

Niniejszym przedstawiamy listy gratulacyjne od Marszałka Województwa Wielkopolskiego, Ministra Edukacji Narodowej i Sportu oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, które otrzymaliśmy w związku z szybkim i rzetelnym wdrożeniem Systemu Zarządzania Jakością.

NFZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA
WIELKOPOLSKI
Oddział Wojewódzki w Poznaniu

Poznań, dnia 9 czerwca 2003 r.

Szanowny Pan
Julian Malicki
Dyrektor
Wielkopolskie Centrum Onkologii
Poznań

Szanowny Panie Dyrektorze,

Z okazji otrzymania przez Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu certyfikatu jakości ISO 9001:2000 w zakresie leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, składam Panu oraz wszystkim pracownikom serdeczne gratulacje i słowa uznania. Otrzymałe wyróżnienie jest potwierdzeniem najwyższej jakości usług świadczonych przez Wielkopolskie Centrum Onkologii. Stanowi powód do dumy nie tylko dla całego zespołu placówki, ale przede wszystkim dla pacjentów, którym certyfikat gwarantuje wysoki poziom leczenia. Cieszę się, że w Wielkopolsce przybywa zakładów opieki zdrowotnej, które poszczycić się mogą certyfikatem jakości. Przyczyniają się one tym samym do utrwalaenia pozytywnego wizerunku naszego regionu wśród jego mieszkańców i poza granicami. Gratulując raz jeszcze znaczącego wyróżnienia, składam Panu oraz pracownikom Wielkopolskiego Centrum Onkologii, najlepsze życzenia szczęścia, zadowolenia z pracy, dalszych sukcesów oraz pomyślności w realizowaniu planów życiowych.

Ryszard Szargielski
Dyrektor
Wielkopolski Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia

Poznań, dnia 9 czerwca 2003 roku

MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Szanowny Pan
Julian Malicki
Dyrektor
Wielkopolskie Centrum Onkologii
Poznań

Szanowny Panie Dyrektorze,

Z okazji uzyskania przez Wielkopolskie Centrum Onkologii certyfikatu jakości ISO 9001:2000 w zakresie leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego składam Panu oraz wszystkim pracownikom serdeczne gratulacje i słowa uznania. Certyfikat to nie tylko prestiż dla placówki, ale dowód profesjonalizmu, najwyższej jakości usług oraz wiedzy i umiejętności pracowników. To zarazem świadectwo rzetelności i niezawodności. Niezwykle cieszy mnie fakt, że w Wielkopolsce - regionie o tak dużym potencjale - zakłady opieki zdrowotnej podejmują trud pozyskiwania certyfikatu, który to proces owocuje wieloma pozytywnymi zmianami. Wierzę, że Wielkopolskie Centrum Onkologii będzie się nadal prężnie rozwijać, będąc w całym kraju wizytówką naszej wielkopolskiej gospodarki. Wraz ze słowami uznania składam Panu i wszystkim pracownikom życzenia, aby uzyskany certyfikat przyczynił się do umocnienia wiarygodnego wizerunku placówki, nie tylko w naszym regionie, ale również poza jego granicami. Proszę przyjąć również życzenia satysfakcji z dokonania oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Z wyrazami szacunku

Stefan Mikołajczak

MINISTER
EDUKACJI NARODOWEJ I SPORTU
Krzyszna Lybicka

Pan
Dr hab. Julian Malicki
Dyrektor
Wielkopolskiego Centrum Onkologii

Szanowny Panie Dyrektorze,
Bardzo dziękuję za zaproszenie mnie na uroczystość wręczenia Wielkopolskiemu Centrum Onkologii certyfikatu jakości ISO 9001:2000.

Cieszę się, że dysponują Państwo nowoczesną technologią i stosują nowoczesne metody w zakresie leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Wdrożony system zarządzania jakością wg ISO 9001 to dla Państwa instytucji renoma w skali międzynarodowej, gwarancja wysokiej jakości usług medycznych oraz bezpieczeństwa dla pacjentów.

