

Показатели доступности, качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ АО «Областной центр крови»

Функционирующая в учреждении система внутреннего контроля качества и безопасности позволяет добиться высоких результатов в деле охраны здоровья населения Астраханской области.

Разработку, внедрение и непрерывное совершенствование системы внутреннего контроля качества и безопасности, охватывающей все виды деятельности при выполнении работ по заготовке, хранению, транспортировке и клиническому использованию донорской крови и (или) ее компонентов в ГБУЗ АО «Областной центр крови» осуществляют:

1. Ответственное лицо (заместитель главного врача по медицинской части).
2. Отдел обеспечения и контроля безопасности донорской крови и ее компонентов.
3. Врачебная комиссия.

Обеспечение системы внутреннего контроля качества и безопасности донорской крови и (или) ее компонентов включает:

I. Управление персоналом: персонал имеет необходимую квалификацию в соответствии с требованиями к организации обращения донорской крови и (или) ее компонентов. Своевременно проводится обучение и повышение квалификации персонала в соответствии с выполняемыми видами работ по заготовке, хранению, транспортировке донорской крови и (или) ее компонентов.

II. Ведение медицинской документации, связанной с донорством крови и (или) ее компонентов. Ведение медицинской документации обеспечивает прослеживаемость данных о доноре, донациях, заготовленной донорской крови и ее компонентах, расходных материалах (медицинских изделиях, лекарственных средствах), образцах крови донора, посттрансфузионных реакциях, режимах хранения и транспортировки донорской крови и ее компонентов, исполнителях работ, а также о соответствии проводимых работ требованиям системы безопасности. Вся документация ведется грамотно, аккуратно без исправлений. Главным врачом утверждены приказы, стандартные операционные процедуры, отчеты и прочие документы, регламентирующие обеспечение контроля качества и безопасности донорской крови и (или) ее компонентов в центре крови.

Работа структурных подразделений центра крови осуществляется в соответствии с разработанными стандартными операционными процедурами (СОП). В 2023 г. в работе использовались 170 СОП (в 2022 г. – 144 СОП). В настоящий момент продолжается разработка СОП в связи с приобретением нового оборудования, изменением нормативно-технической документации, а также списанием СОП, утративших актуальность.

Проводится постоянный контроль соблюдения выполнения требований СОП по заготовке компонентов крови и соблюдения условий их хранения с оформлением маршрутных карт, в том числе проверено и составлено:

- маршрутных карт по контролю производства компонентов крови – 34 шт. (за 2022 г. – 30 шт.);
- маршрутных карт по контролю работы с донорами в ОКДК – 2 шт. (введены в 2023 г.);
- маршрутных карт по контролю транспортировки образцов крови в ОЛД – 2 шт. (введены в 2023 г.);
- маршрутных карт по контролю условий хранения и оценке показателя «описание» компонентов крови, находящихся на складе неапробированной продукции в группе контроля брака – 51 шт. (за 2022 г. – 51 шт.);
- маршрутных карт по контролю условий хранения и оценке показателя «описание» компонентов крови, находящихся в экспедиции – 51 шт. (за 2022 г. – 51 шт.);
- маршрутных карт по контролю условий хранения и оценке показателя «описание» компонентов крови, находящихся в отделении карантинизации и отделении долгосрочного хранения клеток крови ОЗКК - 51 шт. (за 2022 г. – 51 шт.). Несоответствия, выявленные в процессе заготовки и хранения компонентов крови, оперативно устранены.

III. Проведение контроля безопасности донорской крови и ее компонентов на соответствие показателям безопасности донорской крови и ее компонентов с последующим внесением в базу данных донорства крови и ее компонентов.

