

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Дальнейшая интеграция в сфере первичной медико-санитарной помощи: новые профессиональные роли и новые специальности в рамках оказания интегрированной помощи

Stefania Ilinca^{1,2}, Kai Leichsenring¹, Ricardo Rodrigues¹

¹ Европейский центр по вопросам политики и исследований в области социального обеспечения, Вена, Австрия

² Институт глобального здоровья головного мозга, Тринити-колледж, Дублин, Ирландия

Автор, отвечающий за переписку: Stefania Ilinca (адрес электронной почты: ilinc@euro.centre.org)

АННОТАЦИЯ

Непрерывность, комплексность и координация играют ведущую роль в работе первичного звена медицинской помощи, как указано в Алма-Атинской декларации. Следовательно, системы первичной медико-санитарной помощи должны играть ведущую роль в интеграции помощи как внутри систем здравоохранения и социальной поддержки, так и на их пересечении. Кроме того, за последнее десятилетие стало очевидно, что специалисты первичного медико-санитарного звена должны осваивать новые роли и приобретать новые навыки в целях решения проблем, связанных с увеличением числа пациентов с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью, а также связанной с этим потребностью в координации предоставляемых услуг.

С целью освоения новых профессиональных ролей работники первичной медико-санитарной помощи взяли на себя новые, выходящие за рамки привычных, функции, освоили новые виды обучения и профили работы, позволяющие сочетать медико-санитарную и социальную помощь, в дополнение к традиционным возможностям в области комплексного ведения и медико-социального сопровождения больных [case and care management] получили развитие новые терапевтические навыки, новой функцией первичной медико-санитарной помощи стала навигация в процессе оказания помощи/осуществления ухода [care navigation]. Таким образом, мы считаем, что в будущем кадрам интегрированной медико-социальной помощи на уровне первичного звена потребуется опора как на эти новые профессиональные профили, так и на новые роли.

Ключевые слова: ИНТЕГРИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ, ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, КАДРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОФЕССИИ В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И УХОДА, ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КВАЛИФИКАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

ПОТРЕБНОСТЬ В УСЛУГАХ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Как указано в Алма-Атинской декларации, системы первичной медико-санитарной помощи должны играть ключевую роль в интеграции помощи как внутри систем здравоохранения и социальной поддержки, так и на их пересечении (1). Кроме того, в последнее десятилетие становится все более очевидным, что системам здравоохранения, ориентированным на оказание стационарной медицинской помощи и лечение заболеваний, необходимо искать новые пути решения проблем, связанных с общемировым старением населения, сопутствующим

увеличением численности пациентов с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью, а также с соответствующей потребностью в координации услуг. Эти вызовы привели к интенсификации усилий, направленных на уменьшение фрагментации в и между системами медицинской помощи и социальной поддержки и содействие в координации деятельности многочисленных учреждений, занимающихся оказанием такой помощи и поддержкой, и работающих в этих учреждениях специалистов¹ (2).

