

Küresel İnme
Kılavuzu ve Eylem Planı:
Kaliteli İnme Bakımı İçin
Bir Yol Haritası

YOL HARİTASI UYGULAMA KILAVUZU

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

İÇİNDEKİLER

Giriş ve Genel Bakış	3
İnme Sistemi Geliştirilmesi	16
Hastane Öncesi ve Acil Bakım	24
Akut Yatan Hasta İnme Bakımı	33
İkincil İnme Önlenmesi	43
İnme Rehabilitasyonu	52
Topluma Yeniden Kazandırma (Reentegrasyon) ve Uzun Süreli İyileşme	60
Ek 1	67
Ek 2	74

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

GİRİŞ VE GENEL BAKIŞ

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

AMAÇ:

Dünya İnme Örgütü (DİÖ) Kaliteli İnme Bakımı Sağlamaya Yönelik Yol Haritası, DİÖ Küresel İnme Hizmetleri Kılavuzuna ve Eylem Planına eşlik edecek bir uygulama kaynağı niteliğindedir. Bu yol haritası, inme hizmetlerinin küresel olarak uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik bir çerçeve sunmaktadır.

Yol haritası ayrıca **kanıta dayalı tavsiyelerin seçimi, klinik pratikteki uygulamalara ilişkin yaklaşımların belirlenmesi** ve kalitenin sürekli iyileştirildiği bir ortamının yaratılabilmesi noktasında performans **önlemlerinin hesaplanabilmesi** açısından **standardizasyon ve tutarlılık sağlar**.

HEDEF KİTLE:

Yol haritasının amacı; yerel sağlık görevlileri ve inme bakımı gerçekleştiren klinik gruplara inme bakımı sistemleri oluşturma ve inme bakım süreci boyunca tanımlanmış bileşenlerin mümkün olduğunca çoğunun uygulanması konusunda rehberlik etmektir. Yol haritasının odak noktası, bakım süreçleri ve hasta sonuçları üzerindeki etkileridir. Farklı bölgelerin kaliteli inme bakımıyla ilgili tüm hususları sağlayamayacağı kabul edilmektedir. Bu nedenle öneriler ve performans göstergeleri, üç hizmet erişimi seviyesi kapsamında gerçekleştirilmesi mümkün olan uygulamaları dikkate almaktadır.

Bu yol haritası; **yerel, bölgesel veya ülke düzeyindeki sağlık makamları ve hizmet** sağlayıcılar tarafından, inme ile ilgili kendi değerlendirme çerçevelerini oluşturmak açısından bir baz olarak kullanılabilir.

Devletler ve fon sağlayıcıları, mevcut hizmetleri gözden geçirmek ve hizmet eksiklerini belirlemek için bu kılavuz ve eylem planından faydalanmalıdır. Bu gruplar daha sonra eksikleri önem sırasına göre sıralayıp hizmetlere erişimi iyileştirmek için çözümler arayabilir.

Klinisyenler ve diğer sağlık çalışanları; yerel düzeyde bakım hizmetlerinin teminini, bakım hizmetlerine erişimi ve iyileşme hedeflerine ulaşmak için süregelen desteği dikkatle inceleyebilmek için bu kılavuzları ve yol haritasını kullanmalıdır.

Bu yol haritası ayrıca, burada tanımlanan tüm kilit unsurların geliştirme sürecinin başlangıcından itibaren değerlendirilmesini sağlamak için **geliştirilmekte olan inme programlarına** değerli bir rehberlik sağlayacaktır.

FORMAT:

Yolharitası; bir inme olayının başlangıcından itibaren akut faz (acil servis ve yatan hasta bakımı), inme rehabilitasyonu, tekrarlayan inmenin önlenmesi ve topluma yeniden kazandırma (reintegrasyon) aşamalarını kapsayan ve uzun süreli iyileşme ile sona eren **bakım sürecine paralel olacak şekilde** düzenlenmiştir.

Her bölüm bu sürecin bir parçasını temsil eder ve kullanıcıların inme bakımı için **mevcut yapısal elemanları ve hizmetleri** ile **operasyonel bakım süreçleriyle ilgili temel kanıtlara dayalı en iyi uygulama önerileri** gözden geçirmelerini ve değerlendirmelerini sağlar. Her bölüm ayrıca sağlanan **bakımın seviyelerini ve bunların hastalar ve ekonomik sonuçlar üzerindeki etkisini izlemeye yönelik bir kilit kalite göstergeleri listesi sunar**.

YOL HARİTASI NASIL KULLANILIR:

Bu yol haritasının kullanıcıları:

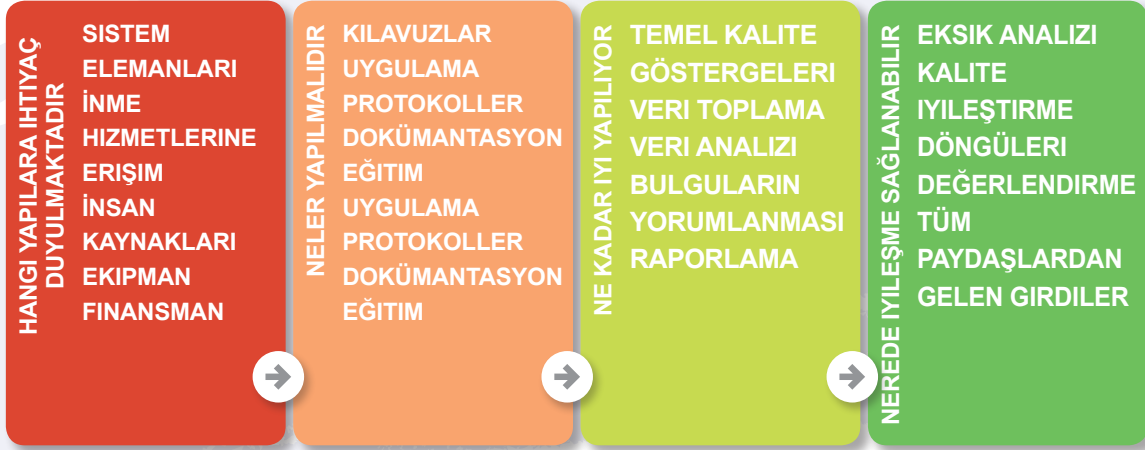
1. İnme hizmetlerinde kendi aşamalarıyla ilgili bölümleri **gözden geçirmeli**;
2. Mevcut hizmet ve kaynaklar yürürlükteki mevcut öneriler ve mevcut veri toplama yöntemleri ve erişim ile ilgili bir **değerlendirme gerçekleştirmeli**;
3. Hem bu temel öğelerin optimize edilmesini hem de sunulan inme hizmetlerini iyileştirilmesi için ilave öğelerin eklenmesini sağlamak amacıyla bir **uygulama planı geliştirmelidir**.

UYGULAMA:

1. Uygulamalı yazılı kaynak
2. **Kullanıcıların ana kontrol listesinden hangi öğelere sahip olduklarını girebilecekleri ve buna göre programın mevcut seviyeyi,** önerileri ve performans ölçütlerini tanımladığı bir elektronik etkileşimli uygulama/kaynak.

BÖLÜM I: GİRİŞ VE GENEL BAKIŞ

İnme, dünya çapında ölüm ve sakatlığın önde gelen nedenlerinden birisidir. İnme bakım sistemleri, inme bakımının sunumuna yönelik entegre yaklaşımlar ve inme bakımı için kaynakların mevcudiyeti farklı coğrafi bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Bu durum, optimal standart veya kalitenin altında bakım sunulması açısından bir risk teşkil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan risk faktörlerini ve ölüm oranlarını 2025 yılına kadar önemli ölçüde azaltmaya yönelik çalışmalar gerçekleştirmektedir. Hem kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzlarının uygulanmasını hem de sürekli kalite iyileştirme felsefesi ve programlarının benimsenmesini kapsayan düzenli inme bakımı yaklaşımları aracılığıyla inmeden kaynaklanan mortalite ve morbidite önemli ölçüde azaltılabilir.



Dünya İnme Örgütü (DİÖ), inme geçiren kişilerin bakım ve sonuçlarını iyileştirmeye yönelik çalışmaları ve bu yöndeki ilerlemeleri desteklemek amacıyla ilk Küresel *İnme Hizmetleri Kılavuzu*¹ ve Eylem Planını 2014 yılında yayınladı. Bu yol haritasının bir amacı da, tüm bölgelerin mevcut inme faaliyetleri ile ilgili öz değerlendirme yapabilmelerini sağlamak, daha sonra da bu bulguları coğrafi ve kaynak erişim kısıtlamaları dahilinde mümkün olan en iyi hizmetlerin sağlanması amacıyla inme hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik yürütülen karar verme ve destek çalışmalarını yönlendirmek için kullanmalarını sağlamaktır. *Küresel İnme Hizmetleri Eylem Planında*, inme iyileştirme çabalarını kolaylaştırmak ve desteklemek için çeşitli bileşenler bulunmaktadır. İlk olarak, inme hizmetlerinin kullanılabilirliğini küresel olarak üç düzeyde sınıflandıran bir model geliştirilmiştir: **minimum sağlık hizmetlerine** erişim, **temel inme hizmetlerine** erişim ve **ileri (gelişmiş) inme hizmetlerine** erişim (Şekil 1). Eylem Planı ayrıca, inme hizmetlerine yönelik Eylem Planında belirtilen inme bakımı süreci ile bu sürecin her bir aşamasındaki ana unsurları tanımlayan bir çerçeve de içerir. Daha sonra her bir ana unsur için inmeyle ilgili en iyi uygulama önerileri sunulmuş ve uygun durumlarda temel kalite göstergeleri de eklenmiştir.

1. Lindsay P, Furie KL, Davis SM, Donnan GA, Norrving B. Dünya İnme Örgütü küresel inme hizmetleri kılavuzu ve eylem planı. Int J Stroke. 2014 Oct; 9 (Issue Supplement A100):4-13.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Küresel İnme Eylem Planı Kılavuzu ve Yol Haritasının Amacı

Bu yol haritası el kitabı, inme hizmetlerinin küresel olarak uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik bir çerçeve sunmaktadır. Yol haritası ayrıca kanıta dayalı tavsiyelerin seçimi, klinik pratikteki uygulamalara ilişkin yaklaşımların belirlenmesi ve kalitenin sürekli iyileştirildiği bir ortamının yaratılabilmesi noktasında performans önlemlerinin hesaplanabilmesi açısından standardizasyon ve tutarlılık sağlar. Yol haritası; bir inme olayının başlangıcından itibaren akut faz (acil servis ve yatan hasta bakımı), inme rehabilitasyonu, tekrarlayan inmenin önlenmesi ve topluma yeniden kazandırma (reintegrasyon) aşamalarını kapsayan ve uzun süreli iyileşme ile sona eren bakım sürecine paralel olacak şekilde düzenlenmiştir. Bu bakım aşamaları birbirinden ayrı değildir. Ayrıca her bir bakım aşamasında birden fazla faaliyet aynı anda gerçekleşebilir, tıpkı rehabilitasyon sürecinde önleyici tedavilerin başlatılması durumunda olduğu gibi.



Şekil 1. İnme bakımı için sağlık hizmeti kapasitesinin seviyeleri

Hedef Kitle: Yol haritasının odak noktası bakım süreçleri ve hasta sonuçları üzerindeki etkileridir. Bu yol haritası; yerel, bölgesel veya ülke düzeyinde sağlık otoriteleri ve hizmet sağlayıcılar tarafından inme için kendi değerlendirme çerçeveleri oluşturma amacıyla bir temel olarak kullanılabilir. Hükümetler ve fon sağlayanlar, mevcut hizmetleri gözden geçirmek ve hizmet eksikliklerini belirlemek için bu kılavuzu ve eylem planını kullanabileceklerdir. Bu gruplar daha sonra eksikleri önem sırasına göre sıralayıp hizmetlere erişimi iyileştirmek için çözümler arayabilir. Klinisyenler ve diğer sağlık çalışanları; yerel düzeyde bakım hizmetlerinin teminini, bakım hizmetlerine erişimi ve iyileşme hedeflerine ulaşmak için süregelen desteği dikkatle inceleyebilmek için bu kılavuzları ve yol haritasını kullanmalıdır. Bu yol haritası ayrıca, burada tanımlanan tüm kilit unsurların geliştirme sürecinin en başından itibaren değerlendirilmesini sağlamak için geliştirilmekte olan inme programlarına değerli bir rehberlik sağlayacaktır.

Dünyanın dört bir yanındaki ülkelerden elde edilen kaynaklara bağlantılar, eklere ve referans listesine dahil edilmiştir. İnme hizmetlerinin geliştirilmesi üzerine çalışan tüm gruplar açısından bu mevcut araçlar hakkında farkındalık sahibi olmanın ve bunları kullanmanın esas avantajı, hem sistemlerin iyileştirilmesi için daha fazla zaman harcanması sağlamak, hem de yerel ihtiyaçları karşılamak için uyarlanabilecek uygun malzemelerin mevcut olduğu yerlerde çalışmaların tekrarlanması için daha az zaman harcanmasını sağlamaktır.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

İnme Bakım Süreci Boyunca İnme Bakımının Temel Unsurları İçin Küresel İnme Hizmetleri Çerçevesi

DİÖ Küresel İnme Hizmetleri Çerçevesinin amacı, yerel sağlık görevlileri ile inme bakımı klinik gruplarına inme bakım sistemlerinin oluşturulması ve inme bakım süreci boyunca tanımlanmış bileşenlerin olabildiğince çoğunun uygulanması konusunda rehberlik edecek bir yol haritası sağlamaktır. Çerçeve, Şekil 2'de sunulmuştur.

DİÖ Küresel İnme Hizmetleri Çerçevesi, inme belirti ve semptomlarının başlangıcından rehabilitasyon ve topluma yeniden entegrasyona kadar uzanan bakım sürecinin tamamına odaklanmaktadır. İnme yönetiminin genel boyutları; tanıma, değerlendirme, teşhis, müdahale, önleme, eğitim, teknoloji ve ölçümdür. Bunlar; inmenin tanınmasından akut bakım ve komplikasyonların önlenmesi, rehabilitasyon, tekrarlayan inmenin önlenmesi, topluma yeniden entegrasyon ve uzun süreli iyileşmeye kadar uzanan süreç boyunca uygulanır.

Bu bakım ve iyileşme aşamalarının her birinde, inme yönetimini genel olarak optimize etmek açısından anlamlı kabul edilen birkaç kilit konu belirlenmiştir. Her ne kadar vasküler risk faktörlerinden primer korunmanın sağlık hizmetlerinin kritik bir bileşeni olduğu kabul edilse de, primer korunma bu çerçevenin veya Eylem Planının ana odağı değildir. Ancak bu çerçeve ve destekleyici Eylem Planı, aynı korunma kavramları (yaşam tarzı, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve dislipidemi gibi) ele alan sekonder korunma hizmetlerine odaklanmaktadır.

DİÖ Küresel İnme Bakım Kılavuzunun ve Eylem Planının Yerel Kullanım İçin Uyarlanması

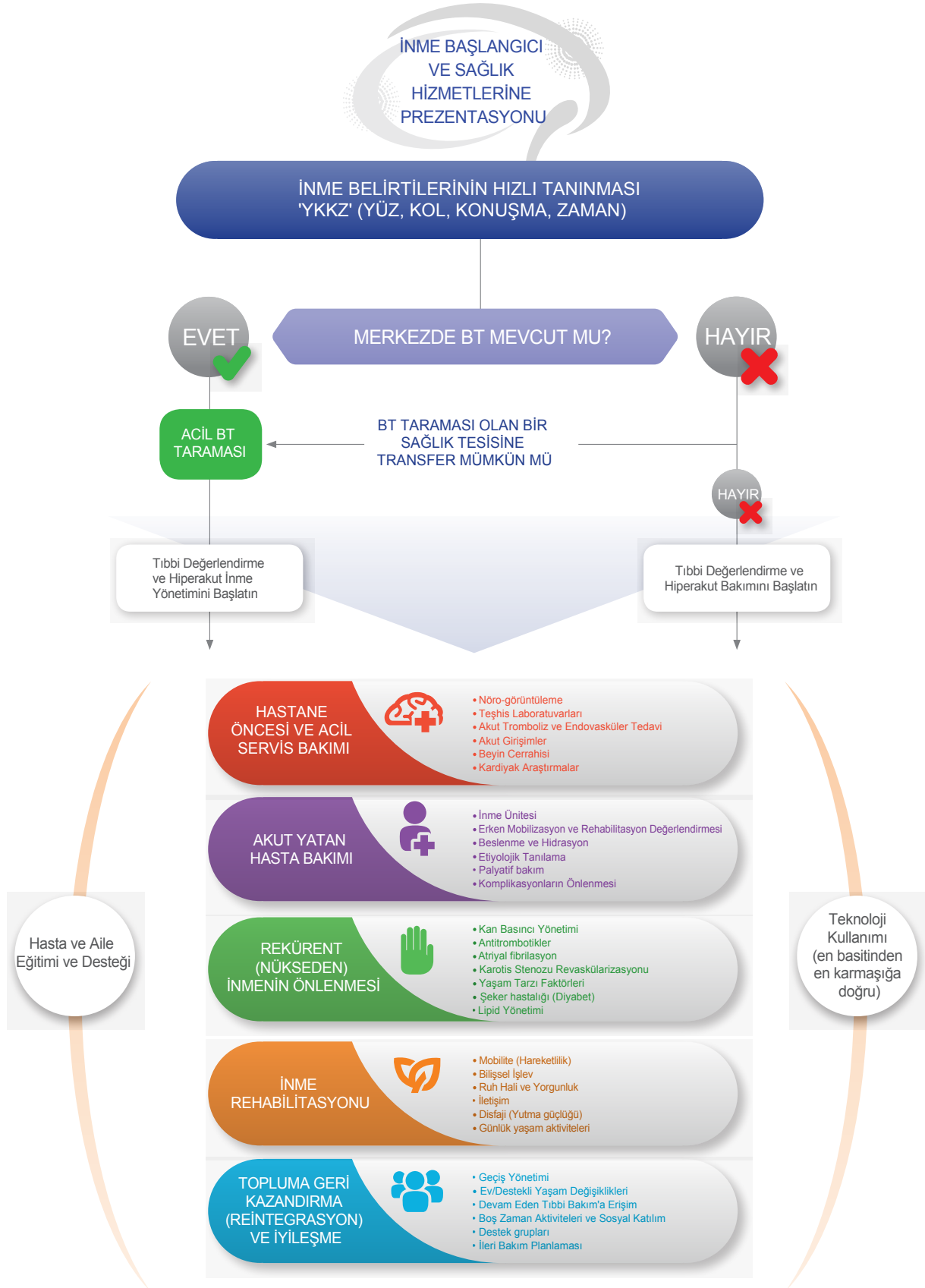
Dünyanın dört bir yanında yapılan inme denetimleri, elde edilen kanıtlar tarafından inme bakımı için en iyi uygulamalar olarak gösterilen uygulamalar ile gerçekte sunulan bakım arasında büyük bir fark olduğunu tekrar tekrar göstermiştir. DİÖ Küresel İnme Bakımı kılavuzunun ana hedefleri; kanıtların uygulamaya geçirilmesinin kolaylaştırılmasını, klinik karar verme süreçlerinin desteklenmesini, yararlı terapötik yaklaşımların belirlenmesini ve kamu politikasının yönlendirilmesini kapsar (Kastner ve ark. 2011).

DİÖ küresel inme bakımı kılavuzu, inme bakımına yönelik titiz bir inceleme ve uyarlama süreci neticesinde oluşturulan temel öneriler ile kilit kalite göstergelerini içermektedir (Lindsay ve ark. IJS 2014). Bunlar aşağıdakileri içerir:

- İnme bakımının sağlanması ve önerilerde bulunulması için gerekli olan **sistem** ve **kaynak unsurları**.
- İnme bakım sürecinin tamamı boyunca uygulanabilen, inme bakımı için kanıt temelli **iyi uygulamalara dair öneriler**². Her öneri için, bu önerilerin gerçekçi bir şekilde yerine getirilmesi için gereken hizmet kapasitesi seviyesi de gösterilmektedir.
- Uygulama kapsamında hangi bakımın sağlandığını, uygulamanın kapsamını ve bu bakımın kalitesini belirlemeye yardımcı olan **kilit kalite göstergeleri** (temel performans ölçütleri). Bu göstergeler devam eden kalite iyileştirme çabalarının temeli olarak düşünülebilir.
- **Sistemdeğişimi ve devam eden iyileştirme çabalarının desteklenmesi için sistem düzeyinde uygulanan kalite izleme göstergeleri** de sunulmuştur.

2. Organize inme hizmetleri olmayan uzak ve kırsal yerlerde olduğu gibi (kategori 1) minimum düzeyde sağlık hizmetlerinin olduğu durumlarda uygulanabilir olduğu düşünülen öneriler için, yerel sağlık çalışanlarının bu önerileri uyarlayabilecekleri ve inme geçirenlerin ailelerine inme geçiren kişiye daha iyi bakmalarını sağlamak için belli düzeyde anlayış ve eğitimi sağlayabilecekleri öngörülmektedir.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI



Şekil 2. Küresel İnme Hizmetlerinin Çerçevesi

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

DiÖ Küresel İnme Bakım Kılavuzu, inme hastalarının süreç boyunca almaları gereken ideal bakımı tanımlar. Bu kılavuz, etkinlik açısından en yüksek kanıt seviyesine sahip olan veya kilit sistem sürücüləri olarak kabul edilen konuları vurgulamaktadır. DŞÖ İnme Bakım Kılavuzu ve Eylem Planı kullanıcılarının, sadece bazı önerileri uygulayabileceklerinin ve/veya inme bakımı sürecinin sadece bazı aşamalarında (yukarıdaki çerçevede tanımlandığı gibi) çalışıyor olabileceklerinin farkındayız.

Aşağıda gösterilen Şekil 3; herhangi bir yerel, bölgesel veya ulusal grubun yerel düzeyde kullanım için DSÖ İnme Bakım Kılavuzunu benimsemesi ve/veya uyarlaması durumunda atılması gereken adımları açıklamaktadır. Sonrasında her adım için daha ayrıntılı açıklamalar verilmiştir. Mümkün olduğu yerde her adım için pratikte dikkate alınması gereken hususlar belirtilmiştir. Ayrıca, daha ayrıntılı bilgilerin gerekli olabileceği durumlar için bu bölümde faydalı kaynaklara da bağlantılar sağlanmaktadır. Kaynakların sınırlı olduğu bölgelerde bazı adımlar değiştirilebilir veya atlanabilir. Bunu yapmanın yararları ve risklerini tartmak önemlidir. Örneğin çalışma grubunun kurulması sırasında grubun küçük kalması yönünde karar verilebilir. Ancak yine de ideal olarak çalışma grubunda çok sayıda disiplin temsil edilmelidir.

