

© БАКУНЦ С. А., 2022
УДК 614.2

Бакунц С. А.

КОММУНИКАЦИИ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР: РАБОТА В КОМАНДЕ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь

В статье рассмотрены вопросы коммуникации между врачами и медсестрами. Уделяется внимание препятствиям на пути эффективной коммуникации врачей и медицинских сестер, к которым отнесены рост нагрузки на работе, постоянная смена персонала, использование высокотехнологической терминологии, предшествующий негативный опыт общения медицинских сестер с врачами. Приведены рекомендации по улучшению коммуникации в медицинской команде. Подчеркивается, что факторами, способствующими эффективной коммуникации между стационарами и организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, являются multidisciplinary планы оказания медицинской помощи, составленные в сотрудничестве с пациентами и лицами, осуществляющими уход за ними.

Ключевые слова: коммуникации в медицине; медицинская команда.

Для цитирования: Бакунц С. А. Коммуникации врачей и медицинских сестер: работа в команде. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(5):890–896. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-890-896>

Для корреспонденции: Бакунц Сюзанна Араратовна, врач, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: kum672002@mail.ru

Bakunts S. A.

COMMUNICATIONS OF DOCTORS AND NURSES. TEAMWORK

Stavropol State Medical University of Minzdrav of Russia, 355017, Stavropol, Russia.

The article deals with the issues of communication between doctors and nurses. Attention is paid to the obstacles which affect effective communication between doctors and nurses, which include the increase of the workload, the constant change of staff, the use of high-tech terminology, the previous negative experience of communication between nurses and doctors, etc. Recommendations for improving communication in a medical team are given. It is emphasized that the factors contributing to effective communication between hospitals and organizations providing primary health care are multidisciplinary medical care plans drawn up in cooperation with patients and caregivers

Keywords: communications in medicine; medical team

For citation: Bakunts S. A. Communications of doctors and nurses. Teamwork. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(5):890–896 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-890-896>

For correspondence: Bakunts Syuzanna Araratovna, a doctor, an applicant for the Department of Public Health and Health Care, Medical Prevention and Informatics with a course of additional professional education, Stavropol State Medical University, Ministry of Health of Russia. e-mail: kum672002@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.02.2022

Accepted 06.04.2022

Решения в отношении пациентов часто принимают врачи, однако большая часть ухода за пациентами лежит на медсестрах. Никто из них не может работать изолированно в больницах, поэтому важно, чтобы и врачи, и медицинские сестры могли эффективно общаться, обеспечивая пациентам самый высокий уровень лечения и безопасности. Но есть и другие важные преимущества, которые вытекают из эффективного сотрудничества и коммуникации.

Доказано, что эффективная и действенная коммуникация в здравоохранении повышает удовлетворенность работой и моральный дух персонала, что делает стресс более управляемым и снижает вероятность выгорания. При высокой удовлетворенности работой и высоком моральном духе текучесть кадров снижается.

Улучшая коммуникацию между врачами и медсестрами, медицинские работники могут повысить уровень медицинской помощи, предоставляемой пациентам, улучшить показатели удовлетво-

сти пациентов и уменьшить количество ошибок. Для ее улучшения в больницах может быть принято несколько стратегий, включая организационные меры [1–5].

В иерархии медицинской практики врачи, как правило, занимают лидирующую позицию в терапевтическом процессе, что подкрепляется организацией, финансированием и политикой доминирующей системы здравоохранения. Организационные формализованные подходы (клинические совещания, обзоры случаев заболевания, конференции) предлагаются в качестве эффективных стратегий решения любых проблем, связанных с сотрудничеством и командной работой. Внедрение согласованного общего языка и стиля общения может помочь найти точки соприкосновения и выработать общее понимание работы в команде [6].

Эффективная работа с другими людьми в области здравоохранения — это сложная задача. Медсестры и доктора вместе несут ответственность за пре-

Образование и кадры

доставление высококачественной и безопасной медицинской помощи.