Контроль производственного процесса и контроль качества полученных компонентов крови осуществляет специализированное подразделение ГБУЗ АО «Областной центр крови» - отдел обеспечения и контроля безопасности донорской крови и ее компонентов (далее – ООКБДКК). Цель

работы отдела обеспечения и контроля безопасности донорской крови и ее компонентов – не допустить к использованию компоненты донорской крови, не соответствующие требованиям качества. ООКБДКК в полном объеме выполняет плановое задание по контролю показателей безопасности донорской крови и ее компонентов. В 2023 г. в результате соблюдения всех необходимых санитарно-гигиенических условий заготовки и режимов стерилизации положительных результатов на стерильность при бактериологическом контроле донорской крови и ее компонентов не было зарегистрировано.

IV. Проведение внутренних проверок (аудитов) деятельности по заготовке, хранению, транспортировке донорской крови и (или) ее компонентов. В 2023 г. было проведено 12 комплексных проверок, из них 11 - согласно графику внутренних плановых проверок системы внутреннего контроля качества и безопасности подразделений ГБУЗ АО «Областной центр крови и 1 - внеплановая проверка (в 2022 г. также было проведено 12 проверок, в том числе одна внеплановая). Проверены:

- 1) 16.02.2023-17.02.2023 экспедиция с центром управления запасами крови компонентов донорской крови ОЗКК;
- 2) 15.03.2023-17.03.2023 донорский зал, центрифужная ОЗКК;
- 3) 22.03.2023-24.03.2023 вторичное фракционирование, группа контроля брака ОЗКК;
- 4) 14.04.2023 группа долгосрочного хранения ОЗКК;
- 5) 20.04.2023 - 21.04.2023 отдел заготовки донорской крови и ее компонентов для выездной работы (выездная бригада);
- 6) 25.05.2023-26.05.2023 деятельность главной медицинской сестры;
- 7) 14.06.2023- 16.06.2023 отдел лабораторной диагностики (иммунологические исследования);
- 8) 19.06.2023 внеплановый аудит отдел заготовки крови и ее компонентов (ОЗКК);
- 9) 21.06.2023- 23.06.2023 отдел лабораторной диагностики (лабораторные исследования);
- 10) 04.09.2023- 05.09.2023 кабинет платных услуг;
- 11) 24.10.2023- 26.10.2023 отдел комплектования донорских кадров;
- 12) 28.11.2023-29.11.2023 отдел обеспечения и контроля безопасности донорской крови и ее компонентов.

Выявленные в ходе проверки замечания отражены в отчетах по результатам плановых проверок системы внутреннего контроля качества и безопасности деятельности по заготовке, хранению, транспортировке донорской крови и (или) ее компонентов подразделений ГБУЗ АО «Областной центр крови». Заведующими проверенных подразделений в пятидневный срок разработаны планы устранения выявленных нарушений (план корректирующих действий) и в течение месяца представлены отчеты об устранении выявленных нарушений.

V. Мониторинг условий хранения и транспортировки донорской крови и ее компонентов в ГБУЗ АО «Областной центр крови» осуществляется в полном объеме на основании действующих нормативных актов. В 2023 г. 54 раза (в 2022 г. – 40 раз) осуществлялся контроль соблюдения медицинскими организациями правил транспортировки компонентов крови. Проверены учреждения-получатели крови и её компонентов. Выявленные нарушения оперативно устранены.

VI. Контроль качества и система безопасности при обращении лекарственных препаратов и медицинских изделий. Также как и в 2022 г. в 2023 г. составлено 12 актов проверки состояния хранения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и организации работы по выявлению фальсифицированных, недоброкачественных лекарственных средств в отделении заготовки крови и ее компонентов в стационарных и выездных условиях.

В 2023 г. прослежено 394 информационных письма (в 2022 г. - 419 писем) о медицинских изделиях, опубликованных на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ. Медицинских изделий, оказывающих побочные действия, не указанные в инструкции по их применению или руководстве по эксплуатации или нежелательные реакции по их применению, не выявлено. Сроки хранения изделий медицинского назначения не нарушены. Незарегистрированных медицинских изделий в центре крови не выявлено.

В 2023 г. осуществлялся контроль лекарственных средств, изъятых из обращения, опубликованных на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ. Недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов не выявлено.