Kılavuz, geliştirilmekte olan kılavuz konusuyla ilgili geniş bir uzmanlık yelpazesine sahip bir grup insan tarafından yerel kullanım ve ihtiyaçlara göre uyarlanmalıdır. Grubun birlikte çalışma şeklinin, sürecin sonucu üzerinde önemli etkileri olabilir. İnme bakımı için, aşağıdaki disiplinlerden gelen sağlık uzmanlarının kılavuzun geliştirilme sürecine katılımı değerlendirilmelidir: tıp (nöroloji, dahili tıp, acil tıp, birinci basamak bakım ve rehabilitasyon tıbbı), hemşirelik, rehabilitasyon (fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma-dil patologları, rehabilitasyon asistanları), sosyal hizmetler, psikoloji ve eczacılık. Diğer disiplinler ve sistem liderleri de, kılavuzda yer alan sürecin aşama(lar)ına bağlı olarak önemli bir yere sahip olabilirler. İnme geçirmiş kişileri, aile üyelerini ve bakıcıları da bu gruba dahil etmek önemlidir.

Şekil 3. DiÖ küresel inme bakımı kılavuzu ve eylem planının yerel düzeyde kullanılmak üzere uyarlanmasına yönelik adımları.

Çalışma grubunu oluşturun	- Kilit paydaşların temsil edilmesi sağlanmalı - Diğer yetki bölgelerinden uzmanlar arayın
Kapsam ve konuları tanımlayın	- İnme bakım sürecinin uygulanabilir aşamalarını belirleyin - Yerel düzeyde kullanılan kılavuzunuzda ele alınacak ana başlıkları seçin
En iyi kanıtları bulun	- Yerel düzeydeki geliştirme çalışmalarına temel olarak DiÖ İnme Bakım Kılavuzuna katkıda bulunan ülkelerden uygun kılavuzları inceleyin ve seçin - Mevcut global kılavuzlardan elde edilen kanıt incelemelerini kullanın - Ek güncel kanıtlar bulmak için kanıt araştırması gerçekleştirin
Kanıtları değerlendirin ve derleyin	Yeni kanıtların kalitesini ve gücünü değerlendirmek için sistematik bir süreç izleyin
Önerileri seçin ve yerel bağlama göre gerektiği şekilde değiştirin	- Mümkün olduğunca açık ve net olun. - Kapsamı ele almak için kritik içerik ekleyin (Ek 1) - Kanıtlar ile öneriler arasında bağlantılar kurun
Danışma ve Dış İnceleme	- Son kullanıcılar, sistem liderleri ve fon sağlayıcıları ile yapılan görüşmeleri de ekleyin - Orijinal geliştirme ve uyarlama çalışmalarına dahil olmayan uzmanlar tarafından yapılan dış incelemeler
Yaygınlaştırma ve Uygulama	- Uygulamayı desteklemek için çeşitli araçlar sağlayın - Bakım sağlama sürecine dahil olan herkese eğitim ve beceri eğitimi sağlayın
Değerlendirme Stratejisi	- Uygulamayı ve hasta sonuçları üzerindeki etkiyi ölçmek için kilit kalite göstergelerini belirleyin - Kayıt veya düzenli denetim süreci yoluyla veri toplama mekanizması

Bu kılavuzun uyarlama süreciyle ilgili her bir adım hakkında ayrıntılı bilgi için Ek 1'e bakınız.

BÖLÜM II: DİÖ İNME HİZMETLERİNİN SUNUMU ÇERÇEVESİNE GENEL BAKIŞ

Küresel İnme Kılavuzları ve Eylem Planı, bu Yol Haritası kapsamında bir kalite iyileştirme modeli dahilinde sunulmuştur. Her bölüm bu sürecin bir parçasını temsil eder ve kullanıcıların inme bakımı için mevcut yapısal unsur ve hizmetler ile gerekli bakım süreçleriyle ilgili temel kanıtlara dayalı en iyi uygulama önerilerini gözden geçirip değerlendirmelerini sağlar. Her bölüm ayrıca sağlanan bakım seviyeleri ve bunların hastalar ve ekonomik sonuçlar üzerindeki etkisini izlemeye yönelik kilit kalite göstergeleri listesinin de kullanıcılar tarafından gözden geçirilmesine ve değerlendirmesine imkan tanır. Yol haritasındaki bu unsurların her birine ait daha ayrıntılı açıklamalar aşağıda verilmiştir.

Bu Yol Haritasının kullanıcıları, yürütmekte oldukları inme hizmetleri aşamasıyla ilgili bölümleri gözden geçirmelidir (sistem seviyesi, hiperakut, akut yatan hasta, tekrarlayan inmenin önlenmesi, inme rehabilitasyonu, toplumla yeniden entegrasyon). Kullanıcılar ayrıca mevcut hizmet ve kaynaklar, mevcut ve güncel öneriler, mevcut veri toplama yöntemleri ve erişim ile ilgili bir değerlendirmeyi tamamlamalı, daha sonra ise hem bu temel öğelerin optimize edilmesini hem de sundukları inme hizmetlerini iyileştirmek için ek öğelerin eklenmesini sağlayacak bir uygulama planı geliştirmelidir.

Burada verilen önerilerin ve göstergelerin, optimum inme bakımı sağlamak için gereken temel çekirdek unsurları temsil ettiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Temel ve ileri düzey inme hizmeti seviyeleri, bir önceki hizmet seviyesi için listelenen tüm unsurları ve bunlara ek hizmetleri içerir. Kaynaklar ve mevcut uzmanlık seviyesi izin verdiği sürece inmeye yönelik hizmet sağlayıcıları ve sistemler, kanıta dayalı inme bakımı ve sürveyansının kapsayıcılığını artırmak için kendi bölgelerinde bu unsurları genişleterek daha geniş bir öneriler dizisi sunmalıdır. Sürecin her bölümü için ek öneriler, daha derinlemesine öneriler ve kalite göstergeleri, dünya genelinde yayınlanan güncel kılavuzlar aracılığıyla edinilebilir. DİÖ Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planının geliştirilmesi sırasında gözden geçirilen yüksek kaliteli kılavuzlarına ilişkin liste referanslarda verilmiştir.

Birinci Unsur: Mevcut Hizmet Sunum ve Kabiliyet Seviyelerinin Belirlenmesi (Öz Değerlendirme)

İnme hizmetlerinin sunumuna yönelik modeller bölgeden bölgeye büyük değişiklik gösterir ve insan kaynakları, sağlık kurumlarına erişim, tanı ve laboratuvar hizmetlerine erişim, ilaçlara erişim ve ulaşım imkanlarına erişim gibi çeşitli kaynakların mevcudiyeti ve kullanılabilirliğine bağlıdır.

Bir kaynağın mevcut/kullanılabilir olma durumu; akut inme yönetiminden rehabilitasyona, tekrarlayan inmenin önlenmesine, toplumla yeniden entegrasyona ve uzun süreli iyileşmeye kadar uzanan bakım sürecinin tamamı boyunca kapsamlı inme bakımının ne ölçüde sağlanabileceğini etkiler. Bu ilk unsur, asgari seviyeden temel ve ileri seviyeye kadar her hizmet düzeyinde olması beklenebilecek makul ve temel kaynakları listeler. Bu kaynaklar, her inme hizmeti geliştirme grubunun kendi kaynak kapasitelerini değerlendirmek ve devreye sokulacak olası ek unsurları tanımlamak için kullanacağı bir kontrol listesi dahilinde sunulur.



KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

İnme hizmetlerinin kullanılabilirliğinin üç seviyesi, DİÖ Küresel İnme Hizmetleri Eylem Planı ve bileşenlerinin geliştirilmesi amacı doğrultusunda bu çerçevenin kilit bir unsuru olarak belirlenmiştir. Öz değerlendirmeyi tamamlamak suretiyle her grup, hizmetlerinin hangi kategorilere denk geldiğini anlayacaktır. Bu, kaynak kabiliyeti dahilinde daha yüksek hizmet seviyelerine ulaşmak için hedefler ve planlar geliştirme fırsatı sunar.



İnme hizmetlerinin tüm temel bileşenleri devrede ya da erişilebilir olmasa da, tüm bölgeler inme bakımı için hedeflerini tanımlamak, daha sonra zaman içinde bu hedeflere ulaşmak için bir strateji geliştirmek üzere bu Eylem Planını kullanmaya teşvik edilmektedir. Düşük ve orta düzey gelirli ülkelerde, en temel sağlık hizmetlerinden bazılarında erişilebilirliğin çok farklı seviyelerde olduğu bilinmektedir. Bu modeller, daha küçük/kırsal topluluklara periyodik sağlık çalışanı ziyaretlerinden, daha büyük topluluklardaki temel organize hizmetlere ve şehirlerdeki daha kapsamlı hizmetlere kadar uzanmaktadır.

İkinci Unsur: Temel İnme Bakımı Önerileri

En İyi Uygulama Kılavuzları, uygulama veya politika kararları için yeterli miktarda yüksek kalitede kanıtlarla desteklenen tavsiyeler içerir. Araştırma kanıtlarıyla ve bazı durumlarda uzman görüşü ve fikir birliği ile belirlenen *en etkili* sağlık hizmeti uygulamalarını, müdahaleleri ve süreçleri tanımlarlar. En iyi uygulama rehberleri, klinik uygulamalara/en iyi uygulamalara dair öneriler veya politika kılavuzları şeklini alabilir.

Çok turlu bir Delphi süreci sayesinde; minimal, temel ve ileri seviye inme hizmet modelleri dahilinde uygulanmasının makul olduğu düşünülen temel bir inme bakım önerileri seti belirlenmiştir. Bu öneriler, asgari kaynakların bulunduğu bölgelerde bile, inme hastalarının bakımını ve sonuçlarını iyileştirmek için bir şeyler yapılabileceğini vurgulamaktadır. Bu öneriler, kademeli olarak artış gösteren bir modele göre yapılandırılmıştır. Bu, asgari hizmetler düzeyinde temel bir dizi önerinin uygulanması gerektiği anlamına gelir. Daha sonra temel seviyede, asgari seviyedeki tüm önerilere İLAVE OLARAK temel seviyede makul olarak tanımlanan ek öneriler uygulanmalıdır. Aynı şekilde, ileri seviye inme hizmetleri sağlayanlar açısından da, minimal ve temel inme hizmetleri için listelenen tüm öneriler ve ayrıca ileri hizmet kabiliyeti için getirilen ek öneriler de uygulanmalıdır.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Kanıt Seviyeleri:

Bu kılavuzdaki tüm öneriler, Ekim 2015 itibariyle önerileri desteklemek için kullanılan araştırmaların gücünü yansıtan kanıt seviyeleriyle birlikte sunulmaktadır. Bu öneriler ve kanıt seviyeleri yıllık olarak gözden geçirilecek ve ortaya çıkan araştırma bulgularını yansıtmak üzere gerektiği şekilde düzeltililecektir. Sunulan kanıt seviyeleri, belirli araştırma çalışmalarından elde edilen bulgulara dayanmaktadır. Bu nedenle çalışılan popülasyona özgüdürler ve tüm bölgelere uygulanamayabilirler, yerel sistemleri yansıtmayabilirler. Dolayısıyla yerel inme bakımı sağlayıcıları bu kanıtların kendi popülasyonlarına uygunluğunu belirlemelidir.



öneriler; sistematik incelemelerden, meta-analizlerden ve/veya tutarlı bulgulara sahip birden çok randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen güçlü kanıtlarla desteklenmektedir,



öneriler; tekli randomize kontrollü çalışmalardan, tutarsız bulgulara sahip birden çok çalışmalardan, büyük gözlemsel çalışmalarından ve/veya büyük vaka kontrollü çalışmalardan elde edilen orta seviyeli kanıtlarla desteklenmektedir,



öneriler; küçük gözlemsel veya vaka kontrollü çalışmalardan elde edilen zayıf kanıtlarla desteklenmekte veya uzman görüşüne ve/veya gruplar dahilindeki görüş birliğine dayanmaktadır. Bu zayıf öneriler, teşhisi doğrulamak için BT taramalarına başvurmak gibi inme bakımının temel unsurları olarak kabul edildiklerinde sağlanır.

Üçüncü Unsur: Kilit İnme Kalite Göstergeleri

İnme bakımı sunumunun değerlendirilmesi, inme bakımı sistemi ne kadar büyük veya ne kadar küçük olursa olsun, herhangi bir organize inme bakımı sisteminin temel bileşenlerinden birisidir. Değerlendirme ile ilgili hususlar planlama sürecinin en başlarında belirlenmelidir. Bunun yapılması, veri toplama mekanizmalarının inme hizmetleri ve kılavuz uygulama planının bir parçası olarak oluşturulabilmesini sağlayacaktır.

DİÖ Küresel İnme Bakım Kılavuzu ve Eylem Planının bir parçası olarak, inme performans ölçüm stratejisine dahil edilecek uygun inme vakalarını belirlemek için Uluslararası Hastalık Sınıflaması kodları seçilmiştir. Bunlar EK 2'de tanımlanmış ve dahil edilmiştir. Daha sonra, temel en iyi uygulama önerilerini seçme sürecine paralel olarak bir temel performans ölçütleri seti tanımlanmıştır. Bu kilit inme kalite göstergeleri, yetki bölgelerinde inme bakımı ölçümünün odağını, tutarlılığını ve standardizasyonunu artırmak amacıyla bu yol haritası içerisinde sağlanmıştır. Zamanla, bu bilginin asgari, temel ve ileri düzeyde inme hizmetlerinin sağlanması amacıyla küresel ölçüt ve kıstaslar geliştirmek için kullanılacağı ve bilgili karar verme ve sistem planlaması yoluyla küresel inme bakımı iyileştirme çabalarını yönlendirmeye yardımcı olabileceği umulmaktadır.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Etkili yerel inme bakımı ölçüm stratejisi kalite göstergeleri geliştirilebilmesi için çeşitli unsurlara değinilmelidir:

- ➔ İnme vakası tanımlarının belirlenmesi
- ➔ Hedeflenen hasta popülasyonu için dahil etme ve dışlama kriterlerini tanımlayın (inme tipi, yaş, cinsiyet, ortam, bakım aşaması vb.)
- ➔ Aşağıdaki DiÖ listesinden temel inme kalitesi göstergeleri belirleyin ve sunulan hizmetlerin çerçevesini ve sorumlulukları yeterince kapsayan ilave göstergeler ekleyin
- ➔ Tanımlanan kalite göstergelerinin hesaplanması için gerekli tüm öğelerin toplanmasını sağlamak üzere gerekli veri öğelerini ve yöntemi belirleyin
- ➔ Veri toplama havuzu ve metodolojisi geliştirin (kim, ne zaman, nerede, nasıl ve hangi hastalarda verileri kaydedecek)
- ➔ Veri toplama, analiz ve raporlama için zaman dilimlerini belirleyin
- ➔ Rapor yapısını ve formatını belirleyin (çevrimiçi kontrol panelinin rapor kartları, mümkün olduğu her yerde dikkate alınmalıdır)
- ➔ Veri analizi sonuçlarının tüm sağlayıcılara, karar vericilere ve hasta popülasyonuna yayılmasını sağlayacak bir dağıtım ve iletişim planını oluşturun

Kalite Tanımları

Bakım standartları: Kapasitenin, kalitenin, içeriğin veya belirli bir faaliyet konusunun kapsamının ölçülmesi veya değerlendirilmesi için yapılan karşılaştırmanın temelini oluşturur. Kanıt yokluğunda, standartlar uzman görüşü ile bildirilebilir. Standartlar herhangi bir sağlık mesleğinin en temel gereksinimleri olarak kabul edilebilir ve genellikle politikalar, prosedürler ve uygulama belgelerinin standartları kapsamında tanımlanır. Bakım standartları, kaliteli bakım olarak tabir edilen kavramı oluşturan minimum kabul edilebilir özellikleri belirtir.

Bakım standartları; güçlü bilimsel kanıtlar ve tedavide yer alan sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinden yola çıkarak, belirli bir hastalığın tedavisinde kullanılacak uygun yönetimlerin belirlenmesini sağlar. Bakım standartları, belirli bir topluluktaki ortalama ve özenli sağlayıcının ne şekilde uygulama yapması gerektiğini ve nitelikli uygulayıcıların aynı veya benzer koşullar altında hastanın bakımını ne derece benzer şekilde idare edeceğini belirler.

Kalite Göstergesi: Sağlık hizmetleri sağlayıcıları, hastane veya sistem düzeyinde öz-değerlendirme yapılmasını ve kaliteyi iyileştirmeye yönelik çalışmaları desteklemek amacıyla geliştirilmiş olan sağlık bakım kalitesinin nesnel bir ölçütü (ACC/AHA Performans Ölçütleri görev gücü).

Karşılaştırmalı değerlendirme (Benchmark):

Belirli bir bakım süreci veya sonucu için mükemmellik standardı olarak kabul edilen ve gruplar arasında karşılaştırma yapmak için kullanılan performans düzeyidir. Benchmarklar bir şeyin ölçülmesini, karşılaştırılmasını veya değerlendirilmesini sağlayan standart değerler sunar. Benchmarklar, aşağıdakiler dahil olmak üzere çeşitli tekniklerle tanımlanabilir: doğrulanmış araştırma ve istatistiksel yöntemler; en iyi performans gösterenlerin belirlenmesi; ve tanımlamayı yapanın kendi kurumunun geçmiş performansı.

Hedef: Bir kuruluşun belirli bir süre içinde ulaşmayı hedeflediği performans düzeyidir. Bu düzey genellikle mevcut performans seviyesi ile benchmark değeri arasında bir değerdir, ancak bazı hallerde benchmark değerine eşit veya ondan daha büyük olabilir. Hedef değerleri, bakım standardını karşılamaya ilişkin kaynakları ve kısıtlamaları dikkate alır.

Eşik değer: Kabul edilebilir minimum performans seviyesi. Eşiğin altında kalan performans oranları düşük performans olarak kabul edilir ve düzeltici faaliyete neden olmalıdır.

*** Eşiğin dışındaki performans oranları - belirli bir ölçütte tanımlandığı şekliyle eşiğin üstünde veya altında olanlar - düşük performans olarak kabul edilir.*

TEŞEKKÜR

DİÖ Küresel İnme Kılavuzları ve Kalite Komitesi:

Dr. Patrice Lindsay, Komite Başkanı (Kanada)
 Dr. Karen Furie (Amerika Birleşik Devletleri)
 Dr. Bo Norrving (İsveç)
 Dr. Stephen Davis (Avustralya, DİÖ Başkanı)
 Dr. Erin Lalor (Avustralya)
 Dr. Anthony Rudd (İngiltere)
 Dr. Jose Ferro (Portekiz)
 Dr. Man Mohan Mehndiratta (Hindistan)
 Dr. James Jowi (Kenya)
 Prof. Shinichiro Uchiyama (Japonya)
 Dr. Geoffrey Donnan (Avustralya), Eski Görevli üye.

Global İnme Kılavuzları Çalışma Grubu:

Dr. Karen Furie, Başkan (ABD)
 Kelvin Hill (Avustralya)
 Dr. Anthony Rudd (Birleşik Krallık)
 Dr. Peter Langhorne (İskoçya)
 Dr. Gord Gubitz (Kanada)
 Dr. Alan Barber (Yeni Zelanda)
 Dr. Disya Ratanakorn (Tayland)
 Dr. Sheila Martins (Brezilya)
 Dr. Pamela Duncan (Amerika Birleşik Devletleri)
 Dr. Foad Abd-Allah (Afrika)
 Dr. Patrice Lindsay (Kanada).

Küresel Kalite Çalışma Grubu:

Dr. Bo Norrving, Başkan (İsveç)
 Bayan Alex Hoffman (İngiltere)
 Dr. Peter Heuschmann (Almanya)
 Dr. Michael Hill (Kanada)
 Dr. Matthew Reeves (Amerika Birleşik Devletleri)
 Dr. Dominique Cadillac (Avustralya)
 Dr. Liping Liu (Çin)
 Dr. Kameshwar Prasad (Hindistan)
 Dr. Valery Feigin (Yeni Zelanda)
 Dr. Sheila Martins (Brezilya)
 Dr. Patrice Lindsay (Kanada)

Ayrıca tüm Dünya İnme Örgütü Yönetim Kurulu üyelerine, Eylem Planının geliştirilme sürecinin her aşamasında gerçekleştirdikleri incelemeler ve sağladıkları geri bildirimler için teşekkürlerimizi sunarız.

Çıkar Çatışması Beyanı:

MP Lindsay: Yok; K. Furie: Yok; S. Davis: Yok; G. Donnan: Yok; B. Norrving: Yok.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

DIÖ Küresel İnme Kılavuzunun ve Eylem Planının uygulanmasına ilişkin Yol Haritası, birlikte inme bakımı sürecinin tamamını ele alan birkaç modül içermektedir. Aşağıdaki modüller, inme hizmet planlaması, öz değerlendirme ve uygulamanın bir parçası olarak kullanımınız için sunulmuştur. Her Yol Haritası modülü, ilgili hizmet ve kaynak kontrol listesini, uygulanabilir en iyi uygulama önerilerini ve önemli kilit kalite göstergelerini içerir. Yol Haritası'ndaki bazı modüller, tüm kurumlarda daha pratik bir şekilde kullanılabilme adına, yayınlanan DIÖ Küresel İnme Bakım Kılavuzu ve Eylem Planında bulunanlara ek öğeler ve genişletilmiş bilgiler içerir.

Bu araçları kullanacakların Yol Haritası'nın tüm modüllerini incelemeleri önerilir.



Aşağıdaki modüller, Kaliteli İnme Bakımı için DIÖ Yol Haritasının bir parçası olarak sunulmuştur:

Giriş ve Genel Bakış

1. İnme Sisteminin Geliştirilmesi
2. Hastane Öncesi ve Acil Bakım
3. Akut Yatan Hasta İnme Bakımı
4. İkincil İnme Önlenmesi
5. İnme Rehabilitasyonu
6. Topluma Yeniden Entegrasyon ve Uzun Süreli İyileşme

Dünya İnme Örgütü - Klinik Uygulama Kılavuzu

<http://www.world-stroke.org>

DIÖ Kılavuzlar ve Kalite alt komitesi tarafından önerilen Klinik Uygulama Rehberi Kılavuzları.

DIÖ Uluslararası İnme Kılavuzları 2012; Amerikan Nöroloji Akademisi kılavuz yayını.

Kanıt Dayalı Kılavuz: Valvüler olmayan atriyal fibrilasyonda inmenin önlenmesi. KLİNİSYENLER için Kanıt Dayalı Kılavuzun Özeti. HASTALAR ve AİLELERİ için Kanıt Dayalı Kılavuzun Özeti

Daha ayrıntılı bilgi için: <https://www.aan.com/Guidelines/Home/ByTopic?topicId=20>

Sağlık hizmeti sağlayıcıları için Kalp ve İnme Vakfı kaynağı. Optimal Toplum ve Uzun Süreli İnme Bakımı için Harekete Geçme (TACLS). Fransızca versiyonu: Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC.

