



T.C. Sağlık Bakanlığı

Klinik Kalite Rehberi

İnme

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Klinik Kalite Daire Başkanlığı



Klinik Kalite

Klinik Kalite Rehberi-İnme (Versiyon1.0)
Ocak 2015

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T. C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Klinik Kalite Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 1. kat Kolej / Ankara

Tel: 0312 458 50 02 - 03

Faks: 0312 435 16 79

web: www.klinikkalite.saglik.gov.tr

e-posta: klinikkalite@saglik.gov.tr

Editör

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Hazırlayanlar

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Uzm. İbrahim KÖSTEKLİ

Havva İLHAN

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Şeref nur ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Erdem GÜRKAŞ

Uzm. Dr. Fikri AK

Uzm. Dr. Halil ULUTABANCA

Katkılarından dolayı Dr. Aslıhan KAHRAMAN ve Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY’a teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	4
KISALTMALAR	5
TANIMLAR	6
1. BÖLÜM	7
TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI	7
1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci	8
1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları	8
1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi	8
1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Toplama, Analiz ve Raporlama Süreçleri	10
2. BÖLÜM	11
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	11
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	12
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri	12
3. BÖLÜM	15
İNME	15
3.1. İnme ve komplikasyonları	16
3.2. Klinik Kalite Programında İnme ile ilgili Hedefler	16
3.3. İnme Standart ve Göstergeleri	16
3.4. İnme Verilerinin Toplanması ve Analizi	17
4. EKLER	18
İNME GÖSTERGE KARTLARI	18

ÖNSÖZ

2003 yılında uygulanmaya başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temel hedeflerinden biri, ülkemiz insanlarına yaygın, erişimi kolay, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda 2005 yılında başlatılan sağlıkta kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibarıyla, ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Bu kapsamda öncelikle kalite çalışmalarının temel taşları olan standartlar ve kalite değerlendirmelerine ilişkin süreçler oluşturulmuş ve başarı ile uygulanmıştır. Sonrasında, ölçme ve değerlendirme sisteminin daha da geliştirilerek tıbbi süreçleri ve hastada elde edilen sonuçları detaylı şekilde ölçmek ve izlemek hedefi ile çalışmalar başlatılmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi, verilen sağlık hizmetinin standardize edilerek, etkin, etkili ve güvenilir şekilde sunulması için ölçme ve değerlendirme sisteminin etkin şekilde uygulanması büyük önem arz etmektedir.

2012 yılında başlatılan “Türkiye Klinik Kalite Programı”, ülke öncelikleri ve insanımızın yaşam kalitesine etkileri gözönünde tutularak belirlenen çeşitli sağlık olguları üzerinde çalışmalarını sürdürmektedir. Çalışmalar kapsamında öncelikle, belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır. Diğer aşamada ise, göstergeler kurumlar tarafından standart bir şekilde ölçülür, izlenir ve elde edilen veriler Bakanlığımıza iletilir. Sonuçlar Bakanlığımız tarafından analiz edilir ve kurumlara geribildirimde bulunulur. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar üzerinden gerçekleştirilen analizler, ilgili sağlık olgusuna yönelik iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmemizi ve gerekli çalışmaları planlamamızı ve uygulamamızı sağlamaktadır.

Yukarıda özetlediğimiz algoritmayı içeren sağlık olgularına yönelik kalite çalışmaları, temelde, sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesini ve dolayısı ile ülkenin tamamında aynı kalitede sağlık bakım hizmeti sunulmasını hedeflemektedir.

Rehberin, kalitenin iyileştirilmesine beklenen katkıyı sağlamasını umuyor, ülkemiz sağlık hizmetleri adına hayırlı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

KISALTMALAR

MSVS: Minimum Sağlık Veri Seti

KDS: Karar Destek Sistemi

SUT: Sağlıkta Uygulama Tebliği

ICD.10: International Classification of Diseases

USVS Ulusal Sağlık Veri Seti

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

TEE: Trans Özefagial Elektrokardiyografi

INR: International Normalized Ratio

TANIMLAR

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi: Hastanenin idari ve tıbbi bilgilerinin yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için düzenlenmiş bilgi sistemidir.

