

HEMŞİRELERİN ÖNEMLİ İŞLEVLERİNDEN BİRİ: HASTA TESLİMİ

ONE OF THE IMPORTANT FUNCTIONS OF NURSES': HANDOVER

Arş.Gör. Emel TUĞRUL* Prof. Dr. Leyla KHORSHID**

*Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD.

ÖZET

Kaliteli hasta bakımı ve hasta güvenliği çerçevesinde kritik bir öneme sahip olan hasta teslimleri, hemşirelerin her gün vardiya değişimlerinde kullandıkları fonksiyonel bir süreçtir. Hasta teslimlerinde hasta ile ilgili bilgiler sistematik bir süreçte vardiyası sona eren hemşire tarafından yeni vardiyaya başlayacak olan hemşireye iletilmektedir. Hasta teslimlerinin temel amacı, vardiyaya gelen ve giden ekip arasında hasta bakımı doğrultusunda bilgilerin doğru, açık ve sistemli bir şekilde devredilmesidir. Böylece, hasta ile ilgili bilgilerin unutulması ve kaybolması engellenerek advers olayların oranı belirgin düzeyde azalmaktadır. Bu süreçte, hastaların genel durumu gözden geçirilir ve sona eren vardiyada tamamlanmamış görevler belirlenerek bakımın sürekliliği sağlanmış olur. Ayrıca, hasta teslimleri hasta memnuniyetini arttıran faktörlerden biridir.

Hasta teslimleri genellikle sözel olarak yapılmaktadır. Bu nedenle hemşireler arasındaki iletişim bu süreçte anahtar role sahiptir. Klinik teslim sırasındaki iletişimsizlik; gereksiz, yanlış, eksik bilgi aktarımına ve zamanın etkin kullanılmamasına neden olabilmektedir. Hasta teslimleri, yatak başı teslim, sözel teslim, yazılı teslim ve kayıtlı yapılan teslim olarak sınıflandırılmaktadır. Ayrıca; tüm hasta teslimlerinde hemşirelere rehber oluşturan ve yapılan uygulamaların tek tek gözden geçirilmesini sağlayan hasta teslim modelleri kullanılmaktadır. Bu modellerde kullanılan kontrol listeleri, hasta teslimini yazılı hale getirerek, hasta bakımının dökümanite edilmesini sağlamaktadır. Kontrol listelerinin içeriğinde hastanın genel durumu, gözlemler, tedaviler, hasta güvenliğini tehdit eden durumlar gibi bilgiler yer almaktadır.

Hastane yönetimleri ve klinikler kendilerine uygun olan hasta teslim modelini seçerek ya da yeni bir model geliştirerek bu sürece dahil olmalıdır. Hemşirelere, hasta tesliminin kendileri ve hastalar açısından önemini kavranması için eğitimler organize edilmeli ve bu sürecin etkin olarak kullanılması sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta teslimi, hasta güvenliği, hasta teslim modelleri.

ABSTRACT

Handovers, which has critical importance at qualified nursing care and patient safety are functional process' that are used by nurses between shift exchanges every day. Information about patients is transferred systematically by nurses to another nurse during shift exchanges at handovers. The main target of handovers is transferring the information between shift crews correctly, clearly and systematically for nursing. Thus, the information about the patients are not let to be forgotten or gotten lost and the percentage of adverse events can be kept at low levels. During this process, the general conditions of patients are reviewed and incomplete missions are transferred to next shift. Besides, handovers are one of the increasing factors of patient's happiness.

Handovers are generally made orally. For that reason, the communication between nurses has a key role on this process. Lack of communication at clinical handover may cause unnecessary and misinformation to be transferred and also can make time not to be used efficiently. Handovers are classified as bedside handover, verbal handover, non-verbal handover and handover with record. Besides, at all kind of handovers, handover models, as guides for nurses, are used that ensures all steps are reviewed one by one. Checked lists which are used on this handover models make documentation of patient nursing available. Control lists contain information about the general situation of the patient, observations, treatments, situations that threat patient's safety.

The hospital managements and clinics have to include themselves to this process by choosing most suitable or by creating their own handover model. Education seminars must be organized for nurses to teach how important handovers are for both patients and themselves. This process must be run efficiently.

Key words: *Handover, patient safety, handover models.*

GİRİŞ

Günümüz sağlık sistemi içerisinde hasta bakımı; sağlık çalışanlarının uzmanlık alanlarına odaklanan, yoğunlaştırılmış iş yükü ile şekillenen dinamik bir süreçtir. Hasta bakımının sürekliliği, vardiya içinde ve diğer vardiyalarda farklı sağlık çalışanlarının iyi koordine edilmiş etkileşimleri ile sağlanabilir (Flemming ve Hübner, 2013). Sağlık çalışanları arasındaki etkisiz kişilerarası iletişim, birçok hatalara ve advers olaylara neden olabilmektedir. Hasta teslimleri, klinik olarak hastaya özel bilgilerin verildiği, iletişim eksiklerinin neden olduğu boşluğu kapatan gerçek zamanlı fonksiyonel bir süreçtir (Smeulers, Tellingena, Lucas ve ark, 2012).

