**Transfer Bakım Model ve Programlarının Kırılgan Yaşlıların Taburculuk Sonrası Bakımı İhtiyaçları ve Hemşirelik Girişimleri Açılarından İncelenmesi**

**Evaluation of Transfer Care Models and Programs in terms of Post-Discharge Care Needs of Frail Elderlies and Nursing Interventions**

**ÖZET**

**Giriş:** Dünya Sağlık Örgütü, özellikle 70 yaşın üzerindeki bireyleri, yaşa bağlı olarak fizyolojik fonksiyonlarda düşme, sağlık problemlerinde ve bağımlılık durumunda artışa bağlı olarak uzun süreli bakım ihtiyacının ve hastaneye yatış oranlarında artışa yol açması açılarından sağlık hizmet sunucuları ve politikacılar için kilit öneme sahip bir yaş grubu olarak tanımlamaktadır. Kırılgan yaşlıların hastaneden eve transfer bakımının sağlanması, çoğunlukla çoklu ve kronik hastalığa sahip olmaları dolayısıyla ayrı bir önem arz etmektedir. Ülkemizde, transfer bakımına yeni bir kavram olarak literature girmeye başlamış olup kırılgan yaşlılara yönelik yayın olarak kullanılan programlar henüz bulunmamaktadır. **Amaç**: Bu bilgiler ışığında bu derleme çalışma, tranfer bakım programlarının hastaneden eve taburcu olan kırılgan yaşlıların bakım ihtiyaçlarını karşılanmasına yönelik içerdiği mevcut girişimleri, sunulan hemşirelik bakımı çerçevesinde ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. **Yöntem**: Bu derlemenin hazırlanması aşamasında Türkçe ve İngilizce dillerinde mantıksal operator (boolean operator) kullanılarak google akademik, PubMed ve web of science veri tabanları kullanılarak ortaya çıkan makaleler incelenmiştir. **Bulgular**: Yapılan inceleme neticesinden mevcut bazı transfer bakımına ilişkin model ve programların 65 yaş ve üzeri, çoklu kronik hastalığı olan ve dolayısıyla kırılgan olma ihtimali yüksek olan yaşlıların bakım ihtiyaçlarına yönelik girişimleri barındırdığı anlaşılmaktadır. Özellikle transfer bakımı modeli, transfer bakım girişimleri, koordineli transfer bakımı, köprü modeli, yeniden tasarlanmış taburculuk modeli, Kaise kronik bakım koordinasyonu ve diğer kurumsal uygulanan tranfer bakımı programları kırılgan yaşlılara yönelik girişimleri kapsamaktadır. Transfer bakımı modeli hemşire liderliğinde ve takım anlayışı içerisinde planlanan girişimleri içeriyor iken transfer bakım girişimleri de gelişmiş hemşirelik rollerini, özellikle de hemşireliğin eğitim rolünü içermektedir. Bir diğeri hemşirelerin yönetiminde farklı sağlık merkezlerindeki bakım ve hasta eğitimleri planlandığı koordineli transfer bakımıdır. Yine, köprü modelinde de çoğunlukla sosyal hizmet uzmanları tarafından taburculuk sonrası yürütülen psikoterapi hizmetleri hemşireler tarafından da yapılabilmektedir. Yeniden tasarlanmış taburculuk modeli kırılgan yaşlılara yönelik ek bir tanımlama içermemesine karşın bu yaş grubunu ve ilişkili hemşirelik girişimlerini de kapsamaktadır. Yine, kronik hastalıklara yönelik bakım veren hemşireler tarafından koordine edilen Kaise kronik bakım koordinasyonu ile de hemşireler taburculuk sonrası 65 yaş ve üzeri kalp hastalarına sunulan transfer bakımı hizmetlerinin sunulmasında görev almaktadırlar. **Sonuç**: Mevcutta uygulanan tranfer bakımı model ve programlarının büyük oranda ortak özelliği gelişmiş hemşirelik bakım girişimlerini içermesi veya büyük oranda hemşire liderliğinde yürütülmesidir. Ülkemizde mevcutta uygulanan bir transfer bakım programı olmamakla birlikte, hemşireler tarafından hastaneden taburculuk sonrası kırılgan yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik geliştirilecek bir programın, hastaların aldıkları tedavi neticesinde olumlu sağlık sonuçlarının olması, hastaneye yeniden yatışları azalması ve sağlık harcamalarını azaltması açısından önemli olacağı değerlendirilmektedir.

