

## RECOMENDACIÓN ENERO 2018

### RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LOS PASES DE PACIENTES

La Joint Commission emitió hace pocos meses un alerta de seguridad a partir de varios eventos centinela originados en una incorrecta comunicación durante los pases de pacientes (“hand-off”), un problema que persiste pese a haber sido abordado por el organismo en repetidas oportunidades. Por ser un problema generalizado a nivel mundial, resulta oportuno transcribir en español el contenido de este alerta.\*

Normalmente, los profesionales de la salud se preocupan y esfuerzan denodadamente para brindar la mejor atención posible y cumplir con las expectativas de sus pacientes. Desafortunadamente, a menudo esta diligencia y cuidado comienzan a hacer agua cuando el paciente debe ser pasado a otro prestador o trasladado a otro ámbito para continuar su atención o recibir otros servicios. Los principales problemas en relación con los pases y las transferencias se originan en problemas de comunicación: en la falta de balance entre las expectativas del emisor de la información y del receptor de la misma. (1) Esta falta de alineación es la raíz de los problemas de comunicación durante los pases.

#### ¿Qué es un pase?

Un pase es la transferencia y aceptación de la responsabilidad de atender al paciente, luego de una comunicación efectiva. Es un proceso en tiempo real consistente en transmitir información específica del paciente de un prestador a otro o de un equipo a otro con el objetivo de garantizar la continuidad y la seguridad de la atención

El potencial de dañar al paciente, desde daños leves a graves, se genera cuando el receptor recibe información que es imprecisa, incompleta, no oportuna, malinterpretada o que no es lo que se necesita.

---

\* Joint Commission. Sentinel Event Alert. Issue 58. September 12, 2017. “Inadequate hand-off communication”

[https://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_alert\\_58\\_inadequate\\_handoff\\_communications/](https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/)

Traducción libre y adaptación: Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

Son muchos los factores que pueden hacer fracasar un pase: entrenamiento y expectativas de los prestadores, barreras de lenguaje, consideraciones culturales y una documentación inadecuada, incompleta o no existente, por nombrar sólo algunos.

Este alerta apunta tanto a los **emisores** como a los **receptores** de la información y responsabilidad de los pases de pacientes, incluyendo la comunicación entre los distintos prestadores de un mismo servicio, entre profesionales de distintos servicios y de todos estos con cuidadores que no se encuentran físicamente en el hospital o centro. Los emisores son responsables de enviar o transmitir la información del paciente y de delegar su atención a los receptores, quienes han sido identificados como aquellos que recibirán los datos del paciente y aceptarán la responsabilidad de su atención. Este alerta asume como básico que el pase ya involucra al emisor correcto, al receptor correcto y al paciente correcto.

Si bien parece simple, realizar un pase de alta calidad es complejo. Las fallas en la comunicación durante las transiciones asistenciales son muy comunes y representan un problema de larga data en la atención de la salud. En 2006, la Joint Commission hizo de la comunicación adecuada durante los pases un Objetivo Nacional de Seguridad del Paciente. En 2010, el requisito se transformó en un estándar de acreditación. El estándar "Provision of Care PC 02.02.01, element of performance (EP) 2, requiere demostrar que: *"El proceso de la organización para la comunicación durante los pases de pacientes brinda la oportunidad de discusión entre quien entrega y quien recibe la información. Nota: Esta información puede incluir la condición del paciente, su atención y tratamiento, medicación, servicios, y cualquier cambio reciente o que se anticipe de algunas de estas cosas."*

Aún así, continúan produciéndose cortocircuitos durante los pases de pacientes, aumentando los riesgos para su seguridad. (2)(3) El problema se agrava por la elevada frecuencia de pases durante la atención, especialmente en hospitales de agudos. Se estima que un hospital universitario típico de los Estados Unidos puede experimentar más de 4.000 pases por día. (4) Pese a esto, a menudo estos pases son conducidos de manera demasiado informal y casual, cuando deberían ser estructurados y focalizados en garantizar la continuidad del cuidado.

