T.C. Sağlık Bakanlığı

Klinik Kalite

KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

İNME

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

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

İletişim
T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı
6001. Cadde No: 9 Kat: 5 PK: 06800 Çankaya/ANKARA
Tel: 0312 458 50 02
web: www.kalite.saglik.gov.tr
www.klinikkalite.saglik.gov.tr

Editör

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Uzm. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

Hazırlayanlar

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Dr. Nazan AVŞAR

Uzm. Dr. Nasibe ŞENCAN KARA

Uzm. Dr. Hilal AKSOY

Uzm. Dr. Dt. Gül ATEŞ

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Hem. Çiğdem GÜNAY

Ecz. Ercan KOCA

Psk. Öznur ÖZEN

Uzm. Çağlayan SARIOĞLAN

Sağ. Uzm. Yard. Gül HAKBİLEN

Sağ. Uzm. Yard. Ayşe AYKANAT

Sağ. Uzm. Yard. Şerife ENGELOĞLU

Hem. Nagehan AYAR

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Şerefnur ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Erdem GÜRKAŞ

Uzm. Dr. Halil ULUTABANCA

Uzm. Dr. Oğuzhan KURŞUN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 5

KISALTMALAR 6

TANIMLAR 7

I. BÖLÜM 8

TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI 8

1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci 9

1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları 9

1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi 10

II. BÖLÜM 12

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ 12

2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi 13

2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri 13

III. BÖLÜM 16

İNME 16

3.1. İnme 17

3.2. Klinik Kalite Programında İnme ile ilgili Hedefler 17

3.3. İnme Standart ve Göstergeleri 17

IV. BÖLÜM 19

İNME GÖSTERGE KARTLARI 19

ÖNSÖZ

2003 yılında uygulanmaya başlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden biri, ülkemiz insanlarına yaygın, erişimi kolay, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sunmaktır. Bu hedef doğrultusunda 2005 yılında başlatılan sağlıkta kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibariyle, ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Bu kapsamda öncelikle kalite çalışmalarının temel taşları olan standartlar, kalite göstergeleri ve kalite değerlendirilmelerine ilişkin süreçler oluşturulmuş ve başarı ile uygulanmıştır. Sonrasında, ölçme ve değerlendirme sistemi geliştirilerek, tıbbi süreçleri ve hastadan elde edilen sonuçları detaylı şekilde ölçme ve izleme hedefine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu amaçla 2012 yılında, ülke öncelikleri ve sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri göz önünde tutularak, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç bazlı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen "Türkiye Klinik Kalite Programı" başlatılmıştır.

Bu program, sağlık politikalarının geliştirilmesi, özellikli sağlık sorunları ve hastalıklar bazında yapılan faaliyetlerin sonuçlarının izlenmesi ve hesap verilebilirlik noktasında oldukça önemli olan ölçme, izleme ve değerlendirme kültürünün ulusal düzeyde geliştirilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Özetle, sağlık olgularına yönelik klinik kalite çalışmaları, temelde, sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesini ve dolayısıyla ülkenin tamamında yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sunulmasını hedeflemektedir. Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla, verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması için ölçme ve değerlendirme sisteminin etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

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

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

KISALTMALAR

K3DS : Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

ICD-10 : International Classification of Diseases-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

USS : Ulusal Sağlık Sistemi

TANIMLAR

K3DS: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan klinik kaliteye ilişkin veri toplama, analiz ve raporlama aracıdır. K3DS, e-Nabız sistemi üzerinden elde edilen verileri esas almaktadır.

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

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

Gösterge Kartı: Her bir göstergenin amacını, hesaplama yöntemini ve hesaplamada kullanılacak olan veri kaynağı gibi bilgileri içeren formdur.

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden, göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla Bakanlık tarafından oluşturulmuş formüldür.

Veri Kaynağı: Sağlık kuruluşunda hastaya ait olan demografik ve tıbbi bilgilerin toplandığı ve kaydedildiği elektronik ortamdır.

Ulusal Hedef: Gösterge bazında ulaşılması gereken hedeftir.

Kurumsal Hedef: Ulusal hedefi yakalamak için gerektiğinde Bakanlıkça belirlenen kuruluşa ait ara hedeftir.