**Anahtar kelimeler**: Kırılganlık, ileri yaş, tranfer bakımı, devamlı bakım, kronik hastalık

**ABSTRACT**

**Introduction:** World Health Organization defines individuals over the age of 70 as a key age in term of a decrease in physiological functions, an increase in long-term care needs and hospitalization rates due to an increase in health problems and addiction for healthcare providers and politicians. To transfer frail elderlies from hospital to home has a particular importance, as they often have multiple and chronic diseases. In our country, the concept of transitional care has started to enter literature as a new concept and there are no programs used as broadcasts regarding transfer care of frail elderlies. **Aim**: This review was planned to reveal the existing models and programs of transfer care to meet the care needs of frail elderly who were discharged from the hospital to home within the framework of the nursing care provided. **Method**: The method used in this review was to search the articles produced by using the boolean operator in Turkish and English languages using google academic, PubMed and web of science databases. **Results:** As a result, it was understood that some existing transitional care models and programs includes interventions to meet the care needs of elderly people aged 65 and over with multiple chronic diseases, and so who are likely to be fragile. In particular, the transfer care model, transfer care initiatives, coordinated transfer care, the bridge model, the redesigned discharge model, Kaise chronic care coordination and other institutionalized transfer care programs include interventions for the frail older people. On the one hand the transfer care model includes interventions planned based on the notion of nurse leadership and teamwork, on the other hand transfer care interventions include advanced nursing roles, specifically the educational role. According to the coordinated transfer care, training of patients in various health centers is planned by nurses. Moreover, in the bridge model, psychotherapy services, which are mostly carried out by social workers after hospital discharge, could be provided by nurses. Although the redesigned discharge model does not separately define frail elderly, it includes nursing interventions comprising older people aged 65 and over. In addition to this, within the Kaise chronic care coordination coordinated by nurses providing care for people with chronic diseases, nurses could provide nursing care during the transitional care to cardiac patients aged 65 and over after hospital discharge. **Conclusion**: The common characteristics of the existing transitional care models and programs is that they include advanced nursing care interventions or are mostly conducted based on the notion of nurse leadership. Although there is no transitional care program currently implemented in our country, it is considered that a program that will be developed by nurses to meet the care needs of fragile elderlies after hospital discharge would lead positive outcomes, decreasing re-hospitalization rates, and reduce health expenses.

**Key words:** Frailty,advanced age, transitional care, continuum of care, chronic diseases

**GİRİŞ**

Günümüzde insanlar atalarına göre daha uzun yaşamakta ve Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Ulusal ve uluslararası verilere dayalı olarak yapılan öngürülere göre, önümüzdeki 30 yıl içerisinde her beş kişiden birisi yaşlı olacaktır (DSÖ, 2018; TÜİK, 2018). Yaşlı tanımı, gelişmiş ülkeler tarafından 65 knonolojik yaş ve üzeri olarak kabul edilmekle birlikte Birleşmiş Milletler, dünya geneli için 60 kronolojik yaşı sınır olarak kabul etmiştir (DSÖ, 2002). Yaşlılar, yüksek orandaki sosyal harcamaların yanı sıra, bu yaş grubunda sık görülülen kronik hastalıkların, özellikle de çoklu kronik hastalıkların tedavilerinin uzun süreli ve ileri bakım gerektirmesinden kaynaklı olarak sağlık bakım maliyeti yüksek bir gruptur (Aydemir ve Yaşar, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, özellikle 70 yaşın üzerindeki bireyleri, yaşa bağlı olarak fizyolojik fonksiyonlarda düşme, sağlık problemlerinde ve bağımlılık durumunda artışa bağlı olarak uzun süreli bakım ihtiyacının ve hastaneye yatış oranlarında artışa yol açması açılarından sağlık hizmet sunucuları ve politikacılar için kilit öneme sahip bir yaş grubu olarak tanımlamaktadır (Rodríguez-Laso ve ark., 2018). Kırılganlık kavramının; fiziksel, beslenme, sosyal, biyolojik, fizyolojik, işlevsel, bilişsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Ek olarak, literatürde kırılganlığı etkilediği düşünülen yaş, komorbidite, beslenme, sarkopeni, sosyal ağlar ve çevre gibi birçok faktör vardır (Sezgin, 2019). Rodríguez-Laso ve ark. (2018) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasına göre göre kırılgan yaşlı oranı Avrupa bölgesi için %18’dir. Ülkemizde yapılan FrailTURK projesi sonuçlarına göre, ise 65 yaş ve üzeri bireylerde kırılgan yaşlı oranı %39’dur (Eyigör ve ark., 2015).

