



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**STRUKTURIRANA PREDAJA SLUŽBE  
ZDRAVSTVENE NEGE KOT DEJAVNIK  
VARNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE**

**STRUCTURED NURSING HANDOVER - A  
FACTOR IN THE SAFETY OF HEALTH  
CARE PROVISION**

Mentorica: Gordana Lokajner, pred.

Kandidat: Domen Peče

Jesenice, januar, 2018

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Gordani Lokajner, pred. za vso strokovno pomoč in nasvete pri izdelavi diplomskega dela. Vedno mi je bila v podporo in mi tako omogočila izdelavo diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentoma mag. Branku Bregarju, viš. pred. in mag. Miranu Remsu, viš. pred.

Še posebej pa bi se rad zahvalil svoji družini in prijateljem, ki so mi vsa leta med študijem nudili pomoč, pozitivne misli, me spremljali, spodbujali, podpirali na moji poti do želenega poklica.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Učinkovita in uspešna predaja službe zdravstvene nege je pogoj za varno obravnavo pacienta. Namen diplomskega dela je predstaviti dejavnike, ki so povezani z uspešno predajo službe zdravstvene nege, v povezavi z varno obravnavo pacienta.

**Metode:** Uporabljena je bila metoda sistematičnega pregleda literature, ki je obsegal pregled strokovne literature in znanstvenih člankov. Obdobje iskanja je bilo med 1. 6. 2016 in 1. 8. 2017 v bazah podatkov PubMed = Medline, Springerlink, CINAHL/EBSCO host in Google Scholar, članke v slovenskem jeziku preko bibliografskega sistema virtualne knjižnice Slovenije COBISS in Obzornika zdravstvene nege. Ključne besede, uporabljene za iskanje v angleškem jeziku, so bile »nursing handoff«, »nursing handover«, za članke v slovenskem jeziku pa besedne zveze »predaja pacienta«, »komunikacija v zdravstvu«. Omejitvena merila za iskanje so bila obdobje 2007–2017, celotno besedilo, slovenski ali angleški jezik besedila. Uporabljena je bila kvalitativna vsebinska analiza dobljene literature s tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij.

**Rezultati:** Od vseh 1.186 zadetkov smo v končno analizo vključili 19 zadetkov. Identificiranih je bilo 64 kod, razvrščenih v 3 kategorije: vloga zdravstvenih delavcev pri predaji službe zdravstvene nege; negativni dejavniki pri varni predaji pacienta in ukrepi za izboljševanje varne predaje pacienta.

**Razprava:** Strukturirana predaja službe zdravstvene nege je ključna za zagotavljanje varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah. Bistveno vlogo igra komunikacija, poleg tega pa še posameznikovo zavedanje, da so informacije, ki se prenašajo drugim pomembne za zagotovitev varne in visoko kakovostne zdravstvene obravnave pacienta.

**Ključne besede:** komunikacija v zdravstvu, varnost pacienta, kakovost v zdravstvu, timsko delo

## SUMMARY

**Background:** An effective and successful handover in nursing care is the key to safe patient treatment. The purpose of the diploma thesis is to present the factors related to a successful handover of the service as they relate to safe patient treatment.

**Methods:** A systematic literature review method was used, which included a review of professional literature and scientific articles. The search period was between 1 June 2016 and 1 August 2017. We have used international databases such as PubMed = Medline, Springerlink, CINAHL/EBSCO host and Google Scholar, while articles in the Slovene language were found using the bibliographic system of the virtual library of Slovenia COBISS and the Slovenian Nursing Review. The keywords used for searching in English were "nursing handoff" and "nursing handover", and for articles in the Slovene language we used the terms "patient handover" and "communication in health care". The search criteria were: articles published in the 2007-2017 period, full text had to be available and the text had to be in the Slovenian or English language. We used a qualitative content analysis of the obtained literature using the coding technique and the design of content categories.

**Results:** Out of all 1,186 results, we included 19 results in the final analysis. 64 codes were identified and classified into 3 categories: the role of health care workers in the handover of nursing care; negative factors in the safe handover of patients; and the measures to improve the safety of the patient's handover.

**Discussion:** A structured handover of nursing care is key to ensuring patient safety in health care institutions. Communication plays a vital role, as well as the individual's awareness that the information being transmitted is important to others to ensure safe and high-quality healthcare for the patient.

**Key words:** communication in health care, patient safety, quality in healthcare, teamwork

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>7</b>
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	7
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	7
2.3.1	Metode pregleda literature.....	7
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	8
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature .....	9
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature .....	9
2.4	REZULTATI .....	12
2.4.1	PRIZMA diagram.....	12
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah .....	13
2.5	RAZPRAVA .....	21
<b>3</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>32</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu .....	10
Slika 2: Prizma diagram .....	12

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature .....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu .....	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov .....	13
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah .....	20

## **SEZNAM KRAJŠAV**

**SBAR**            Situation, Background, Assessment, Recommendation

**ISBAR**          Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

## 1 UVOD

Predaja službe zdravstvene nege se pojavlja v celotnem kontinuumu zdravstvene oskrbe in v vseh oblikah obravnave pacienta. Obstajajo različne vrste prenosov od enega do drugega izvajalca zdravstvenih storitev, na primer pri prenosu pacientov iz ene lokacije v drugo bolnišnico ali pri prenosu informacij in odgovornosti med premiki v isti enoti. Predaja službe zdravstvene nege lahko vključuje uporabo specializirane tehnologije (npr. zvočni zapisovalci, »pejdžerji«, ročne naprave in računalniško vodene evidence), faksa, pisnih dokumentov in ustne komunikacije. Vsaka vrsta in lokacija prenosa predstavlja podobne in edinstvene izzive (Friesen, et al., 2008).

Predaja pacienta poteka na vseh ravneh bolnišnične oskrbe. Pomembne so tudi interdisciplinarne predaje, ki se največkrat pojavljajo med medicinskimi sestrami in zdravniki. Največkrat je to v obliki petminutnega posveta po viziti ali pred njo, lahko pa se predaja zgodi tudi med medicinsko sestro in osebjem v diagnostičnih enotah. Ti posveti so standardizirani, opredeljena pa je tudi vsa vsebina. Predaje med ustanovami se pojavljajo med bolnišnicami in drugimi zdravstvenimi zavodi, organizacijami ali domovi za ostarele. Predaje na tej ravni potekajo preko posebnih dokumentov (list kontinuirane zdravstvene oskrbe, odpustnice in klinične poti). V določeni situaciji lahko ključne informacije povemo tudi telefonsko, drugo pa dokumentiramo. Predaja pacienta lahko poteka tudi ustno, z obiskom medicinske sestre, ki bo po odpustu prevzela pacienta (Kramar, 2009). Medicinske sestre predajo službe izvajajo večkrat dnevno in je osnova klinične prakse zdravstvene nege (Sherman, et al., 2013). Komunikacija služi kot temeljni del zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege (Kasinathan, et al., 2012). Varno ter kakovostno neprekinjeno zdravstveno oskrbo določajo kakovostni in natančni podatki o pacientu (Johnson, et al., 2013). Prvi podatki o razvoju predaje zdravstvene nege so bili zabeleženi v 80. letih prejšnjega stoletja in so temeljili na medicinskem modelu predaje pacienta. Najprej se je večina avtorjev usmerjala v dokazovanje koristi predaje službe. Opisovali so številne metode in orodja predaje, ki so jim pripisovali številne zasluge za pozitivne principe v zvezi z učinkovitostjo, uspešnostjo predaje, točnosti, pomembnosti, celovitosti, varnosti in dostopnosti (Kitson, et al., 2013). »Nadzorna medicinska sestra je dobila ustno poročilo nočne medicinske sestre in je na osnovi podatkov z jutranje



zdravniške vizite oblikovala ustna naročila in navodila, ter usmeritve za izvajanje zdravstvene nege medicinskim sestram, ki so prišle v jutranjo izmeno« (Kerr, et al., 2011). V procesu predaje med medicinskimi sestrami je imela ustna oblika pomembno vlogo in je še vedno zasidrana v bolnišnični kulturi. Medicinske sestre druga z drugo komunicirajo ob rednih predajah pacienta in pri tem uporabljajo pacientovo dokumentacijo. Seznanjene so z njegovim trenutnim stanjem, potekom zdravljenja, načrtom zdravstvene nege in prioriteta pri negovalnih intervencijah. Ob zaključku vsake delovne izmene je pomemben natančen prenos informacij o pacientu, ki je bistven za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in kakovosti obravnave (Entwistle, 2011).

Entwistle (2011) navaja tudi pomembne elemente kakovostne predaje službe. To so *pretekli podatki*: pacientova diagnoza, vse, kar mora ekipa vedeti o njem in njegovem načrtu zdravljenja. Vključiti moramo tudi na primer podatke, ali potrebuje pomoč pri hranjenju ali uporabi toaletnega prostora. Če so na novo sprejeti, moramo vedeti okoliščine, ki so privedle do sprejema. *Sedanjest*: Trenutno stanje: stanje pacienta v trenutni izmeni in kakršne koli spremembe pri načrtu zdravljenja. V mislih moramo imeti, da so se lahko določene spremembe zgodile in se jih prihajajoča ekipa še ne zaveda, zato moramo preveriti, kaj že vedo o njem in česa še ne. Vključiti moramo vse rezultate iz ocen in preiskav. *Prihodnost*: kaj je še treba storiti – naloge, ki jih je treba dokončati v določenem času in jih prejšnja ekipa še ni mogla narediti oziroma jih je treba opraviti v času, ko se je izmena že zamenjala.