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

İNME SİSTEMİ GELİŞTİRİLMESİ

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞTİRİLMESİ
VE SÜRVEYANS

Bu bölüm hem inmenin halk nezdinde tanınması hem de sistem geliştirmeye yöneliktir. Bu bölümde inme bakımının tüm aşamaları ve ortamları ele alınmaktadır.

İnme Bakımı Kontrol Listeleri için Sağlık Hizmet Kapasitesi ^



Lütfen geliştirdiğiniz veya değerlendirdiğiniz inme hizmetlerini açıkça belirlemek için aşağıdaki bilgileri doldurun.

BÖLGE:	KONTROL LİSTESİNİ TAMAMLAYAN KURUM:	BİRİNCİL İRTİBAT KİŞİSİ:
HİZMET KAPSAMI:	BU DEĞERLENDİRMENİN/YORUMLARIN AMACI: Yerel grup tarafından tamamlanacaktır	
☐ İl / Eyalet / Ulusal Değerlendirme ☐ Bölgesel / Yerel değerlendirme ☐ Gelişmiş inme hizmetlerine sahip büyük kentsel hastane (kapsamlı inme hizmetleri) ☐ Bazı inme hizmetlerine erişimi olan toplum hastaneleri ☐ Sağlık hizmeti sunmak üzere sadece sağlık kliniği olan topluluk ☐ Sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilen kırsal topluluk		

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

A. İnme Hizmetleri ve Kaynakların Kullanılabilirliği



Lütfen bu listelerin her birini gözden geçirin ve elinizde inme bakımı sağlamak için halihazırda mevcut olan tüm hizmetleri ve kaynakları işaretleyin. Bu işlem tamamlandıktan sonra, en çok hangi inme hizmetleri kategorisine uyduğunuzu belirlemek için cevaplarınızı gözden geçirin.

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
- Tanımlanmış coğrafi bölgeler arasında koordinasyon olmadan yerel topluluklarda sağlanan bakım - Hiperakut inme tedavisi için tanı hizmetlerine veya hastane bakımına erişim yok - Hekimlere çok sınırlı erişim - Değerlendirme becerisi geliştirilmesini sağlar - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Sağlık çalışanlarına (hemşirelere veya meslekten olmayan işçilere) değişen düzeylerde erişim - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim	- Coğrafi olarak dağınık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları - Temel tanılama servislerine erişim - Acil sağlık hizmetlerine sınırlı erişim - İnme eğitimi almış hemşirelere ve hemşire değerlendirmesine erişim - İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere erişim (inme uzmanı olmasa da) - IV tPA ile akut trombolize erişim - İntravenöz tPA (Alteplaz) - Disiplinlerarası inme ekibinin temel üyelerine erişim (MD, RN, PT, OT) - Temel tanılama servislerine erişim - Laboratuvar kan testi (Tam kan sayımı, elektrolitler, üre, glikoz, INR, PT) - Elektrokardiyogram (12 kanallı) - Bilgisayarlı Tomografi (BT) beyin ve damar sistemi taraması - BT Anjiyografi (CTA) yapabilme - Ekokardiyografi - Doppler ultrason - Holter monitörleri - Acil sağlık hizmetlerine sınırlı erişim - Ambulans ekiplerinin YKKZ kısaltmasını kullanarak inme belirtilerini tanımlarını sağlamak için eğitim görmeleri - Travma ve obstetrik krizlere ek olarak inmenin de ulaşım açısından yüksek öncelikli bir acil durumu olarak tanımlanması için mevcut ambulans sistemleri üzerine çalışın	- Coğrafi olarak dağınık bölgelerde sağlanan ve birbirleriyle tamamen koordine edilen inme bakımı - Daha az sayıda merkeze rasyonelleştirilmiş ileri inme hizmetleri - İnme hastalarının bölge genelinde hareketlerini, ihtiyaca göre daha yüksek ve daha düşük hizmet seviyelerine yönlendiren inme yolları - Koordineli sevk sistemi - Daha küçük ve kırsal merkezlere tele-inme konsültasyonu sağlayın - Ambulans baypas anlaşmaları yapılmış - Hastaları kendi topluluklarına geri transfer için 'geri dönüş' anlaşmaları yapılmış - İnme hastaları için yazılı eğitim materyalleri - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları - Veri toplama stratejisi ve mekanizmaları - Akut yatan hasta inme kaydı - Akut yatan hasta inme veri tabanı (yerel veya bölgesel) - İnme önleme kaydı - İnme önleme veri tabanı - İnme rehabilitasyon kaydı - İnme rehabilitasyon veri tabanı (yerel veya bölgesel) İleri tanılama servislerine erişim - Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) - MR Anjiyografi yapabilme kabiliyeti - BT Perfüzyon taramaları - Uzun süreli EKG izleme cihazları

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
	- İnme eğitimi almış hemşirelere ve hemşire değerlendirmesine erişim - Birinci basamak bakım ortamları - Akut bakım ortamları - İleri uygulama hemşireleri - Pratisyen Hemşire - İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere erişim (inme uzmanı olmasa da) - Genel / Aile / Birinci basamak hekimleri - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeciler - Kardiyolog - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Acil Tıp - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Tele-inme yöntemleri ile inme uzmanlarına erişim ve tele-radyoloji - IV tPA ile akut trombolize erişim - İntravenöz tPA (Alteplaz) - Disiplinlerarası inme takımının üyeleri - İnme uzmanlığı olan doktorlar - İnme hemşireleri - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Palyatif Bakım ekibi - Fizyoterapist - Mesleki terapist - Konuşma-Dil Patoloğu - İnme hastalarının hızlı değerlendirilmesi ve tanısı için protokoller - Hasta ve aile eğitimi, beceri eğitimi ve bakım planlamasına katılım - Taburculuk planlaması - Coğrafi olarak ayrışık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları	- Akut inme bakımı, inme önleme ve/veya inme rehabilitasyonu üzerine inme uzmanlığı olan hekimlere erişim - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeci - Nöroradyolog / girişimci - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Kardiyolog - Acil Tıp - Genel / Aile / Birinci basamak hekimi - İnme bakımında temel yetkinliklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik program - Ek akut disiplinlerarası inme takım üyelerine erişim - Hemşireler - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Palyatif Bakım ekibi - İleri müdahalelere erişim: - İntravenöz tPA (Alteplaz) - Endovasküler trombektomi - Hemorajik inme için beyin cerrahisi - İskemik inme için hemikraniyektomi - Akut yatan hasta inme üniteleri - Koagülopatiyi tersine döndüren ürünler

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

B. Temel İnme Bakımı Önerileri



Önerilen her bir en iyi uygulama için, açıklanan uygulamanın rutin bakımın bir parçası olarak mevcut olup olmadığını işaretleyerek belirtin; uygulama geliştirme aşamasında; uygulanmadı, hizmet/kaynak kullanılabilir olmakla birlikte hizmetleriniz kapsamındaki mevcut inme bakımının bir parçası olmayabilir anlamına gelmektedir; veya hizmet/kaynak/donanım kurumunuzda mevcut değildir ve bu nedenle uygulanması mümkün değildir.

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
A. İnme Tanıma ve Müdahale Sistemleri					
1. Toplumun tüm üyeleri, inme belirtileri ve semptomlarını tanıyabilmelidir (örneğin YKKZ yöntemi).				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
2. Tüm sağlık personeli, inme ile ilgili uyarı işaretlerini ve inme semptomlarını tanıyacak şekilde eğitilmelidir.				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3. Tüm coğrafi bölgelerde, 1-1-2 gibi acil çağrı numarası veya sistemi bulunmalıdır.				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
4. Acil servis çağrı merkezlerinde, acil tıp hizmetleri personelini yüksek aciliyetli bir inme durumuna/ çağırısına cevap verecek şekilde harekete geçirecek protokoller devrede olmalıdır.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

Hangi öneriler sizin uygulayacağınız en öncelikli konulardır?

Söz konusu en iyi uygulamaların geliştirilmesine ve uygulanmasına başlamak için sonraki adımlarınız nelerdir?

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

C. Kilit İnme Kalite Göstergeleri



Her bir kalite göstergesi için, verilerin aktif ve rutin olarak toplanıp toplanmadığını veya gösterge ile ilgili veri toplama süreçlerinin geliştirilme aşamasında olup olmadığını not edin. Ayrıca verilerin mevcut olmakla birlikte şu anda toplanmadığı veya bu göstergeye ait verilerin hiç mevcut olmaması nedeniyle toplanamadığı veya raporlanmadığı durumları belirtmek üzere not alın. Lütfen her gösterge için en uygun kutuyu işaretleyin.

Performans ölçütleri	Numaratör	Denominator	Öz Değerlendirme
Sağlık Sistemi Monitorizasyonu			
1. Popülasyonda yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış inme insidansı.	Bir popülasyondaki toplam inme vakasının sayısı (inme tipine göre sınıflandırılmış şekilde).	Nüfus sayım bilgilerine göre, belirli bir zaman dilimindeki toplam popülasyon.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2.a Popülasyondaki inme risk faktörlerinin prevalansı.	Bir popülasyondaki bir veya daha fazla inme risk faktörü olduğu bildirilen veya bu durumun belgelendiği toplam insan sayısı (yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, diyabet, atriyal fibrilasyon, aile öyküsü, hareketsiz yaşam tarzı, obezite veya fazla kilo, vb.) (inme tipi ve risk faktörü türüne göre sınıflandırılmış).	Nüfus sayım bilgilerine göre, belirli bir zaman dilimindeki toplam popülasyon.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2.b Popülasyondaki vasküler risk faktörlerinin prevalansı.	Bir popülasyondaki bir veya daha fazla vasküler risk faktörü olduğu bildirilen veya bu durumun belgelendiği toplam insan sayısı (yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, diyabet, atriyal fibrilasyon, vb.) (inme tipi ve risk faktörü türüne göre sınıflandırılmış).	Nüfus sayım bilgilerine göre, belirli bir zaman dilimindeki toplam popülasyon.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2.c İnme için risk faktörü olan ve vasküler risk değerlendirmesi yapılan kişilerin yüzdesi.	Bir popülasyon içindeki, risk değerlendirmesinin ardından bir veya daha fazla tanımlanmış vasküler risk faktörü olduğu tespit edilen insan sayısı.	Nüfus sayım bilgilerine göre belirli bir zaman diliminde vasküler risk değerlendirmesi yaptıran toplam popülasyon.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. İnme hastalarında inme tipine göre, yaş, cinsiyet, komorbidite ve inme ciddiyetine göre ayarlanmış vaka ölüm (mortalite) oranı Ölçümler genel olarak hastanede, inmeden 7 gün, 30 gün ve 1 yıl sonra yapılmalıdır.	Hastanede 7 gün içinde, 30 gün içinde ve endeks inme semptomlarının başlamasından sonraki 1 yıl içinde mortalite görülen inme veya GİA'lı hastaların sayısı.	Toplam inme vakası sayısı.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. İlk inme veya geçici iskemik ataktan (GİA) sonraki 3 ay ve 1 yıl içinde tekrarlayan inme oranları.	Endeks inme semptomlarının başlamasından itibaren 90 gün içinde yeni inme veya GİA için hastaneye kabul edilen inmeli hasta sayısı.	İndeks inme sonrası canlı olarak taburcu edilen inme ve GİA hastaları.	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
5. Akut bakım hastanesine başvuran vakalarda, inme veya geçici iskemik ataktan 3 ay ve 1 yıl sonra modifiye Rankin Skoru kullanılarak ölçülen fonksiyonel durum.	Akut bakımdan taburculuk sırasında ve inme başlangıcından 90 gün sonra her hasta için modifiye Rankin skorlarının frekans dağılımı. [(Verileri daha sonra MRS 0-2, MRS 0-5 veya MRS 0-6 kategorilerini sınıflandırmak için kullanacağız.)]	Yatan hasta akut bakım hastanesine kabul edilen ve canlı taburcu edilen tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Performans ölçütleri	Numaratör	Denominator	Öz Değerlendirme
6. Ülke/bölge, inme hastalarında kullanım için uygun ve erişilebilir akut trombolitik ajanlara sahiptir.	Bir bölgedeki inme hastalarına akut trombolitik tedaviler sağlayan tesislerin tanımlayıcı listesi.		☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7. Ülke/bölge, inme hastalarının temel tanı hizmetlerine erişmesine ve inme bakımı konusunda uzman kişilerle bağlantı kurmasını sağlayan koordine edilmiş bir inme bakım sistemine sahiptir.	İnme hastaları için oluşturulmuş inme bakım sistemine sahip bölgelerin tanımlayıcı listesi (inme sistemlerinin temel unsurlarını tanımlamanız ve açıklamamız gerekir - bkz. Adım Bir, DİÖ İnme Hizmetleri Kontrol Listesi).		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
8. Ülke/bölge/tesis, inme bakımı için kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzları uygulamaya koymuştur.	Belli bir bölgedeki inme bakımı sağlayan her hastanenin tanımlayıcı listesi ve klinik uygulama kılavuzlarının bulunup bulunmadığı ve sistematik bir yaklaşım izlenmek suretiyle inme hastalarına resmi olarak uygulanıp uygulanmadığı.		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
9. Ülke/bölge/tesis, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) 9 veya 10 kodlama sistemini kullanarak veri toplamaktadır.	ICD 9 veya 10 metodolojisi kullanılarak inme hastaları hakkında sistematik bir yaklaşımla veri toplayan bölgelerin tanımlayıcı listesi. Verilerin düzenli olarak toplandığı tesislerin ve tesislerin içindeki hastaların yüzdesini de ekleyin.		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
10. Ülke/bölge, inme bakımının izlenmesi için kalite kayıt siciline veya rutin ve standart klinik denetimlere katılmaktadır.	Belli bir bölgede inme bakımı sağlayan her tesisin tanımlayıcı listesi ve sistematik bir yaklaşım izlenerek her inme ve GİA hastasında rutin ve standardize veri toplanmasının olup olmadığı.		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
İnme Tanıma ve Müdahale Sistemleri			
1. Bir bölge içinde temel sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği	Kontrol listesinin Birinci Adımına dayanarak mevcut sağlık hizmetlerinde tanımlayıcı sayımlar ve kişi başına oran verileri		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2. Bölge içinde tanı laboratuvarlarının ve görüntülemenin kullanılabilirliği	Kontrol listesinin Birinci Adımına dayanarak mevcut tanılayıcı görüntüleme hizmetlerinde tanımlayıcı sayımlar ve kişi başına oran verileri		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. Bölge içinde yatan hastalar için hastanelerin mevcudiyeti	Akut bakım hastanelerinin sayısı (kamu ve özel) – hastane sayısına ek olarak sonra kişi başına düşen sayıları hesaplayın	Çalışılan bölgenin toplam nüfusu	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. Bölgedeki sağlık çalışanları ve sağlık profesyonelleri için eğitimin mevcut olma durumu ve seviyesi	– eğitime katılan kişi sayısı ve verilen eğitim türüne göre sınıflandırın	Belirli bir inme popülasyonunda çalışan tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
5. Belli bir bölgede ilgili inme farmakoterapilerinin mevcudiyeti ve kullanılabilirliği	İnme hizmetleri kontrol listesine dayanarak olası tedavilerin bir listesini oluşturun, daha sonra tedavi başına mevcut olan sıklığı (frekansı) sayın.		☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi göstergeler bizim için önceliklidir?

Verileri kim toplayacak?

Veriler nasıl toplanacak (elektronik olarak, kağıt üzerinde, vb.)?

Veriler nasıl analiz edilecek? Ne zaman? Ne sıklıkla?

Sonuçları kim alacak?

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

HASTANE ÖNCESİ VE ACİL BAKIM

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

HASTANE ÖNCESİ VE ACIL BAKIM

Bu bölüm inmeyi takip eden ilk saatlere odaklanmaktadır. Bu, inme semptomlarının ilk başlangıcından itibaren, hastanın tıbbi olarak stabil hale geldiği ilk 24 ila 48 saatin sonuna kadar olan erken inme değerlendirmesi, tanı ve yönetim sürecini içerir. Bu aşamada bakımın amacı, inme tipini (iskemik veya hemorajik) teşhis etmek ve inmenin etkisini en aza indirmek ve daha fazla hasarı önlemek için zamana duyarlı tedavileri başlatmaktır. Hiperakut inme bakımı ideal olarak inme bakımı konusunda uzmanlaşmış sağlık hizmeti sağlayıcılarını içerir ve bir klinikte veya acil serviste gerçekleşir. Ancak kaynak ve tesislerin kullanılabilirliğine bağlı olarak, diğer ortamlarda da gerçekleştirilebilir.

İnme Bakımı Kontrol Listeleri için Sağlık Hizmet Kapasitesi ^



Lütfen geliştirdiğiniz veya değerlendirdiğiniz inme hizmetlerini açıkça belirlemek için aşağıdaki bilgileri doldurun.

BÖLGE:	KONTROL LİSTESİNİ TAMAMLAYAN KURUM:	BİRİNCİL İRTİBAT KİŞİSİ:
HİZMET KAPSAMI:	BU DEĞERLENDİRMENİN/YORUMLARIN AMACI: Yerel grup tarafından tamamlanacaktır	
☐ İl / Eyalet / Ulusal Değerlendirme ☐ Bölgesel / Yerel değerlendirme ☐ Gelişmiş inme hizmetlerine sahip büyük kentsel hastane (kapsamlı inme hizmetleri) ☐ Bazı inme hizmetlerine erişimi olan toplum hastaneleri ☐ Sağlık hizmeti sunmak üzere sadece sağlık kliniği olan topluluk ☐ Sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilen kırsal topluluk		

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

A. İnme Hizmetleri ve Kaynakların Kullanılabilirliği



Lütfen bu listelerin her birini gözden geçirin ve elinizde inme bakımı sağlamak için halihazırda mevcut olan tüm hizmetleri ve kaynakları işaretleyin. Bu işlemi tamandıktan sonra, en çok hangi inme hizmetleri kategorisine uyduğunuzu belirlemek için cevaplarınızı gözden geçirin.

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
- Tanımlanmış coğrafi bölgeler arasında koordinasyon olmadan yerel topluluklarda sağlanan bakım - Hiperakut inme tedavisi için tanı hizmetlerine veya hastane bakımına erişim yok - Hekimlere çok sınırlı erişim - Değerlendirme becerisi geliştirilmesini sağlar - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Sağlık çalışanlarına (hemşirelere veya meslekten olmayan işçilere) değişen düzeylerde erişim - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim	- Temel tanılama servislerine erişim - Laboratuvar kan testi (Tam kan sayımı, elektrolitler, üre, glikoz, INR, PT) - Elektrokardiyogram (12 kanallı) - Bilgisayarlı Tomografi (BT) beyin ve damar sistemi taraması - BT Anjiyografi (CTA) yapabilme - Ekokardiyografi - Doppler ultrason - Holter monitörleri - Acil sağlık hizmetlerine sınırlı erişim - YKKZ anımsatıcısını kullanarak inme belirtilerini tanımlamak konusunda ambulans ekiplerinin eğitilmesi - Travma ve obstetrik krizlere ek olarak inmenin de ulaşım açısından yüksek öncelikli bir acil durumu olarak tanımlanması için mevcut ambulans sistemleri üzerine çalışma - İnme eğitimi almış hemşirelere ve hemşire değerlendirmesine erişim - Birinci basamak bakım ortamları - Akut bakım ortamları - İleri uygulama hemşireleri - Pratisyen Hemşire - İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere erişim (inme uzmanı olmasa da) - Genel / Aile / Birinci basamak hekimleri - Nörolog - Beyin cerrahisi - Dahiliyeciler - Kardiyolog - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Acil Tıp - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Tele-inme yöntemleri ile inme uzmanlarına erişim ve tele-radyoloji - IV tPA ile akut trombolize erişim - Intravenöz tPA (Alteplaz)	- İleri tanılama servislerine erişim - Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) - MR Anjiyografi yapabilme kabiliyeti - BT Perfüzyon taramaları - Uzun süreli EKG izleme cihazları - Akut inme bakımı, inme önleme ve/veya inme rehabilitasyonu üzerine inme uzmanlığı olan hekimlere erişim - Nörolog - Beyin cerrahisi - Dahiliyeci - Nöroradyolog / girişimci - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Kardiyolog - Acil Tıp - Genel / Aile / Birinci basamak hekimi - İnme bakımında temel yetkinliklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik program - Ek akut disiplinlerarası inme takım üyelerine erişim - Hemşireler - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Palyatif Bakım ekibi - İleri müdahalelere erişim: - Intravenöz tPA (Alteplaz) - Endovasküler trombektomi - Hemorajik inme için beyin cerrahisi - İskemik inme için hemikraniyektomi - Akut yatan hasta inme üniteleri - Koagülopatiyi tersine döndüren ürünler

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
	○ Disiplinlerarası inme takımının üyeleri • İnme uzmanlığı olan doktorlar • İnme hemşireleri • Hemşirelik asistanları • Eczacı • Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi • Palyatif Bakım ekibi • Fizyoterapist • Mesleki terapist • Konuşma-Dil Patoloğu ○ İnme hastalarının hızlı değerlendirilmesi ve tanısı için protokoller ○ Hasta ve aile eğitimi, beceri eğitimi ve bakım planlamasına katılım ○ Taburculuk planlaması ○ Coğrafi olarak ayrışık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı ○ Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları	○ Coğrafi olarak ayrışık bölgelerde sağlanan ve birbirleriyle tamamen koordine edilen inme bakımı • Daha az sayıda merkeze rasyonelleştirilmiş ileri inme hizmetleri • İnme hastalarının bölge genelinde hareketlerini, ihtiyaca göre daha yüksek ve daha düşük hizmet seviyelerine yönlendiren inme yolları • Koordineli sevk sistemi • Daha küçük ve kırsal merkezlere tele-inme konsültasyonu sağlayın • Ambulans baypas anlaşmaları yapılmış • Hastaları kendi topluluklarına geri transfer için 'geri dönüş' anlaşmaları yapılmış • İnme hastaları için yazılı eğitim materyalleri ○ Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları ○ Veri toplama stratejisi ve mekanizmaları • Akut yatan hasta inme kaydı • Akut yatan hasta inme veri tabanı (yerel veya bölgesel) • İnme önleme kaydı • İnme önleme veri tabanı • İnme rehabilitasyon kaydı • İnme rehabilitasyon veri tabanı (yerel veya bölgesel)

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

B. Temel İnme Bakımı Önerileri



Önerilen her bir en iyi uygulama için, açıklanan uygulamanın rutin bakımın bir parçası olarak mevcut olup olmadığını işaretleyerek belirtin; uygulama geliştirme aşamasında; uygulanmadı, hizmet/kaynak kullanılabilir olmakla birlikte hizmetleriniz kapsamındaki mevcut inme bakımının bir parçası olmayabilir anlamına gelmektedir; veya hizmet/kaynak/donanım kurumunuzda mevcut değildir ve bu nedenle uygulanması mümkün değildir.