Существуют препятствия на пути эффективной коммуникации врачей и медицинских сестер. К ним относятся:

- сложившаяся иерархия с доминированием врачей;
- рост нагрузки на работе;
- постоянная смена персонала (смены, смежные специальности и др.);
- использование высокотехнологической терминологии;
- влияние на актуальные взаимоотношения предшествующего негативного опыта общения медицинских сестер с врачами.

Рекомендации по общению медицинских сестер с врачом, особенно по телефону, включают следующее:

1. Установите цель разговора — информирование доктора о состоянии пациента, получение объяснений по поводу назначенных диагностических процедур или лечения. Определите важность и срочность звонка: если звонок или разговор действительно, на Ваш взгляд, не терпит отлагательств и могут пострадать здоровье или интересы пациента,— не откладывайте разговор.
2. Определите, с кем именно из врачей следует переговорить, кто именно ответственен за данного пациента или сложившуюся ситуацию.
3. Возможно, для ответа врачу потребуются дополнительные данные по конкретному пациенту, следует иметь их под рукой.
4. При принятии решения о разговоре либо звонке следует назвать себя и свою должность, место нахождения в момент звонка, объяснить причину звонка (ситуация), при необходимости расширить информацию о пациенте или его ситуации (история болезни), задать конкретный вопрос или вопросы, дублировать ответы врача во избежание ошибок или недопонимания; в случае серьезности ситуации будьте настойчивы, но при этом вежливы.

Коммуникации медсестер при взаимодействии медицинских бригад

Увеличение числа медицинских команд сделало профессиональную сестринскую практику еще более заметной, так как медсестры часто служат связующим звеном не только между членами команды, но и между командой и другими группами (пациентами и их семьями, администраторами).

Сегодняшние профессиональные медсестры должны эффективно общаться не только у постели больного, но и во взаимодействии с коллегами из основных медицинских бригад. Жизнь требует, чтобы медсестры успешно применяли традиционные процессы общения (образование, сочувствие) с пациентами, а также их семьями и демонстрировали новые коммуникативные навыки (разрешение кон-

Таблица 1

Четыре принципа коммуникации профессиональных медсестер при взаимодействии медицинских команд [7]

Навык	Действие
Сотрудничество	Запрашивайте информацию и критически оценивайте ее полноту и правдивость Организируйте, «фильтруйте» и предоставляйте соответствующую информацию врачам и другим членам команды Вступайте в диалог с врачами, чтобы найти решение проблем и участвовать в принятии решений
Достоверность	Говорите достоверно, избегая жаргона и расплывчатой терминологии Отрегулируйте общение в соответствии с ролями, личностями и ситуацией в команде Напористо взаимодействуйте и решайте конфликты прямо, но с уважением
Сострадание	Демонстрируйте внимание и заботу в том, что касается проблем членов команды Защищайте потребности членов команды, когда это необходимо Проявляйте уважение и приверженность вербально и невербально
Координация	Распределите обязанности и организуйте членов команды. Поощряйте вклад членов команды и дайте им понять, что их вклад ценится

фликтов, управление изменениями) при взаимодействии с коллегами.

Коммуникативные навыки, которые медсестры должны использовать при общении в медицинской команде, представлены в табл. 1.

Предложенные методы были дополнены (табл. 2).

Готовность медицинских работников высказываться в клинических условиях необходима для повышения безопасности пациентов и качества медицинской помощи. Она может способствовать предотвращению неблагоприятных событий для пациентов: ошибок в приеме лекарств, инфекций, хирургических процедур в неправильном месте и др. Однако, несмотря на признание различных преимуществ, возникающих в результате высказывания, медицинские работники часто предпочитают молчать [8, 9].