Standart: Belirlenmiş sağlık olgusu ile ilgili kabul görmüş klinik kılavuzluk bilgileri veya tanımlamalar içeren kesin kriterlerdir.

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır.

Gösterge Kimlik Kartı: Her bir gösterge için özel hazırlanan, ilgili göstergenin yönetimine ilişkin esasları içeren bilgi kartlarıdır.

Standart Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş standartların izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

Gösterge Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş göstergelerin izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

Kısa Tanım: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla standart olarak ortaya konulmuş formüldür.

Veri Kaynağı: Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan ICD-10 ve SUT kodları gibi veri kodlarını ifade eder.

Hedef Değer: İki şekilde belirlenmiştir.

- **Ulusal Hedef:** Türkiye genelinde klinik Kalite adına ulaşılması gereken hedeftir.
- **Kurumsal Hedef:** Ulusal Hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedeftir. Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler veya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değer de revize edilmesi gerekebilir.

Veri Analiz Periyodu: Toplanan Klinik kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

Sorumlular: Göstergenin toplanması, analizi, raporlanması ve göstergenin iyileştirilmesi sürecinde görev alan kişilerdir.

1.BÖLÜM

TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI

1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişimin büyük oranda sağlanması, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin farklı boyut ve alanlarda ölçülmesini gerekli kılmıştır. Bakanlığımız tarafından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapı, süreç ve sonuç bazlı olarak kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır. Sağlıkta Kalite Standartları ile sağlık kurumlarında kalite yönetiminin temel esasları ortaya konmuştur. Bunun yanında standartlar, sağlık çalışanlarında kalite kültürünün geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin yapısal ve süreç bazlı kalite standartları vasıtası ile izlenmesini sağlamıştır. 2012 Şubat ayı itibari ile de, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç bazlı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programı uygulamaları gündeme gelmiştir. Bu program; sağlık politikalarının geliştirilmesi, özellikle sağlık sorunları ve hastalıklar bazında yapılan faaliyetlerin sonuçlarının izlenmesi ve hesap verilebilirlik noktasında çok önemli olan ölçme, izleme ve değerlendirme kültürünün ulusal düzeyde geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi kavramının sağlık sisteminin her alanında geliştirilmesi (ulusal, bölgesel, kurumsal, bireysel) hedeflenmektedir. Belirlenen sağlık olgularına yönelik çıktıların ölçümü ve kıyaslamaların yapılabilmesi için veri tabanlarının oluşturulması gerekmektedir.

1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları

Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında izlenecek sağlık olguları belirlenirken, sağlık sorununun bireye ve topluma etkisi, hastalık yükü, ölçülebilirliği ve uluslararası uygulamalar dikkate alınmıştır. Bu çerçevede belirlenen ilk 6 konu başlığı aşağıda görülmektedir:

- Diabetes Mellitus
- Diz Protezi Replasmanı
- Kalça Protezi Replasmanı
- İnme
- Koroner Arter Hastalığı
- Gebelik ve Doğum Süreci

1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi

Her sağlık olgusu için ilgili uzman ve akademisyenlerden oluşan çalışma grupları oluşturulmuştur. Oluşturulan çalışma grupları aşağıdaki iş akışı kapsamında çalışmalarını yürütmüştür:

- Ülkede ilgili sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** belirlenmesi (birinci basamak, ikinci basamak hizmet gibi)
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **gösterge havuzunun oluşturulması** (ulusal ve uluslararası uygulamalar ve literatür incelenerek)

