Pliuvak, O. & Petrashyk, Y. (2026). Time management in cross-functional medical projects: Business communications as a factor of effective interaction in multidisciplinary teams. Management and Entrepreneurship: Trends of Development, 3(37), 383-397. https://doi.org/10.26661/2522-1566/2026-3/37-27

МЕНЕДЖМЕНТ

ОТРИМАНО:
26 Серпня 2026
ПРИЙНЯТО:
28 Вересня 2026
ВИПУСК:
20 Жовтня 2026

CC BY 4.0

УДК 614.2:005.962.13

DOI 210.26661/2522-1566/2026-3/37-27

ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ У КРОС-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ПРОЄКТАХ: ДІЛОВІ КОМУНІКАЦІЇ ЯК ФАКТОР ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНД

Плювак О. Р.*
завідувач реабілітаційного відділення, лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-невролог
Комунальне некомерційне підприємство «Теребовлянська міська лікарня» Теребовлянської міської ради
м. Теребовля, Україна
ORCID 0009-0006-7653-2945

Петрашик Ю. М.
кандидат філологічних наук, доцент
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України
м. Тернопіль, Україна
ORCID 0000-0003-1286-110X

* *Email автора для листування: killich29@gmail.com*

Анотація. Реабілітаційні відділення в Україні працюють через мультидисциплінарні команди, і в нашому відділенні команді насамперед бракувало часу. Значна його частина йшла на координацію. Мета статті – з'ясувати, як структуровані ділові комунікації змінюють використання робочого часу реабілітаційної команди. Досліджено комунікаційні процеси команди 20-ліжкового модульного реабілітаційного відділення міської лікарні (лікар, фізичні терапевти, ерготерапевт, терапевт мови та мовлення, психолог, медсестри). Дизайн одноцентровий, «до і після», без контрольної групи. Використано фотографію робочого дня, хронометраж шести комунікаційних та адміністративних процесів у розрахунку на пацієнта за 14-денний цикл, картування потоку створення цінності та анонімне опитування персоналу. На початку лікар витрачав 60 % робочого часу на документацію й усні узгодження, а між госпіталізацією і стартом повноцінної терапії пацієнт близько 90 % часу чекав. Після цього запроваджено брифінги стоячи до 15 хв, матрицю RACI з одним відповідальним на кожен процес і єдине інформаційне середовище, куди клінічні шкали вносять один раз. Комунікаційно-адміністративні витрати часу зменшилися з 200 до 110 хв на пацієнта (на 45 %). Перехресні усні консультації скоротилися з 30 до 10 хв, частка виконаних планових сесій зросла з 82 % до 96 %, технічних помилок у документації стало 2 на місяць замість 12. Команда невелика і контрольного відділення не було, тому ці цифри вказують на зв'язок, але причинного ефекту не доводять. Для управлінських досліджень стаття пропонує розглядати реабілітаційний цикл пацієнта як проєкт з обмеженим строком і рахувати час координації на одного пацієнта. На практиці модель недорога, і інші відділення можуть її повторити разом із процедурою вимірювання.

Ключові слова: тайм-менеджмент, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, ділові комунікації, брифінг стоячи, матриця RACI, крос-функціональний проєкт, управління охороною здоров'я.

JEL класифікація: D23, I11, M12, M54.

eISSN 2522-1566
ISSUE 3 (37), 2026

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Після ухвалення Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» реабілітацію в нас почали організовувати інакше. Закон увів поняття мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) та індивідуального реабілітаційного плану (ІРП) [4], а порядок надання такої допомоги визначила постанова Кабінету Міністрів України № 1268 [2]. Кошти заклад тепер отримує від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за пакетами медичних гарантій, тож завідувачу відділення доводиться рахувати, скільки пацієнтів пройшло через ліжка і скільки зусиль команди на це пішло. Потреба в реабілітації велика: за оцінкою ВООЗ, у світі приблизно 2,4 млрд людей мають стани, за яких реабілітація була б корисною [18].

У стаціонарі команду становлять лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичний терапевт (ФТ), ерготерапевт (ЕТ), терапевт мови та мовлення (ТММ), психолог і медичні сестри з реабілітації. Кожен має свою ділянку і свої шкали. Результат для пацієнта при цьому один: чи зможе він після виписки встати з ліжка, поїсти, поговорити з рідними. З погляду менеджменту ведення кожного пацієнта є невеликим крос-функціональним проєктом, де є мета, строк і команда з людей різних професій.

Першим у такому проєкті закінчується час. Коли наше відділення тільки відкрилося, стало видно, куди він іде: на узгодження, на переписування тих самих даних у різні документи, на пошук потрібного запису, на ранкові наради, що розтягувалися майже до години. ІРП складали із запізненням, ліжка оберталися повільніше, ніж могли б, а наприкінці зміни персонал був виснажений саме організаційною метушнею. Тому тайм-менеджмент у МДРК ми розглядаємо як управлінське завдання, від якого залежить, скільки часу залишиться власне на пацієнта. В українських фахових виданнях про це пишуть мало.

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Про командну роботу в медицині написано багато. Огляд Rosen et al. [13] зводить результати численних досліджень до висновку, що від того, як члени команди спілкуються, залежать безпека пацієнта і якість допомоги. Agarwal et al. [6] спробували порахувати ціну питання. За їхньою оцінкою, лікарні США через неефективні комунікації між медиками втрачають понад 12 млрд доларів щороку, переважно на змарнованому часі лікарів і медсестер та на зайвих днях госпіталізації.

Куди саме йде час лікаря, найкраще видно з хронометражних робіт. Sinsky et al. [15] спостерігали за лікарями амбулаторної ланки: у безпосередньому контакті з пацієнтом минало 27 % їхнього робочого часу, тоді як електронна документація і канцелярська робота забирали 49 %. Для нашої теми важливе й дослідження Westbrook et al. [16] про переривання. Кожне переривання медсестри під час видачі ліків збільшувало частоту процедурних помилок приблизно на 12 %.

Короткі наради команди (в англомовній літературі huddles) вивчені вже настільки, що з'явилися огляди. Franklin et al. [9] систематизували дані про зв'язок таких нарад із безпекою пацієнтів у стаціонарах і запропонували їхню класифікацію. У скоупінг-огляді Pimentel et al. [12] зроблено висновок, що брифінги поліпшують комунікацію, взаємодію в команді та задоволеність персоналу, хоча докази у включених роботах різної якості.

Частина управлінських інструментів прийшла в медицину з промисловості. Zepeda-Lugo et al. [19] у систематичному огляді оцінили, що дає Lean стаціонарній допомозі, а Marin-Garcia et al. [11] зібрали досвід картування потоку створення цінності (Value Stream Mapping, VSM) у медичних сервісах. Зі сфери розроблення програмного забезпечення прийшов Scrum, гнучка рамка управління проєктами з правилами, описаними в Scrum Guide [14].