Niestety, z przykrością jestem zmuszona zmazać Pana Dyrektora, że nie będę mogła uczestniczyć w uroczystości, ponieważ nie pozwalają mi na to zobowiązania służbowe.

Proszę przyjąć ode mnie najserdeczniejsze gratulacje i życzenia dalszego wspaniałego rozwoju Państwa placówki.

Z wyrazami szacunku
Krzyszna Lybicka

Warszawa, dnia 4 czerwca 2003 roku

AKTUALNOŚCI

W kolejnych numerach Kuriera Onkologii będą publikowane obowiązujące procedury w związku z wdrożonym w Centrum Systemem Zarządzania Jakością (Zarządzenie nr 16 Dyrektora Wielkopolskiego Centrum Onkologii z dnia 15.04.2003 w sprawie wdrożenia Systemu Zarządzania Jakością w zakresie leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego zgodnie z normą ISO 9001:2000.)

W sierpniowym numerze drukujemy pierwszą procedurę - "Cele, środki i zasoby Systemu Zarządzania Jakością".

1. Cel

Celem niniejszej procedury jest zapewnienie, iż Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (nazywanego dalej WCO) zobowiązuje się do ciągłego rozwoju i doskonalenia istniejącego Systemu Zarządzania Jakością w zakresie leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, przy jednoczesnym określeniu działań i środków do tego koniecznych.

Procedura opisuje również tryb i zasady nadzoru nad Systemem Zarządzania Jakością w formie Przeglądów Kierownictwa.

2. Zakres

Zakresem procedury objęci są pracownicy WCO, a w szczególności:

- Dyrektor WCO,
- Pełnomocnik ds. Systemu Jakości (zwany dalej Pełnomocnikiem),
- Kierownicy komórek organizacyjnych związanych z Radioterapią (Zakład Radioterapii; Zakład Fizyki Medycznej; Pracownia Planowania Leczenia (w tym Planowania Brachyterapii), Pracownia Dozymetrii Klinicznej, Pracownia Modelarni; Oddziały Radioterapii Ogólnej I i II oraz Oddział Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej),
- Kierownik Działu Spraw Pracowniczych,
- Inspektorzy BHP, Ppoż., Ochrony Radiologicznej.

3. Terminologia

Doskonalenie Jakości - przedsięwzięcia podejmowane w całej organizacji w celu takiego podniesienia skuteczności i efektywności działań i procesów, aby uzyskać dodatkowe korzyści zarówno dla organizacji jak i jej pacjentów.

Planowanie Jakości - działania ustalające cele i wymagania jakościowe oraz wymagania dotyczące zastosowania elementów systemu jakości.

Polityka Jakości - ogół zamierzeń i celów organizacji dotyczących jakości i w sposób formalny wyrażonych przez najwyższe Kierownictwo.

Przegląd Kierownictwa - przeprowadzana przez najwyższe Kierownictwo formalna ocena stanu systemu jakości oraz jego adekwatności do polityki jakości i jej celów.

System Zarządzania Jakością (SZJ) - jest to struktura organizacyjna, procedury, procesy i zasoby niezbędne do zarządzania jakością.

4. Kwalifikacje

Osoby, których dotyczą postanowienia niniejszej procedury powinny posiadać kwalifikacje zgodne z Rozporządzeniem MZiOS z 14 kwietnia 1992 w sprawie specyfikacji kwalifikacji pracowników niezbędnych do wykonywania prac na poszczególnych stanowiskach w organizacji.

INFORMACJE OGŁOSZENIA

Uaktualniliśmy naszą stronę internetową www.wco.pl, na której znajdują się aktualności z życia Centrum, informacje dotyczące struktury i organizacji szpitala, a także wszystkie aktualności dotyczące listopadowej konferencji "Współczesne Osiągnięcia w Onkologii". Opiekunem strony jest pani mgr Marta Bogusz-Osawa - Pełnomocnik ds. Systemu Jakości.