Среди медицинских работников в больницах тесный контакт медсестер с пациентами дает им привилегированное положение для наблюдения и решения вопросов безопасности пациентов. Кроме того, медсестры на переднем крае играют важную роль в повышении безопасности пациентов, поскольку имеют хорошие возможности для выявления ранних признаков опасности для здоровья и могут привлечь к ним внимание другого медицинского персонала. Поэтому клиническим медсестрам жизненно важно высказывать свои опасения по поводу безопасности пациентов, чтобы предотвратить причинение им вреда. На готовность медсестер высказаться влияют несколько личных, командных, организационных и социокультурных факторов: например, страх медсестер быть обвиненными или уволенными, если они озвучат свои опасения, может повлиять на их готовность говорить о безопасности пациентов. Кроме того, организационные факторы (политика больниц, организационная культура, иерархия власти в организациях здраво-

Таблица 2

**Методы профессионального общения медсестер
во взаимодействии медицинских команд**

Навык	Пример невербальных и вербальных приемов
Сотрудничество	Активно выслушивайте идеи членов команды, резюмируя услышанное и обращаясь за разъяснениями, когда это необходимо Предлагайте идеи и мнения, основываясь на профессиональной медсестринской практике Регулярно разговаривайте с врачами и другими членами команды, чтобы выявить и решить проблемы, связанные с уходом за пациентами При необходимости задавайте открытые вопросы, а затем задавайте уточняющие вопросы для получения дополнительной информации Представляйте информацию членам команды кратко и структурированно
Достоверность	Говорите четко и уверенным тоном Используйте конкретный и точный язык при передаче информации Выражайте уважение к точкам зрения других, но при необходимости решайте разногласия Измените стиль общения, чтобы удовлетворить потребности членов команды В конфликтных ситуациях проявляйте спокойствие и отстраненность, сосредоточьтесь на объективных данных, а не на личных ощущениях
Сострадание	Используйте выражения лица и язык тела, которые побуждают других к общению: смотрите друг другу в глаза, улыбайтесь, кивайте головой, используйте открытую позу При необходимости используйте прикосновения, чтобы выразить уверенность, уважение и причастность Выразите уважение и признательность за вклад, сделанный другими членами команды Отвечайте положительными отзывами и поддержкой, когда другие разделяют Ваши чувства и сомнения
Координация	Четко делегируйте задачи подчиненным и давайте разъяснения относительно ожиданий от работы Предоставляйте обновленную и точную информацию другим на протяжении всей смены Предлагайте рекомендации членам команды, когда это необходимо или по запросу Спросите членов команды об их вкладе и положительно подкрепите их деятельность по обмену информацией Служите связующим звеном между членами команды, которые имеют ограниченный контакт друг с другом

охранения) могут препятствовать готовности медсестер выражать свои проблемы или идеи [10].

Социокультурные характеристики играют значительную роль в готовности медсестер высказываться; к ним относятся возрастные иерархии и иерархии, основанные на старшинстве, различия во власти между профессиями и полами и коллективистская культура [11–13]. Инклюзивные лидеры активно приглашают других высказывать свое мнение и выражать признательность за них, тем самым позволяя своим подчиненным верить, что их голоса услышаны и их искренне ценят, чем способствуют большей психологической безопасности среди своих сотрудников [14].

Задачи коммуникации в команде

Команды определяются как взаимосвязанные люди, которым поручено достичь общей цели. Команда определяется как набор из двух или более человек, которые должны взаимодействовать для достижения определенных общих и ценных целей. Ключевой характеристикой команды является взаимозависимость задач. Члены команды должны не

только общаться, но и координировать действия и сотрудничать, чтобы выполнить задачу. Работа в команде — это взаимосвязанный набор мыслей, поведения и чувств членов команды, необходимых для того, чтобы она функционировала как единое целое. «Большая пятерка» командной работы — это командное лидерство, взаимный мониторинг производительности, резервное поведение, адаптируемость и командная ориентация [15, 16].

Цели коммуникации в команде заключаются в том, чтобы обеспечить своевременную и точную передачу информации и поддерживать общую осведомленность о ситуации с целью эффективно координировать действия и распознавать возможные ошибки.