Pliuvak, O. & Petrashyk, Y. (2026). Time management in cross-functional medical projects: Business communications as a factor of effective interaction in multidisciplinary teams. Management and Entrepreneurship: Trends of Development, 3(37), 383-397. https://doi.org/10.26661/2522-1566/2026-3/37-27

Клінічну основу реабілітації після інсульту дають настанови American Heart Association / American Stroke Association [17]. За даними Кокранівського огляду Langhorne & Ramachandra [10], пацієнти, яких ведуть в інсультному відділенні з організованою командною допомогою, рідше помирають або залишаються залежними від сторонньої допомоги, ніж пацієнти загальних відділень. Clarke & Forster [8] звертають увагу на те, що користь команди залежить від узгодженості дій її членів і регулярного обміну інформацією. Технічно такий обмін дедалі частіше будують на стандарті HL7 FHIR [7].

Українських праць на цю тему нам трапилося небагато, і проблему в них розглянуто з різних боків. О. Підмурняк [3] аналізує організацію реабілітаційної мультидисциплінарної команди з позицій менеджменту. О. Черевко, С. Назаренко та К. Приймак [5] пишуть про тайм-менеджмент у бізнесі, зокрема про матрицю Ейзенхауера, метод Pomodoro й делегування. Н. Ковальчук [1] пов'язує тайм-менеджмент з організаційною поведінкою і наголошує, що керівник, який не делегує, не матиме часу на перспективні завдання.

Виходить, що окремі частини питання вивчені: командна робота, втрати часу на документацію й переривання, брифінги, прийоми тайм-менеджменту. Досліджень, де ці інструменти поєднали б в одному реабілітаційному відділенні й поміряли, скільки часу команда витрачає на комунікацію в розрахунку на пацієнта і що змінюється після простих організаційних кроків, ми не знайшли, принаймні для українських закладів спроможної мережі. Цю прогалину і стаття намагається заповнити.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Мета статті – оцінити, як структуровані ділові комунікації впливають на використання робочого часу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, на прикладі 20-ліжкового модульного реабілітаційного відділення КНП «Теребовлянська міська лікарня».

Для досягнення мети поставлено такі завдання: 1) описати специфіку крос-функціональної взаємодії в МДРК; 2) виміряти витрати робочого часу на комунікаційні та адміністративні процеси й визначити основні «поглиначі часу»; 3) розробити та впровадити модель ділової комунікації, що складається з брифінгів, матриці RACI та єдиного інформаційного середовища; 4) порівняти показники до і після впровадження та окреслити межі інтерпретації результатів.

МЕТОДОЛОГІЯ

Базою дослідження було 20-ліжкове модульне реабілітаційне відділення КНП «Теребовлянська міська лікарня» Теребовлянської міської ради, де стаціонарно лікуються, зокрема, пацієнти після мозкового інсульту. У МДРК працювало 20 фахівців, їхні посади наведено в табл. 2. Автор статті завідує цим відділенням, отже, досліджував процеси, у яких сам бере участь. Це слід мати на увазі, читаючи результати; докладніше про це сказано в розділі про обмеження.

Дизайн дослідження одноцентровий, «до і після», без контрольної групи. Етап А охоплює перші три місяці роботи відділення (березень-травень 2026 року). Команда тоді працювала за звичками загальнотерапевтичних відділень: щоранку нарада на 40–60 хв, паперові листки призначень, питання вирішували усно в ординаторській. Етап Б тривав три місяці після запровадження нової моделі комунікації (червень-серпень 2026).

Структуру часу лікаря ФРМ визначали за фотографією робочого дня. Шість комунікаційних та адміністративних процесів хронометрували в розрахунку на одного пацієнта за 14-денний цикл. Відрізок від госпіталізації до старту повноцінної терапії розклали на карті потоку створення цінності [11], а для побудови матриці RACI проаналізували ролі в команді. Використано також облікові показники відділення: кількість пролікованих пацієнтів, виконання планових сесій ІРП, технічні помилки в електронній системі охорони здоров'я

(ECOS) та індекс лояльності пацієнтів NPS. Членів МДРК анонімно опитували двічі, наприкінці етапу А і через три місяці після впровадження моделі.

Ефекту Готорна (люди працюють інакше, коли знають, що за ними спостерігають) такий дизайн не усуває, тим паче коли вимірювання організовує керівник. Щоб його зменшити, хронометраж розподіляли на весь етап, а не проводили за кілька днів. Команда невелика, тому статистичних тестів ми не застосовували: результати подано як абсолютні значення і відносні зміни, розраховані за формулою (до – після) / до × 100 %. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною, персональних даних пацієнтів у статті немає.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Реабілітаційний цикл як крос-функціональний проєкт

У хірургії чи інтенсивній терапії рішення ухвалює старший лікар, і ланцюжок розпоряджень зрозумілий. Реабілітація влаштована інакше. У центрі перебуває пацієнт, а команда збирається навколо того, які функції він втратив і які може повернути [4; 10]. Стан змінюється щодня, прогноз на ранньому етапі неясний, різні фахівці можуть неоднаково трактувати ту саму шкалу, і план доводиться часто переглядати. Командна робота в таких умовах складніша [13]. Мету формулюють за SMART, строк обмежений: у нашому відділенні цикл зазвичай триває 14 днів. Два підходи до управління порівняно в табл. 1.

Таблиця 1.

Традиційна терапевтична та крос-функціональна реабілітаційна моделі управління

Критерій	Традиційна терапевтична модель	Крос-функціональна реабілітаційна модель
Вектор управління	Вертикальний (ієрархічний)	Горизонтальний (матричний)
Центр ухвалення рішень	Лікуючий лікар одноосібно	МДРК
Одиниця виміру результату	Клінічний діагноз, стабілізація стану	Досягнення цілей ІРП
Комунікація в часі	Дискретна (під час обходу)	Безперервна (синхронна та асинхронна)
Транзакційні витрати	Низькі (прямі розпорядження)	Високі (потрібен консенсус)
Ставлення до змін плану	Зміна плану є винятком	Зміна ІРП є рутиною

Джерело: складено авторами на основі [10; 13].

З кожним новим фахівцем каналів зв'язку стає більше, причому непропорційно. Для n осіб їх n(n – 1)/2: у команді з трьох людей 3 канали, з шести вже 15. Якщо обмін не має правил, кожна пара домовляється по-своєму, частина інформації губиться під час переказу, і час на узгодження росте швидше за саму команду. Склад МДРК нашого відділення та зони відповідальності показано в табл. 2.