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

I. BÖLÜM

TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI

1. Türkiye Klinik Kalite Programı

1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişimin büyük oranda sağlanması, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin farklı boyut ve alanlarda ölçülmesini gerekli kılmıştır. Kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi kavramının sağlık sisteminin her alanında geliştirilmesi hedeflenmektedir.

2012 yılında başlatılan, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda, hasta güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması ile en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır. İzlenecek olan sağlık olguları belirlenirken, ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hastalık yükü dikkate alınmaktadır. Çalışmalar kapsamında öncelikle sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Standartlar, sağlık olgusu ile ilgili kanıta dayalı tıp rehberleri esas alınarak uzman çalışma grupları tarafından belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır.

Ölçülecek göstergeler belirlenirken;

- Sayısallaştırılabilen
- Verisi, bilgi sistemleri veri tabanlarından elde edilebilen
- Kanıta dayalı tıp uygulamaları ile uyumlu
- Sağlık olgusu bazında tüm göstergeler birlikte değerlendirildiğinde verilen sağlık hizmetinin etkinliği hakkında bilgi sağlayan
- Sağlık olgusuna yönelik verilen sağlık hizmetinin sonuçlarının ölçümüne ve değerlendirilmesine olanak sağlayan nitelikte olması dikkate alınmaktadır.

Bir sonraki aşamada ise, kurumlar tarafından gönderilen veriler K3DS'de analiz edilip raporlanmaktadır. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar üzerinden gerçekleştirilen analizler, ilgili sağlık olgusuna yönelik iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmemizi ve gerekli çalışmaları planlamamızı ve uygulamamızı sağlamaktadır.

1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları

Program kapsamında ilk etapta belirlenen on bir (11) sağlık olgusu aşağıdadır. Sürecin ilerleyen aşamalarında yeni sağlık olguları ve gösterge belirleme çalışmaları devam edecektir.

2. Diabetes Mellitus
3. Diz Protezi
4. Kalça Protezi
5. İnme
6. Koroner Kalp Hastalığı
7. Gebelik Süreci ve Doğum
8. Kolorektal Kanser
9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
10. Katarakt Cerrahisi
11. Prostat Kanseri
12. Diş İmplantı

1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi

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

- Sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** incelenmesi
- Sağlık olgusuna yönelik **kanıta dayalı tıp rehberinin** oluşturulması
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **göstergelerin** oluşturulması
- Gösterge **hesaplama yönteminin** belirlenmesi
- Göstergelerin hesaplanmasında kullanılacak **veri kaynaklarının** (ICD 10 kodları, SUT kodları, muayene veri setleri, hasta dosyaları gibi) belirlenmesi

Göstergelerin ve Standartların Kodlanması

- Sağlık olguları için belirlenen kısaltmalar:
  - **DM:** Diabetes Mellitus
  - **KK:** Koroner Kalp Hastalığı
  - **DP:** Diz Protezi
  - **KP:** Kalça Protezi
  - **GD:** Gebelik ve Doğum Süreci
  - **İN:** İnme
  - **KH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
  - **KA:** Katarakt Cerrahisi
  - **KR:** Kolorektal Kanser
  - **PR:** Prostat Kanseri
  - **Dİ:** Diş İmplantı

- **Standartların kodlanması:** Sağlık olgusunun kısaltması ve standart kelimesinin ilk harfi olan **S** ile standardın ilgili sıra numarası kullanılır. Örneğin **DM.S1,** Diabetes Mellitus sağlık olgusunun birinci standardını ifade eder.
- **Göstergelerin kodlanması:** Sağlık olgusunun kısaltması ve sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin, **DM.G1** Diabetes Mellitus sağlık olgusunun birinci göstergesini ifade eder.

Gösterge Yönetimine Yönelik Süreçler

- Gösterge kartlarının oluşturulması.
- Gösterge hedeflerinin belirlenmesi: Ulusal hedefler, akademisyenlerden oluşan klinik kalite çalışma grubu tarafından, kanıta dayalı rehberler ve uluslararası örnekler göz önünde bulundurularak belirlenir.
- Göstergeye yönelik karar destek sisteminin oluşturulması
- Geri bildirim raporunun oluşturulması:
  Ulusal boyutta tüm sağlık kuruluşlarında tanı ve tedavi süreçlerinde oluşan sağlık verileri kuruluş bilgi sistemleri üzerinden USS'ye gönderilerek veri tabanında depolanır. USS veri tabanındaki veriler kullanılarak kuruluşlara ait klinik veriler

K3DS'de rapor haline dönüştürülür. Her kuruluş, klinik kalite raporlarını K3DS ekranlarından kendine ait kullanıcı adı ve şifre ile sisteme giriş yaparak izleyebilir.