Члены команды напрямую и неоднократно координируют свои действия друг с другом, чтобы обеспечить надлежащее и своевременное выполнение клинических задач и помочь перегруженным товарищам по команде. Каждый член команды работает над поддержанием ясного и точного понимания ситуации и плана лечения для каждого пациента, статуса рабочей нагрузки каждого члена команды. Команде всегда должно быть предоставлено четкое объяснение любых действий в отношении пациента, предпринятых не членом команды, поскольку в итоге ответственность за пациента несет команда. Члены команды не могут покинуть команду, не передав свои обязанности остальным ее членам.

Цель руководства организации — распределить рабочую нагрузку и ресурсы так, чтобы ни одна команда не была перегружена. Цель команды состоит в том, чтобы внутренне управлять возложенными на нее обязанностями и ресурсами так, чтобы ни один отдельный член команды не был перегружен и все пациенты получали при этом уважительное отношение, безошибочный и качественный уход.

Существует два основных вида командной работы: командные встречи и индивидуальные командные действия. Команды проводят короткие командные встречи продолжительностью от 2 до 5 мин для организации и обучения. Вопросы, рассматриваемые на собраниях команды, включают определение членов команды и лидеров, установление/восстановление осведомленности о ситуации, распределение/перераспределение обязанностей и задач, принятие командных решений, обсуждение проблем и анализ полученных уроков. Поскольку часто бывает сложно собрать всех членов команды вместе, большинство команд проводят одно организационное собрание в начале смены и обзорное собрание ближе к концу смены. Однако, когда в команде возникает хаос, чрезвычайно важно созвать 1–3-минутное командное совещание для быстрой оценки ситуации и реорганизации.

Другая сторона командной работы — индивидуальная командная работа, которая заключается в том, что лица, участвующие в терапевтическом процессе, работают как отдельные члены команды, наблюдая или кратко связываясь с другим членом ко-

Образование и кадры

манды. Общие индивидуальные действия в команде включают следующее:

- Медицинский работник № 1 помогает медицинскому работнику № 2.
- Медицинский работник № 1 наблюдает за действиями медицинского работника № 2 (перекрестный контроль), но не замечает ничего необычного, поэтому прямого взаимодействия не происходит.
- Медицинский работник № 1 наблюдает за действиями медицинского работника № 2 (перекрестный мониторинг), отмечает неожиданное действие № 2, а также действует или общается по мере необходимости, чтобы помочь или скорректировать действия или понимание № 2 или скорректировать собственное понимание № 1.
- Медицинские работники № 1 и № 2 могут быть любыми двумя членами команды, независимо от профессиональных ролей.

За исключением случаев, когда практические вопросы ограничивают клинические действия, поведение при совместной работе явно не ограничивается традиционным статусом и иерархическими границами. Многие модели командной работы призваны помочь разрушить традиционные барьеры, например между медсестрами и врачами, которые препятствуют общению и сотрудничеству и подрывают качество медицинской помощи.

Эти индивидуальные действия в команде придают командной работе большую часть ее оперативных возможностей. Работа в команде на оперативном уровне включает интеграцию этих действий в повторяющийся цикл мониторинга, вмешательства и исправления ошибок или отклонений в ситуационной осведомленности.

Независимо выполняя этот циклический процесс мониторинга, каждый член команды вносит значительный вклад:

- в поддержание собственной осведомленности о ситуации;
- в поддержание осведомленности о ситуации у членов команды;
- в выявление ошибок, допущенных членами команды.

Установлено, что 8 из 12 проанализированных случаев смерти, а также 5 из 8 основных необратимых нарушений (значительное повреждение сердца, потеря конечности или потеря способности управлять повседневной жизнедеятельностью) можно было предотвратить, если бы были предприняты соответствующие действия в команде.