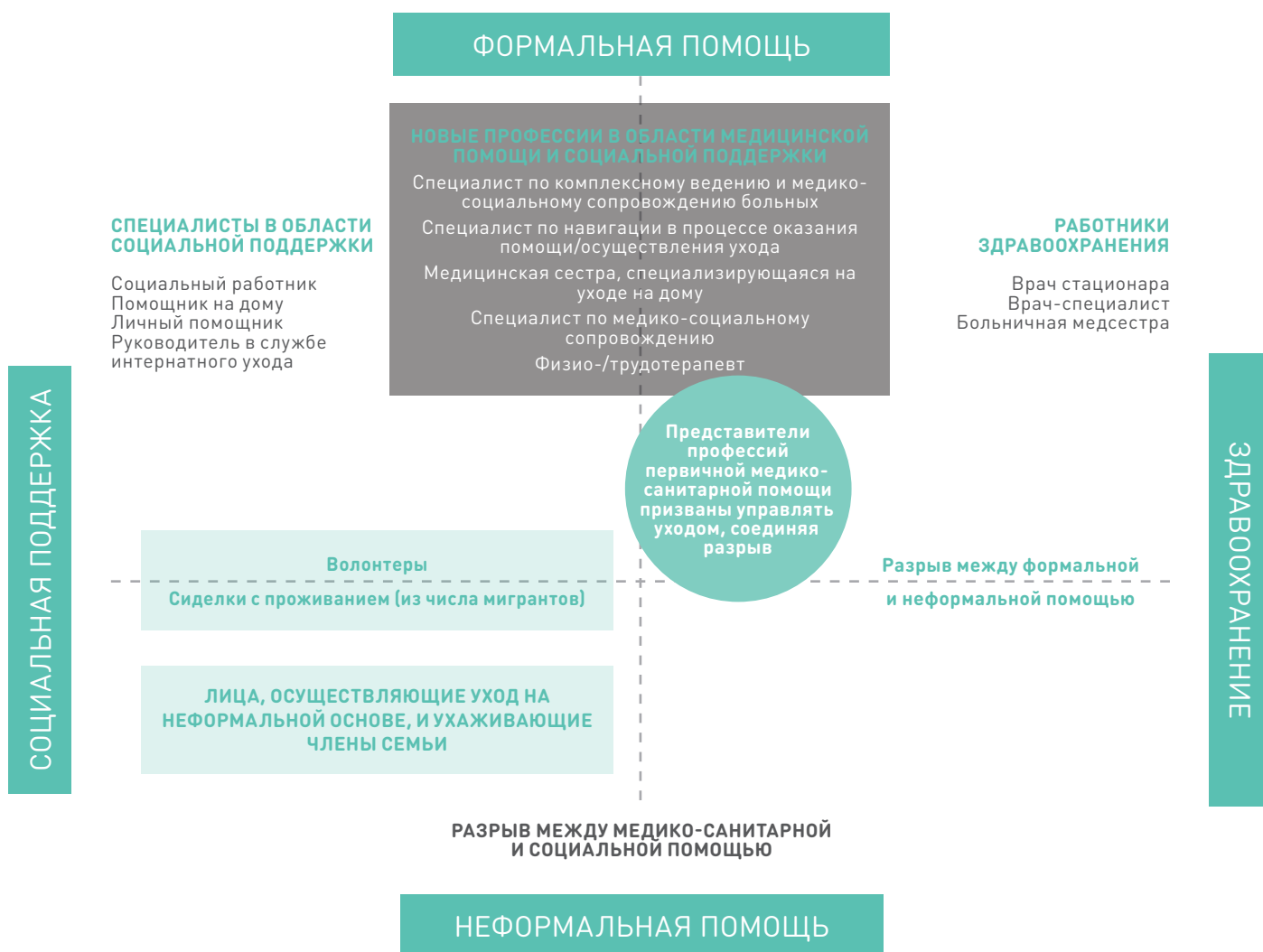
¹ В здравоохранении понятие фрагментации объясняет существующую разрозненность в организации систем здравоохранения на основе специализации или условий ухода, где разные специалисты по уходу специализируются на диагностике и/или лечении состояний, связанных с конкретной системой органов, не обращая внимание на пациента как на единое целое, его благополучие или уход в целом (т. е. основное внимание уделяется деталям, но без учета целого).

Спустя 40 лет после принятия Алма-Атинской декларации, содержащиеся в ней положения о непрерывности, комплексности и координации в качестве ключевых функций первичной медико-санитарной помощи звучат, таким образом, как никогда актуально (1).

Пациенты, которым необходим комплексный долгосрочный уход, прибегают к услугам и рассчитывают на поддержку со стороны формальных сетей работников здравоохранения и социальной сферы, но в то же время, при необходимости дополнительной поддержки, обращаются за неформальной помощью².

На рис. 1 представлена модель того, как разделение ролей различных поставщиков услуг происходит по двум ключевым аспектам: «медико-санитарная – социальная помощь» (например, между врачами общей практики и лицами, осуществляющими уход на дому), «формальная и неформальная помощь» (например, между лицами, осуществляющими уход на дому, и ухаживающими членами семьи). Эта модель показывает, что в целях успешного оказания помощи пациентам со сложными потребностями необходимы коммуникация и координация в рамках так называемого разрыва между двумя аспектами. Для того чтобы этого достичь, представителей новых профессий (например, физиотерапевтов/трудотерапевтов) и прочно устоявшихся

РИСУНОК 1. РОЛИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПОМОЩИ



² К неформальным сетям относятся социальные сети каждого человека – члены семьи, соседи, друзья, знакомые и коллеги – куда, при необходимости, он может обратиться за поддержкой и уходом.