VII. Осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности. Работа профилактической и противоэпидемической деятельности проводится в соответствии с

«Открытость и доступность информации о ГБУЗ АО «ОЦК»					
1.1.	Соответствие информации о деятельности ГБУЗ АО «ОЦК», размещенной на общедоступных информационных ресурсах, согласно требованиям нормативно-правовых актов: - на информационных стендах в помещениях ГБУЗ АО «ОЦК» - на официальном сайте ГБУЗ АО «ОЦК» www.ock30.ru .	100%	100%		
1.2.	Наличие и доступность на официальном сайте способов обратной связи с потребителями услуг: форма подачи электронного обращения; анкета оценки качества оказания услуг в электронном виде	1 1	1 1	Наличие – 1 Отсутствие–0 Наличие – 1 Отсутствие–0	2
1.3.	Доля получателей услуг, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о работе ГБУЗ АО «ОЦК» и порядке предоставления медицинских услуг, доступных в помещениях ГБУЗ АО «ОЦК»	100%	100%		
1.4.	Доля получателей услуг, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о работе ГБУЗ АО «ОЦК» и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте ГБУЗ АО «ОЦК» www.ock30.ru	100%	100%		
2.	Показатели, характеризующие критерий «Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги»				
2.1	Обеспечение комфортных условий в ГБУЗ АО «ОЦК». Доступность записи на сдачу крови: по телефону; с использованием сети интернет; в регистратуре лично; врачом при посещении; доступность питьевой воды; наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений	1 0 1 1 1 1	1 0 1 1 1 1	Наличие – 1 Отсутствие– 0 Наличие – 1 Отсутствие – 0 Наличие – 1 Отсутствие – 0 Наличие – 1 Отсутствие – 0 Наличие – 1 Отсутствие – 0	5
2.2	Доля получателей услуг, удовлетворенных комфортностью условий пребывания в ГБУЗ АО «ОЦК»	100%	100%		
3.	Показатели, характеризующие критерий «Доступность услуг для инвалидов»				
3.1	Оборудование территории, прилегающей к ГБУЗ АО «ОЦК» и помещений с учетом доступности для инвалидов: оборудование пандусами; выделенные стоянки для автотранспортных средств инвалидов; поручни и расширенные дверные проемы; кресло-каталка;	1 1 1 1	1 1 1 1	Наличие-1 Отсутствие-0 Наличие-1 Отсутствие-0 Наличие-1 Отсутствие-0 Наличие-1 Отсутствие-0	5

	доступность специально оборудованного санитарно-гигиенического помещения	1	1	Наличие-1 Отсутствие-0	
3.2	Обеспечение условий доступности, позволяющих инвалидам получать услуги наравне с другими: дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля; наличие альтернативной версии официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» для инвалидов по зрению; возможность сопровождения инвалида медицинским работником	1 1 1	1 1 1	Наличие-1 Отсутствие-0 Наличие-1 Отсутствие-0 Наличие-1 Отсутствие-0	3
3.3	Доля потребителей услуг, удовлетворенных доступностью услуг для инвалидов	100%	100%		
4.	Показатели, характеризующие критерий «Доброжелательность, вежливость работников ГБУЗ АО «ОЦК»				
4.1	Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью и вежливостью работников ГБУЗ АО «ОЦК»	100%	100%		
5.	Показатели, характеризующие критерий «Удовлетворенность условиями оказания услуг»				
5.1.	Доля получателей услуг, готовых рекомендовать ГБУЗ АО «ОЦК»	100%	100%		
5.2.	Доля потребителей услуг, удовлетворенных оказанными услугами: донациями крови и (или) ее компонентов, лабораторными исследованиями	100%	100%		

Анализ работы по обращениям граждан, по оценке донорами и посетителями работы отдельных подразделений и учреждения в целом, а также результаты анкетирования и предложения доноров и посетителей по улучшению работы ГБУЗ АО «Областной центр крови» представлены на заседаниях врачебной комиссии.