Часто в состав команды входят сотрудники других подразделений, таких как лаборатория и хозяйственные службы. Каждая основная команда состоит как минимум из одного врача и одной медсестры. Самый опытный врач в группе назначается руководителем группы. Лидер группы является лидером только одной команды во время рабочей смены. Члены команды всегда знают, кто является членом их команды, а кто ее руководитель. Видимые иден-

тификаторы, например бэйдж, облегчают координацию действий медработников, а также помогают пациентам узнать, кто несет ответственность за их лечение и кто в случае необходимости немедленно сможет им помочь [17].

Технические решения для улучшения коммуникации между врачами и медсестрами включают безопасный обмен текстовыми сообщениями. Безопасные платформы обмена текстовыми сообщениями соединяют всех членов команды и облегчают эффективную коммуникацию во всей системе здравоохранения.

Врачи, медсестры и другие медицинские работники могут общаться друг с другом через мобильные приложения в любое время и из любого места. Веб-платформы позволяют отправлять медицинские изображения, результаты тестов и текстовые сообщения, а также совершать голосовые и видеозвонки. Эти платформы улучшают рабочий процесс и совместную работу и обеспечивают более быструю и эффективную коммуникацию во всей организации.

Помехой коммуникации, о которой чаще всего сообщают медсестры, является ощущение, что врач торопится, или не слушает, или не интересуется информацией, которую пытается передать медсестра. Такое восприятие не только указывает на то, что информация не передается или не принимается надлежащим образом, но и на то, что медсестры испытывают активное разочарование в отношении своих оценок и взглядов на уход за пациентами. Это может привести к снижению вероятности высказывания критических замечаний.

Проблемой является также недостаток профессионального уважения по отношению к медицинским сестрам со стороны врачей и логистические проблемы (отсутствие места для общения с врачом, невозможность с ним связаться). Поскольку медсестры проводят значительное количество времени с пациентами, их наблюдения имеют важное значение для ухода за пациентами и должны быть доведены до сведения обществу.

Лидеры команд должны создать среду открытого общения, моделируя соответствующее поведение. Включение медсестер в обходы пациентов, подчеркивание того факта, что медсестры и врачи являются командой, ознакомление с предпочтениями коллег и создание атмосферы взаимного уважения — все это способы создания культуры открытого общения [18].

Подчиненные улавливают настроения своих лидеров. Лидеры переносят свое настроение на членов команды, и настроения лидеров влияют на результаты команды. Результаты показывают, что команды, лидеры которых находятся в позитивном настроении, показывают высокие результаты.

С другой стороны, количество медицинских ошибок возрастает, когда члены медицинской команды находятся в состоянии стресса, испытывают высокую нагрузку и общаются неэффективно [19].

Коммуникация при выписке пациентов из стационаров обеспечивает жизненно важную связь между больницами и организациями, оказывающими первичную медицинскую помощь, и является важным фактором, определяющим положительные результаты лечения пациентов после госпитализации, помогая обеспечить непрерывное оказание медицинских услуг [20, 21].

Достижения в сфере информационных технологий в области здравоохранения могут улучшить коммуникацию и сотрудничество на момент выписки [22].

Междисциплинарная команда медицинских специалистов и их партнеров должна оказать поддержку пациентам и внести важный вклад в информирование о функциях пациентов, их социальном положении, целях восстановления и потребностях [23].

В связи с этим доступ к больничным медицинским записям, включая сопутствующую медицинскую документацию, улучшает результаты первичной медицинской помощи [24].

Подобные технологии представляют собой комплексные междисциплинарные подходы к облегчению связи больницы с организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, при выписке посредством интеграции электронных медицинских карт, содействия вовлечению пациентов и постоянного мониторинга пациентов. Для этого нужны более эффективные информационные технологические системы. Модель расширения совместного ведения пациента направлена на улучшение коммуникации не только между больницами и поликлиниками, но и между организациями, занимающимися соматическим и психическим здоровьем, а также между медицинскими и социальными организациями [25].