профессий (например, работников первичной медико-санитарной помощи) все чаще призывают к осуществлению более сложных, межсекторальных функций и оказанию помощи с учетом широкого спектра потребностей пациентов. Графически это отражено на рис. 1, где более традиционные профессии в области здравоохранения и социальной поддержки размещены по краям диаграммы, а новые профессии и профессии в области первичной медико-санитарной помощи находятся на стыке верхних квадрантов поблизости от пациентов, помещенных в центр диаграммы.

Тем не менее в прошлом попытки соединить медицинскую помощь и социальную поддержку, опираясь на первичную медико-санитарную помощь, зачастую оканчивались неудачей и не решали вопроса раздробленности «медико-санитарной – социальной помощи» и «формальной и неформальной помощи». Так, например, в тех странах, где центрам первичной медико-санитарной помощи отводилась роль объединяющего звена работников здравоохранения, сотрудничество часто заканчивалось на взаимодействии врачей общей практики и медицинских сестер или фармацевтов, без привлечения работников социальной сферы. Сходным образом, модели, подобные Модели оказания помощи при хронических заболеваниях [Chronic Care Model], которые предполагают участие врачей общей практики или зарегистрированных медсестер в качестве ответственных за ведение конкретных случаев заболевания [case managers], отвечающих за координацию медицинской помощи и социальной поддержки, редко учитывают тот факт, что пациентами могут оказаться пожилые люди с мультиморбидностью или те, кому необходим долгосрочный уход. В результате пациенты, нуждающиеся как в лечении, так и в социальной поддержке, часто вынуждены прибегать к использованию отделений неотложной помощи с неоднократной госпитализацией («эффект вращающейся двери») либо их потребности остаются неудовлетворенными, что и в том и в другом случае негативно сказывается на качестве их жизни (3–5). Кроме того, инициативы, направленные на улучшение координации в рамках системы здравоохранения, зачастую не учитывают или не поддерживают основополагающую роль тех людей, которые осуществляют неформальный уход при долгосрочных состояниях. Традиционные бригады первичной медико-санитарной помощи идеально подходят для содействия лицам, осуществляющим уход на неформальной основе, но они часто не справляются с оценкой потребностей и консультированием (6).

В числе факторов, сдерживающих прогресс в указанных областях, необходимо назвать ограниченность

институционально-кадрового потенциала первичной медико-санитарной помощи, недостаток структур, обеспечивающих необходимую коммуникацию и обмен информацией, а также ограниченность подготовки работников первичного звена медико-санитарной помощи (2, 7, 8). Нехватка врачей общей практики и других работников первичного звена, недостаточная финансовая поддержка интегрированной работы, нечетко очерченный круг обязанностей и недостаток ресурсов для оказания консультативной помощи пациентам и их семьям, а также недостаточно развитая инфраструктура для междисциплинарной работы и межсекторальной коммуникации также сдерживают усилия по интеграции.

РАСШИРЕНИЕ ФУНКЦИЙ И НОВАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО- КВАЛИФИКАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ОКАЗАНИЮ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Вышеупомянутые недостатки в области координации и формирования путей оказания интегрированной помощи привели к осуществлению широкого круга мероприятий на различных уровнях. Так, например, использование исторически сложившихся подходов к оказанию помощи силами медицинских сестер, занимающихся вопросами здравоохранения на уровне сообщества [community health nurses], медицинских сестер семейной практики [family nurses] и специалистов по оказанию консультативной помощи в вопросах охраны здоровья [health counsellors] привело к возрождению старых принципов ведения конкретных случаев заболеваний в современном общественном здравоохранении. Целый ряд пилотных проектов и программ в Австралии, Европе и Соединенных Штатах, а также в нескольких азиатских странах, позволил воссоздать ведение конкретных случаев заболевания в качестве пути повышения обладающего оперативной гибкостью потенциала первичной медико-санитарной помощи, в частности в контексте ведения заболеваний под руководством медицинских сестер (9), но также и применительно к инициативам, где главная роль отводится врачам, примером

чего может служить междисциплинарное оказание помощи по месту жительства в Соединенном Королевстве³ (10).