## 1. Pomen komunikacije med zdravstvenimi delavci

Zdravstvena nega kot znanost o zdravstvenem varstvu se osredotoča na služenje človeških potreb kot bio-psihosocialnega in duhovnega bitja. Praksa zahteva ne samo znanstveno znanje, ampak tudi medosebne, intelektualne ter tehnične sposobnosti in spretnosti. Pomeni kombinacijo znanja, kliničnega dela in medosebne komunikacije. Komuniciranje je pomemben element pri zdravstveni negi na vseh dejavnih področjih, kot so zdravljenje, terapija, rehabilitacija, izobraževanje in spodbujanje zdravja. Zdravstveni proces kot znanstvena metoda izvajanja in izvajanja zdravstvene nege se doseže z dialogom, s pomočjo medosebne okolja in s specifičnimi veščinami verbalne

komunikacije. Učinkovita komunikacija zahteva razumevanje pacienta in izkušenj, ki jih izražajo. Zahteva veščine in hkrati iskreno namero medicinske sestre, da razume, kaj se nanaša na pacienta. Za razumevanje pacienta ni dovolj poslušanje, medicinska sestra mora posredovati tudi sporočilo, ki je razumljivo in sprejemljivo. Komunikacija odraz znanja udeležencev, načina razmišljanja in občutka ter njihovih zmožnosti. Da bi bile medicinske sestre uspešne pri svojem delu, morajo komunikacijske in medosebne odnose v svojem izobraževanju proučevati s posebnimi tečaji in pripravništvom. Spoznati morajo različne vidike komunikacije na različnih področjih zdravstvene nege. V tem okviru je treba poudariti pomen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom, izobraževanje o zdravstveni negi pa se mora osredotočiti na komunikacijske veščine medicinskih sester (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Timsko delo in učinkovita komunikacija sta v kontinuumu zdravstvenega varstva bistvenega pomena za zagotavljanje učinkovite in kakovostne oskrbe, ki prispeva k izboljšanju rezultatov pacienta. Zdravstvena oskrba je zapletena in odvisna od zdravstvenih delavcev, ki vzdržujejo komunikacijo in usklajevanje med seboj, da bi se izognili razdrobljenosti, zamudam in višanjem stroškov zdravstvene oskrbe. Zdravstvena skupnost se mora združiti kot združeni medprofesionalni sistem zdravstvenega varstva, ki sistematično in nenehno komunicira, da zadovolji individualne potrebe pacientov. To lahko zmanjša ovire za neučinkovito komunikacijo in težave s prenosu pacientov. Poleg tega lahko privede do pozitivnih rezultatov pacientov. Ko medprofesionalni zdravstveni sistem deluje tekoče v gibanju, je to najboljši izid za pacienta (Vanderbilt, et al., 2017).

## 2. Modeli in orodja za izboljševanje kakovosti predaje službe zdravstvene nege

Največkrat se pojavljajo težave pri komunikaciji in prav to je ključni dejavnik za neljube dogodke. Obstaja kar nekaj načinov in modelov predaje pacienta. Najbolj pogoste so: predaja ob pacientovi postelji, kjer izmenjava informacij poteka neposredno ob pacientu, pisno poročilo, kjer so zapisane informacije o pacientu, vendar to zmanjšuje možnost, da razpravljamo »iz oči v oči«, posneta predaja pacienta (tisti, ki prevzema pacienta, jo posluša) in predaja, ki je prisotna v sestrskem prostoru, kjer se informacije o pacientu izmenjujejo brez njegove prisotnosti (Pristavec, et al., 2015). Časovna opredelitev:

»Timska predaja pacienta se izvede vedno na začetku menjave službe v vseh treh delovnih izmenah - točno določena časovna opredelitev je glede na specifičnost oddelka lahko različna«. Posveti po viziti in druge obravnavane pa potekajo dopoldan po končani viziti in tudi v primeru, ko se spremeni zdravstveno stanje pacienta (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015). Predaja službe zdravstvene nege je natančna in zanesljiva komunikacija o opravljenih nalogah ter pomembnih informacijah, ki so se zgodile skozi eno izmeno. Je ključnega pomena za pospeševanje visoko kakovostne zdravstvene oskrbe. Raziskava omenja tudi načine za izboljšanje predaje in se osredotoča na sistem za upravljanje informacij, kot so standardizirani obrazci ali elektronska predaja službe. Opravljenih je bilo kar nekaj razprav o uporabi miselnih vzorcev za usmerjanje predaje, čeprav je na voljo malo dokazov o njihovi učinkovitosti. Ugotovilo se je, da je veliko nezadovoljstva med začetniki, saj je premalo izobraževanj. Poleg tega se na predajo službe bolj osredotočajo v okviru podiplomskega študija tako v Združenem kraljestvu kot tudi v Združenih državah Amerike (Gordon & Findley, 2011). Poznamo različna orodja, ki jih lahko uporabljamo za oblikovanje predaje, posebej za kritične paciente, tiste, ki zahtevajo takojšno pozornost in ukrepanje zdravnika. To nam omogoča, da vemo, katere informacije je treba posredovati med člani tima in kako. Ena od teh je kratica SBAR, ki jo po slovensko razlagamo kot: stanje – kaj se dogaja v tem trenutku, ozadje – kaj so okoliščine, ki si pripeljale do tega položaja, ocena – kaj mislimo, da je problem, priporočilo – kaj naj storimo, da odpravimo težavo. To orodje je sestavljeno iz standardiziranih takojšnjih vprašanj, da se zagotovi, da osebje dobi osredotočene in jedrnat informacije. Zaposlenim omogoča natančno, določeno in učinkovito komunikacijo in zmanjša potrebo po ponavljanju. Kontinuiteta informacij je ključnega pomena za varnost pacientov, pomembne pa so tudi zadostne in ustrezne informacije, ki si jih je treba izmenjati (Parry, 2011). Avtor Chaboyer s sodelavci (2008) piše o tem, da je predaja pacienta ob bolniški postelji interaktiven proces in zagotavlja priložnost, da je pacient vključen v proces predaje. Nudi veliko možnosti vključevanja osebja zdravstvene nege, ki zaključujejo ali šele prevzemajo izmeno. Opisana predaja pacienta postavi v središče dogajanja.

Pooperativne predaje pacienta so lahko polne tehničnih in komunikacijskih napak in lahko negativno vplivajo na varnost pacientov. Tukaj so napake pogoste in lahko privedejo do diagnostičnih in terapevtskih zamud in škodljivih dogodkov za pacienta.

Prenos informacij po operacijah v po operativno oskrbo predstavlja poseben izziv, tako za zdravstvene delavce, ki predajajo pacienta, kot tudi za tiste, ki ga sprejemajo. Najdena je bila povezanost med izročanjem pacienta in njegovim izidom. Kot priznanje tveganj, povezanih z izročitvami pacienta, se je povečala tudi pozornost, namenjena temu procesu. Ugotovljeno je bilo, da prav slaba komunikacija prispeva k večjemu številu prijavljanja incidentov. Pokazalo se je tudi, da je pri pacientih po operaciji med predajo kirurške ekipe slaba izmenjava informacij povečala tveganje za zaplete ali smrt (Segall, et al., 2012).

Za paciente, ki so v intenzivni negi, je predajo službe treba obravnavati kot dogodek visokega tveganja. Slaba predaja službe lahko privede do tega, da so pacienti bolj izpostavljeni tveganju za neoptimalno nego, kar ima lahko tudi škodljive posledice. Pravilno strukturirani in napisani povzetki podatkov so se izkazali za izboljšanje procesa, informacij in kakovosti. Nacionalni inštitut The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) je objavil smernice, ki določajo, da morajo imeti pacienti, ki so prišli iz intenzivne nege, strukturirano predajo, ki je podprta z napisanim načrtom in zagotavlja minimalna merila, katere informacije morajo biti vključene. Pri pacientih s kompleksnimi težavami je odlična komunikacija ključnega pomena. To še posebej velja, ko grejo pacienti na navadni oddelek in je postopek predaje najslabši člen verige v celotni bolnišnični obravnavni (Hall, et al., 2016). Predaja pacienta med oddelki in enotami se izvaja tako, da se diplomirana medicinska sestra predhodno, po telefonu ali tudi osebno, dogovori za premestitev. Pri tem mora povedati vse osnovne informacije o pacientu, epidemioloških stanjih, potrebe po izolaciji, kisiku idr. Izmenjamo si tudi informacije o že opravljenih merjenjih, na primer vitalne funkcije in o že opravljenih diagnostično terapevtskih preiskavah, aplicirani terapiji in druge posebnosti. Preverimo vse medicinsko tehnične pripomočke, stanje njegove kože in lastnino. Predaja poteka s pomočjo premestitvenega lista, zdravstvene in negovalne dokumentacije (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015). Poleg strukturiranih orodij ob posteljne predaje na koncu menjajoče se izmene lahko služijo veliko funkcijam. Medicinske sestre lahko predstavijo sestro, ki pravkar prihaja na delo, kar jim daje možnost vključitve v njihovo oskrbo. Lahko pa opravijo pregled vitalnih funkcij na napravah, alarmov, intravenskih katetrov in nastavitev. Ob začetku izmene lahko medicinske sestre, ki so prišle na delo, preverijo morebitna manjkajoča vprašanja ali pa postavijo še zadnja vprašanja, da si lažje ustvarijo