## **Factores contribuyentes y soluciones**

La inadecuada comunicación durante los pases es un factor que contribuye a la ocurrencia de eventos adversos, incluyendo muchos tipos de eventos centinela, caracterizados por lesiones graves o muertes. (3) La base de datos de eventos

centinela de la Joint Commission incluye varios reportes de eventos adversos serios originados en una mala comunicación durante los pases, incluyendo cirugías del lado equivocado, retrasos de tratamientos, caídas y errores de medicación. Un estudio publicado en 2016 estimó que las fallas en la comunicación de hospitales y centros médicos de los estados Unidos eran responsables, al menos en parte, del 30% de todos los juicios por mala praxis, con un saldo de 1.744 muertes y \$1,7 billones de costos por responsabilidad profesional en un período de 5 años.(5)

La Joint Commission creó un centro especial para estudiar y mejorar la comunicación durante los pases de pacientes. El proyecto, denominado “*The Joint Commission Center for Transforming Healthcare’s Hand-off Communication Project*”, involucró a 10 hospitales que utilizaron un método probado y sistemático de mejora denominado “Robust Process Improvement” (RPI ®) para identificar las causas raíces y las potenciales soluciones al problema de los pases inadecuados (1). Durante el proyecto, los receptores del paciente consideraron que 37 % de los pases eran insatisfactorios. Los emisores, por su parte, juzgaron que el 21% de los pases lo eran, mencionando retrasos, falta de atención o falta de conocimiento del paciente que se estaba transfiriendo por parte de los receptores.(1)

El equipo del proyecto definió al pase como la transferencia y aceptación de la responsabilidad de atender al paciente, **luego de una comunicación efectiva**. Es un proceso en tiempo real consistente en transmitir información específica del paciente de un prestador a otro o de un equipo a otro con el objetivo de garantizar la continuidad y la seguridad de la atención.(1)

A partir de la literatura y de los hallazgos del proyecto llevado a cabo por el centro de la Joint Commission, se pueden identificar distintos factores que contribuyen con las fallas de comunicación durante los pases. Entre los mismos se incluyen: información insuficiente o confusa, ausencia de una cultura de seguridad, métodos inefectivos de comunicación, falta de tiempo, falta de sincronización de los tiempos entre el emisor y el receptor, interrupciones, distracciones, falta de procedimientos estandarizados y falta de personal.(1)(5)(12) Un estudio realizado por el organismo que acredita residencias en los Estados Unidos, ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), encontró que en 69% de los lugares de aprendizaje clínico no existía un proceso para transmitir información de manera estandarizada. Sólo el 20% de los centros de enseñanza de posgrado contaba con algún tipo de estandarización. (13)

## Investigación y esfuerzos por mejorar la calidad de los pases.

Existe un considerable cuerpo de literatura sobre la mejora de los pases de pacientes utilizando una variedad de métodos y herramientas, incluyendo tanto formularios especiales y checklists como técnicas de trabajo en equipo derivadas de marcos con evidencia científica.<sup>(1)(3)(6)(12)(14)(24)</sup> Un ejemplo de ellas es la técnica SBAR (Situación-Antecedentes-Evaluación- Recomendación).<sup>(2)</sup>

Algunas organizaciones de salud han reducido más del 50% su tasa de eventos adversos vinculados a problemas de comunicación en los pases utilizando herramientas de transferencia de información estructurada. <sup>(11)</sup> Otras reportan un 50% menos de readmisiones luego de adoptar herramientas especiales. <sup>(13)(14)</sup>

Un programa de mejora de pases exitoso tiene el potencial de mejorar sustancialmente la seguridad de los pacientes. La técnica I-PASS, por ejemplo, es un programa de mejora de pases polifacético que reúne en una herramienta distintas intervenciones que se complementan para que la comunicación durante los pases sea realmente efectiva y que esta mejora pueda sostenerse en el tiempo. Este programa aplica un abordaje estructurado a la comunicación durante las transiciones asistenciales utilizando la mnemotécnica “I-PASS”, un acrónimo que por sus siglas en inglés se aplica a **I**llness severity (Severidad de la enfermedad) – **P**atient summary (resumen del paciente) – **A**ction list (listado de acciones) – **S**ituation awareness and contingency plans (conciencia de situación y planes de contingencia) y **S**ynthesis por parte del receptor (síntesis). Nueve centros médicos que implementaron este programa sobre un total de 10.740 pacientes admitidos redujeron un 30% su tasa de eventos adversos prevenibles y un 23% la de errores médicos durante el período de la intervención. Estos resultados fueron publicados en 2014 en el *New England Journal of Medicine*.<sup>(9)</sup> Hasta el momento, más de 50 hospitales han adoptado este programa. En la sección “Recursos” de este alerta podrá ver ejemplos y el significado de otras reglas mnemotécnicas, incluyendo el I-PASS.<sup>(1)(2)(6)(8)(9)(12)(20)</sup>