- Gösterge havuzunun ülke genelinde ölçülebilirlik ve etkinlik açısından incelenmesinin ardından ölçülecek **göstergelerin belirlenmesi**
- **Göstergelerin ve standartların kodlanması:**
 - o Öncelikle standartlar kodlanır. Standart kodlamasında iki harften oluşan bir kısım ile bir harf ve bir rakamdan oluşan ikinci kısım bulunmaktadır. İlk kısımda yer alan iki harf incelenen sağlık olgusuna göre belirlenir. Örneğin Diabetes Mellitus için **DM**, Diz protezi için **DP**, İnme için **İN** harf grupları kullanılmaktadır. Sağlık olguları için terminolojide mümkün olduğunca Türkçe isimler esas alınmaktadır. İkinci kısımda yer alan ve bir harf ve bir rakam Standart kelimesinin ilk harfi olan S ile Standardın ilgili sağlık olgusu için sıra numarasını ifade etmektedir (**S1, S2** gibi). Örneğin Diabetess mellitus için 2. Standart kodlama sistemi içinde şu şekilde ifade edilmektedir:
 - **DM.S1**
 - o Göstergeler mevcut standart kodlamasına üçüncü bir kısım eklenerek oluşturulmaktadır. Üçüncü kısım, “Gösterge” kelimesinin ilk harfi olan “G” ile başlar ve göstergenin o standarda göre sıra numarasını ifade eder. Örneğin İnme konusunun ikinci standardının dördüncü göstergesi kodlama sisteminde şu şekilde ifade edilmektedir:
 - **İN.S2.G4**
- **Gösterge yönetimine yönelik süreçlerin belirlenmesi**
 - o Süreçler ile ilgili aşağıdaki parametreler belirlenir;
 - Gösterge kartları
 - Bakanlık tarafından belirlenen gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:
 - Gösterge Kodu
 - Kısa Tanım
 - Standart
 - Hesaplama Yöntemi
 - Veri Kaynağı
 - Hedef Değer
 - Veri Analiz Periyodu
 - Sorumlular
 - Veri tanımları (dahil etme/hariç tutma kriterleri, veri özellikleri, veri kayıt ortamı)
 - Veri kayıt formu
 - Hesaplama yöntemi (verilerden sonuca ulaşmak için hangi formül ya da formüllerin kullanılacağı, pay/payda tanımları)
 - Veri geribildirim formatları (aylık/üç aylık gibi)
- **Standart ve gösterge rehberlerinin oluşturulması**
- **Raporlama formatının belirlenmesi** (hastane, il, bölge kapsamında ve ulusal boyutta)

Ölçülecek olan göstergeler belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınır:

- Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda **hasta güvenliği** ve **etkililiğin** sağlanmasıdır.
 - o Konu ile ilgili en çok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır.
 - o Öncelikle kolay ölçülebilen, yüksek olarak personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmelidir.
 - o Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.

Veri toplama yöntemi verinin kalitesini direk olarak etkileyen bir işlemdir. Bu yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması, tüm basamaklarının net olarak ortaya konmuş olması gereklidir. Personele fazla ek iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacaktır.

Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişebilir. Bildirime dayalı veriler kullanılabilirle birlikte veri toplamadaki kolaylık nedeni ile bilgi yönetim sistemi üzerinden elde edilen veriler tercih edilmektedir

1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Toplama, Analiz ve Raporlama Süreçleri

Veri toplama kuralları çerçevesinde elde edilen veriler ve sonuçlar, Bakanlık tarafından belirlenen formatta Klinik Kalite Daire Başkanlığına gönderilir. Daire Başkanlığınca oluşturulan elektronik veri tabanında işlenen veriler analiz edilir. Her bir gösterge için hastane, il, bölge kapsamında ve ulusal boyutta belirlenen rapor formatına uygun şekilde raporlar oluşturulur. Raporlar ilgili paydaşlara (Bakanlık ilgili birimleri, TKHK, İl Sağlık Müdürlükleri, Kurumlar) iletilir.

2.BÖLÜM

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

Her hastanede kendi bünyesinde hastane yöneticileri ve sağlık çalışanlarından oluşan bir Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu oluşturulmalıdır. Komisyona başhekim başkanlık etmelidir. Ayrıca en az bir başhekim yardımcısı, bir müdür yardımcısı, klinik kalite açısından takip edilen her hastalık grubu için bir uzman hekim, bir bilgi işlemci bulunmalıdır. Komisyon tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı, hastane klinik kalite verilerinin analizi yapılmalıdır. Yapılan analizler hastane yönetimine ve belirlenen periyotlarda Klinik Kalite Daire Başkanlığına bildirilmelidir.