Основными компонентами координации медицинской помощи должны быть первоначальное уведомление о госпитализации пациента, комплексная оценка потребностей, клиническое вмешательство и телефонный звонок организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь [26].

Заключение

Факторами, способствующими эффективной коммуникации между стационарами и организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, являются междисциплинарные планы оказания медицинской помощи, составленные в сотрудничестве с пациентами и лицами, осуществляющими уход за ними, которые в электронном виде передаются в поликлиники, с назначенным лицом для последующего наблюдения, чтобы обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи после выписки из больницы. Барьеры на пути такого общения заключаются в том, что общение при выписке может оставаться ориентированным на медицинское обслуживание и не включать в себя рекомендации по смежным медико-социальным

проблемам или предпочтения пациентов и/или членов их семей.

Эти задачи особенно актуальны, поскольку пандемия COVID-19 оказала негативное воздействие на системы здравоохранения и социальные системы, вызвав трансформацию процесса оказания медицинской помощи из больницы на дом на многих уровнях и подчеркнув особую уязвимость пожилых людей со сложными потребностями в области здравоохранения и социальной помощи [27].

Такие меры общественного здравоохранения, как социальное дистанцирование, сокращение сроков пребывания в больницах для минимизации шансов передачи инфекции, могут иметь негативные последствия для лечения пациентов с хроническими заболеваниями, включая тех, кто имеет проблемы с психическим здоровьем, однако они ускорили развитие дистанционных технологий в здравоохранении [28].

Многодисциплинарные планы оказания медицинской помощи с участием сотрудников больницы, составленные совместно с пациентами и их родственниками, должны регулярно включаться в электронные выписки. Кроме того, включение подробных сведений о назначенном последующем персонале/процессе облегчило бы обмен информацией и аналогичным образом могло бы осуществляться электронным способом [29].

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликтов интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nguyen J., Smith L., Hunter J. Conventional and Complementary Medicine Health Care Practitioners' Perspectives on Interprofessional Communication: A Qualitative Rapid Review. *Medicina*. 2019;55(10):650.
2. McInnes S., Peters K., Bonney A. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J. Adv. Nurs*. 2015;71:1973–85.
3. Summary Data of Sentinel Events 2004–2015. Режим доступа: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004-2015_SE_Stats_Summary.pdf
4. Foronda C., MacWilliams B., McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *J. Nurs. Educ. Pract.* 2016;19:36–40.
5. Stewart M. A. Stuck in the middle: The impact of collaborative interprofessional communication on patient expectations. *Shoulder Elb.* 2018;10:66–72.
6. O'Reilly P., Lee S. H., O'Sullivan M. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS ONE*. 2017;12:22.
7. Apker J., Propp K. M., Zabava W. S. Ford Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *J. Prof. Nurs*. 2006;22(3):180–9.
8. Schwappach D., Richard A. Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *B. M. J. Qual. Saf.* 2018 Oct;27(10):827–35. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007388
9. Hémon B., Michinov E., Guy D. Speaking up about errors in routine clinical practice: a simulation-based intervention with nursing students. *Clin. Simul. Nurs*. 2020;45:32–41.
10. Massey D., Chaboyer W., Anderson V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nurs Open*. 2017;4(1): 6–23.

