

**T. C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. Ömer SALT

**ACİL SERVİSTE VARDİYALAR ARASI HASTA DEVİR  
TESLİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Metin AKPINAR**

EDİRNE – 2016



## **TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimim süresince edindiğim bilgi ve becerimi kazanmamdaki yardım, sabır ve hoşgörülerini için, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ömer SALT ve anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Mustafa Burak SAYHAN'a, tüm çalışma arkadaşlarıma, beni bugünlere getiren anneme, babama ve desteğini esirgemeyen eşim Hale'ye teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>2</b>
<b>HASTA DEVİR TESLİMİ .....</b>	<b>2</b>
<b>HASTA DEVİR TESLİM PROTOKOLLERİ.....</b>	<b>2</b>
<b>HASTA DEVİR TESLİM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....</b>	<b>3</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>7</b>
<b>BULGULAR .....</b>	<b>11</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>20</b>
<b>SONUÇLAR.....</b>	<b>24</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>25</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>26</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>27</b>
<b>EKLER</b>	

## GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servislerde vardiyalar arası hasta devir teslimleri hem hasta hem de doktor güvenliği açısından ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir. Bu nedenle uygun şekilde yapılmayan devir teslimlerin önlenmesi tedavinin doğru yürütülmesinde ciddi öneme sahiptir (1). Burada devir teslim kalitesini etkileyen en önemli parametrelerden biri her servisin kendine özgü bir devir teslim usulüne sahip olması ve bunun standardize edilememiş olmasıdır (2). Bu standardizasyonu sağlamak amacıyla her ne kadar çeşitli kuruluşlar tarafından bazı rehberler yayınlanmış olsa da hala bu husus üzerinde tam bir görüş birliği sağlanabilmiş değildir (3). Vardiyalar arası hasta devir tesliminde gözden kaçan noktalar olması ya da hastanın eksik ve yahut hatalı devredilmesi hastanın tedavi protokolünde aksamalara neden olması yanı sıra ciddi sonuçlara da yol açabilmektedir (4). Bunun önlenmesi amacıyla hasta devir teslimlerinin yazılı ya da elektronik ortamda yapılmasının faydalı olabileceğini savunan çalışmalar mevcuttur (5-7). Hasta devir teslimlerinin nasıl daha iyi hale getirilebileceğini araştıran çalışmalara da literatürde rastlamak mümkündür (8).

Bu araştırmada bölgemizdeki hastane acil servislerinde vardiyalar arası hasta devir teslimlerinin nasıl yapıldığı ve bu işlem sırasında oluşan eksiklik, aksaklık ve hataların tespiti amaçlanmaktadır. Bu yolla ileride hasta devir teslimlerine ilişkin standardizasyon geliştirilebileceği ve devir teslim esnasındaki hataların da daha aza indirilebileceği düşünülmektedir.

## **GENEL BİLGİLER**

### **HASTA DEVİR TESLİMİ**

Hasta devir teslimi; bir hastanın bilgileri, bakım sorumluluğu ve idaresinin bir klinisyenden diğerine devredilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta devir teslimi tüm tıp branşlarında uygulanan bir süreç olmakla birlikte özellikle acil tıp gibi vardiya usulü ile çalışan branşlarda çok daha fazla önem arz etmektedir. Acil tıpta vardiya sisteminin uygulanıyor olması ve hastanın yapılan işlemlerden tam olarak haberdar olmayan başka bir doktora devredilip takip ve tedavisinin bu doktor tarafından sürdürülecek olması tanı ve tedavide istenmeyen bazı aksaklıklara neden olabilmektedir. Devir teslim esnasında devreden ve devralan doktorlar arasındaki iletişim eksikliği ya da bozukluğu istenmeyen olay ve tıbbi hata sıklığında artışa neden olmaktadır. Her ne kadar diğer meslek gruplarında iş devir teslimi ile ilgili standardize prosedürler geliştirilmiş olsa da tıp disiplininde hasta devir teslimi ile ilgili standardize bir prosedür geliştirilebilmiş değildir. Yapılan bir çalışmada acil servislerde görülen malpraktis vakalarının % 24' ünün hasta devir teslimi esnasındaki iletişim bozukluğu ile direkt olarak ilişkili olduğunu göstermiştir (9). Literatürde hasta devir teslimi ile ilgili standardize bir protokol geliştirilmesine ilişkin sınırlı sayıda yayın bulunmakla birlikte bunların hangisinin en etkili şekilde kullanılabileceğine ilişkin bir görüş birliği sağlanabilmiş değildir (10).

### **HASTA DEVİR TESLİM PROTOKOLLERİ**

İkibin yedi yılında yapılan bir çalışmada acil tıpçıların % 50' sinin hasta devir teslimini sadece sözel olarak gerçekleştirdiği, % 72' sinin ise tıbbi hataların azaltılması amacıyla standardize edilmiş bir devir teslim protokolü kullanılması hususunda hemfikir olduğu tespit

edilmiştir (11). Hasta devir teslimi esnasında ortaya çıkan risklerin minimize edilmesi özellikle hasta bakımından primer sorumlu olarak hizmet veren asistan doktorların eğitim aldığı üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri için hayati öneme sahiptir. İki bin yedi tılında yapılan ve 22 yıllık periyotta görülen 889 tıbbi hatanın incelendiği bir çalışmada bu hataların 240 mın asistan doktorlar tarafından gerçekleştirildiği ve bunun % 20' sinin ise direkt olarak hasta devir teslimindeki eksikliklerle ilişkili olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir (12). Tıp eğitimi mezuniyet akreditasyon konseyi 2013 yılında yayınladığı bildiride 'hasta ve doktor güvenliği açısından tüm hastanelerin etkin, yapılandırılmış ve standardize edilmiş bir hasta devir-teslim sistemine sahip olmaları gerektiğini vurgulamıştır (13).

Mevcut çalışmalar göstermiştir ki hasta devir-teslim prosedürleri kliniklerin kendi pratik uygulamaları açısından oldukça farklılık göstermektedir. Ancak tüm bu farklılıklara rağmen hasta devir teslim işlemi dört ana bileşeni içermektedir. Bunlar; devir teslim öncesi, hasta başına varmak, hasta başı buluşma ve devir teslim sonrası dönemi içermektedir (14,15). Özellikle birden çok hastanın devir tesliminin gerçekleştiği durumlarda devir teslim öncesi hazırlık safhasının düzgün olarak gerçekleştirilmesi hasta güvenliği açısından hayati önem arz etmesine rağmen yapılan çalışmalar bu faza yeterince önem verilmediğini ve etkin olarak gerçekleştirilmediğini ortaya koymuştur (16-18). Bu nedenle hasta devir teslimi ile ilgili bir prosedür geliştirilirken sadece hasta başı durum değil, devir teslim öncesi hazırlıkları da içeren bir çalışma yapılmalıdır. Yapılan bir çalışmada acil serviste hasta devir teslimi öncesi klinisyenlerin hastalar hakkında küçük yazılı notlar hazırlayıp bunları kullanmalarının devir teslim sonrası yaşanan yanlışlıklarda belirgin azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (19).

### **HASTA DEVİR TESLİM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Devir teslim kalitesini etkileyen diğer faktörler ise; o esnada duyulan gürültü, ortamın kalabalık olması, aşırı iş yükü ve hastaya o an girişimsel bir işlem uygulanıyor olması nedeniyle devir teslimin tam olarak yapılamaması şeklinde sıralanabilmektedir (20,21).

Özellikle acil servise başvuran hastalarda hastalığın aniden gelişmiş olması ve klinisyenin hastanın daha önceki sağlık durumu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle devir teslim esnasında yaşanan eksik bilgilendirme bununla ilgili yaşanan yanlışlık sıklığı çok daha fazla olmaktadır (22).

Hasta devir teslimi ile ilgili tüm klinikler tarafından kullanılan dört ana yöntem bulunmaktadır. Bunlar; bilgisayara hasta bilgilerinin kayıt edilmesi, yatakbaşı devir teslim, hasta dosyasına yazmak yoluyla devir teslim ve geleneksel olarak kullanılan sözel devir teslim

şeklinde sıralanmaktadır (23). Hasta devir teslimi dinamik bir süreç olması yanı sıra esas olarak kişilerarası iletişimle yakından ilişkilidir. Burada devreden ve devralan kişilerin tecrübe ve bilgi düzeyleri de önemli rol oynamaktadır. Bu süreçte standardize edilmiş bir protokolün bulunmayışı, acil servisin kaotik ve stresli ortamı ile birleşince eksiklik ve yanlışlıkların görülme sıklığı daha da artabilmektedir.