Pracownicy mogą zgłaszać wszystkie informacje, które chcieliby, aby znalazły się na stronie.

Dyrekcja Wielkopolskiego Centrum Onkologii w porozumieniu z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych ogłasza

K O N K U R S
na stanowiska:

- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Onkologicznej I
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Onkologicznej II
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Radioterapii Ogólnej I
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Radioterapii Ogólnej II z Zakładem Radioterapii
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Radioterapii Ginekologicznej
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chemioterapii
- ❖ Pielęgniarki Oddziałowej Centralnego Bloku Operacyjnego

Oferty prosimy kierować pod adresem:
Wielkopolskie Centrum Onkologii
ul. Garbary 15
61-866 Poznań

z dopiskiem na kopercie "Konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej" (wpisać rodzaj oddziału) oraz imię i nazwisko wraz z adresem do korespondencji.

Szczegóły w gablocie przy Sekretariacie Dyrekcji - III piętro.

Redaktor:
mgr Małgorzata Twardochleb
Sekretariat Dyrekcji,
pok. 337
Wielkopolskie Centrum Onkologii
ul. Garbary 15
61-866 Poznań
tel. (61) 854 07 00

Druk:
Galeria Promocyjna CEBART szoo
tel. (61) 872 11 93

5. **Przebieg realizacji**
- 5.1. Zobowiązanie Kierownictwa
- 5.1.1. Kierownictwo WCO zobowiązuje się do rozwoju i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z normą ISO 9001:2000 w zakresie leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.
- Troska Kierownictwa o SZJ przejawia się poprzez:
- ustanowienie Polityki Jakości,
 - określenie celów jakości na każdym szczeblu organizacji,
 - instruowanie pracowników o roli, jaką odgrywa w SZJ spełnienie wymagań pacjenta, zgodność z normami i przepisami prawnymi,
 - systematyczne przeprowadzanie przeglądów Kierownictwa dotyczących SZJ,
 - zbadanie, analizę i zapewnienie wszelkich środków niezbędnych dla właściwego funkcjonowania SZJ.
- 5.2. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja
- 5.2.1. Dyrektor WCO powołał Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością. Posiada on wszelkie uprawnienia do podejmowania decyzji w zakresie zapewnienia skuteczności i efektywności systemu. W pełni dysponuje środkami i pracownikami, którzy posiadają uprawnienia do identyfikowania i rozwiązywania problemów związanych z jakością. Wszelkie przysługujące mu uprawnienia mają na celu:
- identyfikację, wdrożenie i utrzymanie wszelkich procesów mających wpływ na funkcjonowanie Systemu Zarządzania Jakością,
 - stały kontakt z Dyrektorem WCO i Kierownikami komórek organizacyjnych związanych z leczeniem promieniowaniem jonizującym odnośnie skuteczności SZJ i wszelkich, zidentyfikowanych przez pracowników organizacji, potrzebach jej doskonalenia,
 - rozpowszechnianie wśród wszystkich pracowników wymagań stawianych przed organizacją przez pacjenta.
- 5.2.2. Odpowiedzialność i uprawnienia pracowników WCO opisane są w kartach opisu stanowisk pracy. Istniejące powiązania między poszczególnymi pracownikami wynikają ze struktury organizacyjnej WCO.
- 5.2.3. Osobom sprawującym określone funkcje w ramach Systemu Zarządzania Jakością, przyporządkowane są określone kompetencje niezależne od struktury organizacyjnej WCO, opisane w dokumentacji SZJ. W zależności od przewidzianych funkcji, ich kompetencje mogą mieć charakter stały lub czasowy (przywracany na czas realizacji określonych zadań). Mają one umożliwić realizację następujących celów:
- inicjowanie działań zapobiegających wystąpieniu jakichkolwiek niezgodności świadczonej usługi, procesu i systemu jakości z wymaganiami,
 - identyfikowanie i dokumentowanie wszelkich problemów dotyczących usługi, procesu i systemu jakości,
 - inicjowanie i dostarczanie rozwiązań zgodnie z ustalonym trybem,
 - weryfikowanie wdrażanych rozwiązań,
 - nadzorowanie postępowania z usługą niezgodną z wymaganiami do czasu, gdy niezgodności zostaną usunięte.
- 5.2.4. Proces obiegu dokumentów i danych w organizacji jest zawarty w "Tabeli Prowadzenia, Obiegu i Archiwizacji Zapisów" (zał. P-03/1). Sposób wymiany informacji wewnątrz organizacji podczas realizacji poszczególnych procesów opisany jest we właściwych procedurach i instrukcjach SZJ.
- 5.2.5. Kierownictwo WCO zapewnia funkcjonowanie komunikacji dotyczącej efektywności Systemu Zarządzania Jakością poprzez udostępnianie personelowi treści zarządzeń, przeprowadzanie systematycznych Przeglądów Kierownictwa oraz szkoleń z zakresu SZJ. Rejestr zarządzeń prowadzi Pełnomocnik ds. SZJ.
- 5.3. Polityka Jakości
- 5.3.1. Politykę Jakości opracowuje Dyrektor WCO przy współpracy Pełnomocnika ds. Systemu Jakości. Przy opracowywaniu Polityki Jakości należy wziąć pod uwagę:
- zakres usług świadczonych przez organizację,
 - wymagania i oczekiwania pacjentów,

