



T.C. Sağlık Bakanlığı



Klinik Kalite

## KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

# DİŞ İMPLANTI



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

Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi-Diş İmplantı (Versiyon1.2)  
2018

© 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](http://www.kalite.saglik.gov.tr)  
[www.klinikkalite.saglik.gov.tr](http://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

Çağlayan SARIOĞLAN

Sağ. Uzm. Yard. Gül HAKBİLEN

Sağ. Uzm. Yard. Ayşe AYKANAT

Sağ. Uzm. Yard. Şerife ENGELOĞLU

**Bilimsel Komisyon**

Uzm. Dr. Dt. Gül ATEŞ

Uzm.Dt. Elif PEKER

Dt. Oral PEKER

Uzm.Dt.Selva LATİOĞLU

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
KISALTMALAR .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TANIMLAR .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
I. BÖLÜM .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
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 Toplama, Analiz ve Raporlama Süreçleri .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1.5. Klinik Kalite Gösterge Tabloları .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
II. BÖLÜM .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
III. BÖLÜM .....	15
DIŞ İMPLANTI .....	15
3.1. Diş İmplantı ve Komplikasyonları .....	16
3.2. Klinik Kalite Programında Diş İmplantı ile ilgili Hedefler .....	16
3.3. Diş İmplantı ve İndikatörleri .....	16
3.4. Diş İmplantı Verilerinin Toplanması ve Analizi .....	17
IV. BÖLÜM .....	18
DIŞ İMPLANTI GÖSTERGE KARTLARI .....	18

## 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, 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.

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 ulaşılmaması 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.

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

- 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 faaliyetlerinin 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 operasyonu 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

## 2.1. 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 üyelere 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 ile 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 iyileştirme 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 değerın 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:

Diş İmplantı öncesi panoramik görüntü çektiren hasta sayısının düşük çıkması ya da "0" çıkması

#### Sorunun nedeninin tespiti:

Panoramik görüntü istenmeyebilir ya da işlem kodu yanlış girilmiş olabilir.

#### Çözüm yollarının aranması:

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi tarafından sorunun çözümüne yönelik araştırmaların ve değerlendirmelerin yapılması.

#### Çözüm planlanması:

İmplant tedavisi öncesi panoramik görüntü tetkikinin istenmesi ve doğru kodlamanın yapılması sağlanmalıdır.

#### 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.

I. BÖLÜM  
DİŞ İMPLANTI



### 3.1. Diş İmplantı ve Komplasyonları

İmplant uygulaması çok kolay ve basit bir cerrahi işlem olarak değerlendirilse de, aslında son derece hassas uygulanması gereken ciddi bir işlemdir. Doğru endikasyonun yanısıra, yeterli ve gerekli cerrahi işlem yapılmalıdır. Aksi halde uygun olmayan bir cerrahi işlem, ağır ve ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Bu ağır komplikasyonların telafisi de çoğu kere çok zordur veya yetersizdir.

### 3.2. Diş İmplantı İle İlgili Hedefler

- Diş implantı yapılan hastalarda, tedavi sürecinde standart hasta takibini ve bakımını sağlamak
- Komplasyonları azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- İmplant uygulama kalitesini artırmak

### 3.3. Diş İmplantı Sağlık Olgusuna Ait Standart Ve Göstergeler

Diş implantı için toplam 2 standart ve 8 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından hastalıkların takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartlar klinik kalite açısından hastalıkların takibinde ana hedefleri göstermektedir. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

**Dİ.S1 İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.**

#### Dİ.S1 Göstergeleri

**Dİ.G1** İmplant Tedavisi Öncesi Teşhis İçin Panoramik ve/veya Ekstra-Oral Film, BT (Bilgisayarlı Tomografi) Çektiren Hasta Oranı

**Dİ.G2** İmplant Tedavisi Öncesi Hastanın Protez Polikliniği Tarafından Görülme Oranı

**Dİ.G3** İmplant Tedavisi Öncesi Subgingival Küretaj, Sağ Sol Çene Flep Operasyonu, Biyomateryal Uygulanması Ve Sinüs Plastiği Yaptıran Hasta Oranı

**Dİ.S2 İmplant Tedavisi Sonrası Gelişebilecek Komplasyonların Önlenmesi Sağlanmalıdır.**

#### Dİ.S2 Göstergeleri

**Dİ.G4** İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde en az bir kere kontrol muayenesi yaptıran hasta oranı

**Dİ.G5** İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde

En Az Bir Kere Radyografik Görüntü Alınan Hasta Oranı

(Periapikal, Panoromik ve/veya BT)

**Dİ.G6** İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde en az bir kere diş taşı temizliği yaptıran hasta oranı.

