



Standart 14 Genel Açıklaması: Bina turları; sağlık tesisinin fiziksel altyapısını, hasta güvenliğini, hijyen koşullarını, tesis güvenliğini ve otelcilik hizmetlerini yerinde değerlendirmeye yönelik sistematik denetim sürecidir. Bu standart; bina turlarının başhekim başkanlığında en az iki ayda bir yapılmasını, tespit edilen uygunsuzlukların görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmasını ve bu uygunsuzluklar için Düzeltici İyileştirici Faaliyet (DİF) sürecinin başlatılmasını zorunlu kılmaktadır.

Ölçüt	Konu	Temel Gereklilik
14.1	Bina Turlarının Yapılması	Başhekim ve belirlenen birim sorumluları ile en az iki ayda bir yapılmalı; gerektiğinde sıklık artırılabilir
14.2	Uygunsuzlukların Kayıt Altına Alınması	Tespit edilen uygunsuzluk ve eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalı
14.3	DİF Başlatılması	Tespit edilen uygunsuzluklar için düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılmalı; kapatılma oranı \geq %80 olmalı

1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisinin tüm fiziksel alanlarını düzenli ve sistematik biçimde denetlemek, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturabilecek uygunsuzlukları yerinde tespit etmek, bu uygunsuzlukları görsel ve yazılı olarak belgelemek, Düzeltici İyileştirici Faaliyet (DİF) süreçleriyle kalıcı çözümler üretmek ve **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 14** gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür; sağlık tesisinin tüm fiziksel alanlarını kapsamaktadır: poliklinikler, klinikler, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, acil servis, laboratuvar, görüntüleme üniteleri, sterilizasyon birimi, mutfak ve kafeterya, depolar, teknik alanlar (jeneratör, kazan dairesi, tıbbi gaz), ortak kullanım alanları (koridorlar, bekleme salonları, tuvaletler), bahçe ve dış cephe ile idari birimler. Bina turlarına katılan tüm personeli ve sürecin yönetiminden sorumlu tüm birimleri kapsar.

3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
Bina Turu	Sağlık tesisinin fiziksel alanlarının başhekim başkanlığında ilgili birim sorumlularıyla birlikte yerinde denetlenmesi süreci
Uygunsuzluk	Mevzuat, standart veya tesis politikasına aykırı fiziksel durum, eksiklik veya risk unsuru (kırık döşeme, yanmış ampul, engellenen acil çıkış, hijyen sorunu vb.)
Görsel Kayıt	Tespit edilen uygunsuzluğun fotoğraf veya video ile belgelenmesi; tarih/saat bilgisi içermesi zorunludur
Yazılı Kayıt	Uygunsuzluğun bina turu formu üzerinde tanımlanması: alan adı, uygunsuzluğun kısa tanımı, risk düzeyi ve tespit tarihi



Risk Düzeyi	Uygunsuzluğun hasta/çalışan güvenliğine etkisini gösteren sınıflandırma: Kritik (K) — Öncelikli (Ö) — Rutin (R)
DİF	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet — uygunsuzluk giderilmesi için başlatılan, sorumlu ve süre atanan aksiyon süreci
Bina Turu Ekibi	Başhekim tarafından belirlenen ve bina turuna katılan birim sorumlularından oluşan ekip
Bina Turu Formu	Her bina turu için doldurulan; denetlenen alanlar, tespit edilen uygunsuzluklar, risk düzeyleri ve aksiyon bilgilerini içeren standart form (BIN-FR-001)

4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
Başhekim	Bina turlarına bizzat başkanlık etmek, tur takvimini onaylamak, kritik uygunsuzluklar için acil aksiyon almak, DİF sonuçlarını denetlemek	14.1, 14.3
Kalite Birimi	Bina turu takvimini planlamak ve koordine etmek, formu hazırlamak ve doldurmak, görsel kayıtları arşivlemek, DİF'leri açmak ve takip etmek, uygunluk oranlarını hesaplamak	14.1, 14.2, 14.3
Hastane Müdürü / Teknik Servis	Fiziksel altyapı uygunsuzluklarını gidermek, tadilat ve onarım işlerini yürütmek, teknik DİF'lerin kapatılmasından sorumlu olmak	14.3
Birim / Servis Sorumluları	Bina turuna katılmak, kendi birimlerindeki uygunsuzlukları yerinde göstermek ve açıklamak, atanan DİF'leri süresi içinde kapatmak	14.1, 14.3
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Hijyen ve enfeksiyon kontrolü açısından risk alanlarını değerlendirmek, ilgili uygunsuzlukları raporlamak	14.1, 14.2
İş Güvenliği Uzmanı / OSGB	İş güvenliği açısından risk taşıyan alanları değerlendirmek, yangın ve acil durum ekipmanlarını kontrol etmek	14.1, 14.2