Son yıllarda tüm dünyada ileri yaşta hastane yatış süresini kısaltarak boş yatak kapasitesini artırmanın, mali etkinlik açılarından tercih edilen bir uygulama haline gelmeyesiyle, hastalar tam olarak iyileşmeden ve bağımlılıkları devam ederken taburcu edilmeye başlanmıştır (Freitag ve Schmidt, 2016). Özellikle kırılgan yaşlılarda taburculuk sonrası ilk 6 aylık dönemde ölüm oranlarını yüksek olmasıyla birlikte (Chua ve ark., 2020) plansız tekrarlı yatışlar da oldukça sık görülmektedir (Hippisley-Cox ve Coupland, 2017). Ulusal verilere göre, ülkemizdeki hastane yatışlarının yarısından fazlasını yaşlı bireyler oluşturmakta (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) ve taburculuk sonrası her beş hastadan biri tekrar hastaneye yatmaktadır (Kaya ve ark., 2018). İlk yatışa göre yaklaşık bir buçuk kat daha fazla maliyetli olan yeniden yatışlar (Kaya ve ark., 2018), yaşlı bireylerin sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hastaların hastaneden evlerine veya diğer sağlık kuruluşlarına güvenli transferlerini sağlamak amacıyla programlar geliştirmek, yeniden yatışlardan kaynaklı maliyetleri büyük oranda azaltacak önemli bir stratejidir (DSÖ, 2005). Taburculuk öncesi süreçten başlayarak taburculuk sonrası 6 aylık süreci kapsayan ve hastaların sağlık kuruluşundan evine veya başka sağlık kuruluşuna güvenli ve zamanında transferini sağlamak amacıyla geliştirilen çok disiplinli sağlık bakım girişimleri ‘transfer bakımı’ olarak tanımlanabilir (Allen ve ark., 2014). Bu kapsamda, hastanın taburculuk planına göre ihtiyaçları tespit edilir, hastane ve diğer sağlık kuruluşları arasında işbirliği sağlanır, hastaya doğrudan sağlık bakımı ve öz bakım hizmeti verilir, ilaçlarının düzenli kullanılması ve yönetimi sağlanır, ev ziyaretleri veya teknolojik iletişim araçlarından yararlanılarak düzenli hasta takibi yapılır ve gerekli konularda danışmanlık sağlanır (Naylor ve ark., 2011).