Образование и кадры

11. Omura M., Stone T. E., Levett-Jones T. Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication. Part 1: collectivism. *Nurs Health Sci.* 2018;20(3):283–8.
12. Omura M., Stone T. E., Levett-Jones T. Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication. Part 2 — hierarchy and power. *Nurs Health Sci.* 2018;20(3):289–95.
13. Han J. A structure model of clinical nurses' silence on patient safety. *J. Korean Acad. Fundam. Nurs.* 2018;25(1):68–77.
14. Lee S. E., Choi J., Lee H. Factors Influencing Nurses' Willingness to Speak Up Regarding Patient Safety in East Asia: A Systematic Review. *Risk Manag. Healthc Policy.* 2021;14:1053–63.
15. Salas E., Sims D. E., Burke C. S. Is there "big five" in teamwork? *Small Group Res.* 2005;36:555–99.
16. Patterson P. D., Pfeiffer A. J., Weaver M. D. Network analysis of team communication in a busy emergency department. *BMC Health Serv. Res.* 2013;13:109.
17. Asnani M. R. Patient-physician communication. *WestIndian Med. J.* 2009;58(4):357–61.
18. Sy T., Côté S., Saavedra R. The contagious leader: impact of the leader's mood on the mood of group members, group affective tone, and group processes. *J. Appl. Psychol.* 2005;90(2):295–305.
19. Salas E., DiazGranados D., Weaver S., King H. Does Team Training Work? Principles for Health Care. *Acad. Emerg. Med.* 2008 Nov;15(11):1002–9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00254.x. Epub 2008 Oct 1.
20. Shahid S., Thomas S. Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care: a narrative review. *Saf. Health.* 2018;4:7.
21. Hawes E. M., Smith J. N., Pinelli N. R. Accountable care in transitions (ACTion): a team-based approach to reducing hospital utilization in a patient-centered medical home. *J. Pharm. Pract.* 2018;31(2):175–82.
22. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Safety Issues at Transitions of Care: Consultation Report on Perceived Pain Points Relating to Clinical Information Systems. Sydney: ACSQH; 2017.
23. Janssen A., Robinson T., Brunner M. Multi-disciplinary teams and ICT: a qualitative study exploring the use of technology and its impact on multi-disciplinary team meetings. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18:444.
24. Hsiao Y. L., Bass E. B., Wu A. W. Implementation of a comprehensive program to improve coordination of care in an urban academic health care system. *J. Health Organ. Manag.* 2018;32(5):638–57.
25. Trankle S., Usherwood T., Abbott P. Integrating health care in Australia: a qualitative evaluation. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:954.
26. Miller L. B., Sjöberg H., Mayberry A. The advanced care coordination program: a protocol for improving transitions of care for dual-use veterans from community emergency departments back to the Veterans Health Administration (VA) primary care. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:734.
27. Gauvin F., Markel-Reid M., McAiney C. Health Forum. Home page from the internet. Top ten insights into improving hospital-to-home transitions: part 2 — insights from the COVID-19 response. 2020. Режим доступа: <https://www.mcmasterforum.org/learn-how/public-events/event-item/top-ten-insights-into-improving-hospital-to-home-transitions-part-2-insights-from-the-covid-19-response>
28. Sheehan J., Laver K., Bhojti A. Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *J. Multidiscip. Healthc.* 2021;14:493–511.
29. Stanhope V., Matthews E. B. Delivering person-centred care with an electronic health record. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* 2019;19:168.
3. Summary Data of Sentinel Events 2004—2015. Available at: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004-2015_SE_Stats_Summary.pdf
4. Foronda C., MacWilliams B., McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *J. Nurs. Educ. Pract.* 2016;19:36–40.
5. Stewart M. A. Stuck in the middle: The impact of collaborative interprofessional communication on patient expectations. *Shoulder Elb.* 2018;10:66–72.
6. O'Reilly P., Lee S. H., O'Sullivan M. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS ONE.* 2017;12:22.
7. Apker J., Propp K. M., Zabava W. S. Ford Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *J. Prof. Nurs.* 2006;22(3):180–9.
8. Schwappach D., Richard A. Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *B. M. J. Qual. Saf.* 2018 Oct;27(10):827–35. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007388