5. Uygulama

5.1. Bina Turlarının Planlanması ve Gerçekleştirilmesi (Ölçüt 14.1)

5.1.1. Tur Takvimi

Bina turları **en az iki ayda bir** yapılmalıdır. Aşağıdaki durumlarda tur sıklığı artırılmalıdır:

- Kritik bir uygunsuzluk veya hasta güvenliği olayı yaşandığında
- Yaklaşan il veya merkezi değerlendirme öncesinde
- Tadilat, taşınma veya bölüm yenileme sonrasında
- Enfeksiyon salgını veya artışı dönemlerinde
- Başhekim veya kalite biriminin gerekli gördüğü diğer hallerde

Tur takvimi kalite birimi tarafından her dönem başında hazırlanır; başhekim tarafından onaylanır ve ilgili birim sorumlularına en az 3 iş günü öncesinde duyurulur.

5.1.2. Bina Turu Ekibinin Oluşturulması

Her bina turu için başhekim tarafından ekip oluşturulur. Ekip bileşimi aşağıdaki tabloya göre belirlenir:



Katılımcı	Katılım Koşulu
Başhekim	Zorunlu — tüm bina turlarına katılır ve başkanlık eder
Kalite Birimi Sorumlusu	Zorunlu — formu doldurur, görsel kayıtları alır ve süreci koordine eder
Denetlenen Birim Sorumluları	Zorunlu — kendi birimlerinin ziyaret edildiği sürede ekibe katılır
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Önerilen — özellikle klinik ve sterilizasyon alanlarının denetiminde
İş Güvenliği Uzmanı	Önerilen — teknik alanlar, depo ve yangın güvenliği denetiminde
Hastane Müdürü / Teknik Servis	Önerilen — altyapı ve teknik sistemlerin değerlendirilmesinde

5.1.3. Denetlenecek Alanlar ve Kontrol Konuları

Her bina turunda aşağıdaki alan kategorileri ve kontrol konuları sistematik biçimde değerlendirilir:

Alan Kategorisi	Kontrol Konuları
Hasta Bakım Alanları (Klinikler, poliklinikler, YBÜ, acil servis)	Yatak ve demirbaş güvenliği, ısı-ışık-havalandırma koşulları, mahremiyet sağlanması, çağrı sistemi çalışırlığı, hemşire istasyonu düzeni, tıbbi malzeme depolama uygunluğu, el hijyeni ekipmanları (lavabo, dezenfektan dispenser)
Ortak Kullanım Alanları (Koridorlar, bekleme salonları, asansörler)	Koridor açıklığı ve engelsizliği, acil çıkış işaretlerinin görünürlüğü, aydınlatma yeterliliği, zemin güvenliği (kaygan, kırık döşeme), oturma alanlarının yeterliliği ve temizliği, yönlendirme levhalarının güncelliği
Temizlik ve Hijyen	Genel temizlik düzeyi, tıbbi atık kutularının doluluk ve uygunluğu, çöp birikimi, dökülme temizliği, tuvalet ve lavabo hijyeni, sabun-kağıt havlu-pedalalı çöp kutusu varlığı
Yangın ve Acil Durum	Yangın tüplerinin kontrol tarih etiketi, sprinkler ve dedektör çalışırlığı, yangın dolaplarının erişilebilirliği, acil çıkış kapılarının kilitsizliği ve engelsizliği, kaçış yolu planlarının güncelliği
Tıbbi Atık Yönetimi	Kesici-delici atık kaplarının uygunluğu ve doluluk oranı, renkli atık torbalarının doğru kullanımı, atık depolama alanının güvenliği, atık geçici depolama odası koşulları
İlaç ve Malzeme Depolama	İlaçların kilitli ve uygun sıcaklıkta muhafazası, miad kontrolü, patlayıcı ve yanıcı maddelerin güvenli depolanması, steril ürün depolama koşulları
Teknik Altyapı	Medikal gaz sistemleri görünür sızıntı kontrolü, jeneratör odası düzeni, elektrik panoları güvenliği, su depoları kapak güvenliği, asansör bakım tarih etiketi
Mutfak ve Beslenme Alanları	Gıda saklama sıcaklığı, temizlik ve hijyen, böcek ve haşere önlemleri, personel hijyen uyumu (bone, eldiven, önlük), atık yönetimi
Dış Cephe ve Bahçe	Engelli erişim rampaları ve levhalar, otopark güvenliği, dış cephe hasar ve bakım durumu, çevre temizliği, giriş/çıkış güvenlik noktaları

5.2. Uygunsuzlukların Görsel ve Yazılı Kayıt Altına Alınması (Ölçüt 14.2)

5.2.1. Kayıt Zorunluluğu

Bina turu sırasında tespit edilen her uygunsuzluk için hem **görsel kayıt** hem de **yazılı kayıt** zorunludur. Bu iki kaydın birlikte bulunmaması ölçütü karşılanmıyor konumuna düşürür.



