

## Hasta Güvenliği Açısından Önemli Bir Sorun: Hasta Teslimi

### An Important Problem for Patient Safety: Nursing Handover

NİHAL TAŞKIRAN\*  
DİLEK SARI\*\*

Geliş Tarihi: 25.10.2015, Kabul Tarihi: 20.02.2017

#### ÖZ

Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin yükseltilmesi, hemşirelik bakımının dökümanite edilmesi ve hasta bilgilerinin sağlık profesyonelleri arasında doğru aktarılması hususunda önemli bir yere sahip olan hasta teslimi, aynı zamanda hasta güvenliği hedeflerinden etkin iletişim sürdürülmesinde de öncelikli unsurlardan biridir. Hasta teslim sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli kilit nokta; doğru, eksiksiz ve anlaşılır bilginin doğru zamanda ve doğru kişilerce verilmesidir. Modern sağlık bakım sistemi çerçevesinde bu süreç, hasta bakımında üstlendiği roller gereği özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemektedir.

Bu derlemenin amacı, hasta teslim sürecinin önemini vurgulayarak sağlık bakımı uygulamalarının kalitesini artırmak, hasta güvenliğine yönelik alınan tedbirlere katkı sağlamaktır.

**Anahtar kelimeler:** Hasta güvenliği; hasta teslimi; hemşirelik; iletişim.

#### ABSTRACT

Patient handover has an important place in the improvement of health service care, the documentation of nursing care, and the correct transfer between health professionals, and at the same time is a principal component in maintaining effective communications in the aims of patient safety. In the process of patient handover, the most important point in achieving patient safety is giving correct, complete and comprehensible information at the right time and to the right people. In a modern healthcare system, this process charges nurses with a particular responsibility as the people who take on the role of patient caregiver.

The purpose of this review is to increase the quality of healthcare practices and to contribute to the measures taken to ensure patient safety by stressing the importance of the nursing handover process.

**Keywords:** Patient safety; nursing handover; nursing; communication.

Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin yükseltilmesi, hemşirelik bakımının dökümanite edilmesi ve hasta bilgilerinin sağlık profesyonelleri arasında doğru aktarılması hususunda önemli bir yere sahip olan hasta teslimi, aynı zamanda hasta güvenliği hedeflerinden etkin iletişim sürdürülmesinde de öncelikli unsurlardan biridir.<sup>[1,2]</sup> Hasta teslimi, hastanın durumuna özgü özellikli bilgilerinin, bir bakım verenden diğerine tam, doğru ve interaktif şekilde, standart bir iletişim tekniği kullanılarak devredildiği profesyonel bir iletişim süreci olarak tanımlanmaktadır.<sup>[3,4]</sup> Hasta teslimi, sağlık alanın-

da birçok sağlık profesyoneli tarafından kullanılmaktadır.<sup>[5]</sup> Modern sağlık bakım sistemi çerçevesinde bu süreç, hasta bakımında üstlendiği roller gereği özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemektedir.<sup>[6]</sup> İngiltere Tıp Enstitüsü'nün 2001 yılı raporuna göre hasta güvenliği kapsamında hemşireler arasındaki hasta teslimleri, hasta bilgilerinin ulaşılabilir olması, kaybolmaması, unutulmaması ve advers (istenmeyen) olayların azaltılmasında önemlidir.<sup>[7]</sup> Tüm bunlara ek olarak hasta teslimi, bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, tekrarların azalması ve hasta memnuniyetinin artmasında etkili olup ayrıca yeni

\* N Taşkiran, Yrd. Doç. Dr.  
Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,  
Söke / Aydın  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,  
Yenikent Mahallesi 09400 Söke / Aydın  
Tel.: 0 256 512 14 26 Faks: 0 256 511 14 24  
e-posta: nihal\_tas@hotmail.com.tr