Важной тенденцией в работе первичного звена медико-санитарной помощи является изменение профессионально-квалификационной структуры специалистов, то есть комбинации тех видов деятельности и навыков, которые необходимы в рамках данной профессии и обычно охватываются профессиональным образованием, что приводит к расширению их профессиональных ролей за счет задач, которые прежде были бы сочтены выходящими за традиционные рамки. Речь идет о появлении специализации медсестер в рамках национальной системы здравоохранения Шотландии с целью как ведения конкретных заболеваний (например, медицинские сестры, специализирующиеся в области ВИЧ), так и долгосрочного ухода (например, медицинские сестры, специализирующиеся на работе в домах престарелых), а также о формировании у них способности работать на межучрежденческом уровне и в составе междисциплинарных бригад, содействуя облечению коммуникации специалистов в двух описываемых секторах (11, 12). Сходным образом, появление в Соединенных Штатах медицинских сестер, специализирующихся в области оказания помощи пациентам с нарушениями психического здоровья [psychiatric mental health advance practice nurses], а также медсестер, работающих на уровне сообщества в целом [community nurses], в ряде европейских стран, а также в Австралии, Канаде и Соединенных Штатах служит отражением усилий, предпринимаемых работниками здравоохранения в целях выработки новых профессиональных навыков, повышения автономности работы и обеспечения взаимодействия. Однако следует отметить, что во многих случаях подобные изменения представляют собой расширение роли, а не определение этих ролей заново. Другими словами, работников первичной медицинской помощи просят выполнять эти задачи в дополнение к их обычным обязанностям и получать новые профессиональные навыки в дополнение к тем, которые у них уже имеются; например, поставщики первичной медицинской помощи часто должны использовать новые виды коммуникационных и информационных технологий в своей профессиональной практике, без прохождения соответствующего обучения. Эта тенденция приводит к слишком высокой нагрузке на персонал первичной медицинской помощи (13).

Кроме того, представители нетрадиционных медицинских профессий играют все большую роль в координации помощи. Примечательным примером может служить ведущая роль трудотерапевтов и физиотерапевтов в качестве координаторов оказания помощи по месту жительства. В рамках политики активного восстановления в Дании (14), в которой особое внимание уделяется профилактике и реабилитации во время оказания помощи пожилому населению, нетрадиционные работники здравоохранения заполняют пробел, возникающий в связи с малым участием медсестер в профилактических мероприятиях. По мере того как возрастает число нетрадиционных работников здравоохранения, играющих вспомогательную роль в рамках бригад первичной медико-санитарной помощи (15), вероятно, что объем и сложность стоящих перед ними задач будут и далее увеличиваться.

Сходным образом, в ряде европейских стран социальные работники начали выполнять функции координаторов оказания помощи по месту жительства и входят в состав бригад, занимающихся оказанием помощи после выписки. Кроме того, в Соединенном Королевстве повседневные сестринские и терапевтические задачи часто делегируются обученным персональным помощникам и работникам служб поддержки по месту жительства, что свидетельствует о значительном расширении их роли в рамках ухода за пациентами (12). Схожая ситуация складывается в Нидерландах, где методические рекомендации по координации помощи и ухода подчеркивают необходимость наличия высшего профессионального образования у специалистов, занимающихся ведением конкретных случаев заболевания, от которых (в рамках оказания помощи при деменции, например) требуется хорошее знание того, как справиться с проблемами, могущими возникнуть при неформальном уходе, а также наличие навыков в области социальной психиатрии (16).

ПОЯВЛЕНИЕ НОВЫХ РОЛЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОФИЛЕЙ

Параллельно с вышеназванными мероприятиями несколько стран предприняли решительные шаги по разработке новых профессиональных профилей, предлагая более интегрированные учебные планы среднего специального и высшего образования с целью преодолеть узкие взгляды на оказание помощи. Так, например, в Дании появились высокопрофессиональные кадры в области социальной

³ См. также General practice forward view. Redditch: NHS England; 2016 (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/grfv.pdf>, по состоянию на 12 ноября 2018 г.).

помощи, имеющие квалификацию «помощников по социальным и медицинским вопросам» [social and health helpers] и «ассистентов по оказанию социальной поддержки и медицинской помощи» [social and health care assistants], для получения которой необходимо пройти курс теоретического и практического обучения длительностью 14 месяцев и 34 месяца соответственно (17). В Австрии с целью упорядочения ранее разрозненных и нерегулируемых программ обучения для специалистов в области оказания помощи и осуществления ухода за инвалидами, пожилыми людьми и в области семейной медицины внедрен учебный план, сходный с датским. Для работы «специалистом по социальной поддержке в рамках ухода за пожилыми людьми» [specialist social carer in old-age care] требуется пройти двухлетний курс обучения, включающий подготовку к выполнению обязанностей помощника медицинской сестры. Имеется возможность стать «дипломированным специалистом по социальной поддержке», если добавить к этому обучению еще один годичный модуль. Имея такую квалификацию, специалисты по социальной поддержке могут встать во главе команды и занимать другие руководящие позиции, например в домах престарелых или центрах дневного пребывания.