Kayıt Türü	Zorunlu İçerik	Sorumlu
Görsel Kayıt (Fotoğraf / Video)	Uygunsuzluğun açıkça görüldüğü fotoğraf veya video; tarih-saat damgası içermeli, dosya adı alan adı ve uygunsuzluk türünü yansıtmalı (örn. "AcilServis_KayganZemin_14032026.jpg")	Kalite Birimi
Yazılı Kayıt (Bina Turu Formu)	Alan adı, uygunsuzluğun kısa tanımı, risk düzeyi (Kritik / Öncelikli / Rutin), tespit tarihi, birim sorumlusunun adı. Form her sayfası paraflanmış olmalıdır.	Kalite Birimi

5.2.2. Risk Düzeyi Sınıflandırması

Tespit edilen her uygunsuzluk aşağıdaki risk düzeyi sınıflandırmasına göre değerlendirilir. Risk düzeyi; DİF için belirlenen tamamlanma süresini doğrudan etkiler.

Risk Düzeyi	Tanım	Örnek Uygunsuzluklar	DİF Tamamlanma Süresi
KRİTİK (K)	Acil müdahale gerektiren, hasta veya çalışan güvenliğini doğrudan tehdit eden durum	Kilitli acil çıkış kapısı, yanan medikal gaz sızıntısı, hastaların ulaşabileceği tehlikeli madde, çalışmayan yangın algılama sistemi	24 saat
ÖNCELİKLİ (Ö)	Kısa vadede risk oluşturabilecek, ivedi aksiyon gerektiren durum	Kırık döşeme basamağı, çalışmayan hemşire çağrı sistemi, miadı dolmak üzere yangın tüpü, el hijyeni dispenser eksikliği	7 iş günü
RUTİN (R)	Kısa vadeli risk taşımayan ancak düzeltilmesi gereken genel iyileştirme ihtiyacı	Solmuş yönlendirme levhası, bozuk tavan kaplama, eskimiş mobilya, boyası dökülmüş duvar	30 gün

5.2.3. Bina Turu Formu (BIN-FR-001) İçeriği

Her bina turu sonrasında kalite birimi tarafından doldurulan BIN-FR-001 formu aşağıdaki bölümleri içerir:

- Tur Bilgileri:** Tur tarihi, saati, başkanlık eden (Başhekim adı), katılımcı listesi (ad ve imza)
- Denetlenen Alanlar:** Her alan için kontrol yapıldığına dair onay (✓ Uygun / ✗ Uygunsuz / — Denetlenmedi)
- Uygunsuzluk Tablosu:** Sıra no, alan adı, uygunsuzluk tanımı, risk düzeyi, görsel kayıt referansı (fotoğraf dosya adı), sorumlu birim
- DİF Bilgileri:** Her uygunsuzluk için DİF numarası, sorumlu kişi ve tamamlanma tarihi
- Onay:** Başhekim ve kalite birimi sorumlusunun imzası

5.3. Uygunsuzluklar İçin DİF Başlatılması ve Takibi (Ölçüt 14.3)

5.3.1. DİF Açılma Süreci

- Kalite birimi, bina turu formu tamamlandıktan sonra en geç **1 iş günü** içinde her uygunsuzluk için HBYS veya DİF sisteminde ayrı bir DİF kaydı açar.
- DİF kaydına şu bilgiler girilir: uygunsuzluk tanımı, ilgili bina turu tarihi, risk düzeyi, sorumlu birim ve kişi, tamamlanma tarihi (risk düzeyine göre belirlenir).
- DİF açıldığında sorumlu birim sorumlusuna sistem üzerinden veya yazılı bildirimle haber verilir.
- Kritik (K) düzeyindeki DİF'ler için başhekim ayrıca bilgilendirilir; 24 saat içinde kapatılıp kapatılmadığı kontrol edilir.

5.3.2. DİF Kapatılma Süreci



1. Sorumlu birim, uygunsuzluğu giderdikten sonra DİF sistemine giderim tarihini ve yapılan işlemi girer.
2. Kalite birimi, giderim yapılan alanı yerinde kontrol eder (mümkünse fotoğraflı doğrulama yapılır).
3. Giderim uygun bulunursa kalite birimi DİF'i "Kapatıldı" olarak günceller.
4. Süresinde kapatılmayan DİF'ler "Gecikmiş" statüsüne alınır; neden ve yeni tamamlanma tarihi sisteme girilir. Bu durum bir sonraki bina turu değerlendirmesine taşınır.