Hasta devir teslim kalitesini etkileyen faktörlerden bir diğeri ise acil servis hekimlerinin vardiya sonuna gösterdikleri davranışlardır. Bazı hekimler vardiya sonu yaklaştıkça çalışma hızlarını yavaşlatmakta, bazıları ise komplike hastaları devretme ve daha basit hastalara bakma davranışı sergilemektedirler. Tam aksine bazı acil hekimleri ise mümkün olduğunca az sayıda hasta devredebilmek için devir öncesi maksimum efor sarf edebilmektedirler. Yine hasta devir teslim kalitesinin göstergelerinden biri olan devreden hekimin acil servisi terketmeden önce hasta ve yakınlarına durum hakkında bilgi vermesi durumu bazı hekimler tarafından göz ardı edilmekte, bu ise devralan hekimi zor durumda bırakabilmektedir (24).

Hasta devir teslimi esnasında hasta ile ilgili tüm önemli bilgilerin devralan doktora aktarılması gerekirken, yapılan pek çok çalışmada bu bilgilerin devir teslim esnasında genellikle devralan kişilere iletilmediğini ve bunun sonucunda gereksiz zaman ve kaynak kaybı yanı sıra telafisi zor hataların da görülebildiğini belirtmektedir (25).

Hemşirelerdeki devir teslimlerin aksine doktorların devir teslim esnasında bilgileri kayıtlı olarak devretmediği gözlemlenmiştir. Hemen hemen tüm kliniklerde devir teslimler yüzyüze görüşme ve sözel yöntemlerle gerçekleştirilmektedir. Çok az bir kısmı ise yazılı bilgi de vererek hasta devir teslimini gerçekleştirmektedir. Özellikle acil servislerdeki hasta devir teslimlerinde hasta dosyalarının eksiksiz doldurulması hasta ve devralan doktor açısından önem arz etse de genellikle bu durumun böyle olmadığı görülmektedir. Tipik olarak devreden acil tıpçı hastanın son durumu hakkında dosyaya yeterli bilgi yazmazken, devralan acil tıpçı ise dosyadaki eksiklikleri tamamlamak için çok az zaman ayırabilmektedir (24).

Hasta devir teslimlerinin hasta bakımı üzerine etkisinin öneminin farkına gün geçtikçe daha fazla varılmaktadır. Yapılan bir çalışmada acil tıp asistanlarının % 31 'inin hasta devir teslimi için önceden hazırlık yapılmaması halinde hasta bakımı ile ilgili yanlışlıklar ortaya çıktığını belirtmişlerdir (26). Başka bir çalışmada hasta devir teslimi esnasında en sık yaşanan yanlışlığın eksik hasta devri olduğu (%45,2) ve ilginç bir şekilde hastaların hiç devredilmeme oranının ise %29,3 olduğu tespit edilmiştir (27).

Yapılan çalışmalar hasta devir teslim pratiğinin sağlık yapılanmasına göre değişiklikler gösterdiğini belirtmektedir (28,29). Hasta devir teslim kalitesinin değerlendirilmesi pek çok parametreyi içermektedir. Bunlar arasında hasta ile ilgili bilgilerin aktarılması, hasta hakkında karar verilmesi aşamasında görüşlerin paylaşılması ve hasta sorumluluğunun devredilmesi gibi parametreler de bulunmaktadır (30). Bunlara ilave olarak hastanın kişisel bilgilerinin, bilinen alerjilerinin ve hastanın tedavi planının da paylaşılması anahtar bilgiler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar hasta bilgilerinin kayıt altına alınması yanı sıra sözel olarak yapılan hasta devir tesliminin sadece sözel olarak yapılan hasta devir teslimine kıyasla daha az hataya neden olduğunu göstermiştir (31,32). Ancak bu çalışmalarda göz ardı edilen noktalardan biri devredilen hasta sayısının fazla olmasının devir teslim kalitesini olumsuz yönde etkilediğidir. Devir teslim kalitesini etkileyen diğer parametreler arasında devrin başka faktörler tarafından kesintiye uğraması, gürültü ve aşırı iş yükü gibi çevresel faktörler yanısıra tedavi planının paylaşılması, hasta hakkında verilecek kararın paylaşılması, hastanın tıbbi dökümanlarının beraber gözden geçirilmesi ve sözel bilgi verilmesi gibi davranışsal alışkanlıklar da bulunmaktadır (33).

Hasta devir teslim kalitesinin değerlendirmesinde kullanılacak parametrelerden biri de devralan doktorun devir memnuniyeti ve uygun ve güvenli hasta bakımına (teşhis ve tedavide gecikmeye neden olmayarak) olanak sağlama oranıdır. Bu amaçla devir teslim sonrası başka bir mekanda devir teslim kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla bir görüşme de yapılabilir (34).

Yapılan bir diğer çalışmada ise devir teslimde anahtar rolü bilgi transferi oluşturmasına rağmen eşlik eden üç önemli faktör daha bulunmaktadır. Bunlar; eldeki verilerin aktarılması, hasta hakkındaki bilgilerin tam olarak anlaşılması ve çalışılan ortamın atmosferidir (35).

Hasta devir teslimi esnasında yapılan eksikliklerin hasta bakım kalitesine yansımaları ile ilgili çalışmalarda bu eksikliklerin iki ana probleme neden olduğu görülmüştür. Bunlar; hastaya ait bilgilerin yetersiz olarak verilmesi ve bilgi aktarımının yüz yüze yapılmamasıdır. Bu durumlar hasta hakkında bilgi edinilmesi için devralan doktorun gereksiz zaman ve tıbbi kaynak harcamasına neden olmakta, bu da bakım kalitesinde azalmayla sonuçlanmaktadır (36). Başta daha az tecrübeli doktorlar olmak üzere pek çok doktor hasta devir teslim kabiliyetlerini geliştirmeleri gerektiğine inandıklarını belirtmektedir ve bu konu ile ilgili bir klavuza ihtiyaç duyduğunu beyan etmektedir (37). Bu konuda bir standardizasyon oluşturulabilmesi amacıyla yapılması gereken ilk şey sözlü hasta devir teslimlerinin belirli kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesini sağlamaktır. İkinci önemli nokta devir teslimler esnasında mevcut teknolojik imkanların kullanılmasıdır. Hasta devir eşlimi esnasındaki iletişimin



standardizasyonu amacıyla kullanılabilir iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan biri; her kliniğin kendine has bir devir teslim protokolü geliştirmesi yönündedir. İkinci yaklaşım ise hasta hakkında detaylı bilgi vermek yerine ana başlıkların iletilmesi yönündedir. Bunlar arasında hastalık/yaralanma mekanizması, vital bulgular ve tedavi planı bulunmaktadır. Bu yaklaşımda daha çok devredilen bilgilerin baş harflerinden oluşan kısaltmalar kullanılmaktadır (38). Bunlardan biri Riesenberk ve ark (39) tarafından oluşturulan ‘‘DGDÖ’’ (durum, geçmiş, değerlendirme ve öneriler) kısaltmasıdır. Ancak bu protokolün sadece ampirik amaçla kullanılabilirliği ve hasta bakımı üzerine olumlu etkilerinin sınırlı olduğu bildirilmiştir.



## GEREÇ VE YÖNTEM

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 23.03.2016 tarihli TÜTF-BAEK 2016/37 protokol no.'lu etik kurulu onayı (Ek-1) alındıktan sonra başlanan anket çalışmamızda 1 Nisan 2016 ile 1 Haziran 2016 tarihleri arasında Edirne, Kırklareli, Tekirdağ ve İstanbul illerindeki belirlenen özel, devlet, eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri ziyaret edilerek daha öncesinden oluşturulan anket formları çalışmaya katılmayı kabul eden acil servis hekimlerine yüz yüze görüşme yoluyla anket yöntemi kullanılarak uygulandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden doktorlara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutulup imzalatıldı. Sonrasında, oluşturulan anket formlarını doldurmaları istenerek toplandı. Elde edilen anket formları SPSS istatistik programına girildi ve verilerin istatistiksel analizi sonrası tez yazımına geçildi.