- Geri bildirim raporlarının izlenmesi
- Klinik kalite iyileştirme faliyetlerinin izlenmesi

Gösterge tabloları birkaç farklı boyutta olabilir. Gösterge tablolarında her göstergeye ait hedeflere ulaşma düzeyini gösteren renklendirmeler yapılmıştır. Gösterge verilerine göre renklendirmeyi aşağıdaki örnek tabloda görebilirsiniz.

KATARAKT GÖSTERGELERİ	KA.1. Katarakt operasyon sırasında ön vitrektomi ve/veya vitreoretinal cerrahi yapılan hasta oranı	≤ %0.2	>% 0.2 - ≤% 0.4	>% 0.4
	KA.2. Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısı	1	> 1 - ≤ 3	>3
	KA.3. Katarakt operasyon sonrası bir ay içinde endoftalmi görülme oranı	≤ %0.02	>% 0.02 - ≤% 0.04	>% 0.04
	KA. 4. Operasyon sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi görülme oranı	≤ %0.02	>% 0.02 - ≤% 0.04	>% 0.04
	KA.5. Katarakt Operasyonu sonrası bir ay içinde glokom görülme oranı	≤ %0.01	>% 0.01 - ≤% 0.03	>% 0.3
	KA.6. Katarakt Operasyonu sonrası bir - üç ay içinde glokom görülme oranı	≤ %0.03	>% 0.03 - ≤% 0.05	>% 0.05
	KA.7. Katarakt Operasyonu sonrası üç ay içinde Reoperasyon oranı	≤%0.5	>% 0.5 - ≤% 0.7	>% 0.7
	KA.8. Operasyon sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti gelişme oranı	≤ 5%	>% 5 - ≤% 7	>% 7
	KA. 9. Operasyon sonrası bir yıl içinde Dekolman ve yırtık görülme oranı	≤ %0.9	>% 0.09 - ≤% 0.1	>% 0.1
	KA.10. Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen hasta oranı	≥%95	<%95 - ≥%85	<%85

II. BÖLÜM

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

2. Klinik Kalite İyileştirme Süreçleri

2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İlgili sağlık olgusu alanında hizmet veren sağlık kuruluşlarında "Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi" çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek, koordine etmek, iyileştirmeye ilişkin kararları almak ve uygulamasını takip etmek üzere sağlık kuruluşlarında oluşturulan yapıyı ifade eder.

Komite asgari aşağıdaki üyelerden oluşmalıdır:

a) Başhekim / Yönetici veya görevlendireceği bir yardımcısı
b) İdari ve mali işler müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
c) Sağlık bakım hizmetleri müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
d) Kalite direktörü
e) USS veri sorumlusu
f) Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu için en az bir uzman hekim

Klinik Kalite İyileştirme Komitesinin Görevleri:

a) Sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen klinik kalite çalışmalarının Bakanlıkça yayımlanan "Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri" doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamak
b) Sağlık olgusu bazında izlenen tüm klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak
c) Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını K3DS ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) nden elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak
d) Gösterge bazında hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak
e) Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak
f) Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu ile ilgili sonuçlar, yapılan çalışmalar ve gerçekleştirilmesi gereken iyileştirme faaliyetleri hakkında üçer aylık dönemler halinde rapor oluşturmak ve kalite direktörlüğü kanalıyla il kalite koordinatörlüğü il klinik kalite birimine sunulmasını sağlamak

2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri

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

1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi
2) Doğru tanı ve işlem kod verilerinin sağlanmasına yönelik alt yapının oluşturulması
3) İlgili personelin eğitilmesi
4) Sonuçların analizi ve yorumlanması (belirlenen aralıklarda)
5) İyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi(açıklama yazılacak)
6) Hedeften sapan gösterge sonuçlarının tespit edilmesi
7) Hedefe ulaşmaya yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması

8) Gösterge izlem sürecinin gözden geçirilmesi. (Her analiz döneminde tüm basamaklar tekrar gözden geçirilir ve gerekli değişiklikler yapılır.)