Transfer bakımının sağlanması, özellikle kırılgan yaşlılar için çoğunlukla çoklu ve kronik hastalığa sahip olmaları dolayısıyla ayrı bir önem arz etmektedir. Çünkü bu bireyler, evde devam etmesi gerek sağlık ve sosyal bakım ihtyaçları doğrulrtusunda birçok farklı kuruluş ve meslek mensubundan hizmet almaya ihtiyaç duyarlar. Hastaneden eve veya diğer bir sağlık kuruluşuna yapılan transfer sonrasında hastaların yaklaşık beşte birinde yatış nedenine bağlı olarak yan etki ve komplikasyonlar ortaya çıkması (Aboumatara ve ark., 2017) transfer bakımı gereksinimi ortaya koyan önemli bir veridir. Transfer bakımının sağlanması, taburculuk sonrası yaşlı bireylerin kendi evlerinde tedavilerine devam etme sürecinde hastane başvurularının ve yatışlarını azaltılması (Allen ark., 2014), sağlık harcamalarının azaltılması (Allen ark., 2014; Naharcı ve Ouslander, 2016), ilaç tedavisine uyumu artırmesı (Toles ve ark., 2017), tedavi sonuçlarını olumlu şekilde etkilemesi (Peikes ve ark., 2012; Allen ve ark., 2014), ölüm oranlarının azaltılması ve hatalı uygulamlardan kaynaklı yasal problemlerinin önüne geçilebilmesi (Naharcı ve Ouslander, 2016) açılarından önemlidir.

Hastalar tarafından en fazla sağlık hizmeti alınan ve öncelikle karşılaştıkları meslek grubu olan hemşireler, hasta bakım kalitesini artırmada ve hastalar tarafından verilen bakım kalitesinin doğru değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptirler (Whitby, 2018). Ülkemizde, yeni bir kavram olarak literature girmeye başlayan transfer bakımına ilişkin (Naharcı ve Ouslander, 2016; Çoşkun ve Duygulu, 2020) yayın olarak kullanılan programlar henüz bulunmamaktadır. Bu bilgiler ışığında bu derleme çalışma, tranfer bakım programlarının hastaneden eve taburcu olan kırılgan yaşlıların bakım ihtiyaçlarını karşılanmasına yönelik içerdiği mevcut girişimleri, sunulan hemşirelik bakımı açısından ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

**YÖNTEM**

Bu derlemenin hazırlanması aşamasında Türkçe ve İngilizce dillerinde mantıksal operator (boolean operator), diğer bir değişle (transfer bakımı OR transfer bakımı programı OR transfer bakımı modeli) AND (kırılgan yaşlı OR kırılganlık) AND (hemşire OR hemşirelik bakımı OR bakım) kullanılarak google akademik, PubMed ve web of science veri tabanları kullanılarak ortaya çıkan makaleler incelenmiştir. Mevcut bilimsel çalışmalara dayalı olarak bu derleme hazırlanmıştır.