Çalışmanın gerçekleştirildiği hastaneler;

- 1.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
2. Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi
3. Edirne Uzunköprü Devlet Hastanesi
4. Edirne Keşan Devlet Hastanesi
5. Edirne Özel Ekol Hastanesi
- 6.Edirne İpsala Devlet Hastanesi
- 7.Edirne Özel Keşan Hastanesi
8. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
9. Tekirdağ Devlet Hastanesi
10. Tekirdağ Çerkezköy Devlet Hastanesi

11. Tekirdağ Özel İrmet Hospital Hastanesi
12. Tekirdağ Özel Optimed Çerkezköy Hastanesi
13. Tekirdağ Hayrabolu Devlet Hastanesi
14. Tekirdağ Şarköy Devlet Hastanesi
15. Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi
16. Tekirdağ Özel Çorlu Şifa Hastanesi
17. Tekirdağ Özel Çorlu Vatan Hastanesi
18. Tekirdağ Özel Reyap Hastanesi
19. Tekirdağ Özel Optimed Çorlu Tıp Merkezi
20. Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi
21. Kırklareli Devlet Hastanesi
22. Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi
23. Kırklareli Lüleburgaz Özel Derman Hastanesi
24. Kırklareli Özel Medikent Hastanesi
25. Babaeski Devlet Hastanesi
26. Kırklareli Vize Devlet Hastanesi
27. İstanbul Özel Academic Hospital
28. İstanbul Özel Acıbadem Bakırköy Hastanesi
29. İstanbul Özel Acıbadem Kadıköy Hastanesi
30. İstanbul Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi
31. İstanbul Özel Acıbadem Maslak Hastanesi
32. İstanbul Özel Aksoy Hastanesi
33. İstanbul Özel Amerikan Hastanesi
34. İstanbul Arnavutköy Devlet Hastanesi
35. İstanbul Özel Avcılar Anadolu Hastanesi
36. İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
37. İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
38. İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi
39. İstanbul Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi
40. İstanbul Özel Bayındır Tıp Merkezi
41. İstanbul Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi
42. İstanbul Çapa İstanbul Üniversitesi. Tıp Fakültesi
43. İstanbul Dr Siyami Ersek Göüs Kalp Damar Eğitim Araştırma Hastanesi

44. İstanbul Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
45. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
46. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
47. İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi
48. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
49. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
50. İstanbul Medipol Hastanesi
51. İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi
52. İstanbul Şafak Hastanesi
53. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
54. İstanbul Özel Kadıköy Şifa Hastanesi
55. İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
56. İstanbul Özel Kozyatağı Meyan Hastanesi
57. İstanbul Maltepe Devlet Hastanesi
58. İstanbul Marmara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
59. İstanbul Özel Medical Park Bahçelievler Hastanesi
60. İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi
61. İstanbul Özel Memorial Hastanesi
62. İstanbul Özel Avicenna Hastanesi

Anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, meslek grupları, görev yerleri, çalışma süreleri devir teslim prosedürleri ile ilgili bilgi tutum ve davranışları soruldu. Anket; içinde açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan toplam 32 soru içermektedir. (Ek-1)

Anket verilerinin değerlendirilmesi SPSS For Windows 20.0 paket (Statistical Package of Science) programında gerçekleştirilmiştir. İstatistik analizinde ki- kare testi uygulanmış ve istatistik anlamlılık düzeyi “ $p<0,05$ ” kabul edilmiştir.

## **VERİLERİN ANALİZİ**

Verilerin analizi için SPSS v.22 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve (%) şeklinde gösterilmiştir. Değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle sınıandı.

Analizler sonucu “Demografik Veriler (Cinsiyet, yaş vb)” için; kategorik değişkenlerde frekans ve (%) şeklinde, sürekli değişkenlerde ise ortalama  $\pm$  standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) şeklinde veriler verilmiştir. Normal dağılıma uygunsuzluğu tespit edilen kategorik değişkenler ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında ise non parametrik testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak gerekli analizler gerçekleştirilmiştir.

İstatistiki anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan toplam 462 katılımcı dahil edildi. Bunlardan 295'i (%63,9) erkek idi.

Katılımcılar meslekleri açısından incelendiğinde; 85 (%18,4)' inin pratisyen hekim, 247 (%53,5)' sinin acil tıp asistanı, 130 (%28,1)' unun ise acil tıp uzmanı olduğu görüldü.

Katılımcılar acil serviste çalışma süreleri açısından değerlendirildiğinde % 48,7 (n=225) gibi büyük bir çoğunluğunun 1-5 yıl arasında acil serviste görev aldıkları tespit edildi. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler**

		<b>n (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	295(63,9)
	Kadın	167 (36,1)
<b>Çalıştığı yer</b>	Özel hastane	31 (6,7)
	Devlet hastanesi	96 (20,8)
	Eğitim araştırma hastanesi	210 (45,5)
	Üniversite hastanesi	127 (27,1)
<b>Görev ünvanı</b>	Pratisyen hekim	85 (18,4)
	Acil tıp asistanı	247 (53,6)
	Acil tıp uzmanı	130 (28)
<b>Görev süresi</b>	<1 yıl	50 (10,8)
	1-5 yıl	226 (48,9)
	5-10 yıl	111 (24)
	10-15 yıl	54 (11,7)
	>15 yıl	21 (4,5)
<b>Vardiya usulü</b>	24 saatlik nöbet	150 (32,5)
	2 vardiya	293 (63,4)
	3 vardiya	19 (4,1)

Birden fazla vardiya uygulanan hastanelerde hasta devir teslimlerinin hangi vardiya devir teslimi esnasında daha özensiz yapıldığı ile ilgili yöneltlen soruya katılımcıların 397 (%85,9)' si akşam devir teslimleri cevabını vermiştir.

Acil servise başvuran hasta sayısı açısından incelendiğinde en büyük çoğunluğu günlük 500-1000 (n=185, % 40,5) hasta başvurusu olan acil servislerin oluşturduğu, vardiyalar esnasında devredilen hasta sayıları açısından incelendiğinde ise %86,1 (n=398)' inin 20 veya daha az sayıda hasta devredildiğini belirttiği tespit edilmiştir. Ankete katılanların çalıştıkları acil servise başvuru sayısı, devredilen hasta sayısı ve devir esnasında hasta başına ayrılan süre ilgili vermiş oldukları cevaplar Tablo 2' de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların çalıştıkları acil servise başvuru sayısı, devredilen hasta sayısı ve devir esnasında hasta başına ayrılan süre ilgili vermiş oldukları cevaplar**

		<b>n (%)</b>
<b>Acil servise başvuru sayısı</b>	50-100	38 (8,2)
	100-200	67 (14,5)
	200-300	41 (8,9)
	300-500	51(11)
	500-1000	187 (40,5)
	>1000	78(16,9)
<b>Devir teslim esnasında devredilen hasta sayısı</b>	1-5	62 (13,4)
	5-10	171 (37)
	10-20	165 (35,7)
	20-40	57 (12,3)
	40-50	2(0,4)
	>50	5 (1,1)
<b>Devir teslim esnasında hasta başına ayrılan süre (dk)</b>	0-1	17 (3,7)
	1-2	102 (22,1)
	2-3	139 (30,1)
	3-5	143 (31)
	5-10	47(10,2)
	>10	14 (3)

Vardiya sonrası acil servisi terketmeden önce hasta ve yakınlarına son durum hakkında bilgi verme durumu açısından değerlendirildiğinde katılımcıların % 46,3' ü (n=214) sıklıkla bilgi verdiğini belirtmiş, devri sonrası sorun çıkacağını düşündüğü hastanın devrini her zaman

daha dikkatli yaptığını belirtenlerin oranı ise % 38,7 olarak tespit edilmiştir. Bu konularla ilgili diğer veriler Tablo 3' te gösterilmiştir.