7. **Dokumenty związane**
- 7.1. Procedury
- P-02 "Nadzór nad dokumentacją SZJ"
 - P-03 "Nadzorowanie zapisów SZJ"
 - P-04 "Audit wewnętrzny SZJ"
- 7.2. Inne
- Karty opisu stanowisk pracy
 - Polityka Jakości
 - Raport o stanie Systemu Zarządzania Jakością
 - Instrukcja I-37 - "Instrukcja sporządzania Rocznej Karty Potwierdzenia Przebycia Szkolenia"
 - Instrukcja I-38 - "Instrukcja sporządzania Oddziałowego Planu Szkoleń"
8. **Przypadek szczególny**
- Procedura nie przewiduje.
9. **Informacje dodatkowe**
- Procedura nie przewiduje.
10. **Wykaz i wzory stosowanych formularzy**
- P-01/1 - "Plan Przeglądów Kierownictwa"
 - P-01/2 - "Sprawozdanie z Przeglądu Kierownictwa"
 - I-38/1 - "Oddziałowy Plan Szkoleń"
 - I-37/1 - "Karta Potwierdzenia Odbycia Szkolenia"

- odpowiednio wczesną identyfikację wszelkich wymagań, których spełnienie nie jest możliwe przy aktualnym poziomie wiedzy, tak, aby uzyskać możliwość ich spełnienia w odpowiednim czasie,
 - identyfikację właściwych sposobów weryfikacji na odpowiednich etapach realizacji zadania,
 - identyfikowanie i sporządzanie zapisów dotyczących jakości.
- 5.4.2.3. Kierownictwo wyznacza pracowników odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań oznaczonych w Planie Jakości.
- 5.4.2.4. Oryginał Planu przechowywany jest przez Pełnomocnika ds. Systemu Jakości natomiast kopia przekazywana jest pracownikom odpowiedzialnym za realizację danego działania.
- 5.4.2.5. Jeżeli Kierownictwo WCO uzna, na wniosek pracownika bądź w wyniku własnych obserwacji, że w obszarach objętych Systemem Jakości, konieczne jest wprowadzenie zmian wymagań, o których mowa w punkcie 5.3.1., Pełnomocnik ds. Systemu Jakości przygotowuje plan wprowadzenia tych zmian, prezentowany w trakcie Przeglądu Kierownictwa, podczas którego może on zostać zatwierdzony bądź odrzucony. Planowanie zmian ma na celu zapewnienie integralności Systemu po wprowadzeniu w nim zmian.
- 5.5. Zarządzanie środkami Systemu Zarządzania Jakością
- 5.5.1. W związku z wdrożeniem Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z normą ISO 9001:2000, Kierownictwo WCO zapewnia środki niezbędne do realizacji wszelkich prac związanych z utrzymaniem powtarzalnej, wysokiej jakości.
- 5.5.2. Szkolenia i kwalifikacje pracowników