Komisyon aşağıdaki görevlerden sorumludur:

- Hastane klinik kalite verilerinin tam ve doğru toplanmasını sağlamak
- Klinik kalite verilerinin analiz ve raporlarını hazırlamak
- Hazırlanan raporları üst yönetime ve Klinik Kalite Daire Başkanlığına göndermek
- Yapılan iyileştirme çalışmalarının sonucunu takip etmek
- Diğer hastane ve il verileri ile kıyaslama yapmak
- Belirlenen ulusal klinik kalite hedeflerinin yakalanmasına yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yürütülmesini sağlamak

2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri

Kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek olan gösterge izlemi çalışmalarında adım adım yerine getirilmesi gereken basamaklar aşağıda belirtilmiştir:

- 1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi
- 2) Veri toplama ile ilgili alt yapının oluşturulması
- 3) İlgili personelin eğitilmesi
- 4) Veri toplama
- 5) Verilerin sonuçlara dönüştürülmesi
- 6) Sonuçların analizi ve yorumlanması (Belirlenen periyotlarda)
- 7) Hedef değerin belirlenmesi
- 8) Gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması
- 9) Gösterge izlem sürecinin gözden geçirilmesi (her analiz döneminde tüm basamaklar tekrar gözden geçirilir ve gerekli değişiklikler yapılır)

1) Göstergelerin İzlemi ile ilgili Sorumluların Belirlenmesi

Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Bu kişiler, günlük pratiğinde o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hâkim, nitelikli kişiler arasından seçilmesi uygun olacaktır. Gösterge yönetiminde başarı için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir. Gösterge sorumlularının, ilgili her türlü kararda sürece dâhil edilmesi, katkılarının çok daha etkili bir şekilde alınmasını sağlayacağı gibi, iş motivasyonunu da artıracaktır.

2) Veri Toplama ile ilgili Alt Yapının Oluşturulması

Veri toplama için oluşturulacak olan formlar manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılabilir. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmelidir. Ancak veri toplama alt yapısının elektronik sistem, tercihen bilgi yönetim sistemi üzerinden kurgulanması performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından oldukça önemlidir. Bu şekilde personele minimum ek iş yükü oluşturulacak, aynı zamanda da verinin analizi önemli ölçüde kolaylaşacaktır.

3) İlgili Personelin Eğitilmesi

Bütün bu işlemler tamamlandıktan sonra, gösterge sorumlusu ile birlikte özellikle veri kaydında görev alacak ilgili tüm personelin eğitimi gereklidir. Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

4) Veri Toplama

Özellikle uygulamanın ilk dönemlerinde ilgili sorumluların veri kaydı ve veri toplama aşamasını yakından izlemesi, yaşanan problemleri zamanında tespit ederek gerekli ise bazı düzenlemeleri yapması önemlidir. Veri kalitesinin sağlanması için kritik aşamalardan biri veri toplama aşamasıdır.

5) Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi

Elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemi ile formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır.

6) Sonuçların Analizi ve Yorumlanması

Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır. Ancak sonuçların analizi için sadece hedef değerle karşılaştırmak yeterli değildir.

- Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri, benzer kurumlar ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı
- Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler
- Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler

gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılmalıdır.

Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme sürecindeki en can alıcı noktanın veri kalitesi olduğu unutulmamalıdır. Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalı, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

7) Hedef Değerlerin Belirlenmesi

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarında ortaya konulan hedefler kurumun kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır.

Ulusal hedefler, Klinik Kalite Çalışma Grubu içerisinde bulunan uzman ve akademisyenler tarafından belirlenmiştir. Her kurumun ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal ara hedefler belirlemesi mümkündür. Kurum her iyileşme sürecinden sonra hedefini yükseltebilir.

8) Gerekli İyileştirme Çalışmalarının Yapılması

Analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Sonuç olumlu ya da olumsuz olsun bu sonuca ulaşılmasındaki kritik noktalar değerlendirilir. Olumlu sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi, olumsuz sonucun ise düzeltilmesi için hangi faaliyetlerin yapılabileceği konusu ele alınır.

Sorun kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir. Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir.

- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm yollarının aranması
- Çözüm planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması

İyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

3.BÖLÜM

İNME

3.1. İnme ve komplikasyonları

Teşhis, tedavi ve önlemedeki önemli ilerlemelere rağmen inme yaygın bir rahatsızlık olmaya devam etmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte, inme geçiren kişi sayısının arttığı öngörülmüştür.