Hasta teslimi hasta güvenliği çerçevesinde de önemli bir yere sahip olan ve hasta bakım kalitesini doğrudan etkileyen hemşirelik fonksiyonlarından biridir. Hasta teslimleri, uzun yıllardan bu yana sağlık bakım sistemi içerisinde yer almaktadır (Mcmurray, Chaboyer, Johnson ve ark, 2011). Modern sağlık bakım sistemi çerçevesinde kaliteli bakımın sağlanması, hemşirelik bakımının dökümanate edilmesi ve hasta bilgilerinin hemşireler arasında doğru aktarılması konusunda önemli bir araçtır (Nursing Handover For Adult Patients Guidelinas, 2008). Hasta tesliminin sağlık çalışanları ve hastalar açısından önemini kavranması, güvenli ve kaliteli bakımı destekler (Manser ve Foster, 2011).

Hasta teslimleri, birçok sağlık çalışanı tarafından sağlık alanında kullanılmaktadır. Farklı profesyonel gruplar tarafından kullanılan bu süreç, her alanda özelleşmiş kuralları içerir. Bu nedenle hasta teslim sürecinde kullanılan yöntemler de çeşitlilik göstermektedir. Her bir profesyonel grup kendi için en uygun yöntemi seçerek hasta teslim sürecini yürütmektedir. Genel tıp konseyi hasta teslimlerinin önemine değinmiş ve iyi tıbbi uygulamalar yayınında "hastanın bakımını paylaşırken iyi bilgilendirme yapın" beklentisini açıklamıştır (Smeulers, Tellinge, Lucas ve ark, 2012). Bu beklentinin ışığında, hasta teslimleri hasta güvenliği açısından yüksek riskli alanlarda ulusal olarak organize edilmelidir ve geliştirilmesi lanse edilmelidir (Manser ve Foster, 2011).

"Hasta teslimi" kavramını açıklamak için farklı tanımlar kullanılmakla beraber; genel olarak klinik teslim; "bir hastanın veya hasta grubunun tüm yönleriyle veya bazı yönleriyle, profesyonel görev ve sorumlulukların geçici veya kalıcı olarak bir başka kişiye veya profesyonel gruba transfer edilmesi" (Nursing Handover For Adult Patients Guidelines, 2008) olarak tanımlanabilir.

Hemşirelikte Hasta Teslimi

Hemşirelik için hasta teslimi; hasta bakım sorumluluğunu bir hemşirenin diğerine iletildiği "geçiş alanı" olarak bilinir (Toeima ve Morris, 2013). Hemşirelerin iki vardiya arasında, bakım verdikleri hastalarla ilgili bilgileri ve değişiklikleri rapor halinde birbirlerine iletmeleri olarak da tanımlanabilir. Hasta teslimi hasta bakımını doğrudan etkileyen bir hemşirelik işlevi olması nedeniyle (Nursing Handover For Adult Patients Guidelines, 2008), hemşirelerin gün içindeki "önemli" uygulamalarından biridir (Wallis, 2010).

Hasta teslimleri genellikle; en yaygın biçimde hemşireler arasında vardiya değişimi sırasında gerçekleştirilir. Bunun yanında, vardiya değişimleri dışında farklı durumlarda da etkin olarak hasta güvenliği çerçevesinde kullanılmaktadır. Hasta teslim sürecinin uygulanması gereken durumlar şunlardır;

- Hasta başka bir kliniğe transfer edildiğinde,
- Hastanın bir test veya konsültasyon için transfer edildiği durumlarda,
- Hasta başka bir hastaneye transfer edildiğinde,
- Çok disiplinli ekip tesliminde,
- Genel durumu kötüleşen hastanın tanımlanmasında,
- Hasta toplum sağlığı merkezlerinden transfer edildiği durumlarda (Smeuler, Tellinge, Lucas ve ark 2012).

Hasta Tesliminin Yararları

Kaliteli bir hasta teslimi hasta ve sağlık çalışanları için birçok yarar sağlar. İngiltere'de bulunan Tıp Enstitüsü'nün 2001 yılındaki raporunda, hemşire teslimlerinin; bilgilerin kaybolmaması, unutulmaması, ulaşılabilir olması ve hataların azaltılmasını sağladığı için önemli olduğu vurgulanmıştır. Bir hastane ortamında hasta tesliminin temel amacı; gelen ve giden ekip arasında hasta bakımı doğrultusunda bilgilerin doğru, açık ve sistemli bir şekilde devredilmesidir. Bu sürecin sistemli bir biçimde yürütülmesi sonucunda; ekip üyeleri önceki vardiya hakkında

yeterli bilgi sahibi olur, yüksek riskli ve klinik olarak stabil olmayan hastalar tanımlanır ve gözden geçirilir, gelen ekip öncelikle tamamlanmamış görevleri anlayabilir ve verilecek bakımla ilgili planlar yapılabilir. Yeni vardiyaya gelen hemşirenin, hastaya yapılan uygulamaları öğrenerek çalışmaya başlamasını sağlar (Toeima ve Morris, 2013). Hasta açısından hasta teslimlerinin yararları; bakımın sürekliliğinin sağlanması ve tekrarların azalması, hasta güvenliğinin korunması ve bunun sonucunda, hasta bakımında hasta memnuniyetinin artması olarak belirtilmektedir.