**Tablo 3. Vardiya sonrası hasta ve ailesine bilgi verme ve sorun çıkacağı düşünülen hastaların daha detaylı devredilme durumu**

		n (%)
<b>Devir teslim sonrası hasta ve yakınlarına son durum hakkında bilgi verme durumu</b>	Her zaman	46 (7,2)
	Sıklıkla	214 (44,5)
	Zaman zaman	128 (22,7)
	Nadiren	55 (10,3)
	Hiçbir zaman	19 (3,5)
	Her zaman	0 (0,0)
<b>Devir teslim esnasında hasta başına ayrılan süre (dk)</b>	0-1	17 (3,7)
	1-2	102 (22,1)
	2-3	139 (30,1)
	3-5	143 (31,0)
	5-10	47(10,2)
	>10	14 (3,0)

Hasta devir teslimi esnasında hastayı devreden hekimin tecrübe düzeyinin devir kalitesini etkilemesi ile ilgili soruya katılımcıların % 54,5 (n=252)' i devreden hekime bağlı cevabını verirken, öğretim elemanının devre katılmasının devir kalitesini artırmasına yönelik soruya % 60 (n=272)' ı öğretim üyesine bağlı cevabını vermiştir. Devir teslim esnasındaki eksikliklerin tedaviyi olumsuz yönde etkilemesine ilişkin soruya hekimlerin % 98,1 (n=453)' i kesinlikle ya da kısmen katıldığını belirtmişken, devir teslim kalite değerlendirme formu kullanmanın hataları azaltacağına ilişkin soruya % 94,4 ( n= 436)' ü kesinlikle ya da kısmen katıldığını belirtmiştir. Belirtilen sorulara verilen yanıtlar Tablo 4' te gösterilmiştir.



**Tablo 4. Devreden hekimin tecrübe düzeyinin, öğretim elemanının devir teslim katılmasının devir teslim kalitesine etkileri, eksikliklerin tedaviyi olumsuz etkilemesi, devir teslim kalitesi değerlendirme formu kullanımı ile ilgili sorulara verilen yanıtlar**

		<b>n (%)</b>
<b>Devir eden hekimin tecrübe düzeyinin devir kalitesini etkileme durumu</b>	Kesinlikle düşünüyorum	156 (33,8)
	Devreden kişiye bağlı	252 (54,5)
	Zaman zaman düşünüyorum	43 (9,3)
	Kesinlikle düşünmüyorum	11 (2,4)
<b>Devre öğretim görevlisinin eşlik etmesinin devir kalitesini etkileme durumu</b>	Kesinlikle düşünüyorum	170 (36,8)
	Öğretim görevlisine bağlı	277 (60,0)
	Kesinlikle düşünmüyorum	15 (3,2)
<b>Devir kalitesi değerlendirme formu kullanımının hataları azaltacağına ilişkin soruya verilen yanıtlar</b>	Kesinlikle düşünüyorum	183 (39,6)
	Kısmen faydalı olacağını düşünüyorum	253 (54,8)
	Faydalı olacağını düşünmüyorum	26 (5,6)
<b>Devir teslimdeki eksikliklerin tedaviyi olumsuz etkileme durumuna ilişkin soruya verilen yanıtlar</b>	Kesinlikle katılıyorum	240 (51,9)
	Kısmen katılıyorum	213 (46,1)
	Kesinlikle katılmıyorum	9 (1,9)

Acil servisin kalabalık olmasının devrin daha detaylı yapılmasını engellemesi ile ilgili soruya katılımcıların % 76,9 (n=354)' ü her zaman veya sıklıkla yanıtını verirken, devir öncesi hasta hakkında yapılanları her zaman yazılı ya da elektronik ortamda kaydettiğini belirtenlerin oranı % 32,7 (n=151), devir öncesi devralacak doktora hastalar hakkında her zaman bilgi verdiğini belirtenlerin oranı ise % 20,3 (n=94) olarak tespit edilmiştir. İlgili sorulara verilen yanıtlar Tablo 5' te gösterilmiştir.

**Tablo 5. Acil servis kalabalıklığının devir kalitesini etkilemesi, hasta hakkındaki bilgilerin kayıt altına alınması ve devir öncesi hasta hakkında bilgi verilmesi ile ilgili sorulara verilen yanıtlar**

		n (%)
<b>Acil servisin kalabalık olması devrin detaylı yapılmasını engelliyor mu?</b>	Her zaman	171 (37,0)
	Sıklıkla	183 (39,6)
	Zaman zaman	80 (17,3)
	Nadiren	26 (5,6)
	Hiçbir zaman	2 (0,4)
<b>Hasta devri öncesi yapılanları kayıt altına alıyor musunuz?</b>	Her zaman	151 (32,7)
	Sıklıkla	198 (42,9)
	Zaman zaman	56 (12,1)
	Nadiren	44 (9,5)
	Hiçbir zaman	13 (2,8)
<b>Devralacak doktora devir öncesi hastalar hakkında bilgi veriyor musunuz?</b>	Her zaman	94 (20,3)
	Sıklıkla	232 (50,2)
	Zaman zaman	97 (21,0)
	Nadiren	30 (6,5)
	Hiçbir zaman	9 (1,9)

Devir sonrası eksik notlarını tamamlamak için her zaman acil serviste kaldığını belirtenlerin oranı % 9,7 (n=45) iken, devralan hekime yardımcı olmak için her zaman acil serviste kaldığını belirtenlerin oranı % 4,1 (n=19), hasta hakkındaki tedavi planını devralan hekime ilettiğini belirtenlerin oranı % 30,7 (n=142), devraldığı kişinin tedavi planını her zaman devam ettirdiğini belirtenlerin oranı ise % 5,2 (n=24) olarak bulunmuştur. Belirtilen sorulara verilen yanıtlar Tablo 6' da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Devir sonrası eksik notları tamamlamak, devralan doktora yardımcı olmak, devreden doktorun tedavi planını devam ettirmek ve devir esnasında tedavi planını iletmek ile ilgili sorulara verilen yanıtlar**

		n (%)
<b>Devir sonrası eksik notlarınızı tamamlamak için acil serviste kalyormusunuz?</b>	Her zaman	45 (9,7)
	Sıklıkla	193 (41,8)
	Zaman zaman	151 (32,7)
	Nadiren	59 (12,8)
	Hiçbir zaman	14 (3,0)
<b>Devir sonrası acil serviste kalıp devralan hekime yardımcı oluyor musunuz?</b>	Her zaman	19 (4,1)
	Sıklıkla	171 (37,0)
	Zaman zaman	169 (36,6)
	Nadiren	85 (18,4)
	Hiçbir zaman	18 (3,9)
<b>Devir sırasında tedavi planınızı devralan hekime iletiyor musunuz?</b>	Her zaman	142 (30,7)
	Sıklıkla	245 (53,0)
	Zaman zaman	65 (14,1)
	Nadiren	10 (2,2)
	Hiçbir zaman	0 (0,0)
<b>Devraldığınız kişinin tedavi planına devam ediyor musunuz?</b>	Her zaman	24 (5,2)
	Sıklıkla	331 (71,6)
	Zaman zaman	90 (19,5)
	Nadiren	12 (2,6)
	Hiçbir zaman	5 (1,1)

Hasta devir teslimi esnasında hasta bakımının sıklıkla aksadığını düşünenlerin oranı % 24,4 (n=103) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların % 66,2 (n=306) gibi büyük bir çoğunluğu sabah devir teslimleri esnasında hastaların daha iyi devredildiğini düşündüğünü belirtmiştir. Hasta devir tesliminin hasta başında mı yoksa acil serviste herhangi bir noktada mı yapılmasına ilişkin soruya doktorların % 70,3 (n=325)' i hasta başı devri istediklerini belirtmişlerdir. Acil servise sürekli başvuran hastaların devrinde özensiz davranılması ile ilgili soruya ise % 25,5 (n=118)' i kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tıp fakültesi eğitimi ya da uzmanlık eğitimi esnasında hasta devir teslimi ile ilgili ders verilmesinin faydalı olacağını düşünenlerin oranı %90,9 (n=420) gibi oldukça yüksek bir oranda tespit edilmiştir.

Katılımcılar çalıştıkları hastanelerdeki vardiya sistemi açısından incelendiğinde; devlet hastanelerinde %83,3 ile 24 saatlik vardiyalar uygulanırken, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde sırasıyla % 81,9 ve % 76,8 oranlarıyla ikili vardiya sisteminin uygulandığı tespit edilmiştir. Vardiya türleri ile çalışılan kurumlar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Hangi vardiya devrinde hasta bilgilerinin yeterince aktarılmadığına ilişkin soruya çalışılan hastane türüne göre benzer cevaplar verilmiş, çoğunlukla akşam devirlerinde yeterli bilgi aktarımı yapılmadığı belirtilmiştir. Çalışılan kurumlar arasında bu açıdan istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,251$ ).