## Acciones sugeridas por la Joint Commission

Cada ámbito de atención de la salud tiene sus propias particularidades y desafíos en lo relativo a los pases. La joint Commission destaca la importancia de que las organizaciones de salud utilicen un proceso que identifique primero las causas de las fallas de comunicación durante los pases y las barreras a la mejora en cada ámbito y que luego identifique, implemente y valide soluciones que mejoren el desempeño en este terreno. La herramienta desarrollada por la Joint Commission

“Targeted Solutions Tool (TST ®) for Hand-off Communications” (al cual las organizaciones acreditadas ya tienen acceso), puede ayudar a la gestión de este proceso de mejora de calidad). Ver la sección “Recursos” de este alerta.(14)

**1. Demuestre el compromiso de las autoridades a mejorar el proceso de pases (y con otros aspectos de la cultura de seguridad)**

- Concéntrese en mejorar el abordaje sistémico de la organización hacia los pases, en vez de puntualizar errores individuales.(1)(6)(11)
- Brinde apoyo, tiempo y recursos económicos a las iniciativas tendientes a mejorar la calidad de los pases.(15) Mejorar y mantener de manera consistente una comunicación efectiva a lo largo y ancho de toda la organización de salud probablemente requiera una inversión de tiempo significativa en entrenamiento de equipos y de otras actividades diseñadas para mejorar la calidad del desempeño.(9) Para desarrollar un respeto institucional por los pases, se requiere que los cambios que se proponen sean “comprados” por todas las disciplinas; y todas las disciplinas necesitan incorporar estos cambios a su práctica y cultura.
- Haga que los pases exitosos y la comunicación efectiva sean una prioridad y expectativa organizacional. (1) (15)

**2. Estandarice el contenido crítico a ser comunicado por el emisor durante el pase –tanto de forma verbal (preferentemente cara a cara) como escrita. Asegúrese de cubrir todo lo que se necesita para una atención oportuna y segura del paciente. Estandarice herramientas y métodos (formularios, plantillas, checklists, protocolos, mnemotécnicas, etc) para comunicarse con los receptores.**

- Evite pasar los pacientes utilizando sólo comunicaciones electrónicas o en papel. Si la comunicación cara a cara no es posible, comuníquese en tiempo real por vía telefónica o videoconferencia.(6)(7) Sea generoso con el tiempo y las oportunidades para realizar y contestar preguntas.(16)
- Para garantizar una atención apropiada, comunique y reciba el contenido del pase de una manera oportuna.(1)(9)

- Sintetice la información que proviene de diferentes fuentes, en vez de transmitirla de manera separada.(1)
- Garantice que, como mínimo, el contenido crítico a comunicar al receptor incluya: (9)
  - Datos de contacto del emisor de la información.
  - Evaluación de la enfermedad, incluyendo severidad.
  - Resumen del paciente, incluyendo los eventos que lo llevaron a la enfermedad o a la admisión, evolución hospitalaria, evaluación continua y plan de atención.
  - Lista de acciones a realizar
  - Planes de contingencia
  - Listado de alergias
  - Código de no resucitar
  - Lista de medicamentos
  - Último laboratorio
  - Signos vitales actualizados
- Utilice mnemotécnicas, tales como el I-PASS, para estructurar la comunicación de los pases y ayudar a los miembros del equipo a realizar los pases de manera más consistente. Tenga en cuenta que la mnemotécnica sólo aporta un marco, que debe ser complementado con otros elementos, como el entrenamiento y el cambio cultural. (1)(2)(6)(8)(9)(12)(20)

**3. Conduzca la comunicación cara a cara del pase en un lugar donde el emisor y el receptor se encuentren libres de interrupciones, incluyendo a miembros de un equipo multidisciplinario y al paciente y familia, si resulta apropiado.**

- Defina y respete de manera consistente un lugar y horario para realizar los pases de pacientes. (6)(7)
- Garantice un espacio de trabajo y un ámbito que favorezca el intercambio de información acerca de in paciente. Establezca una “zona de silencio” libre de interrupciones no urgentes. (6)(7)(16)
- Para un adecuado seguimiento del paciente, asegúrese de que el emisor y el receptor intercambien datos de contacto.(10)(18)

- Comparta y reciba información - como equipo multidisciplinario-, con el paciente y la familia durante el pase. (6)(7)(10)(15)(18) Utilice este tiempo para consultar, discutir, preguntar y responder preguntas.(7)
- Si bien debe estimularse la participación del paciente y de la familia durante las transiciones asistenciales, no debe esperarse que sean ellos mismos quienes comuniquen información vital sobre su propia atención a los prestadores a los que se los transfiere.