\*\* D Sarı, Doç. Dr.  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bornova / İzmir

personelin ve öğrenci hemşirelerin eğitimi için de fırsat sunmaktadır.<sup>[7]</sup> Hasta teslim sürecinde; hasta bilgilerinin doğru, açık ve sistemli şekilde aktarılması sağlık profesyonelleri arasındaki kusursuz ve sürekli iletişim ile mümkündür.<sup>[8]</sup> Ancak hasta teslim sürecinde; hastaya ait bilgilerin içeriğindeki eksiklikler ve hatalar, eksik ve açık olmayan iletişim, teslim sırasındaki dikkat dağıtıcı faktörler, okunabilir belgelerin azlığı, hemşireler arasındaki hiyerarşi ve yönetimin tutumu, yetersiz eğitim ve deneyim ile ilişkili olarak klinik karar verme ve organizasyonel beceri yetersizliği, iş yükünün fazla olması, yorgunluk, zaman süreci kesintiye uğratarak teslimin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesini engellemektedir.<sup>[9,10]</sup> Bu durum beraberinde birçok hatayı ortaya çıkarmakta ve hasta güvenliğini riske sokarak hastaya zarar verebilmekte, bakımın kalitesini düşürmekte, tedavi süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına, ilaç hataları gibi birçok istenmeyen olayın gerçekleşmesine neden olmakta ve hasta memnuniyetini de olumsuz etkilemektedir.<sup>[5,9,11,12]</sup> Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)'nun 2009 yılı raporuna göre nöbet esnasındaki tüm istenmeyen olayların %80'i iletişimdeki aksaklıklar nedeniyle.<sup>[13]</sup> Nitekim Dünya Sağlık Örgütü, 2007 yılında hasta güvenliği problemleri arasında hasta teslimi esnasındaki iletişim sorunlarını da ele almış, bu problemleri hasta güvenliğini tehdit eden, sürdürülebilir ve ölçülebilir azalmanın hedeflendiği ilk beş problem arasında üçüncü sırada göstermiştir.<sup>[14]</sup> Smeulers ve arkadaşlarının (2014) istenmeyen olaylar oranını %17 olarak belirlediği çalışmada, iletişim problemleri nedeniyle istenmeyen olay görülme oranının %11 olduğu bildirilmiştir.<sup>[11]</sup>

Hasta teslim sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli kilit nokta; doğru, eksiksiz ve anlaşılır bilginin doğru zamanda, doğru kişilerce verilmesidir.<sup>[15]</sup>

## Hasta Teslimi Yapılması Gereken Durumlar

Sağlık profesyonelleri arasında hasta teslimi; nöbet değişimlerinde, kısa bir süre için personelin görev yerinden ayrıldığı durumlarda, bir bakım seviyesinden diğerine geçişlerde (örneğin ambulanstan acil servise, acil bölümden yoğun bakım ünitesine veya başka bir kliniğe transfer), hastanın bir test için transfer edildiği durumlarda, konsültasyon sürecinde, ameliyat öncesi ve sonrasında, diğer transfer durumlarının (nakillerde, toplum sağlığı merkezlerinden nakillerde) her birinde yapılmalıdır.<sup>[1,16,17]</sup>

Bir bakım seviyesinden diğerine geçişte hasta teslimi, düzenli izlem ve değerlendirme ile bakımın sürekliliğini sağladığı gibi hastanın mevcut ve olası problemlerine yönelik eleştirel düşünme fırsatı da sunmaktadır.<sup>[18]</sup> Özellikle ambulans ile bir başka sağlık kuruluşuna veya acil bölümden yoğun bakım ünitesine nakillerde veri kaybını önleyerek hastanın durumunu daha net hale getirdiği böylece girişimlerin planlı olmasını sağlayarak zamandan kazandırdığı ve hastanın tedavi süresini kısalttığı bildirilmektedir.<sup>[19]</sup> Ayrıca her yaşta hastanın ilk karşılandığı toplum merkezleri ile birçok farklı akut/kronik

hastalıklar veya majör/minör yaralanmaların ilk değerlendirildiği birimler olan acil servislere hastaların kısa sürede etkin şekilde bilgilerinin paylaşılması müdahalenin hızlı ve doğru şekilde başlatılmasını sağlamaktadır.<sup>[20]</sup>