- 5.5.2.1. Kompleksowy nadzór nad szkoleniami zawodowymi z zakresu SZJ, którym podlegają pracownicy WCO objęci tym systemem prowadzi Pełnomocnik ds. Systemu Jakości.
- 5.5.2.2. Nadzór nad szkoleniami BHP, ppoż. i z zakresu ochrony radiologicznej, którym podlegają pracownicy WCO objęci systemem SZJ, prowadzą Inspektorzy (ds. Ochrony Radiologicznej, Ppoż. i BHP). Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz kompetencjami i uprawnieniami odpowiedzialnych osób prowadzi Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej. W indywidualnych aktach pracowników, za które odpowiada, prowadzi i przechowuje Kierownik Działu Spraw Pracowniczych, znajdują się kopie dokumentów poświadczających posiadane uprawnienia oraz przebyte szkolenia. Specyfikacja kwalifikacji pracowników niezbędnych do wykonywania prac na poszczególnych stanowiskach w organizacji regulowana jest Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 kwietnia 1992.
- 5.5.2.3. Rozpoznanie potrzeb szkoleniowych w zakresie jakości prowadzi Pełnomocnik ds. Systemu Jakości.
- 5.5.2.4. Podstawą do planowania i przeprowadzania szkoleń mogą być także wnioski pracowników opiniowane przez Kierowników komórek organizacyjnych.
- 5.5.2.5. Pełnomocnik ds. Systemu Jakości zgodnie z instrukcją I-38, sporządza "Oddziałowy Plan Szkoleń" (zał. I-38/1) dla szkoleń zakresu SZJ, natomiast Kierownik danej komórki organizacyjnej dla szkoleń zawodowych. "Oddziałowy Plan Szkoleń" przekazywany jest do Działu Spraw Pracowniczych. W przypadku szkoleń pozaplanowych Plan Szkoleń jest aktualizowany na dany rok.
- 5.5.2.6. Inspektor ds. BHP, Ppoż. i Ochrony Radiologicznej sporządza "Oddziałowy Plan Szkoleń" (zał. I-38/1) dla szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej i ochrony radiologicznej i przekazuje go do końca lutego bieżącego roku do Działu Spraw Pracowniczych zgodnie z instrukcją I-38. W przypadku szkoleń pozaplanowych Plan Szkoleń jest aktualizowany na dany rok.
- 5.5.2.7. Wszystkie szkolenia są dokumentowane:
- dla szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych jest to "Oddziałowy Plan Szkoleń" oraz "Karta Potwierdzenia Odbycia Szkolenia" (zał. I-37/1) prowadzona zgodnie z instrukcją I-37,
 - potwierdzeniem odbycia szkolenia są również dokumenty w postaci zaświadczeń, świadectw, dyplomów itp., dołączane do akt osobowych pracownika.