celotno sliko pacientovega stanja (Halm, 2013). Dokumentiranje v zdravstveni negi ima svoj namen in se pojavlja v različnih oblikah. Pomeni lahko vsako zapisano ali elektronsko informacijo. Je pomemben del celotne zdravstvene dokumentacije pacienta in predstavlja dokumentiranje posameznih faz celotnega procesa zdravstvene nege. Vpliv ima tudi na zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in njene kontinuitete. Njen namen je splošen pregled nad zdravstveno nego, ki smo jo načrtovali in izvedli. Najpogostejši dejavniki, ki slabo vplivajo na pomen dokumentiranja v zdravstveni negi, so pomanjkanje časa, znanja, slabo oblikovana in nerazumljiva dokumentacija, odpor do uvajanja novosti, preobremenjenost in neurejeno sodelovanje. Dobre informacije so zelo pomembne za opravljanje kakovostne zdravstvene nege v celotnem procesu obravnave (Ramšak Pajk, 2006). V začetnem ali »osvežitvenem« izobraževanju medicinske sestre lahko izvajajo standardizirane postopke z igranjem resničnih situacijskih prizorov in vključevanjem kritičnih pripomb. Žepne knjižice ali plakati so lahko v veliko pomoč za krepitev pričakovanj v praksi. Potrebni pa je tudi več raziskav za določitev učinkovitosti različnih izobraževalnih in implementacijskih vključitev in strategij za zagotovitev zanesljive vključitve standardiziranih postopkov predaje pacienta (Halm, 2013). Dolžnost članov zdravstvenega tima je nuditi učinkovito in kakovostno ter varno zdravstveno nego, za kar morajo člani prevzeti tudi odgovornost. Cilj predaje pacienta je posredovati natančne informacije o zdravljenju pacienta, njegovem trenutnem stanju ter pričakovanih in pred kratkim nastalih problemih (Kramar, 2009).

Med iskanjem literature smo zasledili zelo malo literature v slovenskem jeziku, zato je diplomsko delo pomembno za pregled dogajanja na tem področju, spodbuditev k raziskavam in ozaveščanju bralcev, kako ključne so predaje informacij in vključevanje pripomočkov za uspešno predajo službe zdravstvene nege. V pregledu literature lahko zasledimo, da predaja službe zdravstvene nege pomembno vpliva na varnost pacientov. Zato smo se odločili, da raziščemo, kako različni dejavniki, povezani s strukturirano predajo službe zdravstvene nege, vplivajo na varnost pacientov.

## **2 EMPIRIČNI DEL**

Ker je za varno predaja pacienta pogoj kakovostna zdravstvena oskrba, bomo proučili vplivne dejavnike na kakovost predaje službe.

### **2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je z uporabo sistematičnega pregleda literature ugotoviti vpliv strukturirane predaja službe zdravstvene nege na uspešno zagotavljanje varnosti pacientov. Zastavili smo si naslednji cilj:

Cilj 1: Ugotoviti dejavnike, ki so povezani z varno obravnavo pacienta in s tem prispevati k varnejši predaji službe zdravstvene nege.

### **2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi zastavljenega cilja smo oblikovali raziskovalno vprašanje, ki nas je usmerjalo pri pisanju diplomskega dela:

- Kateri dejavniki so povezani s predajo službe zdravstvene nege v zvezi z varno obravnavo pacienta?

### **2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

V diplomskem delu smo uporabili sistematični pregled literature ter znanstvenih in strokovnih člankov v slovenskem ali angleškem jeziku.

#### **2.3.1 Metode pregleda literature**

Literaturo smo pregledali z namenom, da opredelimo problem. Za zbiranje podatkov v empiričnem delu diplomskega dela smo izvedli sistematični pregled literature. Podatke smo iskali v domačih in tujih bazah podatkov. Za iskanje slovenske literature smo

uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS, Obzornik zdravstvene nege in Google Učenjak. Uporabljeni besedni zvezi pri iskanju v slovenskem jeziku sta bili »predaja pacienta« in »komunikacija v zdravstvu«. Za iskanje podatkov v angleškem jeziku smo uporabili tuje baze podatkov, kot so CINAHL/EBSCO host, PubMed = Medline, Springerlink in Google Scholar. Uporabili smo besedni zvezi »nursing handover« in »nursing handoffs«.

Omejitveni kriteriji so bili:

- obdobje objave od leta 2007 do 2017,
- celotno besedilo člankov v angleškem ali slovenskem jeziku.

Z namenom ožjenja zadetkov smo jih dodatno omejili glede na to, kdaj je bil članek objavljen (2009–2017). Nato smo izvlečke izbranih zadetkov večkrat pregledali ter ustrezne članke vključili v podrobnejši pregled celotnega besedila, kar nam je omogočilo izločitev neprimernih zadetkov.

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Skupaj smo dobili 2.186 zadetkov. Za pregled izvlečkov je bilo primernih 189 zadetkov. Na osnovi pregleda vsebine izvlečkov smo izločili neprimerne članke in dobili 57 potencialno ustreznih zadetkov. V končno analizo vsebine smo uvrstili 19 zadetkov, ki so ustrezali vsem vključitvenim in omejitvenim merilom. Rezultati pregleda so prikazani v tabeli 1 in prikazujejo ključne besede, s katerimi smo iskali, število vseh zadetkov in izbranih zadetkov, ki smo jih pregledali v polnem besedilu.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz)**

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL/EBSCO host	Nursing handover	57	4
	Nursing handoff	24	3
Google scholar	Nursing handover	718	7
	Nursing handoffs	255	4
COBISS	Predaja pacienta	18	0
Obzornik zdravstvene nege – arhiv	Predaja pacienta	0	0
	Komunikacija	31	3
PubMed = Medline	Nursing handover	439	19
	Nursing handoff	159	10
Springerlink	Nursing handover	331	4
	Nursing handoff	154	3
Skupaj:	/	2,186	57

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri pregledu literature smo uporabili kvalitativno analizo podatkov iz izbrane literature. Na podlagi obravnavane teme smo iskali in zbirali literaturo. Sledil je pregled izbranih zadetkov, nato pa vrednotenje ustreznosti člankov. Izločili smo tisto literaturo, ki ni ustrezala našim omejitvenim merilom ali pa se je odmikala od naše teme. Vse dobljene vire, ki so ustrezali za končno analizo vsebine, smo večkrat prebrali in jih razvrstili po obravnavani problematiki. Nato smo kodirali vse dobljene rezultate. Dobljene kode smo po ustreznosti razvrstili v posamezno kategorijo, glede na sklop obravnavane problematike (tabela 4). Izbor literature je temeljil na vsebinski ustreznosti literature, njeni aktualnosti in dostopnosti.

### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno kakovosti izbrane literature smo uporabili hierarhijo dokazov (slika 1), povzeto po avtorici Skela Savič, 2009. Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (tabela 2) navaja 7 nivojev.





**Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu**

**Vir: Skela Savič (2009, pp. 211)**

Vire na podlagi hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (slika 1), razvrščene v ustrezne kategorije, smo predstavili v naslednji tabeli.

**Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu**

Nivo	Število literature, vključene v diplomsko delo
Nivo 1	a) Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0 b) Sistematični pregled nerandomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 2	a) Posamezne randomizirane klinične študije

Nivo	Število literature, vključene v diplomsko delo
	Število vključenih strokovnih besedil = 5  Prabhakar, et al., 2012; Petkovšek Gregorin & Skela Savič, 2015; Soo Hoon, et al., 2016; Bradley & Mott, 2012; Birk, et al., 2016.  b) Posamezne nerandomizirane klinične študije  Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 3	Sistematični pregled korelacijskih/opazovalnih študij  Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije  Število vključenih strokovnih besedil = 2  Birmingham, 2015; Van Seben, 2016.
Nivo 5	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij  Število vključenih strokovnih besedil = 5  Staggers & Blaz, 2012; Kear, 2016; Vermeir, et al., 2015; Tucker, et al., 2009; Corley & Spooner, 2016.
Nivo 6	Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke študije  Število vključenih strokovnih besedil = 5  Agarwal, et al., 2012; Collins, et al., 2012; Koeing et al., 2013; Vawdrey, et al., 2013; Kitney, et al., 2017.
Nivo 7	Mnenja avtorjev  Število vključenih strokovnih besedil = 2  Scovell, 2010; Taylor, 2015.

**Vir: Skela Savič (2009, str. 211)**

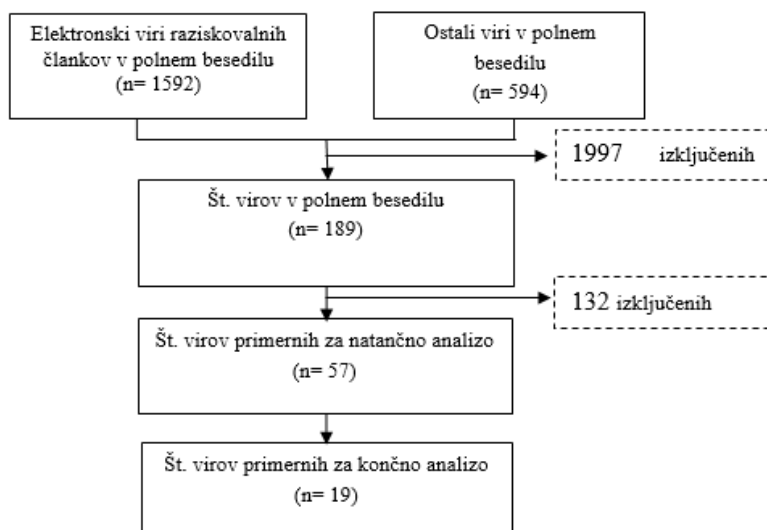
Iz tabele 2 je razvidno, da smo v končno analizo vključili 5 kvalitativnih raziskav (nivo 2a), od katerih je ena raziskava s komplementarno kvantitativno in kvalitativno metodo. Vključili smo tudi 4 meta analize (nivo 5), 5 kvalitativnih študij (nivo 6), 2 poročili ekspertov (nivo 7) in 2 korelacijski/opazovalni študiji (nivo 4).