1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi

Klinik kalite iyileştirme komitesi sorumluları, ilgili göstergeye ait doğru verilerin sağlanması, yanlış ve eksik verilerin düzeltilmesi, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Sorumlular, o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hakim, nitelikli çalışanlar arasından seçilmesi uygun olacaktır. Gösterge yönetiminde başarı için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir.

2) Hedef değerlerin belirlenmesi

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

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

3) Doğru tanı ve işlem kod verilerinin sağlanmasına yönelik alt yapının oluşturulması

Kuruluş verileri ile K3DS raporları karşılaştırılarak kuruluş verilerinin doğruluğu ve kalitesi ile ilgili analiz yapılmalıdır. Yanlış ve eksik olduğu düşünülen gösterge verilerinin hata nedenleri araştırılarak çözüm üretilmelidir. Verilerin analizi ve iyileştirme çalışmaları kurumun oluşturduğu bir sistemde belli periyotlarda yapılmalıdır.

4) İlgili personelin eğitilmesi

Veri oluşumu ve kalite iyileştirme süreçlerinde görev alacak ilgili tüm personele eğitim verilmelidir. Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, tespit edilen uygunsuzluklar ve çözüm önerileri ile dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

5) İyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi

Her kurum ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal ara hedefler belirleyebilir.

6) Sonuçların analizi ve yorumlanması

Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için kuruluşun göstergeye ilişkin sonuç değeri, hedef değer ile karşılaştırılır. Ayrıca;

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

gibi ek bilgiler de gerektiğinde kullanılmalıdır.

7) Gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması

Hedef değere ulaşılamaması durumunda nedenler araştırılır, kök neden analizi yapılıp kayıt altına alınır. Ulaşılan hedef değerin sürdürülebilirliğinin sağlanması, sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi için gerekli faaliyetler planlanır.

Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir:

- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm yollarının aranması
- Çözüm planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması

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

Örnek İyileştirme Çalışması

Sorunun tespiti:
İnme tedavisi verilen hasta sayısının düşük çıkması
Sorunun nedeninin tespiti:
Bilinç bulanıklığı, bayılma gibi semptomatik tanılarla hastaneye kabul edilen inme hastalarının yatış ya da tedavi sürecinde kesin tanı olarak inme tanı kodunun girilmemesi, hastaların taburculuk ya da çıkış sırasında inme tanısı almadan gönderilmesi
Çözüm yollarının aranması:
İnme hastalığı olan hastalara İnme tanısının girilmesi gerekir. Bunun için personelin bilgilendirilmesi ve yaptırım gücünün artırılması gerekir.
Çözüm planlanması:
Eğitim verilmesi, hatalardan personelin haberdar edilmesi, tanı kodlarının girişlerinin kolaylaştırılması için yardımcı destekler alınmalı ve gerekli denetimler yapılmalı
Çözümün uygulanması:
Alınan kararlar neticesinde hekimlere ve diğer sağlık personellerine eğitim ve bilgilendirme yapılarak doğru kodlamanın yapılması sağlanabilir. Eğitim sonrası önerilen çözümün uygulanma düzeyinin artırılması için teşvik ve yaptırım uygulanabilir.
Çözümün değerlendirilmesi:
Eğitim ve bilgilendirme sonrasında kuruluşa ait eski ve yeni sonuçlar karşılaştırılır, uygunsuzluğun devam etmesi durumunda sorunun kaynağı ve çözüm yolları yeniden gözden geçirilir.
İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması:
İyileştirme faaliyetleri sonucu elde edilen raporlar, ilgili tüm personel ile paylaşılmalıdır. Bu durum iyileşmenin personel tarafından da izlenmesi ve uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir.