## Hasta Tesliminin İçeriği

Hasta tesliminde ilk kural, sağlık profesyonelleri arasında paylaşılan bilginin açık, anlaşılır, doğru ve güvenilir olmasıdır.<sup>[21]</sup> Sağlık profesyoneli hastasını diğer bir sağlık profesyoneline teslim ederken hastasının; sosyo-demografik özelliklerini (adı/soyadı, yaşı, cinsiyeti v.b.), tıbbi tanısını, geçmiş medikal ve sosyal öyküsünü, kabul özeti, kritik laboratuvar ve radyolojik testlerinin sonuçlarını, aciliyet seviyesini, ilaç istemini, tedavi uygulaması ile ilgili ayrıntıları, diyetini, yaşamsal bulgularını, kateter ve drenlerini, infüze edilen sıvılarını, bakım planında yer verilmesi gereken konuları ve gereksinimlerini, izolasyon durumunu içeren bilgileri açık, anlaşılır ve sistematik bir şekilde ifade etmelidir.<sup>[12]</sup> Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin; hastanın mobilizasyon durumu ve sıklığı, düşme ve bası yararı riskleri, invazif girişimlerin tarihleri ve değişim durumları hakkında bilgiler aktarılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.<sup>[22]</sup> Yapılan çalışmalar hasta teslimi için harcanan zamanın azalması ve aktarılan bilgilerin tam ve eksiksiz olması için standardize formlar kullanılmasının gerekliliğini öne sürmektedir.<sup>[23,24]</sup> Ancak hemşireler için oluşturulan bu formlar farklı kliniklerde farklılaşan hasta gereksinimlerini belirlemek için yetersiz kalmaktadır. Welsh ve arkadaşları<sup>[22]</sup> (2010) hemşireler ile yaptıkları çalışmada, hasta teslim formlarının standart laboratuvar sonuçları, tedavi ve vital bulgular gibi bilgiler ile birlikte hasta oryantasyonu, ambulasyon ve spesifik ihtiyaçlar gibi ayırt edici bilgileri de kapsayan her birime özgü olarak geliştirilmiş formlar olması gerektiğini bildirmişlerdir.

Hastane ortamında yatarak tedavi gören hastaların bulunduğu klinikler dışında ambulanstan acil servise hasta transferinin yapıldığı acil servis ünitelerinde de hasta teslimi önemli yer tutarken bu kliniklerde teslim süreci farklı özellikler taşımaktadır. Acil servislere hasta tesliminin içeriği; kaza veya yaralanmanın türü ve öyküsü, hastanın ilk gözlemleri ve yaşamsal bulguları, hastanın durumundaki değişiklikler, bilinç düzeyi, geçmiş tıbbi öyküsü ve yaralanmanın tedavisi gibi bilgileri içermektedir.<sup>[25]</sup>

## Hasta Tesliminin Süresi

Hasta tesliminin süresi, hasta sayısına ve hastaların durumuna göre değişmekle birlikte literatürde hasta tesliminde standardize profesyonel bir iletişim modelinin kullanılması durumunda teslimin 15-30 dakika sürdüğünü bildirilmektedir.<sup>[5]</sup> Alvarado ve arkadaşları<sup>[26]</sup> (2006) yaptıkları çalışmada, kritik bakım alanlarında teslim süresinin hasta başına en çok altı dakika, en az bir-iki dakika sürdüğünü bildirmişlerdir. Mosher ve Bontomasi<sup>[27]</sup> (1996) ise hastanın yaşamsal bulguları, diyeti ve aktivite durumunu içeren bir teslimin ortalama 45-50 dakikada tamamlandığını bildirmişlerdir.

## Teslim Sürecinde Yer Alması Gereken Kişiler

Hemşireler teslim sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasında ve özellikle de hataları önlemede kilit rol oynamaktadırlar.<sup>[28]</sup> Hastaya ait bilgilerin teslimi sırasında; nöbeti teslim eden sağlık ekibinin takım lideri olan hemşire (servis sorumlusu), hastaya bakım veren hemşire ile nöbeti devir alan hemşire, shift sorumlu hemşiresi (süpervisör) bulunmalıdır.<sup>[15]</sup> Bazı kliniklerde koşullar uygun olduğunda hasta ve ailesinin teslim sürecine tanıklık etmesi hasta merkezli, işbirlikçi bir bakım sağlamaktadır. Böylece hastalar kendilerini teslim sürecinin bir parçası olarak hissetmekte ve bu durum hastaların bakıma katılımlarını desteklemektedir.<sup>[29]</sup>