Хотя в Соединенных Штатах таких учебных планов не имеется, в одной из статей, вышедших в 2013 г., при анализе тенденций в области медицины и здравоохранения была высказана мысль о том, что в Соединенных Штатах назрела потребность в создании условий для комплексного обучения и подготовки в области гериатрии, ориентированных как на специалистов по обучению навыкам социальной работы [social work educators], так и на социальных работников гериатрического профиля. В частности, было предложено создавать центры гериатрической подготовки, которые обеспечивали бы краткосрочные интенсивные курсы, сфокусированные на гериатрии, ведении хронических заболеваний и долгосрочном уходе, и предлагались бы всем работникам здравоохранения, включая социальных работников (18).

Инновационная роль, складывающаяся на стыке медицинской помощи и социальной поддержки, – это роль специалиста по навигации в процессе оказания помощи [care navigator] (уже существующая, например, в Австрии, Канаде, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах). С целью уменьшения барьеров для доступа к медицинской помощи и социальной поддержке такие специалисты оказывают пациентам и ухаживающим за ними членам семьи содействие при выборе надлежащих услуг как в области медицинской помощи, так и в сфере

социальной поддержки. Они способствуют ведению здорового образа жизни в соответствии с конкретным заболеванием и помогают решать стоящие перед пациентом вопросы, например в отношении самоконтроля и приверженности лечению, с учетом убеждений и опасений пациента (19). Параллельно в Соединенном королевстве постепенно складываются роли специалиста по навигации по месту жительства [community navigator] и специалиста по связям [link worker]. Они помогают сократить разрыв между оказывающими помощь организациями и обслуживаемым населением, помогая специалистам получить доступ к ресурсам поддержки на уровне сообщества и формируя связи между пациентами и соответствующими организациями (12).

Тем не менее необходимо подчеркнуть, что разработка учебных программ для новых профессиональных профилей, а также их систематическая интеграция сопряжены с рядом серьезных проблем нормативно-правового и финансового порядка и могут занять длительное время. С учетом скорости распространения технологических инноваций и изменяющейся структуры потребностей необходима более энергичная разработка учебных планов и формирование навыков в системе медико-социального образования. Речь идет, например, о выходе за рамки более традиционного обучения, ориентированного в первую очередь на стационарное лечение, и разработке дополнительных курсов и модулей, которые могут быть предложены с целью внедрения интегрированных профилей работы в практику первичной медико-санитарной помощи и практику работы специалистов формирующейся медико-социальной сферы. Такие новые профили могут привести к перераспределению рабочей нагрузки для специалистов более традиционной медицины, что позволит им лучше сосредоточиться на решении задач, соотносимых с их профессиональной подготовкой, и потенциально обеспечит повышение эффективности.

ВЫВОДЫ

Сектор первичной медико-санитарной помощи будет и далее сталкиваться с растущим спросом со стороны все большего числа пациентов со сложными потребностями. Для того чтобы принять этот вызов, необходимы интеграция медицинской помощи и социальной поддержки, а также координация помощи, оказываемой на формальном и неформальном уровне, как это отражено моделью на рис. 1 (20). Такая интеграция потребует от специалистов первичной медицинской помощи выполнения новых

задач и приобретения новых навыков, такие как использование новых информационных и коммуникационных технологий. Такой подход, очевидно, позволит как повысить скоординированность помощи, так и обеспечить более эффективное выделение кадровых ресурсов для решения конкретных задач в процессе оказания помощи/осуществления ухода. Этот подход также будет более действенным в местах, где все чаще оказывается помощь: на дому и по месту жительства, а не в условиях стационара (будь то помощь в острых случаях или долгосрочный уход в учреждениях интернатного типа). Однако новые типы ролей и навыков, которые требует такой подход, нельзя рассматривать просто как дополнения к существующим профилям работы; чтобы избежать увеличения нагрузки на уже перегруженный персонал, необходимо будет предоставить соответствующее обучение и усовершенствовать организационную структуру как внутри, так и между медицинскими и социальными профессиями. Следовательно, будут необходимы радикальные изменения существующих рабочих процессов, перераспределение бюджетных средств для того, чтобы провести дополнительное обучение, и обязанностей между работниками сферы оказания медико-санитарной помощи.