Ділянки фахівців перекриваються. Постуральний контроль потрібен фізичному терапевту для вертикалізації, а терапевту мови та мовлення для того, щоб пацієнт безпечно ковтав. На таких перетинах час втрачається найбільше, а там, де дії не узгодили, виникають помилки [8]. Нова команда спершу зазвичай працює мультипрофесійно: кожен робить своє і мало знає про роботу колеги. Перехід до міждисциплінарної роботи зі спільними цілями сам собою не відбувається, і саме тут керівникові потрібні інструменти тайм-менеджменту.

Таблиця 2.

Склад МДРК 20-ліжкового реабілітаційного відділення

Посада	Зона клінічної відповідальності	Роль у веденні ІРП
Лікар ФРМ, лікар-невролог	Координація ІРП, оцінка за шкалами NIHSS і mRS, медикаментозна терапія, визначення протипоказань	Координатор, остаточна відповідальність
Фізичний терапевт	Відновлення рухових функцій, постурального балансу, локомоції	Основний виконавець
Ерготерапевт	Відновлення навичок повсякденної активності (ADL), дрібної моторики, адаптація середовища	Основний виконавець
Терапевт мови та мовлення	Корекція афазії та дизартрії, скринінг і відновлення ковтання	Виконавець (дисфагія), консультант
Психолог	Когнітивна реабілітація, нейропсихологічне тестування, підтримка пацієнта і родини	Виконавець (когнітивна сфера), консультант
Медична сестра з реабілітації	Позиціонування, догляд, виконання призначень, моніторинг вітальних функцій	Виконавець догляду, отримує інформацію

Джерело: складено авторами на основі [2; 4]

2. Витрати робочого часу та комунікативні бар'єри на етапі А

Фотографія робочого дня лікаря ФРМ на етапі А (рис. 1) показала, що з пацієнтом лікар проводив лише 30 % часу. Документація та усні узгодження разом забирали 60 %. Ці цифри близькі до отриманих Sinsky et al. [15], хоча амбулаторний прийом і стаціонарну реабілітацію напряму порівнювати не можна.

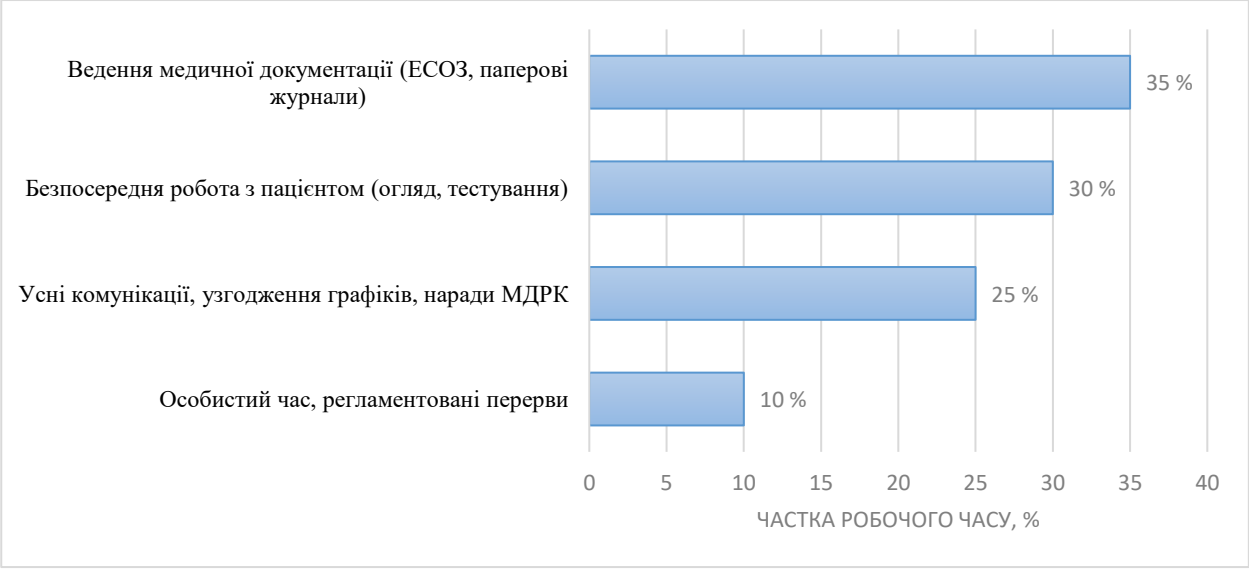


Рис. 1. Структура робочого часу лікаря ФРМ на етапі А, %

Джерело: розроблено автором.

Основні «поглиначі часу» зведено в табл. 3. Більшість із них знайома кожному, хто працював у стаціонарі: результати оцінки надходять до лікаря із запізненням, два лікарі окремо заповнюють ті самі шкали, нарада перетворюється на обговорення медикаментів, у якому половина присутніх не бере участі, а розклад процедур узгоджують на ходу. Окремо слід згадати дрібні усні запитання. Кожне з них здавалося дрібницею, проте після нього

лікареві доводилося знову зосереджуватися на перерваному завданні. Westbrook et al. [16] показали, що переривання позначаються й на кількості помилок.

Таблиця 3.

Основні «поглиначі часу» в роботі МДРК на етапі А

Тип бар'єру	Прояв у практиці відділення	Наслідок для процесу реабілітації
Асинхронність даних	ФТ проводить рухову оцінку зранку, а лікар дізнається результати в другій половині дня	Корекція ІРП відкладається на 12–24 год; до корекції пацієнт займається за застарілим планом
Дублювання оцінювання	Лікар-невролог і лікар ФРМ окремо оцінюють пацієнта за NIHSS і mRS	15–20 хв робочого часу лікарів на одного пацієнта щодоби
Неструктуровані наради	Тривале обговорення медикаментозної терапії в присутності ФТ і ЕТ	Реабілітаційні фахівці чекають, не беручи участі в обговоренні; роздратування в команді
Ручна диспетчеризація	Час процедур узгоджують усно, графіки накладаються в палаті	Очікування і перенесення процедур, порушення чергування занять і відпочинку
Фрагментація інформації	Психолог та ерготерапевт ведуть записи в окремих зошитах	Немає спільної картини прогресу, складніше оформити виписний епікриз

Джерело: розроблено автором.

Щоб зрозуміти, де пацієнт «простоює» між етапами, ми побудували карту потоку створення цінності [11], подану на рис. 2. Від госпіталізації до старту повноцінної терапії фахівці безпосередньо працювали з пацієнтом 3–4 год. Решта, 30–40 год, або близько 90 % часу, припадала на очікування консиліуму, узгодження ІРП чи вільного вікна в розкладі. Зсередини відділення цю пропорцію важко помітити, бо пацієнт уже в палаті і з ним постійно хтось контактує.