İnmenin klinik sonuçlarını geliştirmek için vakaya en hızlı ve etkin şekilde müdahalenin sağlanması gerekmektedir. Erken ve doğru müdahale, hastanın mortalite ve morbiditesi ile yaşam kalitesini ciddi düzeyde ve olumlu şekilde etkilediği gibi hastalığa ve komplikasyonlarına yönelik maliyetleri de önemli oranda azaltmaktadır.

3.2. Klinik Kalite Programında İnme ile ilgili Hedefler

İnme hastalığının etkin şekilde tedavi ve takibine yönelik kalitenin izlenmesindeki amaç aşağıda belirtilmiştir:

- Hastalarda standart bakımı sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

3.3. İnme Standart ve Göstergeleri

İnme hastalığı için toplam 3 standart ve 19 gösterge oluşturulmuştur. Her bir gösterge için ayrı ayrı ICD-10 ve SUT kodları mevcut olup farklı hesaplama formülleri bulunmaktadır. Ayrıca SUT ve ICD-10 kodu bulunmayan hasta dosyalarından ya da muayene setlerinin içinden direkt alınabilen göstergeler de mevcuttur.

İN.S1. Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.

İN. S1. Göstergeleri:

İN.S1.G1. Hastaneye ambulans ile ulaşım oranı

İN.S1.G2. Geçici iskemik atak tanısı alan hastaların hastaneye yatış oranı

İN.S1.G3. İskemik inme tanılı hastalara etiyolojik inceleme için Transözofageyal Ekokardiyografi (TEE) yapılma oranı

İN.S1.G4. İskemik inme tanılı hastalara etiyolojik inceleme için Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi (USG) yapılma oranı

İN.S2. İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.

İN.S2. Göstergeleri:

İN.S2.G1. İntravenöz trombolitik tedavi uygulama oranı

İN.S2.G2. İntravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili tedavi sonrası ilk 24 saatte hemoraji komplikasyonu gelişme oranı

İN.S2.G3. İntraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanma oranı

İN.S2.G4. İntraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi/trombektomi tedavisi sonrasında ilk 24 saatte hemorajik komplikasyon gelişme oranı

İN.S2.G5. Dekompresif cerrahi uygulanma oranı

İN.S2.G6. Rehabilitasyona erken başlama oranı

İN.S2.G7. İnme sonrası hastanede yatış süresinde pulmoner enfeksiyon komplikasyonunun gelişme oranı

İN.S2.G8. İnme sonrası hastanede yatış süresinde üriner enfeksiyon komplikasyonunun gelişme oranı

İN.S2.G9. İnme sonrası hastanede yatış süresinde bası ülseri komplikasyonunun gelişme oranı

İN.S2.G10. İnme sonrası hastanede yatış süresinde derin ven trombozu komplikasyonunun gelişme oranı

İN.S2.G11. İnme sonrası hastanede düşen hasta oranı

İN.S3. İnme hastalarında ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.

İN.S3. Göstergeleri:

İN.S3.G1. İnme tanısı alan hastalarda taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme geçirilme oranı

İN.S3.G2. “INR” değeri takip edilen hasta oranı

İN.S3.G3. İnme sonrası 1 yıl içinde “Karotis endarterektomi” yapılma oranı

İN.S3.G4. İnme sonrası 1 yıl içinde “Supra-aortik stent” yapılma oranı

3.4. İnme Verilerinin Toplanması ve Analizi

Ek. 1’de İnme ile ilgili göstergelere ilişkin kartlar bulunmaktadır. Gösterge takibinin nasıl yapılacağı kartlarda açıklanmıştır. Göstergeler için belirlenen kodların (ICD ve SUT) karşılıkları hastanelerin yerel sistemlerinden toplanıp belirtilen hesaplama yöntemi ile göstergenin sonuç değeri bulunur. Sonuç değerleri belirlenen periyotlara göre Bölüm 2.2.’de belirtilen esaslar çerçevesinde analiz edilir ve gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılır.