**BULGULAR VE TARTIŞMA**

Transfer bakımına ilişkin mevcut model ve programlar incelendiğinde bazılarının 65 yaş ve üzeri, çoklu kronik hastalığı olan ve dolayısıyla kırılgan olma ihtimali yüksek olan yaşlıların bakım ihtiyaçlarına yönelik girişimleri barındırdığı anlaşılmaktadır. Bunlar arasında transfer bakımına ilişkin en yaygın bilinen *Transfer Bakımı Modeli (Transitional Care Model -TCM)* Naylor ve ark. tarafından bir dizi randomize kontrollü çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir (Naylor ve ark., 1994;1999;2004;2011;2018). Bu model, hemşire liderliğinde ve takım anlayışı içerisinde gerçekleştirilen girişimleri içerir. Modelin hedef grubu 65 yaş ve üzeri yaşlı, kırılgan ve kronik hasta bireylerledir. Hasta merkezli olarak uygulanan girişimler ile bakım kalitesini geliştirerek olumlu hasta ve bakım verici sonuçlarını ortaya koymayı ve sonuç olarak maliyeti azaltmayı amaçlar (Naylor ve ark., 1994;1999;2004). Bir diğer önemli bir program olan *transfer bakımı girişimleri (Care Transitional Interventions-CTI)* Coleman ve ark. tarafından geliştirilmiş olan ve gelişmiş hemşirelik girişimlerinden büyük oranda eğitim rolunü içeren bir uygulama modelidir (Coleman ve ark., 2001; Gardner ve ark., 2011; Parry ve ark., 2010). Hasta merkezli danışmanlık girişimleri yoluyla, hastaların kendi sağlıklarını ve tedavilerini daha iyi yönetmeleri sağlanır. Bu amaçla ev ziyaretlerinin ardından iletişim teknolojilerinden faydalanılarak hasta ile iletişim sürdürülmeye devam edilir. Çoklu kronik hastalığı olan, telefon gibi iletişim aracı kullanabilen, ancak demansı olmayan 65 yaş ve üzeri hastalar, hastaneden taburcu olan hastalar da bu kapsamda transfer bakımı alabilmektedirler. *Koordineli transfer bakımı (The Coordinated-Transitional Care - C-TraC)* programı telefon merkezli bir bakım hizmeti sunulan bu program ile erişim güç olan, yüksek riskli yaşlı hastaların sürekli takibi sağlanmaktadır. Farklı sağlık merkezlerindeki bakım ve hasta eğitimleri hemşirelerin yönetiminde planlanır. Telefon takibi eczacı ve doktorlar tarafından hastaların reçeteli ilaçları da sürekli takip edilerek güncellenir (Gilmore-Bykovskyi ve ark., 2014; Kind ve ark., 2012). *Köprü Modeli (The Bridge Model)*, Amerika’da 2005 yılında, sağlık araştırmaların yürüldüğü tıbbi merkezler ile toplum temelli kuruluşların koordinasyonu ile geliştirilmiştir (The Bridge Model, 2020). Sosyal hizmet uzmanları liderliğinde hasta merkezli olarak yürütülen bakım hizmeti bilişsel yetersizliği olan, demans ve Alzheimer hastası olan yaşlı ve bakım vericilerini de kapsayan bir modeldir. Hastalar ve bakım vericilerine öz yeterliliğini geliştirmek amacıyla taburculuk öncesi ve sonrası dönemde psikoterapi çoğunlukla sosyal hizmet uzmanları tarafından uygulanmasının yanı sıra hemşireler de bu amaçla Köprü Modeli ekibi tarafından eğitilebilmektedir. *Yeniden* *Tasarlanmış Taburculuk (Re-Engineered Discharge - RED*) hastaneden hergangi bir sebeple taburcu olmuş 18 yaş üzeri bütün hastaları inceleyerek, sağlık kuruluşları tarafından hastaların transfer bakımı ihtiyaçlarını değerlendirecek bir ölçüm aracı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Hasta merkezli, hemşirelik eğitimi ve eczacı telefon takibi girişimlerini içeren uygulama bütün yaş gruplarını ve tanıları kapsamakla birlikte kırılgan yaşlılara özellikli ayrı bir tanımlama içermemektedir (Chollet ve ark., 2011; Gardner ve ark., 2014).

Literatür incelendiğinde bazı transfer bakımı programlarının da belirli hastalıklara özgü girişimler içerecek şekilde planlandığı görülmeketdir. Kronik hastalıklara yönelik bakım veren hemşireler tarafından koordine edilen *Kaise Kronik Bakım Koordinasyonu* (Kaiser Chronic Care Coordination) (Kaiser Permenente, 2020) ile hemşire ve doktorlardan oluşan bir ekip tarafından taburculuk sonrası 65 yaş ve üzeri kalp hastalarına sunulan transfer bakımı hizmetlerinin sunulması (Leff ve ark., 2009) buna örnek verilebilir. Diğer yandan hastaneye yatış riski yüksek olan yaşlı bireylere yönelik hemşire ev ziyareti, telefon takibini (Finlayson ve ark. 2018), hemşireler tarafından hastanın değerlendirilmesi, hemşirelerin sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve meslekler arasında koordinasyonun sağlanmasını içeren (Ouslander ve ark., 2014) transfer bakımı girişimleri de mevcuttur.