**La información crítica a ser comunicada al receptor durante un pase debería incluir:** (9)

- Información de contacto del emisor
- Evaluación de la enfermedad, incluyendo severidad
- Resumen del paciente, incluyendo los eventos que condujeron a la enfermedad o a la admisión, evolución hospitalaria, estado actual y plan de atención
- Lista de acciones a realizar
- Planes de contingencia
- Lista de alergias
- Código de no resucitar
- Lista de medicaciones
- Laboratorio actualizado
- Signos vitales actualizados

**4. Estandarice la capacitación y el entrenamiento acerca de cómo conducir un pase exitoso, tanto desde el punto de vista del emisor como del receptor.**

- Para involucrar al personal en el entrenamiento de pases, utilice métodos como la observación en tiempo real con feedback, juego de roles/ simulación y aprendizaje independiente. (1)(9)(11)(15)(26)
- Identifique a los “champions” y entrenadores que ayuden a promover la mejora de calidad y puedan servir como modelos a seguir.(15) Reconozca a las personas que realizan los pases de acuerdo a este nuevo modelo estandarizado. Aproveche las oportunidades para usar como ejemplos los pases exitosos.

- En los ejercicios de entrenamiento, destaque la importancia del trabajo en equipo, la confianza, la conciencia de situación, los roles y responsabilidades de cada uno, la resolución de conflictos y la cultura de seguridad. (15)(16)
- Estimule a los supervisores y al personal para que brinden la oportunidad de hacer preguntas, dedicando el tiempo necesario para hacerlas. (16)

**5. Aproveche las capacidades de la historia clínica electrónica y de otras tecnologías - como apps, portales del paciente y telesalud- para reforzar los pases entre los emisores y los receptores.**

- Una vez establecido un proceso de comunicación estructurada para los pases de pacientes, incorpórelo al flujo de trabajo normal e intégrelo con la historia clínica electrónica.(9)(10)(18)(27)
- Utilice la historia clínica electrónica y otras formas de comunicación informática para facilitar la comunicación permanente y el feedback entre los emisores y los receptores.(7)(9)(16)(20)(27)
- Provea acceso a la historia electrónica y capacite sobre su uso a todo el personal de atención al paciente.(27)
- Apoye la utilización de portales de pacientes online,(27) especialmente para que puedan acceder a sus historias, revisar sus análisis de laboratorio e imágenes, acceder a renovaciones de recetas y agendar turnos.

**6. Monitorice el éxito de las intervenciones para mejorar la comunicación durante los pases, y aproveche las lecciones para dirigir mejoras.**

- Monitorice la efectividad del uso por parte de los miembros del equipo de plantillas estandarizadas, herramientas y métodos para pases estructurados.(1)(12)(17)(18)(20)(27) Cuando un pase funciona bien, investigue qué fue lo que facilitó la comunicación, las características de ese pase y las herramientas utilizadas.



- Identifique las causas específicas de los malos pases y desarrolle soluciones para atacar esas causas. (1)(11)
- Recolecte datos de eventos adversos en los cuales la mala calidad del pase fue un factor contribuyente. Basese en estos datos para realizar un abordaje organizacional sistemático hacia la mejora de calidad.(8)(10)(11)(16)(21)(23)(28) Durante el proceso de análisis/revisión del evento adverso, identifique las oportunidades de comunicación perdidas durante el pase. Integre dichas lecciones con el plan general de mejora continua de la organización. La comunicación inadecuada durante los pases de pacientes es uno de los factores contribuyentes a la ocurrencia de eventos adversos; por lo tanto, la mejora de los pases debería ser parte de las acciones correctivas.

## **7. Mantenga y difunda las mejores prácticas para pases de pacientes, y haga que los pases de alta calidad sean una prioridad cultural**

- Los pases de pacientes deberían ser altamente confiables, siendo conducidos con una alta calidad para cada paciente, cada día y en cada transición de atención.
- Alcanzar este nivel de desempeño requiere un fuerte liderazgo, recursos, y la implementación efectiva de un programa de control longitudinal, apoyo y mejora permanente de las prácticas de comunicación de la información, con el objetivo final de tener las mejores prácticas de pases integradas dentro de las expectativas y normas culturales de la organización.