- 5.5.2.8. Po zakończonym szkoleniu wszyscy uczestnicy odnotowują fakt odbycia szkolenia w "Karcie Potwierdzenia Odbycia Szkolenia" (zał. I-37/1).
- 5.5.3. Potrzeby w zakresie środków materialnych oraz infrastruktury technicznej, niezbędnej dla prawidłowego funkcjonowania organizacji, jako podmiotu posiadającego SZJ, zgłaszane są przez pracowników i weryfikowane przez Kierownictwo WCO.
- 5.5.4. Zweryfikowane potrzeby oraz własne obserwacje dotyczące koniecznych nakładów, niezbędnych dla utrzymania wysokiego stopnia zaspokojenia potrzeb pacjentów, Pełnomocnik ds. Systemu Jakości przedstawia w "Raporcie o stanie SZJ" podczas Przeglądu Kierownictwa.
- 5.5.5. Po Przeglądzie Kierownictwa wszelkie ustalenia dotyczące nakładów inwestycyjnych mających na celu utrzymanie i doskonalenie funkcjonującego w organizacji SZJ, a także zwiększenie zadowolenia pacjentów poprzez spełnienie ich oczekiwań, są zapisywane w planach inwestycyjnych (tworzonych przez Pełnomocnika, a zatwierdzanych przez Dyrektora WCO).
- 5.5.6. Zasady zarządzania środowiskiem pracy oraz infrastrukturą, potrzebne dla uzyskania zgodności usługi leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, z wymaganiami, są opisane w odpowiednich przepisach prawnych i obejmują następujące aspekty:
- obiekty i urządzenia istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej i ich uznanie przez kompetentne organy,
 - wyposażenie techniczne środowiska pracy,
 - sprzęt dozymetryczny i jego wzorcowanie.
- 5.6. Przegląd SZJ dokonywany przez Kierownictwo
- 5.6.1. Dla zapewnienia ciągłej przydatności, efektywności i adekwatności SZJ, Kierownictwo WCO dokonuje jego okresowej oceny.
- 5.6.2. Pełnomocnik ds. Systemu Jakości do końca grudnia roku poprzedzającego sporządza "Plan Przeglądów Kierownictwa" na kolejny rok (zał. P-01/1), kierując się planem auditów wewnętrznych (patrz procedura P-04 "Audity wewnętrzne SZJ").
- 5.6.3. Przegląd Kierownictwa wykonywany jest przez Kierownictwo z minimum półroczną częstotliwością. W przeglądzie udział biorą: Dyrektor WCO, Kierownicy komórek organizacyjnych związanych z radioterapią, Pełnomocnik ds. Systemu Jakości oraz inne zaproszone osoby, które są niezbędne do wyjaśnienia powstałych w trakcie przeglądu wątpliwości.
- 5.6.4. Tryb przeprowadzania przeglądu
- 5.6.4.1. Przeglądy Kierownictwa odbywają się w oparciu o:
- przygotowane przez Pełnomocnika ds. Systemu Jakości okresowe "Raporty o stanie Systemu Zarządzania Jakością",
 - sprawozdania z wykonania auditów wewnętrznych (patrz procedura P-04 "Audity wewnętrzne SZJ"),
 - listy propozycji działań zapobiegawczych,
 - informacje o funkcjonowaniu procesów oraz zgodności wyrobów,
 - działania wynikające z wcześniejszych przeglądów Kierownictwa,
 - zalecenia dla doskonalenia,
 - inne dokumenty, które Pełnomocnik ds. Systemu Jakości uzna za konieczne do omówienia w czasie przeglądu.
- 5.6.4.2. "Raporty o stanie SZJ" zawierają podstawowe informacje dotyczące zdarzeń, które miały miejsce w organizacji i miały wpływać na jakość. Oparte są na analizie reklamacji i innych informacji zwrotnych od pacjentów, analizie niezgodności wewnętrznych, analizie auditów wewnętrznych, analizie realizacji planu szkoleń, analizie ocen szkoleń oraz analizie potrzeb inwestycyjnych.
- 5.6.4.3. Przeglądy Kierownictwa odbywają się wg następującego planu:
- zapoznanie się z "Raportem o stanie SZJ" lub innym dokumentem, który stanowił podstawę dla zwołania Przeglądu Kierownictwa, wyszczególnionym w pkt. 5.6. niniejszej procedury,
 - ocenę adekwatności Polityki Jakości, celów dotyczących jakości oraz skuteczności SZJ,



- ocenę planów jakościowych dla realizowanych przez pracowników organizacji zadań,
- ocenę adekwatności przeznaczonych na realizację zadań związanych z SZJ środków, zarówno materialnych, jak i personalnych,
- ocenę sytuacji organizacji, jako podmiotu posiadającego wdrożony SZJ,
- ustalenie listy działań zapobiegawczych i korygujących,
- jeżeli Kierownictwo uzna za stosowne odbycie kolejnego Przeglądu w trybie częstszym niż za pół roku - ustalenie daty kolejnego Przeglądu.