## Hasta Tesliminin Yeri ve Şekli

Hasta teslim sürecinde, teslimin verilmiş şekli ve yeri teslimin istenilen standartlarda olması ve bakımın kalitesi açısından önemlidir.<sup>[30]</sup> Literatürde dört tip hasta teslimi dikkati çekmektedir.<sup>[36]</sup> Bunlar, önceden belirlenmiş bir alanda (hemşire deski, hemşire odası gibi): sadece hastanın tıbbi kayıtlarından elde edilen bilgilerin nöbeti devir eden hemşireden nöbeti devir alan hemşireye sözel olarak aktarıldığı sözel teslim; sorumlu hemşirenin tüm hastaların bilgilerini ve kayıtlarını toplayarak bir sonraki vardiyadaki hemşireye aktarılmak üzere sesli olarak okuyup kayıt cihazına kaydettiği teyp kaydı teslim; hasta kayıtları, ilaç kartları, bakım planı notları ve izlem formlarından elde edilen temel bilgilerin dökümanite edildiği yazılı formda gerçekleştirilen yazılı teslim ve hasta odasında hasta ile yüzyüze tüm tıbbi kayıtlar, raporlar, sonuçlar ile birlikte gözlem ve gereksinimlerin de hem sözel olarak aktarıldığı hem de yazılı olarak kaydedildiği yatak başı teslimdir.<sup>[11,31-34]</sup> Literatürde bu yöntemlerden hangisinin en etkin teslim şekli olduğuna dair ileriye dönük (prospektif) deneysel kanıtlar bulunmamasına karşın önceden hazırlanmış standart formların hasta bilgileri doğrultusunda doldurulması ile elde edilen yazılı dökümanlar ile gerçekleştirilen sözel ve yazılı teslimlerin kombine edildiği yatak başında yüz yüze yapılan hasta teslimi, hemşireler arasında en popüler yöntem olarak kullanılmaktadır.<sup>[30]</sup> Ayrıca literatürde hemşire deskinde ve hemşire odasında yapılan tüm teslim türlerinin (sözlü, yazılı, teyp kaydı ile), subjektif odaklanmaya, gereksiz ya da belirsiz/yanlış bilgilerin aktarılmasına neden olduğu belirtilmiştir.<sup>[11,35]</sup> Yazılı döküman kullanılmaksızın sadece sözel yolla yapılan teslimler genellikle gereksiz bilgileri de içerebileceğinden teslim süresi uzamakta ve hastaya ait bilgilerin tamamının akılda tutulması güç olacağından veri kaybı olma olasılığı oldukça yükselmektedir.<sup>[30,33]</sup> Nitekim Pothier ve arkadaşları<sup>[30]</sup> (2005), sözel teslim, sadece tıbbi kayıtlardan oluşan yazılı teslim ve önceden hazırlanmış standart formların hasta bilgileri doğrultusunda doldurulması ile elde edilen yazılı dökümanlar ile yüz yüze gerçekleştirilen yatak başı teslim türlerini kıyasladığı çalışmada en fazla veri kaybının sözel teslim grubunda olduğunu öne sürmüşlerdir. Miller<sup>[36]</sup> (1998), yalnız sözel yolla yapılan teslimlerin sadece zaman faktörünün söz konusu olduğu bazı durumlarda kullanılabilirliğini bildirmektedir. Şüphesiz hemşirelik bakım planları, gözlem ve ilaç çizel-

