|  |  |
| --- | --- |
| dsi_logo_son | DSİ Laboratuvarları |
| P8.2Yönetim Sistemi Dokümantasyonu ProsedürüRevizyon Tarihi : 01.04.2024Revizyon No : 05 |
| **Hazırlayan** | **İmza** | **Onaylayan** | **İmza** |
| Oğuzhan BAL |  | Aydın SAĞLIK |  |

# 1. AMAÇ ve KAPSAM

Bu doküman, TS EN ISO/IEC 17025 standardının Madde 8.2 Yönetim sistemi dokümantasyonu şartlarını kapsar. Bu dokümanın amacı;

1. TS EN ISO/IEC 17025 standardının uygulanmasına ve yetkinliğe, tarafsızlığa ve laboratuvar faaliyetlerinin tutarlılığına katkı sağlamaya yönelik politika ve hedeflerin oluşturulması, dokümante edilmesi, DSİ Laboratuvarlarınca benimsenip kabul edilmesi ve uygulamanın sürekliliğinin sağlanarak güvence altına alınması,
2. TS EN ISO/IEC 17025 standardının uygulanmasına yönelik her türlü dokümantasyonun yönetim sisteminde yer almasının sağlanması ve bu dokümanlara Görev, Yetki ve Sorumlulukları (GYS) dahilinde

bir dokümantasyon sistemi oluşturmaktır.

DSİ Laboratuvarlarında TS EN ISO/IEC 17025 standardı dışında herhangi bir kalite yönetim sistemi uygulanmadığından Seçenek A kullanılmaktadır*.*

# 2. SORUMLULUK

Kalite Politikasının hazırlanmasından, kontrolünden, onaylanmasından ve Genel Müdür imzası ile yayımlanmasından TAKK Dairesi Başkanlığı, Kalite Hedeflerinin hazırlanmasından, kontrolünden, onaylanmasından ve yayımlanmasından ise DSİ Laboratuvarları sorumludur.

Bu dokümantasyonda yer alan şartların görev, yetki ve sorumluluk çerçevesinde uygulamasından, tüm DSİ Laboratuvarları personeli sorumludur.

# 3. TERİMLER VE TANIMLAR

**Kalite Politikası**

TS EN ISO/IEC 17025 standardının amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik, Laboratuvar Üst Yönetiminin yazılı beyanı.

**Kalite Hedefleri**

Kalite Politikasının gerçekleştirilmesine yönelik genelde yıllık olarak belirlenen yazılı hedefler

**Laboratuvar Yönetimi (Üst Yönetim)**

P5 Yapısal Gereklilikler Prosedürüne bakılmalıdır.

**Doküman**

Faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan belgeler (politika beyanları, prosedürler, şartnameler, üretici talimatları, kalibrasyon çizelgeleri, grafikler, metinler, posterler, uyarılar, bildiriler, çizimler, planlar vb.). Bunlar basılı kopya veya dijital ortam gibi çeşitli şekillerde sağlanabilir.

**Kayıt**

Elde edilen sonuçların kaydedildiği veya gerçekleştirilen faaliyetin objektif delilinin sağlandığı dokümanlardır.

# 4. UYGULAMA

## 4.1. DSİ Laboratuvarları Kalite Politikası

TS EN ISO/IEC 17025 standardına uygun olarak, DSİ Laboratuvarlarını kapsayacak şekilde Bölge Müdürlüklerinin de görüşleri alınarak, Merkez Laboratuvar olması sıfatıyla TAKK Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmıştır.

Genel Müdür tarafından hazırlanan Kalite Politikası KP 0 16 00 01 Kalite Politikası dokümanında belirtilmiş olup, Genel Müdür tarafından onaylanır.

Kalite Politikasının tüm çalışanlara duyurulması ve çalışanların kalite bilincinin geliştirilmesi amacıyla Daire Başkanlıklarında/Bölge Müdürlüklerinde programlı eğitimler düzenlenmektedir. Bu eğitimlerde DSİ Laboratuvarları bünyesindeki personel, TS EN ISO/IEC 17025 standardının şartları ve kurum kültürü konularında bilgilendirilmektedir.