4.EKLER

İNME GÖSTERGE KARTLARI

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Hastaneye Ambulans ile Ulaşım Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S1.G1	
Kısa Tanım	İnme nedeni ile hastaneye başvuran hastalardan ulaşımı ambulans ile sağlananların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İnme tanılı hastalardan hastaneye ulaşımı ambulans ile olanlar/Tüm inme tanılı hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İnme Tanısı Alan Hastalardan,Hasta Kabul Veri Seti içinde Ambulans ile Geliş Durumu (seçimli) 1,2,3 olarak girilen tekil hasta sayısıdır. İlk kez inme geçirdiği tarihte ambulansla gelenlerin sayısı. Payda: Yatan hasta paketinde Çıkış Ana Tanısı olarak, belirlenen İnme ICD-10 tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S1.G2	
Kısa Tanım	Geçici iskemik atak tanısı alan hastalardan hastaneye yatışı yapılanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Geçici iskemik atak tanısı alan hastalardan hastaneye yatanlar/Tüm geçici iskemik atak tanısı alanlar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Yatan hastalar,Tüm geçici iskemik atak tanısı alan hastaların içinden yatan hasta paketinde ana tanı olarak belirlenen gia ICD tanı kodunu alan +18 yaş tekil hastalar sayılarak hesaplananlar. Payda: Yatan Hasta ve Muayene MSVS'den geçici iskemik atak ICD-10 tanı kodunu alan +18 yaş tekil hastalar ICD- 10 Kodları: G45, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme İçin Transözofagiyal Ekokardiyografi (TEE) Yapılma Oranı	
Gösterge Kodu	İN.S1.G3	
Kısa Tanım	İskemik inme tanılı hastalarda Transözofagiyal Ekokardiyografi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{İskemik inmeli hastalar içinde TEE yapılan hasta sayısı}}{\text{Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar}} \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “700600” ve “700610” müdahale kodlarını almış tekil hasta sayısı. Payda: Yatan Hasta veri setinden iskemik inme ile ilgili ICD-10 tanı kodlarından birini alan +18 yaşdaki tekil hasta sayısı. ICD- 10 Kodları: I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme İçin Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi (USG) Yapılma Oranı	
Gösterge Kodu	İN.S1.G4	
Kısa Tanım	İskemik inme tanılı hastalarda Karotis-vertebral Doppler USG yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İskemik inmeli hastalar içinde Karotis-vertebral Doppler USG yapılan hasta sayısı / Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “803680” ve “803850” müdahale kodlarını almış tekil hasta sayısı. Payda: Yatan Hasta veri setinden iskemik inme ile ilgili ICD-10 tanı kodlarından birini alan +18 yaşdaki tekil hasta sayısı. ICD- 10 Kodları I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulama Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G1	
Kısa Tanım	İskemik inme hastaları içinde trombolitik tedavi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan hasta sayısı/Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “700870” müdahale kodunu almış tekil hasta sayısı Payda: Yatan hasta paketinde Çıkış Ana Tanısı olarak, belirlenen iskemik inme ICD-10 tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İntravenöz Trombolitik Tedavi ile İlişkili Tedavi Sonrası İlk 24 Saatte Hemoraji Komplikasyonu Gelişme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G2	
Kısa Tanım	Trombolitik tedavi alan hastalar içinde intravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili tedavi sonrası ilk 24 saatte hemorajik komplikasyon gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İntravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili tedavi sonrası ilk 24 saatte hemorajik komplikasyonu gelişen hastalar/Trombolitik tedavi alan tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “700870” müdahale kodunu almış tekil hastalardan, hemorajik komplikasyon ile ilgili ICD-10 kodu gelen tekil hasta sayısı ICD- 10 Kodları: Hemorajik Komplikasyon ile ilgili kodlar: I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9 I62, I62.9, I64 Payda: Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “700870” müdahale kodunu almış tekil hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9 I62, I62.9, I64, I68.8 (I68.8 ve 700870 Trombolitik tedavi ile birlikte olan) tekil hasta sayısı Not: Hemorajik komplikasyon kapsamında, yalnızca intrakranial hemorajik komplikasyonlar ele alınmaktadır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanma Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G3	
Kısa Tanım	İskemik inmeli hastalar içinde intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İntraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan iskemik inmeli hastalar/Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Payda: Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “802800”, “700860”, “802890” müdahale kodlarını almış tekil hasta sayısı Payda: Yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen iskemik inme ICD-10 tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi/Trombektomi Tedavisi Sonrasında İlk 24 Saatte Hemorajik Komplikasyon Gelişme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G4	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı almış ve intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan hastalar içinde tedavi sonrası ilk 24 saat içinde intrakranial hemorajik komplikasyon gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İskemik inme tanısı almış ve intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavi uygulanan hastalardan tedavi sonrası ilk 24 saat içinde intrakranial hemorajik komplikasyon gelişenler/Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılarak intraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavi uygulanan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İskemik inme tanısı almış ve intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavi uygulanan hastalardan tedavi sonrası, muayene anatanı ve ektanı, yatan hasta çıkış anatanı ve kabul anatanısında intrakranial hemorajik komplikasyon ile ilgili ICD-10 kodu alan tekil hasta sayısı ICD- 10 Kodu: I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9 I62, I62.9, I64 Payda: Yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen iskemik inme ICD-10 tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hastalardan, Muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından '802800', '700860', '802890' müdahale kodlarını almış tekil hasta sayısı ICD 10 Kodları: I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9 I62, I62.9, I64, I68.8 (I68.8 ve '802800', '700860', '802890' işlem birlikte olan) tekil hasta sayısı Not: Hemorajik komplikasyon kapsamında, yalnızca intrakranial hemorajik komplikasyonlar ele alınmaktadır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Dekompresif Cerrahi Uygulanma Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G5	
Kısa Tanım	İnme tanısı alan hastalar içinde ilk 72 saatte dekompresif cerrahi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İnme tanısı alan hastalar içinde ilk 72 saatte dekompresif cerrahi uygulanan hasta sayısı/Tüm inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Muayene, müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “615201” müdahale kodunu almış tekil hasta sayısıdır. Payda: Yatan hasta paketinde Çıkış Ana Tanısı olarak, belirlenen inme ICD-10 tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