Для принятия такого подхода необходимо будет искать пути эффективного преодоления факторов, препятствующих совместной работе специалистов здравоохранения и служб социальной поддержки, а также тех, кто оказывает помощь и осуществляет уход на формальной или неформальной основе. Необходимо уделять больше внимания выработке единого перспективного видения путем внедрения соответствующих квалификационных профилей и обеспечения возможностей для совместного обучения и дополнительной подготовки с целью расширения профессионально-квалификационной структуры работников здравоохранения и социальной поддержки (21). Роль первичной медико-санитарной помощи и ее важность в системе здравоохранения будут и далее возрастать, что повлечет за собой ставку на новую идентичность «работника первичной медико-санитарной помощи». Тем не менее модель, предлагаемая нами на рис. 1, обладает огромным потенциалом для облегчения совместного обучения на стыке различных секторов.

Выражение признательности: не заявлено.

Источники финансирования: не заявлены.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ⁴

1. Алма-Атинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978 (http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/).
2. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Выстраивание первичной медико-санитарной помощи в условиях меняющейся Европы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/building-primary-care-in-a-changing-europe-2015>).
3. Hudon C, Chouinard M-C, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review. *BMJ Open* 2017;7:e017762. doi:10.1136/bmjopen-2017-017762.
4. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Борьба с хроническими болезнями в Европе: стратегии, принимаемые меры и задачи. Копенгаген: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2010/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies,-interventions-and-challenges-2010>).
5. Rijken M, Struckmann V, van der Heide I, Hujala A, Barbabella F, van Ginneken E et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? Amsterdam/Berlin: NIVEL and TU Berlin; 2016 (https://www.icare4eu.org/pdf/PB_23.pdf).
6. Carduff E, Jarvis A, Highet G, Finucane A, Kendall M, Harrison N et al. Piloting a new approach in primary care to identify, assess and support carers of people with terminal illnesses: a feasibility study. *BMC Fam Pract* 2016;17:18. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0414-2>.
7. Glimmerveen L, Nies H. Integrated community-based dementia care: the Geriant model. *Int J Integr Care* 2015; 15:e020.
8. Allen K, Glasby J, Rodrigues R. Joint working between health and social care. In: Leichsenring K, Billings J, Nies H. Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013: 81–99.

⁴ Все ссылки приводятся по состоянию на 8 декабря 2018 г.

9. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag* 2007;12:330–6.
10. Ham C. Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organizations in the NHS in England. London: The King's Fund; 2018 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>).
11. Goodman C, Davies SL, Dickinson A, Gage H, Froggatt K, Morbey H et al. A study to develop integrated working between primary health care services and care homes. London: NIHR Service Delivery and Organisation Programme; 2013.
12. Gilbert H. Supporting integration through new roles and working across boundaries. London: The King's Fund; 2016.
13. Demou E, Gaffney M, Khan F, Lando JK, Macdonald EB. Case management training needs to support vocational rehabilitation for case managers and general practitioners: a survey study. *BMC Med Educ* 2014;14:95. doi: 10.1186/1472-6920-14-95.
14. Aspinall F, Glasby J, Rostgaars T, Tuntland H, Westendorp RG. New horizons: reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing* 2016;45:572–6. doi: 10.1093/ageing/afw094.
15. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud* 2015;52:727–43. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014.
16. Ministry of Health, Welfare and Sports, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Guideline for integrated dementia care: an aid for the development of integrated dementia care. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sports; 2009.
17. Folkersen J, Jensen O, editors. Working in Denmark: working with the elderly, the sick and the disabled. Copenhagen: FOA; 2009 (applikationer.foa.dk/Publikationer/pjecer/Forbund/SocialSundhedEnglish.pdf).
18. Spitzer W, Davidson K. Future trends in health and health care: implication for social work practice in an aging society. *Soc Work Health Care* 2013;52:959–86. doi: 10.1080/00981389.2013.834028.
19. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res* 2018;18: 96. doi: 10.1186/s12913-018-2889-0.
20. Cramm JM, Nieboer AP. The changing nature of chronic care and coproduction of care between primary care professionals and patients with COPD and their informal caregivers. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:175–82. doi:10.2147/COPD.S94409.
21. Stein, K. Developing a competent workforce for integrated health and social care: what does it take? *Int J Integr Care* 2016;16:9. doi: 10.5334/ijic.2533. ■