**ISO 9001:2015**

**KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ**

**UYGULAMA REHBERİ**

**(KALİTE EL KİTABI)**

 **Bu Kalite El Kitabı Keşan Özel İLGİ Bakım Merkezine ait olup, kısmen veya tamamen kopyalanması, kullanılması hukuki sonuçlar doğurabilir.**

ÖNSÖZ

Küreselleşmeyle beraber önem kazanan rekabet, yasal düzenlemeler engelli bakım kuruluşlarında, kaliteli hizmet sunma zorunluluğunu gündeme getirmiştir.

Günümüzde özel ve kamu sektöründe kaliteli hizmet sunmak için kalite sistemleri daha da önem kazanmıştır.

Rekabet edebilmenin tek unsuru, güvenilirlik, çalışanlar, engelli ve engelli yakınlarının memnuniyeti, kaliteli, zamanında ve doğru hizmet üretmekten geçtiği bir gerçektir.

Özel Bakım Merkezi olarak hizmet veren kuruluşumuzun kalite yolculuğu bu etkileşim sonucu doğmuştur.

Bu Uygulama rehberi (Kalite El Kitabı),Özel Keşan İlgi Engelli Bakım Merkezi’nin Risk Tabanlı Kalite Yönetim Sistemini tanıtmak ve merkezin tüm uygulamalarında temel alınmak üzere en üst düzey dokümanı olarak hazırlanmıştır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı olarak hizmetlerini gerçekleştiren Özel Keşan ilgi Engelli Bakım Merkezi; TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi standardına uygun olarak yapılandırılmış olan Kalite Yönetim Sistemini kurarak, kurumsal ve sürekli gelişen bir yapıya dönüşmeyi taahhüt eder.

Bu sistem sürecinde; sürekli öğrenen, gelişen ve iyileşen bir yapıda doğruluk ve tarafsızlık temel prensibiyle engelli bireylere süratli, eksiksiz, güler yüzlü, etkin, kaliteli hizmeti sunmak ve Engelli Memnuniyetini sağlamak temel amacımızdır.

Bu temel amacı gerçekleştirirken; Yetkin, nitelikli, motive edilmiş, kurum kültürüne sahip, eğitimlerinin devamlılığı sağlanmış işgücüyle amaç birliği içerisinde engellilerimize en iyi koşullarda hizmet sunmayı amaç edindiğimizi belirtmek isterim.

**Kurucu Müdür**

**Tülin KUTLUAY**

İletişim Bilgileri

**Unvan :** TH Bakımevi ve Sağlık Hizmetleri Sanayi Ticaret Limited Şirketi

**Bakım Merkezi Adı**  **:** Keşan İlgi Bakım Merkezi

**Adres :** Aşağı Zaferiye Mah. Ketenciler Sok. No:6/1 KEŞAN/EDİRNE

**Tel :** 0.284. 714 00 44

**Web Adresi :** [www.kesanilgi.com](http://www.kesanilgi.com)

**E-Posta :** info@kesanilgi.com

**KALİTE POLİTİKASI**

**Ruhsal Engelli Bakım Hizmetlerini Gerçekleştirirken**

* Engelli, engelli yakını, çalışanlarımız ve ilgili tarafların haklarını ve mahremiyetini koruyarak memnuniyeti en üst seviyede tutmak
* En yeni teknolojileri kullanarak modern alt yapımızı sürekli geliştirmek
* Birimlerimiz İçin Kalite Amaçlarını Belirlemek, Belirli Aralıklarla Amaçlarımızı Değerlendirerek Gerekli Olması Durumunda Tedbirler Almak
* Dünya standartlarındaki gelişmeleri uzman ekibimizle değerlendirerek bakım biliminde en iyi bilgilerle çalışmak
* Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Yürürlükteki ‘’Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’’ne uygun şekilde Tüm Yasal Şartları Yerine Getirmek
* Kalite yönetim sistemi uygulamalarını sürekli iyileştirmek

**KALİTE POLİTİKAMIZDIR.**

**MİSYON**

Kuruluşumuz; Etik ilkelerden ödün vermeden, engelli haklarına saygı duyan, tüm yasal mevzuat şartlarına uygun, bakım hizmetlerinde, koruyucu, tedavi edici ve tamamlayıcı yaklaşım uygulayarak, engelli bireylerimizin güvenliğini esas alan, kaliteli bakım hizmetlerini sürdürürken, sürekli iyileştirme ve geliştirme felsefesini benimsemiş, insani değerleri en ön planda tutan ve en iyi hizmeti vermeyi amaçlayan bir kuruluştur.

**VİZYON**

Mevcut misyonumuz doğrultusunda çalışmalarımızı geleceğe taşıyarak, engellilerin yitirilen yeteneklerini tekrar kazandıran, yapabilecekleri yeni işler için beceri kazandırarak toplumla bütünleşmelerini sağlayan, engellilerimizin yaşam kalitesini artırarak kaliteli bakım hizmetini toplumun çoğunluğuna ulaştıran, sürekli yenilenmek felsefesi ile çağdaş, evrensel, bilimsel ve teknolojik gelişmeleri uygulama alanına aktararak, kadrosunu sürekli geliştirip genişleterek, engelli bakım alanında en iyi bakım merkezi olmayı hedefliyoruz

**1. Kapsam**

**Bakım Merkezimiz**;

* Engelli bakım hizmetlerini gerçekleştirmek için uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat şartlarını karşılayarak, hizmetlerimizi düzenli olarak sağlama yeteneğini göstermek,
* Kalite Yönetim Sistemini, sürekli iyileştirmek ve belirlediği prosesler dâhil olmak üzere Kalite Yönetim Sistemini etkin olarak uygulayarak Engelli, Engelli Yakını, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler v.s. tüm tarafların memnuniyetini arttırmak için Kalite Yönetim Sistemini, ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi- Eylül 2015 standardı şartlarına göre tasarlayarak oluşturmuş ve uygulamaktadır.

**2. Atıf Yapılan Standard ve/veya Dokümanlar**

Kalite Yönetim Sistemimiz, ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı referans alınarak kurulmuş ve uygulanmaktadır.

Ayrıca Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini arttırmak için, ISO 9001:2015 Standardında atıfta bulunulan ve Dış kaynaklı Doküman listemizde tanımlanan tüm dokümanlara(kanun, tebliğ, yönetmelik v.s.) uyum sağlanmıştır.

ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardında Tarih ve Sayı ile birlikte işaret edilen doküman olması durumunda, yürürlükte olan bir başka doküman olsa dahi Atıf Yapılan Tarih ve sayılı Dokümana, tarih ve Sayı belirtilmeyen dokümanlarda ise dokümanın yürürlükte olan son haline uyum sağlanır.

**3. Terimler ve Tarifler**

Kalite Yönetim Sistemimizde; ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sisteminin amaçları bakımından ISO 9000:2015 Standardında verilen Terimler ve Tarifler uygulanmakta olup bazıları aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır.

**Bakım Merkezi :**Engelli Bakım Merkezidir.

**ASPİM :**Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

**KYS :**Kalite Yönetim Sistemi

**Hizmet Alan :**Bakım Merkezimizde kalması için AÇSHİM tarafından onay verilmiş olan Bedensel Engelliler Kapsar.

**Sorumlu Müdür :**Tüm faaliyetlerin yürütülmesinde yetkili olan AÇSHİM tarafından onaylanan

 Yöneticidir.

**Proses (Süreç) :**Psiko Sosyal Destek, Sağlık ve Öz bakım ihtiyacı gibi girdileri Engelli Bakım Hizmetleri çıktısına dönüştüren birbiriyle ilgili veya etkileşimli faaliyetler dizisidir.

**Faaliyet :**Bir işi yerine getirmek için yapılan eylemlerdir.

**Form :**Faaliyete ait kayıtları tutmak için kullanılan tip dokümandır.

**Talimat :**Bir Faaliyetin Nasıl gerçekleştirileceğini anlatan tip dokümanlardır.

**Plan :**Bir Faaliyetin uygulama Frekansını, Kimin sorumlu olduğunu anlatan tip dokümanlardır.

**Prosedür :**Bir faaliyetin gerçekleştirilmesi ile ilgili yöntemleri anlatan tip dokümanlardır.

**Liste :**Tip dokümanların veya kaynakların tanımlandığı tip dokümanlardır.

PUKÖ :Kalite Yönetim Sistemi Metodolojisidir (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al)

Risk :Bir zarar veya kayba neden olabilecek bir olayın ortaya çıkma olasılığıdır.