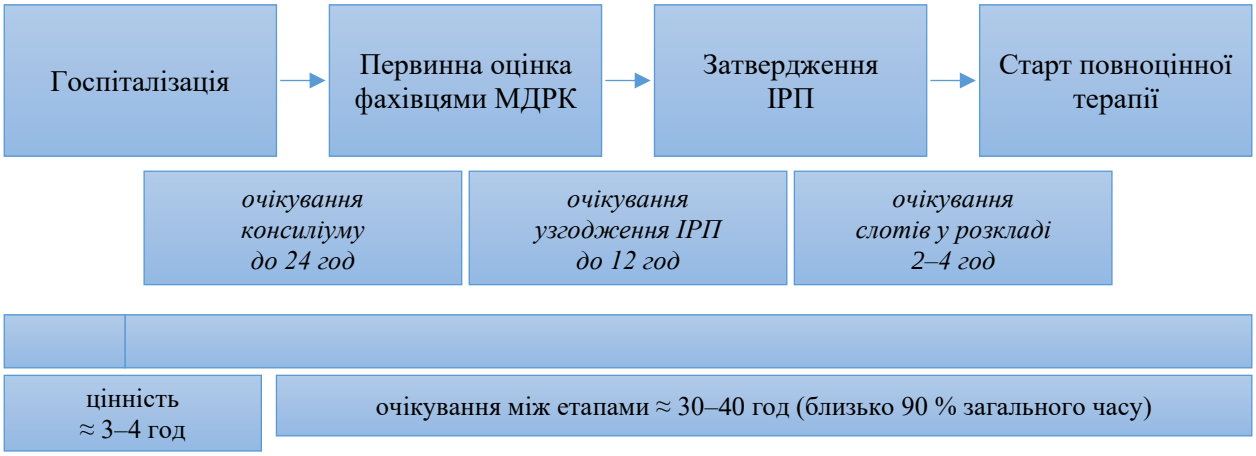


Рис. 2. Спрощена карта потоку створення цінності на відрізку «госпіталізація – старт терапії», етап А

Джерело: розроблено автором.

3. Модель ділової комунікації

На етапі Б ми запровадили модель із трьох складників: брифінгів, матриці RACI та єдиного інформаційного середовища (ЄІС). Ідею запозичено зі Scrum [14], де реабілітаційному циклу відповідає ітерація з фіксованим строком, а щоденному брифінгу коротка синхронізація команди. У табл. 4 показано, як поняття Scrum «перекладено» на мову відділення. Переклад умовний, більшість правил Scrum ми свідомо не переносили. Нам ішлося про спільну робочу мову для команди.

Таблиця 4.

Відповідність понять Scrum і практики реабілітаційного відділення

Поняття Scrum	Відповідник у відділенні	Зміст
Product Backlog	Перелік клінічних проблем пацієнта	Виявлені порушення рухових, когнітивних, мовних функцій і бар'єри середовища
Sprint	14-денний цикл стаціонарної реабілітації	Фіксований строк, за який команда має досягти визначеного результату
Sprint Backlog	ІРП на поточний цикл	Пріоритетні цілі циклу (наприклад, самостійно вставати з ліжка)
Daily Scrum	Ранковий брифінг МДРК	Щоденна синхронізація дій, до 15 хв
Scrum Master	Лікар ФРМ як координатор	Усунення перешкод для роботи команди: біль, коливання артеріального тиску, соматичні ускладнення
Медична сестра з реабілітації	Позиціонування, догляд, виконання призначень, моніторинг вітальних функцій	Виконавець догляду, отримує інформацію

Джерело: складено авторами на основі [14]

3.1. Брифінги стоячи

Ранкову нараду на 40–60 хв замінив брифінг стоячи тривалістю до 15 хв; стоячи довго не говорять. Ми спиралися на огляди Franklin et al. [9] і Pimentel et al. [12]. Порядок брифінгу завжди однаковий (рис. 3). Спочатку факти про критичні зміни стану за добу. Далі перешкоди, які заважають виконати ІРП саме сьогодні. Наприкінці перерозподіляють завдання і слоти в розкладі. Складні клінічні випадки на брифінгу не розбирають: їх обговорюють після нього лише ті фахівці, яких вони стосуються.

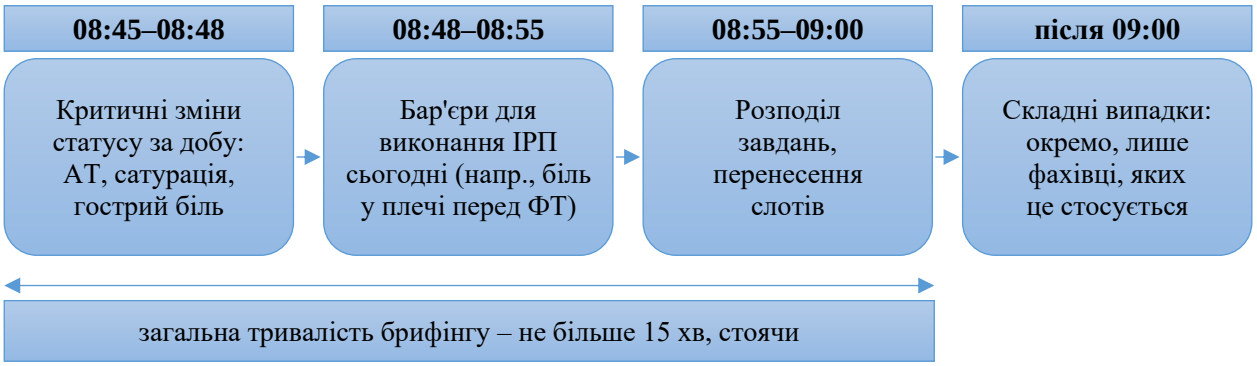


Рис. 3. Регламент ранкового брифінгу МДРК

Джерело: розроблено автором.

3.2. Матриця RACI

На етапі А часто було незрозуміло, хто ухвалює рішення, а записи дублювалися. Тому для ведення пацієнта після інсульту ми склали матрицю RACI (табл. 5), де R виконує, А відповідає за результат, С консультує, І отримує інформацію. Головне правило: у кожному рядку лише одна літера А.

Коли ролі розписали, лікар перестав погоджувати кожен крок фізичного терапевта. Звільнений час пішов на те, що може зробити тільки лікар: оцінку протипоказань, призначення, документацію, аналіз динаміки. Фізичні терапевти й ерготерапевти своєю чергою отримали більше самостійності у своїх процесах.

Таблиця 5.

Матриця RACI для ведення пацієнта після інсульту в 20-ліжковому реабілітаційному відділенні

Процес	Лікар ФРМ	ФТ	ЕТ	ТММ	Психолог	Медсестра
Первинна оцінка неврологічного статусу (NIHSS, mRS)	A/R	I	I	I	I	I
Формування та корекція ІРП	A	R	R	C	C	I
Вертикалізація та відновлення локомоції	C	A/R	C	I	I	I
Скринінг і корекція дисфагії	C	I	I	A/R	I	R
Відновлення навичок самообслуговування (ADL)	I	C	A/R	I	C	R
Позиціонування та профілактика ускладнень	C	C	I	I	I	A/R
Когнітивна реабілітація та підтримка родини	C	I	C	C	A/R	I
Ведення електронних щоденників ІРП	A	R	R	R	R	R

Джерело: розроблено автором.