Kalite Politikasına DSİ iç ağlarından ulaşılabilmektedir. Ayrıca, DSİ Laboratuvarlarında Kalite Politikası çalışanların görebileceği yerlere yazılı metinler halinde asılmıştır. Kalite Politikası metninin altında isim ve imza olmaksızın “Genel Müdür” ibaresi yer alır.

## 4.2. DSİ Laboratuvarları Kalite Hedefleri ve Gerçekleşmesi

Kalite Yönetim Sisteminin iyileştirilmesine yönelik olarak genel hedefler, laboratuvar faaliyetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak birim hedefleri hedef sorumlusu ve termin süresi (tarih) de belirlenerek her yılın başında, 4.3’de belirtilen yetkiler dahilinde F 0 16 00 49.1 DSİ Laboratuvarları Kalite Hedefleri Formu kullanılarak yıllık olarak hazırlanır ve BELGENET üzerinden elektronik imza ile imzalanıp onaylanarak yürürlüğe girer. Onaylanan kalite hedefleri Daire Başkanlığında Kalite Yönetim Biriminde, Bölge Laboratuvarında ise BELGENET yazısı ile birlikte muhafaza edilir. Onaylanmayı müteakip kalite hedefleri aksiyon planına aktarılır ve hedeflerin gerçekleşme durumları 3’er aylık periyotlar halinde F 0 16 00 41 Aksiyon Planı *Formu* ile *elektronik ortamda* izlenir. *Elektronik ortamda gerçekleştirme durumları sayısal olarak girilerek 3’er aylık dönemde güncelleme numarası verilerek akreditasyon sitesinde ilgili klasöre kayıt edilir. Aksiyon planı her yıl yeniden hazırlanmaz ve geçmiş yılların hedef, gerçekleşmeleri liste üzerinde bulunur. Bölge laboratuvarlarının yapacakları YGG toplantısı aksiyon kararları da aynı listeye kayıt edilerek takip edilir. Merkezi YGG toplantısı aksiyon kararları TAKK Dairesi Başkanlığı tarafından her toplantı için ayrı bir liste ile takip edilir.* Yönetimin gözden geçirmeleri toplantısında hedefler ve gerçekleşme durumları değerlendirilir.

## 4.3. DSİ Laboratuvarları Dokümantasyon Yapısı

DSİ Laboratuvarları yönetim sistemi dokümantasyon yapısı ve bununla ilgili GYS’ler aşağıdaki çizelgede belirtilmiştir:

| No | Dok. Tipi | Dokümanın Adı | Hazırlayan | Onaylayan | Revizyon Teklifi | Elektronik Ortamda Yayımlayan (\*) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Kalite Yönetim Sistemi | Kalite Politikası  | Kalite Yöneticisi  | Genel Müdür | Kalite Yöneticisi  | Kalite Yöneticisi  |
| 2 | Kalite Hedefleri | Kalite Yöneticisi/ Kalite Yöneticisi Temsilcisi | Daire Başkanı/Bölge Müdürü  | Kalite Yöneticisi/ Kalite Yöneticisi Temsilcisi | Kalite Yöneticisi  |
| 3 | Görev Yetki ve Sorumluluk (GYS) Talimatları | Kalite Yöneticisi / Genel Müdürlük | Daire Başkanı/ Genel Müdür | Kalite Yöneticisi  | Kalite Yöneticisi  |
| 4 | Prosedürler, KYS Talimatları, KYS Formları | Kalite Yöneticisi | Daire Başkanı | Kalite Yöneticisi  | Kalite Yöneticisi  |
| 5 | Süreç Akış Şemaları  | Kalite Yöneticisi  | Daire Başkanı | Kalite Yöneticisi  | Kalite Yöneticisi  |
| 6 | Risk/Fırsat/ İyileştirme Dokümanları | Kalite Yöneticisi  | Daire Başkanı | Kalite Yöneticisi  | Kalite Yöneticisi  |
| 7 | Dış Kaynaklı Dokümanlar | Kalite Yöneticisi  | Daire Başkanı | İlgili birim/ünite | Kalite Yöneticisi  |
| 8 | Birim  | Talimatlar(Deney/ Kalibrasyon, Cihaz)  | İlgili birim/ünite personeli | Şube Müdürü | İlgili birim/ünite | Kalite Yöneticisi  |
| 9 | Formlar (Hedefler, Listeler, Planlar, Çizimler, Süreç Kartları, Risk Kartları, Grafikler, Çizelgeler, Şartnameler) | İlgili birim/ünite personeli | Şube Müdürü | İlgili birim/ünite personeli | Kalite Yöneticisi  |
| 10 | Risk/Fırsat/ İyileştirme Dokümanları | Şube Müdürü  | Daire Başkanı/Bölge Müdürü | Şube Müdürü | Kalite Yöneticisi  |