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıtı Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
1. İnme semptomlarının başlangıcı alınmalı, belgelenmeli ve sağlık personeline iletilmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
2. İnme semptomları olan tüm hastalar, organize inme hizmetleri sağlayabilecek bir sağlık hastanesine taşınmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3. Fokal nörolojik semptomlar/ inme semptomları olan tüm hastalar gecikmeden beyin görüntülemeye (BT taraması veya MRG) alınmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
4. İlk kan tahlili yapılmalıdır	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
5. Elektrokardiyogram tüm hastalarda, özellikle de hastanın kalp hastalığı veya akciğer hastalığına dair klinik öyküsü veya kanıt olduğu durumlarda yapılmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
6. İnme geçiren tüm hastalar; yiyecek, içecek veya oral ilaçlar verilmeden önce olası disfajiyi ihtimalini belirlemek için yutma fonksiyonları açısından taranmalı veya değerlendirmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7. Semptom başlangıcından itibaren 4.5 saat içinde tedavi edilebilecek tüm akut iskemik inme hastaları, intravenöz doku plazminojen aktivatörü (tPA) ile tedaviye uygunluklarını belirlemek için inme uzmanlığı olan bir doktor tarafından (yerinde veya teletıp/teleinme konsültasyonu ile) gecikmeden değerlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
8. Büyük damar tıkanıklığı (BDO) ve akut iskemik inme (Aİİ) olan tüm hastalar, bu müdahalelerin mevcut olduğu yerlerde endovasküler trombektomi için değerlendirilmelidir (yerinde veya endovasküler tedavi sağlayan başka bir inme merkezine transfer yoluyla). Endovasküler trombektomi, akut iskemik inme ve inme başlangıcından sonraki 6 saat içinde ortaya çıkan büyük damar tıkanıklığı olan seçilmiş hastalar için bakım standardı haline gelmiştir.			✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
9. Halihazırda antitrombosit ajan kullanımında olmayan ve alteplaz almayan tüm akut iskemik inme hastalarına, <i>derhal bir seferlik yükleme dozu (300 - 325 mg) olarak asetilik asit (ASA) başlanmalı, beyin görüntülemesinden sonra intrakraniyal (kafa içi) kanama dışlandığında günde 75 - 150 mg verilmelidir.</i>		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
10. İntraserebral kanama vakit kaybetmeden tanınmalı ve hastalar hiperakut inme yönetiminde uzman doktorlar tarafından derhal değerlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
11. Akut inmesi olan hastalar hastaneye yatırılmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
12. Minör inme veya geçici iskemik atak geçiren hastalar acilen değerlendirilmeli ve hastanede veya uzman bir ayakta tedavi kliniğinde önleme yönetimi başlatılarak tedavi edilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi öneriler sizin uygulayacağınız en öncelikli konulardır?

Söz konusu en iyi uygulamaların geliştirilmesine ve uygulanmasına başlamak için sonraki adımlarınız nelerdir?

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

C. Kilit İnme Kalite Göstergeleri



Her bir kalite göstergesi için, verilerin aktif ve rutin olarak toplanıp toplanmadığını veya gösterge ile ilgili veri toplama süreçlerinin geliştirilme aşamasında olup olmadığını not edin. Ayrıca verilerin mevcut olmakla birlikte şu anda toplanmadığı veya bu göstergeye ait verilerin hiç mevcut olmaması nedeniyle toplanmadığı veya raporlanmadığı durumları belirtmek üzere not alın. Lütfen her gösterge için en uygun kutuyu işaretleyin.

Performans ölçütleri	Numaratör	Denominator	Öz Değerlendirme
Hiperakut İnme Bakımı (İnme sonrası ilk saatler)			
1. İnme başlangıcından sağlık uzmanı tarafından değerlendirmeye kadar geçen süre (dakika/saat olarak).	Tüm inme ve GİA hastaları için Son Normal Görülen zamandan Acil Servis'e varışa kadar geçen ortalama saat/dakika	Popülasyondaki toplam inme ve/veya GİA olayı sayısı. Veya Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2. Hastaneye varışta bir saat içinde ve hastaneye varışta 24 saat içinde BT taraması yapılan inme ve GİA hastalarının oranı.	KQI2.a BT taraması (ilk kesit) hastaneye gelişinden sonraki 1 saat içinde başladı (Evet / hayır) KQI2.a BT taraması (ilk kesit) hastaneye gelişinden sonraki 24 saat içinde başladı (Evet / hayır)	Popülasyondaki toplam inme ve/veya GİA olayı sayısı. Veya Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. Yutma yetersizliği açısından taranan veya değerlendirilen inme ve GİA hastalarının oranı.	Yutma taramasının tamamlandığına dair bir belgeye sahip inme/GİA vakalarının sayısı (Gerekip gerekmediği, uygulanabilirliği veya hasta uygunluğu hakkında herhangi bir yargıda bulunmadan)	Popülasyondaki toplam inme ve/veya GİA olayı sayısı. Veya Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. İntravenöz tPA ile tedavi edilen iskemik inme hastalarının oranı.	tPA (Alteplaz) alan tüm iskemik inme hastalarının sayısı.	1. Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak). 2. İnme semptom başlangıcından itibaren 4.5 saat içinde acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
5. tPA alan iskemik inme hastalarında kapıdan içineye kadar geçen süre (dakika)	Akut inme tedavisi için tPa alan tüm hastalar için, hastanın acil servise varmasından tPA uygulamasına kadar geçen medyan süre (dakika cinsinden) Medyan (IQR) Endovasküler trombektomi yapılan tüm iskemik inme hastalarının sayısı.	Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak). Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Performans ölçütleri	Numaratör	Denominator	Öz Değerlendirme
Hiperakut İnme Bakımı (İnme sonrası ilk saatler)			
6. Akut endovasküler tedavi alan tüm iskemik inme hastalarının oranı.	Endovasküler tedavi alan tüm iskemik inme hastalarında hastanın acil servise varmasından arteriyel erişime (örn. kasık pikürüne) kadar geçen medyan süre (dakika olarak).	Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
7. Endovasküler tedavi alan hastalar için hastaneye varıştan arteriyel erişime (kasık pikürü gibi) kadar geçen ortalama süre (dakika olarak)	Semptom başlangıcından sonraki ilk 48 saat içinde akut aspirin tedavisi alan iskemik inme ve GİA hastalarının oranı.	Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
8. İlk 48 saat içinde akut aspirin tedavisi alan iskemik inme ve GİA hastalarının oranı.	Belli bir bölgedeki, intravenöz (ve intra-arteriyel) doku plazminojen aktivatörü ve/veya endovasküler tedavi sağlayan tüm kamu/özel sağlık tesislerinin oranı.	Acil servise veya hastaneye başvuran toplam iskemik inme vakası sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
9. Sistem göstergesi – bölgede tPA ilaçlarının ve endovasküler hizmetlerin mevcudiyeti	B. Her kurum/bölge içindeki eğitimli ve akut tromboliz yapabilen profesyonellerin sayısı	Bölgedeki sağlık hizmeti kurumlarının sayısı (önceden tanımlanmış). Her kurum/bölgedeki uygun şartlara sahip sağlık uzmanı sayısı	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

Hangi göstergeler bizim için önceliklidir?

Verileri kim toplayacak?

Veriler nasıl toplanacak (elektronik olarak, kağıt üzerinde, vb.)?

Veriler nasıl analiz edilecek? Ne zaman? Ne sıklıkla?

Sonuçları kim alacak?

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

AKUT YATAN HASTA İNME BAKIMI

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

AKUT YATAN HASTA İNME BAKIMI

Bu bölüm, hiperakut aşaması tamamlandıktan sonra akut yatan hasta bakım dönemine odaklanmaktadır. Bu bakım aşaması genellikle inme başlangıcından yaklaşık 24 saat sonra başlar ilk 5 ila 7 gün arasında sürer. Bu aşamada hasta tıbbi olarak stabil hale gelir ve bakım hedefleri devam eden inme değerlendirmesine, etiyolojinin belirlenmesine, kalıcı semptomların tedavisine, iyileşmeyi başlatmaya, erken rehabilitasyona ve akut komplikasyonların önlenmesine yönelir. Akut inme bakımı ideal olarak inme bakımında uzmanlığa sahip sağlık hizmeti sağlayıcılarını içerir ve bir klinikte, hastane inme ünitesinde veya koğuşunda gerçekleşir, ancak kaynak ve tesis kullanılabilirliğine bağlı olarak ev de dahil olmak üzere diğer topluluk ortamlarında da gerçekleşebilir.

İnme Bakımı Kontrol Listeleri için Sağlık Hizmet Kapasitesi ^



Lütfen geliştirdiğiniz veya değerlendirdiğiniz inme hizmetlerini açıkça belirlemek için aşağıdaki bilgileri doldurun.

BÖLGE:	KONTROL LİSTESİNİ TAMAMLAYAN KURUM:	BİRİNCİL İRTİBAT KİŞİSİ:
HİZMET KAPSAMI:	BU DEĞERLENDİRMEİN/YORUMLARIN AMACI: Yerel grup tarafından tamamlanacaktır	
☐ İl / Eyalet / Ulusal Değerlendirme ☐ Bölgesel / Yerel değerlendirme ☐ Gelişmiş inme hizmetlerine sahip büyük kentsel hastane (kapsamlı inme hizmetleri) ☐ Bazı inme hizmetlerine erişimi olan toplum hastaneleri ☐ Sağlık hizmeti sunmak üzere sadece sağlık kliniği olan topluluk ☐ Sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilen kırsal topluluk		

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

A. İnme Hizmetleri ve Kaynakların Kullanılabilirliği



Lütfen bu listelerin her birini gözden geçirin ve elinizde inme bakımı sağlamak için halihazırda mevcut olan tüm hizmetleri ve kaynakları işaretleyin. Bu işlemi tamandıktan sonra, en çok hangi inme hizmetleri kategorisine uyduğunuzu belirlemek için cevaplarınızı gözden geçirin.

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
- Tanımlanmış coğrafi bölgeler arasında koordinasyon olmadan yerel topluluklarda sağlanan bakım - Hekimlere çok sınırlı erişim Değerlendirme becerisi geliştirilmesini sağlar - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim sağlayın: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Risk faktörü yönetimi, ilaçlar ve yaşam tarzı yönetimi ile ilgili temel beceriler - Aileye aktarılabilecek temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Sağlık çalışanlarına (hemşirelere veya meslekten olmayan işçilere) değişen düzeylerde erişim - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Aileye aktarılabilecek temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Tanı servislerine veya hastane bakımına erişim yok - Yaşam tarzı ile ilgili ve önleyici amaçlı en temel tavsiyelere sınırlı erişim - İnternet erişimi - Mobil inme eğitimine erişim (örneğin DİÖ) - İnme Riskometresi gibi mobil araçlara erişim	- Temel tanılama servislerine erişim - Laboratuvar kan testi (Tam kan sayımı, elektrolitler, üre, glikoz, INR, PT) - Elektrokardiyogram (12 kanallı) - Bilgisayarlı Tomografi (BT) beyin ve damar sistemi taraması - BT Anjiyografi (CTA) yapabilme - Ekokardiyografi - Doppler ultrason - Holter monitörleri - İnme eğitimi almış hemşirelere ve hemşire değerlendirmesine erişim - Akut bakım ortamları - İleri uygulama hemşireleri - Pratisyen Hemşire - İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere erişim (inme uzmanı olmasa da) - Genel / Aile / Birinci basamak hekimleri - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeci - Kardiyolog - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Acil Tıp - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Tele-inme yöntemleri ile inme uzmanlarına erişim ve tele-radyoloji - Kabul edilen inme hastalarının aşağıdaki yerlerde bakım gördüğü durumlarda akut yatan hasta inme bakımına erişim: - İnme Ünitesi - Aynı koşutta kümelenmiş model - Hastane boyunca dağıtılmış - İnme ünitesi bakımına erişim (DİÖ Modülü): - İnme hastalarının bakımına adanmış, coğrafi olarak tanımlanan birim - Veya, kümelenme modeli inme hastaları - Disiplinlerarası inme takımının üyeleri - İnme uzmanlığı olan doktorlar - İnme Hemşireleri	- İleri tanılama servislerine erişim - Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) - MR Anjiyografi yapabilme kabiliyeti - BT Perfüzyon taramaları - Uzun süreli EKG izleme cihazları - Akut inme bakımı, inme önleme ve/veya inme rehabilitasyonu üzerine inme uzmanlığı olan hekimlere erişim - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeci - Nöroradyolog / girişimci - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Kardiyolog - Acil Tıp - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Genel / Aile / Birinci basamak hekimi - İnme bakımında temel yetkinliklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik program - Ek akut disiplinlerarası inme takım üyelerine erişim - Hemşireler - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Palyatif Bakım ekibi (Rehabilitasyon personeli için aşağıya bakınız) - Coğrafi olarak ayrıışık bölgelerde sağlanan ve birbirleriyle tamamen koordine edilen inme bakımı - Daha az sayıda merkeze rasyonelleştirilmiş ileri inme hizmetleri - İnme hastalarının bölge genelinde hareketlerini gerektiği durumlarda daha yüksek ve daha düşük hizmet seviyelerine yönlendiren inme yolları

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
	- Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Palyatif Bakım ekibi - Fizyoterapist - Mesleki Terapist - Konuşma-Dil Patoloğu • İnme hastalarının hızlı değerlendirilmesi ve tanısı için protokoller • En iyi uygulama kılavuzlarına dayanarak akut inme bakımına rehberlik eden protokoller - Tıbbi ve hemşirelik değerlendirmeleri: - Geçmiş öykü - Yutkunma taraması - Beslenme, hidrasyon - Fonksiyonel durum, hareketlilik - DVT riski - Bağımlılık seviyesi - Deri bütünlüğü - Mesane ve barsak kontinansı - Sıcaklık • Tedavi hedeflerine göre hastanın ilerlemesini değerlendirmek için haftalık disiplinlerarası toplantılar ve yönetim planlarının güncellenmesi • Rehabilitasyon tedavilerine erken erişim (hemşirelere, hemşire asistanlarına ve aile üyelerine çapraz beceri eğitimleri de dahil olmak üzere) • Hasta ve aile eğitimi, beceri eğitimi ve bakım planlamasına katılım • Taburculuk planlaması • İnme rehabilitasyon hizmetlerine erişim • Erken fonksiyonel değerlendirmeler, hedef belirleme ve geliştirilen kişiselleştirilmiş rehabilitasyon planları • Aspirin, yaşam tarzı değişikliği önerileri, tansiyon yönetimi gibi inme önleme tedavilerine erişim • Coğrafi olarak ayrıışık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı • Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları	• Koordineli sevk sistemi Daha küçük ve kırsal merkezlere tele-inme konsültasyonu sağlayın • Ambulans baypas anlaşmaları yapılmış • Hastaları kendi topluluklarına geri transfer için 'geri dönüş' anlaşmaları yapılmış • İnme hastalarının bakımı ile ilgili protokollere erişim: yutkunma değerlendirmesi, yiyecek ve sıvılar. Konumlandırma, hareketlilik, kontinans, komplikasyonlar (ateş, DVT, cilt dökülmesi) • İnme hastaları için yazılı eğitim materyalleri • Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları • Veri toplama stratejisi ve mekanizmaları • Akut yatan hasta inme kaydı • Akut yatan hasta inme veri tabanı (yerel veya bölgesel) • İnme önleme kaydı • İnme önleme veri tabanı • İnme rehabilitasyon kaydı • İnme rehabilitasyon veri tabanı (yerel veya bölgesel)

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

B. Temel İnme Bakımı Önerileri



Önerilen her bir en iyi uygulama için, söz konusu uygulamanın rutin bakımın bir parçası olarak uygulanıp uygulanmadığını veya uygulama için geliştirme aşamasında olup olmadığını işaretleyerek belirtin. Ayrıca söz konusu uygulamanın uygulanmadığını durumlar (örneğin hizmet/kaynak kullanılabılır olmakla birlikte hizmetleriniz kapsamındaki mevcut inme bakımının bir parçası olmayabilir), veya ilgili hizmetin/kaynağın/ekipmanın kurumlarınızda mevcut olmaması nedeniyle uygulanmasının mümkün olmadığını durumları da işaretleyerek belirtin.

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
Akut Yatan Hasta Bakımı (İnme sonrası ilk günler)					
1.a Akut inme geçiren hastalar hastaneye yatırılmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
1.b Minör inme veya geçici iskemik atak geçiren hastalar acilen değerlendirilmeli ve hastanede veya uzman bir ayakta tedavi kliniğinde önleme yönetimi başlatılıp (inme semptom başlangıcından itibaren 48 saat içinde) tedavi edilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
2. Akut inme veya geçici iskemik atak ile hastaneye kabul edilen hastalar, inme bakımı eğitimi almış en az bir doktor ile en az bir hemşire ve bir rehabilitasyon uzmanından (örneğin bir fizyoterapist, meslek terapisti, konuşma-dil pataloğundan) oluşan disiplinlerarası inme ekibi tarafından tedavi edilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3. Akut inme veya geçici iskemik atak ile hastaneye başvuran hastalar; uzmanlaşmış, coğrafi olarak tanımlanmış özel bir hastane birimi olan, inme hastalarının yönetimine adanmış ve disiplinlerarası inme ekibinin görevlendirildiği bir yatan hasta inme ünitesinde tedavi edilmelidir (bkz. Yukarıdaki 2 no'lu Tavsiye).		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
4. Tüm inme hastalarında komplikasyonları (örneğin ateş, enfeksiyon, zatürre, hipoglisemi, derin ven trombozu, cilt ülserleri ve tekrarlayan inme) önlemeye yönelik yönetim stratejileri uygulanmalıdır.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
Akut Yatan Hasta Bakımı (İnme sonrası ilk günler)					
5. Çok ağır inme geçiren hastalara palyatif bakım sağlanmalı ve tıbbi tedavinin faydasız olduğu düşünülen durumlarda uygun yaşam sonu bakımı sağlanmalıdır.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
6. Embolik inme şüphesi olan veya inme mekanizmasının net olmadığı hastalarda (örneğin, nörovasküler görüntülerin normal olduğu ve büyük damar hastalığı belirtisi olmayan hastalarda) kardiyak izleme (monitoring) süresi uzatılmalıdır.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7.a Tüm inme hastaları venöz tromboembolizm gelişme riskleri açısından değerlendirilmelidir.				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7.b Kontrendikasyon yoksa, venöz tromboembolizm riski yüksek olan hastalarda derhal venöz tromboembolizm profilaksisi başlanmalıdır.				Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
8.a Çok erken zaman dilimlerinde (inme başlangıcından sonraki 24 saat içinde) sık yatak dışı aktivite önerilmemektedir.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
Akut inmeli bazı hastalar için çok erken zaman dilimlerinde mobilizasyon makul olabilir ve klinik yargı kullanılmalıdır.				Kanıt seviyesi: C	
8.b Akut inmeyle hastaneye başvuran tüm hastalar, kontrendikasyon yoksa erken (inme başlangıcından sonra 24 saat ve 48 saat arasında) mobilize edilmeye başlanmalıdır.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
(Erken mobilizasyonun kontrendikasyonları, girişimsel bir prosedür için arteriyel girişim yapılmış hastalar, stabil olmayan tıbbi durumlar, düşük oksijen saturasyonu ve alt ekstremitelere kırılması veya yaralanması olan hastaları içerir, ancak bunlarla sınırlı değildir.)					

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
Akut Yatan Hasta Bakımı (İnme sonrası ilk günler)					
8.c Aile üyeleri, mobilizasyona yardımcı olmak konusunda eğitilmelidir.				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
9.a Sıcaklık izlenmeli ve sıcaklık arttıkça antipiretik (ateş düşürücü) ilaçlar ve ılık banyo gibi sıcaklık düşürücü bakım önlemleri başlatılmalıdır.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
9.b 37.5 °C'den yüksek vücut sıcaklığı için izleme sıklığını artırın, zatürre veya idrar yolu enfeksiyonu gibi olası enfeksiyonları araştırın ve gerekirse antipiretik ve antimikrobiyal tedavi başlatın.				Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
10. İdrar yolu enfeksiyonu riski nedeniyle kalıcı kateter kullanımından kaçınılmalıdır.				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
11. Tüm inme hastaları idrar kontinansı ve retansiyonu (regorjman (taşma) ile veya regorjman olmadan), dışkı inkontinansı ve kabızlık açısından taranmalıdır				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
12. İnme hastalarının yutkunma, beslenme ve hidrasyon durumları mümkün olduğunca erken taranmalıdır (mümkün olduğu durumlarda onaylanmış tarama araçları kullanılarak).				Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
13. Aile üyeleri, yutma güçlüğü çeken inme hastaları için uygun beslenme teknikleri konusunda eğitilmelidir.				Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
Akut Yatan Hasta Bakımı (İnme sonrası ilk günler)					
14. İlk veya sonraki yutkunma taramalarında anormal sonuçlar elde edilmesi durumunda hasta, daha ayrıntılı değerlendirme ve yönetim için bir konuşma-dil patoloğuna, mesleki terapist ve/veya diyetisyene yönlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
15. Taburculuk planlaması, hasta bakımının her aşamasına (örneğin acil servis, yatan hasta akut bakım, rehabilitasyon, karmaşık sürekli bakım, evde bakım) dahil edildikten sonra mümkün olan en kısa sürede başlatılmalıdır.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

Hangi öneriler sizin uygulayacağınız en öncelikli konulardır?

Söz konusu en iyi uygulamaların geliştirilmesine ve uygulanmasına başlamak için sonraki adımlarınız nelerdir?

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

C. Kilit İnme Kalite Göstergeleri



Her bir kalite göstergesi için, verilerin aktif ve rutin olarak toplanıp toplanmadığını veya gösterge ile ilgili veri toplama süreçlerinin geliştirilme aşamasında olup olmadığını not edin. Ayrıca verilerin mevcut olmakla birlikte şu anda toplanmadığı veya bu göstergeye ait verilerin hiç mevcut olmaması nedeniyle toplanmadığı veya raporlanmadığı durumları belirtmek üzere not alın. Lütfen her gösterge için en uygun kutuyu işaretleyin.