III. BÖLÜM

İNME

3.1. İnme

Teşhis, tedavi ve önlemedeki önemli ilerlemelere rağmen inme yaygın bir rahatsızlık olmaya devam etmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte, inme geçiren kişi sayısının arttığı öngörülmüştür. İnmenin klinik sonuçlarını geliştirmek için vakaya en hızlı ve etkin şekilde müdahalenin sağlanması gerekmektedir. Erken ve doğru müdahale, hastanın mortalite ve morbiditesi ile yaşam kalitesini ciddi düzeyde ve olumlu şekilde etkilediği gibi hastalığa ve komplikasyonlarına yönelik maliyetleri de önemli oranda azaltmaktadır.

3.2. Klinik Kalite Programında İnme ile ilgili Hedefler

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

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

3.3. İnme Standart ve Göstergeleri

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

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

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

İN. S1. Göstergeleri:

İN.G1. Ambulans ile hastaneye ulaşan inme tanılı hasta oranı
İN.G2. Geçici iskemik atak tanısı alan hastaların hastaneye yatış oranı
İN.G3.EKO veya TEE tetkiki yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı
İN.G4. Karotis-vertebral doppler USG yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı

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

İN.S2. Göstergeleri:

İN.G5. İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı
İN.G6. İntravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili hemoraji komplikasyonu gelişen iskemik inme tanılı hasta oranı
İN.G7. İntraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı

İN.G8. İntraarteriel girişimsel trombolitik tedavi/trombektomi tedavi uygulanması hemorojik komplikasyon gelişen iskemik inme tanılı hasta oranı
İN.G9. Dekompresif cerrahi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı
İN.G10. Rehabilitasyon tedavisine erken başlanan inme tanılı hasta oranı
İN.G11. Pulmoner enfeksiyon gelişen inme tanılı hasta oranı
İN.G12. Üriner enfeksiyon gelişen inme tanılı hasta oranı
İN.G13. Bası yarası gelişen inme tanılı hasta oranı
İN.G14. Derin ven trombozu gelişen inme tanılı hasta oranı
İN.G15. Hastanede düşen inme tanılı hasta oranı

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

İN.S3. Göstergeleri:

İN.G16. Taburculuk sonrası inme tanısı ile tekrar yatışı yapılan hasta oranı
İN.G17. İskemik İnme tanılı hastalarda INR bakılma oranı
İN.G18. Karotis endarterektomi yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı
İN.G19. Supraaortik stent uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı

IV. BÖLÜM

İNME GÖSTERGE KARTLARI

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Ambulans ile Hastaneye Ulaşan İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G1**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan hastaların hastaneye ambulans ile ulaşım oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan ambulans ile hastaneye ulaşan hasta sayısı / İlk kez inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üstü toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Payda:** **İnme ICD-10 Kodları** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≥%50	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G2**	
Kısa Tanım	Geçici iskemik atak tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastaların hastaneye yatış oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatışı yapılan hasta sayısı / Geçici iskemik atak tanısı alan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Payda:** G45, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9	
Hedef Değer	≥%80	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**EKO veya TEE Tetkiki Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G3**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda ilk üç gün içinde EKO veya TEE tetkiki yapılan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk üç gün içinde EKO veya TEE yapılan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 700600, 700610 **Payda:** I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer	≥%70	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Karotis-Vertebral Doppler USG Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G4**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda ilk üç gün içinde Karotis-Vertebral Doppler USG yapılan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk üç gün içinde Karotis-Vertebral Doppler USG yapılan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** **Karotis-Vertebral Doppler SUT Kodları** 803680, 803850 **Payda:** **İskemik İnme ICD-10 Kodları** I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer	≥%80	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G5**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda acil servise kabulden itibaren ilk 4,5 saat içinde intravenöz trombolitik tedavi (İTT) uygulama oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil servise kabulden itibaren ilk 4,5 saat içinde İTT uygulanan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 700870 **Payda:** I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer	≥%3	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Trombolitik Tedavi ile İlişkili Hemoraji Komplikasyonu Gelişen İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G6**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış süresinde intravenöz trombolitik tedavi (İTT) ile ilişkili hemoraji komplikasyonu gelişme oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde intrakranial hemoraji komplikasyonu gelişen hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan ve İTT alan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9 I62, I62.9, I64 **Payda:** 700870 I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer	≤ %6	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G7**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanma oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan hasta sayısı/ İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 802800, 700860, 802890, 802891 **Payda:** I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8	
Hedef Değer	≥ %0.5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Sonrası Hemorajik Komplikasyon Gelişen İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G8**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda yatış sürecinde intraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi sonrası hemorajik komplikasyon gelişme oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde intrakranial hemorajik komplikasyon gelişen hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalardan yatış sürecinde intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi alan toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9 I62, I62.9, I64 **Payda:** 802800, 700860, 802890, 802891 I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9, I68.8,	
Hedef Değer	≤ %10	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Dekompresif Cerrahi Uygulanan İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G9**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda yatıştan itibaren ilk 72 saat içinde dekompresif cerrahi uygulanma oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk 72 saatte dekompresif cerrahi uygulanan hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 615201, P615201 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≥ %0.1	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Rehabilitasyon Tedavisine Erken Başlanan İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G10**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda rehabilitasyon tedavisine 7 gün içinde başlama oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatışı itibari ile 7 gün içinde rehabilitasyon tedavisine başlanan hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 702340 veya Z50, Z50.1, Z50.5, Z50.8, Z50.9 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≥%50	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Pulmoner Enfeksiyon Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G11**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış sürecinde pulmoner enfeksiyon gelişen hastaların oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde pulmoner enfeksiyon gelişen hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** J13, J14, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16, J16.0, J16.8, J17,J17.0, J18, J18.0, J18.1, J18.8, J18.9, J22, A31.0, A42.0, A43.0, A48.8, A49, A49.0, A49.1, A49.2, A49.3, A49.8, A49.9 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≤% 30	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Üriner Enfeksiyon Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G12**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış sürecinde üriner enfeksiyon gelişen hastaların oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde üriner enfeksiyon gelişen hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** Y84.6, N39, N39.0, N30.0,N29.1, N30.8, N30.9, N34.1, N34.2, N37.0 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≤% 30	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Bası Yarası Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G13**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatışının ilk dört haftası içerisinde bası yarası gelişme oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatışının ilk dört haftası içerisinde bası yarası gelişen hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** L89 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≤% 30	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Derin Ven Trombozu Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G14**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış sürecinde derin ven trombozu (DVT) gelişen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan hastanede yatış sürecinde DVT gelişen hasta sayısı/ İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** I80, I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≤ %30	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Hastanede Düşen İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G15**	
Kısa Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda yatışı sürecinde düşen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde düşen hasta sayısı/ İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** W06 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≤ %1	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Taburculuk Sonrası İnme Tanısı ile Tekrar Yatışı Yapılan Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G16**	
Kısa Tanım	İnme tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalarda, taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile hastaneye yatan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile yatan tekil hasta sayısı/ İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8 **Payda:** I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67, I67.0, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.8, I67.9, I68, I68.0, I68.2, I68.8, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8	
Hedef Değer	≤ %10	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**İskemik İnme Tanılı Hastalarda INR Bakılma Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G17**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı alan ve antikoagulan kullanan 18 yaş ve üzeri hastalarda, taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR bakılma sayısı 10 ve üstü olan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR bakılma sayısı 10 ve üstü olan hasta sayısı/ İskemik inme tanısı alan ve anti koagulan kullanan 18 yaş ve üzeri tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 905320 **Payda:** B01AA03 - Varfarin Sodyum I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9,I68.8	
Hedef Değer	≤ % 80	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Karotis Endarterektomi Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G18**	
Kısa Tanım	İskemik inme tanısı ile yatış sonrası 1 yıl içinde karotis endarterektomi yapılan 18 yaş ve üzeri hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sonrası 1 yıl içinde karotis endarterektomi uygulanan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 606690, P606690 **Payda:** I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9,I68.8	
Hedef Değer	≥ %10	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	

T.C. Sağlık Bakanlığı	**Supraaortik Stent Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı**	Klinik Kalite
Gösterge Kodu	**İN.G19**	
Kısa Tanım	İskemik İnme tanısı ile yatış sonrası 1 yıl içinde supraaortik stent uygulanan 18 yaş ve üzeri hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sonrası 1 yıl içinde supraaortik stent uygulanan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	**Pay:** 802830 **Payda:** I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I67.7, I67.8, I67.9,I68.8	
Hedef Değer	≥ %5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	