Bir günde başvuran hasta sayısı ile hastane türleri karşılaştırıldığında 500-1000 arası hasta başvurusunun en fazla devlet ve eğitim araştırma hastanelerine olduğu, en az hasta başvurusunun ise özel hastanelere yapıldığı tespit edilmiştir. Bu açıdan hastaneler arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Devredilen hasta sayıları ile hastane türleri karşılaştırıldığında; en az sayıda hasta devrinin özel hastanelerde, en fazla sayıda devrin ise üniversite hastanelerinde olduğu, bu açıdan hastaneler arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Hasta devir tesliminde hasta başına geçen süre ve hastane türleri karşılaştırıldığında; devlet hastanelerinde hasta başına genelde 1-2 dk süre ayrılırken, eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde bu sürenin 3-5 dk arasında olduğu ve bu açıdan hastaneler arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

Devir sonrası hasta ve yakınlarına bilgi verip hastaneden ayrılma oranı en yüksek % 45,2 ile özel hastanede çalışan doktorlarda iken, en düşük % 6,2 ile devlet hastanelerinde çalışan doktorlarda idi. Bu açıdan çalışılan hastanelere göre istatistiksel anlamlı farklılık tespit edildi ( $p<0,05$ ).

Daha az kıdemli bir doktordan devralınan hastayı yeniden değerlendirmede en yüksek oran % 81, 6 ile üniversite hastanelerinde çalışan doktorlarda iken, en düşük oran % 1 ile eğitim araştırma hastanesinde çalışan doktorlar arasında tespit edildi. Bu açıdan çalışılan kurumlar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edildi ( $p<0,05$ ). Çalışılan hastane türleri ile acil servis hekimlerinin hasta devri hakkındaki davranış şekillerinin karşılaştırılması Tablo 7' de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Çalışılan hastane türleri ve hasta devir davranışlarının karşılaştırılması**

		Çalışılan hastane		
		Özel (n / %)	Devlet (n / %)	Eğitim- üniversite (n / %)
<b>Vardiya sonrası hasta ve ailesine bilgi verme durumu</b>	Çoğunlukla	23 (65,2)	66 (68,8)	171 (53,3)
	Zaman zaman	4 (12,9)	18 (18,9)	106 (33,0)
	nadiren	4 (12,9)	7 (7,3)	44 (13,7)
<b>Sorun çıkaracağını düşündüğünüz hastanın devrini daha dikkatli yapıyor musunuz?</b>	Çoğunlukla	29 (93,5)	87 (90,6)	298 (89,7)
	Zaman zaman	2 (6,5)	6 (6,2)	31 (9,3)
	Nadiren	0 (0)	2 (2,2)	3 (1,0)
<b>Daha az tecrübeli doktordan devralınan hastayı yeniden değerlendirme</b>	Keskinlikle düşünüyorum	12 (38,7)	31 (32,3)	113 (34,7)
	Devreden kişiye bağlı	14 (45,2)	55 (57,3)	183 (56,1)
	Düşünmüyorum	2 (6,6)	8 (8,4)	33 (10,2)
<b>Devir öncesi yapılanları kayıt altına alma</b>	Çoğunlukla	25 (80,7)	67 (73,8)	257 (77,6)
	Zaman zaman	5 (16,1)	11 (15,9)	40 (12,1)
	Nadiren	1 (3,2)	9 (11,3)	34 (10,3)
<b>Devir sonrası kalıp devralan hekime yardım etme</b>	Çoğunlukla	20 (71,5)	51 (53,8)	119 (36,8)
	Zaman zaman	6 (19,4)	31 (34,3)	132 (40,9)
	Nadiren	3 (9,1)	10 (11,9)	72 (22,3)
<b>Devir sonrası eksik notları tamamlamak için acil serviste kalma</b>	Çoğunlukla	17 (44,9)	42 (43,7)	179 (54,9)
	Zaman zaman	10 (32,3)	39 (40,6)	102 (31,3)
	Nadiren	4 (22,7)	10 (15,7)	45 (13,8)
<b>Tedavi planını devralan doktora iletme durumu</b>	Çoğunlukla	28 (90,3)	79 (82,3)	280 (86,2)
	Zaman zaman	3 (9,7)	10 (10,4)	42 (12,9)
	Nadiren	0 (0,0)	7 (7,3)	3 (0,9)
<b>Devreden doktorun tedavi planına devam etme durumu</b>	Çoğunlukla	26 (86,7)	66 (68,7)	263 (79,2)
	Zaman zaman	3 (10)	25 (26,0)	62 (18,6)
	Nadiren	1 (3,3)	4 (4,3)	7 (2,2)
	Yanlış			

Katılımcuların vardiyalar arası devir teslim ile ilgili düşüncelerinin tespit edilmesine yönelik sorulardan devir teslim esnasındaki eksikliklerin tedaviyi etkileyip etkilememesi ile ilgili olana en yüksek oranda (%57,6) katıldığını belirtenler üniversite hastanelerinde çalışan acil hekimleri iken, devir kalitesini değerlendirme formu kullanımı isteği % 54,8 ile en yüksek oranda özel hastanede çalışan acil servis hekimlerinde tespit edildi.



## TARTIŞMA

Acil servislerde vardiyalar arası hasta devir teslimleri hem hasta hem de doktor güvenliği açısından ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir. Bu nedenle uygun şekilde yapılmayan devir teslimlerin önlenmesi tedavinin doğru yürütülmesinde ciddi öneme sahiptir (1). Burada devir teslim kalitesini etkileyen en önemli parametrelerden biri her servisin kendine özgü bir devir teslim usulüne sahip olması ve bunun standardize edilememiş olmasıdır (2). Bu standardizasyonu sağlamak amacıyla her ne kadar çeşitli kuruluşlar tarafından bazı rehberler yayınlanmış olsa da hala bu husus üzerinde tam bir görüş birliği sağlanabilmiş değildir (3). Vardiyalar arası hasta devir tesliminde gözden kaçan noktalar olması ya da hastanın eksik ve yahut hatalı devredilmesi hastanın tedavi protokolünde aksamalara neden olması yanı sıra ciddi sonuçlara da yol açabilmektedir (4). Bunun önlenmesi amacıyla hasta devir teslimlerinin yazılı ya da elektronik ortamda yapılmasının faydalı olabileceğini savunan çalışmalar mevcuttur (5-7). Hasta devir teslimlerinin nasıl daha iyi hale getirilebileceğini araştıran çalışmalara da literatürde rastlamak mümkündür (8).

Yapılan bir çalışmada vardiya süreleri içinde ve vardiya devir teslimi sonrası hastane içi mortalite oranları incelenmiş, vardiya devir teslimini izleyen saatlerde mortalite oranlarında belirgin artış olduğu tespit edilmiştir (12). Bir başka çalışmada ise intern doktor ve eğitime yeni başlamış asistan doktorlarla yapılan vardiya devir teslimlerinden sonra mortalite oranlarında artış olduğu gözlemlenmiştir (8). Bu açılardan düşünüldüğünde acil servislerde vardiya devir teslimlerinin hayati öneme sahip olduğu bir kez daha anlaşılmaktadır.

Acil tıp uzmanları arasında vardiya devir teslimi esnasında ortaya çıkan eksikliklerin tespiti amacıyla yapılan bir çalışmada özellikle kronik hastalığı olan yaşlı hastaların devir teslimi esnasında bilgi aktarımında eksiklikler olduğu tespit edilmiştir (3). Mevcut çalışmada

da hastaneye sık başvuran hastaların devir tesliminde diğer hastalara kıyasla daha özensiz davranıldığı ve bu hastaların değerlendirmelerinin kısmen eksik yapıldığı tespit edilmiştir. Burada hastanın sürekli aynı şikayetlerle başvurması nedeniyle hekimin artık bu şikayetleri daha az önemsemesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Dokuzyüz ondört hasta devir tesliminin incelendiği bir diğer çalışmada devir teslimlerin % 15,4 (n=109)' unda devir teslimin düzgün biçimde yapılması için gerekli bilgilerin tamamının devralan doktora iletilmediği tespit edilmiştir. Burada en sık aktarılmayan bilgilerin ise tedavi planı, yapılan tetkikler ve hastanın taburculuğunun planlanıp planlanmadığı olduğu görülmüştür (7). Bizim çalışmamızda hasta devir teslimi esnasında bilgi aktarımının özellikle akşam devir teslimleri esnasında aksamaya uğradığı tespit edilmiştir. Bu durumun gündüz saatlerinde acil servisteki yoğunluğun daha fazla olması, bu nedenle acil servis hekiminin iş yükü ve yorgunluğunun artmış olması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Acil tıp asistanlarının hasta devir teslim kalitesini tespit etmek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada asistanların sadece % 10' luk kısmının hasta devir teslimi öncesinde yapılanları ve hasta bilgilerini bilgisayar ortamına katardığı tespit edilmiştir (9). Bunun yerine büyük bir çoğunluğun devir teslim esnasında bilgileri sözel olarak devretmeyi tercih ettiği, bu durumun ise hasta ve devralan hekim açısından sıkıntılara neden olduğu bildirilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlere yöneltilen hasta bilgilerinin devir öncesi kayıt altına alınması ile ilgili soruya % 70' ten fazlası çoğunlukla bu yöntemi kullandığı cevabını vermiştir. Bu durum ülkemizde acil servislerde hasta bilgilerinin elektronik ya da yazılı olarak kayıt altına alınması oranlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu hem hasta güvenliği, hem de doktorun yapılanları ispatlayabilmesi açısından da önem arz etmektedir.