Performans ölçütleri	Numaratör	Denominator	Öz Değerlendirme
Akut Yatan Hasta Bakımı (İnme sonrası ilk günler)			
1. Akut yatan hasta hastanesine başvuran inme hastalarının oranları	Bir sağlık kuruluşuna yapılan ve Yatan hasta ünitesine kabul edilen başvuru sayısı.	İnme veya GİA için bir sağlık kurumuna yapılan toplam başvuru.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2. Hızlı değerlendirme hizmetlerine erişimi olan GİA hastalarının oranı.	Sağlık kuruluşlarına yapılan ve GİA için inme semptomlarının başlamasından sonraki 48 saat içinde hızlı bir değerlendirme alan başvuru sayısı.	GİA için bir sağlık kurumuna yapılan toplam başvuru.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. Akut inme ünitesine alınan inme ve GİA hastalarının oranı.	Hastaneye başvuran ve hastanede kaldıkları süre içerisinde herhangi bir zamanda özel bir akut inme ünitesinde tedavi edilen İnme ve GİA hastalarının sayısı	Yatan hasta akut bakım merkezine başvuran tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. İnme başlangıcından ilk mobilizasyona kadar geçen süre.	İnme başlangıcından hastaneye gelikten sonra ilk mobilizasyona kadar geçen saat/gün	Yatan hasta akut bakım merkezine başvuran tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
5. Akut bakımdan canlı taburcu edilen inme ve GİA hastalarında taburculuk lokasyonlarının dağılımı.	İnme için yatan hasta başvurusunun ardından eve ya da ikamet yerine, yatan hasta rehabilitasyonuna, uzun süreli bakıma ya da başka bir yere taburcu edilen inme hastası sayısı	Yatan hasta akut bakım merkezine başvuran ve sağ olarak taburcu edilen tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
6. Tamamlanmış ve belgelenmiş bir yutma taraması bulunan inme hastalarının yüzdesi.	Hastaneye başvuran ve çizelgesinde tamamlanmış bir yutma taraması dokümantasyonu olan inme hastası sayısı.	Yatan hasta akut bakım hastanesine başvuran tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi göstergeler bizim için önceliklidir?

Verileri kim toplayacak?

Veriler nasıl toplanacak (elektronik olarak, kağıt üzerinde, vb.)?

Veriler nasıl analiz edilecek? Ne zaman? Ne sıklıkla?

Sonuçları kim alacak?

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

İKİNCİL İNME ÖNLENMESİ

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

TEKRARLAYAN İNMENİN ÖNLENMESİ

Bu bölümde inme risk faktörlerinin ve devam eden fiziksel, bilişsel ve duygusal sorunların inmeden sonra hayatta kalan hastalarda (inme ve GİA'lı hastalar da dahil) nasıl değerlendirilmesi ve yönetilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bu bölümde inmenin birincil önlenmesi konusu doğrudan ele alınmamaktadır. İnme önleme hizmetleri ve faaliyetleri subakut fazda sunulmaktadır.

İnme önleme bakımı ideal olarak inme bakımı konusunda uzmanlaşmış sağlık hizmeti sağlayıcılarını içerir ve tüm inme tipleri ve şiddetleri için herhangi bir ortamda gerçekleştirilebilir (kaynak ve tesis kullanılabilirliğine bağlı olarak belirlenmiş inme önleme kliniklerinde, vasküler risk azaltma programlarında, kronik hastalık yönetimi programlarında, akut bakım hastanelerinde, acil servislerde, özel bakım ortamlarında ve evde). Kullanılabilir olduğu durumlarda, onaylanmış mobil eğitim amaçlı ve önleyici araçlar (örneğin, İnme Riskometre uygulaması; Feigin ve ark, 2015) hem sağlık çalışanları tarafından hem de sıradan kişiler tarafından kullanılmalıdır.

İnme Bakım Kontrol Listeleri için Sağlık Hizmet Kapasitesi ^



Lütfen geliştirdiğiniz veya değerlendirdiğiniz inme hizmetlerini açıkça belirlemek için aşağıdaki bilgileri doldurun.

BÖLGE:	KONTROL LİSTESİNİ TAMAMLAYAN KURUM:	BİRİNCİL İRTİBAT KİŞİSİ:
HİZMET KAPSAMI:		BU DEĞERLENDİRMENİN/YORUMLARIN AMACI: Yerel grup tarafından tamamlanacaktır
☐ İl / Eyalet / Ulusal Değerlendirme ☐ Bölgesel / Yerel değerlendirme ☐ Gelişmiş inme hizmetlerine sahip büyük kentsel hastane (kapsamlı inme hizmetleri) ☐ Bazı inme hizmetlerine erişimi olan toplum hastaneleri ☐ Sağlık hizmeti sunmak üzere sadece sağlık kliniği olan topluluk ☐ Sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilen kırsal topluluk		

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

A. İnme Hizmetleri ve Kaynakların Kullanılabilirliği



Lütfen bu listelerin her birini gözden geçirin ve elinizde inme bakımı sağlamak için halihazırda mevcut olan tüm hizmetleri ve kaynakları işaretleyin. Bu işlemi tamandıktan sonra, en çok hangi inme hizmetleri kategorisine uyduğunuzu belirlemek için cevaplarınızı gözden geçirin.

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
- Tanımlanmış coğrafi bölgeler arasında koordinasyon olmadan yerel topluluklarda sağlanan bakım - Hekimlere çok sınırlı erişim Değerlendirme becerisi geliştirilmesini sağlar - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim sağlayın: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Risk faktörü yönetimi, ilaçlar ve yaşam tarzı yönetimi ile ilgili temel beceriler - Aileye aktarılabilir temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Sağlık çalışanlarına (hemşirelere veya meslekten olmayan işçilere) değişen düzeylerde erişim - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Aileye aktarılabilir temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Tanı servislerine veya hastane bakımına erişim yok - Yaşam tarzı ile ilgili ve önleyici amaçlı en temel tavsiyelere sınırlı erişim - İnternet erişimi - Mobil inme eğitimine erişim (örneğin DiÖ) - İnme Riskometresi gibi mobil araçlara erişim	- Temel tanılama servislerine erişim - Laboratuvar kan testi (Tam kan sayımı, elektrolitler, üre, glikoz, INR, PT) - Elektrokardiyogram (12 kanallı) - Bilgisayarlı Tomografi (BT) beyin ve damar sistemi taraması - BT Anjiyografi (CTA) yapabilmek - Ekokardiyografi - Doppler ultrason - Holter monitörleri - İnme eğitimi almış hemşirelere ve hemşire değerlendirmesine erişim - Birinci basamak bakım ortamları - Akut bakım ortamları - İleri uygulama hemşireleri - Pratisyen Hemşire - İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere erişim (inme uzmanı olmasa da) - Genel / Aile / Birinci basamak hekimleri - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeci - Kardiyolog - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Acil Tıp - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Tele-inme yöntemleri ile inme uzmanlarına erişim ve tele-radyoloji - Disiplinlerarası inme takımının üyeleri - İnme uzmanlığı olan doktorlar - İnme hemşireleri - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Palyatif Bakım ekibi - Fizyoterapist - Mesleki terapist - Konuşma-Dil Patoloğu	- İleri tanılama servislerine erişim - Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) - MR Anjiyografi yapabilmek kabiliyeti - BT Perfüzyon taramaları - Uzun süreli EKG izleme cihazları - Akut inme bakımı, inme önleme ve/veya inme rehabilitasyonu üzerine inme uzmanlığı olan hekimlere erişim - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeci - Nöroradyolog / girişimci - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Yoğun Bakım Uzmanı (YBU) - Kardiyolog - Acil Tıp - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Genel / Aile / Birinci basamak hekim - İnme bakımında temel yetkinliklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik program - Ek akut disiplinlerarası inme takım üyelerine erişim - Hemşireler - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Palyatif Bakım ekibi (Rehabilitasyon personeli için aşağıya bakınız) - Ek akut disiplinlerarası inme takım üyelerine erişim - Coğrafi olarak ayrıışık bölgelerde sağlanan koordineli inme bakımı - Tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları için inme önleme ve yönetimi eğitim programları

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
	- İkincil önleme hizmetlerine erişim - Organize önleme klinikleri veya uzmanları - Risk faktörü değerlendirmeleri - Kan basıncı (tansiyon) yönetimi - Antitrombosit ve antikoagülan ilaçlar - Hasta ve aile eğitimi, beceri eğitimi ve bakım planlamasına katılım - Devam eden rehabilitasyon - Biliş değerlendirmesi ve yönetimi - Depresyon değerlendirmesi ve yönetimi - Coğrafi olarak ayrıışık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları	- Veri toplama stratejisi ve mekanizmaları - Akut yatan hasta inme kaydı - Akut yatan hasta inme veri tabanı (yerel veya bölgesel) - İnme önleme kaydı - İnme önleme veri tabanı - İnme rehabilitasyon kaydı - İnme rehabilitasyon veri tabanı (yerel veya bölgesel)

one voice
One World Voice for Stroke

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

B. Temel İnme Bakımı Önerileri



Önerilen her bir en iyi uygulama için, söz konusu uygulamanın rutin bakımın bir parçası olarak uygulanıp uygulanmadığını veya uygulama için geliştirme aşamasında olup olmadığını işaretleyerek belirtin. Ayrıca söz konusu uygulamanın uygulanmadığını durumlar (örneğin hizmet/kaynak kullanılabılır olmakla birlikte hizmetleriniz kapsamındaki mevcut inme bakımının bir parçası olmayabilir), veya ilgili hizmetin/kaynağın/ekipmanın kurumlarınızda mevcut olmaması nedeniyle uygulanmasının mümkün olmadığını durumları da işaretleyerek belirtin.

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
1.a İnme ve GİA hastalarını vasküler hastalık risk faktörleri ve yaşam tarzı yönetimi açısından değerlendirin: sigara, egzersiz düzeyleri, beslenme, kilo, alkol ve sodyum alımı.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
1.b İnme ve GİA hastalarını vasküler hastalık risk faktörleri açısından değerlendirin: hipertansiyon, diyabet, atriyal fibrilasyon ve hiperkolesteremi.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
1.c İnme ve GİA hastalarını vasküler hastalık risk faktörleri açısından değerlendirin: karotis hastalığı, kalp hastalığı.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
2. Vasküler risk azaltma için yaşam tarzını değiştirmeye yönelik olası stratejiler (sigara içme, kilo, beslenme, sodyum alımı, egzersiz, stres, alkol alımı) hakkında bilgi ve danışmanlık sağlayın.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3. Spesifik vasküler risk faktörlerini yönetmek için daha kapsamlı değerlendirmeler ve yapılandırılmış programlar sağlamak amacıyla uygun uzmanlara yönlendirmeler yapılmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
4. Antikoagülasyon için bir endikasyon olmadıkça (bir BT iskemik etiyoloji tanısı koyduktan sonra), iskemik inme veya geçici iskemik atak geçiren tüm hastalara tekrarlayan inmenin sekonder önlenmesi için antitrombotik tedavi verilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
5. İnme veya geçici iskemik atak geçiren tüm hastalarda kan basıncı (tansiyon) düzenli olarak takip etmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
Antihipertansif ilaçlar, tüm inme hastalarının bireysel hedeflere göre tedavi edilebilmesi için hastaneden taburcu edilmeden önce başlatılmalıdır.					
6. İskemik inme veya geçici iskemik atak geçirmiş olan çoğu hastaya ikincil korunma olarak bir statin ilacı verilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7. İnme veya geçici iskemik atak geçiren diyabetik hastalarda glisemik düzeyler izlenmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
8. İnme veya GİA'lı diyabetik hastalar bireysel glisemik hedeflere ulaşmak için tedavi edilmelidir. Çoğu durumda hastalar, yüzde 7.0 veya altında glikozillenmiş hemoglobin (HbA1C) seviyesine ulaşmak için tedavi edilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
9. Atriyal fibrilasyon veya atrial flateri (paroksizmal, persistan veya kalıcı) olan hastalar oral antikoagülan almalıdır. Valvüler olmayan AF'de direkt oral antikoagülanlar warfarin yerine tercih edilir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
10. Geçici iskemik atak veya sakatlık yaratmayan inme ve ipsilateral yüzde 50 ila 99 oranında iç karotis arter stenozu olan hastalar inme uzmanlığı olan kişiler tarafından değerlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
11. İpsilateral yüzde 50 ila 99 oranında iç karotis arter stenozu olan seçilmiş hastalara, en kısa sürede karotis revaskülarizasyonu önerilmeli ve hastalar yedi ila on dört gün içinde ameliyat olmak üzere sevk edilmelidir.			✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi öneriler sizin uygulayacağınız en öncelikli konulardır?

Söz konusu en iyi uygulamaların geliştirilmesine ve uygulanmasına başlamak için sonraki adımlarınız nelerdir?

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

C. Kilit İnme Kalite Göstergeleri



Her bir kalite göstergesi için, verilerin aktif ve rutin olarak toplanıp toplanmadığını veya gösterge ile ilgili veri toplama süreçlerinin geliştirilme aşamasında olup olmadığını not edin. Ayrıca verilerin mevcut olmaması nedeniyle toplanamadığı veya raporlanmadığı durumları belirtmek üzere not alın. Lütfen her gösterge için en uygun kutuyu işaretleyin.

Performans ölçütleri	Numarator	Denominator	Öz Değerlendirme
1. Antitrombosit ajan verilen iskemik inme ve GİA hastalarının oranı.	Acil servisten veya yatan hasta akut bakımdan antitrombosit tedavisi sırasında taburcu edilen iskemik inme ve GİA hastalarının sayısı.	Tanımlanan popülasyon ve ortamdaki iskemik inme ve GİA hastalarının sayısı (konum, zaman dilimi vb. esas alınarak)	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2. Statin ilaçları verilen iskemik inme ve GİA hastalarının oranı (sistem göstergesi: bölgede statin ilaçlarının kullanılabilir olma durumu)	Belirli bir ortam ve zaman çerçevesinde lipit düşürücü ilaç reçete edilen iskemik inme ve GİA hastalarının sayısı	Tanımlanan popülasyon ve ortamdaki iskemik inme ve GİA hastalarının sayısı (konum, zaman dilimi vb. esas alınarak)	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. Antikoagülan ajan verilen iskemik inme ve GİA hastalarının oranı	Atriyal fibrilasyonu olan ve antikoagülan tedavi için kontrendikasyonu olmayan, belirli bir ortam ve zaman dilimi çerçevesinde antikoagülan tedavisi alan iskemik inme ve GİA hastalarının sayısı	Tanımlanan popülasyon ve ortamdaki iskemik inme ve GİA hastalarının sayısı (konum, zaman dilimi vb. esas alınarak)	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. Karotis bölgesi hastalığı olup karotis revaskülarizasyonu uygulanan iskemik inme ve GİA hastalarının oranı.	Orta ila şiddetli karotis stenozu olan ve karotis girişim prosedürü geçiren inme hastası sayısı.	Tanımlanan popülasyon ve ortam içerisinde inme ve orta ila şiddetli (%50-99) karotis arter stenozu tanısı konan hasta sayısı (yer, zaman dilimi vb. esas alınarak)	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
5. İnme başlangıcından karotis revaskülarizasyonuna kadar geçen süre.	Karotis bölgesi hastalığı olan akut inme ve GİA hastalarında inme semptomunun başlangıcından karotis revaskülarizasyonuna ve kadar geçen medyan süre (IQR)	Karotis bölgesi hastalığı olan ve acil servis veya hastaneye başvuran iskemik inme ve GİA vakalarının toplam sayısı (yerel uygulamalara bağlı olarak).	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi göstergeler bizim için önceliklidir?

Verileri kim toplayacak?

Veriler nasıl toplanacak (elektronik olarak, kağıt üzerinde, vb.)?

Veriler nasıl analiz edilecek? Ne zaman? Ne sıklıkla?

Sonuçları kim alacak?

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

İNME REHABİLİTASYONU

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

İNME REHABİLİTASYONU

Bu bölüm, inme sonrası hayatta kalanlar için devam eden optimal fiziksel, bilişsel ve duygusal iyileşmeyi teşvik etmek için yapılan rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi, değerlendirme, tedaviler ve diğer müdahalelere odaklanmaktadır. İnme rehabilitasyonunun temel hedefleri, inme sonrası hayatta kalanların işlevsel bağımlılıklarını mümkün olduğunca azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmalarına yardımcı olmaktır. İnme rehabilitasyonu, inme geçirdikten sonra hayatta kalan hastaların sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirebilir ve aynı zamanda hedefe yönelik olmalıdır.

İnme rehabilitasyon hizmetleri ve aktiviteleri, subakut fazda verilir, genellikle bir inme meydana geldikten hemen sonra, kişi medikal olarak stabil hale geldiğinde başlar ve inmeyi takip eden haftalar, aylar veya hatta yıllar boyunca fayda sağlayabilir. İnme rehabilitasyonu ideal olarak inme iyileşmesinde uzmanlığa sahip olan sağlık hizmeti sağlayıcılarını içerir ve kaynak ve tesis kullanılabilirliğine bağlı olarak yatan hasta rehabilitasyon üniteleri, toplum temelli rehabilitasyon programları, akut bakım hastaneleri, gündüz programları ve ev de dahil olmak üzere birçok ortamda gerçekleştirilebilir.

İnme Bakımı Kontrol Listeleri için Sağlık Hizmet Kapasitesi ^



Lütfen geliştirdiğiniz veya değerlendirdiğiniz inme hizmetlerini açıkça belirlemek için aşağıdaki bilgileri doldurun.

BÖLGE:	KONTROL LİSTESİNİ TAMAMLAYAN KURUM:	BİRİNCİL İRTİBAT KİŞİSİ:
HİZMET KAPSAMI:		BU DEĞERLENDİRMENİN/YORUMLARIN AMACI: Yerel grup tarafından tamamlanacaktır
☐ İl / Eyalet / Ulusal Değerlendirme ☐ Bölgesel / Yerel değerlendirme ☐ Gelişmiş inme hizmetlerine sahip büyük kentsel hastane (kapsamlı inme hizmetleri) ☐ Bazı inme hizmetlerine erişimi olan toplum hastaneleri ☐ Sağlık hizmeti sunmak üzere sadece sağlık kliniği olan topluluk ☐ Sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilen kırsal topluluk		

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

A. İnme Hizmetleri ve Kaynakların Kullanılabilirliği



Lütfen bu listelerin her birini gözden geçirin ve elinizde inme bakımı sağlamak için halihazırda mevcut olan tüm hizmetleri ve kaynakları işaretleyin. Bu işlemi tamamlandıktan sonra, en çok hangi inme hizmetleri kategorisine uyduğunuzu belirlemek için cevaplarınızı gözden geçirin.

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
- Tanımlanmış coğrafi bölgeler arasında koordinasyon olmadan yerel topluluklarda sağlanan bakım - Hekimlere çok sınırlı erişim Değerlendirme becerisi geliştirilmesini sağlar - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim sağlayın: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Risk faktörü yönetimi, ilaçlar ve yaşam tarzı yönetimi ile ilgili temel beceriler - Aileye aktarılacak temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Sağlık çalışanlarına (hemşirelere veya meslekten olmayan işçilere) değişen düzeylerde erişim - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Aileye aktarılacak temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - İnternet erişimi - Mobil inme eğitimine erişim (örneğin DİÖ) - İnme Riskometresi gibi mobil araçlara erişim	- İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere erişim (inme uzmanı olmasa da) - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Genel / Aile / Birinci basamak hekimleri - Nörolog - Tele-inme yöntemleri ile inme uzmanlarına erişim ve tele-radyoloji - İnme rehabilitasyon eğitimi olan hemşirelere ve hemşirelik değerlendirmesine erişim - İleri uygulama hemşireleri - Pratisyen Hemşire - Rehabilitasyon tedavilerine erken erişim (hemşirelere, hemşire asistanlarına ve aile üyelerine çapraz beceri eğitimleri de dahil olmak üzere) - İnme rehabilitasyon hizmetlerine erişim - Erken fonksiyonel değerlendirmeler, hedef belirleme ve geliştirilen kişiselleştirilmiş rehabilitasyon planları - Yatan hasta inme rehabilitasyon yatakları - Basit rehabilitasyon teknikleri ve özyönetim konusunda hastalar ve aileleri için eğitim programları - İnme hastaları için evde bakım rehabilitasyon hizmetleri - Düzenli ayakta tedavi inme rehabilitasyon hizmetleri - Yerel/özel topluluklar için inme rehabilitasyon programları - Hasta ve aile destek grupları - İnme rehabilitasyon ünitesi bakımına erişim (DİÖ Modülü): - İnme hastalarının bakımına adanmış, coğrafi olarak tanımlanan birim - Veya, inme hastalarını gruplandırma modeli	- Akut inme bakımı, inme önleme ve/veya inme rehabilitasyonu üzerine inme uzmanlığı olan hekimlere erişim - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Nörolog - Genel / Aile / Birinci basamak hekimi - İnme bakımında temel yetkinliklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik program - Disiplinlerarası inme rehabilitasyonu ekip üyelerine erişim - Fizyoterapist - Mesleki terapist - Konuşma-Dil Patoloğu - Rekreasyon terapistleri - Nöropsikolojik hizmetler - Sosyal hizmet uzmanı - Mesleki Terapist - Rehabilitasyon Asistanları - Hemşireler - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Diğer _____ - Daha küçük ve kırsal merkezlere tele-inme konsültasyonu sağlayın - İnme hastaları için yazılı eğitim materyalleri - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları - Veri toplama stratejisi ve mekanizmaları - İnme rehabilitasyon kaydı - İnme rehabilitasyon veri tabanı (yerel veya bölgesel)

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
	• Disiplinlerarası inme takımının üyeleri - İnme uzmanlığı olan doktorlar - İnme hemşireleri - Hemşirelik asistanları - Eczacı - Sosyal hizmet uzmanı / vaka yöneticisi - Palyatif Bakım ekibi - Fizyoterapist - Mesleki terapist - Konuşma-Dil Patoloğu • İnme hastalarının hızlı değerlendirilmesi ve tanısı için protokoller • En iyi uygulama kılavuzlarına dayanan, inme rehabilitasyon bakımına rehberlik edecek protokoller - Tıbbi ve hemşirelik değerlendirmeleri: - Yutma/yutkunma taraması - Beslenme, hidrasyon - Fonksiyonel durum, mobilizasyon, DVT riski - Bağımlılık seviyesi - Üst ve alt ekstremité fonksiyonu, yürüyüş ve denge fonksiyonu - İletişim sorunları - Görme ve algısal eksiklikleri - Bilişsel fonksiyon - Duygudurum ve depresyon taraması ve yönetimi • Tedavi hedeflerine göre hastanın ilerlemesini değerlendirmek için haftalık disiplinlerarası toplantılar ve yönetim planlarının güncellenmesi • Hasta ve aile eğitimi, beceri eğitimi ve bakım planlamasına katılım • Taburculuk planlaması ○ Coğrafi olarak ayrıışık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı ○ Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları	

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

B. Temel İnme Bakımı Önerileri



Önerilen her bir en iyi uygulama için, söz konusu uygulamanın rutin bakımın bir parçası olarak uygulanıp uygulanmadığını veya uygulama için geliştirme aşamasında olup olmadığını işaretleyerek belirtin. Ayrıca söz konusu uygulamanın uygulanmadığını durumlar (örneğin hizmet/kaynak kullanılabilir olmakla birlikte hizmetleriniz kapsamındaki mevcut inme bakımının bir parçası olmayabilir), veya ilgili hizmetin/kaynağın/ekipmanın kurumlarınızda mevcut olmaması nedeniyle uygulanmasının mümkün olmadığını durumları da işaretleyerek belirtin.