## **Requisitos de la Joint Commission**

Al principio de este mismo alerta, se mencionó el estándar PC.02.02.01, EP 2, que específicamente aborda la comunicación durante los pases y transiciones asistenciales. Este estándar aplica a los hospitales de agudos, los de crónicos, atención ambulatoria, internación domiciliaria, centros de salud mental y geriátricos. Además de este requerimiento, las organizaciones deberían referenciarse a los siguientes estándares que abordan el tema de los pases. Los mismos son muy relevantes:

### **Estándar PC.02.02.01 (Provisión de atención, tratamiento y servicios)**

*“La organización coordina la atención, el tratamiento y los servicios basándose en las necesidades del paciente”* (aplicable a hospitales de agudos y crónicos y atención ambulatoria)

### **Estándar PI.03.01.01 (Mejora del desempeño)**

*“La organización mejora su desempeño de manera continua”* (Aplicable a hospitales de agudos y crónicos, atención ambulatoria, internación domiciliaria y geriátricos)

## **Recursos**

**Targeted Solutions Tool ® (TST®) for Hand-off Communications** (Desarrollado por el Centro de la Joint Commission para transformar la atención de la salud)

- Facilita el examen de los actuales procesos de comunicación durante los pases.
- Brinda un sistema de medición que produce datos que apoyan la necesidad de mejorar el actual proceso de comunicación durante los pases.
- Identifica las principales áreas en las que hay que focalizarse, tal como la información específica que se necesita para la transición que está siendo medida.
- Provee de plantillas de recolección de datos que se pueden personalizar.
- Brinda recomendaciones sobre los procesos de comunicación más apropiados durante los pases.

**Mnemotécnicas:** Se muestran a continuación como ejemplo algunos acrónimos (siglas en inglés) y su significado

### **I-PASS**

**I**llness severity (severidad de la enfermedad)

**P**atient summary (resumen del paciente)

**A**ction list (listado de acciones)

**S**ituation Awareness and contingency plans (conciencia de situación y planes de contingencia)

**S**ynthesis by receiver (síntesis del receptor)

## **ISBAR**

**I**dentification (identificación)

**S**ituation (situación)

**B**ackground (antecedentes)

**A**ssessment (evaluación)

**R**ecommendation (recomendación)

**PSYCH** (para pases de condiciones psiquiátricas en agudos)

**P**atient information/background (información del paciente/antecedentes)

**S**ituation leading to hospital visit (situación que lo llevó a consultar al hospital)

**Y**our assessment (evaluación del emisor)

**C**linical information (información clínica)

**H**indrance to discharge (obstáculos para el alta)

## **I PUT PATIENTS FIRST (Pongo primero a los pacientes ). Para comunicación entre recuperación anestésica y terapia/piso**

Identify yourself and role and obtain nurse's name (Identifíquese y obtenga el nombre del enfermero)

Patient's past medical history (medical, surgical, social) . Antecedentes del Paciente (clínicos, quirúrgicos, sociales.)

Underlying diagnosis and procedure. (Diagnóstico subyacente y procedimiento)

Technique (general anesthesia, neuraxial, regional). Técnica (anestesia general, neuroaxial o regional)

Peripheral IVs, arterial lines, central lines, drains (Vías IV periféricas, vías arteriales, vía central, drenajes)

Allergies (Alergias)

Therapeutic interventions (pain medications, antibiotics). Intervenciones terapéuticas (analgésicos, antibióticos)

Intubation (very difficult, moderately difficult, easy). Intubación (muy difícil, moderadamente difícil. Fácil)

Extubation likelihood (already extubated, very likely, unlikely, definitely no extubation planned) Probabilidad de extubación

Need for drips (epinephrine, vasopressin, norepinephrine, insulin, propofol) Necesidad de goteo

Treatment plans for postoperative care (blood pressure goals, ventilator settings). Planes para el cuidado postoperatorio (objetivos de TA, seteo del respirador)

**Signs (últimos signos vitales y durante el procedimiento)**

**Fluids (ins's and out's, blood product(s) administered) Balance ingresos/egresos.**

Sangre o hemoderivados administrados)

**Intraoperative events (if any) Eventos intraoperatorios (si los hubo)**

**Recent labs (hemoglobin, glucose, etc.). Laboratorio reciente (Hb, Glucosa)**

**Suggestions for immediate postop care (ex. Special positioning, pain control, need for pumps, etc.) Recomendaciones para el post- op inmediato (ej: posición especial, analgesia, necesidad de bombas, etc.)**

