



T.C. Sağlık Bakanlığı



Klinik Kalite

KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

İNME



*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*

Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi-Katarakt (Versiyon1.1)
Haziran 2017

© 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 Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 1. kat Kolej / Ankara
Tel: 0312 458 50 05-26
Faks: 0312 435 16 79
web: www.klinikkalite.saglik.gov.tr
e-posta: klinikkalite@saglik.gov.tr

Editör

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ

Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ

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.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Havuzu, Analiz ve Raporlama Süreçleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
II. BÖLÜM	12
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ.....	12
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	13
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
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 itibarıyla, ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Bu kapsamda öncelikle kalite çalışmalarının temel taşları olan standartlar, 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, özellikle 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. Nurullah OKUMUŞ
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

KISALTMALAR

K3DS : Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

SUT : Sağlık Uygulama Tebliėi

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

Gösterge: Klinik veriler kullanılarak klinik çıktıların ölçülmesine yarayan ölçüm aracıdır.

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

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

Ulusal Hedef: Gösterge bazında ulaşılmaması gereken hedefdir.

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

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 (ulusal, bölgesel, kurumsal, bireysel) hedeflenmektedir.

2012 yılında başlatılan, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç bazlı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda, hasta güvenliği ve etkinliğinin sağlanmasıdır. Bu amaçla belirlenen sağlık olgularına yönelik çıktılarının ölçümü ve değerlendirmelerinin yapılabilmesi için veri tabanlarının oluşturulması gerekmektedir. Çalışmalar kapsamında öncelikle sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır. Ölçülecek göstergeler belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınmaktadır:

- Konu ile ilgili en çok sorun yaşanan ya da en probleml olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmaktadır.
- İlk önce kolay ölçülebilen, yüksek oranda personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmektedir
- Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmektedir.

Bir sonraki aşamada ise, kurumlar tarafından gönderilen veriler K3DS'de (Klinik Kalite Karar Destek Sistemi) analiz edip 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

Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında izlenecek sağlık olguları belirlenirken, sağlık sorununun bireye ve topluma etkisi, hastalık yükü, ölçülebilirliği ve uluslararası uygulamalar dikkate alınmıştır. Bu çerçevede belirlenen on bir (11) sağlık olgusu aşağıda görülmektedir. Sürecin ilerleyen aşamalarında yeni sağlık olguları ve gösterge belirleme çalışmaları devam edecektir.

1. Diabetes Mellitus
2. Diz Protezi
3. Kalça Protezi
4. İnme
5. Koroner Kalp Hastalığı
6. Gebelik ve Doğum Süreci
7. Kolorektal Kanser
8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
9. Katarakt

10. Prostat Kanseri

11. 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:

- Ülkede ilgili sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** belirlenmesi (birinci basamak, ikinci basamak hizmet gibi)
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **gösterge havuzunun oluşturulması** (ulusal ve uluslararası uygulamalar ve literatür incelenerek)
- Gösterge havuzunun ülke genelinde ölçülebilirlik ve etkinlik açısından incelenmesinin ardından ölçülecek **göstergelerin belirlenmesi**
- 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 aşağıdaki gibidir.
 - **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
 - **KR:** Kolorektal Kanser
 - **PR:** Prostat Kanseri
 - **Dİ:** Diş İmplantı
- **Standart kodlaması**, sağlık olgusunun kısaltması ve Standart kelimesinin ilk harfi olan **S** ile Standartın ilgili sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin **İN.S1**, İnme Hastalığının birinci standardını ifade eder.
- **Gösterge Kodlaması**, Sağlık olgusunun kısaltması ve sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin, **İN.1** İnme sağlık olgusunun birinci göstergesini ifade eder.

Gösterge yönetimine yönelik süreçlerin belirlenmesi:

- Süreçler ile ilgili aşağıdaki parametreler belirlenir;
 - Gösterge kartları
Bakanlık tarafından belirlenen gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:
 - Gösterge Kodu
 - Kısa Tanım

- Standart
- Hesaplama Yöntemi
- Veri Kaynağı
- Hedef Değer
- Veri Analiz Periyodu
- Sorumlular

- Sağlık kuruluşu, il, bölge ve ülke bazında geri bildirim raporlarının hazırlanması.
- **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.

1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Havuzu, Analiz ve Raporlama Süreçleri

- Ulusal boyutta tüm sağlık kuruluşlarında tanı, tedavi ve müdahale 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.

Gösterge tabloları birkaç farklı boyutta olabilir. Gösterge tablolarında her göstergeye ait hedeflere ulaşma düzeyini gösteren renklendirmeler yapılmıştır. Gösterge tablosu için resimde bir örneğini görebilirsiniz.

II. BÖLÜM

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

50 yatak üzeri yataklı sağlık kuruluşları bünyesinde Türkiye Klinik Kalite Programı çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere klinik kalite iyileştirme komitesi kurulur.

50 yatak altındaki sağlık kuruluşları ile ayakta tanı ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında, kalite iyileştirme komitesi tarafından gerçekleştirilen görevler kalite direktörlüğü bünyesinde yürütülür.

Komite asgari aşağıdaki üyelere oluşmalıdır:

- a) Başhekim / Yönetici veya görevlendireceği bir yardımcısı
- b) Hastane müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
- c) Sağlık bakım hizmetleri müdürü / Başhemşire
- d) Kalite direktörü
- e) USS veri sorumlusu

Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu için en az bir uzman hekim komite toplantılarına katılır.

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 (Klinik Kalite Karar Destek Sistemi-K3DS) ve HBYS’den 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 periyotlarda rapor oluşturmak.

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 yapıp kayıt altına alınır. Ulaşılan hedef değer in 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 hemorajik 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 inme 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; (Payda da 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, 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



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, 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, 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; (Payda 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, 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



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, 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, 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



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