Gösterge Kodu	İN.S2.G6
Kısa Tanım	İnme hastaları içinde yatış tarihinden itibaren 1 hafta içinde rehabilitasyona başlanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Yatışı sırasında erken rehabilitasyon verilen hasta sayısı/Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar) X 100
Veri Kaynağı	Pay: İnme tanısı ile yatırılmış hastalardan; inme tanısı aldıktan sonra 1 hafta içinde muayene anatanı, ektanı ve yatan hasta anatanı kabul, anatanı çıkış alanlarından rehabilitasyon ICD-10 kodlarından birini alanlar ve muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından “702340” nolu SUT kodu gelen hastaların tekil sayısıdır. ICD- 10 Kodları: Z50, Z50.1, Z50.5, Z50.8, Z50.9 Payda: Yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen İnme ICD-10 tanı kodlarını alan ve tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G7	
Kısa Tanım	Hastanede yatış süresince pulmoner enfeksiyon gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Hastanede yatış süresince pulmoner enfeksiyon gelişen inme hastaları sayısı/Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İnme tanısı ile yatırılmış hastalardan; muayene anatanı, ektanı ve yatan hasta anatanı, kabul anatanı, çıkış alanlarından akciğer ICD-10 kodlarından birini alanlar ICD- 10 Kodları: J13, J14, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16, J16.0, J16.8, J17, J17.0, J18, J18.0, J18.1, J18.8, J18.9, J22, A31.0, A42.0, A43.0, A48.8, A49, A49.0, A49.1, A49.2, A49.3, A49.8, A49.9 Payda: Yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen İnme ICD tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD-10 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G8	
Kısa Tanım	Hastanede yatış süresince üriner enfeksiyon gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Hastanede yatış süresince üriner enfeksiyon gelişen inme hasta sayısı/Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İnme tanısı ile yatırılmış hastalardan; muayene anatanı,ektanı ve yatan hasta anatanı, kabul anatanı, çıkış alanlarından üriner enfeksiyon ICD kodlarından birini alanların tekil sayısıdır. ICD- 10 Kodları: Y84.6, N39, N39.0, N30.0, N29.1, N30.8, N30.9, N34.1, N34.2, N37.0 Payda: Yatan hasta paketinde Çıkış Ana Tanısı olarak, belirlenen İnme ICD-10 tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G9	
Kısa Tanım	Hastanede yatış süresince bası ülseri gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Hastanede yatış süresince bası ülseri gelişen inme hasta sayısı/Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Hastanede yatış süresince bası ülseri gelişen inme hasta sayısı: İnme tanısı ile yatmış hastalardan; muayene anatanı, ektanı ve yatan hasta anatanı, kabul anatanı, çıkış alanlarından L89 ICD-10 kodunu alanların tekil sayısıdır. Payda: Yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen inme ICD tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı (ilk kez inme tanısı aldığı tarihte raporlananlar). ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu (DVT) Komplikasyonunun Gelişme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G10	
Kısa Tanım	Hastanede yatış süresince DVT gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Hastanede yatış süresince DVT gelişen inme hasta sayısı/Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İnme tanısı ile yatmış hastalardan; muayene ana tanı, ek tanı ve yatan hasta ana tanı, kabul ana tanı, çıkış alanlarından Derin Ven Trombozu gelişen inme hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I80, I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9 Payda: Tüm inme tanısı ile yatırılan hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası Hastanede Düşen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S2.G11	
Kısa Tanım	Hastanede yatış süresince düşen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Hastanede yatış süresince düşen inme hastaları/Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İnme tanısı ile yatmış hastalardan; muayene anatanı, ektanı ve yatan hasta anatanı, kabul anatanı, çıkış alanlarından W06 ICD-10 kodunu alanların tekil sayısı Payda: Tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Tanısı Alan Hastalarda Taburculuk Sonrası 1 Yıl İçinde Tekrar İnme Geçirilme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S3.G1	