Разом із цим змінилася схема зв'язків (рис. 4). На етапі А майже вся інформація йшла через лікаря, і він ставав вузьким місцем. На етапі Б дані потрапляють в ЄІС, а частину питань фахівці вирішують напряму, як-от фізичний терапевт і медсестра щодо позиціонування. Rosen et al. [13] відносять горизонтальні зв'язки між членами команди до механізмів, від яких залежить якість командної роботи.

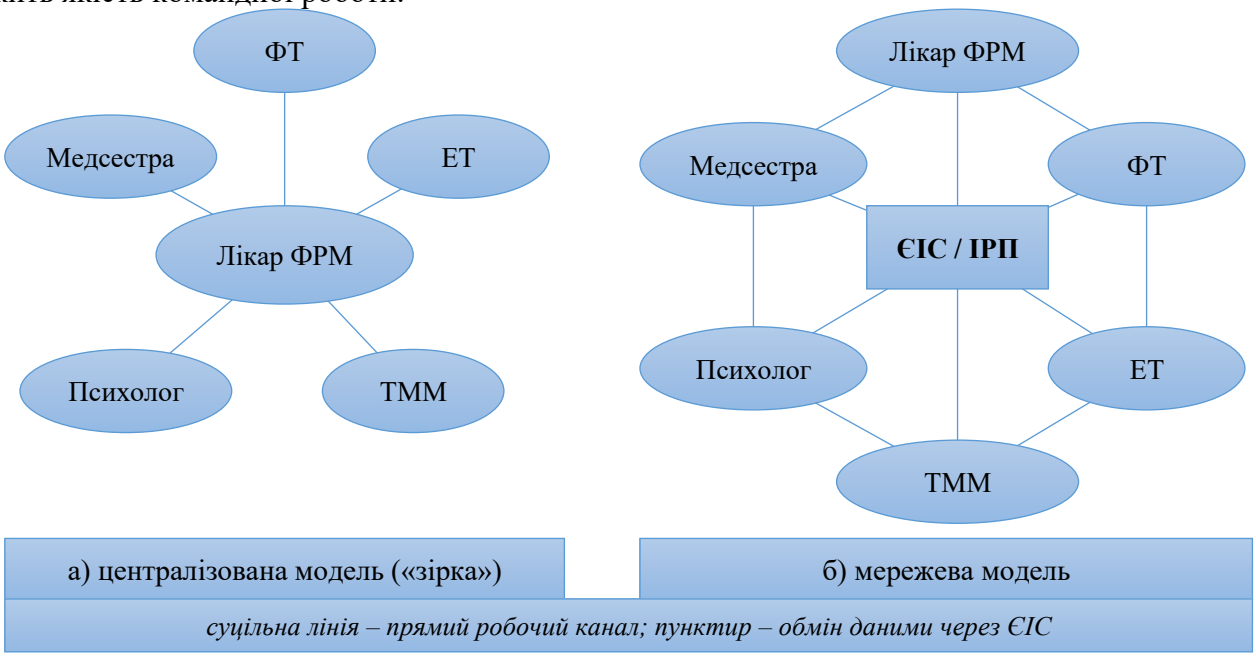


Рис. 4. Структура комунікацій МДРК до і після впровадження моделі

Джерело: розроблено автором.

3.3. Єдине інформаційне середовище

Третій складник технічний. У медичній інформаційній системі (МІС) лікарні стандартизували електронні форми з орієнтацією на HL7 FHIR [7], а розклад процедур перенесли на спільну дошку Kanban, яку видно з планшетів у палатах. Шкали NIHSS, mRS та індекс Бартел передбачені настановами [17], і заповнення їх забирає чимало часу. В ЄІС результат вносять один раз, після чого його бачить уся команда (табл. 6).

Таблиця 6.

Використання клінічних шкал до і після впровадження ЄІС

Шкала	До впровадження ЄІС (паперово-усна модель)	Після впровадження ЄІС
NIHSS	Лікар-невролог заповнював паперову форму, лікар ФРМ вручну переносив дані в ЕСОЗ	Заповнюється один раз під час первинного консиліуму, дані автоматично потрапляють у щоденники всіх фахівців
mRS	Оцінювали без чіткої фіксації динаміки всім складом МДРК	Базовий показник в електронному ІРП, відповідальний лікар оновлює його раз на тиждень
Індекс Бартел	Медсестри та ерготерапевти рахували вручну, а потім усно узгоджували бали	Калькулятор у планшеті медсестри біля ліжка, результат одразу доступний лікарю

Джерело: розроблено автором.

Бали шкал система сама підставляє в шаблон щоденника. Раніше лікар витрачав до 15 хв на опис неврологічного статусу в кожному з 8–10 щоденників динаміки, тепер він дописує тільки те, чого в шаблоні немає: специфічні скарги та зміни стану. Рух даних показано на рис. 5.

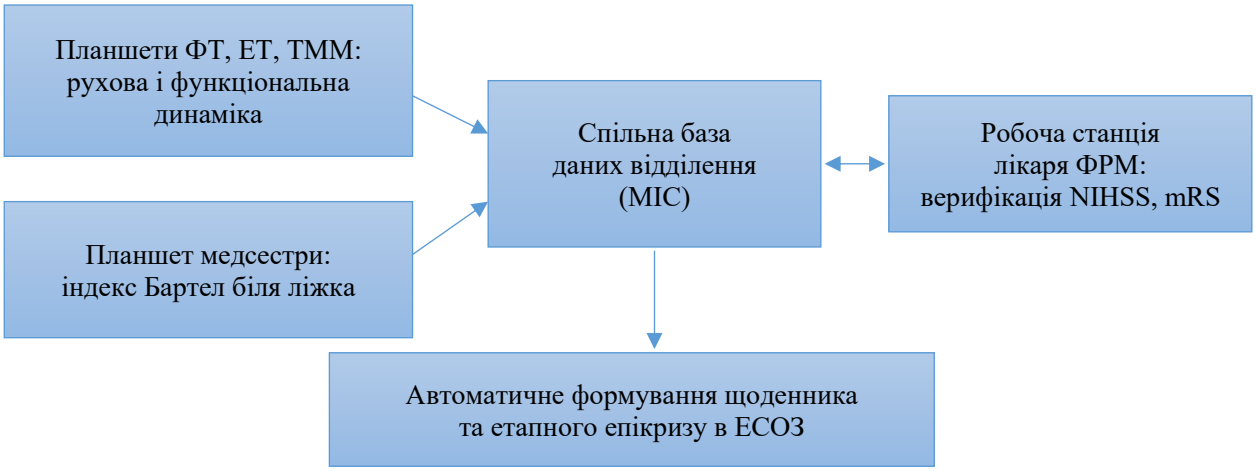


Рис. 5. Схема обміну даними в єдиному інформаційному середовищі відділення

Джерело: розроблено автором.