Hasta teslimlerinin sağlık çalışanlarına sağladığı yararlar şu şekilde sıralanabilir;

- Deneyimli çalışanlar tarafından yürütülen hasta teslimleri mesleğe yeni başlamış olan personel için bir eğitim fırsatı oluşturur.
- Kapsamlı hasta teslimi, ekip çalışmasını arttırmasının yanı sıra planlama ve organizasyonu geliştirir.
- Uygun çoklu profesyonel bakım sağlama yeteneği kazandırır.
- Hasta teslimi, sağlık bakım profesyonellerinin hastanın klinik durumunu birden fazla kez değerlendirmesini ve daha önce tanımlanamayan problemlerin tanımlanması için bir fırsat sağlar.
- Yeterli bilgiye sahip olmak, çalışanların zamanı iyi yönetmesini sağlar ve işle ilgili streslerini azaltır.
- Kaliteli bakım vermek, iş memnuniyeti ve iş doyumu duygusunun gelişmesinde yararlı olabilir (Toeima ve Morris, 2013).

Hasta Teslimlerinde İletişim

Hasta teslimi; vardiya değişimlerinde hemşirelerin iletişiminin rutin bir biçimdir. Hastanede meydana gelen advers olayların nedenleri arasında yetersiz koordinasyon ve iletişim eksiklikleri olduğu vurgulanmaktadır (Manser ve Foster, 2011). Smeulers ve arkadaşları (2012) Avustralya'da 14.000 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, advers olayların oranını %17 olarak bulmuşlar ve bunun % 11'inde de iletişim problemlerinin katkısı olduğunu belirlemişlerdir. Bu nedenle hasta güvenliği açısından iletişim eksikliğinin neden olduğu advers olayların önlenmesi için hemşirelerin etkili iletişim yöntemlerini kullanmaları gerekmektedir (Mcmurray, Chaboyer, Johnson ve ark, 2011; Liu, Manias ve Gerdtz, 2012).

Klinik teslim sırasındaki iletişimsizlik; hizmetin aksamasına, gereksiz bilgi aktarımlarına, hastaneye geri dönüşlere, hasta izlem sistemlerinin daha fazla kullanılmasına ve hasta memnuniyetsizliğine yol açabilir (Mcmurray, Chaboyer, Johnson ve ark, 2011).

Son yıllarda hemşirelikte hasta teslimlerinin geliştirilebilmesi için yapılan girişimlerde; iletişim kopukluğunu ve hemşireler arasındaki anlaşmazlıkları azaltmak ve hasta ile ilgili kritik bilgileri doğru biçimde aktarmak amaçlanmıştır (Smeulers, Van Tellinghen, Lucas ve ark. 2012).

Zorluklar ve Engeller

Davies ve Priestly (2006); hasta teslimlerinin iyi yapılandırılmadığını ve hata eğilimli olduğunu belirtmişlerdir. Hasta teslimi sırasında vardiyaya gelen ve vardiyası biten hemşirenin; hastaya ait tedavi ve gözlem formlarını ve bakım planını birlikte

kontrol etmeleri ve gözden geçirmeleri önemlidir. Bu süreçte hemşireleri etkileyen ve hasta teslimine olumsuz katkı sağlayan bazı faktörler ortaya çıkabilmektedir. Zaman kısıtlılığı ve iş yükünün fazla olmasına bağlı olarak, bilgilerin sıkıştırılması ve kısa süre içinde bilgilerin aktarılmaya çalışılması; bilgilerin kaybolmasına, unutulmasına ve iletilmemesine neden olabilmektedir. Dikkat dağıtıcı faktörler, okunabilir belgelerin azlığı, tutumla ilgili değişkenler, başarısız iletişim, yorgunluk faktörü, klinik karar verme ve organizasyonel beceri yetersizliği de bilgi transfer sürecini büyük ölçüde etkiler (Toeima ve Morris, 2013). Bu faktörlere ek olarak; teslim sırasında gürültü, kalabalık gibi çevresel faktörler ve çalışanların iş yükü gibi faktörler, hasta bakım faaliyetleri (örn; hastanın izlemi, intravenöz infüzyon cihazlarının izlemi gibi) teslimlerin kalitesini etkileyen potansiyel tehditlerdir (Manser ve Foster, 2011).

Hasta teslimini etkileyen bu faktörlere ek olarak; ortaya çıkabilecek problemler şu şekilde tanımlanabilir:

- Sağlık profesyonelleri arasındaki etkisiz ve yetersiz iletişim sık sık advers olaylara yol açabilen usul hatalarının ve diğer hataların oluşmasında anahtar faktördür.
- Hemşire iletişiminin kötü olması sonucu hasta bilgileri de dahil bilgi kayıpları yaşanabilir.
- Gürültü ve personelin dikkatsizliğini içeren dikkat dağıtıcılar.
- Hasta ile ilgili bilgilerde gizliliğin azalması (Nursing Handover For Adult Patients Guidelines, 2008).
- Ekibin bakım verdiği hasta sayısının fazla olması.
- Sağlık çalışanları arasındaki kültürel ve dil farklılıkları farklı davranışlara yol açabilir.
- Finansal kaynakların azlığı ve personel kısıtlılığı bunun yanı sıra hasta teslim sürecinde bilgi teknolojilerini uygulama maliyetinin fazla olması (Toeima ve Morris, 2013).
- Hasta teslimine harcanan zamanın uzun olması.
- Hasta tesliminin gereksiz ve ilgisiz bilgileri içermesi.
- Doğru bilginin az olması.
- Hasta ile ilgili belgelere başvurulmaması.
- Subjektif bilgilere yer verilmesi. Örneğin; yara gayet iyi.
- Belirsiz ifadelerin kullanılması. Örneğin; Bayan A gittikçe iyi oluyor.
- Hasta teslimi sırasında önemsiz konuşmaların yapılması.
- Hasta tesliminde geçmişe dönük bilgilere yer verilmemesi, sadece ileriye dönük bilgilendirme yapılması.
- Hafızaya dayalı güvenilir olmayan bilgilerin verilmesi (Davies ve Priestly, 2006).