**4. Kuruluşun Bağlamı**

**4.1 Kuruluş ve Bağlamının Anlaşılması**

**Özel Keşan İLGİ Engelli Bakım Merkezi**, kalite yönetim sisteminin amaçlanan sonuçlarına ulaşabilme yeteneğini olumlu veya olumsuz etkileyen, iç ve dış hususları tayin etmiş ve **Tablo 1**’de tanımlanmıştır.

|  |
| --- |
| **TABLO 1 İÇ HUSUSLAR (İÇ BAĞLAM)**  |
| **Bağlam Adı** | **Olası Etkileri** | **İzleme** |
| Personelin Yetkinliği | Personelin Yetkin olması Faaliyetlerin doğru, zamanında ve etkin olarak gerçekleştirilmesini, olası istismarın ortadan kalkmasını sağlar | Eğitim Kayıtları, Personel Özlük Dosyası |
| Altyapı Yetersizliği/Yeterliliği | Altyapı Yetersizliği Hizmetlerin aksamasına ve İlgili Tarafların memnuniyetinin azalmasına neden olur | Satın alma ProsesiBakım Onarım Prosedürü |
| Çalışma Ortamı ve Ergonomi | Çalışma ortamının uygun ve ergonomik yapıda olması çalışanların hizmetlerini etkin bir şekilde gerçekleştirmesini, ilgili tarafların memnuniyetini arttırır. | Uygun Fiziksel Koşullar, Isı Nem Ölçüm Kayıtları |
| Bilgi İşlem (otomasyon) Altyapısı | Bilgi işlem altyapısının güçlü olması birimler arası bilgi alışverişinin daha hızlı ve doğru olmasını sağlar verilen hizmetin daha kısa sürede doğru şekilde gerçekleştirilmesini ve etkin şekilde hizmetlerin kayıt altına alınmasını sağlar | Otomasyon |
| Birimler Arası İletişim ve Koordinasyonu | Birimler arası entegrasyon hizmetlerin doğru, verimli ve zamanında verilmesini sağlar. | Yönetimin Gözden Geçirme Prosedürü |
| Çalışan Motivasyonu | Çalışanlarının motivasyonunun yüksek olması hizmetlerin etkin şekilde verilmesini sağlar. Olası İhmal oluşumunu engeller. | Özlük Hakları ile ilgili Kayıtlar |
| Organizasyonel Yapının Sık Değişimi | Organizasyonel yapının sürekli değişikliği hizmetlerin aksamasına, kurumsal bilgi birikiminin azalmasına, hizmetlerin etkin şekilde verilememesine neden olur. | Personel Listesi |  |
| Yönetim Yaklaşımı | Yönetimin her konuda bilinçli ve istatistiksel bilgilerle yaklaşması çalışan verimini ve ilgili tarafların memnuniyetini arttır. | Memnuniyet Ölçüm Kayıtları (Anketler) |  |  |

|  |
| --- |
| **DIŞ HUSUSLAR (DIŞ BAĞLAM)** |
| **Bağlam Adı** | **Olası Etkileri** | **İzleme** |
| Yasal Mevzuat | Yasal mevzuata uyumun tam sağlanması cezai müeyyidelerin engellenmesini, hizmetin mevzuatlara uygun şekilde verilmesini ve dış denetimlere hazırlıklı olmayı sağlar.  | Dış Kaynaklı Doküman Listesi |
| Hizmet Alan ve Yakınlarının Yaklaşımı | Hizmet alan ve yakınları ile işbirliği hizmetlerin daha etkin şekilde gerçekleştirilmesini sağlar. | Mesleki Çalışma KayıtlarıAnketler |
| Ekonomik Koşullar/Enflasyon | Ekonomik Koşulların (asgari ücret, vergi oranları vs.) ve Enflasyonun sürekli değişimi yatırımlarımızın ertelenmesine neden olur ve iyileştirmeyi negatif yönde etkiler. | Piyasa Koşulları |
| Yasal Mevzuat Hazırlanırken İlgili Kurumlarla Koordinasyon | Yasal Mevzuatların hazırlanmasında mevzuattan etkilenecek sektör temsilcilerinin fikirlerinin alınması ilgili sektörün daha hızlı büyümesine, faaliyetlerin daha etkin yapılmasına memnuniyetin sürekli artmasına fayda sağlar. | Dış Kaynaklı Doküman Listesi |
| Sivil Toplum Kuruluşları | Engellinin Toplumsal hayata uyumuna katkı sağlar. | Mesleki Çalışma Kayıtları |

Kuruluşumuzun İç ve Dış Bağlamları, Uygunluk, Etkinlik ve güncellik için izlenmekte olup, Her Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında gözden geçirilerek değerlendirilmekte ve güncellenmesi gereken durumlarda güncellenmektedir.

**4.2. İlgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması**

Bakım Merkezimiz, Engelli Bakım hizmetlerimizden faydalanan ve uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat hükümlerini karşılayan hizmetleri düzenli olarak sağlama yeteneğine direk etkisi veya potansiyel etkisi olan İlgili Tarafları ve Şartlarını (Beklentilerini) **Tablo 2**’de tanımlamıştır.

**TABLO 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İLGİLİ TARAF** | **İHTİYAÇ VE BEKLENTİLERİ (ŞARTLARI)** | **İZLEME** |
| Engelli | 1.Kaliteli hizmet2.Sağlıklı iletişim3.Mahremiyete önem verme4.Şeffaflık, Adil/Eşit/Hakkaniyetli yaklaşım5.Farklılıklara saygı | 1. Sağlık Kayıtları2. Mesleki Çalışma Kayıtları3. Grup İzleme Defteri |
| Aile, Çalışma ve Sosyal HizmetlerBakanlığı | 1. Mevzuat Şartlarına Uygunluk, 2. Şeffaflık3. Etkin ve zamanında iletişim4.Doğru beyanda bulunma5.Tutarlı olmak6.Tarafsız olmak7.Öngörülü olmak | 1. Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği2. ASPİM Yazışmaları / Denetim Raporları |
| Engelli Yakını  | 1.Kaliteli Hizmet2.Sağlıklı ve zamanında iletişim3.Mahremiyete önem verilmesi4.Şeffaflık, Adil/Eşit/Hakkaniyetli yaklaşım5. En iyi hizmetin en uygun şartlarda yapılması | 1. Engelli Yakını Memnuniyet Ölçüm Anketi |
| Kurucu Müdür | 1.Taleplerin açık ve net ifade edilmesi2.Hizmetin doğru şekilde ve zamanında yapılması3. Tüm tarafların objektif olması/Önyargılı olmaması4.Doğru beyanda bulunma5.Tutarlı olunması, tarafsız olunması, öngörülü olunması6. Hizmetin Etkin şekilde verilerek karlılık düzeyinin artması | 1. Şikayet, İstek Ve Öneri Bildirim Formu2. Sağlık Kayıtları3. Mesleki Çalışma Kayıtları4. Grup İzleme Defteri5. Bilanço |
| Sorumlu Müdür | 1.Taleplerin açık ve net ifade edilmesi2. Hizmetin doğru şekilde, zamanında ve gelişerek yapılması3.Tüm tarafların objektif olması/Önyargılı olmaması4.Doğru beyanda bulunma, tutarlı olunması, tarafsız olunması, öngörülü olunması5. Mevzuat şartlarına uygunluk6. Ergonomik çalışma ortamının oluşturulması7. Çalışanların özlük haklarının korunması | 1. Şikayet, İstek Ve Öneri Bildirim Formu2. Sağlık Kayıtları3. Mesleki Çalışma Kayıtları4. Grup İzleme Defteri5. İç/Dış Tetkik Raporları6. Özlük Dosyası |
| Personel (Çalışan) | 1.Ergonomik çalışma ortamı (araç-gereç ve donanımın yeterli olması)2.Kişisel gelişimlerin desteklenmesi3.Liyakatin uygulanması4.Personelin iş odaklı ve objektif değerlendirilmesi5.Personel arasında adil/eşit işbölümünün yapılması6.Personel eğitimlerinin amacına hizmet etmesi ve ona göre eğitim programlarının düzenlenmesi7. İş kanunları ve iş güvenliği, sağlık ve emniyet tedbirlerinin alınması8.Bilgi deneyim ve tecrübe kriterlerine göre ücretlendirmenin yapılması, Takdir edilme, ödüllendirilme9. Özlük haklarının zamanında karşılanması | 1. Çalışan Memnuniyet Ölçüm Anketi2. Eğitim Planı3. Özlük Dosyası4. Aylık Çalışma Çizelgeleri |
| Tedarikçiler | 1.Satın alma hacminde ve kapsamında artış2.Uzun süreli çalışma3.Gelecek satın almalar için bilgilendirilme (ön bilgilendirme)4.Zamanında ödeme5. Satın alma Süreci Hakkında bilgi | 1. Malzeme Talep Formu2. Tedarikçi Değerlendirme Kayıtları 3. Sipariş Formu |
| Sivil Toplum Kuruluşları | 1.Kaliteli hizmet2.Şeffaflık, Adil/Eşit/Hakkaniyetli yaklaşım3. Mevzuatlara uygun çalışma 4. Ortak Proje uygulamaları 5. Bilimsel Temelli çalışmalar | 1. Toplumla Mesleki Çalışma Raporu |
| Kamu Kuruluşları | 1. İlgili Mevzuat/Standart Şartlarına Uygunluk2.Etkin ve zamanında iletişim3.Doğru beyanda bulunma4.Şeffaflık5. İlgili Kurumlarla işbirliği6.Personelin uzun süreli istihdamı | 1. İlgili Kurum Denetim Raporu2. Yazışmalar |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Komşular | 1. Gürültü Yapılmaması2. Çevreyi Kirletmemiz3. Hizmet Alanların kendilerini rahatsız etmemeleri4. Engellilere iyi Hizmet vermemizi | 1. Şikayet, İstek Ve Öneri Bildirim Formu |