9. Hémon B., Michinov E., Guy D. Speaking up about errors in routine clinical practice: a simulation-based intervention with nursing students. *Clin. Simul. Nurs.* 2020;45:32–41.
10. Massey D., Chaboyer W., Anderson V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nurs Open.* 2017;4(1): 6–23.
11. Omura M., Stone T. E., Levett-Jones T. Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication. Part 1: collectivism. *Nurs Health Sci.* 2018;20(3):283–8.
12. Omura M., Stone T. E., Levett-Jones T. Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication. Part 2 — hierarchy and power. *Nurs Health Sci.* 2018;20(3):289–95.
13. Han J. A structure model of clinical nurses' silence on patient safety. *J. Korean Acad. Fundam. Nurs.* 2018;25(1):68–77.
14. Lee S. E., Choi J., Lee H. Factors Influencing Nurses' Willingness to Speak Up Regarding Patient Safety in East Asia: A Systematic Review. *Risk Manag. Healthc Policy.* 2021;14:1053–63.
15. Salas E., Sims D. E., Burke C. S. Is there "big five" in teamwork? *Small Group Res.* 2005;36:555–99.
16. Patterson P. D., Pfeiffer A. J., Weaver M. D. Network analysis of team communication in a busy emergency department. *BMC Health Serv. Res.* 2013;13:109.
17. Asnani M. R. Patient-physician communication. *WestIndian Med. J.* 2009;58(4):357–61.
18. Sy T., Côté S., Saavedra R. The contagious leader: impact of the leader's mood on the mood of group members, group affective tone, and group processes. *J. Appl. Psychol.* 2005;90(2):295–305.
19. Salas E., DiazGranados D., Weaver S., King H. Does Team Training Work? Principles for Health Care. *Acad. Emerg. Med.* 2008 Nov;15(11):1002–9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00254.x. Epub 2008 Oct 1.
20. Shahid S., Thomas S. Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care: a narrative review. *Saf. Health.* 2018;4:7.
21. Hawes E. M., Smith J. N., Pinelli N. R. Accountable care in transitions (ACTion): a team-based approach to reducing hospital utilization in a patient-centered medical home. *J. Pharm. Pract.* 2018;31(2):175–82.
22. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Safety Issues at Transitions of Care: Consultation Report on Perceived Pain Points Relating to Clinical Information Systems. Sydney: ACSQH; 2017.
23. Janssen A., Robinson T., Brunner M. Multi-disciplinary teams and ICT: a qualitative study exploring the use of technology and its impact on multi-disciplinary team meetings. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18:444.
24. Hsiao Y. L., Bass E. B., Wu A. W. Implementation of a comprehensive program to improve coordination of care in an urban academic health care system. *J. Health Organ. Manag.* 2018;32(5):638–57.
25. Trankle S., Usherwood T., Abbott P. Integrating health care in Australia: a qualitative evaluation. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:954.
26. Miller L. B., Sjöberg H., Mayberry A. The advanced care coordination program: a protocol for improving transitions of care for dual-use veterans from community emergency departments back to the Veterans Health Administration (VA) primary care. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:734.

Поступила 08.02.2022
Принята в печать 06.04.2022

REFERENCES

1. Nguyen J., Smith L., Hunter J. Conventional and Complementary Medicine Health Care Practitioners' Perspectives on Interprofessional Communication: A Qualitative Rapid Review. *Medicina.* 2019;55(10):650.
2. McInnes S., Peters K., Bonney A. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J. Adv. Nurs.* 2015;71:1973–85.

3. Miller L. B., Sjöberg H., Mayberry A. The advanced care coordination program: a protocol for improving transitions of care for dual-use veterans from community emergency departments back to the Veterans Health Administration (VA) primary care. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:734.

27. Gauvin F, Markel-Reid M., McAiney C. Health Forum. Home page from the internet. Top ten insights into improving hospital-to-home transitions: part 2 — insights from the COVID-19 response. 2020. Режим доступа: <https://www.mcmasterforum.org/learn-how/public-events/event-item/top-ten-insights-into-improving-hospital-to-home-transitions-part-2-insights-from-the-covid-19-response>
28. Sheehan J., Laver K., Bhojti A. Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *J. Multidiscip. Healthc.* 2021;14:493–511.
29. Stanhope V., Matthews E. B. Delivering person-centred care with an electronic health record. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* 2019;19:168.