## 2.4 REZULTATI

Med izbrano literaturo smo zasledili največ kvalitativnih raziskav (Agarwal, et al., 2012; Birmingham, 2015; Bradley & Mott, 2012; Collins, et al, 2012; Kitney, et al, 2017; Koeing, et al.2013; Prabhakar, et al, 2012; Tucker, et al., 2009; Van Seben, 2016; Vawdrey, et al, 2013). Nekatere raziskave so vključevale majhne vzorce (Collins, et al., 2012), v našem primeru je najmanjši vzorec vseboval 22 enot. Našli smo tudi 3 kvantitativne raziskave (Birk, et al., 2016, Petkovšek Gregorin & Skela Savič, 2015; Soo-Hoon, et al, 2016). Med izbranimi članki smo našli 4 meta analize, ki so večina poudarjale orodja za predajo (Corley & Spooner, 2016), napake (Kear, 2016) in področja, primerna za nadaljnje raziskovalno delo (Straggers & Blaz 2012 in Vermeir, et al., 2015). Pri poročilih ekspertov so se avtorji osredotočali na ugotovljene dejavnike v zvezi z varnostjo predaje službe (Taylor, 2015); Sovell, 2010). Rezultate smo predstavili shematsko in vsebinsko.

### 2.4.1 PRIZMA diagram

S PRIZMA diagramom smo shematsko opisali, kako smo prišli do števila zadetkov, vključenih v analizo in pregled literature (slika 2).



**Slika 2: PRIZMA diagram**

Slika 2 prikazuje celoten potek pridobivanja končnega števila zadetkov – PRIZMA diagram. Z iskalnimi besednimi zvezami smo pridobili 1592 elektronskih virov ter 594 virov v polnem besedilu. Pri prvem koraku smo izključili 1997 virov. Tako nam je za nadaljnjo analizo ostalo 189 virov v polnem besedilu. Ko smo pregledali izvlečke, smo na osnovi tega izključili 132 virov. Ostalo nam je 57 virov. Po podrobnejšem pregledu smo v končno analizi uvrstili 19 virov, ki so prikazani v tabeli 3.

#### 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Vseh 19 izbranih člankov, objavljenih od leta 2007 do 2017, smo za večjo preglednost ključnih spoznanj, ki smo jih pridobili s sistematičnem pregledom literature, predstavili v tabeli 3. Razvrstili smo jih glede na avtorstvo, leto objave članka, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja.

**Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov**

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec	Ključna spoznanja
Agarwal, et al.	2012	Kvalitativna raziskava	Vključene verbalne in zapisane predaje pacienta iz obdobja od julija 2007 do junija 2009 na intenzivnem oddelku za kardiologijo Država ni navedena	S standardizirano predajo službe zmanjšamo izgube informacij o pacientu, izboljšamo kakovost komunikacije v pooperativnem prenosu in zmanjšamo pooperacijske zaplete. Rezultati raziskav so pokazali splošno mnenje, da je strukturirano orodje za predajo odlične kakovosti za izboljšanje komunikacije
Birk, et al.	2016	Kvantitativna raziskava	Natančno število vključenih pacientov ni navedeno; California, San Francisco, ZDA	Potrebna so večja prizadevanja za uvedbo in vzpostavitev celovitih in standardiziranih kirurških predaj pacienta,

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec	Ključna spoznanja
				sestavljena iz ustne in pisne komunikacije. Za povečanje varnosti pacientov in kontinuirano zdravstveno nego so pomembne natančne informacije in pravočasne kritične pooperativne informacije, še posebej stik »iz oči v oči«.
Birmingham	2015	Kvalitativna raziskava	Vključenih 87 predaj pacientov v opazovanju ter 95 zdravstvenih delavcev dveh oddelkov; San Francisco, ZDA	V prihodnjih raziskavah je treba razmisliti o ukrepih za izboljšanje, ki se osredotočajo na različne procese in se ukvarjajo s proučevanjem zgodb o različnih predajah službe zdravstvene nege. Primerjati je treba dobre in slabe prakse ter vlagati v dobre prakse strukturirane predaje službe, s tem pa bodo imele korist tako medicinske sestre kot tudi pacienti.
Bradley & Mott	2012	Komplementarna kvalitativna in kvantitativna raziskava	Vključenih 48 medicinskih sester; Mount Gambier, Avstralija	Predaja pacienta ob njegovi postelji je bistveno manj zamudna kot predaje pacienta, ki se odvijajo v drugih zaprtih prostorih. Kaže se tudi trend zmanjševanja incidentov pri obposteljni predaji, povezan z večjo natančnostjo informacij.
Collins, et al.	2012	Kvalitativna raziskava	Analiziranih 22 dokumentiranih predaj pacienta; New York, ZDA	Računalniška orodja za rokovanje, ki so prilagojena kliničnim okoliščinam in

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec	Ključna spoznanja
				omogočajo izmenjavo interdisciplinarnih podatkov, lahko podpirajo miselno delo posameznikov in sporočanje kritičnih podatkov, ki so osredotočeni na paciente
Corley & Spooner	2016	Meta analiza	Pregled več različnih orodij, ki jih medicinske sestre uporabljajo za predajo pacienta; Avstralija.	Orodja za predajo službe zdravstvene nege, ki temeljijo na dokazih, izboljšajo strukturo in sporočanje vsebine prenosa. S tem se v večji meri upoštevajo ključna načela nacionalne varnosti. Ugotovljene pa so bile tudi velike razlike med dejansko predajo službe zdravstvene nege in tisto, ki so jo uporabljale medicinske sestre.
Kear	2016	Meta analiza	Vključenih 13 raziskav v meta analizi	Predaja pacienta lahko z netočnimi in nepopolnimi podatki povzroči slabe rezultate pri bolnih osebah. Treba je prepoznati ovire, kot so prekinitve, deljenje premalo informacij, hrup itd. Medicinske sestre igrajo primarno vlogo kot koordinatorji oskrbe pri delu z ostalimi zdravstvenimi izvajalci.
Kitney, et al.	2017	Kvalitativna raziskava	Vključenih 100 predaj pacienta; Avstralija	Raziskava je pokazala, da je skladnost z ISBAR med anestezijo in zdravstvenim osebjem mogoče izboljšati z izobraževanji s

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec	Ključna spoznanja
				priloženimi plakati za lažje razumevanje.
Koeing, et al.	2013	Kvalitativna raziskava	Intervjuvanih 31 zdravstvenih delavcev; San Francisco Medical Center v Kaliforniji	Slaba komunikacija negativno vpliva na varnost pacientov v bolnišničnem okolju. Pomemben je točen prenos ključnih informacij. Pomanjkanje vprašanj je lahko posledica slabe predaje pacienta, ki je lahko povezana s predhodnim nepoznavanjem pacienta. Dokazano je, da so lahko ključne informacije izpuščene ali izkrivljene pri več zaporednih predajah pacienta.
Petkovšek Gregorin & Skela Savič	2015	Kvantitativna raziskava	Vključenih 592 medicinskih sester; Slovenija	Medicinske sestre dokumentacijo dojemajo kot pomemben del svojega dela. Menijo, da dokumentacija tudi izboljšuje kontinuiteto in kakovost oskrbe pacientov.
Prabhakar, et al.	2012	Kvalitativna raziskava	Vključenih 92 rešenih vprašalnikov; Denver, ZDA	Posamezne fokusne skupine, specifične za posamezni oddelek, bi bile koristne za ugotovitev, zakaj nekatere kirurške ekipe v svoj sistem ne želijo vključiti ponovnega preverjanja informacij. Predoperativne službe ta način priznavajo kot koristen in so pripravljene aktivno sodelovati pri izvajanju takšnega procesa.

<b>Avtor</b>	<b>Leto objave</b>	<b>Raziskovalni dizajn</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ključna spoznanja</b>
Soo-Hoon, et al.	2016	Kvantitativna raziskava	Natančno število vključenih anket ni navedeno; ZDA	Različne in včasih močne kulture med strokovnjaki lahko oslabijo posameznikove vrednote. Posledično se ta ne počuti del sistema. Bolnišnice lahko pomagajo zdravstvenim delavcem pri graditvi močne timske kulture s tem, da svoje člane zavezujejo k skupni viziji. Pomagajo si lahko s teorijo načrtovanega.
Sovell	2010	Poročilo ekspertov	-	Medicinske sestre se med usposabljanjem ne naučijo, kako izvajati predajo pacienta. Te se naučijo na oddelkih, kjer spoznajo tudi kulturo nekega oddelka. Pogosto je pomembnost predaje službe zdravstvene nege zanemarjena na škodo kolegov in pacientov.
Straggers & Blaz	2012	Meta analiza	V analizo vključenih 30 člankov; ZDA	Potrebno je večje osredotočanje na predaje službe zdravstvene nege na pacienta. Nujna je potreba po raziskavah o ustreznih informacijskih vsebinah za zasnovo pripomočkov. Raziskovalci morajo bolj uporabljati eksperimentalne raziskave in izboljšati vzorčne okvirje.