5.6.5. Dokumentem potwierdzającym odbycie Przeglądu Kierownictwa jest "Sprawozdanie z Przeglądu Kierownictwa" (zał. P-01/2), zawierające ocenę bieżących działań w zakresie jakości, zalecenia na przyszłość oraz zidentyfikowane potrzeby inwestycyjne. Pełnomocnik ds. Systemu Jakości przedstawia sprawozdanie dla potrzeb informacyjnych i decyzyjnych Dyrektorowi WCO. Dokument ten potwierdzają wszyscy uczestnicy Przeglądu.

5.6.6. Jeżeli uczestnicy Przeglądu uznają za konieczne podjęcie działań zapobiegawczych lub korygujących, co zostanie zanotowane w "Sprawozdaniu z Przeglądu Kierownictwa", Pełnomocnik ds. Systemu Jakości wszczyna postępowanie zgodne z procedurą nr P-06 "Działania korygujące i zapobiegawcze".

5.6.7. Pełnomocnik ds. Systemu Jakości odnotowuje fakt odbycia przeglądu na formularzu "Plan Przeglądów Kierownictwa" (zał. P-01/1).

5.6.8. "Sprawozdania z Przeglądów Kierownictwa" i "Raporty o stanie SZJ" nadzorowane są przez Pełnomocnika ds. Systemu Jakości zgodnie z procedurą P-03 "Nadzorowanie zapisów SZJ".

6. Odpowiedzialność

6.1. Pełnomocnik ds. Systemu Jakości

- za przygotowywanie i przechowywanie Planu Jakości,
- za przeprowadzenie Przeglądu Kierownictwa dotyczącego Systemu Zarządzania Jakością,
- za opracowanie i rozpowszechnienie Polityki Jakości, celów jakościowych wśród pracowników,
- za weryfikację potrzeb dotyczących zasobów SZJ,
- za przygotowanie Planu Przeglądów Kierownictwa,
- za opracowywanie Raportów o stanie SZJ,
- za sporządzenie sprawozdania z Przeglądu Kierownictwa,
- za nadzór nad zapisami generowanymi niniejszą procedurą,
- za przygotowanie planów wprowadzenia zmian wymagań dotyczących opracowywania Polityki Jakości,
- za przygotowanie "Oddziałowego Planu Szkoleń" w zakresie szkoleń dotyczących SZJ,
- za tworzenie planów inwestycyjnych.

6.2. Dyrektor WCO

- za weryfikację potrzeb dotyczących zasobów SZJ,
- za opracowanie Polityki Jakości i celów jakościowych,
- za uczestnictwo w Przeglądach Kierownictwa,
- za zapewnienie właściwych środków niezbędnych dla właściwego funkcjonowania istniejącego SZJ,
- za zatwierdzanie planów inwestycyjnych.

6.3. Kierownik Działu Spraw Pracowniczych

- za kompleksowy nadzór nad szkoleniami zawodowymi, z zakresu SZJ, BHP, ppoż. i ochrony radiologicznej.

6.4. Inspektorzy: BHP, Ppoż, Ochrony Radiologicznej

- przygotowanie "Oddziałowego Planu Szkoleń",
- przekazanie "Oddziałowego Planu Szkoleń" do Działu Spraw Pracowniczych.

6.5. Kierownik komórki organizacyjnej

- przygotowanie "Oddziałowego Planu Szkoleń",
- przekazanie "Oddziałowego Planu Szkoleń" do Działu Spraw Pracowniczych.