Hasta Tesliminin İçeriği Ve Hasta Teslim Biçimleri

Hasta teslimi; hastanın durumu ve verilerinin tanımlanması, hastanın tıbbi öyküsü, mevcut sorunları, kullandığı ilaçlar, herhangi bir allerjisinin olup olmadığı, laboratuvar verileri, yönetim planı ve bakımı etkileyebilecek herhangi bir psikososyal kaygı varlığı gibi konularını içerir (Toeima ve Morris, 2013). Hasta tesliminin başlangıcında,

hastanın genel durumu ile ilgili bilgiler verilir. Bu bilgiler; hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, tıbbi tanısı ve genel sağlık durumu ile ilgili bilgilerdir. Daha sonra; hastanın kısaca tıbbi öyküsü anlatılır, yaşam bulguları değerlendirilir. Hastada takip edilmesi gereken; drenler, göğüs tüpleri, oksijen satürasyonu, santral venöz basınç gibi takipler belirtilir ve ne sıklıkla takip edildiği iletilir. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı dengesi iletilir. Hastaya uygulanan invaziv girişimlerin tarihleri ve değişip değişmeyeceği konusunda bilgi verilir. Hastanın aldığı ilaçlar, ilaç kartları ve ilaçların uygulama saatleri belirtilir. Ayrıca hasta güvenliğini tehdit eden durumlar gözden geçirilir. Bu kapsamda; hastanın mobilizasyon durumu ve sıklığı, düşme riski, bası yarası riskleri, bası yarası varsa yara durumu, alınan önlemler gibi konular iletilir (Matic, Davidson ve Salamonson, 2010).

Hastane ortamında yatarak tedavi gören hastaların bulunduğu klinikler dışında acil servislerde hasta tesliminin farklı özellikleri taşıması gerekir. Acil serviste hasta tesliminin içeriği; kaza veya yaralanmanın türü ve öyküsü, hastanın ilk gözlemleri (hava yolu, solunum ve dolaşım gibi), hastanın durumundaki değişiklikler, bilinç düzeyi, geçmiş tıbbi öyküsü ve yaralanmanın tedavisi gibi bilgileri içermelidir (Randell, Wilson ve Woodward, 2011). Jenkin ve arkadaşlarının (2007) 50 paramedik, 20 acil servis hekimi ve 31 acil servis hemşiresi ile yaptıkları çalışmada; hemşire ve doktorlardan hasta tesliminde gerekli olan bilgileri yazmaları istenmiş ve bu yanıtlar; hastanın kabul nedenleri, acil tıbbi müdahale gerektiren sorunları, tedaviye başlandıktan beri yapılan uygulamalar ve hastanın önceki tıbbi öyküsü gibi temel bilgilerin alınması gerektiğini bildirmişlerdir. Yanıtlarda en az bilinmesi gereken bilgiler ise; hastanın adı, olay zamanı, yaralanma ve hastalık şüphesi ve allerjiler olmuştur. Ayrıca tüm katılımcılar, hasta teslimi için iyi düzenlenmiş ve kolay anlaşılır bir form olması gerektiğini bildirmişlerdir (Jenkin, Mitchell ve Cooper, 2007).

Hasta Teslim Biçimleri

Hasta teslimleri; yatak başı teslim, sözel teslim, sözel olmayan teslim ve kayıtlardan yapılan teslimler olarak sınıflandırılabilir (Smeulers, Van Tellingen, Lucas ve ark, 2012). Bu hasta teslim biçimlerinden uygun olan herhangi biri kullanılabilir. Fakat hasta teslimlerinde standart bir uygulama bulunmamaktadır (Mcmurray ve ark. 2011).

Yatak Başı Teslim: Hasta odasında, hastanın yanında yapılan teslimdir. Yatak başı hasta teslimi, hastanın hemşire ile yüz yüze iletişimini sağlar. Hastanın sözel katılımını destekler ve bilgi alışveriş sürecinde hasta merkezli etkileşimi sağlar.

Sözel Teslim: Genellikle hemşire deksinde veya hemşire odasında gerçekleştirilir. Bir grup hastadan sorumlu olan hemşire, bilgileri hasta ile ilgili kayıtlardan diğer hemşirelere iletir.

Yazılı Teslim: Hemşire deksinde veya hemşire odasında gerçekleştirilir. Bilgi alış veriş; hastaların kayıtlarından, ilaç kartlarından, bakım planı notlarından ve izlem formlarından anlatılarak yapılır.

Kayıtla Yapılan Teslim: Hemşire deksinde veya hemşire odasında gerçekleştirilir. Sorumlu hemşire hastaların bilgilerini ve kayıtlarını toplar ve bir sonraki vardiyada

görevli hemşireye aktarılmak üzere sesli olarak okuyup kayıt cihazına kaydeder. Yeni vardiyaya gelen hemşire hasta ile ilgili bilgileri bu kayıtları dinleyerek alır (Lyhne ve ark 2012; Matic, Davidson ve Salamonson, 2010).