<b>Avtor</b>	<b>Leto objave</b>	<b>Raziskovalni dizajn</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ključna spoznanja</b>
Taylor	2015	Poročilo ekspertov	-	Ugotovljene so bile določene ovire v zvezi s predajo pacienta ob njegovi postelji, zaradi motečih dejavnikov, kot so na primer klici zvoncev ali zaradi drugih nujnih intervencij. Večina medicinskih sester je zadovoljna s predajo pacienta ob njegovi postelji. Pred uvedbo takšne predaje so poročali o veliko več padcih med pacienti. Izboljšalo se je tudi zadovoljstvo pacientov.
Tucker, et al.	2009	Kvalitativna raziskava	ZDA	Rezultati raziskave kažejo, da so bili v bolnišnici Royal United rezultati vodenja dokumentacije pacienta slabi. Za izboljšanje teh standardov je bila uvedena metoda »branja predaje službe zdravstvene nege«.
Van Seben	2016	Kvalitativna raziskava	Vključenih 1000 pacientov, Amsterdam, Nizozemska	Ustrezna predaja pacienta je bistvena, da zagotovimo varnost in kakovost pacientov. Predaje pacienta so v večini primerov zakasnjene, pacient pa skoraj ne sodeluje. Med primarno in sekundarno ravno manjkajo jasne smernice. Pacienti imajo premalo koordinacije in spremljanja. Zamude in napake pacientom lahko

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec	Ključna spoznanja
				povzročijo resne posledice
Vawdrey, et al.	2013	Kvalitativna raziskava (Študija primera)	New York, ZDA	Razvita je bila aplikacija, ki pomaga pri predaji pacienta. S tem so predvsem prihranili pri času in pridobili sposobnost ustvarjanja prilagojenega sestavljanja poročil v zvezi s pacientom. Mesečno jo uporablja več kot 6.000 zdravstvenih delavcev.
Vermeir, et al.	2015	Meta analiza	Belgija	Za merjenje učinka pobud za izboljšanje kakovosti so potrebni strokovni pregledi, kazalniki procesov in nadaljnja orodja. Komuniciranje med zdravstvenimi delavci bi moralo biti vidnejše pri podiplomskem in dodiplomskem izobraževanju, da bi postalo ukoreninjeno kot bistveno znanje in značilnost vsakega zdravstvenega delavca.

Posamezne članke smo v naslednji fazi ponovno natančno prebrali in vsebino analizirali s pomočjo kodiranja v tri kategorije: vloga zdravstvenih delavcev pri predaji službe zdravstvene nege, negativni dejavniki pri varni predaji pacienta in ukrepi za izboljševanje varne predaje pacienta.

**Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah**

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Vloga zdravstvenih delavcev pri predaji službe zdravstvene nege	Poročilo o statusu pacienta – zagotavljanje ustreznih informacij – obveščanje o informacijah – zagotavljanje povratnih informacij – sporočanje o napakah – okrepljeno dojetanje učinkovitega posredovanja informacij o pacientu – močna komunikacijska kultura – posredovanje informacij o pacientu – sporočilo o napakah – posredovanje kritičnih informacij – točen prenos ključnih dejstev	Scovell, 2010; Koenig, et al., 2013; Soo-Hoon, et al., 2016; Kear., 2016; Birk, et al., 2016; Petkovšek Gregorin & Skela Savič, 2015; Vermeir, et al., 2015.
Kategorija 2: Negativni dejavniki pri varni predaji pacienta	Premalo koordinacije – zamude ali napake – resne posledice – neželeni dogodki – slaba komunikacija – diskontinuiteta oskrbe – slabi izidi – nezadovoljstvo pri pacientih – preobremenjeni zdravniki – gospodarske posledice – napačna komunikacija – pacient ignoriran – predaje pacienta pogosto zakasnjene – manjkajo jasne smernice za zdravljenje – sestre zamujale na predajo službe – slaba komunikacija – pomanjkanje standardizacije postopka – kirurške napake – pomanjkanje vprašanj – izguba informacij – prezgodnje izpuščanje pacientov – slabi standardi komuniciranja – slaba dokumentacija – nenatančen prenos informacij – težave pri komunikaciji	Van Seben, et al., 2016; Koenig, et al., 2013; Vermeir, et al., 2015; Taylor, 2015; Scovell, 2010; Birmingham, et al., 2015; Collins, et al., 2012; Kitney, et al. 2017; Prabhakar, et al., 2012; Tucker, et al., 2009; Petkovšek Gregorin & Skela Savič, 2015; Bradley & Mott, 2012; Corley & Spooner, 2016.
Kategorija 3: Ukrepi za izboljševanje varne predaje pacienta	Uporaba kratice SBAR – strukturiran pristop komuniciranja – izobraževanje s plakati – standardizirana oskrba – strategije za izboljšanje predaje pacienta – strukturirani prenosi – ob	Vawdrey, et al., 2013; Kitney, et al. 2017; Birk, et al., 2016; Taylor, 2015; Soo-Hoon, et al., 2016; Van Seben, et al., 2016; Vermeir, et al., 2015; Scovell, 2010;

Kategorija	Kode	Avtorji
	posteljna predaja pacienta – močno timsko delo – sodelovanje in usklajevanje – usposabljanje zdravstvenih delavcev – kulturni in organizacijski vidiki – občutek profesionalnosti – spodbude in priznanje - neposredna komunikacija – osebni besedni stik – pisna komunikacija – vključevanje pacientov – strukturirane informacije – skupna prepričanja in vrednote – predaje pacienta na podlagi dokazov – orodja za predajo – testiranje aplikacije – komunikacija med zdravstvenimi delavci – standardiziran elektronski priročnik – točnosti in popolnosti podatkov – usmerjen na paciente – potreba po raziskavah – eksperimentalne raziskave – izboljšati vzorčne okvire	Bradley & Mott 2012; Prabhakar, et al., 2012; Corley & Spooner, 2016; Agarwel, et al., 2012.

Iz tabele 4 je razvidno, da smo iz pregledanih vsebin identificirali 64 kod, združenih v 3 kategorije. Kode se vsebinsko prepletajo oziroma smiselno povezujejo po opredeljenih kategorijah.

## 2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo raziskovali povezavo med predajo službe zdravstvene nege in varnostjo pacienta. Menimo, da smo s pomočjo vsebinske analize in vključenih člankov dosegli cilj diplomskega dela. Ugotovili smo, da je strukturirana in kakovostna predaja službe zdravstvene nege pogoj, da zagotovimo varno predajo pacienta.

Pregledali smo tako tujo kot domačo literaturo. Pri sistematičnem pregledu literature smo ugotovili, da gre predvsem za metodološko slabše zasnovane raziskave. Zaradi pomanjkanja literature s tega področja v slovenskem jeziku smo se bolj osredotočili na

članke v angleškem jeziku. Tako smo pregledali širok spekter tuje literature in že takoj ugotovili, da je področje v tujini veliko bolj raziskano in se avtorji osredotočajo na pomembnost predaje informacij z namenom, da zagotovijo varno in kakovostno predajo pacienta v zdravstveni oskrbi

### *Vloga zdravstvenih delavcev pri predaji službe zdravstvene nege*

Medicinske sestre imajo zelo veliko vlogo pri zagotavljanju varne predaje pacienta. Scovell (2010) opisuje, da je predaja pacienta že dalj časa priznana tradicija. Osebe mora ob vsaki prihodnji izmeni in pred začetkom nege prejeti poročilo o statusu pacienta. Nekaterne medicinske sestre zavračajo pacienta do uradne predaje in s tem ponazarjajo njen pomen. Spretnosti za izvedbo predaje pacientov in zagotavljanje ustreznih informacij se medicinske sestre naučijo na oddelku. Med svojim bivanjem v bolnišnici paciente vidi več različnih zdravstvenih služb. Ker se odgovornost za pacienta prenaša med različnimi zdravstvenimi službami, izmenami in različnimi zdravstvenimi delavci, je obveščanje o informacijah v zvezi s pacientom ključnega pomena (Koenig, et al., 2013). Rezultati tudi kažejo, da različne vrste predaje službe zdravstvene nege vplivajo na sestavni del varnostne kulture pacientov. Pomembni so zagotavljanje povratnih informacij, sporočanje o napakah in okrepljeno dožemanje učinkovitega posredovanja informacij o pacientu. Vendar pa rezultati kažejo, da močna komunikacijska kultura le delno zagotavlja učinkovito posredovanje informacij o pacientu, ker je komunikacijska odprtost močno povezana s povratnimi informacijami in sporočilom o napakah. Prihodnje študije bi se morale začeti ukvarjati s celovito definicijo komunikacijske kulture, ki bi vključevala minimalen nabor podatkov, uporabo mnemonike (metoda, ki nam pomaga, da si lažje zapomnimo in se spominjamo) za sporočanje pomembnih informacij in postopek, ki vključuje elektronska sredstva za podporo komunikacije (Soo-Hoon, et al., 2016). Medicinske sestre so koordinatorji oskrbe in igrajo primarno vlogo pri delu z drugimi člani medprofesionalnega tima, da bi s tem dosegle učinkovite, varne in dosegljive rešitve, ki bi imele pozitivne posledice za pacienta (Kear, 2016). Komunikacija iz oči v oči, elektronska dokumentacija ali komunikacija preko telefona se lahko uporabljajo za posredovanje kritičnih informacij (Birk, et al. 2016). Večina predaj služb se zgodi v bolnišničnem okolju, kjer zdravniki, pripravniki in medicinske sestre nosijo

odgovornost do pacientov skozi celotno zdravljenje (Koeing, et al., 2013). Petkovšek Gregorin & Skela Savič, (2015) sta celo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi v delovni izmeni potrebujejo eno uro za beleženje dokumentacije. Medicinske sestre so se med vsemi trditvami najbolj strinjale s trditvijo »Čutim odgovornost za rezultate svojega dela«. Vermeir in sodelavci (2015) ugotavljajo, da se v zadnjih letih v številnih državah zdravstveno varstvo seli na primarno raven, zlasti na račun vedno večjega števila kronično bolnih pacientov. Hkrati zdravstvena oskrba postaja vedno bolj specializirana. Komunikacija med specializirano in primarno zdravstveno oskrbo je najpomembnejša. Pomemben je točen prenos ključnih dejstev (Scovell, 2010).