Hasta devir teslimi esnasında hasta başına ayrılan sürenin incelendiği bir diğer çalışmada devir teslim esnasında hasta başına ayrılan sürenin ortalama 8,3 dakika olduğu tespit edilmiştir (9). Mevcut çalışmada bu süre ortalama 3,2 dakika olarak tespit edilmiştir. Sürenin bu denli kısa olmasında acil servislere başvuran hasta sayısının gereğinden fazla olması yanı sıra devir teslim esnasında da doğal olarak başvuruların devam etmesinin ve devredilen hasta sayısının da fazla olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ancak bu sürenin bu denli kısa olmasının hasta hakkında gerekli bilgilerin aktarılmasında eksikliklere neden olması yanı sıra, devralan hekimin de iş yükünü artıracak olması nedeniyle bir handikap olarak ortada bulunduğunu düşünmekteyiz.

Amerika Birleşik Devletleri'nde acil tıp eğitimi veren 172 klinikte yapılan bir çalışmada hasta devir teslimi eğitimi öncesi ve sonrası acil tıp asistanlarına devir teslim kalitesi ile ilgili



daha öncesinden oluşturulan anket formları doldurtulmuş, katılımcıların % 45' i eğitim sonrası devir teslim kalitesinin daha da arttığını düşündüğünü belirtmiştir (11). Bizim çalışmamızda da katılımcılara bu tür bir eğitimin faydalı olup olmayacağına dair yöneltilen soruya % 90' dan fazlası fayda sağlayacağına inandığı cevabını vermiştir. Bu durumda tıp fakültesi ya da asistanlık eğitimi esnasında hekimlerin hasta devir teslimi ile ilgili ders almalarının devir teslim kalitesini artırması yanı sıra tıbbi hataların azalmasında da etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada ortaya çıkan ilginç sonuçlardan bir tanesi de devir teslim sonrası problem olabileceği düşünülen hastaların devri tesliminin diğer hastalara kıyasla daha detaylı yapılması ile ilgili soruya katılımcıların % 90' a yakın kısmının çoğunlukla daha dikkatli davrandığı cevabını vermesi olmuştur. Bu durumun acil servis hekimlerinin çok sık medikolegal problemlerle karşılaşması nedeniyle bunun önüne geçebilmek için bir tür önlem olduğunu düşünmekteyiz.

Ülkemizde acil servis başvuru sayısı ve oranlarının gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça fazla olmasının devir teslim kalitesini olumsuz yönde etkilediğinin göstergelerinden acil servis kalabalıklığının devir teslim kalitesini etkilemesi ile ilgili soruya verilen yanıtıdır. Bu soruya katılımcıların % 90' a yakın kısmın kalabalıklığın devir teslimi olumsuz yönde etkilediğine inandığı cevabını vermiştir. Acil servislerin aşırı kalabalık olması hem hasta başına hekimin ayırabileceği sürenin daha kısa olmasına neden olmakta hem de devir teslimlerin daha hızlı yapılması ihtiyacı nedeniyle hasta bilgilerinin tam olarak aktarılamaması ve tıbbi hatalara yol açabilmektedir.

Hasta devir teslimi sonrası devreden doktorun tedavi planını her zaman devam ettirdiğini belirtenlerin oranı mevcut çalışmada % 5,2 olarak tespit edilmiştir. Oranın bu denli düşük olmasının devralan hekimin tedaviyi sorgulaması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz ve bu durumun olumlu bir gösterge olabileceği yanı sıra devreden ve devralan hekimler arasındaki güven ilişkisi ile ilişkili olabileceğinden üzerinde daha dikkatle durulması gerektiğine inanmaktayız.

Devir teslim esnasında standardize edilmiş bir devir formu kullanımı isteği ile ilgili yöneltilen soruya katılımcıların yarıdan fazlası olumlu cevap vermişlerdir. Formun diğer katılımcılar tarafından kullanılmak istenmemesinde gereksiz zaman kaybı ve iş yükü şeklinde algılanması ve alışkanlıkların etkili olduğunu düşünmekteyiz. Benzer şekilde devir kalitesi değerlendirme formu kullanımının kesinlikle faydalı olacağına inananların oranı yüzde kırklarda tespit edilmiştir.

Eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde devri teslimlere bir öğretim görevlisinin eşlik etmesinin devir kalitesini olumlu yönde etkileyip etkilemeyeceği ile ilgili soruya ise katılımcıların çoğu bu durumun katılan öğretim üyesi ile ilişkili olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Bu durumun eğitim verenle o eğitimi alan arasındaki ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi gereğini yeniden vurguladığını düşünmekteyiz.



## SONUÇLAR

Yüz yüze anket uygulanması yöntemiyle gerçekleştirilen bu çalışmada Edirne, Kırklareli, Tekirdağ ve İstanbul'dki belirli özel, devlet, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde çalışan acil servis hekimlerinin vardiyalar arası hasta devir teslimi ile ilgili bilgi tutum ve davranış özelliklerinin araştırılması, varsa eksikliklerin ortaya konulması ve sağlık personelinin bu husustaki beklentilerinin tespiti amaçlanmıştır.

1. Katılımcıların büyük çoğunluğu eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinden ve acil tıp asistanı idi.
2. Yüzde seksenden fazla acil tıp çalışanının on yıl veya daha az süredir acil serviste çalıştığı tespit edildi.
3. Katılımcıların çalıştıkları acil servislere başvuru sayısı açısından yüzde kırktan fazlasının günlük 500-1000 başvuru olan acil servislerde çalıştığı tespit edildi.
4. Hasta devir teslimleri için ayrılan sürenin ortalama 3-5 dakika arasında olduğu belirlendi.
5. Devir sırasında sorun çıkaracağı düşünülen hastaların devrinde daha hassas davranıldığı tespit edildi.
6. Acil servisteki kalabalığın devir teslim kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edildi.
7. Hasta devir teslimi esnasında oluşan eksikliklerin hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edildi.
8. Devir teslim esnasında standardize edilmiş bir form kullanımı hususunda acil servis hekimlerinin çekinik davrandığı görüldü.

## ÖZET

Hasta devir teslimi; bir hastanın bilgileri, bakım sorumluluğu ve idaresinin bir klinisyenden diğerine devredilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta devir teslimi tüm tıp branşlarında uygulanan bir süreç olmakla birlikte özellikle acil tıp gibi vardiya usulü ile çalışan branşlarda çok daha fazla önem arz etmektedir. Acil tıpta vardiya sisteminin uygulanıyor olması ve hastanın yapılan işlemlerden tam olarak haberdar olmayan başka bir doktora devredilip takip ve tedavisinin bu doktor tarafından sürdürülecek olması tanı ve tedavide istenmeyen bazı aksaklıklara neden olabilmektedir. Devir teslim esnasında devreden ve devralan doktorlar arasındaki iletişim eksikliği ya da bozukluğu istenmeyen olay ve tıbbi hata sıklığında artışa neden olmaktadır. Her ne kadar diğer meslek gruplarında iş devir teslimi ile ilgili standardize prosedürler geliştirilmiş olsa da tıp disiplininde hasta devir teslimi ile ilgili standardize bir prosedür geliştirilebilmiş değildir.