Hastane yönetimleri hasta teslim sürecinde ortak uygulamaları benimsemiş olabilir. Bu durumda tüm klinikler, kendilerine özel eklemeleri yaparak bu sürece dahil olurlar. Ortak uygulamaların yapılmadığı durumlarda ise, hemşireler çalışma ortamlarının durumunu göz önüne alarak hasta teslim biçimlerinden herhangi birini kullanabilir. Literatürde hasta teslim biçimlerinin hepsinin kullanılabileceği, fakat en etkin yöntemin yatak başı hasta teslimi olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü, yatak başı hasta teslimi, hastayı da bu sürece dahil ederek bilgi transferinin zamanında yapılmasını ve görsel bilgilerin de teslimine eklenmesini sağlar. Hasta merkezli yaklaşım hastaların bakımlarına ortak olmayı ve bakıma katılımlarını sağlayarak, daha iyi sonuçlar elde edilmesine ve bakım memnuniyetinin artmasına yol açabilir. Ayrıca tedavi ile ilgili karar alırken hastaların duygularını kontrol etmesini, sevklerin ve tanı testlerinin sıklığını azaltır (Mcmurray ve ark, 2011). Sözel teslimlerde ise; hasta ile ilgili bilgiler aktarılırken gereksiz, güvenilmeyen ya da eksik bilgi aktarımı olabilir. Bazen de belirsiz veya spekülatif bilgiler ortaya çıkabilir. Bu nedenle, klinik alanlar, hasta merkezli bakım mekanizması olarak ve hasta güvenlik önlemi olarak yatak başı hasta teslimine uyumlu hale getirilmelidir (Manias ve Street 2000; McMurray ve ark., 2011).

Hasta Tesliminde Kullanılan Modeller

Hasta teslimleri yaygın olarak, yatak başında, hemşire odasında veya hemşire deskinde olmak üzere sözel olarak yapılmaktadır (Smeulers ve ark, 2012). Hemşireler bilgileri sistematik olarak iletebilmek için bazı modeller kullanırlar. Mevcut durumlar, hasta teslim modelinde bir alandan diğer alana farklılık gösterebilir. Bu nedenle hasta tesliminde kullanılan standart bir model bulunmamaktadır. Hasta sayısı, zaman, hastane politikası ve personelin seviyesi gibi faktörler model seçimini etkiler (Wallis, 2010). Bir tek model kullanılabilceği gibi, birden fazla model de tercih edilebilir.

Resmi bilgilerin kullanıldığı hasta tesliminde tıbbi ve hemşirelik notları gibi hasta ile ilgili bilgilerin iletilmesinde genellikle sözel kaynaklar kullanılmaktadır. Hasta tesliminde model kullanımı, sözel bilgileri yazılı doküman haline getirerek hemşireler için hasta ile ilgili yazılı bir rehber haline gelmektedir. Sözel bilgi ve yazılı belgelenmiş araç kombinasyonu yeni vardiyaya gelen ekibin verileri koruma düzeyini en üst seviyeye çıkarır ayrıca, kritik bilgilerin kaybolma riskini azaltır (Toeima ve Morris, 2013).

Hasta teslim modellerinin birçoğunda kullanılan formlarda, hasta ile ilgili profesyonel bilgiler tanımlanmalı, hastaya uygulanan girişimler ve hastanın ihtiyaçları belirlenmelidir. Hasta tesliminde kullanılan bu formlar her hasta için hazırlanmalı ve yeni vardiyaya aktarılmalıdır. Formlar hastanın şu anki durumuna odaklanmalı ve günlük veya her vardiya için ihtiyaçlar belirlenerek gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

Hasta tesliminde en sık kullanılan modeller arasında SOAPIE (subjektif, objektif, görüşler, plan, girişim, değerlendirme) ve ISBAR (giriş, durum, arka plan ve öykü, değerlendirme, öneriler) modeli yer almaktadır. Bu modellerin yanında ISOBAR (hastanın tanımlanması, şu anki durumu, gözlemler, arka plan ve öykü,

değerlendirme ve risk yönetimi), SBAR (durum, arka plan, değerlendirme ve öneriler), hasta güvenliği teslim formu (PHSC), VITAL (Yaşam bulguları (Vital bulgular) ve gözlemler, hastanın aldığı- çıkardığı, tedavi ve tanılama, hastanın hareketlilik durumu ve hasta güvenliği, hasta eğitimi), PVITAL, yatak başı pediatri ünitesi hemşire teslim formu gibi modeller de farklı birimler tarafından kullanılmaktadır. Modellerin kullanılması, ayrıca, hemşire tesliminde bazı araçlar ve formların geliştirilmesinde kaynak olarak kullanılabilir (Nursing Handover For Adult Patients Guidelines, 2008).