**Dİ.G7** İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde implant yapılan bölgede rapor edilen flep operasyonu veya greft membran yapılan hasta oranı



**Dİ.G8** İmplant tedavisi sonrası 2 yıl içerisinde implant yapılan bölgede komplikasyon gelişme oranı(periiimplantitis)



#### 3.4. Diş İmplantı Verilerinin Toplanması ve Analizi



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

## II. BÖLÜM



### DİŞ İMPLANTI GÖSTERGE KARTLARI

 T.C. Sağlık Bakanlığı	<b>İmplant Tedavisi Öncesi Teşhis İçin Panoramik ve/veya Ekstra-Oral Film, BT (Bilgisayarlı Tomografi) Çektiren Hasta Oranı</b>	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G1</b>	
Kısa Tanım	Diş implantı yaptıracak hastalarda implant öncesi panoramik ve/veya ekstra-oral film, BT görüntü çektiren hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İmplant öncesi panoramik, ekstra-oral film, BT çektiren hasta sayısı / İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı X100	
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> İmplant tedavisi öncesi panoramik, ekstra-oral film, BT çektiren hasta sayısı  <b>SUT Kodları:</b> 401.051 401.070 401.080 803.930  <b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı  <b>SUT Kodları:</b> 405.260	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<p><b>İmplant Tedavisi Öncesi Hastanın Protez Polikliniği Tarafından Görülme Oranı</b></p>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G2</b>	
Kısa Tanım	İmplant tedavisi öncesi protez polikliniği muayenesi olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İmplant tedavisi öncesi protez polikliniğinde muayene olan hasta sayısı/İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı X100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> İmplant tedavisi öncesi Protez polikliniğinde muayene olan hasta sayısı</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<p><b>İmplant Tedavisi Öncesi Subgingival Küretaj, Sağ Sol Çene Flep Operasyonu, Biyomateryal Uygulaması Ve Sinüs Plastiği Yaptıran Hasta Oranı</b></p>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G3</b>	
Kısa Tanım	İmplant tedavisi öncesi subgingival küretaj, sağ sol çene flep operasyonu, biyomateryal uygulaması yaptıran hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	Subgingival küretaj, sağ sol çene flep operasyonu, biyomateryal ve sinüs plastiği yapılan hasta sayısı (implant tedavisi öncesi bakılacak) / İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı X 100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> Subgingival küretaj, sağ sol çene flep operasyonu, biyomateryal uygulaması ve sinüs plastiği yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 406.020, 406.021, 406.022, 406.023, 406.030, 406.031, 406.032, 406.033, 406.050, 406.140, 405.160</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≤%20	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<p><b>İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az Bir Kere Kontrol Muayenesi Yaptıran Hasta Oranı</b></p>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G4</b>	
Kısa Tanım	İmplant uygulanması sonrası rapor edilen yıl içerisinde en az bir kez kontrol muayenesi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde en az bir kere kontrol muayenesi yaptıran hasta sayısı/ İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı X 100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde en az bir kere kontrol muayenesi yaptıran hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 401.010, 401.030</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<p><b>İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az Bir Kere Radyografik Görüntü Alınan Hasta Oranı (Periapikal, Panoromik ve/veya BT)</b></p>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G5</b>	
Kısa Tanım	İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde en az bir kere radyografik görüntü alınan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde implant tedavisi yapılan bölgeden en az bir kere radyografik görüntü alınan hasta sayısı/ İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı X 100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> İmplant tedavisi sonrası 1 yıl içerisinde implant tedavisi yapılan bölgeden en az bir kere radyografik görüntü alınan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 401.051 401.070 401.080 803.930</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<p><b>İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az Bir Kere Diş Taşı Temizliği Yaptıran Hasta Oranı</b></p>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G6</b>	
Kısa Tanım	İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde en az bir kere diş taşı temizliği yaptıran hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde en az bir kere diş taşı temizliği yapılan hasta sayısı / İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı X 100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde en az bir kere diş taşı temizliği yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 406.020,406.021,406.022,406.023,406.030,406.031,406.032, 406.033</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≥%50	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<b>İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde İmplant Yapılan Bölgede Rapor Edilen Flep Operasyonu veya Greft Membran Yapılan Hasta Oranı</b>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G7</b>	
Kısa Tanım	İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde greft membran uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İmplant bölgesine flep operasyonu veya Greft Membran yapılan diş sayısı / İmplant tedavisi yapılan diş sayısı X 100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> İmplant bölgesine flep operasyonu veya Greft Membran yapılan diş sayısı <b>SUT Kodları:</b> 406.050, 406.070, 406.140, 405.160, 406.160, 406.170</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan diş sayısı <b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≤%5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	<b>İmplant Tedavisi Sonrası 2 Yıl İçerisinde Komplikasyon Gelişme Oranı (Periimplantitis)</b>	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	<b>Dİ.G8</b>	
Kısa Tanım	İmplant tedavisi sonrası 2 yıl içerisinde komplikasyon gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	Subgingival küretaj, sağ-sol çene flep operasyonu, biyomateryal uygulaması yapılan diş sayısı/ İmplant tedavisi yapılan diş sayısı X 100	
Veri Kaynağı	<p><b>Pay:</b> Subgingival küretaj, sağ-sol çene flep operasyonu, biyomateryal uygulaması yapılan diş sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 406.020, 406.021, 406.022, 406.023, 406.030,406.031, 406.032, 406.033, 406.050 406.140</p> <p><b>Payda:</b> İmplant tedavisi yapılan diş sayısı</p> <p><b>SUT Kodları:</b> 405.260</p>	
Hedef Değer	≤%5	
Veri Analiz Periyodu	2 Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	