V okviru kategorije »negativni dejavniki pri varni predaji pacienta« (tabela 4) Van Seben in ostali (2016) ugotavljajo, da imajo pacienti, ki so odpuščeni iz bolnišnice v drugo bolnišnico ali domov, premalo koordinacije in spremljanja, in to ravno v obdobju, ko je pacient najbolj ranljiv. Zamude ali napake lahko pacientom povzročijo resne posledice, neželene dogodke tudi v zvezi z drogami in ponovnim sprejemom v 30 dneh od odpusta. Postopek predaje pacienta je tesno povezan z »odjavo«, »prijavo« ali »predajo«. Vključuje zelo zapleten proces, ki ga med rednim zdravstvenim izobraževanjem ne poučujejo, posledično pa se pojavi šibka vez med kakovostjo in varnostjo pacienta (Koenig et al., 2013). Slaba komunikacija lahko privede do različnih negativnih rezultatov, kot so: diskontinuiteta oskrbe, slabi izidi glede varnosti pacientov, nezadovoljstvo pri pacientih, preobremenjeni zdravniki ter gospodarske posledice, ki pogosto niso omenjene (Vermeir, et al., 2015). Avtorica Taylor (2015) ugotavlja, da sta dve tretjini neželenih dogodkov povezani s komunikacijo, pri čemer je upoštevan velik del napačne komunikacije. Navadno so ob posteljah zavese, vendar so tanke in drugi lahko morda slišijo pogovore, zato medicinske sestre včasih ne smejo govoriti o občutljivih temah. Včasih je poskus vključevanja pacienta zgolj pasiven, saj medicinska sestra govori za pacienta, ki je tako ignoriran (Scovell, 2010). Predaje pacienta so pogosto zakasnjene, pacient pa v procesu odpustitve komajda sodeluje. Znano je, da so predaje med primarno in sekundarno ravno slabe. Manjkajo jasne smernice za zdravljenje v bolnišnični oskrbi ter tudi po odpustu. Zdravstveni delavci pa dajejo prednost akutni oskrbi pred postakutnim zdravljenjem (Van Seben, et al., 2016). V študiji so Birmingham in sodelavci (2015) ugotovili, da medicinske sestre ustne predaje službe izvajajo daleč od

pacientovih postelj. Predaje potekajo na sestrskih postajah, kirurških enotah in na hodnikih medicinskih oddelkov. Posneta predaja se je zgodila med sestankom osebja, polnočno izmeno in ko so medicinske sestre zamujale na predajo službe. Pri opazovanju predaje službe zdravstvene nege med osebjem je bila sestrska postaja najbolj hrupna lokacija; v eni sobi, kjer se je odvijala predaja izmene, se je naenkrat zbralo tudi do petnajst sester. Med vsemi lokacijami je bilo to mesto, kjer se je dogajalo največ prekinitev. V raziskavi, ki so jo izvedli Koeing in ostali (2013), se je pokazalo, da v večini primerov prav slaba komunikacija negativna vpliva na varnost pacientov v bolnišničnem okolju. V raziskavi so na eni od bostonskih klinik so ugotovili, da je pomembna omejitev obstoječega postopka prenosa zdravstvene nege pomanjkanje standardizacije postopka. Pri menjavi izmene se lahko informacije pri govornih, posnetih in zapisanih ali vseh treh menjavah razlikujejo (Collins, et al., 2012). Sovell (2010) je ugotovil, da so nekatere medicinske sestre obposteljno predajo pacienta izrabljale kot pregled nad pacientovo posteljo. Pokazalo se je, da je bil poudarek na videzu postelje, ne pa na psihičnem in fizičnem stanju pacienta. Predaja pacienta je na primer vpletena v 28 % kirurških napak. Problematično je, če zdravstveni delavec, ki prihaja, prejme napačno poročilo o odmerku zdravila, saj posledično lahko pride do zapletov. Avtor trdi, da natančen prenos informacij ne zadostuje, da bi zagotovili, da bodo predaje službe dosegle svoj namen in v mislih prihajajočega delavca ustvarile popolnejše razumevanje najpomembnejših in negotovih vidikov poteka oskrbe pacienta. Kadar se osredotočamo samo na prenos informacij, so prenosi večkrat kot poročila. Na primer pri večini kliničnih prenosov prejemniki informacij niso postavili nobenih vprašanj. Lahko trdimo, da je lahko pomanjkanje vprašanj posledica predhodnega slabega poznavanja pacienta. Vendar avtor tudi ugotavlja, da so ključne informacije pri zaporednih prenosih v 20 % izpuščene ali izkrivljene (Koeing, et al., 2013). Napake pri predaji informacij so pogoste in vodijo do diagnostičnih in terapevtskih zamud. Slaba predaja pacienta pa lahko privede do izgube informacij. Izgube informacij so bile identificirane kot eden od najbolj pomembnih dejavnikov, ki so privedli do resnih škodljivih dogodkov, in velik dejavnik, kjer lahko preprečimo škodo pacientu (Kitney, et al. 2017). Odpuščeni pacienti olajšajo pritisk na zasedenost postelj, vendar se pojavljajo tveganja pri prezgodnjem odpustu, zato ga je treba skrbno upravljati. Prezgodnje izpuščanje pacientov iz enote intenzivne terapije predstavlja tveganje za ponovni sprejem (Prabhakar, et al., 2012). Posledice slabih

standardov komuniciranja in dokumentacije so lahko hude. V interesu pacientov, medicinskih sester, ponudnikov storitev in strokovnih organizacij je, da zagotovijo dokazila o oskrbi pacienta. Kadar je dokumentacija v evidencah pacientov slaba, se lahko komunikacija med različnimi skupinami zdravstvenega osebja ošibi. Če se zapisi ne preberejo, se lahko dokumentirani načrti o oskrbi pacientov večkrat ignorirajo, s tem pa se tudi trati čas in na primer pošlje dva člana zdravstvenega osebja narediti isto stvar (Tucker, et al., 2009).

Iz raziskave avtorjev Petkovšek Gregorin & Skela Savič, (2015) lahko ugotovimo, da medicinske sestre dokumentacije ne morejo izpolnjevati v mirnem okolju. Vendar pa se je tudi pokazalo, da medicinske sestre niso bile natančne pri prenosu informacij pri obposteljni predaji. Večina študij o predaji službe zdravstvene nege se je osredotočila na težavo pri komunikaciji (Bradley & Mott, 2012). Ugotovitve so tudi dokazale omejeno strukturo in veliko sprememb v vsebini, o kateri razpravljajo medicinske sestre z vodjo. Prav tako so bile ugotovljene velike neskladnosti med dejansko vsebino pripomočkov za nego in oskrbo, ki so bili predlagani in bi jih morale medicinske sestre vključiti kot orodja za pomoč pri predaji pacienta Corley & Spooner, 2016).

#### *Ukrepi za izboljševanje varne predaje pacienta*

V zadnji kategoriji »ukrepi za izboljševanje varne predaje pacienta« lahko zaključimo, da je bilo predlaganih več metod za izboljšanje komunikacije pri predaji izmene v bolnišnicah, vključno z uporabo kratic SBAR, ki jo lahko prevedemo kot: položaj, ozadje, ocena, priporočila (Vawdrey, et al., 2013). Kitney in sodelavci (2017) so ugotovili, da strukturirani pristop komuniciranja med zdravstvenimi delavci vsebuje identifikacijo, položaj, ozadje, ocenjevanje in zahtevo/priporočilo – kratica ISBAR. V študiji so primerjali bolnišnici A in B. Pri obeh se je pokazalo, da je izobraževanje s plakati s kratico ISBAR bistveno izboljšalo pravila s skladnostjo ISBAR. Izboljšave so bile ugotovljene pri poročanju o dihalnih in kardiovaskularnih boleznih, medtem ko so bile v drugi ugotovljene izboljšave pri težavah pri prenosu informacij. Poanestezijsko obdobje je lahko stresno, vendar s standardizirano oskrbo lahko izboljšamo zdravljenje pacientov. ISBAR je primer standardizacije za olajšanje postopka celovite predaje