Kısa Tanım	İnme tanısı alan hastalarda taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile yatan hastaların tüm inme tanısı ile yatan hastalara yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme hastalarında ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İnme tanısı alan hastalarda taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile yatan hastalar/Tüm inme tanısı ile yatan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar yatan hasta veri setinde, anatani kabul ve anatani çıkış tanı kodu, inme tanısı şeklinde gelenlerin tekil sayısı ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8 Payda: Seçilen aydan bir yıl önce yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen İnme ICD tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	INR Değeri Takip Edilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S3.G2	
Kısa Tanım	İnme tanısı alan hastalarda taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR (International Normalized Ratio) bakılma sayısı 10 ve üstü olan hastaların inme tanısı ile taburcu olan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme hastalarında ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İnme tanısı alan hastalarda taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR bakılma sayısı 10 ve üstü olan hastalar/Tüm inme tanısı ile taburcu olan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 1 yıl önce inme tanısı ile taburcu olan hastalar içinde , taburcu olduğu tarihten bu yana 1 yıllık süreç boyunca muayene, müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “905320” müdahale kodunu 10 ve daha fazla kez almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen aydan bir yıl önce Yatan hasta paketinde Çıkış Ana Tanısı olarak, belirlenen İnme ICD-10 tanı kodlarını almış ve taburcu olmuş tekil +18 yaş hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde “Karotis Endarterektomi” Yapılma Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S3.G3	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatan hastalar içinde ilk 1 yılda karotis endarterektomi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme hastalarında ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(İnme sonrası hastaneye yatışı itibari ile 1 yıl içinde karotis endarterektomi uygulanan hasta/Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 1 yıl önce iskemik inme tanısı ile yatışı yapılan hastalar içinde, yattığı tarihten bu yana 1 yıllık süreç boyunca muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “606690” ve “P606690” müdahale kodunu almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen aydan bir yıl önce yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen iskemik inme ICD tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde “Supra-aortik Stent” Yapılma Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	İN.S3.G4	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatan hastalar içinde ilk 1 yılda karotis endarterektomi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme hastalarında ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{İnme sonrası hastaneye yatışı itibari ile 1 yıl içinde supra-aortik stent uygulanan hasta sayısı}}{\text{Tüm iskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan hastalar}} \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: 1 yıl önce iskemik inme tanısı ile yatışı yapılan hastalar içinde, yattığı tarihten bu yana 1 yıllık süreç boyunca muayene müdahale ve yatan hasta müdahale alanlarından “802830” müdahale kodunu almış tekil hasta sayısıdır. İnme sonrası hastaneye yatışı itibari ile 1 yıl içinde supra-aortik stent uygulanan hasta sayısı Payda: Seçilen aydan bir yıl önce Yatan hasta paketinde çıkış ana tanısı olarak, belirlenen iskemik inme ICD tanı kodlarını alan tekil +18 yaş hasta sayısı ICD- 10 Kodları: I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	