- bezpieczeństwo jądrowe i ochronę radiologiczną,
- możliwość opracowania i przeglądania celów jakościowych realizowanych na każdym szczeblu organizacji,
- zobowiązanie do spełnienia wymagań stawianych przez System Zarządzania Jakością,
- konieczność ciągłego doskonalenia efektywności istniejącej w organizacji SZJ.

5.3.2. Kierownictwo WCO zapewnia, że przyjęta Polityka Jakości:

- jest odpowiednia do rodzaju i zakresu prowadzonej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące,
- spełnia wymagania obowiązujących przepisów w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej.

5.3.3. Po zatwierdzeniu przez Dyrektora (poprzez umieszczenie daty i podpisów) Polityki Jakości staje się obowiązującą w całej organizacji.

5.3.4. W przypadku stwierdzenia odstępstw od rzeczywistego stanu rzeczy, przyjęta Polityka Jakości może ulec zmianie lub aktualizacji w jednym z dwóch trybów:

- na wniosek Pełnomocnika ds. Systemu Jakości po przeprowadzonym Przeglądzie Kierownictwa,
- na wniosek Dyrektora WCO, przedstawiony na Przeglądzie Kierownictwa.

5.3.5. Po zmianie Polityki Jakości, Pełnomocnik ds. Systemu Jakości, zgodnie z procedurą P-02 "Nadzór nad dokumentacją SZJ", aktualizuje jej treść w zawierających ją dokumentach, a przede wszystkim w Księdze Jakości. Tekst Polityki Jakości jest rozpowszechniany wśród pracowników poprzez ustne przekazanie informacji na spotkaniach organizacyjnych oraz przez zamieszczenie tekstu na tablicach ogłoszeń.

5.3.6. W razie braku zrozumienia ze strony pracowników organizacji, Pełnomocnik ds. Systemu Jakości jest zobligowany do udzielenia wyczerpujących wyjaśnień.

5.4. System Zarządzania Jakością

5.4.1. Cele Jakości

5.4.1.1. Dyrektor WCO wraz z Pełnomocnikiem oraz Kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych ustalają cele konieczne do spełnienia wymagań zarówno Systemu Zarządzania Jakością, jak i dla świadczonych przez organizację usług leczenia promieniowaniem. Cele te są ustalane dla każdego szczebla w hierarchii WCO, a jednocześnie dla każdego procesu realizowanego w Centrum.

5.4.1.2. Tworzone cele jakościowe powinny być mierzalne, co pozwoli na późniejszą ocenę skuteczności funkcjonującego w organizacji Systemu Zarządzania Jakością. Jednocześnie cele jakościowe muszą wynikać z przyjętej Polityki Jakości.

5.4.1.3. Tryb zatwierdzania, nadzoru i zmiany celów jakościowych jest zgodny z trybem opisanym w pkt. 5.1.1. niniejszej procedury.

5.4.2. Planowanie Systemu Zarządzania Jakością

5.4.2.1. Pełnomocnik, przy współudziale Kierownictwa zgodnie z wytycznymi opisanymi w pkt. 5.4.2.2. niniejszej procedury przygotowuje Plan Jakości procesu leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Podstawą do jego przygotowywania jest dokumentacja opracowana w ramach wdrożonego w WCO Systemu Zarządzania Jakością oraz zapisy dotyczące jakości, powstające w ramach tego Systemu.

5.4.2.2. W celu spełnienia wymagań dotyczących wykonywanych zadań, przygotowując Plan Jakości należy zwrócić uwagę na następujące działania:

- określenie procesów niezbędnych dla funkcjonowania SZJ, miejsce ich stosowania, kolejność i wzajemne zależności między nimi,
- określanie i pozyskiwanie wszelkich systemów sterowania, procesów, wyposażenia, środków i umiejętności, które mogą być potrzebne do osiągnięcia wymaganej jakości,
- unowocześnienie, w zależności od potrzeb, metod sterowania jakością oraz metod kontroli,