss, K. (2018). Improving the quality of primary health care through the reform of medical education in Tajikistan. *Public Health Panorama*, 4(04), 599–605.
- Resolution of Cabinet of Ministers of Ukraine on approval of the Regulation on the system of continuous professional development of healthcare professionals No. 302 (2018, March 28). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-p> [in Ukrainian].
- Resolution of Cabinet of Ministers of Ukraine on approval of the Regulation on the system of continuous professional development of medical and pharmaceutical workers No. 725 (2021, July 14). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#n8> [in Ukrainian].
- Samuel, A., Cervero, R. M., Durning, S. J., & Maggio, L. A. (June 2021). Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals' Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. *Academic Medicine*, 96(6), 913–923. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003899>
- The College of Family Physicians of Canada. (n. d.). Mainpro+ Policies. <https://www.cfpc.ca/en/education-professional-development/mainpro/mainpro-policies>
- WFME. (2015). Continuing professional development of medical doctors. WFME global standards for quality improvement. <https://wfme.org/download/wfme-global-standards-cpd-english/>
- Wilson, H. (2015). Challenges in the doctor–patient relationship: 12 tips for more effective peer group discussion. *Journal of Primary Health Care*, 7(3), 260–263. <https://doi.org/10.1071/HC15260>
- Yakovlyev, M. (2011). Using case-study as a political science research methods: an attempt at typology. *Naukovi zapysky NaUKMA. Politychni nauky [NaUKMA Scientific Papers. Political Sciences]*, 121, 13–16. <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/3603> [in Ukrainian].
- Yam, C. H. K., Griffiths, S. M., & Yeoh, E.-K. (2020). What helps and hinders doctors in engaging in continuous professional development? *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237632>

Tetiana Chernysh, Olga Korolenko

PEER GROUPS FOR MEDICAL PROFESSIONALS IN UKRAINE: EXPERIENCE OF IMPLEMENTING AN INNOVATIVE FORMAT OF CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT

The training of medical professionals does not end with graduation – continuing professional development (CPD) should be integrated in the professional life of each medical professional. Peer groups, an innovative format of CPD, were launched in the Netherlands in 1979. Subsequently, in 1980-1990, this format spread to other European countries and became an important method of quality improvement in primary health care. Research on peer groups is rare, and especially for Eastern Europe. The purpose of this study, which is unique for the region and Ukraine, is to describe the context and results of implementation and functioning of the first peer groups in Ukraine among doctors, nurses, and primary care managers. The methodology of the study is a case study, which was implemented through (a) data analysis – a description of the experience that was independently prepared by the facilitators of the newly created peer groups, reflected in text and graphic information on posters, and voiced their stories orally during the Congress of Peer Group Facilitators (October 2021), (b) analysis of facilitators' publications on social media that highlight their experience, (c) analysis of semi-structured interviews during supervision and organizational meetings on the implementation and development of peer groups, (d) analysis of an expert interview with a Swiss medical doctor who was also involved in the development of peer groups in Ukraine. The results of the study are as follows: more than half of the trained facilitators have created their own peer groups; such groups have been functioning for several years despite COVID-19 and Russia's full-scale invasion of the sovereign territory of Ukraine. Facilitators and participants of peer groups emphasize not only the educational contribution of peer groups to their profession, but also the social and psychological one. Barriers to the creation and sustainability of peer groups include lack of management support, lack of time, motivation and formal incentives (CPD points). Peer groups as one of the approaches to continuous professional development are gradually creating a culture of learning in healthcare facilities, bringing more trust in the interaction of professionals with each other and improving the quality of care provided.

Keywords: peer groups, healthcare professionals, continuous professional development, medical education, Ukraine.