ISBAR Modeli

Avustralya sağlık bakımında güvenlik ve kalite komisyonu tarafından geliştirilmiştir. Bu model; giriş, durum, arka plan, değerlendirme ve öneriler alt başlıklarından oluşmaktadır. Bu model telefonla hasta tesliminde ve diğer klinik teslimler için yol gösterici bir kılavuz olarak kabul edilebilir. Girişte; hemşire eğer telefonda başka bir sağlık personeline hastayı teslim ediyorsa, kendini tanıtmalıdır. Hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, şu anki genel durumu hakkında bilgi verilir. Arka plan aşamasında, hastanın tıbbi öyküsü mevcut sorunları ve klinik sorunlarla ilgili bilgiler ayrıntılı bir şekilde anlatılır. Bu bilgiler ışığında hastanın ihtiyaçları belirlenir bakım planında yer verilmesi gereken konular değerlendirilir. Son olarak teslim veren kişi ve teslim alan kişi önerileri sunar ve teslim sona erdirilir. Bu modelin nasıl kullanılacağı ve uygulanacağı konusunda personele ve yöneticilere eğitim verilmelidir. Teslimin yeri ve zamanları önceden belirlenmelidir (Implementation Toolkit - Standard Key Principles For Clinical Handover, 2011).

Tablo 1. Isbar Modeli

1. Liderlik: Bire bir iletişim için düzenlenmiştir. Teslim veren kişinin liderliği söz konusudur.	ISBAR Giriş (Introduction) Kendini tanıtmak, eğer telefonda teslim verilecekse isim, iş ve durum bilgileri verilir ve arama nedeni belirtilmelidir.
2. Teslimin değerlendirmesi: ISBAR klinik teslim ve yukarıdan aşağıya düzenlenmiş geniş çaplı girişimler olarak adapte edilmiştir. Bütün klinisyenler, yöneticiler ve destek sistemleri eğitilmiştir. Eğitim programı oryantasyon ve zorunlu gereksinimleri içerir.	Durum (Situation) Hastanın yaşı ve cinsiyeti ve şu anki durumu nedir? -Stabil - Stabil değil
3. Teslim katılımcıları: Tüm klinik durumlarda teslimi başlatan ve teslim alan bir kişi vardır.	Arka Plan (Background) Şu anki sorunlar ve klinik problemler gibi detaylar verilir.
4. Teslim zamanı: ISBAR tüm yazılı ve sözel iletişim için tasarlanmış bir modeldir. ISBAR gün içinde klinikte tüm durumlar için kullanılabilir.	Değerlendirme (Assessment) Hep birlikte değerlendirme yapılır (mevcut durum, riskler ve ihtiyaçlar). Bu değerlendirmeler nelerdir?
5. Teslim yeri: Her yerde uygulanabilir.	Öneriler (Recommendation) Talepler açık ve net olmalı. Neler yapılabilir?
6. Teslim süreci	

VITAL Modeli

Yatak başı hasta tesliminde kullanılan bir modeldir. Hemşire vardiya değişimlerinde, teslim süresi hasta sayısına bağlı olarak, 15-30 dakika sürer. Bu modelde; ilk önce hastanın yaşam bulguları ile ilgili bilgiler verilir. Hastada takip edilmesi gereken, dren, göğüs tüpü, oksijen saturasyonu, santral venöz basınç gibi bulgular değerlendirilir ve ne sıklıkla takip edildiği iletilir. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı dengesi, sıvı kısıtlaması olup olmadığı, aldığı sıvılar, diyeti iletilir. Hastanın tıbbi tanısı ve öyküsü kısaca anlatılır. Hastanın aldığı ilaçlar, ilaç kartları ve ilaçların uygulama saatleri belirtilir. Hastanın mobilizasyon durumu, düşme riski, basınç yarası riskleri, alınan önlemler, mobilizasyon sıklığı konularına da yer verilir. Son olarak hasta eğitimine ilişkin konular ele alınmalıdır. Hastanın ve ailesinin öğrenme ihtiyaçları belirlenerek, uygun hasta eğitimi yöntemi ile eğitim verilir (O'Leary, Cade ve Eagar, 2007).

Tablo 2. Vital Modeli

<p>V Vital Bulgular Ve Gözlemler (Vital Signs & Observations) Hastanın son gözlemleri nelerdir? Solunum hızı, rengi vb. Gözlemlenmesi gereken diğer bulgular nelerdir? Örn; drenaj ve dolaşım vb. Daha sık gözlem gerekli midir?</p>	<p>A Hareketlilik Ve Hasta Güvenliği (Ambulation And Patient Safety) Hasta kendi başına bağımsız olarak hareket edebiliyor mu? Eğer hareket edemiyorsa, basınç alanlarının bakımı gereklidir. Hasta nasıl hareket ettirilebilir? Hasta için belirlenmesi gereken düşme riski stratejileri nelerdir?</p>
<p>I Aldığı ve Çıkardığı (Input = Output) Hastanın aldığı ve çıkardığı ne kadardır? Hastanın sıvı dengesinin izlenmesi gerekli midir? Sıvı dengesi nedir? Hastanın herhangi bir sıvı dengesizliği bulgusu var mı? İV sıvı ve İV kateter kontrolü.</p>	<p>L Yasalar Ve Hasta Eğitimi (Legal And Patient Learning) Hastanın tıbbi kayıtlarında ne yazıyor? Bütün belgeler tam mı? Bugün hasta/ ailesinin öğrenme ihtiyaçları nelerdir? Örn; kendini izleme ve risk faktörleri vb.</p>
<p>T Tedavi Tanılama (Treatment = Diagnosis) Hastanın aldığı tedavi/ ilaçlar nelerdir? Bu tedavi hastanın tanısına uygun mudur? Hastanın tedavisine ve tanısına uygun başka bir ilaç var mıdır?</p>	