4. Результати впровадження моделі

За 14-денний цикл команда тепер витрачає на комунікаційні та адміністративні процеси 110 хв на пацієнта замість 200, тобто на 45 % менше (табл. 7, рис. 6). Найбільше скоротилися перехресні усні консультації та узгодження графіка процедур, в обох випадках на 66,7 %. Час на документацію зменшився найменше, на 30 %. Пояснення, мабуть, просте: частину даних в ЕСОЗ досі вносять вручну.

eISSN 2522-1566
ISSUE 3 (37), 2026

Таблиця 7.

Витрати робочого часу МДРК на комунікаційні та адміністративні процеси (на 1 пацієнта за 14-денний цикл)

Процес	Етап А, хв	Етап Б, хв	Зміна, %
Збір анамнезу та первинний обмін даними при надходженні	35	20	–42,9
Обговорення, формування та затвердження ІРП	45	25	–44,4
Щоденні координаційні наради	25	15	–40,0
Перехресні усні консультації протягом дня	30	10	–66,7
Ведення документації (перенесення даних)	50	35	–30,0
Узгодження графіка процедур	15	5	–66,7
Разом	200	110	–45,0

Джерело: розроблено автором.

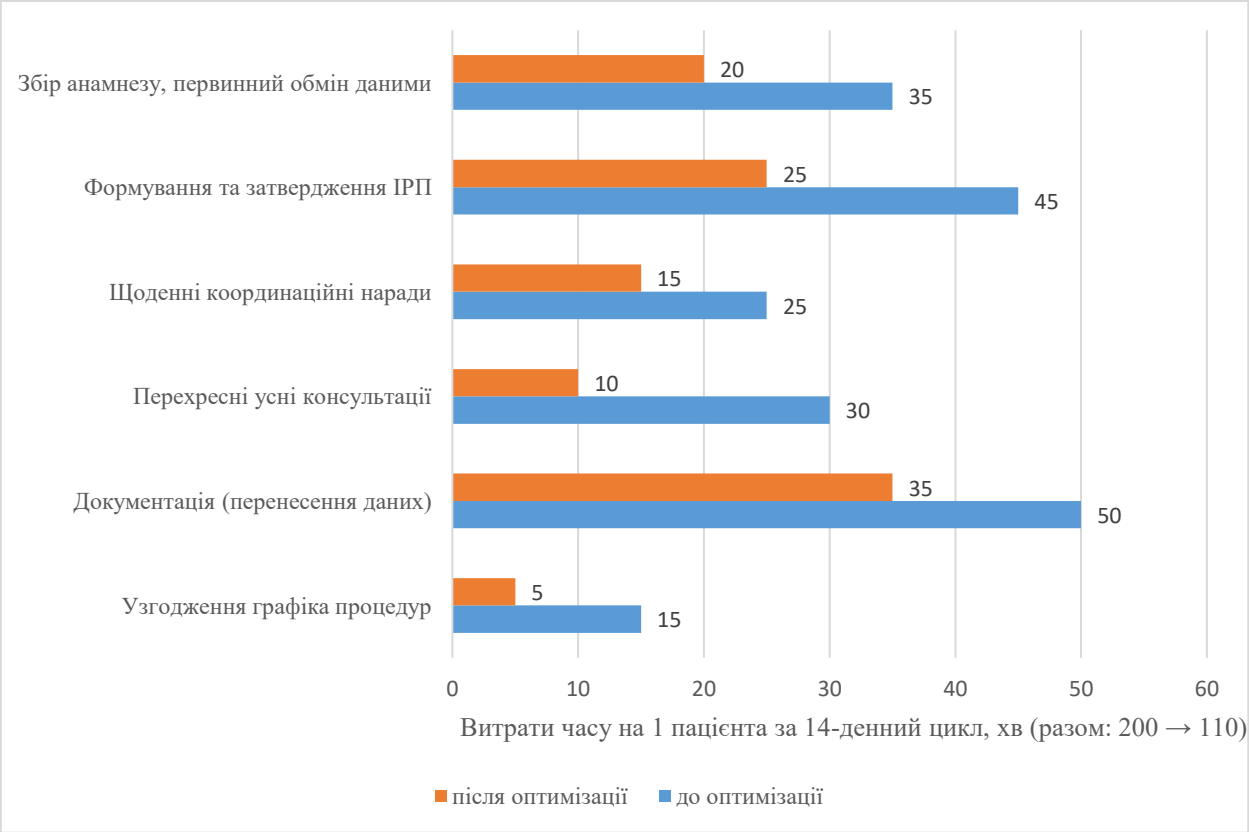


Рис. 6. Витрати робочого часу МДРК на 1 пацієнта до і після впровадження моделі, хв
Джерело: розроблено автором.

У місячному вимірі 90 хв економії на пацієнта при 44 пацієнтах дають приблизно 66 год командного часу (90 × 44 = 3960 хв). Облікові показники обох тримісячних періодів наведено в табл. 8.

Таблиця 8.

Облікові показники відділення на етапах А і Б (середньомісячні значення)

Показник	Етап А	Етап Б	Зміна
Пролікованих пацієнтів на місяць (20 ліжок)	38	44	+6 (+15,8 %)
Час на координаційні наради, год на тиждень	5,0	3,0	–2,0 год (–40,0 %)
Технічні помилки в ЕСОЗ, випадків на місяць	12	2	–10 (–83,3 %)
Виконання планових сесій ІРП, %	82	96	+14 в. п.
Індекс лояльності пацієнтів (NPS), бали	65	89	+24 бали

Джерело: розроблено автором.

Цифра 44 пацієнти на місяць потребує пояснення, бо вона більша за теоретичний максимум для 14-денного циклу (20 ліжок × 30,4 дня / 14 днів ≈ 43,4). Частина пацієнтів завершувала програму раніше 14 днів. За умови повної зайнятості ліжок середнє перебування на етапі Б становило не більше 13,8 дня (20 × 30,4 / 44). Отже, частину приросту дало коротше перебування, і відносити весь приріст на рахунок нової моделі комунікації було б некоректно.

Анонімне опитування членів МДРК (n = 20) показало, що конфліктів через розклад і розподіл обов'язків стало на 60 % менше. Індекс психологічного комфорту (суб'єктивна оцінка того, наскільки в роботі немає хаосу) зріс із 45 % до 88 %, а втома наприкінці зміни за 10-бальною шкалою зменшилася на 35 %. Зв'язок структурованих брифінгів із задоволеністю персоналу описують і Pimentel et al. [12]. Утім, у такій малій вибірці ці цифри характеризують одну конкретну команду, і узагальнювати їх не варто.