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıtı Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
1. Tüm akut inmeli hastalar, rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi ve kişiselleştirilmiş bir rehabilitasyon planı almak için bir ilk fonksiyonel değerlendirmeden geçmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
2. İnme sonrasında yatan hasta rehabilitasyonuna başvuran tüm hastalar uzmanlaşmış bir inme rehabilitasyon ünitesinde tedavi edilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3. Terapi, fonksiyonel görevleri ve aktiviteleri gerçekleştirebilmek için gerekli becerileri edinmesi için hastayı zorlayan görevlerin tekrarlı ve yoğun kullanımını içermelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
4. Hastalar, belirli fonksiyonel görevlere ilişkin performanslarını iyileştirmek için uyum sağlayıcı eğitim almalıdır (örneğin, özel cihazların kullanımını kapsayan eğitimler)	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
5. Spastisite ve kontraktürler; antispastik pozisyon verme, hareket açıklığı egzersizleri ve/veya esneme ile önlenabilir ya da tedavi edilebilir. Rutin splint kullanımı önerilmez.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
6. Sağlık çalışanlarına ve ailelere, paretik kolu hareket sırasında korumaları ve desteklemeleri, ve tekerlekli sandalye kullanımı sırasında bir yarım-tepsi veya kol oluğu kullanarak korumaları öğretilmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7. Hastalar düşme risklerinin arttığının farkında olmalı ve düşme riskini azaltmak için hastalara bir önlem listesi verilmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
8. Hastalar, etkilenen tarafta persistan merkezi ağrı ve omuz ağrısı da dahil olmak üzere inme sonrası ağrı açısından değerlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
9. Hastalar, iletişim kayıpları açısından değerlendirilmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
10. Afazi hastaları için fonksiyonel iletişimi geliştirmeye yönelik müdahaleler uygulanmalıdır (örneğin, ailelere süregiden konuşmaya olan ihtiyacın, sözsüz stratejilerin kullanılmasının öğretilmesi gibi).	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
11. Afazi hastaları, iletişim yeteneğini geliştirmeye yönelik kişiselleştirilmiş terapi almak üzere bir konuşma-dil patoloğuna yönlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

Hangi öneriler sizin uygulayacağınız en öncelikli konulardır?

Söz konusu en iyi uygulamaların geliştirilmesine ve uygulanmasına başlamak için sonraki adımlarınız nelerdir?

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

C. Kilit İnme Kalite Göstergeleri



Her bir kalite göstergesi için, verilerin aktif ve rutin olarak toplanıp toplanmadığını veya gösterge ile ilgili veri toplama süreçlerinin geliştirilme aşamasında olup olmadığını not edin. Ayrıca verilerin mevcut olmakla birlikte şu anda toplanmadığı veya bu göstergeye ait verilerin hiç mevcut olmaması nedeniyle toplanmadığı veya raporlanmadığı durumları belirtmek üzere not alın. Lütfen her gösterge için en uygun kutuyu işaretleyin.

Performans ölçütleri	Numaratör	Denominator	Öz Değerlendirme
1. Akut bakımdan taburcu edildiğinde ve inme sonrasındaki 3 aylık dönemde, modifiye Rankin Skalası skoru kullanılarak hesaplanan sakatlık skorlarının inme popülasyonunda dağılımı.	Akut bakımdan taburculuk sırasında ve inme başlangıcından üç ay sonra, her hasta için hesaplanan modifiye Rankin skorlarının frekans dağılımı. [(Verileri daha sonra MRS 0-2, MRS 0-5 veya MRS 0-6 kategorilerini sınıflandırmak için kullanacağız.)]	Yatan hasta akut bakım hastanesine yatırılan ve sağ olarak taburcu edilen tüm inme ve GİA hastaları	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2. Yatan hasta rehabilitasyon inme ünitesinde tedavi edilen ve yatan hasta rehabilitasyonunda bulunan inme hastalarının oranı.	Yatan hasta rehabilitasyon koğuşunda bakılan ve hastanede kaldıkları süre boyunca herhangi bir zamanda özel bir rehabilitasyon inme ünitesinde tedavi edilen inme ve GİA hastalarının sayısı	Yatan hasta rehabilitasyon hastanesine yatırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. Her gün içerisinde her bir rehabilitasyon disiplininin alınan ortalama doğrudan tedavi miktarı (dakika olarak)	Yatan hasta rehabilitasyon koğuşuna alınan her hasta için doğrudan tedavi süresinin ortancası (dakika olarak) (önce toplam süreyi hesaplayın, daha sonra da bu süreyi alınan her tedavi türüne göre ayırın - örneğin, PT, OT, SLP tedavilerine göre)	Yatan hasta rehabilitasyon hastanesine yatırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. Hastanede veya rehabilitasyon hastanesinde yatan, inme veya GİA sonrası düşme yaşamış inme hastalarının oranı	Yatan hasta ortamına (akut veya rehabilitasyon ortamına) alınan ve burada kaldıkları süre boyunca en az bir düşme yaşayan inme ve GİA hastalarının sayısı	Hastanedeki tüm inme ve GİA hastaları (akut hastane ve rehabilitasyon hastanesi olarak ayırın)	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
5. Düşme yaşayan ve düşme sırasında gerçekleşen yaralanmalar için medikal tedavi ihtiyacı duyan inme hastalarının oranı.	Yatan hasta ortamına (akut veya rehabilitasyon) alınan, burada kaldıkları süre boyunca en az bir düşme yaşayan ve düşme sırasında oluşan yaralanmalar için medikal müdahaleye ihtiyaç duymuş inme ve GİA hastalarının sayısı	Yatan hasta ortamına (akut veya rehabilitasyon ortamına) alınan ve burada kaldıkları süre boyunca en az bir düşme yaşayan inme ve GİA hastalarının sayısı	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi göstergeler bizim için önceliklidir?

Verileri kim toplayacak?

Veriler nasıl toplanacak (elektronik olarak, kağıt üzerinde, vb.)?

Veriler nasıl analiz edilecek? Ne zaman? Ne sıklıkla?

Sonuçları kim alacak?

Küresel İnme Kılavuzu ve Eylem Planı: Kaliteli İnme Bakımı İçin Bir Yol Haritası

TOPLUMA REENTEGRASYON VE UZUN SÜRELİ İYİLEŞME

Yazarlar: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Küresel İnme Kaliteli Bakım ve Kılavuzları Danışma Komitesi,
Küresel İnme Kılavuzu Çalışma Grubu
ve Küresel İnme Kalitesi Çalışma Grubu adına.

TOPLUMA YENİDEN KAZANDIRMA (REİTEGRASYON) VE UZUN SÜRELİ İYİLEŞME

Bu bölüm, hastaların yatarak bakımdan (akut ve/veya rehabilitasyon bakımından) çıktıkları ve topluma (ya inme geçirmeden önce ikamet ettikleri yerlere ya da inme yüzünden artan bakım ve destek ihtiyaçlarını karşılamak için farklı yerlere) döndükleri, bakımın subakut evresine odaklanmaktadır. Topluma reentegrasyonun amacı, bireyin hem sosyal hem de yerel etkinliklere katılmak suretiyle kabul edilebilir bir yaşam tarzına geri dönüşünü teşvik etmek ve bireyin fonksiyonel bağımsızlığı ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Başarılı reentegrasyon, inme geçirdikten sonra hayatta kalan hastaların sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirebilir ve aynı zamanda hedefe yönelik olmalıdır.

Topluma reentegrasyon ve inme yönetimi hizmetleri ve faaliyetleri, akut bakımdan taburculuk planlaması sırasında başlar ve inme sonrası yıllar süren bir dizi bakım faaliyetini kapsar. Topluma reentegrasyon ideal olarak inme sonrası iyileşme hakkında uzmanlığa sahip sağlık hizmeti sağlayıcılarını, sosyal ve aile desteğini, rehabilitasyonu, boş zaman aktivitelerini ve yaşam kalitesini içermektedir. Toplum temelli rehabilitasyon programları, kaynak ve tesislerin kullanılabilirliğine bağlı olarak gündüz programları, boş zaman programları, eğitim ortamları, iş yerleri ve ev olmak üzere pek çok yerde gerçekleştirilir.

İnme Bakımı Kontrol Listeleri için Sağlık Hizmet Kapasitesi ^



Lütfen geliştirdiğiniz veya değerlendirdiğiniz inme hizmetlerini açıkça belirlemek için aşağıdaki bilgileri doldurun.

BÖLGE:	KONTROL LİSTESİNİ TAMAMLAYAN KURUM:	BİRİNCİL İRTİBAT KİŞİSİ:

HİZMET KAPSAMI:	BU DEĞERLENDİRMENİN/YORUMLARIN AMACI:
☐ İl / Eyalet / Ulusal Değerlendirme ☐ Bölgesel / Yerel değerlendirme ☐ Gelişmiş inme hizmetlerine sahip büyük kentsel hastane (kapsamlı inme hizmetleri) ☐ Bazı inme hizmetlerine erişimi olan toplum hastaneleri ☐ Sağlık hizmeti sunmak üzere sadece sağlık kliniği olan topluluk ☐ Sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilen kırsal topluluk	Yerel grup tarafından tamamlanacaktır

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

A. İnme Hizmetleri ve Kaynakların Kullanılabilirliği



Lütfen bu listelerin her birini gözden geçirin ve elinizde inme bakımı sağlamak için halihazırda mevcut olan tüm hizmetleri ve kaynakları işaretleyin. Bu işlemi tamandıktan sonra, en çok hangi inme hizmetleri kategorisine uyduğunuzu belirlemek için cevaplarınızı gözden geçirin.

Asgari Sağlık Hizmetleri	Temel İnme Hizmetleri (Minimal inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)	İleri İnme Hizmetleri (Minimal ve temel inme hizmetleri altında listelenen hizmetlere ek olarak)
- Tanımlanmış coğrafi bölgeler arasında koordinasyon olmadan yerel topluluklarda sağlanan bakım - Hekimlere çok sınırlı erişim - Değerlendirme becerisi geliştirilmesini sağlar - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim sağlayın: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Risk faktörü yönetimi, ilaçlar ve yaşam tarzı yönetimi ile ilgili temel beceriler - Aileye aktarılacak temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Sağlık çalışanlarına (hemşirelere veya meslekten olmayan işçilere) değişen düzeylerde erişim - Temel inme risk faktörü değerlendirmesi konusunda eğitim: kan basıncı, atriyal fibrilasyon (nabız kontrolü), egzersiz, alkol, beslenme (koşullara göre) - Aileye aktarılacak temel rehabilitasyon teknikleri, mobilizasyon ve pozisyon verme eğitimi - Yutma taramaları ve disfaji yönetimi ile sıcaklık yönetiminde temel eğitim - Tanı servislerine veya hastane bakımına erişim yok - Yaşam tarzı ile ilgili ve önleyici amaçlı en temel tavsiyelere sınırlı erişim - İnternet erişimi - Mobil inme eğitimine erişim (örneğin DİÖ) - İnme Riskometresi gibi mobil araçlara erişim	- İnme eğitimi almış hemşirelere ve hemşire değerlendirmesine erişim - Birinci basamak bakım ortamları - İleri uygulama hemşireleri - Pratisyen Hemşire - İnme konusunda bilgi sahibi hekimlere tekrar ulaşabilme (inme uzmanı olmasalar da) - Genel / Aile / Birinci basamak hekimleri - Nörolog - Beyin cerrahı - Dahiliyeciler - Kardiyolog - Yaşlılık hastalıkları uzmanı - Acil Tıp - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Tele-inme yöntemleri ile inme uzmanlarına erişim ve tele-radyoloji - En iyi uygulama kılavuzlarına dayanmak suretiyle inme sonrası halk bakımını yönlendiren protokoller <i>Tıbbi ve hemşire değerlendirmeleri:</i> <i>Geçmiş öykü</i> <i>Yutkunma taraması</i> <i>Beslenme, hidrasyon</i> <i>Fonksiyonel durum, mobilizasyon</i> <i>DVT riski</i> <i>Bağımlılık seviyesi</i> <i>Deri bütünlüğü</i> <i>Mesane ve barsak kontinansı</i> - Hasta ve aile eğitimi, beceri eğitimi ve bakım planlamasına katılım - Taburculuk planlaması - Aspirin, yaşam tarzı değişikliği önerileri, tansiyon yönetimi gibi inme önleme tedavilerine erişim - Coğrafi olarak ayrıışık bölgeler arasında sınırlı koordine edilmiş inme bakımı - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları	- İnme sonrası iyileşme için topluluk programlarına erişim - Yatan hasta inme rehabilitasyon yatakları - Erken desteklenen taburculuk programları - İnme hastaları için evde bakım hizmetleri - Düzenli ayakta tedavi inme rehabilitasyon hizmetleri - Yerel/özel topluluklar için inme rehabilitasyon programları - Hasta ve aile destek grupları - İnme önleme klinikleri - Mesleki rehabilitasyon - Coğrafi olarak ayrıışık bölgelerde sağlanan ve birbirleriyle tamamen koordine edilen inme bakımı - Daha az sayıda merkeze rasyonelleştirilmiş ileri inme hizmetleri - İnme hastalarının bölge genelinde hareketlerini, ihtiyaca göre daha yüksek ve daha düşük hizmet seviyelerine yönlendiren inme yolları - Koordineli sevk sistemi - Daha küçük ve kırsal merkezlere tele-inme konsültasyonu sağlayın - Ambulans baypas anlaşmaları yapılmış - Hastaları kendi topluluklarına geri transfer için 'geri dönüş' anlaşmaları yapılmış - İnme hastaları için yazılı eğitim materyalleri - Tüm seviyelerdeki sağlık hizmetleri sağlayıcıları için inme eğitim programları - Veri toplama stratejisi ve mekanizmaları - Akut yatan hasta inme kaydı - Akut yatan hasta inme veri tabanı (yerel veya bölgesel) - İnme önleme kaydı - İnme önleme veri tabanı - İnme rehabilitasyon kayıt defteri - İnme rehabilitasyon veri tabanı (yerel veya bölgesel)

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

B. Temel İnme Bakımı Önerileri



Önerilen her bir en iyi uygulama için, söz konusu uygulamanın rutin bakımın bir parçası olarak uygulanıp uygulanmadığını veya uygulama için geliştirme aşamasında olup olmadığını işaretleyerek belirtin. Ayrıca söz konusu uygulamanın uygulanmadığını durumlar (örneğin hizmet/kaynak kullanılabiliyor olmakla birlikte hizmetleriniz kapsamındaki mevcut inme bakımının bir parçası olmayabilir), veya ilgili hizmetin/kaynağın/ekipmanın kurumlarınızda mevcut olmaması nedeniyle uygulanmasının mümkün olmadığını durumları da işaretleyerek belirtin.

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
1. İnme geçiren tüm hastalar depresif belirtiler açısından taranmalıdır (ideal olarak validasyonu yapılmış bir araç kullanarak).		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
2. Resmi değerlendirmeyi takiben depresif bozukluk tanısı alan hastalar, terapötik müdahaleler (ilaç tedavisi, danışmanlık veya bunların kombinasyonu) açısından değerlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3.a İnme hastaları bilişsel durumlarındaki değişiklikler açısından taranmalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
3.b Bilişsel disfonksiyonu olan hastalar, eksikliklerine göre kişiselleştirilmiş bilişsel rehabilitasyon almalıdır.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
4. İnme geçirip sağ kalan hastalara, ayrıca ailelerine ve gayri resmi bakıcılara, ileri bakım planlamasına katılmaları için inme sağlık ekibi tarafından yaklaşılmalıdır.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
5. Hastalara, ailelere ve gayri resmi bakıcılara, deneyimlemekte oldukları geçiş sürecine özgü bilgi, eğitim, talim, duygusal destek ve toplum hizmetleri sağlanmalıdır.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: A	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
6. Hastalar, aileler ve gayri resmi bakıcılar hedef belirleme sürecine katılmalıdır.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
7. Toplumda yaşayan inme geçirmiş insanlarda iyileşme süreçlerinin değerlendirilebilmesi, kötüleşmenin önlenmesi, fonksiyonel ve psikososyal sonuçların en üst düzeye çıkarılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için bu kişiler sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından düzenli ve devamlı bir şekilde takip edilmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Sağlık Sistemi ve İnme Tanıma Temel Kanıta Dayalı Öneriler	İnme Bakımı Sağlık Hizmetleri Kapasitesi için Geçerli Seviye			Destekleyici Kanıt	Öz Değerlendirme
	Asgari	Temel	İleri		
8. Fonksiyonel durumda bir değişiklik/düşüş yaşayan akut inme sonrası hastalar, inmeden sonra aylar geçmiş olsa dahi yeniden değerlendirilmelidir.		✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
9. İnme hastaları, topluma geri dönüşlerini takiben sağlık hizmeti ziyaretleri sırasında (örneğin, birinci basamak, evde bakım ve ayakta tedavi) ve geçiş noktalarında inme sonrası yorgunluk (fatig) açısından rutin olarak izlenmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: C	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil
10. İnme sonrası yorgunluk yaşayan hastalara ve onların ailelerine ve bakıcılarına, enerji koruma stratejileri ve yorgunluk yönetimi öğretilmelidir.	✓	✓	✓	Kanıt seviyesi: B	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

Hangi öneriler sizin uygulayacağınız en öncelikli konulardır?

Söz konusu en iyi uygulamaların geliştirilmesine ve uygulanmasına başlamak için sonraki adımlarınız nelerdir?

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

C. Kilit İnme Kalite Göstergeleri



Her bir kalite göstergesi için, verilerin aktif ve rutin olarak toplanıp toplanmadığını veya gösterge ile ilgili veri toplama süreçlerinin geliştirilme aşamasında olup olmadığını not edin. Ayrıca verilerin mevcut olmakla birlikte şu anda toplanmadığı veya bu göstergeye ait verilerin hiç mevcut olmaması nedeniyle toplanamadığı veya raporlanmadığı durumları belirtmek üzere not alın. Lütfen her gösterge için en uygun kutuyu işaretleyin.

Performans ölçütleri	Numarator	Denominator	Öz Değerlendirme
B. Daha Uzun Süreli İnme İyileşmesi			
1. Kapsamlı bir kontrol içeren izleme/takip belgeleri (örneğin, İnme Sonrası Kontrol Listesi) olan hastaların oranı	Bir sağlık uzmanı tarafından takip değerlendirilmeleri belgelenmiş olan hasta sayısı.	sağ olarak taburcu edilen ve topluma geri kazandırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
2. İnme sonrası 6. ayda ve 1. yılda depresif bozukluk tanısı alan inme hastalarının yüzdesi.	İndeks inme başlangıcından itibaren 6 ay veya 1 yıl içinde belgelenmiş depresyon teşhisi konan hasta sayısı.	sağ olarak taburcu edilen ve topluma geri kazandırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
3. İnme sonrası 6. ayda ve 1. yılda yeni bir bilişsel bozukluk tanısı alan inme hastalarının yüzdesi.	İndeks inme başlangıcından itibaren 6 ay veya 1 yıl içinde bilişsel değerlendirmesi yapılmış ve belgelenmiş hasta sayısı.	sağ olarak taburcu edilen ve topluma geri kazandırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
4. İnme sonrası 6. ayda ve 1. yılda baş edememe sorunu yaşayan inme hastalarının ve ailelerin yüzdesi.	İndeks inme başlangıcından itibaren 6 ay veya 1 yıl içinde baş edemem tanısı konan ve belgelenmiş olan hasta sayısı.	sağ olarak taburcu edilen ve topluma geri kazandırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
5. Taburcu olduktan yaklaşık 6 hafta sonra, inme takımı üyelerinden biri ile yapılan takip randevusuna dair belgelenmiş kanıt.	Akut bakım hastanesinden taburcu olduktan sonraki 6 hafta içerisinde inme veya GİA için izlem ziyareti yapmış olan hasta sayısı.	sağ olarak taburcu edilen ve topluma geri kazandırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Veri toplanmış ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Veri toplanmamış ☐ Veri mevcut değil
6. İnme sonrası topluluklarına geri döndükten sonra 6 ay veya 1 yıl içinde bir uzun süreli bakım kurumuna başvurması gereken inme hastalarının yüzdesi. (Not: ayrıca tekrar başvurmadan önce, toplumda geçirilen gün sayısı da ölçülebilir).	İndeks inme veya GİA sonrası 6 ay veya 1 yıl içinde uzun süreli bakım merkezine kabul edilen hasta sayısı.	sağ olarak taburcu edilen ve topluma geri kazandırılan tüm inme ve GİA hastaları.	☐ Devrede ☐ Geliştirme aşamasında ☐ Uygulanmıyor ☐ Mevcut değil

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Hangi göstergeler bizim için önceliklidir?

Verileri kim toplayacak?

Veriler nasıl toplanacak (elektronik olarak, kağıt üzerinde, vb.)?

Veriler nasıl analiz edilecek? Ne zaman? Ne sıklıkla?

Sonuçları kim alacak?

EK 1

DİÖ KÜRESEL BAKIM KILAVUZUNUN YEREL KULLANIM İÇİN UYARLANMASINDA ATILACAK ADIMLAR

DİÖ Küresel Bakım Kılavuzunun Yerel Kullanım için Uyarlanması

DİÖ Küresel İnme Bakım Kılavuzu, inme sürecinin tamamı boyunca inme hastalarına uygulanacak ideal bakımı tanımlar.

Bu kılavuz, etkinlik açısından en yüksek kanıt seviyesine sahip olan veya kilit sistem sürücülerini kabul edilen konuları vurgulamaktadır. DİÖ İnme Bakım Kılavuzu ve Eylem Planı kullanıcılarının, önerilerin sadece bazılarını uygulayabileceklerinin ve/veya herhangi bir anda inme bakımı sürecinin sadece bazı aşamaları üzerinde (yukarıdaki çerçevede tanımlandığı gibi) çalışıyor olabileceklerinin farkındayız.

Klinik uygulama kılavuzları, kanıtları klinik uygulamaya aktarmayı kolaylaştırmak için üretilir. Dünyanın dört bir yanında yapılan inme denetimleri, elde edilen kanıtların inme bakımında en iyi uygulamalar olarak gösterdiği uygulamalar ile gerçekte pratikte sunulan bakım arasında büyük bir fark olduğunu tekrar tekrar göstermiştir. DİÖ İnme Bakım Kılavuzunun hedeflerinden bazıları, kanıtların uygulamaya geçirilmesini kolaylaştırmak, klinik karar verme sürecini desteklemek, faydalı terapötik yaklaşımları belirtmek ve kamu politikasını etkilemektir (Kastner et al 2011).