geleri gibi yazılı dökümanlar hem kalıcı kayıtlar olması hem de yasal güvence sağlaması nedeniyle hasta teslim sürecinin vazgeçilmez unsurlarıdır.<sup>[31]</sup> Literatür ile uyumlu şekilde, Sexton ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada, teslim sürecinde %93.5 oranında mevcut tıbbi kayıtlardan ve diğer medikal belgelerden faydalandığı gözlemlenmiştir.<sup>[31]</sup> Teyp kaydı formatında yapılan hasta teslimleri ise retrospektif kayıtların oluşması, sürecin kesintiye uğramadan daha kısa sürede tamamlanması ve tedavi merkezli bilgiden ziyade ileriye yönelik planlamalara odaklanmayı sağlaması bakımından avantajlı olsa da kaydı yapan kişinin açıklama yapmasına izin vermemesi nedeniyle sıklıkla tercih edilmemiştir.<sup>[30,32]</sup> Oysa yatak başı teslim, hastayı görselleştirerek önceliklerin belirlenmesini, hastanın kontrol duygularını güçlendirerek bakıma ve teslim sürecine aktif olarak katılmasını, hemşirelerin aktif bir şekilde bilgi almasını sağlayarak hemşire ve hastaya sorgulama fırsatı vermektedir.<sup>[37,38]</sup> Yatak başı teslim şeklinin; bakımın sürekliliğini artırması, hastanın durumunu daha iyi açıklaması, daha doğru bilginin daha az zaman harcanarak aktarılması, öğretme ve davranış modellemesine imkân vermesi, personel arasındaki iletişimi geliştirmesi ve hastayla ilişkili önemli durum ya da sorunları hatırlatması bakımından birçok olumlu yönü bulunmaktadır.<sup>[39]</sup> Ancak O'Connell ve Penney<sup>[34]</sup> (2001) çalışmalarında, hemşirelerin yatak başı teslim konusunda hastaların gizlilik ve mahremiyetinin ihlal edilebileceği endişesi taşıdıklarını özellikle çok yataklı odalarda duyarlı ve hassas paylaşımlar yapılmasının gerektiğini ve dikkatsiz konuşmaların hastaların güvenine zarar verebileceğini ifade etmişlerdir.

Ülkemizde Hastane Hizmet Kalite Standartları talimatlarına göre hasta teslimleri, önce hemşire deskinde sonra hasta odaları tek dolaşarak hasta başında mümkün olan en kısa sürede hem sözlü hem de yazılı olarak yapılmalıdır. Hasta dosyası ve hastaya ait tüm kayıtlar nöbeti devralan hemşireye hemşire deskinde teslim edilmelidir. Hastaya yapılan tetkik, tedavi ve hasta bakım sürecinin tüm uygulamaları nöbet teslimi sırasında nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında (çift taraflı) kontrol yapılarak aktarılmalıdır.<sup>[40,41]</sup>

## Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Teknikleri

Hasta teslimi aynı zamanda iletişim süreci olması sebebiyle, toplumların kullandığı iletişim ve etkileşim dili, kültürel ve tarihi özelliklerden de etkilenebilir.<sup>[10]</sup> Agarwal ve arkadaşları<sup>[42]</sup> (2012) yaptıkları çalışmada, profesyonel iletişim araçlarının kullanımının; bilgi alışverişi kalitesini artırdığını, postoperatif dönem komplikasyonların azalması iyileşme sürecinin hızlandığını bildirmektedir. Literatürde hasta tesliminde, hastayla ilgili acilen iletilmesi gereken bir bilginin hızlı, eksiksiz, net biçimde iletilmesini sağlayarak hasta ve sağlık profesyoneline soru sorma ve cevaplama imkanı sunabilen profesyonel iletişim tekniklerinin kullanılması önerilmektedir.<sup>[43,44]</sup> En sık kullanılan teknikler; **SBAR** [(*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) - (*Durum, Arka Plan, Değerlendirme, Öneriler*)], **I PASS** **THE BATON** [(*Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Actions Timing, Ownership, Next*) - (*Ta-*

ntma, Hasta, Değerlendirme, Durum, Güvenlik Kaygıları, Öykü, Zamanlama, Sorumluluk, Sonraki), **5 P's** [(Patient, Plan, Purpose, Problems, Precautions) - (Hasta, Planlama, Amaç, Sorunlar, Önlemler)], **HANDOFFS** [(Hello, Assessment, Necessary Patient Information, Danger or Risks, Occurrence, Framework, Future Recommendations, Seek Questions) - (Merhaba, Değerlendirme, Gerekli Hasta Bilgileri, Tehlike veya Riskler, Vaka, Hasta Öyküsü, Geleceğe Yönelik Tavsiyeler, Sorular Sorun)], **ISBAR** [(Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation) - (Tanıtma, Durum, Arka Plan, Değerlendirme, Öneriler)], **VITAL** [(Vital signs and observation, Input and output, Treatment and diagnosis, Ambulation and patient safety, Legal and patient learning) - (Yaşam bulguları ve gözlemler, Aldığı ve çıkardığı, Tedavi ve tanılama, Hareketlilik ve hasta güvenliği, Yasalar ve hasta eğitimi)], **PVITAL** [(Present, Vital signs and observation, Input and output, Treatment and diagnosis, Ambulation and patient safety, Legal and patient learning) - (Mevcut durum, yaşam bulguları ve gözlemler, Aldığı ve çıkardığı, Tedavi ve tanılama, Hareketlilik ve hasta güvenliği, Yasalar ve hasta eğitimi)], Yatak Başı Pediatri Ünitesi Hasta Teslim Modeli teknikleri olarak bildirilmiştir.<sup>[5,42,43,45]</sup>