pacienta, informacij, ocenjevanja in napredka in predhodnega stanja (Kitney, et al. 2017). Birk in ostali (2016) opisujejo izvajanje sistema predaje pacienta, ki so ga razvili zaposleni oddelka akademske nevrokirurgije. Čeprav so bile v strategiji zdravstvenega varstva predlagane številne strategije za izboljšanje predaje pacienta, se je pri prehodu iz operativne v postoperativno oskrbo le malo osredotočalo na varnost pacientov. Številni kirurški pripravniki so prejeli omejena navodila o tem, kako izvajati celovite predaje pacienta, ki zagotavljajo varen prehod zdravstvene oskrbe pacienta in optimizirajo kontinuiteto nege. Zato so lahko strukturirani prenosi oskrbe pacientov nepogrešljivi. Obposteljna predaja lahko koristi pacientom s povečanjem znanja v zvezi s procesi bolezni in načrtom oskrbe, pa tudi večjo možnostjo za vprašanja in pojasnila (Taylor, 2015). Podatki kažejo, da ponudniki, ki si prizadevajo za močno timsko delo med enotami bolnišnice s sodelovanjem in usklajevanjem, povečajo odgovornost za upravljanje enote. Rezultati tudi kažejo, da se moramo osredotočiti na specifične kulturne sestavine pri načrtovanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev za izboljšanje vrst predaj izmene (Soo-Hoon, et al., 2016), medtem ko so kulturni in drugi organizacijski vidiki pomembni dejavniki, ki predstavljajo osnovo za zagotavljanje kakovosti in varnosti predaje za vse paciente (Van Seben, et al., 2016). Hoon in sodelavci (2016) ugotavljajo, da na primer v velikih bolnišnicah ali kompleksnih medicinskih sistemih, kjer je visoka delovna obremenitev in pritiski, usklajevanja klinične oskrbe med različnimi enotami z različnimi izkušnjami in pričakovanji povečujejo izzive za pravilno rokovanje. Tukaj bo vodstvo morda moralo uveljaviti občutek profesionalnosti za vse ponudnike zdravstvenega varstva, tako da bo ponudilo dokaze o vzrokih in posledicah slabega prenosa, hkrati pa zagotavljalo spodbude in priznanje za opravljanje dobrih predaj izmene. Vermeir, et al. (2015) po analizi posrednih in neposrednih oblik predaje trdijo, da ima neposredna komunikacija največji potencial za zmanjšanje medicinskih napak. V primerjavi z elektronsko dokumentacijo ali prenosom informacij po telefonu lahko z osebnim besednim stikom vnesemo znake, kot so izraz obraza, drža in očesni stik, lahko pa zagotovimo dodatne informacije glede stopnje skrbi glede pacientovih zdravstvenih težav in hkrati izboljšujemo prejemnikove sposobnosti razlaganja informacij, ki se pošiljajo. Prav tako se potrjuje, da elektronska dokumentacija pogosto pusti dvoumnosti in povzroči neodgovorjena vprašanja, ki lahko negativno vplivajo na oskrbo pacientov. Obstajajo tudi številni dokazi, da je standardiziran prenos postopkov oskrbe bolj učinkovit pri

omejevanju medicinskih napak kot nestandardizirani prenosi (Birk, et al. 2016). Ker je pisna komunikacija še vedno najpogosteje uporabljena oblika komunikacije med specializirano in primarno oskrbo, je pregled te lahko vodilo za izboljšave na tem področju (Vermeir, et al., 2015). Namen predaje ob pacientovi postelji je vključevanje pacientov v njihovo oskrbo, vendar se pojavljajo težave pri zaupnosti podatkov (Scovell, 2010). Raziskava, ki sta jo izvedla Bradley & Mott (2012), kaže, da obposteljna predaja zahteva manj časa kot predaja v drugem prostoru brez pacienta. Ugotovitve nakazujejo trend zmanjševanja pogostosti incidentov v postopku prenosa informacij pri obposteljni predaji. Na splošno se priporočajo strukturirane informacije o prenosu podatkov, kot je na primer IPASS (uporablja se za izboljšanje pacientove varnosti s standardizirano izvajalčevo komunikacijo), kot rešitev za komunikacijske probleme. Rezultati kažejo, da so učinkovit prenos podatkov o pacientih, osebna odgovornost med menjajočo izmeno ter odgovornost predaje pacienta povezani z varnostjo pacienta. Rezultati tudi kažejo, da vsaka predaja izmene vpliva na naslednjo predajo, na primer izboljša ali poslabša eno, izboljša ali poslabša drugo. Podatki kažejo, da morajo biti komunikacijska izmenjava, individualno vedenje in organizacijski proces utečeni, preden se lahko oblikujejo skupna prepričanja in vrednote o dojemanju varnosti pacientov (Soo-Hoon, et al., 2016). Za učinkovito delovanje intenzivnega oddelka in zagotavljanje visoko kakovostne zdravstvene nege je potreben optimalen pretok pacientov (Prabhakar, et al., 2012). V Avstraliji so klinične predaje navedene kot prednostno področje izboljšanja varnosti pacientov. Pred proučevanjem praks predaje pacienta na podlagi dokazov so medicinske sestre uporabljale do štiri različna papirnata orodja in več različnih predlogov v informacijsko računalniškem sistemu. Orodja za predajo na splošno temeljijo na dokazih v priročnikih, izboljšajo strukturo in nam dajo vpogled v vsebino prenosa, temelječ na večjem upoštevanju ključnih načel nacionalne varnosti (Corley & Spooner, 2016). Od leta 2005 je multidisciplinarna ekipa porabila več sto ur za razvijanje in testiranje aplikacije »Patient Handoff«. Prva težava, ki se je pojavila, je bila integracija aplikacije v njihov sistem. Ta tudi ni bil sprejemljiv za zdravnike, ni pa jim uspelo niti s pomočjo prodajnih virov. Izziv je bil razviti sistem, ki bi ustrezal potrebam različnih specializiranih klinik iz dveh različnih zdravstvenih centrov. Ena od zanimivih ugotovitev iz dnevnika analize uporabe sistema je bila, da so medicinske sestre in pomožno osebje redno pregledovali aplikacije pacientovega poročila. Mnoge enote so aplikacijo »Patient

Handoff« uporabile za lažje posredovanje informacij medicinskim sestram. Poročilo je pokazalo tudi, da so medicinske sestre aplikacijo obravnavale kot zanesljiv in pravočasen vir informacij (Vawdrey, et al., 2013). Potreben je strokovni pregled komponent oskrbe za oceno kazalcev kakovosti v posameznih procesih zdravstvene nege. Za merjenje učinka pobud za izboljšanje kakovosti so potrebni procesni kazalniki in spremljajoča orodja v skladu z načelom SMART (specifičen, merljiv, dosegljiv, realističen, časovno povezan). Ne nazadnje bi morali biti komunikacija med zdravstvenimi delavci ter pomen, pa tudi kakovost, bolj vidni tako v podiplomskem kot podiplomskem izobraževanju, da bi postali prikazani kot bistvena spretnost in kakovostne značilnosti vsakega zdravstvenega delavca (Vermeir, et al., 2015). Avtorica Taylor (2015) poudarja, da je treba predajo službe podpirati, ne zamenjati s tehnologijo. Na pacienta osredotočen in negovalno usmerjen standardiziran elektronski priročnik z metodami in prilagojenimi dohodnimi enotami je zmanjšal povprečni čas in stroške predaje pacienta. Kadar je veliko informacij, je kratkoročni spomin omejen, kar lahko ustvari vrzeli pri prenosu informacij. Elektronski model predaje službe bi moral biti torej sposoben minimalizirati zanašanje na lasten spomin in pomagati k točnosti in popolnosti podatkov med postopkom predaje. Agarwel et al. (2012) navaja: »Ko so medicinske sestre in zdravniki na enoti pediatrične kirurgije prešli na strukturirano predajo je enota opazila zmanjšanje hudih zapletov«. Študije o predaji službe zdravstvene nege, funkcijah in obredih so zasičene teme. Potrebna je večja pozornost pri analizi prenosov z vidika, ki je usmerjen na paciente. Metode predaje službe morajo biti zelo prilagojene medicinskim sestram in njihovim strateškim potrebam. Posebna struktura predaje službe zdravstvene nege za vse enote je lahko manj pomembna kot struktura za kontekstno osnovane pripomočke. Nujna je potreba po raziskavah ustreznih informacijskih vsebin za kontekstno zasnovane pripomočke. Brez tega računalniška podpora verjetno ne bo uspešna. Raziskovalci morajo uporabljati bolj izpopolnjene eksperimentalne raziskave, nadzor nad posameznimi in enotnimi razlikami ter izboljšati vzorčne okvire za izboljšanje izidov strukturiranih orodij za predajo službe zdravstvene nege.

*Omejitve sistematičnega pregleda literature*

V diplomskem delu smo s pomočjo pregleda literature iskali dejavnike, ki vplivajo na varno predajo službe zdravstvene nege. S pregledom izbranih člankov smo tudi ugotovili, da se večina člankov osredotoča predvsem na komunikacijo, kar je omejevalo naš proces prebiranja člankov. Večina člankov je bila v angleškem jeziku, zato smo morali vse članke prevesti v slovenski jezik. Tukaj nas je omejeval predvsem prevod angleških stavkov v slovenske, saj imajo lahko nekatere besede drugačen pomen in bi s tem lahko dobili napačne podatke.

### 3 ZAKLJUČEK

S pomočjo pregleda literature smo ugotovili, kako pomembna je strukturirana predaja službe zdravstvene nege oziroma na splošno predaja pacienta ene delovne izmene oziroma bolnišnice drugi. Predaja službe zdravstvene nege je dolgoletna tradicija, ki je ne poučujejo neposredno v času izobraževanja v zdravstvenih šolah, ampak se je »naučimo« v zdravstvenih ustanovah.