5.3.3. Tekrarlayan Uygunsuzluklar

Aynı alanda veya aynı türde uygunsuzluk art arda iki veya daha fazla bina turunda tekrar tespit edildiğinde "tekrarlayan uygunsuzluk" olarak sınıflandırılır. Bu durumda:

- Yeni bir kök neden analizi yapılır (5N1N yöntemi önerilir)
- Kök neden analizine dayalı iyileştirme planı hazırlanır ve başhekimine sunulur
- İyileştirme planı bir sonraki bina turunun öncelikli gündem maddesi olarak belirlenir

DİF Kapatılma Oranı (%):

(İki aylık dönemde kapatılan DİF sayısı / Aynı dönemde açılan toplam DİF sayısı) × 100

Değerlendirme: %80 ve üzeri → Karşılıyor | %60-79 → Kısmen Karşılıyor | %59 ve altı → Karşılmıyor

Önceki dönemden devreden DİF'ler hesaba dahil edilmez; ayrı tabloda raporlanır ve bir sonraki tur değerlendirmesinde gözden geçirilir.

6. Bina Turu Adım Adım Uygulama Akışı

Adım	Zaman	Eylem	Sorumlu
1	Tur öncesi 3 iş günü	Tur tarihi ve rotası belirlenir; ekip davet yazısı gönderilir; boş BIN-FR-001 formu ve önceki tur DİF raporu hazırlanır	Kalite Birimi
2	Tur günü — başlangıç	Ekip toplanır; bir önceki turun açık DİF'leri gözden geçirilir; tur güzergâhı ve sorumluluklar paylaşılır	Başhekim / Kalite
3	Tur sırasında	Her alan sistematik biçimde denetlenir; uygunsuzluklar anında fotoğraflanır ve forma işlenir; birim sorumlusu açıklama yapar	Tüm ekip
4	Tur sonu — aynı gün	Kısa değerlendirme toplantısı yapılır; kritik uygunsuzluklar hemen ilgili sorumlulara bildirilir; form imzalanır	Başhekim / Kalite
5	Tur sonrası 1 iş günü	Tüm uygunsuzluklar için DİF açılır; görsel kayıtlar arşivlenir; form dijital ortama aktarılır	Kalite Birimi
6	DİF süresi boyunca	Birim sorumluları uygunsuzlukları giderir; kalite birimi haftalık takip yapar; gecikme varsa başhekimine bildirim yapılır	Birim Sorumlusu / Kalite
7	Giderim sonrası	Kalite birimi yerinde doğrulama yapar; uygun ise DİF kapatılır; giderim kanıtı (fotoğraf) sisteme eklenir	Kalite Birimi
8	Bir sonraki tur başlangıcı	Önceki tur DİF özet raporu hazırlanır; kapatılan, geciken ve tekrarlayan uygunsuzluklar değerlendirmeye alınır	Kalite Birimi / Başhekim

7. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
----------	--------	-------	-------



Bina Turu Gerçekleşme Oranı	$(\text{Gerçekleşen tur sayısı} / \text{Planlanan tur sayısı}) \times 100$	%100	2 Aylık
Görsel + Yazılı Kayıt Tamamlanma Oranı	$(\text{Her iki kayıt da tamamlanan uygunsuzluk} / \text{Toplam uygunsuzluk}) \times 100$	%100	Her tur
Kritik DİF Zamanında Kapatılma Oranı	$(24 \text{ saatte kapatılan kritik DİF} / \text{Toplam kritik DİF}) \times 100$	%100	Her tur
DİF Kapatılma Oranı (Genel)	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Dönemde açılan DİF}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Tekrarlayan Uygunsuzluk Oranı	$(\text{Art arda iki turda tekrarlayan uygunsuzluk} / \text{Toplam uygunsuzluk}) \times 100$	Azalan trend	2 Aylık
Kritik Uygunsuzluk Sayısı	Dönemdeki toplam Kritik (K) düzeyinde uygunsuzluk sayısı	Azalan trend	2 Aylık

8. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 14 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Tesis Güvenliği Prosedürü — St.17 (BIN-PR-017)
- Tesis Güvenliği Prosedürü — St.18 (BIN-PR-018)
- DİF Yönetim Prosedürü (KAL-PR-001)
- Bina Turu Formu (BIN-FR-001)
- Yangın Önlemleri ve Acil Durum Talimatı
- Tıbbi Atık Yönetim Talimatı
- Enfeksiyon Kontrolü ve Temizlik Talimatı
- İş Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü
- Toplantı Yönetimi Prosedürü

9. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Bina Turu Formu (BIN-FR-001) — İmzalı	Kalite Birimi	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Görsel Kayıtlar (Fotoğraf Arşivi)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital (klasörlü arşiv)
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
Giderim Doğrulama Kanıtı (Fotoğraf)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
Bina Turu Özet Raporu (Dönemlik)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
Ekip Katılım Listesi (Her tura ait)	Kalite Birimi	5 Yıl	BIN-FR-001 içinde — Fiziksel