Куди пішов вивільнений час, фахівці оцінювали самі, тому розподіл орієнтовний. Приблизно половину забрала робота з пацієнтами та їхніми родинами, тобто додаткові індивідуальні сесії й довше опрацювання складних рухових патернів. Близько 30 % пішло на документацію в ЕСОЗ, де зміни стану тепер обґрунтовують детальніше, що знижує ризик зауважень під час перевірок НСЗУ. Решта, близько 20 %, припала на регламентовані перерви, передусім для фізичних терапевтів і ерготерапевтів.

Наші дані узгоджуються з висновками оглядів про брифінги [9; 12] і зі спостереженнями Sinsky et al. [15] щодо того, скільки часу лікарі віддають документації. Великих коштів зміни не потребували. Ми переробили наради, розписали ролі, налаштували наявну MIC і провели для персоналу навчання з тайм-менеджменту. За характером це близько до Lean-втручань, які аналізують Zepeda-Lugo et al. [19]. Н. Ковальчук [1] пише, що без делегування керівникові бракує часу на перспективні завдання. Наш досвід із цим збігається: брифінги без матриці RACI, на нашу думку, досить швидко перетворилися б на коротшу копію старих нарад.

Дослідження має кілька обмежень. Це одне відділення з невеликою командою, без контрольної групи і без статистичної перевірки. Етап А припав на перші місяці роботи нового відділення, тож частина покращень могла з'явитися просто тому, що люди зігралися. Автор керує відділенням і сам організовував вимірювання, а це підвищує ризик ефекту Готорна та упередженості оцінок. Тому ми говоримо про зв'язок між впровадженням моделі та показниками роботи. Причинного ефекту ці дані не доводять.

ВИСНОВКИ

Поки комунікації у 20-ліжковому реабілітаційному відділенні не мали чітких правил, вони забирали значну частину робочого часу МДРК. На етапі А лікар ФРМ віддавав

документації та усним узгодженням 60 % часу, а між госпіталізацією і стартом повноцінної терапії пацієнт близько 90 % часу чекав.

Після запровадження брифінгу стоячи (до 15 хв), матриці RACI з одним відповідальним на кожен процес та єдиного інформаційного середовища, куди шкали вносять один раз, комунікаційно-адміністративні витрати часу зменшилися з 200 до 110 хв на пацієнта. Частка виконаних планових сесій ІРП зросла з 82 % до 96 %, технічних помилок в ЕСОЗ стало 2 на місяць замість 12. Пролікованих пацієнтів побільшало з 38 до 44 на місяць, хоча частину цього приросту дало коротше перебування.

Додаткових коштів модель не потребувала, тому її можна повторити в інших реабілітаційних відділеннях закладів спроможної мережі. Керівникам може знадобитися і сам спосіб вимірювання. Хронометраж шести комунікаційних процесів на одного пацієнта за цикл нескладний, проте дає змогу побачити, чи змінила щось реорганізація.

Далі ми плануємо порівняти наше відділення з відділенням, яке працює за традиційною моделлю, і простежити віддалені результати пацієнтів (mRS та індекс Бартел через 3–6 місяців після виписки). Окреме практичне завдання полягає в автоматизації розкладу процедур засобами MIC із підтримкою HL7 FHIR.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ковальчук Н. В. Роль тайм-менеджменту в управлінні організаційною поведінкою. *Економічний простір*. 2025. № 197. С. 46–50. DOI: https://doi.org/10.30838/EP.197.46-50.

2. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п (дата звернення: 16.09.2026).

3. Підмурняк О. Менеджмент організації реабілітаційної мультидисциплінарної команди. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Педагогіка»*. 2024. № 3(31). С. 1173–1182. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-3(31)-1173-1182.

4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20 (дата звернення: 16.09.2026).

5. Черевко О., Назаренко С., Приймак К. Тайм-менеджмент як інструмент підвищення ефективності використання робочого часу в умовах сучасного бізнесу. *Економіка та суспільство*. 2024. № 68. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-68-54.

6. Agarwal R., Sands D. Z., Schneider J. D. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management*. 2010. Vol. 55, No. 4. P. 265–281. DOI: https://doi.org/10.1097/00115514-201007000-00007.

7. Ayaz M., Pasha M. F., Alzahrani M. Y., Budiarto R., Stiawan D. The Fast Health Interoperability Resources (FHIR) standard: systematic literature review of implementations, applications, challenges and opportunities. *JMIR Medical Informatics*. 2021. Vol. 9, No. 7. Art. e21929. DOI: https://doi.org/10.2196/21929.

8. Clarke D. J., Forster A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015. Vol. 8. P. 433–442. DOI: https://doi.org/10.2147/JMDH.S68764.

9. Franklin B. J., Gandhi T. K., Bates D. W. et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Quality & Safety*. 2020. Vol. 29, No. 10. P. 844–853. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009911.

10. Langhorne P., Ramachandra S., Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Issue 4. Art. CD000197. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub4.

Pliuvak, O. & Petrashyk, Y. (2026). Time management in cross-functional medical projects: Business communications as a factor of effective interaction in multidisciplinary teams. Management and Entrepreneurship: Trends of Development, 3(37), 383-397. https://doi.org/10.26661/2522-1566/2026-3/37-27

11. Marin-Garcia J. A., Vidal-Carreras P. I., Garcia-Sabater J. J. The role of Value Stream Mapping in healthcare services: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, No. 3. Art. 951. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18030951.

12. Pimentel C. B., Snow A. L., Carnes S. L. et al. Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *Journal of General Internal Medicine*. 2021. Vol. 36, No. 9. P. 2772–2783. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-021-06632-9.

13. Rosen M. A., DiazGranados D., Dietz A. S. et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*. 2018. Vol. 73, No. 4. P. 433–450. DOI: https://doi.org/10.1037/amp0000298.

14. Schwaber K., Sutherland J. The Scrum Guide. The definitive guide to Scrum: the rules of the game. 2020. 14 p. URL: https://scrumguides.org/docs/scrumguide/v2020/2020-Scrum-Guide-US.pdf (дата звернення: 16.09.2026).

15. Sinsky C., Colligan L., Li L. et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Annals of Internal Medicine*. 2016. Vol. 165, No. 11. P. 753–760. DOI: https://doi.org/10.7326/M16-0961.

16. Westbrook J. I., Woods A., Rob M. I., Dunsmuir W. T. M., Day R. O. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of Internal Medicine*. 2010. Vol. 170, No. 8. P. 683–690. DOI: https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65.

17. Winstein C. J., Stein J., Arena R. et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016. Vol. 47, No. 6. P. e98–e169. DOI: https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098.