İnme bakımı önerilerinin yerel olarak benimsenmesi ve uygulanması için titiz ve onaylanmış bir süreç izlenmelidir. DİÖ Küresel İnme Kılavuzları ve Kalite Komitesi, ADAPTE modeli (ADAPTE İşbirliği, 2009) ve AGREE Kılavuz değerlendirme aracı (AGREE Trust, 2010) gibi mevcut modellere dayanarak DİÖ Küresel İnme Kılavuzlarını uygulamada gruplara yardımcı olacak bir çerçeve geliştirmiştir.

Aşağıdaki akış şeması, herhangi bir yerel, bölgesel veya ulusal grup, yerel kullanım için DİÖ İnme Bakım Kılavuzunu benimsediğinde atılması gereken adımları açıklar. Sonrasında her adım için daha ayrıntılı açıklamalar verilmiştir. Mümkün olduğu yerde her adım için pratikte dikkate alınması gereken hususlar belirtilmiştir. Ayrıca, daha ayrıntılı bilgilerin gerekli olabileceği durumlar için bu bölümde faydalı kaynaklara da bağlantılar sağlanmaktadır.

Kaynakların sınırlı olduğu bölgelerde bazı adımlar değiştirilebilir veya atlanabilir. Bunu yapmanın yararları ve risklerini tartmak önemlidir. Örneğin çalışma grubunun kurulması sırasında grubun küçük kalması yönünde karar verilebilir. Ancak yine de ideal olarak çalışma grubunda çok sayıda disiplin temsil edilmelidir.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

DiÖ küresel inme bakımı kılavuzu ve eylem planının yerel düzeyde kullanılmak üzere uyarlanmasına yönelik adımları.

Çalışma grubunu oluşturun	• Kilit paydaşların temsil edilmesi sağlanmalı • Diğer yetki bölgelerinden uzmanlar arayın
Kapsam ve konuları tanımlayın	• İnme bakım sürecinin uygulanabilir aşamalarını belirleyin • Yerel düzeyde kullanılan kılavuzunuzda ele alınacak ana başlıkları seçin
En iyi kanıtları bulun	• Yerel geliştirmenin temeli olarak DiÖ İnme Bakımı Kılavuzuna katkıda bulunan ülkelerdeki uygun kılavuzları gözden geçirin ve seçin • Mevcut global kılavuzlardan elde edilen kanıt incelemelerini kullanın • Ek güncel kanıtlar bulmak için kanıt araştırması gerçekleştirin
Kanıtları değerlendirin ve derleyin	• Yeni kanıtların kalitesini ve gücünü değerlendirmek için sistematik bir süreç izleyin
Önerileri seçin ve yerel içerik için gerektiği şekilde değiştirin	• Mümkün olduğunca açık ve net olun. • Kapsamı ele almak için kritik içerik ekleyin (Ek 1) • Kanıtlar ile öneriler arasında bağlantılar kurun
Danışma ve Dış İnceleme	• Son kullanıcılar, sistem liderleri ve fon sağlayıcıları ile yapılan görüşmeleri de ekleyin • Orijinal geliştirme ve uyarlama çalışmalarına dahil olmayan uzmanlar tarafından yapılan dış incelemeler
Yaygınlaştırma ve Uygulama	• Uygulamayı desteklemek için çeşitli araçlar sağlayın • Bakım sağlama sürecine dahil olan herkese eğitim ve beceri eğitimi sağlayın
Değerlendirme Stratejisi	• Uygulamayı ve hasta sonuçları üzerindeki etkiyi ölçmek için kilit kalite göstergelerini belirleyin • Kayıt veya düzenli denetim süreci yoluyla veri toplama mekanizması

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

DiÖ Küresel İnme Kılavuzunun ve Eylem Planının Benimsenmesi ve Uygulanmasına İlişkin Ayrıntılı Adımlar

1.0 Çalışma Grubunu Oluşturun

Kılavuzlar, geliştirilen kılavuz konusu ile ilgili geniş bir uzmanlık yelpazesine sahip bir grup tarafından geliştirilmelidir. Dikkate alınacak kişilerin listeleri çeşitli kılavuz geliştirici el kitaplarında bulunmaktadır (bu belgenin sonundaki bağlantılara bakınız). Grubun birlikte çalışma şeklinin, sürecin sonucu üzerinde önemli etkileri olabilir.

İnme bakımı için, aşağıdaki disiplinlerden sağlık uzmanları, kılavuzun geliştirilmesine katılım için göz önünde bulundurulmalıdır: tıp (nöroloji, iç tıp, acil tıp, birinci basamak bakım ve fizyatri), hemşirelik, rehabilitasyon (fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma-dil patologları, rehabilitasyon asistanları), sosyal hizmet, psikoloji ve eczacılık. Diğer disiplinler ve sistem liderleri de, kılavuzda yer alan sürecin aşama(lar)ına bağlı olarak önemli bir yere sahip olabilirler. İnme sağ kalan kimselerin ve bakıcıların da gruba dahil edilmesi önemlidir.



Pratik notlar:

- Sürece dahil olan kişilerin bir listesini tutun.
- Herhangi bir profesyonel kuruluş ile irtibata geçin ve inme konusunda uzmanlığı olan ve bu mesleğin bir temsilcisiinden öneriler isteyin.
- İnme bakımına katılan tüm paydaşlar hakkında düşündüğünüzden emin olun; örn. Birinci basamak doktoru, hastane yöneticisi, vb.
- Geliştirme grupları mümkün olan durumlarda yönetilebilir bir büyüklükte (6 - 10 kişi) tutulmalıdır.
- İnme kılavuzlarının geliştirilmesi noktasında uzmanlık diğer yetki alanlarında mevcuttur. Grubunuz için ek uzmanlık gerekirse, ülkenizdeki ya da bölgenizdeki inme kılavuzu uzmanlarına yönlendirmeler yapmaları için Dünya İnme Kılavuz Komitesi Komitesine başvurmayı düşünebilirsiniz.

2.0 Kapsamı ve konuları tanımlayın

Normal olarak grup, kılavuza hangi konuları dahil etmek istediği hakkında iyi bir fikre sahip olacaktır. Bu karar araştırma ve değerlendirme adımlarını yönlendireceğinden, grubun hangi soruların/konuların ele alınacağı konusunda tam olarak anlaşmaya varması önemlidir.

İnme bakımı, birincil korunmadan uzun süreli iyileşmeye ve topluma yeniden entegrasyona kadar bakım sürecinin tamamını kapsar. Herhangi bir kılavuzun kapsamı bu sürecin birkaç farklı bölümünü kapsayabilir veya daha kapsamlı olabilir ve sürecin çok daha fazlasını içerebilir.



Pratik notlar:

- Mevcut inme kılavuzlarını gözden geçirin, belirlediğiniz konulara en çok uyanları belirleyin, ve bunlarla çalışmaya başlayın ve bunları uyarlamaya çalışın.
- Bir kılavuza ne kadar çok konu eklenirse geliştirme için ihtiyaç duyulan çalışma da o kadar artacaktır.
- Grubun kaynakları ve zaman dilimlerini anladığından ve yalnızca dahil edilecek KİLİT konular üzerinde anlaştığından emin olun.
- Kanıt özetlerinden yararlanmak için hangi konuların sıklıkla dahil edildiğini görmek adına mevcut kılavuzlara bakın (Sürekliliğin her bir bölümünde ele alınacak kritik konuların bir listesi için Ek 2'ye bakınız).
- Her konu için eklenecek içeriğin genişliği ve derinliğine karar verin (her bir öneri için ayrıntı düzeyi ve ayrıntı miktarı)
- Mevcut inme kılavuzları için bağlantılar Ek 1'de verilmiştir.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

3.0 En iyi kanıtları bulun

Çoğu araştırmada olduğu gibi, bir kılavuzun kalitesi ve güvenilirliği herhangi bir yanlışlığı azaltmak amacıyla uygulanan yöntemlere dayanmaktadır. Kılavuz geliştirme sürecinin en önemli aşaması, en iyi ve en güncel kanıtların bulunup değerlendirilmesidir. Bunun yapılabilmesi için de sistematik bir yaklaşım gerekmektedir.

Kanıt ararken, bu işlemin literatür taraması yapılan alanla ilgili uzmanlığa sahip birisinin yardımıyla yapılması şiddetle tavsiye edilir. Bu adımın tamamlanması için çalışma grubu, cevaplanmasını istediği soruları dikkatle geliştirmeli ve kılavuzda ele almayı planladıkları konuları açıkça belirtmelidir. Sorular genellikle belirli bir müdahalenin etkilerine odaklanır ve üç aşama çerçevesinde geliştirilir: müdahale, popülasyon ve sonuçlar. Örnek olarak: “Antikonvülsan tedavisinin inme sonrası nöbet geçiren kişilerde nöbetleri azaltma üzerindeki etkisi nedir?” Bu örnekte, antikonvülsan tedavi müdahale, inme sonrası nöbetlerin azaltılması sonuç, inme sonrası nöbetleri olan kişiler ise popülasyondur.

Sorular ve ifadeler ne kadar açık bir şekilde belirtilirse, bilgi uzmanının konuyla ilgili çalışmaları saptaması da o kadar kolay olacaktır. Çalışmaların aranması şunları içermelidir:

- a) Elektronik veri tabanları (örneğin, Cochrane, MEDLINE, CINAHL ve EMBASE) - Kanada Tabipler Birliği El Kitabı sayfa 14'deki bağlantılara bakınız.
- b) Alandaki ve ilgilenilen belirli konulardaki uluslararası uzmanlarla iletişim
- c) Önemli dergilerde manuel yapılan aramalar ve makalelerdeki ve inme ile ilgili diğer kılavuzlardaki referans listeleri.

Bu arama çabaları, özellikle hipertansiyon gibi konularda, çok sayıda araştırma makalesi ortaya çıkarabilir. Ayrıntılı değerlendirme yapılacak makalelerin kapsamının daraltılmasına yardımcı olmak için ek kriterler de tanımlanmalıdır.

Mevcut Aramaların Başlangıç Noktası Olarak Kullanılması:

En iyi kanıtları bulmanın alternatif ve daha basit bir yolu, özellikle kaynaklar yetersiz olduğunda, mevcut bir kılavuzun yaptığı aramaları kullanmaktır. Kanıt özetleri normalde kılavuz geliştirme grupları tarafından üretilir. Kılavuz geliştirme grubunuz başka bir kılavuz geliştirme grubuyla iletişim geçebilir ve onlardan halka açık olmayan arama sonuçları veya kanıt tablolarını talep edebilir. Alternatif olarak, bu tür özetlerin kullanılmasına karar verilebilir, ancak önceki çabaya dahil edilen son arama tarihinden bu yana yapılan güncel çalışmalar aranarak liste güncellenebilir. Bu yaklaşım kaliteden ödün vermeden zaman, çaba ve kaynak kullanımını önemli ölçüde azaltır.

Önceki kılavuzlar için yapılan aramaları güncellemeye ve kullanmaya karar verirken, faydalanacağınız aramaların sağlam bir şekilde yapılmış olması önemlidir. AGREE aracı, mevcut bir kılavuzun geliştirilmesinde kullanılan sürecin kalitesini belirlemenize izin veren bir ölçüdür. ¹ Birden fazla kılavuzdan faydalanmanız durumunda, hangi kılavuzların en sistematik geliştirme sürecini takip ettiğini (ve bunlardan hangisini kendi kılavuzunuzda temel alacağınızı) belirlemek için AGREE aracını kullanabilirsiniz (Mevcut inme kılavuzlarının listesi için Ek 3'e bakınız). Bu süreç aynı zamanda popülasyonunuza veya kaynak mevcudiyetinize daha yakından benzerlik gösteren, bu nedenle de benimseme veya uyarlama süreci açısından daha uygun olan diğer kılavuzları belirlemenize yardımcı olabilir.



Pratik notlar:

- Arama yaptığınızda bu alanda deneyimli bir bilgi uzmanından faydalanın.
- Belirli bir konuyla ilgili temel kanıtları belirlemek için mevcut olan en kaliteli kılavuzları kullanın. Mümkün olduğu hallerde, ek bilgi ve kaynak paylaşımı için bu kılavuzları geliştirenlerle iletişime geçin.
- Eğer yakın zamanda yayınlanmış bir kılavuz varsa, daha sonradan yayınlanmış çalışmaları taramak veya sadece mevcut bilgileri kullanıp diğer bilgileri aramayarak zaman kazanmak yönünde bir karar verilebilir.
- Kullanılan yaklaşım ne olursa olsun, bir önerinin içeriğini ve yönünü önemli düzeyde etkileyebilecek yeni araştırmaların saptanması için belli bir çaba sarf edilmelidir. Bunun yapılması, kılavuzların daha tamamlanmadan ve uygulanmaya başlamadan önce güncelliklerini kaybetme riskini azaltacaktır.
- Her zaman en yüksek kanıt seviyesini bulmayı ve kullanmayı amaçlayın (sistematik incelemeler). Bunların olduğu yerlerde normalde daha fazla kanıt aramaya gerek yoktur.
- Aramanın sonuçlarının hedef dahilinde ve yönetilebilir olmasını sağlamak için önceden belirlenmiş bir dahil etme kriterleri listesi hazırlayın.

1. AGREE Sonraki Adımlar Konsorsiyumu için Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L. AGREE II: Sağlık hizmetlerinde kılavuz geliştirme, raporlama ve değerlendirmenin ilerletilmesi. Can Med Assoc J. 2010. Aralık 2010; 182:E839-842; doi:10.1503/090449

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

4.0 Kanıtları değerlendirin ve derleyin

Kilit öneme sahip literatür belirlendikten sonra, çalışma grubu ilk literatür taramasından elde edilen kanıtları gözden geçirmeli ve her konu ile ilgili bulguları özetlemelidir. Tıpkı kanıtların belirlenmesinde olduğu gibi, kanıtları değerlendirmek için sistematik bir yaklaşım izlenmesi şiddetle tavsiye edilir. Çalışma grubu, kanıtların derecelendirilmesine ve tavsiyelerin oluşturulmasına rehberlik etmek amacıyla hangi yaklaşımın kullanılacağına en başta karar vermelidir. Grubun üyeleri, seçilen sınıflandırma sistemine aşina olmalı ve sistem ile ilgili eğitim almış olmalıdır. İnme kılavuzu geliştirenlerin çoğu, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) tarafından belirtilen sürece benzer bir süreç kullanmaktadır (Kaynaklar bölümündeki SIGN kılavuz el kitabı bağlantısına bakınız).

Ayrıca Bazı veri tabanlarında seçilen konularla ilgili mevcut kanıtların özetleri bulunmaktadır. Bazı örnekler şunlardır:

www.effectivestrokecare.org
www.strokengine.org
www.ebrsr.com



Pratik notlar:

- Belli başlıklar için, kanıtların kolayca derlenip sıralanması için mevcut kılavuzlardan kanıt özetleri kullanılabilir.
- Mümkün olduğu yerlerde mevcut kanıt değerlendirme ve özet kaynaklarını kullanın.
- Kanıt seviyeleri, farklı kılavuz geliştirme grupları tarafından farklı şekilde belirlenebilir. Tercih ettiğiniz yöntemi seçin ve grubunuzun incelediği veya dahil etmeyi seçtiği tüm araştırmalar için kullandığınız kanıt derecelendirme yaklaşımı konusunda tutarlı olun.

5.0 Önerileri seçin ve yerel içerik için gerektiği şekilde değiştirin

Kanıtlar bulunup özetlendikten sonra, çalışma grubu her konu ile ilgili önerileri dikkatle hazırlamalıdır. Önerilerin mümkün olduğunca net olması ve öneri ile kanıt arasındaki ilişkinin kolayca görülebilir olması elzemdir. Önerilerin gücünü derecelendirmek de faydalıdır ve bunun için dünya genelinde çeşitli sistemler kullanılmaktadır (daha fazla bilgi için çeşitli el kitaplarına bakınız).

Araştırmalar, resmi bir "sonuç/öneri oluşturma" sürecinin, gayri resmi bir "fikir birliğine varma" sürecine göre daha iyi olduğunu göstermektedir (diğer bir deyişle, grubun bir veya iki üyesinin güçlü görüşleri için potansiyel yanlılığı en aza indirir). Fikir birliğine varmak için yaygın kullanılan iki yaklaşım arasında nominal grup tekniği ve Delphi yaklaşımını saymak mümkündür. Bu yaklaşımlar hakkında daha fazla bilgi kılavuz geliştirme kaynaklarında bulunabilir.

- Kanıtları tanımlamak ve özetlemek için mevcut kılavuzların kullanıldığı durumlarda, ADAPTE yaklaşımı şunlardan herhangi birisini yapabileceğinizi belirtir²:
- Kılavuzun tamamını ve önerileri kabul etmek;
- Sadece kanıt özetlerini kabul etmek ve kendi önerilerinizi yazmak;
- Belirli önerileri kabul etmek, ancak diğerlerini kabul etmemek;
- Belirli öneriler üzerinde değişiklik yapmak.

Kullanılan kaynak ve işlemlerden söz etmeniz önemlidir. Mevcut bir kılavuzun uyarlanması, kılavuzun kullanılmasına izin verilmesi, asıl önerilerde yapılacak herhangi bir değişikliğin tartışılması (yerelde uygulandığında kanıtları doğru bir şekilde yansıttığından emin olmak için) ve kılavuz geliştirme süreci ile ilgili deneyime sahip uzmanlardan faydalı öneriler ve dersler almak için mevcut kılavuzun orijinal geliştirme grubuyla bağlantı kurulması önemlidir ve faydalıdır.

2. ADAPTE: Kılavuz uyarlama el kitabı. ADAPTE Grubu; 2007. <http://www.adapte.org>

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI



Pratik notlar:

- Her bir öneri ifadesi açık, net ve yalnızca bir konu, eylem veya müdahaleye yönelik olmalıdır.
- Anlam belirsizliğinden kaçınılmalıdır.
- Neler yapılmaması gerektiğine dair öneriler de eklenmelidir (örneğin, XX Prosedürü önerilmez).
- Her konu ile ilgili öneri(ler)e ek olarak kanıtın kısa bir özetini de eklemek faydalıdır.
- Önerileri özellikle kanıtlarla ilişkilendirin (mümkünse kanıtın türü veya seviyesi ile önerilerin gücünü belirtin).
- Mümkün ve uygun olduğu hallerde önerilerdeki kelime ve ifadeleri, bulunduğunuz bölgedeki diğer hastalık grupları (diyabet grubu, hipertansiyon grubu gibi diğer gruplar ile birincil korunmayla ilgili yerel kılavuzlar) tarafından inme ile ilgili ortaya konmuş önerilerle uyumlu hale getirin.
- Önerilen bazı performans göstergelerinin dahil edilmesi, tesisleri kılavuzlara uyum konusunda kendilerini izlemeye teşvik edebilir.
- Yapılanların açık ve net bir şekilde bildirilmesi, kılavuzun şeffaflığını ve ona duyulan güveni artırır.
- Her bir öneriyi, şunları içeren destekleyici belgelerle birlikte sunun: Gerekçe, sistemin yansımaları, performans ölçüleri ve kanıtların özeti.

6.0 Danışma ve Dış İnceleme

Bir kılavuz kamuya açık bir şekilde yayınlanmadan önce, o kılavuzu kullanması beklenen herkesten (klinikyenlerden, yöneticilerden, meslek kuruluşlarından vs.) geri bildirim alınması önemlidir. Bu süreç, önerilerin ifade edilme şeklini iyileştirebilir, ve son haline getirildiğinde geniş bir destek almasını sağlayabilir ve benimsenmesini artırabilir. Ayrıca, öznel ve içerik geçerliliği sağlar ve yayınlanmadan önce olası tartışma alanlarını belirleme fırsatı sunar, böylece kılavuz geliştirme grubu bu potansiyel sorunlara cevap vermek için hazırlanabilir. Tüm geri bildirimlerin sistematik olarak gözden geçirilmesi ve son değişikliklerin bir özetinin süreç raporunda kaydedilmesi önemlidir. Tüm danışma ve güncelleme süreçleri tamamlandıktan sonra, nihai belge onay için ilgili sağlık otoritelerine ve meslek örgütlerine sunulabilir. Onayın kabul ve benimsenme oranını arttırdığı gösterilmiştir.



Pratik notlar:

- Mümkün olduğunca geniş bir çevreye danışın. Bunu yapmanız, insanları kılavuzun geliştirilmekte olduğu ve yakında hazır olacağı konusunda önceden bilgilendirilmesini sağlar. Ayrıca kilit meslek gruplarının sehven geliştirme sürecinin dışında tutulmasını engeller.
- Dış inceleme sürecindeki şeffaflık, kılavuz geliştirme sürecinin güvenilirliğini de artırır.
- Kendi meslektaşları veya mensubu oldukları meslek kuruluşlarının diğer üyeleri sürece resmi olarak dahil olmuş olsalar bile, geliştirme sürecine doğrudan dahil olmayan kişilerin de görüşlerini almaya çalışın.
- Sürecin tamamı boyunca, ilgili makamlarla ve meslek kuruluşlarıyla mümkün olan en erken zamanda iletişime geçmek faydalı olacaktır. Yetkili makamların geliştirme sürecinde göz önünde bulundurulması gereken bazı gereksinimleri olabilir.
- Bu tür tasdik ve onay süreçlerinin kamuya açık bir şekilde paylaşılması ve bunların kılavuz belgelerine dahil edilmesi, kılavuzların kabulünü ve kullanılmasını artırabilir.

7.0 Yaygınlaştırma ve Uygulama

Kılavuz tamamlandıktan sonra mümkün olduğu kadar yaygınlaştırılmalı ve geniş çevrelere sunulmalıdır. Yaygınlaştırma stratejisi, kılavuz kamuya açık bir şekilde yayınlanmaya hazır olur olmaz en kısa zamanda geliştirilmeli ve başlatılmalıdır. Kılavuzun ilgili tüm paydaşlara yayılması için, uygun bir mekanizmanın yanı sıra bu paydaşları sıralayan bir ana liste de oluşturulmalıdır.

Genellikle kuruluşlar, tüm dokümanı tamamlamak ve desteklemek için özet slaytlarla birlikte bir özet belge içermesi muhtemel ancak kılavuza genel bir bakış da sağlayacak bir yaygınlaştırma paketi üretecektir. Herhangi bir kaynağın elektronik kopyaları tüm ilgili kuruluşlara ve sağlık uzmanı ağlarına dağıtılmalıdır. Kılavuzun bir özetini, ilgili bir dergide yayınlamayı da tercih edebilirsiniz.