Bakım Merkezimiz tarafından belirlenen taraflar ve beklentileri (şartları) Uygunluk, Etkinlik ve güncellik için izlenmekte ve Her Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında gözden geçirilerek değerlendirilmekte ve güncellenmesi gereken durumlarda güncellenmektedir.

**4.3. Kalite Yönetim Sisteminin Kapsamının Belirlenmesi**

Yürürlükte olan, **Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği** şartlarına uyarakBünyesindeki; Sağlık, Psiko Sosyal ve Bakım birimleri aracılığı ile bakıma ihtiyacı olan engellilere ilişkin, 24 saat sürekli koruma, bakım, sağlık durumunun takibi ve rehberlik hizmetlerini yatılı olarak verilmesini sağlayan, yöneten, koordine eden ve karar veren kurum olarak Sınırlarımız; **Aşağı Zaferiye Mah. Ketenciler Sok. No:6/1 KEŞAN/EDİRNE** olup, Kapsamımız;‘ **Özel Engelli Bakım Merkezlerine Yönelik Faaliyetlerin Sunumu’** ’dur.

Bakım Merkezimiz, Kalite Yönetim Sistemi kapsamını Uygunluk, Etkinlik ve güncellik için Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında gözden geçirilerek değerlendirilmekte ve güncellenmesi gereken durumlarda güncellenmektedir.

**Ayrıca;** Kalite Yönetim Sistemi kapsamımızdan ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardının ‘’8.3. Ürün ve hizmetlerin tasarımı ve geliştirilmesi ve 8.5.5. Teslimat Sonrası Faaliyetler ’’ maddesi **Tablo 3’de** tanımlanan gerekçe ile uygulanabilir olmadığı tayin edilerek Kalite Yönetim Sistemimizden hariç tutulmuştur.

**TABLO 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Madde No**  | **Madde Adı** | **Uygulanamazlık Gerekçesi** |
| 8.3. | Ürün ve hizmetlerin tasarımı ve geliştirilmesi | Bakım Merkezimiz, Yönetmelik ve Mevzuat şartlarına göre hizmetlerini gerçekleştirdiğinden Engelli Bakım Hizmetleri Faaliyetlerimiz sırasında faaliyete ilişkin herhangi bir tasarım veya geliştirme faaliyetleri söz konusu olmadığından ve sorumluluğu bulunmadığından bu standart maddesi Kalite Yönetim Sistemimizden Hariç tutulmuştur.  |
| 8.5.5. | Teslimat Sonrası Faaliyetler | Bakım Merkezimiz, Engelli Bakım faaliyetleri sonrasında engelliyi kalıcı olarak teslim ettikten sonra (nakil veya vefat) herhangi bir devam eden sorumluluğu bulunmadığından bu standart maddesi Kalite Yönetim Sisteminden hariç tutulmuştur. |

**4.4. Kalite Yönetim Sistemi ve Prosesleri**

**4.4.1.** Bakım Merkezimiz ISO 9001:2015 Standardının şartlarına uygun olarak, ihtiyaç duyduğumuz Prosesleri (Süreçleri) ve bunların birbiri ile etkileşimlerini belirleyerek kalite yönetim sistemini kurmuş, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta ve sürekli iyileştirmektedir.

**Referans Dokümanlar**

* Kişisel Bakım Hizmetleri Prosesi GNL.PRS.001
* Sağlık Hizmetleri Prosesi GNL.PRS.002
* Psiko-Sosyal Destek Hizmetleri Prosesi GNL.PRS.003
* Satın alma Prosesi GNL.PRS.004
* Özel Engelli Bakım Merkezi Hizmetleri Prosesi GNL.PRS.005
* Etkileşim Şeması GNL.ŞMA.002

**4.4.2.** Bakım Merkezimiz Proseslerin işletimini desteklemek için oluşturduğu ilave dokümanların (Talimat, Plan, Form, Liste v.s.) sürekliliğini sağlamakta ve proseslerin planlanan şekilde yürütüldüğünden emin olmak için gerekli kayıtları oluşturmakta ve muhafaza etmektedir.

**5. Liderlik**

**5.1. Liderlik ve Taahhüt**

**5.1.1.** Bakım Merkezimiz Sorumlu Müdürü, Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

* Kalite yönetim sisteminin etkinliği adına ilgili tüm taraflara hesap verilebileceğini,
* Bakım Merkezimizin stratejik yönü ve iç/dış unsurları (bağlamı) ile uyumlu Kalite politikası ve kalite

Hedeflerinin oluşturulacağını ve hedeflere ulaşmak için çaba harcanacağını,

* Kalite yönetim sistemi uygulamalarının Bakım Merkezimizin Prosesleri ile uyumlu olacağını,
* Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
* Kalite yönetim sistemi için gerekli Altyapı veya İnsan Kaynağının mevcudiyetinin sağlanacağını,
* Tüm çalışanlarla etkin kalite yönetimi ve kalite yönetim sistem şartlarına uygunluğun öneminin

paylaşılacağını,

* Kalite yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşması için planlamaların yapılacağı ve planların

uygulanacağını,

* Kalite yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin, istihdam edileceğini, yönlendirileceğini

ve destekleneceğini,

* İyileştirme için tüm çalışanların katkısının alınabileceği bir yöntem oluşturulacağını,
* Kalite Yönetim Sisteminin etkin şekilde uygulanabilmesi, geliştirilebilmesi için Birim Sorumluları, Kalite İç denetçileri ve Kalite Yönetim Temsilcisinin atanacağını,

**5.1.2 Müşteri Odaklılık**

Bakım Merkezimiz Sorumlu Müdürü, aşağıdaki taahhütlerde bulunarak müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) odaklılıkla ilgili liderliğini göstermektedir.

a) Müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) beklentilerinin (şartlarının) tayin edileceğini ve sürekli

olarak karşılanacağını

b) Bakım Merkezimizi ilgilendiren uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat (Kanun, Yönetmelik, Genelge

v.s.) şartlarının tayin edileceği ve tayin edilmiş olan mevzuat şartlarının tamamına uyulacağını,Engelli Bakım Hizmetlerinin uygunluğunu etkileyebilecek Risk ve Fırsatların belirleneceği ve Risklerin

ortadan kaldırılacağını veya azaltılacağını,

c) Müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) memnuniyetini tespit etmek ve artırmak için periyodik

olarak müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) beklentilerinin alınacağını,Müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) memnuniyetinin artırılması için sürekli iyileştirmeler

Yapılacağını

**5.2. Politika**

**5.2.1**. **Kalite Politikasının Oluşturulması**

Bakım Merkezimiz Sorumlu Müdürü,

* Bakım Merkezimizin Amaç ve bağlamlarımıza uygun ve stratejik yönünü destekleyen
* Kalite hedeflerinin belirlenmesi için bir çerçeve sağlayan
* Uygulanabilir şartları yerine getirilmesi ve Kalite yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesini taahhüt

eden Kalite Politikasını tespit ederek dokümante etmiştir.