**SBAR**, bir sağlık profesyonelinin diğer sağlık profesyoneline hastayla ilgili bilginin iletilmesini sağlayan bir iletişim tekniğidir.<sup>[17]</sup> Riesenbergl ve arkadaşları<sup>[43]</sup> 2009 yılında hasta tesliminde kullanılan profesyonel iletişim araçlarının kullanımına ilişkin yaptıkları çalışmada; iletişim teknikleri arasında en sık SBAR (%69.6) tekniğinin kullanıldığını saptamışlardır. James ve arkadaşları<sup>[45]</sup> 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada; hasta teslimlerinde SBAR tekniğini kullanan hemşirelerin %67.4'ünde bu tekniğin teslim işini daha iyi şekilde yapmaya yardımcı olduğu, %62.8'inde ekip içinde iletişimin daha açık olduğu, %72.1'inde ise nöbet teslim sonrasında hemşirelerin hastası ilgili tüm bilgilere hakim olduğu bildirilmiştir. Yu ve Kang<sup>[46]</sup> (2015) ise çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin uygulamalarında hasta teslimi esnasında SBAR tekniğini kullanması gerekliliğini vurgulamıştır.

**"I PASS THE BATON"** yöntemi, hastayı teslim eden kişinin kendini hastaya ve hastayı devir edeceği sağlık profesyoneline tanıtması, hastanın adı, yaşı ve cinsiyetine dair demografik bilgilerinin verilmesi, mevcut şikayet, yaşam bulguları, semptomların ve tanının açıklanması, hastanın tedavisi ve tedaviye verdiği yanıt, intravenöz girişimleri, aldığı-çıkardığı sıvı takibi, hastanın son durumu, kritik laboratuvar değerleri ile diğer tanı ve test raporları, düşme riski, alerji durumu, varsa izolasyon gerektiren durumları, önceki tıbbi öyküsü (önceden geçirmiş olduğu hastalıklar/ameliyatlar), kullandığı ilaçlar ve aile öyküsü, hastaya uygulanan nazogastrik sonda, üriner katerizasyon, v.b. işlemlerin ve gerekçesinin anlatılması, aciliyet düzeyi, hastaya uygulanacak girişimlerin öncelik sırasının belirlenmesi, hasta ve ailesi ile hemşire, ebe ve hekimin sorumluluklarının belirlenmesi, hastanın teslim edildiği birimde hastaya uygulanacak tedavi planının belirlenmesi basamaklarından oluşan ve İngilizce baş harflerinin bir araya getirildiği, SBAR tekniğine göre daha ayrıntılı bir iletişim tekniğidir.<sup>[17,47]</sup>

Benzer şekilde 5 P's, HANDOFFS, ISBAR, VITAL modelleri ile pediatri hastaları için hazırlanmış Yatak Başı Pediatri Ünitesi Hasta Teslim Modeli ve VITAL tekniğinin başlangıç kısmına (Present/ Mevcut durum) hastanın adı, yaşı, varolan problemleri ile bir sonraki vardiya hazırlanmasını içeren basamakların eklendiği PVITAL hasta teslim teknikleri farklı birimler tarafından kullanılan, gerekli tüm bilgilerin ayrıntılı olarak verildiği ve her türlü tavsiyelerin yer aldığı ayrıca sağlık profesyonellerinin birbirlerine soru sorma olanağının da tanındığı profesyonel iletişim teknikleridir.<sup>[5,28]</sup>