Bu konuda bir standardizasyon oluşturulabilmesi amacıyla yapılması gereken ilk şey sözlü hasta devir teslimlerinin belirli kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesini sağlamaktır. İkinci önemli nokta devir teslimler esnasında mevcut teknolojik imkanların kullanılmasıdır.

**Anahtar kelimeler:** Acil servis, hasta devir-teslim, vardiya

# **EVALUATION OF THE INTERSHIFT PATIENT HANDOVER AT EMERGENCY DEPARTMENT**

## **SUMMARY**

Patient handover is defined as; the transfer of patient information care to another physician from the responsibility and authority. Especially in industries working on shifts, patient handover such as emergency medicine, but is a process applied in all branches of medicine is of much more importance. Emergency medicine can cause not fully aware of another doctor transferred or not followed and will continue to be treated by the doctor in the diagnosis and treatment of some unwanted disruptions have implemented the shift system and the patients of the transaction. Lack of communication between the transferor and transferee or doctors during the handover disorder causes an increased incidence of adverse events and medical errors. Although it developed standardized procedures for the handover of the work in professions related to the delivery of standardized patients, though turnover in the medical disciplinary procedure has not been developed can. Oral delivery of the first things to be done to ensure a patient transfer standardization in this field is to be carried out in accordance with certain rules. The use of existing technological capabilities delivered during the second important point speed is.

**Key words:** Emergency department, inter shift, patient handover

## KAYNAKLAR

1. Safe Handover: Safe Patients: Guidance on Clinical Handover for Clinicians and Managers. National Patient Safety Agency, British Medical Association; 2004.
2. Miller C. Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. Aust J Adv Nurs 1998;16:23-7.
3. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. BMJ 2000;320:791-4.
4. Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. Acad Med 2005;80(12):1094-9.
5. Geitung JT, Kolstrup N, Fugelli P. Written information from hospital to primary physician about discharged patients. Tidsskr Nor Laegeforen 1990;110(24):3132-5.
6. McCann L, McHardy K, Child S. Passing the buck: clinical handovers at a tertiary hospital. N Z Med J 2007;120:U2778.
7. Bomba DT, Prakash R. A description of handover processes in an Australian public hospital. Aust Health Rev 2005;29:68-79.
8. Roughton VJ, Severs MP. The junior doctor handover: current practices and future expectations. J R Coll Physicians Lond 1996; 30: 213-4.
9. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. Arch Intern Med 2007;167:2030-6.
10. Patterson ES, Wears RL. Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010;36:52-61.

11. Sinha M, Shriki J, Salness R, Blackburn PA. Need for standardized sign-out in the emergency department: a survey of emergency medicine residency and pediatric emergency medicine fellowship program directors. *Acad Emerg Med* 2007;14:192–6.
12. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007;167:2030–6.
13. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Emergency Medicine. Available at: [http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/2013-PR-FAQ-PIF/110\\_emergency\\_medicine\\_07012013.pdf](http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/2013-PR-FAQ-PIF/110_emergency_medicine_07012013.pdf). Accessed July 7, 2013.14. Hansen JT. *Netter's Clinical Anatomy*: Elsevier; 2014. 87-143 p.
14. Propp DA. Emergency care transitions. *Acad Emerg Med* 2003;10(10):1143.
15. Beach C, Croskerry P & Shapiro M. Profiles in patient safety: emergency care transitions. *Academic emergency medicine* 2003;10(4):364–7.
16. Patterson ES, Roth EM, Woods DD et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16(2):125–132.
17. Raduma-Tomas MA, Flin R, Yule S et al. Doctors' handovers in hospitals: a literature review. *BMJ Quality and Safety* 2011; doi:10.1136/bmjqs.2009.034389. Published Online First 5 January 2011.
18. Catchpole KR, De Leval MR, McEwan A et al. Patient handover from surgery to intensive care: using formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia* 2007;17(5):470-8.
19. Lawrence RH, Tomolo AM, Garlisi AP et al. Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: a grounded theory study. *BMC Health Services Research* 2008;8:256.
20. Borowitz SM, Waggoner-Fountain LA, Bass EJ et al. Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care* 2008;17(1):6–10.
21. Horwitz LI, Meredith T, Schuur JD et al. Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med* 2009;53(6):701–10.
22. Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *CMAJ* 1996;154(9):1345-51.
23. Miller C. Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. *Aust J Adv Nurs* 1998;16:23-7.
24. Singer JI, Dean J. Emergency physician intershift handovers: an analysis of our transitional care. *Pediatr Emerg Care* 2006;22(10):751-4.

25. Lee LH, Levine JA, Schultz HJ. Utility of a standardized sign-out card for new medical interns. *J Gen Intern Med* 1996;11:753–5.
26. Borowitz SM, Waggoner-Fountain LA, Bass EJ et al. Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care* 2008;17(1):6–10.
27. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J et al. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *Int J Qual Health Care* 2010;22(5):396–401.
28. Amon M, Jager F. Electrocardiogram ST-Segment Morphology Delineation Method Using Orthogonal Transformations. *PloS One* 2016;11(2):e0148814.
29. Beach C, Croskerry P & Shapiro M. Profiles in patient safety: emergency care transitions. *Acad Emerg Med* 2003;10(4):364–7.
30. Patterson ES & Wears RL. Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36(2):52–61.
31. Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *JAN* 2000;31(4):794–804.
32. Arora V, Kao J, Lovinger D et al. Medication discrepancies in resident sign-outs and their potential to harm. *JGIM* 2007;22(12):1751–5.
33. Apker J, Mallak LA, Applegate 3rd EB et al. Exploring emergency physician-hospitalist handoff interactions: development of the handoff communication assessment. *Ann Emerg Med* 2010;55(2):161–70.
34. Manser T, Foster S, Gisin S et al. Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6):1–5.
35. Thakore S & Morrison W. A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emerg Med J* 2001;18(4):293–6.
36. Arora V, Johnson J, Lovinger D et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care* 2005;14(6):401-7.
37. Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ* 2000;320(7237):785–8.
38. Talbot R & Bleetman A. Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work? *EMJ* 2007;24(8):539–542.
39. Riesenber LA, Leitzsch J & Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual* 2009;24(3):196–204.



**EKLER**



Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARASTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2016/37	
	PROTOKOL ADI	Acil Serviste Vardiyalar Arası Hasta Değerlendirilmesinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI ADI	Doç. Dr. Mustafa Burak SAYHAN	
	ARASTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLİYİCİ		
	ARASTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/13	Tarih: 23.03.2016	
	Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mustafa Burak SAYHAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çalışmanın araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amacı, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin güdülerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak verilerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevduat oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI: Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi			

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ufuk VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	TUTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	TUTF Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	<input type="checkbox"/> İlişkili <input type="checkbox"/> İlişkisiz	<input type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Mazarelli
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	TUTF Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	TUTF Biyoistatistik A.D.	K	<input type="checkbox"/> İlişkili <input type="checkbox"/> İlişkisiz	<input type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Mazarelli
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	TUTF Tıbbi Genetik A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input type="checkbox"/> İlişkisiz	<input type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Mazarelli
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	TUTF İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	TUTF Fizyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	TUTF İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİÖÇAK Üye	Halk Sağlığı	TUTF Halk Sağlığı A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input type="checkbox"/> İlişkisiz	<input type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Lehli
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	TUTF Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input type="checkbox"/> İlişkisiz	<input type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Mazarelli
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	TUTF Ruh Sağ ve Has A.D.	K	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	TUTF Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	TUTF Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Atakan
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		TU İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input checked="" type="checkbox"/> İlişkisiz	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Berkan
Avukat Bakı KURNAZ Üye		TU Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> İlişkili <input type="checkbox"/> İlişkisiz	<input type="checkbox"/> Katılım <input type="checkbox"/> Katılmama	Lehli

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU  
Dekan a  
Dekan Yrd.