**Referans Dokümanlar**

Kalite Politikası GNL.KEK.001- sayfa 3

**5.2.2. Kalite Politikasının Duyurulması**

Kalite Politikası tüm çalışanlara duyurulması ve çalışanlarımızın kalite bilincinin geliştirilmesi amacıyla, eğitimler düzenlenmekte olup Bakım Merkezlerimizde, çalışanlarımızın görebileceği noktalara yazılı metinler halinde asılmıştır.

Kalite Politikası, Yönetimin Gözden geçirme Toplantılarında görüşülerek sürekliliği sağlanmakta ve gerekli olması durumunda güncellenmektedir.

**5.3.Kurumsal Görev, Yetki ve Sorumluluklar**

Bakım Merkezimiz içerisinde görev alan tüm personelimiz ve bunlar arasındaki yatay ve dikey ilişkiler Organizasyon Şemasında tanımlanmıştır.

Organizasyon Şemasında tanımlanan her görev için yetki ve sorumluluklar Görev Tanımlarında açıklanmıştır.

Organizasyon Şeması, tüm çalışanlara duyurulması amacıyla Bakım Merkezlerimizde uygun alanlara çalışanlarımızın görebileceği noktalara asılmıştır.

**Ayrıca;**

* Kalite yönetim sisteminin, ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi standardının şartlarını karşılamasının güvence altına alınması,
* Proseslerin beklenen çıktılarının istenen sonuçları ortaya çıkarılmasının güvence altına alınması,
* Kalite Yönetim Sisteminin performansının ve iyileştirme için fırsatların üst yönetime raporlaması,
* Bakım Merkezimizin tamamında müşteri odaklılığın teşvik edilmesinin güvence altına alınması,
* Kalite yönetim sistemindeki değişiklikler planlanır ve uygulanırken, kalite yönetim sisteminin bütünlüğünün güvence altına alınması için Kalite Yönetim Temsilcisi atanmış ve tüm çalışanlara duyurulmuştur.

**Referans Dokümanlar**

Organizasyon Şeması GNL.ŞMA.001

Görev Tanımları GNL.GRT.001+

Kalite Yönetim Temsilcisi Atama Yazısı

**6. Planlama**

**6.1 Risk ve Fırsatları Belirleme Faaliyetleri**

Bakım Merkezimiz kalite yönetim sistemini planlarken, iç/ dış hususları ve ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerini göz önünde bulundurarak proses tabanlı risk ve fırsatlarını tayin ederek dokümante etmiştir.

**Referans Dokümanlar**

Risk Değerlendirme Prosedürü GNL.PRD.011

Risk Analizi Formu GNL.FRM.037

**6.2 Kalite Hedefleri ve Bunlara Erişmek İçin Planlama**

Bakım Merkezi Sorumlu Müdürü, Hizmet şartlarının karşılanması için gerekli olan şartlarda dâhil olmak üzere, ölçülebilir ve kalite politikası ile tutarlı kuruluşumuzun ilgili fonksiyon ve seviyelerinde kalite Hedeflerini belirlemiştir.

Kalite hedefleri belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınmaktadır.

* Kalite politikası ile uyumluluk,
* Ölçülebilirlik,
* Uygulanabilir şartları dikkate alan,
* Hizmetlerin uygunluğunu ve müşteri memnuniyetini arttırmayı amaçlayan
* İzlenebilen

Belirlenen Kalite Hedefleri ilgili fonksiyonlara Duyurulmakta ve Uygun şekilde her yıl güncellenmektedir.

Kalite Hedeflerinin planlaması yapılırken,

* Ne yapılacağı,
* Hangi kaynakların gerekeceği,
* Kimin sorumlu olacağı,
* Ne zaman tamamlanacağı,
* Sonuçların nasıl değerlendirileceği
* Önceki hedeflerin sonuçları dikkate alınmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Kalite Hedefleri Planı GNL.PLN.006

Kalite Hedefleri Değerlendirme Formu GNL.FRM.036

**6.3. Değişikliklerin Planlanması**

Bakım Merkezimiz, Kalite yönetim Sistemi proseslerinde bir değişiklik ihtiyacı tespit ederse bu değişiklik planlı bir şekilde gerçekleştirilmektedir.

Proseslerde değişiklik planlaması yapılırken aşağıdakiler dikkate alınır.

* Değişikliklerin amaçları ve potansiyel sonuçları,
* Kalite yönetim sisteminin bütünlüğünü,
* Kaynakların varlığını,
* Yetki ve sorumlulukların belirlenmesi veya yeniden belirlenmesi.

**Referans Dokümanlar**

Değerlendirme Kurulu Karar Formu PSD.FRM.007

Değişiklik Planlama Formu GNL.FRM.005

**7 Destek**

**7.1 Kaynaklar**

**7.1.1 Genel**

Bakım Merkezimiz, Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde tanımlanan asgari kaynak şartlarının üzerinde **Özel Engelli Bakım Merkezlerine Yönelik Faaliyetlerin Sunumu** kapsamında 100 engelli kapasitesi için Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması ve sürekli iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmiş ve sağlamıştır.

Kaynaklar belirlenirken ve sağlanırken aşağıdakiler dikkate alınmıştır.

* Var olan iç kaynakların yetenekleri ve kısıtlamaları,
* Dış tedarikçilerden neyin tedarik edileceği.

**7.1.2. Kişiler**

Bakım Merkezimiz kalite yönetim sisteminin etkili şekilde işletilmesi ile proseslerin işletilmesi ve kontrolü için gerekli personeli tayin etmiş ve mevcudiyetini sağlamıştır.

Bakım Merkezimizde görev alan Personel, asgari Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde tanımlanan niteliklerde ve sayıdadır.

Hizmet kalitesini etkileyebilecek birimlerde çalışan tüm personelimiz, ilgili tarafların (Engelli,Engelli Yakını v.s.) istek ve beklentilerine cevap verebilecek düzeyde eğitim, bilgi ve beceri ve yeterliliğe sahiptir.

**Referans Dokümanlar**

Personel Listesi GNL.LST.021

Günlük İmza Çizelgesi GNL.LST.014

SGK Hizmet Listesi

**7.1.3. Altyapı**

Bakım Merkezimiz hizmetin şartlara uygunluğunu sağlamak için bina, çalışma alanı ve ilgili tesisler proses, teçhizat, taşıma iletişim ihtiyaçları gibi konularda gerekli olan alt yapıyı 64 engelli kapasitesine göre tespit etmiş ve sağlamıştır.

Altyapının sürekliliğin sağlanması ve hizmetlerin kesintiye uğramaması amacı ile ihtiyaç duyulan makine, ekipman ve teçhizat için Bakım Onarım Planı oluşturulmuş ve bu plan doğrultusunda ilgili bakımlar Bakım Merkezimiz ve/veya İlgili Yetkili Servis tarafından gerçekleştirilmekte ve gerçekleştirilen bakımlar kayıt altına alınmaktadır.

Olağan dışı arızalar Arıza Bildirim Formu ile kayıt altına alınmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Bakım Onarım Prosedürü GNL.PRD.006

Altyapı Listesi GNL.LST.002

Bakım Onarım Planı GNL.PLN.002

Arıza Bildirim Formu GNL.FRM.024

Bakım Onarım Takip Kartı GNL.FRM.025

**7.1.4. Proseslerin İşletimi İçin Çevre**

Bakım Merkezimizin çevresi (çalışma ortamı);

* Din, Dil, Irk ayrımı yapılmayan
* Fiziki koşulları Hizmetlerimizin en etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için dizayn edilmiş
* İlgili tüm taraflar için stresi azaltan, duygusal olarak rahatlatıcı ve sakin
* Sıcaklık, ısı, nem, ışık, gürültü, Hijyen unsurlarını dikkate alacak şekilde oluşturulmuştur.