Dejavnikov, ki omogočajo dobro predajo pacienta, je veliko, vendar pa z zagotovitvijo samo enega še ne dosežemo svojega namena, kar pomeni, da so med seboj zelo povezani. Večina teh dejavnikov izhaja iz komunikacije. Dobra predaja pacienta je povezana tudi z zavedanjem posameznika o pomembnosti informacij, ki jih podaja naprej, dobro klimo na oddelku in organizacijo posameznih enot. Medicinske sestre se morajo zavedati pomembnosti predaje službe zdravstvene nege. Naučiti se morajo zbirati prave in pomembne informacije o pacientu, ki jih bodo posredovale naprej. Pomagajo si lahko tudi z vnaprej strukturiranimi pripomoči za predajo. Iz pregleda literature lahko razberemo, da je prav komunikacija ključna za varno obravnavo pacienta. Če osebje ne zna ali nima jasnih smernic in pripomočkov za komunikacijo, se lahko ključne informacije izgubijo. Nepopolne in nenatančne predane informacije pa lahko privedejo do hudih napak ali zapletov pri pacientih v zdravstveni oskrbi. Pomembno je tudi zavedanje posameznika o pomembnosti predaje pacienta ter dobre komunikacijske in organizacijske kulture v posamezni enoti. Iz literature lahko tudi razberemo, da je prav strukturirani pristop pri izvajanju predaje službe zdravstvene nege ključen, da se zagotovi ustrezna in varna obravnavo pacienta. V tujini uvajajo posamezna orodja, ki zaposlenim v zdravstvu pomagajo pri opominjanju za pridobitev ključnih informacij, potrebnih za posredovanje naprej. S tem se tudi dokazano zmanjšuje pogostost incidentov. Pomembno pa je tudi izobraževanje na tem področju. Iz literature razberemo, da si lahko pomagamo tudi s plakati. Pripomočki in orodja za strukturirano predajo službe zdravstvene nege morajo temeljiti na dokazih. Potrebno bo še nadaljnje raziskovanje na tem področju. Avtorji se morajo bolj osredotočati na opazovalne študije, kjer lahko primerjajo dobre prakse ene zdravstvene enote ali ustanove z drugo.

S pomočjo pregleda literature smo opredelili problem. Strukturirane predaje pacienta predstavljajo večji del kakovostne in varne bolnišnične obravnave pacienta. Verjamemo, da sta napačna komunikacija in podajanje informacij vpletena v večino napak, ki se zgodijo med obravnavo določene osebe. Menimo, da bi morali tudi v Slovenji opraviti veliko več raziskav na tem področju, saj bi tako lahko ugotovili, kakšno je obstoječe stanje in kje so še možnosti za izboljševanje. Tu gre za zelo pomemben sestavni del zdravstvene oskrbe pacienta, ki ga spremlja skozi celotno bolnišnično obravnavo.

Menimo, da smo s pregledom literature v diplomskem delu nazorno pokazali, kaj predstavlja dobra strukturirana predaja službe in kako pomembna je za varnost vseh pacientov. Prav tako smo uspešno prikazali tudi ostale pomembne dejavnike, ki so ključni za dobro predajo pacienta. Menimo, da bi bilo to področje treba še bolj podrobno raziskati, predvsem ostale dejavnike, poleg komunikacije. Poleg tega bi bilo zanimivo to področje raziskati tudi v Sloveniji, saj iz pregleda literature lahko ugotovimo, da avtorji tej temi ne namenjajo veliko pozornosti.

## 4 LITERATURA

Agarwal, H.S., Saville, B.R., Slayton, J.R., Donahue, B.S., Daves, S., Christian, K.G., Bichell, D.P., Harris, Z.L., 2012. Standardized postoperative handover process improves outcomes in the intensive care unit: A model for operational sustainability and improved team performance. *Critical Care Medicine*, 2012(7), pp. 2109-2115.

Birk, H.S., Han, S.J., Rolston, J.D., Rowland, N.C., Lau, C., Theodosopoulos, P.V. & McDermott, M., 2016. Resident-led Implementation of a Standardized Handoff System to Facilitate Transfer of Postoperative Neurosurgical Patients to the ICU. *Cureus*, 8(1), pp. 6-10.

Birmingham, P., Blegen M.A. & London A., 2015. Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *West Journal Nursing Research*, 37(11), pp. 1458-1478.

Bradley, S. & Mott, S., 2012. Handover faster and safer. *Australian Journal of advanced nursing*, 30(1), pp. 23-32.

Chaboyer, W., McMurray, A. & Wallis, M., eds. 2008. *Standard Operating Protocol for Bedside Handover 2008*. Gold Coast campus: Griffith University Australia.

Collins, S.A., Mamykina, L., Jordan, D., Stein, D.M., Sheine, A., Reyfman, P. & Kaufman D., 2012. In search of common ground in handoff documentation in an Intensive Care Unit. *Journal of Biomedical Informatics*, 12(45), pp. 307-315.

Corley, A. & Spooner, A., 2016. The use of evidence based handover tools to improve communication during nursing handover. *The World of Critical Care Nursing*, 10(2), pp. 23-24.

Entwistle, F., 2011. *What makes a good handover?* *Nursing Times*. Available at: <https://www.nursingtimes.net/students/what-makes-a-good-handover/5038664.article>

[20 April 2017].

Friesen, M.A., White, S.V. & Byers, J.F., 2008. Handoffs: Implications for Nurses. Patient Safety and Quality. *An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 08(2), pp. 285-289.

Gordon, M. & Findley, R., 2011. Educational interventions to improve handover in health care: A systematic review. *Medical Education*, 2011(45), pp. 1081-1089.

Hall W., Keane P., Wang S., Debell F., Allana A., Karia, P., 2015. Intensive care discharges: improving the quality of clinical handover through changes to discharge documentation. *BMJ Quality Improvement Reports*, pp. 1-4.

Halm, M., 2013. Nursing Handoffs: Ensuring Safe Passage for Patients. *American Journal of Critical Care*, 26(4), pp. 158-162.

Johnson, M., & Cowin, L.S., 2013. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), pp. 121-129.

Kasinathan, S., Ang, E., Lee, J., 2012. Patient handover in the oncology setting: an evidence utilisation project. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 10(4), pp. 369-376.

Kear, T.M., 2016. Patient Handoffs: What They Are and How They Contribute to Patient Safety. *Nephrology Nursing Journal*, 43(4), pp. 339-342.

Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., Fuller, C., 2011. Examination of current handover practice: evidence to support changing the ritual. *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), pp. 342-350.

Kitney, P., Tam, R., Bennertt, P., Buttigieg, D., Bramley, D. & Wang. W., 2017. Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using isbar



principles: a quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 2017, pp. 13-26.

Kitson, A.L., Muntlin Athlin, A., Elliott, J., Cant, M.L., 2013. What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal Advanced Nursing*, 70(6), pp. 1228-1242.

Koeing, C.J., Maguen, S., Daley, A., Cohen, G., & Seal, H. K., 2013. Passing the Baton: A Grounded Practical Theory of Handoff Communication Between Multidisciplinary Providers in Two Department of Veterans Affairs Outpatient Settings. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), pp. 41-50.

Kourkouta, L. & Papathanasiou, L.V., 2014. Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), pp. 65-67.

Kramar, Z., 2009. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. In: Z. Kramar, ed. *7 kongres zdravstvene in babiške nege »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*. Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, 143C.

Parry, J., 2011. Improving Clinical Communication Using SBAR. [pdf] 1000 Lives Plus Available at: <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1011/T4I%20%283%29%20SBAR.pdf> [Accessed 27 May 2017].

Petkovšek Gregorin, R., Skela Savič, B., 2015. Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene nege*. 49(2), pp. 106-125.

Prabhakar, H., Cooper, J.B., Sabel, A., Weckbach, S., Mehler, P.S. & Stahel, P.F., 2012. Introducing standardized “readbacks” to improve patient safety in surgery: a prospective

survey in 92 providers at a public safety-net hospital. *BMC Surgery*, 12(8), pp. 1471-2482.

Pristavec, T., Panič, Z. & Pogačnik, M., 2015. Vzročno posledična konferenca. In: M. Bahun, ed. *8. dnevi Angele Boškin primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih?*. *Gozd Martuljek, 2015*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 31-34.

Ramšak Pajk, J., 2006. Dokumentacija v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 3(40), pp. 137-142.

Scovell, S., 2010. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard. Art & science*, 20(24), pp. 35-39.

Segall, N., Bonifacio, A.S., Schroeder, R.A., Barbeito, A., Rogers, D., Thorlow, D.K., Emery, J., Kellum, Wright, M.C., & Mark, J.B., 2012. Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Anesthesia & analgesia*, 115(1), pp. 102-115.

Sherman, J., Sand-Jecklin, K., Johnson, J., 2013. Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature. *Medsurg Nursing*, 22(5), pp. 308-312.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.

Soo-Hoon L., Phan, P.H., Weaver, S.J. & Pronovost, P.J., 2016. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 16(254), pp. 1-7.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015. *Protokol timske predaje pacienta, konzultacije o pacientu in posveta po viziti*. [pdf] Available at: Interni internetni strani Splošne bolnišnice Jesenice [Accessed 27 April 2016].

Staggers, N. & Blaz J.W., 2012. Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), pp. 247-262.

Taylor, J.S., 2009. Improving Patient Safety and Satisfaction With Standardized Bedside Handoff and Walking Rounds. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(4), pp. 414-416.

Tucker, A., Branding, J. & Fox, P., 2009. Improved record-keeping with reading handovers. *Nursing Management*, 16(8), pp. 30-34.

Van Seben, R., Geerlings, S.E., Verhaegh, K.J.M., Hilders C.G. J.M. & Buurman, B.M., 2016. Implementation of a Transfer Intervention Procedure (TIP) to improve handovers from hospital to home: interrupted time series analysis. *BMC Health Services Research*, 16(479), pp. 1-5.

Vanderbilt, A., Pappada, S.M., Stein, H., Harper, D. & Papadimos T. J., 2017. Increasing patient safety with neonates via handoff communication during delivery: a call for interprofessional health care team training across GME and CME. *Advances in Medical Education and Practice*, 17(8), 365-367.

Vawdrey, K., Stein D.M., Matthew, R.F., Bostwick, S.B. & Stetson, P.D., 2013. Implementation of a Computerized Patient Handoff Application. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive*, 13(11), pp. 1395–1400.

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, R., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D., 2015. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), pp. 1257-1267.