Yatak Başı Pediatri Ünitesi Hasta Teslim Modeli

Bu modelde yatak başı hasta teslimi hasta ile yüz yüze yapılır. Servis sorumlu hemşiresi, hasta tesliminin kalitesi ve güvenlik önlemlerinin tam olduğundan emin olmalıdır ve çalışanları kontrol etmelidir. Bu modele göre hasta teslimi 15-30 dakika sürer ve her vardiya değişiminde teslim yapılır. Bu modelde vardiyaya yeni gelen kişiler için bir rehber oluşturan kontrol listesi kullanılır. Kontrol listesi hasta tesliminin yazılı hale getirilmesini sağlar. Bu kontrol listesinde hasta ile ilgili yapılan uygulamalar, gözlemler, takip edilmesi gereken konu başlıkları kontrol edilerek vardiyası biten hemşire tarafından yapılanlar belirlenmiş olur. Bunun yanında, vardiyaya devam edecek hemşire de hasta ile ilgili yapması gerekenleri netleştirmiş

olur (Clinical Handover at the Bedside Checklist 2011, Implementation Toolkit - Standard Key Principles For Clinical Handover 2011, Toeima ve Morris 2013).

Tablo 3. Yatak Başı Pediatri Ünitesi Hasta Teslimi Kontrol Listesi

Hasta teslimi ve güvenlik kontrol listesi						
1. Bu kontrol listesini tüm hemşireler vardiya değişimlerinde haftanın yedi günü takip etmek zorundadır. 2. Her iki hemşire de kontrol listesini teslim sırasında doldurmak ve kontrol etmekten sorumludur. 3. Kontrol listesinde E/H olarak işaretlenen bölümler gösterilmelidir. Her yeni hasta için kontrol listesi yatak başı dosyasında bulunmak zorundadır.						Hastanın etiketi/ barkodu
Tarih						
Vardiya	Gündüz	Gece	Gündüz	Gece	Gündüz	Gece
Gelen hemşireden hasta teslim alındı						
Hasta teslimi ekip planı kontrol edildi						
İlaç kartı kontrolü yapıldı. Tüm ilaçları verildi						
NCIM allerji bölümü tamamlandı						
Hastanın kol bandı doğrulandı						
İ.V. kateter bölgesi ve etiketi kontrol edildi.						
İ.V. kateter değiştirildi (gün belirtilmeli)						
Drenaj torbası değiştirildi (gün belirtilmeli)						
Yaralar: yara kontrol listesi dolduruldu.						
Hareketlilik skoru puanlandı						
Düşme riski skoru kaydedildi (risk varsa kol bandı kontrolü belirtilmeli)						
Nebülizatör maskesi yenilendi.						
Oksijen ve aspirasyon malzemelerinin çalışır durumda olup olmadığı kontrol edildi.						
Hemşirelik açıklamaları						

PVITAL Modeli

Bu modelin ilk aşaması dışındaki diğer aşamaları VITAL modeli ile benzerdir. Sadece ilk aşamada (Present); hastanın adı, yaşı, varolan problemlerin belirlenmesi ve hastanın bir sonraki vardiyaya hazırlanması başlıklarını kapsamaktadır.

Tablo 4.Sbar Modeli

S: Durum (Bu bilgiler en fazla 10 dakikada verilmelidir)	Telefonda teslim yapıldığında, arama nedeni anlatılır.	Adınız, hastanın adı, yatak numarası ve şu anki problemle ilgili bilgi verilir.
B: Arka Plan	Bu duruma neden olan durumlar açıklanır.	Kabul edilen tanı ve hastanın hastaneye kabul tarihi söylenir.
A: Değerlendirme	Bu problemle ilgili düşüncelerin nedir?	Hastanın en son alınan vital bulguları ve gözlemler aktarılır.
R: Öneriler	Problemi çözmek için neler yapılabilir?	Hastanın durumunu gözden geçirmek için uygun zaman aralığı belirlenir. Hastadaki bulguların sıklığı açıklanır.

SBAR Modeli

Kuzey Sdney ve Sahil Bölgesi Sağlık Servisi tarafından geliştirilmiştir. Isbar modeline dayalı bir hasta teslim modeli uygulamasıdır.

Tablo 5.Güvenli Hasta Teslimi Kontrol Listesi

Hastane/ Sağlık Merkezi:						
Tanı:						
Hastanın Adı- Soyadı:				Cinsiyet:		
Adres:				Servis/ Yatak:		
Bütün alanlar vardiya sonunda hemşire tarafından yatak başında doldurulmalıdır.						
Ayrıca gelişen önemli durumlar not alınmalıdır.						
Lütfen evet ya da hayır kısmını işaretleyiniz ya da kutucukları işaretleyiniz (√).						
Hasta Güvenliği Hasta Teslimi Kontrol Listesi	Tarih .../.../...			Tarih .../.../...		
Hastanın durumundaki akut değişiklikler	08-16	16-24	24-08	08-16	16-24	24-08
Bu hasta ile ilgili endişelerim var- Evet/ hayır						
Nabız hızı >140/dk. veya < 40/dk.						
Sistolik kan basıncı < 90mmHg veya >200mmHg						
Solunum hızı > 35/dk. veya < 8 /dk.						
Bilinç düzeyindeki değişim veya GKS değişimi≥2						
Belirlenen ilaçlar verildi ve belgeler dolduruldu.						
IV giriş yerinde enfeksiyon bulgusu yoktu.						
IV sıvılar isteme göre verildi ve sıvı takibi yapıldı.						
Aldığı- çıkardığı denge formu tamamlandı.						
Günlük ağırlık kaydedildi.						
Hasta tanıma kartı doğrulandı.						
Hastada allerji bandı var.						
Düşme riski tanımlandı ve hastaya düşme riski bandı takıldı.						
Oksijen ve aspirasyon ekipmanları çalışıyor.						
Monitörün uygun parametre alarmları duyuluyor.						
Teslim veren Hemşire	08-16	16-24	24-08	08-16	16-24	24-08
Teslim alan Hemşire	08-16	16-24	24-08	08-16	16-24	24-08