Bakım Merkezimiz Proseslerin işletimi, hizmetin uygunluğu ve personelin çalışma alanları için gerekli olan çevre şartlarını (çalışma ortamını) Tablo 4’de belirlemiş ve sürekliliğini sağlamaktadır.

Kritik noktalarda belirlenmiş olan şartlar takip edilerek kayıt altına alınmaktadır.

**TABLO 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Çevre Adı** | **Gürültü** | **Aydınlatma Şiddeti** | **Kıs** | **Yaz** |
| **Sıcaklık** | **Nem** | **Sıcaklık** | **Nem** |
| Sağlık Odası | Max 60 dB | 750 Lux | Max 25 ᵒC  | Max %60 | Max 25 ᵒC  | Max %60 |
| İlaç Buzdolabı | Max 60 dB | - | 2-8 ᵒC |  | 2-8 ᵒC |  |
| Yatak Odaları | Max 60 dB | 400 Lux | 18-24 ᵒC | Max %60 | Max 24 ᵒC | Max %60 |
| Etkinlik Odaları | Max 60 dB | 500 Lux | 18-24 ᵒC | Max %60 | Max 24 ᵒC | Max %60 |
| Yemekhane | Max 60 dB | 500 Lux | 18-22 ᵒC | Max %60 | 18-22 ᵒC | Max %60 |
| Çalışma Alanları | Max 60 dB | 600 Lux | 18-22 ᵒC | Max %60 | 18-22 ᵒC | Max %60 |

**Referans Dokümanlar**

Buzdolabı Isı Takip Formu SAĞ.FRM.031

Sağlık Odası Isı Nem Takip Formu SAĞ.FRM.032

033

**7.1.5 İzleme ve Ölçme Kaynakları**

**7.1.5.1.Genel**

Hizmetlerimizin şartlara uygunluğunu doğrulamak için Sağlık Hizmetleri Prosesinde, yemekhanede ve Çevresel koşulların şartlarının sağlanıp sağlanmadığını kontrol etmek için İzleme ve Ölçme Kaynakları kullanılmaktadır.

Faaliyetler için kullanılacak olan İzleme ve Ölçme Kaynakları belirlenerek Bakım Merkezimizce temin edilmiştir.

Temin edilen izleme ve ölçme kaynağının İlgili faaliyet için yeterli düzeyde olduğu garanti edilerek uygunluğun devamlılığını güvence altına almak için İzleme ve Ölçme Kaynakları etkin şekilde muhafaza edilir.

**7.1.5.2 Ölçüm İzlenebilirliği**

Ölçüm izlenilebilirliği, Ölçüm sonuçlarının doğruluğu açısından bir gereklilik olarak kabul edilmiş olup faaliyetlerimiz sırasında kullanılan İzleme ve Ölçme Kaynakları yılda bir defa veya gerekli oldukça (doğru ölçüm sonuçlarından şüphe edildiğinde) ulusal veya uluslararası standartlarla izlenilebilirliği sağlanan akredite laboratuarlara kalibrasyonları yaptırılmakta ve doğru ölçüm yaptığından emin olunmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

İzleme Ve Ölçme Kaynaklarının Kontrolü Prosedürü GNL.PRD.008

Kalibrasyona Tabi Cihaz Listesi GNL.LST. 013

Kalibrasyon Takip Formu GNL.FRM.023

Kalibrasyon Raporları

Kalibrasyon Etiketi

**7.1.6 Kurumsal Bilgi**

Kurumsal bilgi, kurumsal gelişmeler doğrultusunda ortaya çıkan, planlı, düzenli ve sürekli bir çalışmayı gerektiren bir sürecin ürünüdür.

Kurumsal bilgi; Bakım Merkezimizin etkinliği, denetimi, yönetimi, geliştirilmesi vb. ile ilgili olarak üretilen, alınan, kullanılan ve bu nedenle özel bir nitelik kazanan her türlü bilgi, belge, malumat, fikir ve olgulardır.

Bakım Merkezimizde Bireysel bilginin kurumsal bilgiye, kurumsal bilginin bireysel bilgiye dönüşümü bir döngü olarak varlığını her zaman korumaktadır.

Mevcut Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyonu mevcut kurumsal bilgilerimiz doğrultusunda oluşturulmuştur.

Kalite Yönetim Sistemi içerisinde tanımlanmamış olup karşılaşılan herhangi bir olumlu veya olumsuz olaylar karşısında olay ve olayın çözümü ile ilgili olan ilerde ihtiyacımız olabilecek tüm unsurlar konusunda bilgi detaylı olarak kayıt altına alınır.

Gerekli olması durumunda kayıt altına alınan kurumsal bilgiler Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyonuna (Prosedür, Talimat, Form vs.) yansıtılabilir.

Kurumsal Bilgi Kayıtlarına yetkili personelin her zaman ulaşılabilirliği sağlanmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Kurumsal Bilgi Kayıt Formu GNL.FRM.009

**7.2 Yeterlilik**

Bakım Merkezimizin organizasyon yapısındaki bütün birimlerde çalışabilecek personelin yetkinliği, personelimizde olması gereken nitelikler Özel Engelli Bakım Merkezleri yönetmeliğinde tanımlanan şekliyle sağlanmış olup her birim ve kadro için tespit edilerek dokümante edilmiştir.

Birimlerimizde yetkinliğini kanıtlayan personel istihdam edilir.

Ayrıca sağlanabilen durumlarda, İhtiyaç duyulan yetkinliğin kazanılabilmesi veya arttırılabilmesi **“En İyi Yatırım İnsana Yapılan Yatırımdır”** prensibi ve **“Eğitim en iyi Motivasyon Aracıdır''** bilinciyle planlı ve/veya plansız eğitimler düzenlenmektedir.

Hazırlanmış olan Eğitim Planı ile çeşitli konularda ilgili personele düzenli eğitimler verilerek eğitimin etkinliği her eğitim sonrasında değerlendirilmektedir.

Eğitim, Öğretim, Beceri ve deneyim konusundaki kayıtlar muhafaza edilmektedir.

**Referans Dokümanlar**

İnsan Kaynakları Yönetimi Prosedürü GNL.PRD.007

Eğitim Planı GNL.PLN.001

Eğitim Katılım ve Etkinlik Değerlendirme Formu GNL.FRM.017

Personel Eğitim Takip Kartı GNL.FRM.018

**7.3 Farkındalık**

Bakım Merkezimiz, kontrolü altında çalışan tüm personelin aşağıdakilerin farkında olduğunu güvence altına almıştır.

* Kalite politikası
* İlgili Kalite Hedefleri (Kendisine/Birimine ait hedefler)
* Kalite yönetim sisteminin etkinliğine katkılarının nasıl sağlanacağı
* Kalite yönetim sistemi şartlarının yerine getirilmemesinin etkilerini

**7.4 İletişim**

Bakım merkezimiz Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini dikkate alarak iletişim metotlarını belirlemiş ve İç/Dış iletişim için gerekli olan kaynakları sağlamıştır.

Bakım Merkezimizde İç / Dış İletişim Metotları aşağıdaki şekilde yapılmaktadır.

Acil durumlarda iletişim şekilleri Tablo 5 de tanımlanmıştır.

* Telefonla İç/Dış İletişim
* E-Mail Yolu ile İç/Dış İletişim
* Form Yolu İle İç/Dış İletişim
* İlan Panosu Yolu ile İletişim

**TABLO 5**

**İLETİŞİM TABLOSU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durum** | **Sorumlu Personel** | **Haber Verilecek Birim** |
| **Gündüz** | **Gece/ Resmi Tatil günleri** | **Gündüz** | **Gece** |
| Engelli Vefatı | Sorumlu Müdür | Vardiya Amiri | 1. Aile ve Sosyal Politikalar Edirne İl Müdürlüğü2. Keşan 7 Nolu Aile Sağlığı Hekimliği3. Engelli Yakını / Vasisi  | 1. Sorumlu Müdür2.Keşan 7Nolu Aile Sağlığı Hekimliği/Adli Tabip |
| Yangın | Tüm personel (Yangını ilk Gören) | Vardiya Amiri | 1. İtfaiye – 110 | 1. İtfaiye – 1102. Kurucu Müdür3. Sorumlu Müdür |
| Engellinin Terki, Kavga, Dışarıdan gelebilecek her türlü Tehdit ve/veya Sabotaj | Sorumlu Müdür | Vardiya Amiri | 1. 1552. Aile ve Sosyal Politikalar Edirne İl Müdürlüğü3. Engelli Yakını / Vasisi (Lüzum halinde) | 1. 1552. Sorumlu Müdür |
| Acil Hastalık Durumu | Sağlık Personeli | Vardiya Amiri | 1-1122- Sorumlu Müdür | 1. 1122. Sorumlu Müdür |

**7.5 Dokümante Edilmiş Bilgi**

**7.5.1 Genel**

Bakım Merkezimizin Kalite Yönetim Sistemimiz dokümantasyonu aşağıdakileri içermektedir.

a) ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi standardının gerektirdiği dokümante edilmiş bilgiyi,

b) Bakım Merkezimiz tarafından, kalite yönetim sisteminin etkinliğini arttırmak için gerekli olduğu belirlenen Plan, Liste, Talimat v.s. şeklinde dokümante edilmiş bilgiyi.