## Sonuç

Hasta teslim süreci, bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliği hedeflerine erişilmesinde önemli yere sahip bir iletişim sürecidir. Günümüzde hemşireler başta olmak üzere sağlık bakım profesyonelleri tarafından sıkça kullanılan bu süreçte, hastanın gerekli tüm bilgilerinin açık, anlaşılır ve doğru şekilde aktarılması, teslimlerin sözel ve yazılı dökümanlar ile hastayı merkez alarak yatak başında sistematik şekilde ve profesyonel iletişim teknikleri kullanılarak mümkün olan en kısa sürede yapılması gerekmektedir. Ancak farklı kliniklerde farklılaşan hasta gereksinimleri, kurumlara göre değişen uygulamalar gibi birçok çevresel ve iletişimsel faktör hasta teslim sürecini olumsuz etkilemektedir. Tüm bu olumsuz faktörlerin azaltılması/giderilmesi hususunda hasta tesliminde kullanılan profesyonel iletişim tekniklerinin kullanımı yaygınlaştırılmalı ve tanımlayıcı/gözlemsel araştırma sayısı artırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Smeulens M, Lucas C, & Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 6:1-12. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009979>
2. Nursing handover for adult patients guidelines. NHS Wales Informatics Service 2008. [http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/ \(Erişim tarihi: 04.10.2015\)](http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/ (Erişim tarihi: 04.10.2015)).
3. JCAHO, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. National Patient Safety Goals-Critical Access Hospital and Hospital 2006. [www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06\\_npsg\\_cah.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm). (Erişim tarihi: 22.09.2015).
4. AMA, Australian Medical Association Safe Handover: Safe patients: Guidelines on clinical handover for clinicians and managers 2006. <http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-6XFDKN/pdf>. (Erişim tarihi: 20.09.2015).
5. Tuğrul E, & Khorshid L. Hemşirelerin önemli işlemlerinden biri: hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 31(1):95-107.
6. Boaro N, Fancott C, Baker R, Velji K, & Andreoli A. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care* 2010; 24(1):111-14. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820902881601>
7. Toeima E, & Morris E. Improving Patients' handover, obstetrics, gynaecology and reproductive. *Medicine* 2013; 23(7):221-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2013.04.003>.
8. Moore SM. The European handover project: the role of nursing. *BMJ Quality & Safety* 2012; (1):1-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001253>.
9. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K et al.



- Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Affairs* 2004; 23(W4): 487-504.
10. Manias E, & Street A. The handover: Uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2000; 16(6):373-83. <http://dx.doi.org/10.1054/icc.2000.1523>.
  11. Davies S, & Priestley MJ. A Reflective evaluation of patient handover practices. *Nursing Standard* 2006; 20(21):49-52. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2006.02.20.21.49.c4056>.
  12. Welsh CA, Flanagan ME, & Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nursing Outlook* 2010; 58(3):148-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2009.10.005>.
  13. Effective communication during patient care hand-overs between ems personnel and receiving emergency department nursing staff for the continuity of patient safety 2012. <http://www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/13.pdf>. (Erişim tarihi: 09.10.2015).
  14. WHO, World Health Organization. World Alliance for Patient Safety 2007. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>. (Erişim tarihi: 09.10.2015).
  15. ACSQHC, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Ossie Guide to Clinical Handover* 2009. <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-communications/clinicalhandover>. (Erişim tarihi:07.10.2015)
  16. Riesenber LA. Shift-to-shift handoff research: where do we go from here? *Journal of Graduate Medical Education* 2012; 4(1):4-8. <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-11-00308.1>.
  17. Yeh J, & DeName K. Patient handoffs in obstetrics and gynecology: a vital link in patient safety. *Clinical Medicine: Women's Health* 2009; 2:17-27.
  18. Murray SL, Crouch R, & Ainsworth-Smith M. Quality of the handover of patient care: A comparison of pre-hospital and emergency department notes. *International Emergency Nursing* 2012; 20(1):24-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2010.09.004>.
  19. Hatton S. A quantitative study to explore the extent to which the London Ambulance Service is able to identify victims of stroke. Newsletter of the Joint ASA/JRCALC Clinical Effectiveness Committee and the ASA National Clinical Effectiveness Program 2005; 37:2-7.
  20. Jenkin A, Abelson-Mitchell N, & Cooper S. Patient handover: Time for a change? *Accident and Emergency Nursing* 2007; 15(3):141-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2007.04.004>.
  21. Garling, P. Special commission of inquiry: acute care services in NSW public hospitals. Sydney: NSW Department of Health; 2008. [http://www.dpc.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/34187/Volume\\_1\\_Special\\_CommissionOf\\_Inquiry\\_Into\\_Acute\\_Care\\_Services\\_In\\_New\\_South\\_Wales\\_Public\\_Hospitals](http://www.dpc.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/34187/Volume_1_Special_CommissionOf_Inquiry_Into_Acute_Care_Services_In_New_South_Wales_Public_Hospitals) (Erişim tarihi: 28.06.2015).
  22. Matic J, Davidson PM, & Salamonson Y. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 20:184-89. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x>.
  23. Johnson M, Jefferies D, & Nicholls D. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(3-4):331-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03891.x>.
  24. Collins SA, Stein DM, Vawdrey DK, Stetson PD, & Bakken S. Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* 2011; 44(4):704-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2011.01.013>.
  25. Randell R, Wilson RS, & Woodward P. The importance of the verbal shift handover report: a multi-site case study. *International Journal of Medical* 2011; 80:803-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.08.006>.
  26. Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, et al. Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly* 2006; 9(Suppl):75-9. <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2006.18464>.
  27. Mosher C, & Bontomasi R. How to improve your shift report. *The American Journal of Nursing* 1996; 96(8):32-4.
  28. Demir S, & Şahin HN. Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: kullanılan iletişim teknikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014; 11(3):32-7.
  29. Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16(1):27-34. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x>.
  30. Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, & Shaw A. A pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing* 2005; 14(20):1090-3.
  31. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, & Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *Journal Of Nursing Management* 2004; 12(1):37-42.
  32. Dowding D. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(6):836-46. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01723.x>.
  33. Jefferies D, Johnson M, & Nicholls D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse* 2012; 42(1):129-38. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.129>.
  34. O'Connell B, & Penney W. Challenging the handover ritual: recommendations for research and practice. *Collegian* 2001; 8(3):14-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696\(08\)60017-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60017-7).
  35. Philibert I, & Leach D. Reframing continuity of care for this century. *Editorial, Quality and Safety Health Care* 2005; 14:394-6.
  36. Miller C. Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. *Aust J Adv Nurs* 1998; 16(1): 23-7.
  37. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, & Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian* 2011; 18(1):19-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.004>.
  38. Sidani S, Epstein D, & Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: a strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006; 3(3):116-23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00060.x>.
  39. Manias E, Aitken R, & Dunning T. Graduate nurses' communication with health professionals when managing patients' medications. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14(3):354-62. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01084.x>.
  40. Alcan Z, Aksoy A, Civil B, Tekin ED, Ekim R, Civil SÖ ve ark. Hemşirelik hizmetleri ışığında hastane süreçleri (ISO, JCI ve MAGNET standartları ile uyumlu). Nobel Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, Ankara: 2011. s. 123- 27.
  41. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Has-tane hizmet kalite standartları 2011. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmetkalitestandartları2011/hastanehks/pdf>(Erişim Tarihi: 02.10.2015).
  42. Agarwal HS, Saville BS, Slayton JM, Donahue BS, Daves S, Christian KG, et al. Standardized post-operative handover process improves outcomes in intensive care unit: a model for operational sustainability and improved team performance. *Crit Care Med* 2012; 40(7):2109-15. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182514bab>.
  43. Riesenber L, Leitzsch, L, Brian W. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality* 2009; 24(3):196-204. <http://dx.doi.org/10.1177/1062860609332512>.
  44. Haig KM, Sutton S, & Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2006; 32(3):167-75.
  45. James D, Jukkala A, Azuero A, Auutrey P, Vining L, Miltner R. Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Review* 2013; 3:59-65.
  46. Yu M, & Kang KJ. A preliminary study on the current state of handovers among nursing students. *Advanced Science and Technology Letters* 2015; 104 (Healthcare and Nursing 2015):29-33. <http://dx.doi.org/10.14257/astl.2015.104.07>.
  47. Wheeler KK. Effective handoff communication. *OR Nurse* 2015 2014; 8(1): 22-6.