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Kaliteli bir kılavuzun geliştirilmesi otomatik olarak daha fazla kullanılacağı anlamına gelmez ve kılavuzların uygulanmasına yönelik çoğu strateji, en iyi ihtimalle sadece sınırlı etkiler yaratır. Kılavuzun içeriğini geliştirmek için eşzamanlı olarak bir uygulama planı geliştirilmeli ve en kısa sürede uygulanmalıdır. Kılavuzlar; onların kullanımını teşvik etmek amacıyla geliştirilen mesleki eğitim, denetim, geri bildirim ve mümkünse akreditasyon gibi diğer stratejilerle birlikte uygulanmalıdır. Buradaki esas zorluk; kılavuzları kaliteli veri toplama, çok yönlü ve etkin uygulama ve değerlendirme mekanizmasıyla birleştiren bir sistem yaklaşımı kullanmaktır. Rutin olarak kılavuz geliştiren ve kullanan diğer ülkelerden öğrenilecek çok şey bulunmaktadır.

Kılavuzların kullanılmasını teşvik etmeye yönelik stratejiler, mevcut birçok kılavuz el kitabında (örneğin, SIGN kılavuzunun 45. sayfasında) ve bu el kitabının referans bölümünde ele alınmaktadır.



Pratik notlar:

- Kılavuzları yaymak ve tanıtmak için çalışma grubunuzun bağlantı ve ağlarını kullanın.
- Uygulama aşamasını daha sürecin en başında göz önünde bulundurun, nitekim bunu yapmanız bu önerileri nasıl yazacağınıza ve kullanımlarını nasıl artıracığınıza odaklanmanıza yardımcı olacaktır.

8.0 Değerlendirme

Sunulan inme bakımının değerlendirilmesi, planlama ve uygulamaya dahil edilmesi gereken temel bir bileşendir. İnme bakımı ve hasta sonuçları ile ilgili temel verileri sistematik bir şekilde toplamak, bakım sunumunda sürekli iyileştirmeler yapılabilmesini sağlar ve ayrıca inme hizmetleri ve kaynaklarının genişletilmesi ve daha da geliştirilmesi için iş vakası ve savunuculuk materyalleri geliştirilmesi için veri sağlar. Bu kılavuzda yer alan bilgilerin amacı, inme bakımı performansının tutarlılığını ve standardizasyonunu arttırmak ve gruplar arası karşılaştırmalara ve uygun meslektaş grupları için onaylanmış kıyaslama kriterlerinin geliştirilmesine olanak tanımadır.



Pratik notlar:

Uygun denetim ve geri bildirim süreçleri geliştirebilmek için veri analistleri ve değerlendirme uzmanlarıyla birlikte çalışın. Bu süreçler çok basit olabildiği gibi son derece karmaşık da olabilir.

one voice
One World Voice for Stroke

EK 2

AKUT İNME VAKALARINA İLİŞKİN TEMEL TANIMLAR

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

İnme bakımı sunumunun değerlendirilmesi, inme bakımı sistemi ne kadar büyük veya ne kadar küçük olursa olsun, herhangi bir organize inme bakımı sisteminin temel bileşenlerinden birisidir. Değerlendirme ile ilgili hususlar planlama sürecinin en başlarında belirlenmelidir. Bunun yapılması, veri toplama mekanizmalarının inme hizmetleri ve kılavuz uygulama planının bir parçası olarak oluşturulabilmesini sağlayacaktır.

DİÖ Küresel İnme Bakımı Kılavuzunun ve Eylem Planının bir parçası olarak, inme performans ölçüm stratejisine dahil edilmek üzere uygun inme vakalarının belirlenmesi için Uluslararası Hastalık Sınıflaması kodları seçilmiştir (aşağıdaki Tabloya bakınız). Daha sonra, temel en iyi uygulama önerilerini seçme sürecine paralel olarak bir temel performans ölçütleri seti tanımlanmıştır. Bu kilit inme kalite göstergeleri, yetki bölgelerinde inme bakımı ölçümünün odağını, tutarlılığını ve standardizasyonunu artırmak amacıyla bu yol haritası içerisinde sağlanmıştır. Zamanla, bu bilginin asgari, temel ve ileri düzeyde inme hizmetlerinin sağlanması amacıyla küresel ölçüt ve kıstaslar geliştirmek için kullanılacağı ve bilgili karar verme ve sistem planlaması yoluyla küresel inme bakımı iyileştirme çabalarını yönlendirmeye yardımcı olabileceği umulmaktadır.

Etkili yerel inme bakımı ölçüm stratejisi kalite göstergeleri geliştirilebilmesi için çeşitli unsurlara değinilmelidir:

- İnme vakası tanımlarının belirlenmesi
- Hedeflenen hasta popülasyonu için dahil etme ve dışlama kriterlerini tanımlayın (inme tipi, yaş, cinsiyet, ortam, bakım aşaması vb.)
- Aşağıdaki DİÖ listesinden temel inme kalitesi göstergeleri belirleyin ve sunulan hizmetlerin çerçevesini ve sorumlulukları yeterince kapsayan ilave göstergeler ekleyin
- Tanımlanan kalite göstergelerinin hesaplanması için gerekli tüm öğelerin toplanmasını sağlamak üzere gerekli veri öğelerini ve yöntemi belirleyin
- Veri toplama havuzu ve metodolojisi geliştirin (kim, ne zaman, nerede, nasıl ve hangi hastalarda verileri kaydedecek)
- Veri toplama, analiz ve raporlama için zaman dilimlerini belirleyin
- Rapor yapısını ve formatını belirleyin (çevrimiçi kontrol panelinin rapor kartları, mümkün olduğu her yerde dikkate alınmalıdır)
- Veri analizi sonuçlarının tüm sağlayıcılara, karar vericilere ve hasta popülasyonuna yayılmasını sağlayacak bir dağıtım ve iletişim planını oluşturun

Yerel düzeyde, inme bakımı sağlayıcıları ve/veya inme ekipleri, yerel sağlık verileri toplama ve raporlama personeli ile görüşmelerde bulunmalı ve optimum veri kalitesinin, eksiksizliğinin ve doğruluğun sağlanması için tüm inme vakalarının nasıl kodlanacağına karar vermelidir.

Kalite Tanımları

Bakım standartları: Kapasitenin, kalitenin, içeriğin veya belirli bir faaliyet konusunun kapsamının ölçülmesi veya değerlendirilmesi için yapılan karşılaştırmanın temelini oluşturur. Kanıt yokluğunda, standartlar uzman görüşü ile bildirilebilir. Standartlar herhangi bir sağlık mesleğinin en temel gereksinimleri olarak kabul edilebilir ve genellikle politikalar, prosedürler ve uygulama belgelerinin standartları kapsamında tanımlanır. Bakım standartları, kaliteli bakım olarak tabir edilen kavramı oluşturan minimum kabul edilebilir özellikleri belirtir.

Bakım standartları; güçlü bilimsel kanıtlar ve tedavide yer alan sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinden yola çıkarak, belirli bir hastalığın tedavisinde kullanılacak uygun yönetimlerin belirlenmesini sağlar. Bakım standartları, belirli bir topluluktaki ortalama ve özenli sağlayıcının ne şekilde uygulama yapması gerektiğini ve nitelikli uygulayıcıların aynı veya benzer koşullar altında hastanın bakımını ne derece benzer şekilde idare edeceğini belirler.

Kalite Göstergesi: Sağlık hizmetleri sağlayıcıları, hastane veya sistem düzeyinde öz-değerlendirme yapılmasını ve kaliteyi iyileştirmeye yönelik çalışmaları desteklemek amacıyla geliştirilmiş olan sağlık bakım kalitesinin nesnel bir ölçütü (ACC/AHA Performans Ölçütleri görev gücü).

Karşılaştırmalı değerlendirme (Benchmark):

Belirli bir bakım süreci veya sonucu için mükemmellik standardı olarak kabul edilen ve gruplar arasında karşılaştırma yapmak için kullanılan performans düzeyidir. Benchmarklar bir şeyin ölçülmesini, karşılaştırılmasını veya değerlendirilmesini sağlayan standart değerler sunar. Benchmarklar, aşağıdakiler dahil olmak üzere çeşitli tekniklerle tanımlanabilir: doğrulanmış araştırma ve istatistiksel yöntemler; en iyi performans gösterenlerin belirlenmesi; ve tanımlamayı yapanın kendi kurumunun geçmiş performansı.

Hedef: Bir kuruluşun belirli bir süre içinde ulaşmayı hedeflediği performans düzeyidir. Bu düzey genellikle mevcut performans seviyesi ile benchmark değeri arasında bir değerdir, ancak bazı hallerde benchmark değerine eşit veya ondan daha büyük olabilir. Hedef değerleri, bakım standardını karşılamaya ilişkin kaynakları ve kısıtlamaları dikkate alır.

Eşik değer: Kabul edilebilir minimum performans seviyesi. Eşiğin altında kalan performans oranları düşük performans olarak kabul edilir ve düzeltici faaliyete neden olmalıdır.

*** Eşiğin dışındaki performans oranları - belirli bir ölçütle tanımlandığı şekliyle eşiğin üstünde veya altında olanlar - düşük performans olarak kabul edilir.*

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Akut İnme Vakası Tanımlama Kodları (2016 güncellemesine göre)*

Grup	Akut İnme Ana Kategorisi	ICD-9	ICD-10 kodları (v2015)
'Akut İnme' - Güncellenmiş Vaka Seçimi Tanımları, Ağustos 2016 • aşağıda listelenen ve DAD'da "En Sorumlu Tanı" olarak veya NACRS'de Ana Sorun olarak sunulmuş tüm inme kategorileri, aksi belirtilmedikçe , HSF İnme Kilit Kalite Göstergelerinin hesaplanması için akut inme kohortlarına dahil edilmek için geçerlidir. ¹ DAD'da Teşhis Tip1, Tip 2, Tip 3, Tip W, X veya Y veya NACRS'ye Diğer Sorun olarak girilmiş inme kodlarının dahil edilmesi, performans ölçümlerinin veya analizin kapsamına, amacına ve hedefine bağlı olacaktır. Bu durumlarda, analiz spesifikasyonları, uygun genellenabilirliği ve karşılaştırılabilirliği sağlamak için açıkça belgelendirilmeli ve tebliğ edilmelidir.			
a.	Subaraknoid Hemoraji	430	I60 (tüm alt kodlar dahil)
b.	İntraserebral Hemoraji	431	I61 (tüm alt kodlar dahil)
c.	Serebral Enfarktüs (İskemik İnme)	433	I63 (tüm alt kodlar dahil)
d.	Kanama veya enfarktüs olarak tanımlanmayan inme	434	I64 ⁱⁱⁱ
e.	Santral Retinal Arter Tıkanıklıkları (İskemik İnme)	436	H34.1
f.	Geçici Serebral İskemik Ataklar ve İlişkili Sendromlar (İskemik İnme)	435	G45 ^{iv} (alt kod G45.4 hariç)
g.	Geçici Retina Arter Tıkanıklıkları (İskemik İnme)		H34.0
Serebral venöz tromboz etiyolojisi için aşağıdaki kodlar, analizin amacı ve popülasyona bağlı olarak akut inme tanımlarının bir parçası olarak inme vakası seçimine dahil edilebilir veya hariç tutulabilir.			
i.	Piyojenik Olmayan Serebral Ven Trombozuna Bağlı Serebral Enfarktüs		I63.6
j.	İntrakraniyal Venöz Sistemin Piyojenik Olmayan Trombozu	437.6	I67.6
k.	İntrakraniyal Flebit ve Tromboflebit	325	G08
Aşağıdaki Z kodları (DAD), En Sorumlu Tanı (MRDx, DAD) olarak atanabilir ve Tip 1, Tip 2, Tip 3 veya Tip W, X veya Y şeklinde 'Diğer Tanı' olarak atanmış eşlik eden bir akut inme tanı kodu bulunduğu durumlarda, akut inme tanımlarının bir parçası olarak dahil edilmelidir.			
l.	Rehabilitasyon Prosedürlerinin Kullanımını İçeren Bakım	-	Z50 (Z50.2, Z50.3, Z50.4 alt kodları hariç)
m.	Diğer Tıbbi Bakım: Palyatif Bakım	-	Z51.5 ^{vi, vii}
n.	Diğer Tedavi Sonrası Konvalesans	-	Z54.8
o.	Belirtilmemiş Tedavi Sonrası Konvalesans	-	Z54.9

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Akut inme kodu seçimine ilişkin NOTLAR:

i	Çoğu performans ölçümünde odaklanılan birincil husus , toplulukta hemorajik veya iskemik inme veya GİA geçiren ve inme sonucu hastaneye gelen hastalardır. Halihazırda başka bir tıbbi nedenden dolayı hastanede yatan bir hastanın hastanede yatışı sırasında inme geçirdiği durumlar da vardır. Hastane içi inme vakalarının dahil edilmesi veya hariç tutulması, ölçümün amacına ve hedef popülasyona bağlı olacaktır.
ii	I62 kategorisindeki Koşullar Diğer travmatik olmayan intrakraniyal kanamalar akut inme olarak değerlendirilmez ve bu nedenle akut inme vakası tanımına, kohort tanımlamasına veya akut inme veri analizlerine dahil edilmemelidir.
iii	I64, inme vakalarının kodlanması için rutin olarak kullanılmamalıdır. I64, yalnızca şu durumlarda kaydedilmelidir: • Tanısal görüntüleme henüz yapılmamışsa (hastanın ölmesi veya sevk edilme durumu) • Tanısal görüntüleme yetersiz ise • Hasta sevk edilmiş, ancak transfer bilgileri inme tipini belirtmiyor ise İnme tipini belirlemek ve inme tipini sağlık kayıt kodlayıcıları için hemorajik veya iskemik olarak belgelemek için her türlü çaba gösterilmelidir. Sağlık kayıt kodlayıcıları, inme tipinin belirlilik ve kesinliği için taburcu özeti, konsültasyon raporları ve ilgili tanısal görüntüleme raporları ile ilgili sonuçların tamamını gözden geçirmelidir.
iv	İnme mortalite oranlarını hesaplarken GİA hariç tutulmalı veya ayrı bir kategori olarak bildirilmeli ve akut inme kodlarıyla birleştirilmemelidir.
v	Özel durumlar - Rehabilitasyon: Rehabilitasyon bakımı da dahil olmak üzere akut felç için tedavi edilen hastalar arasında, rehabilitasyon bakımı için ICD10 Z kodunun, yerel kodlama uygulamalarına bağlı olarak en sorumlu tanı tanımını karşılayabileceği vakalar bulunmaktadır. Bu vakalar, uygun olan yerlerde akut inme kohortunun bir parçası olarak dahil edilmelidir. İnme ekipleri, yerel sağlık veri raporlama grupları ile görüşmelerde bulunmalı ve tüm inme kodlu vakaların optimal veri kalitesinin, eksiksizliğin ve doğruluğun sağlanması için nasıl ele alınacağı konusunda anlaşma sağlamalıdır.
vi	Özel durumlar – Palyatif Bakım: Akut inme hastasına inme şiddeti ve/veya diğer klinik özelliklerden dolayı bakım dönemi boyunca ve aynı kurum dahilinde palyatif bakımın bir bileşeni uygulanmışsa ve hasta aynı zamanda palyasyonun lokal tanımını karşılıyorsa, hasta ICD10 Z51.5 Palyatif bakım kodu kaydedilebilir. Bu tür vakalar, uygun olan yerlerde akut inme kohortunun bir parçası olarak dahil edilmelidir.
vi	Palyatif bakım olarak belirlenen ve palyatif bakım hizmeti alan hastalardaki mortalite oranları, palyatif olmayan inme bakımı alan vakalardaki genel mortalite oranından daha yüksektir. Bu nedenle: • Toplam inme mortalite oranlarını hesaplarken, Z51.5 Palyatif Bakımın MRDx olduğu ve inmenin ikinci bir tanı olarak listelendiği durumlarda , inme kohortuna dahil edilip edilmeme durumu planlanan analizin kapsamına ve amacına bağlı olacaktır Bakım hizmetinin etkinliğinin bir ölçüsü olarak aktif inme bakımı işlemleri uygulanmış hastalar için inme mortalite oranları hesaplanırken, Z51.5 Palyatif bakımın MRDx olduğu ve inmenin ek bir tanı kodu olarak atandığı ve hastanın aktif akut inme bakımı veya tedavisi almadığı vakalar DAHİL EDİLMEMELİDİR (aktif akut tedavi olmadan doğrudan palyatif bakıma alınan çok ağır inme hastaları gibi).

Kaynaklar:

Kanada Kalp ve İnme Vakfı, Kanada İnme Bakım Kalitesi, İnme Kilit Kalite Göstergesi ve Vaka Tanımları El Kitabı 2016 (www.strokebestpractices.ca); ve Valery Feigin ve ark. Global Hastalık Yüğü inme vakası tanımları (Lancet 2015; 385 (9963): 117-171. Çevrimiçi ek sayfa 280).

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

İnme ile İlgili Sorgulama Kodlarını Seçin*

İnme İncelemeleri	ICD9 için Müdahale Kodları	Müdahale Kodu (v2015) (ICD10 için)
BT Taraması	87.03	3AN20 Beyin 3ER20 Baş
MRG	88.91	3AN40 Beyin 3ER40 Baş
Göğüs röntgeni	87.39, 87.44, 87.49	3GY10
EKG-12 Kanallı	89.52	2HZ24.JA-KE
Uzun Süreli Kardiyak İzleme (Döngü kaydedici veya yerleştirilebilir kalp monitörü ile)	-	2.HZ.24.GP-XJ (Kalp Kateterizasyonu) 2.HZ.24.HA-XJ (Deri altı)
Holter monitörü		2.HZ.24.JA-KH
Karotis Doppleri	88.71	3JE30
Bacak Doppleri	88.77	3KG30
Ekokardiyogram (2D)	88.72	3IP30
Ekokardiyogram (TEE)		
tPA Uygulaması	99.10	1ZZ35HAC1 (IV) 1JW35HAC1 (IA)
Karotis Endarterektomi Cerrahi Prosedürü	50.12	1.JE.57.LA

KALİTELİ İNME BAKIMI İÇİN BİR YOL HARİTASI

Akut İnme Vakası Tanımlama Kodları (2016 güncellemesine göre)*

İnme ile ilgili İncelemeler veya Prosedürler	Müdahale Kodu Başlık Açıklama	Müdahale Kodu (v2015) (ICD10 için)
Alteplaz (tPA) Uygulaması		
Alteplaz (tPA) Uygulaması - İntravenöz	Trombolitik ajan kullanılarak farmakoterapi, tüm vücut, perkütan yaklaşım [intramüsküler, intravenöz, subkutan, intradermal].	1.ZZ.35.HA.1C
Alteplaz (tPA) Uygulaması - Intra-arteriyel	Trombolitik ajan kullanılarak farmakoterapi (lokal), intrakraniyal damarlarda perkütan <u>enjeksiyon</u> yaklaşımı	1.JW.35.HA.1C
Aşağıdaki araştırma ve prosedür alt kümeleri, büyük damar tıkanıklıkları için akut endovasküler prosedürler almakta olan akut inme hastalarına sürekli olarak uygulanmalıdır. Nispeten yeni olan bu prosedür için önemli kodlama varyasyonları olduğu bulunmuştur. Eğer kuruluşunuz büyük damar tıkanıklıkları için akut endovasküler prosedürler sunuyor ise, aşağıda verilen kodlar arasında en uygun olanları kullanarak tüm prosedürlerin tutarlı bir şekilde kodlanmasına yönelik bir politika veya bir en iyi uygulama protokolü geliştirmelisiniz.*		
Serebral Endovasküler Trombektomi (Pıhtı Alma)*	Ekstraksiyon, perkütan transluminal yaklaşım kullanılarak karotis arter. Mekanik trombektomi içerir.	1.JE.57-GQ-^^
	Ekstraksiyon, perkütan transluminal yaklaşım ve mevcut cihazlar kullanılarak intrakraniyal damarlar. Mekanik trombektomi içerir.	1.JW.57.GP-GX
	Ekstraksiyon, perkütan transluminal yaklaşım ve endovasküler cihazları kullanarak başın diğer damarları, boyun ve omurgadaki damarlara dair işlemler	1.JX. 57.GP-GX
Serebral Endovasküler Dilatasyon	Dilatasyon, perkütan transluminal yaklaşım ve endovasküler cihaz kullanılarak intrakraniyal damarlar. Kapsanmayanlar: Ekstraksiyon ile yapılanlar (bakınız 1.JW.57.GP-GX)	1.JW.50.GP-^^
	Dilatasyon, perkütan transluminal yaklaşım kullanılarak başın diğer damarları, boyun ve omurganın vasküler yapılarına müdahale Kapsanmayanlar: Ekstraksiyon ile yapılanlar (bakınız 1.JX.57.GP-GX)	1.JX.50.GP-^^
	Dilatasyon, perkütan transluminal arter yaklaşımı kullanılarak karotis arter. Kapsanmayanlar: Ekstraksiyon ile yapılan (örneğin endarterektomi) (bakınız 1.JE.57.GQ -^^)	1.JE.50.GQ-^^
Karotis Endovasküler Dilatasyon ve Stentleme	Dilatasyon, (endovasküler) stentli (insersiyonlu) perkütan transluminal yaklaşım kullanılarak balon dilatör ile karotis arter	1.JE.50.GQ-OA

Kaynaklar:

Kanada Kalp ve İnme Vakfı, Kanada İnme Bakım Kalitesi, İnme Kilit Kalite Göstergesi ve Vaka Tanımları El Kitabı 2016 (www.strokebestpractices.ca)

Dünya İnme Örgütü Hakkında

VIZYONUMUZ: İNMESİZ BİR YAŞAM.

MİSYONUMUZ:

Dünya İnme Örgütü'nün misyonu; önleme, tedavi ve uzun süreli bakım yoluyla inmenin küresel etkisini azaltmaktır. Biz inmenin bireyler, aileler ve topluluklar üzerindeki etkilerini azaltmak için çalışıyoruz. Üyelerimiz, inme riski farkındalığını artırmak ve tedavi ve bakım süreçlerini geliştirmek için birlikte mücadele vermektedir. Küresel inme yükünün azaltılmasının dünyayı herkes için daha sağlıklı bir yer haline getirdiğine inanıyoruz.

Kurumsal ortaklar

Dünya İnme Kampanyası, kurumsal ortaklarının cömert finansal katkıları sayesinde mümkün olmuştur.

PLATİN PLUS SPONSOR ORTAĞI

Medtronic

PLATİN SPONSOR ORTAĞI



Bayer HealthCare

ALTIN SPONSOR ORTAĞI



Bristol-Myers Squibb
Together we can prevail®



Boehringer
Ingelheim



BRONZ SPONSOR ORTAKLARI



Maria Grupper
Genel Müdür
Dünya İnme Örgütü
7, rue Francois Versonnex
PO Box 6053
CH 1211 Geneva 6, İsviçre
E-posta: mgrupper@kenes.com

www.world-stroke.org