**7.5.2 Oluşturma ve Güncelleme**

Bakım Merkezimiz dokümante edilmiş bilgileri oluştururken ve güncellerken aşağıdakilerin uygunluğunu güvence altına almaktadır.

a) Tanımlama ve açıklama ( Doküman Adı, Doküman Kodu, yayın tarihi v.s.)

b) Format ( Revizyon No – Dokümanlarımız Kağıt ortamında kullanılmaktadır)

c) Uygunluk ve yeterlik için gözden geçirme ve onay.

**Referans Dokümanlar**

Dokümanların Kontrolü Prosedürü GNL.PRD.001

**7.5.3 Dokümante Edilmiş Bilginin Kontrolü**

7.5.3.1 Bakım Merkezimiz Kalite yönetim sistemi ve bu ISO 9001:2015 standardının gerektiği dokümante edilmiş bilgilerin kontrol altında tutulmasının güvence altına almak için kontrol etmektedir.

Dokümante edilmiş bilgiler bakım merkezimizde;

a) İhtiyaç olduğu yer ve zamanda, kullanım için hazır bulundurulmakta,

b) Arşiv şartlarında ve birimlerde ısıdan, Nemden v.s. Yeterli düzeyde korunduğunu garanti etmektedir.

**Referans Dokümanlar**

Dokümanların Kontrolü Prosedürü GNL.PRD.001

Doküman Dağıtım ve Geri Alma Formu GNL.FRM.027

Arşiv Talimatı GNL.TLM.004

7.5.3.2 Bakım Merkezimiz dokümante edilmiş bilginin kontrolü,

İmza Karşılığı Doküman Dağıtımı yapılmakta ve dağıtımı yapılan dokümanların okunabilir kalması için gerekli tedbirler alınmaktadır. Ayrıca Kayıtların birimlerde ve arşivde saklama süreleri belirlenmiştir.

Bakım Merkezimiz tarafından kalite yönetim sisteminin planlaması ve işletimi ve uygulamalarımız için gerekli olduğu belirlenen dış kaynaklı dokümanlar belirlenerek dokümante edilmiş ve takibi Yönetim Temsilcisi tarafından yapılmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Kayıtların Kontrolü Prosedürü GNL.PRD.002

Kayıtlar Listesi GNL.LST.004

Arşiv Talimatı GNL.TLM.004

**8. Operasyon**

**8.1 Operasyonel Planlama ve Kontrol**

Hizmet gerçekleştirme için gerekli olan prosesler oluşturmuş, Hizmetin Sunulmasına ilişkin prosesler planlanmakta ve planlı faaliyetler uygulamaktadır.

Planlanan Faaliyetlerin ne şekilde uygulanacağını dair dokümante edilmiş bilgi(Talimatlar v.s.) oluşturulmuştur. Planlanan faaliyetlerin sonucunda hizmetin şartları karşıladığına dair kayıtlar oluşturulmakta ve muhafaza edilmektedir. Proseslerin işletimi için gerekli olan altyapı ve izleme ölçme kaynaklarının mevcudiyeti sağlanmıştır.

Bakım Merkezlerimiz işleyişi ile ilgili herhangi bir Prosesi Dış kaynaklı olarak gerçekleştirmemektedir.

**Referans Dokümanlar**

**Kalite Yönetim Sistemi**

Kalite Yönetim Sistem Planı GNL.PLN.005

**Psiko Sosyal Destek Hizmetleri**

Bireysel Bakım Planı PSD.PLN.001

Aylık Psiko Sosyal Etkinlik Planı PSD.PLN.002

**Sağlık Hizmetleri**

Engelli Tedavi Planı Formu SAĞ.PLN.001

Kişisel Sağlık Bakım Formu SAĞ.PLN.002

Engelli Periyodik Muayene Takip Formu SAĞ.PLN.003

**Bakım Hizmetleri**

Bireysel Bakım Planı PSD.PLN.001

**8.2 Ürün Ve Hizmetler İçin Şartlar**

**8.2.1 Müşteri ile iletişim**

* Verilen Hizmetlere ait bilgiler
* Hizmet Şartlarındaki değişiklikler
* Talepler
* İstek, Şikayet ve Öneriler
* Müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) Mülkiyeti ile ilgili bilgiler
* Beklenmedik durumların meydana gelmesi durumunda

Duruma ilişkin bilgiler gerekli zamanlara müşterilere (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) bakım Merkezimiz tarafından bildirilmektedir.

**Referans Dokümanlar**

AÇSHİM Üst Yazıları (Gelen/Giden)

**8.2.2.Hizmetler İçin Şartların Tayin Edilmesi**

Bakım Merkezimiz, Müşteriye (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) sunacağı hizmete bağlı şartlar Değerlendirme Kurulu tarafından tayin edilir ve tayin ederken aşağıdakileri dikkate alır.

* Hizmete ilişkin birincil ve ikincil yasal ve mevzuat şartlarını
* Bakım Merkezimizin gerekli gördüğü şartları
* Sunacağı hizmeti karşılayabilme yeteneklerini

**Referans Dokümanlar**

Değerlendirme Kurulu Karar Formu PSD.FRM.007

**8.2.3 Hizmetler İçin Şartların Gözden Geçirilmesi**

**8.2.3.1.** Bakım Merkezimiz sunulacak hizmetin şartlarını karşılayabilme yeteneğine sahip olup olmadığını hizmet sunulmadan önce ilgili Değerlendirme Kurulu tarafından gözden geçirilmekte ve hizmetle ilgili kararları vermektedir.

Gözden Geçirme Faaliyetlerinde kararlar alınırken aşağıdakiler dikkate alınır;

* Kabul ve Kabul sonrası faaliyetlerle ilgili şartlar dâhil, müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) tarafından belirlenen şartlar,
* Müşteri (Engelli, Engelli Yakını, AÇSHİM vs.) tarafından ifade edilmeyen ancak biliniyorsa, belirlenen veya amaçlanan şartlar,
* Bakım Merkezi tarafından belirlenen şartlar,
* Hizmetlere uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat şartları,
* Daha önce ifade edilenden farklı sözleşme şartları

**8.2.3.2.** Bakım Merkezimiz Gözden geçirmeye ve bu gözden geçirmeden kaynaklanan faaliyetlerin sonuçlarına ait kayıtlar muhafaza edilmektedir.

Değerlendirme kurulu kararları sonrasında şartlar değiştiğinde yeniden değerlendirme kurulu kararı alınır.

**Referans Dokümanlar**

Değerlendirme Kurulu Karar Formu PSD.FRM.007

**8.2.4. Hizmetler için şartların değişmesi**

Bakım Merkezimizde sunulan hizmetlerin veya şartların değişmesi durumunda ilgili dokümante edilmiş bilgi değiştirilir ve ilgili personelin değişen şartlardan haberdar olması sağlanır.

**Referans Dokümanlar**

Değerlendirme Kurulu Karar Formu PSD.FRM.007

**8.3 Ürün Ve Hizmetlerin Tasarımı ve Geliştirilmesi**

Bu Standard maddesi, Kalite El Kitabının TABLO 3’de tanımlanan gerekçe ile Kalite Yönetim Sistemimizde Uygulanabilir olmayan Standart maddesi olarak tanımlanmıştır.

**8.4 Dışarıdan Tedarik Edilen Proses, Ürün ve Hizmetlerin Kontrolü**

**8.4.1.**Dışarıdan Tedarik edilecek olan Ürün ve/veya Hizmetlerin Hizmet gerçekleştirmeye olan etkisini göz önünde bulundurarak ürün/hizmet kalitesini etkileyen hizmet/malzemelerin nasıl alınacağı ve kontrollerinin nasıl yapılacağı tanımlanmıştır.