**SONUÇ VE ÖNERİLER**

Yukarıda yer alan bilgiler ışığında değerlendirildiğinde, uygulanan model ve programların büyük oranda ortak özelliği gelişmiş hemşirelik bakım hizmetlerini içermesidir. Ayrıca, hemşire liderliğinde bakımın planlanması ve hemşireler tarafından farklı sağlık kuruluşlarınca yürütülen sağlık hizmetlerinin koordinasyınunun sağlanması, ev ziyaretleri ve sonrasında teknolojik iletişim araçlarının kullanılması yoluyla hasta takibine devam edilmesi bu programların temel bileşenleri arasında sayılabilir. Transfer bakımı programlarının içerikleri açısından düşünüldüğünde demansı olan kırılgan yaşlı bireylere yönelik yeni geliştirilmesi gereken hemşirelik bakım girişimleri olduğu öngörülmektedir. Ülkemizde mevcutta uygulanan bir transfer bakım programı olmamakla birlikte, hemşireler tarafından hastaneden taburculuk sonrası kırılgan yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik geliştirilecek bir programın, hastaların aldıkla tedavi neticesinde olumlu sağlık sonuçlarının olması, hastaneye yeniden yatışları azalması ve sağlık harcamalarını azaltması açısından önemli olacağı değerlendirilmektedir.

**KAYNAKLAR**

Aboumatara, H., Naqibuddin, M., Chung, S., Adebowale, H., Bone, L., Brown, T., Cooper, L.A., Gurses, A. P., Knowlton, A., Kurtz, D., Piet, L., Putcha, N., Rand, C., Roter, D., Shattuck, E., Sylvester, C., Urteaga-Fuentes, A., Wise, R., Wolff, J. L., Yang, T., Hibbard, J., Howell, E., Myers, M., Shea, K., Sullivan, J., Syron, L., Wang, N. Y., Pronovost, P., BREATHE Study Patient Family Partners Group. 2017. “Better respiratory education and treatment help empower (BREATHE) study: Methodology and baseline characteristics of a randomized controlled trial testing a transitional care program to improve patient-centered care delivery among chronic obstructive pulmonary disease patients”, Contemporary Clinical Trials, 62, 159-67.

Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., Livingston, P. M. 2014. “Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review”, BMC Health Services Research, 14, 346.

Aydemir, İ., Yaşar, M. E. 2020. Demografik Değişim Kuramının Sağlık, Hastalık ve Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Literatür Değerlendirmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15, 102-116.

Chua, X.Y., Toh, S., Wei, K., Teo, N., Tang, T., Wee, S.L. 2020. Evaluation of clinical frailty screening in geriatric acute care. J Eval Clin Pract., 1–7. DOI: 10.1111/jep.13096

Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D. 2001. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. Eff Clin Pract., 4(2), 49-57.

Coşkun S., Duygulu, S. 2020. Geçiş Bakım Modeli Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik

Bakımı: Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hasta. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(7), 124-141.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü). 2018. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü). 2002. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü). 2005. “Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?”. [http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0006/74670/E87542.pdf on 14 September 2018](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74670/E87542.pdf%20on%2014%20September%202018)

Son erişim tarihi: 26 Ağustos 2020.

Eyigor, S., Kutsal, Y. G., Duran, E., Huner, B., Paker, N., Durmus, B., ve ark. 2015. Frailty prevalence and related factors in the older adult—FrailTURK Project. AGE,37, 50. DOI 10.1007/s11357-015-9791-z

Finlayson, K., Chang, A.M., Courtney, M.D., Edwards, H.E., Parker, A.W., Hamilton, K., Pham, T.D.X., O’Brien, J. 2018. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. BMC Health Serv Res., 18, 956. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9

Freitag S, Schmidt S. 2016. Prevention of frailty through narrative intervention. Social Science & Medicine, 60, 120-7

Gardner R, Li Q, Baier RR, Butterfield K, Coleman EA, Gravenstein S. 2014. Is implementation of the care transitions intervention associated with cost avoidance after hospital discharge?. J Gen Intern Med. 29(6), 878-884. doi:10.1007/s11606-014-2814-0

Gilmore-Bykovskyi, A., Jensen, L., Kind, A.J.H. 2014. "Development and implementation of the Coordinated-Transitional Care (C-TraC) program." Fed Pract., 31(2), 30-34.