18. World Health Organization. Rehabilitation : fact sheet. 22 April 2024. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation (дата звернення: 16.09.2026).

19. Zepeda-Lugo C., Tlapa D., Baez-Lopez Y. et al. Assessing the impact of Lean healthcare on inpatient care: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17, No. 15. Art. 5609. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph17155609.

REFERENCES

Agarwal, R., Sands, D. Z., & Schneider, J. D. (2010). Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management, 55*(4), 265–281. https://doi.org/10.1097/00115514-201007000-00007

Ayaz, M., Pasha, M. F., Alzahrani, M. Y., Budiarto, R., & Stiawan, D. (2021). The Fast Health Interoperability Resources (FHIR) standard: Systematic literature review of implementations, applications, challenges and opportunities. *JMIR Medical Informatics, 9*(7), Article e21929. https://doi.org/10.2196/21929

Cabinet of Ministers of Ukraine. (2021). *Pytannia orhanizatsii reabilitatsii u sferi okhorony zdorovia* [Issues of organizing rehabilitation in the healthcare sector] (Resolution No. 1268, November 3, 2021). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п [in Ukrainian]

Cherevko, O., Nazarenko, S., & Pryymak, K. (2024). Taim-menedzhment yak instrument pidvyshchennia efektyvnosti vykorystannia robochoho chasu v umovakh suchasnoho biznesu [Time management as a tool for increasing the efficiency of using working time in the conditions of modern business]. *Ekonomika ta suspilstvo*, (68). https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-68-54 [in Ukrainian]

Clarke, D. J., & Forster, A. (2015). Improving post-stroke recovery: The role of the multidisciplinary health care team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 8*, 433–442. https://doi.org/10.2147/JMDH.S68764

Franklin, B. J., Gandhi, T. K., Bates, D. W., Huancahuari, N., Morris, C. A., Pearson, M., Bass, M. B., & Goralnick, E. (2020). Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: A

systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, *29*(10), 844–853. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009911

Kovalchuk, N. (2025). Rol taim-menedzhmentu v upravlinni orhanizatsiinoiu povedinkoiu [The role of time management in managing organizational behavior]. *Ekonomichnyi prostir*, (197), 46–50. https://doi.org/10.30838/EP.197.46-50 [in Ukrainian]

Langhorne, P., Ramachandra, S., & Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2020). Organised inpatient (stroke unit) care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Article CD000197. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub4

Marin-Garcia, J. A., Vidal-Carreras, P. I., & Garcia-Sabater, J. J. (2021). The role of value stream mapping in healthcare services: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3), Article 951. https://doi.org/10.3390/ijerph18030951

Pidmurniak, O. (2024). Menedzhment orhanizatsii reabilitatsiinoi multydystsyplinarnoi komandy [Management of the organization of a rehabilitation multidisciplinary team]. *Naukovi innovatsii ta peredovi tekhnolohii. Seriia "Pedahohika"*, (3(31)), 1173–1182. https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-3(31)-1173-1182 [in Ukrainian]

Pimentel, C. B., Snow, A. L., Carnes, S. L., Shah, N. R., Loup, J. R., Vallejo-Luces, T. M., Madrigal, C., & Hartmann, C. W. (2021). Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: A scoping review. *Journal of General Internal Medicine*, *36*(9), 2772–2783. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06632-9

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, *73*(4), 433–450. https://doi.org/10.1037/amp0000298

Schwaber, K., & Sutherland, J. (2020). *The Scrum Guide: The definitive guide to Scrum: The rules of the game*. https://scrumguides.org/docs/scrumguide/v2020/2020-Scrum-Guide-US.pdf

Sinsky, C., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., Westbrook, J., Tutty, M., & Blike, G. (2016). Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion study in 4 specialties. *Annals of Internal Medicine, 165*(11), 753–760. https://doi.org/10.7326/M16-0961

Verkhovna Rada of Ukraine. (2020). *Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia* [On rehabilitation in the healthcare sector] (Law of Ukraine No. 1053-IX, December 3, 2020). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20 [in Ukrainian]

Westbrook, J. I., Woods, A., Rob, M. I., Dunsmuir, W. T. M., & Day, R. O. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of Internal Medicine, 170*(8), 683–690. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *47*(6), e98–e169. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098

World Health Organization. (2024, April 22). *Rehabilitation* [Fact sheet]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

Zepeda-Lugo, C., Tlapa, D., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Ontiveros, S., Perez-Sanchez, A., & Tortorella, G. (2020). Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(15), Article 5609. https://doi.org/10.3390/ijerph17155609

Pliuvak, O. & Petrashyk, Y. (2026). Time management in cross-functional medical projects: Business communications as a factor of effective interaction in multidisciplinary teams. Management and Entrepreneurship: Trends of Development, 3(37), 383-397. https://doi.org/10.26661/2522-1566/2026-3/37-27

TIME MANAGEMENT IN CROSS-FUNCTIONAL MEDICAL PROJECTS: BUSINESS COMMUNICATIONS AS A FACTOR OF EFFECTIVE INTERACTION IN MULTIDISCIPLINARY TEAMS

Oleh Pliuvak
Municipal Non-Profit Enterprise "Terebovlia City Hospital" of Terebovlia City Council
Terebovlia, Ukraine

Yurii Petrashyk
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine
Ternopil, Ukraine

Ukrainian rehabilitation units now work through multidisciplinary teams, and in our unit the team ran short of time before it ran short of anything else. Much of that time went on coordination. The purpose of this article is to find out how structured business communication changes the way a rehabilitation team uses its working time. We studied the communication processes of the team in a 20-bed modular rehabilitation unit of a municipal hospital; the team included a physician, physical and occupational therapists, a speech and language therapist, a psychologist and nurses. The design was single-centre, before and after, with no control group. Methods included work-day photography, time measurement of six communication and administrative processes per patient over a 14-day cycle, value stream mapping and an anonymous staff survey. At baseline the physician spent 60% of working time on documentation and oral coordination, and between admission and the start of full therapy patients spent about 90% of the time waiting. We then introduced stand-up briefings of up to 15 minutes, a RACI matrix with one accountable person per process, and a shared information environment where clinical scales are entered once. Communication and administrative time dropped from 200 to 110 minutes per patient (by 45%). Ad hoc oral consultations fell from 30 to 10 minutes, the share of planned sessions delivered rose from 82% to 96%, and documentation errors went down from 12 to 2 a month. Because the team was small and there was no control unit, these figures show an association and cannot prove cause. For management research the article offers a way to treat one patient's rehabilitation cycle as a time-bound project and to count coordination time per patient. In practice the model is cheap, and other units can repeat it together with the measurement procedure.

Key words: time management, multidisciplinary rehabilitation team, business communication, stand-up briefing, RACI matrix, cross-functional project, healthcare management.