Tanımlamalarda malzemeye/Hizmete yapılacak kontrolleri ve kabul kriterleri belirlenmiştir.

Kabul kriterleri dışında kalan hiç bir ürün/hizmet teslim alınmamakta ve tedarikçisine iade edilmektedir.

Ayrıca tüm tedarikçilerimiz ürün/hizmet sağlama yeteneği bazında değerlendirilmekte ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

**Referans Dokümanlar**

Satın alma Prosesi GNL.PRS.004

Satın Alma Ve Tedarikçi Değerlendirme Talimatı GNL.TLM.006

Besinlerin Tedariki Ve Depolanması Talimatı GNL.TLM.015

**8.4.2 Kontrolün Tipi ve Boyutu**

Satın alınan ürünün/hizmetin belirtilmiş olan satın alma şartlarını karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmekte ve toleranslar içerisinde kalan hammadde/malzeme/hizmeti kabul edilmektedir. Kontrol işlemi hammadde/malzeme kuruluşumuza geldiğinde veya tedarikçilerimizin mahallinde yapılabilir.

**Referans Dokümanlar**

Malzeme Talep ve Girdi Kontrol Formu GNL.FRM.033

**8.4.3 Dış tedarikçi için bilgi**

Tedarikçilerimize satın alınacak malzeme/hammadde/hizmetler ile ilgili doyurucu oranda özelikleri açıklayıcı bilgileri iletmektedir.

Bakım Merkezimiz tarafından aşağıdakiler tedarikçilerimize bildirilmektedir.

* Tedarik edilecek, proses, ürün ve/veya hizmetler,
* Yöntemler, prosesler ve teçhizat,
* Ürün ve hizmetlerin açıklanması (kabul şartları).
* Dış tedarikçilerin performansına kuruluş tarafından uygulanacak kontrol ve izleme,
* Kuruluş veya müşterisinin dış tedarikçinin tesislerinde yapmayı amaçladığı doğrulama veya geçerli

kılma faaliyetleri

**Referans Dokümanlar**

Satın Alma Ve Tedarikçi Değerlendirme Talimatı GNL.TLM.006

Malzeme Talep ve Girdi Kontrol Formu GNL.FRM.033

Teklif Alma Formu GNL.FRM.034

Sipariş Formu GNL.FRM.049

**8.5 Üretim Ve Hizmetin Sunumu**

**8.5.1 Üretim Ve Hizmet Sunumunun Kontrolü**

Bakım Merkezimizin gerçekleştireceği hizmetleri kontrollü şartlar altında planlanması ve gerçekleştirilebilmesi için Özel Engelli Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde tanımlanan şartlar dikkate alınmakta olup hizmetlerin etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için ihtiyaç duyulan dokümante edilmiş bilgi oluşturulmuştur.

Hizmetlerimizle ilgili bilgileri ve özelliklerini açıklayan bilgiler belirlenerek gerekli birimlerde mevcudiyeti sağlanmıştır.

Uygun donanımın doğru kullanılması amacı ile gerekli görülen çalıştırma talimatları da hazırlanmıştır. Hizmetlerimizle ilgili yapılması gereken muayene ve deneyler, sağlanmış olan izleme ve ölçme kaynakları kullanılarak yapılmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

* Sağlık Hizmetleri Talimatları SAĞ.TLM.001+
* Bakım Hizmetleri Talimatları BKM.TLM.001+
* Psiko Sosyal Destek Hizmetleri Talimatları PSD.TLM.001+

**8.5.2 Tanımlama ve İzlenebilirlik**

Bakım Merkezimiz sunacağı bakım hizmetlerini engellinin kurumumuzda kaldığı sürece izlenilebilirliğini Kütük Defteri üzerinden takip etmektedir.

Ayrıca Sağlık Birimi tarından tanımlama ve izlenilebilirlik Engellinin Düşme Riski, İntihar Riski v.s. gibi risklerini taşıması durumunu uluslararası işaret ve/veya figürler yapılmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Kütük Defteri PSD.FRM.008

Kimlik Tanımlama Formu SAĞ.FRM.025

**8.5.3 Müşteri veya Dış Tedarikçiye Ait Mülkiyet**

Bakım Merkezimiz, engelli veya diğer ilgili taraflara ait eşya, kıymetli varlık, bilgi, belge veya dokümanları müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyet kapsamında değerlendirmekte ve muhafaza etmektedir.

Müşteri mülkiyeti kapsamındaki bu varlıklar kanuni yaptırımlar hariç ilgili tarafın ( engelli, vasi, tedarikçi v.s.) bilgisi olmadan 3. Taraflarla kesinlikle paylaşılmaz.

Kurumuzun kontrolü altına giren bu tip varlıklar güvenli ortamda ve/veya arşivde güvenli olarak muhafaza edilir.

**Referans Dokümanlar**

Engelli Mülkiyeti Teslim Alma/Etme Formu PSD.FRM.010

**8.5.4 Muhafaza**

Bakım Merkezimiz, iç proses süresince ve amaçlanan hizmetin tamamlanmasına kadar engellinin, ürünün/hizmetin veya ürünle ilgili ekipmanların, kayıtların muhafazası, taşınması, ambalajlanması, depolanması ve korunması maksimum düzeyde sağlanmaktadır.

Engellinin kaçma girişimini önlemek için bakım merkezi bina ve bahçesinde gerekli tedbirler alınmıştır.

**8.5.5 Teslimat Sonrası Faaliyetler**

Bu Standard maddesi, TABLO 3’de tanımlanan gerekçesi ile Kalite Yönetim Sistemimizde Uygulanabilir olmayan Standart maddesi olarak tanımlanmıştır.

**8.5.6 Değişikliklerin Kontrolü**

Bakım Merkezimizde şartlara uygunluğu sürdürmeyi güvence altına almak amacıyla verilen bakım hizmetleri (Kişisel Bakım, Sağlık, Psiko Sosyal hizmetler ) periyodik olarak yeniden değerlendirilmekte ve kayıtları oluşturulmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Bireysel Bakım Planı PSD.PLN.001

Engelli Tedavi Planı Formu SAĞ.PLN.001

Kişisel Sağlık Bakım Formu SAĞ.PLN.002

**8.6 Ürün ve Hizmet Sunumu**

Bakım Merkezimiz, uygun aşamalarda hizmetin şartları karşıladığını ve etkin olarak uygulanabilirliğini sağlamak için gerekli talimatları oluşturulmuş ve talimatlara göre faaliyetlerini gerçekleştirmektedir.

Faaliyetler sonrası faaliyeti gerçekleştiren tarafından ilgili kayıtlar oluşturulmakta ve yetkili personelimiz tarafından onaylanmaktadır

**Referans Dokümanlar**

* Sağlık Hizmetleri Talimatları SAĞ.TLM.001+
* Bakım Hizmetleri Talimatları BKM.TLM.001+
* Psiko Sosyal Destek Hizmetleri Talimatları PSD.TLM.001+
* Bakım Hizmetleri Kayıtları BKM.FRM.001+
* Psiko Sosyal Destek Hizmetleri Kayıtları PSD.FRM.001+
* Sağlık Hizmetleri Kayıtları SAĞ.FRM.001+

**8.7 Uygun olmayan çıktının kontrolü**

Bakım Merkezimiz, belirlenen şartlara uymayan hizmetin oluşması durumunda uygun olmayan Hizmeti tanımlamakta, tespit edilen uygunsuzluğu gidermek için tedbirler almaktadır.

Tespit edilen Uygun Olmayan Hizmetle ilgili nelerin yapılacağı ve sorumluluklar v.s. durumları ilgili Prosedürde tanımlanmıştır.

Uygun olmayan durumların ilgili taraflara bilgilendirmesinin yapılması gerektiği durumlarda uygunsuzlukla ilgili bildirimler yapılmaktadır.