**Timing/expected time of arrival to ICU (Hora de arribo aprox a Terapia Intensiva)**

## **Referencias**

1. The Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Improving transitions of care: Hand-off communications. Oakbrook Terrace, Illinois: The Joint Commission, 2014.
2. Chapman YL, et al. Nurse satisfaction with information technology enhanced bedside handoff. *MedSurg Nursing*, 2016;25(5):313-318.
3. Scott AM, et al. Understanding facilitators and barriers to care transitions: Insights from Project ACHIEVE site visits. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2017;43(9):433-447.
4. Vidyarthi AR. Triple handoff. *AHRQ Web M&M*, September 2006.
5. CRICO Strategies. Malpractice risk in communication failures; 2015 Annual Benchmarking Report. Boston, Massachusetts: The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, Inc., 2015 (registration required for download).
6. Jackson PD, et al. Evidence summary and recommendations for improved communication during care transitions. *Rehabilitation Nursing*, 2016;41(3):135- 148.
7. Jewell JA & AAP Committee on Hospital Care. Standardization of inpatient handoff communication. *Pediatrics*, 2016;138(5):e20162681.
8. Johnson RL. Use of a handoff communication tool between certified registered nurse anesthetists, anesthesiologists, and post anesthesia care unit nurses. *Doctoral Nursing Capstone Projects*, 2016, Paper 62.
9. Starmer AJ, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New England Journal of Medicine*, 2014;371(19):1803-12.
10. Shamji H, et al. Improving the quality of care and communication during patient transitions: Best practices for urgent care centers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2014;40(7):319-324.

11. Benjamin MF, et al. Using the Targeted Solutions Tool® to improve emergency department handoffs in a community hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2016;42(3):107-114.
12. Mariano MT, et al. PSYCH: A mnemonic to help psychiatric residents decrease patient handoff communication errors. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2016;42(7):316-20.
13. Wagner R, et al. CLER 2016 National Report of Findings, Issue Brief #5: Care Transitions. Chicago, Illinois: Accreditation Council for Graduate Medical Education, March 2017.
14. The Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Targeted Solutions Tool® for Hand-Off Communications. Oakbrook Terrace, Illinois: The Joint Commission, 2017.
15. Natafqi N, et al. Critical access hospital use of TeamSTEPPS to implement shift-change handoff communication. *Journal of Nursing Care Quality*, 2017;32(1):77-86.
16. Patton LJ, et al. Ensuring safe transfer of pediatric patients: A quality improvement project to standardize handoff communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 2017;34(3):44-52.
17. Zou X-J and Zhang Y-P. Rates of nursing errors and handoffs-related errors in a medical unit following implementation of a standardized nursing handoff form. *Journal of Nursing Care Quality*, 2016;31(1):61-67.
18. Buurman BM, et al. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *International Journal of Quality Health Care*, 2016;28(3):384-390.
19. Jeffs L, et al. Clinicians' views on improving interorganizational care transitions. *BMC Health Services Research*, 2013;13:289.
20. Moon TS, et al. A mnemonic to facilitate the handover from the operating room to intensive care unit: "I PUT PATIENTS FIRST." *Journal of Anesthesia and Clinical Research*, 2015;6(7):545.
21. Birk HS, et al. Resident-led implementation of a standardized handoff system to facilitate transfer of postoperative neurosurgical patients to the ICU. *Cureus*, 2016;8(1):e461.
22. Small A, et al. Using Kotter's change model for implementing bedside handoff. *Journal of Nursing Care Quality*, 2016;31(4):304-309.
23. Riesenber LA, et al. Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 2010;110(4):24-34.
24. Jeffs LP. Optimizing care transitions: Adapting evidence-informed solutions to local contexts. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2017;43(9):431-432.
25. Gould DA and Levine C. Transitions in care 2.0 – an action agenda. United Hospital Fund. May 14, 2013.
26. Farnan JM, et al. Hand-off education and evaluation: Piloting the observed simulated hand-off experience (OSHE). *Journal of General Internal Medicine*, 2010;25(2):129-34.

27. Marcotte L, et al. Integrating health information technology to achieve seamless care transitions. *Journal of Patient Safety*, 2015;11(4):185-190. 28. Holly C and Poletick EB. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 2014;23(17-18):2387-2396.