## BİLGİLENDİRME

Acil servislerde vardiyalar arası hasta devir teslimleri hem hasta hem de doktor güvenliği açısından ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir. Bu nedenle uygun şekilde yapılmayan devir teslimlerin önlenmesi tedavinin doğru yürütülmesinde ciddi öneme sahiptir. Burada devir teslim kalitesini etkileyen en önemli parametrelerden biri her servisin kendine özgü bir devir teslim usulüne sahip olması ve bunun standardize edilememiş olmasıdır. Bu standardizasyonu sağlamak amacıyla her ne kadar çeşitli kuruluşlar tarafından bazı rehberler yayınlanmış olsa da hala bu husus üzerinde tam bir görüş birliği sağlanabilmiş değildir. Bu araştırmada bölgemizdeki hastane acil servislerinde vardiyalar arası hasta devir teslimlerinin nasıl yapıldığı ve bu işlem sırasında oluşan eksiklik, aksaklık ve hataların tespiti amaçlanmaktadır. Bu yolla ileride hasta devir teslimlerine ilişkin standardizasyon geliştirilebileceği ve devir teslim esnasındaki hataların da daha aza indirilebileceği düşünülmektedir. Anket formunun üzerine isim yazılmayacaktır. Katılanların hukuki sorumluluğu olmayıp; sorulara tam ve gerçeğe uygun yanıtlar vermeniz çalışmanın güvenilirliği ve bilimsel geçerliliği açısından önemlidir. Araştırma sizin açınızdan herhangi bir risk içermemektedir. Bu araştırma dahilinde size herhangi bir isim altında ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında sebep belirtmeksizin araştırmadan çıkma isteğini araştırmacılara bildirmeniz durumunda araştırma dışı bırakılacaksınız ve sizinle ilgili herhangi bir bilgi ya da belge hiç kimseyle paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Katkınız için şimdiden teşekkür ediyorum.

EK 1. SHIFTLERARASI HASTA DEVİR ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

1. Hastanenin türü

Özel Hastane  Devlet hastanesi  Eğitim Araştırma Hast.  Üniversite

2. Acil Servisteki göreviniz

Pratisyen hekim  Acil Tıp Asistanı  Acil Tıp Uzmanı

3. Yaşınız

4. Cinsiyetiniz

Erkek  Bayan

5. Ne kadar süredir Acil Serviste çalışıyorsunuz?

1 yıldan az  1-5 yıl arası  5-10 yıl arası  10-15 yıl arası  ≥ 15 yıl

6. Hastanemiz Acil Servisinde kaç shift uygulanıyor

Tek shift ( 24 saatlik nöbet)  2 shift  3 shift

7. Birden fazla shift uygulanıyor ise hangi saatlerdeki devir teslimlerde hasta bilgilerinin yeterince aktarılamadığını düşünüyorsunuz?

Sabah devir teslimlerinde  Akşam devir teslimlerinde

8. Acil servisimize günlük ortalama başvuru sayısı kaçtır?

50-100  100-200  200-300  300-500  500-1000  ≥1000

9. Devir sırasında hekim arkadaşınıza devrettiğiniz ortalama hasta sayısı kaçtır?

1-5  5-10  10-20  20-40  40-50  ≥ 50

10. Bir hastanın devri ortalama kaç dk sürmektedir?

0-1  1-2  2-3  3-5  5-10  ≥ 10 dk.

11. Shift bitince hasta ve ailesine son durum hakkında bilgi verip ayrılacağımızı belirtiyormuyuz?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

12. Devir sonrası sizin açınızdan sorun çıkacağını düşündüğünüz hastanın devrini daha detaylı olarak yapıyor musunuz?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

13. Devir sırasında size hasta devreden hekimin tecrübeli olması ya da asistan ise az kıdemli yada kıdemli olmasının hasta devri kalitesini etkilediğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle düşünüyorum  Devreden kişiye bağlı  Zaman zaman düşünüyorum  Kesinlikle düşünmüyorum

14. Sizden daha az tecrübeli bir doktor ya da az kıdemli bir asistandan hasta devraldığınızda hastayı yeniden değerlendiriyor musunuz?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

15. Acil servisin kalabalık olması devrin detaylı yapılmasını engelliyor mu?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

16. Hastaları devretmeden önce hasta hakkında yapılanları yazılı ya da elektronik ortamda kayıt altına alıyor musunuz?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

17. Devir öncesi acil Servisin herhangi bir yerinde devredeceğiniz hastalar hakkında devralacak doktora bilgi veriyor musunuz?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

18. Devir sırasında sizlere bir öğretim görevlisi eşlik ediyor mu? ( Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastaneleri için)

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

19. Devir sırasında bir öğretim görevlisinin eşlik etmesinin devir kalitesini artırdığını düşünüyor musunuz?

Kesinlikle düşünüyorum  Öğretim görevlisine  ğlı  Kesinlikle düşünmüyorum

20. Hasta devir teslimindeki eksikliklerin tedaviyi olumsuz etkileyeceğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum  Kısmen katılıyorum  Kesinlikle katılmıyorum

21. Devir sırasında hasta hakkında belli bilgileri içeren Ek 2 deki gibi bir devir formu kullanmak ister misiniz?

Her zaman  Sıklıkla  Zaman zaman  Nadiren  Hiçbir zaman

22. Sizce devrin hasta başında mı yoksa Acil Serviste belli bir noktada mı yapılması uygundur?

Hasta başında  Acil serviste belli bir noktada  Her ikisinde de

23. Devirler sırasında Ek 3 te ki gibi devir kalitesi değerlendirme formu kullanmanın hasta bakım kalitesini artırıp hataları azaltacağını düşünüyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Kesinlikle düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kısmen faydalı olacağını düşünüyorum
<input type="checkbox"/> Faydalı olacağını düşünmüyorum

24. Devirlerde hasta hakkındaki bilgilerin sözel mi yazılı mı yoksa elektronik ortamda mı aktarılmasının hataları azaltacağını düşünüyorsunuz?

<input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/> Yazılı <input type="checkbox"/> Elektronik <input type="checkbox"/> Sözel ve yazılı <input type="checkbox"/> Sözel ve elektronik
<input type="checkbox"/> Her üç şekilde de <input type="checkbox"/> Hiçbiri (belirtiniz)

25. Devir sonrası Acil Serviste kalıp devralan hekime yardımcı oluyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Zaman zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
--

26. Devir sonrası eksik notlarınızı tamamlamak için Acil Serviste kalıyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Zaman zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
--

27. Devir sırasında hasta hakkındaki tedavi planınızı devralan kişiye iletiyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Zaman zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
--

28. Devir sırasında mevcut hasta tedavi ve bakımının aksadığını düşünüyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Zaman zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
--

29. Devir sonrası devraldığınız kişinin tedavi planına devam ediyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Zaman zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
--

30. Tıp fakültesinde ya da asistanlık esnasında hasta devri ile ilgili ders konulmasının faydalı olacağına inanıyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Kesinlikle düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kısmen faydalı olacağını düşünüyorum
<input type="checkbox"/> Faydalı olacağını düşünmüyorum

31. Sabah devirlerinde mi yoksa akşam devirlerinde mi hastaların daha iyi devredildiğini düşünüyorsunuz?

<input type="checkbox"/> Sabah <input type="checkbox"/> Akşam <input type="checkbox"/> Bence farketmiyor
--

32. Acil servise sürekli başvuran hastaların devrinde daha özensiz davranıldığını düşünüyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Kesinlikle düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kısmen düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kesinlikle düşünmüyorum
--

EK 2. DEVİR KALİTESİ DEĞERLENDİRME FORMU\*\*

Tarih:

Hastanın devralındığı yer:

Yatak\sedye

Triaj alanı

Hasta hakkında yeterli bilgi verildi mi?

Evet

Hayır

Yanlış ya da eksik bilgi verildiği düşünülen alanlar (klikleyiniz)

Tıbbi tedavi plan ve gidişatı.....

Yapılan tanısal girişimler ve sonuçları.....

Taburculuk planı.....

Önemli geçmiş tıbbi hikaye.....

Sosyal nedenler.....

Diğer (belirtiniz).....

Hasta tedavisinin hangi yönde etkilendiği:

Olumlu

Olumsuz

Hastanın yeniden değerlendirilmesinin önlenmesi

Zaman kaybının engellenmesi

Taburculukta gecikmenin önlenmesi

Hasta bakımında gecikmenin önlenmesi

Tedavide karışıklığın engellenmesi

İstenmeyen tıbbi olayların önlenmesi

Diğer (belirtiniz)

Puanlama: Her bir olumlu etki için 1 puan olmak üzere:

1: Çok kötü 2: kötü 3: Kısmen kötü 4: Nötr 5: Fena değil 6: İyi 7: Çok iyi

\*\* Stürchler M. R, Keller I, Bingisser R. Emergency physician intershift handover- can a DINAMO checklist speed it up and improve quality? Swiss Med Wkly. 2010;140:w1308510