**Referans Dokümanlar**

Uygunsuzluğun Kontrolü Prosedürü GNL.PRD.009

Olay Bildirim Formu GNL.FRM.045

Vaka Değerlendirme Ve Süreç Formu PSD.FRM.013

Vaka Kapatma Formu PSD.FRM.014

Düşme Olay Bildirim Formu SAĞ.FRM.016

**9 Performans değerlendirme**

**9.1 İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme**

**9.1.1.Genel**

Bakım Merkezimiz, Hizmet uygunluğunu göstermek, Kalite Yönetim Sisteminin uygunluğunu sağlamak ve kalite yönetim sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirmek için gerekli olan izleme, ölçme ve Analiz faaliyetlerini planlayarak gerçekleştirmektedir.

Bu Planlamada İstatiksel teknikler olarak Histogram yöntemi kullanılarak değerlendirmeler yapılmaktadır.

Hangi konularda izleme ve ölçme yapılacağı Tablo 6 tanımlanmaktadır.

**TABLO 6**

**VERİ ANALİZİ YAPILACAK KONULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **İzleme ve Ölçme** | **Periyodu** |
| Engelli Memnuniyeti  | 6 Ayda 1 Defa |
| Çalışan Memnuniyeti  | 6 Ayda 1 Defa |
| Engelli Yakını Memnuniyeti | 6 Ayda 1 Defa |
| Satın alma  | 3 Ayda 1 Defa |
| Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyetler | 3 Ayda 1 Defa |

**9.1.2 Müşteri Memnuniyeti**

Bakım Merkezimiz, Kalite Yönetim Sistemi performansının ölçmelerinden biri olarak ilgili tarafların şartlarını ne dereceye kadar karşılayıp karşılamadığımız hakkındaki beklentilerinin algılanmasını en az 6 ayda 1 defa Hizmet Değerlendirme Anketi uygulaması ile ölçmekte ve bu anket sonuçlarını Histogram yöntemini kullanarak değerlendirmektedir. Değerlendirme Sonucu memnuniyet oranı %70’in altında kalması durumunda gerekli Düzeltme ve Düzeltici Faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

**Referans Dokümanlar**

Engelli Memnuniyet Anketi GNL.FRM011

Çalışan Memnuniyet Anketi GNL.FRM010

Engelli Yakını Memnuniyet Anketi GNL.FRM019

**9.1.3 Analiz ve değerlendirme**

Bakım Merkezimiz, Kalite Yönetim Sistemimizin etkinliğini ve uygunluğunu göstermek, Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesini sağlamak için aşağıda tanımlananlar için uygun verileri belirlemiş toplamakta ve analiz etmektedir.

Veri analizleri periyodik olarak Yönetim Temsilcisi tarafından yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

Veri analizi konuları aşağıdaki gibidir.

a) Hizmetlerin uygunluğu,

b) Müşteri memnuniyet derecesi,

c) Kalite yönetim sisteminin performansı ve etkinliği

d) Planlamanın etkin şekilde yapılıp yapılmadığı,

e) Risk ve fırsatları belirlemek için yürütülen faaliyetlerin etkinliği,

f) Dış tedarikçilerin performansı,

g) Kalite yönetim sisteminin iyileştirme ihtiyaçları.

**9.2 İç Tetkik**

**9.2.1.** Bakım Merkezimiz, uygulamakta olduğu Kalite Yönetim Sisteminin, planlanmış düzenlemelere, tüm yasal şartlara ve **ISO 9001:2015** standardının şartlarına uyduğunu, etkin bir şekilde uygulandığını ve sürdürüldüğünü, kontrol ve teyit etmek için planlanmış aralıklarla İç Tetkikler gerçekleştirmektedir.

**9.2.2.** İç Tetkiklerde, tetkiki gerçekleştirecek olan tetkikçinin objektifliği ve tarafsızlığı sağlanmakta ve tetkikçilere kesinlikle kendi birimleri tetkik ettirilmemektedir.

İç Tetkiklerin Planlanması, uygulanması v.s. durumları ilgili Prosedürde tanımlanmıştır.

Gerçekleştirilen İç Tetkiklere ilişkin kayıtlar muhafaza edilmektedir.

**Referans Dokümanlar**

İç Tetkik Prosedürü GNL.PRD.005

İç Tetkik Planı GNL.PLN.003

İç Tetkik Soru Listeleri GNL.LST.005 +

İç Tetkik Raporu GNL.FRM.030

İç Tetkik Uygunsuzluk Formu GNL.FRM.029

**9.3 Yönetimin Gözden Geçirmesi**

**9.3.1.** Bakım Merkezimiz üst yönetimi olan Kurucu Müdür Başkanlığında Kalite Yönetim Sisteminin sürekli uygunluğunu, yeterliliğini, etkinliğini, Kalite Politikasını kalite hedeflerini ve iyileştirme faaliyetlerini planlanmış aralıklarla yılda en az 1 (bir) defa gözden geçirmekte ve gerekli kararları almaktadır.

Gereklilikler dâhilinde Kurucu Müdür Kararıyla Yönetimin Geçirme Toplantılarının sayısı arttırılabilmektedir

**9.3.2 Yönetimin gözden geçirmesi girdileri**

Yönetimin Gözden geçirme Faaliyetleri aşağıdakiler dikkate alınarak planlanmakta ve gerçekleştirilmektedir.

* Önceki yönetim gözden geçirmelerinde karar alınan faaliyetlerin durumu,
* Kalite yönetim sistemi ile ilgili iç ve dış hususlardaki değişiklikler,
* Aşağıdakilerle ilgili eğilimler dâhil, kalite yönetim sisteminin performansı ve etkinliği ile ilgili bilgi:
	+ Müşteri memnuniyeti ve ilgili taraflardan gelen geri bildirimler,
	+ Kalite hedeflerine erişme derecesi,
	+ Proses performansı ile ürün ve hizmetlerin uygunluğu,
	+ Uygunsuzluklar ve düzeltici faaliyetler,
	+ İzleme ve ölçme sonuçları,
	+ Tetkik sonuçları,
	+ Dış tedarikçilerin performansı.
* Kaynakların yeterliği,
* Risk ve fırsatların değerlendirilmesi, etkinliği ve yeniden belirlenmesi
* İyileştirme için fırsatlar

**9.3.3 Yönetimin gözden geçirmesi çıktıları**

Yönetimin gözden geçirmesi toplantısı sonunda aşağıdakileri içeren kararlar alınır.

a) İyileştirme için fırsatlar,

b) Kalite yönetim sistemi ile ilgili her türlü değişiklik ihtiyacı,

c) İhtiyaç duyulan kaynaklar.

Yönetimin gözden geçirmesi sonuçlarının ait kayıtlar oluşturularak muhafaza edilmektedir.

**Referans Dokümanlar**

Yönetimin Gözden Geçirme Prosedürü GNL.PRD.010

Duyuru Formu GNL.FRM.016

Yönetim Temsilcisi KYS Performans Raporu GNL.FRM.051

Toplantı Tutanağı Forum GNL.FRM.052

**10. İyileştirme**

**10.1 Genel**

Bakım Merkezimiz, iyileştirme için fırsatları tayin etmiş, müşteri şartlarını karşılamak ve gelecekteki ihtiyaçlarını belirlemek, hizmetlerimizi iyileştirmek, istenmeyen etkileri azaltmak veya yok etmek, müşteri memnuniyetini ve kalite Yönetim Sistemi etkinliğini arttırmak için gerekli faaliyetleri düzeltici faaliyetler ve/veya Yönetimin gözden Geçirme Faaliyetlerini kullanarak iyileştirmektedir.

**10.2 Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet**

Bakım Merkezimiz, uygunsuzlukların nedenlerini gidermek ve tekrarlarını önlemek için karşılaşılan uygunsuzlukların etkilerine göre tedbirler almaktadır.

Uygunsuzluklar ve Düzeltici Faaliyetlerle ilgili nelerin yapılacağı ve sorumluluklar v.s. durumları ilgili Prosedürde tanımlanmıştır.

**Referans Dokümanlar**

Düzeltici Faaliyetler Prosedürü GNL.PRD.004

İtiraz ve Şikâyet Yönetimi Prosedürü GNL.PRD.003

**10.3 Sürekli İyileştirme**

Bakım Merkezimiz, kalite yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sürekli iyileştirmektedir. Analiz ve değerlendirmenin sonuçlarını, yönetimin gözden geçirmesi çıktılarını, sürekli iyileşmenin parçası olarak iyileştirme fırsatı olarak değerlendirmektedir.

**Referans Dokümanlar**

Yönetimin Gözden Geçirme Prosedürü GNL.PRD.010