Bu kontrol listesi hasta güvenliği çerçevesinde hasta teslimlerinde kullanılmaktadır. Hastane ortamında kadın doğum, genel dahiliye, genel cerrahi kliniklerinde kullanılabilir.

SONUÇ

Hemşirelikte hasta teslimi, hemşirelerin rutin günlük uygulamalarından biridir. Amacı, hasta güvenliği hedeflerine ulaşmak ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için hasta ile ilgili yeterli ve gerekli bilgilerin iletilmesi olan hasta teslimi, hem hasta hem de hemşireler açısından birçok yarar sağlamaktadır. Günümüzde her vardiya sonunda hemşireler arasında yapılan bu bilgi alışverişinin sistematik bir çerçeve içinde ele alınarak, fonksiyonel hale getirilmesi gerekmektedir. Bu sistematik süreç, hasta güvenliğini ve hemşirelik bakımının kalitesi arttıran unsurlardan biridir. Hasta teslim sürecinin kayıt edilmesinde kullanılan hasta teslim modelleri ve bazı formlar bu sürecin uygulama aşamasında rehber oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetleri yönetimleri, hasta teslimleri ile ilgili protokol belirlemeli ve bu süreç yaygın hale gelmelidir. Özellikle yapılan çalışmalar kliniklerin hasta merkezli bakım mekanizmasına uygun olarak kabul edilen yatak başı hasta teslim modelinin kullanılmasını önermektedir. Bununla birlikte, hasta tesliminin etkin kullanılması, hastaların bakıma katılımlarını sağlayarak, memnuniyet düzeylerinin artmasına neden olmaktadır.

KAYNAKLAR

- Clinical Handover at the Bedside Checklist. Patient Safety Unit, Queensland 2011, Australia
Implementation Toolkit - Standard Key Principles For Clinical Handover, NSW Health 2011, North Sydney.
- Flemming D, Hübner U. How to Improve Change of Shift Handovers and Collaborative Grounding and What Role Does The Electronic Patient Record System Play? Results of a Systematic Literature Review. *International Journal of Medical Informatics* 2013; 82:580-592.
- Foster S, Manser T. Receiving Care Providers' Role During Patient Handover. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2012; 2:156-160.
- Davies S, Priestly MJ. A Reflective Evaluation of Patient Handover Practices a Reflective Evaluation of Patient Handover Practices. *Nursing Standard* 2006; 20 (21): 49-52.
- Jenkin A, Mitchell NA, Cooper S. Patient Handover: Time For a Change?. *Accident And Emergency Nursing* 2007;15:141-147.
- Liu W, Manias E, Gerdz M. Medication Communication Between Nurses and Patients During Nursing Handovers on Medical Wards: A Critical Ethnographic Study, *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49:941-952.
- Lyhne S, Georgiou A, Marks A & et al. Towards an Understanding of The Information Dynamics of The Handover Process in Aged Care Settings - A Prerequisite for The Safe and Effective Use of Ict. *International Journal of Medical Informatics* 2012;81:452-460.
- Matic J, Davidson PM, Salamonson Y. Review: Bringing Patient Safety to The Forefront Through Structured Computerisation During Clinical Handover. *Journal of Clinical Nursing* 2010;20:184-189.
- Manser T, Foster S. Effective Handover Communication: An Overview of Research and Improvement Efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2011;25:181-191
- Manias E, Street A. The Handover: Uncovering The Hidden Practices of Nurses. *Intensive And Critical Care Nursing* 2000;16:373-383.
- McMurray A, Chaboyer W, Johnson J & et al. Patients' Perspectives of Bedside Nursing Handover. *Collegian* 2011;18:19-26.

Nursing Handover For Adult Patients Guidelines. NHS Wales Informatics Service 2008.

<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/> Erişim tarihi: 01.09.2013.

Randell R, Wilson RS, Woodward P. The Importance of The Verbal Shift Handover Report: A Multi-Site Case Study, *International Journal of Medical* 2011;80:803–812.

Smeulers M, Tellingens IC, Lucas C & et al. Effectiveness of Different Nursing Handover Styles For Ensuring Continuity of Information In Hospitalised Patients (Protocol). *The Cochrane Library* 2012;7:1-12.

Strange F. Handover: An ethnographic study of Ritual in Nursing Practice. *Intensive And Critical Care Nursing* 1996;12:106-112.

Toeima E, Morris E. Improving Patients' Handover, *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2013; 23(7):221-223.

Wallis S. How is Nursing Handover Talked About In The Literature?, *Nursing Handover Research Project*. Nursing Waikato Institute Of Technology 2010, New Zeland,3-20.