Hippisley-Cox, J. Coupland, C. 2017. Development and validation of QMortality risk prediction algorithm to estimate short term risk of death and assess frailty: cohort study. BMJ, 358:j4208. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4208>

Kaya, S., Güven, G. S., Aydan, S. 2018. “Hastanelere Yeniden Yatış Hızlarının Değerlendirilmesi: İç Hastalıkları Servislerinde Yapılan Bir Prospektif Kohort Çalışması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(1), 127-50.

Kaiser Permenente. 2020. Chronic Care Coordination. <https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/santarosa/departments/chronic-conditions-management/chronic-care-coordination/> Erişim Tarihi: 27 Ağustos 2020.

Kind, A.J.H., Jensen, L., Barczi, S., Bridges, A., Kordahl, R., Smith, M.A., Asthanaet, S. 2012. “Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital.” Health Affairs, 31(12), 2659-68.

Leff, B., Reider, L., Frick, K.D., Scharfstein, D.O., Boyd, C.M., Frey, K., Karm, L., Boult, C. 2009. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. Am J Manag Care, 15(8), 555-559.

Naharcı, M. I., Ouslander, J. G. 2016. “Safe Transitions for at Risk Patients (STAR) program for Turkey”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 252-8.

Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., Pauly, M. 1994. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Ann. Intern. Med. 120 (12), 999–1006.

Naylor, M.D., Brooten, D., Campbell, R., et al. 1999. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA 281 (7), 613–620.

Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbell, R.L., Maislin, G., McCauley, K.M., Schwartz, J.S. 2004. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. J. Am. Geriatr. Soc. 52 (5), 675–684.

Naylor, M. D., Aike, L.H., Kurtzman, E.T., Olds, D.M., Hirschman, K. B. 2011. “The Importance of transitional care ın achieving health reform”, Health Affairs, 30(4), 746-54.

Naylor MD, Hirschman KB, Toles MP, Jarrín OF, Shaid E, Pauly MV. 2018. Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. Soc Sci Med., 213, 28-36. doi:10.1016/j.socscimed.2018.07.023

Ouslander, J.G., Bonner, A., Herndon, L., Shutes, J. 2014. The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) quality improvement program: an overview for medical directors and primary care clinicians in long term care. J Am Med Dir Assoc., 5(3), 162-170. doi:10.1016/j.jamda.2013.12.005

Peikes, D., Lester, R.S., Gilman, B., Brown, R. 2012. “The effects of Transitional Care Models on re-admissions: A review of the current evidence”, Journal of the American Society on Aging, 36(4), 44-55.

Parry C, Coleman EA. 2010. Active Roles for Older Adults in Navigating Care Transitions: Lessons Learned from the Care Transitions Intervention. Open Longevity Science, 4, 43-50.

Rodríguez-Laso Á, O'Caoimh R, Galluzzo L, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Macijauskiene J, Albaina Bacaicoa O, Ciutan M, Hendry A, López-Samaniego L, Liew A; Work Package 5 of the Joint Action ADVANTAGE. 2018. Population screening, monitoring and surveillance for frailty: three systematic reviews and a grey literature review. Ann Ist Super Sanita, 54(3), 253-262. doi: 10.4415/ANN\_18\_03\_13.

Sezgin, D., O'Donovan, M., Cornally, N., Liew, A., O'Caoimh, R. 2019. Defining frailty for healthcare practice and research: A qualitative systematic review with thematic analysis. International Journal of Nursing Studies 2019. 92,16-26, 92, 16-26.

T.C.Sağlık Bakanlığı. 2015. “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020”. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/508>

Son erişim tarihi: 26 Ağustos 2020.

The Bridge Model (2020). The Bridge Model. <https://transitionalcare.org/the-bridge-model/>

Toles, M., Colon-Emeric Naylor, M. D., Asafu-Adjei, J., Hanson, L. C. 2017. “Connect-Home: Transitional Care of Skilled Nursing Facility Patients and their Caregivers”, J Am Geriatr Soc, 65, 2322-8.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). 2018. Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>

Whitby, P. 2018. Role of front-line nurse leadership in improving care. Nursing Standard. doi: 10.7748/ns.2018.e11018