(\*) İlgili birim/üniteden yayınlanmak üzere Merkez Laboratuvara gönderilen dokümanlar Yönetim Sistemine ve teknik gereklere göre Merkez laboratuvarın ilgili birimlerinin incelemesi sonucunda uygun bulunması halinde Kalite Yöneticisi tarafından elektronik ortamda yayımlanır.

Genel teknik talimatlar ve bunlara ait formların hazırlanması ve onaylanmasında yukarıdaki tabloya uyulmaz. Bu talimatlar ve formlar, uzman personel veya şube müdürü tarafından hazırlanır ve bu konuda en az şube müdürü seviyesinde yetkin kişi tarafından onaylanır.

Tablo ile ilgili detaylı açıklama için P8.3 Yönetim Sistemi Dokümanlarının Kontrolü Prosedürüne bakınız.

## 4.4. Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyonuna Erişilebilirlik

DSİ Laboratuvarları Kalite Yönetim Sistemlerinde yer alan tüm dokümanlar DSİ iç ağında F 0 16 00 04 Ana Doküman Listesi Formunda yayımlanır ve elektronik ortamda erişilebilir durumdadır. Dokümantasyona erişim DSİ kullanıcı adı ve şifresi ile girilerek mümkündür. Dış Kaynakları dokümanlar ise yine aynı yöntemle F 0 16 00 05 Dış Kaynaklı Doküman Listesi Formu ile erişilebilir durumdadır (Detaylar için P8.3 Yönetim Sistemi Dokümanlarının Kontrolü Prosedürüne bakınız).

Kalite Yönetim Sistemi dokümanlarının basılı kağıt ortamında dağıtımı yapılmaz.

# 5. İLGİLİ DOKÜMANLAR

#### KP 0 16 00 01 Kalite Politikası

#### P5 Yapısal Gereklilikler Prosedürü

#### P8.3 Yönetim Sistemi Dokümanlarının Kontrolü Prosedürü

* P8.9 Yönetimin Gözden Geçirmeleri Prosedürü
* F 0 16 00 04 Ana Doküman Listesi Formu

#### F 0 16 00 05 Dış Kaynaklı Doküman Listesi Formu

* F 0 16 00 41 Aksiyon Planı Formu
* F 0 16 00 49.1 Kalite Hedefleri Formu

# 6. REVİZYON TARİHÇESİ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sayfa No** | **Revizyon Tarihi**  | **Revizyon No** | **Revizyon Nedeni** |
| Tümü | 06.05.2019 | 00 | İlk yayımlama |
| 3,4 | 12.06.2019 | 01 | İlk yayın sonrası genel gözden geçirme |
| 3,4,6 | 21.10.2020 | 02 | Dokümanları hazırlanması ve onaylanması ile ilgili düzenleme yapıldı |
| 2 | 23.08.2021 | 03 | Standardın Madde 8.1 Seçenek A ifadesi eklendi |
| 2, 5 | 15.03.2023 | 04 | * 4.2 maddesine kalite hedeflerinin termin süresi ve gerçekleşmenin izleme süresi eklendi.
* 5. maddeye F 0 16 00 41 ve F 0 16 00 49.1 nolu formlar eklendi
 |
| 3 | 01.04.2024 | 05 | F 0 16 00 41 Aksiyon Planı Formu’nun hazırlanması, elektronik ortamda izlenmesi, takip, kayıt, sayısal olarak gerçekleşme durumları ve Akreditasyon Sitesinde ilgili klasöre yüklenmesine yönelik düzenlemeler yapıldı  |