

BÁO CÁO **Hoạt động cải tiến chất lượng năm 2017**

I. ĐẶC ĐIỂM TÌNH HÌNH

- Đã xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng trong bệnh viện, xác định các vấn đề ưu tiên cần thực hiện. Nội dung của kế hoạch chất lượng được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm, phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

- Triển khai thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện dựa trên Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện được Bộ Y tế ban hành năm 2016.

- Phân công cụ thể cho các thành viên Hội đồng quản lý chất lượng, cán bộ chủ chốt các khoa phòng. Phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng đơn vị. Lãnh đạo đơn vị chịu trách nhiệm trực tiếp phân công và giám sát các nhân viên thực hiện các tiêu chí được giao.

- KIỆN TOÀN Hội đồng quản lý chất lượng gồm 23 thành viên, trong đó Giám đốc bệnh viện là Chủ tịch Hội đồng.

- Thành lập Tổ quản lý chất lượng Bệnh viện: gồm 06 thành viên.

- KIỆN TOÀN Mạng lưới quản lý chất lượng Bệnh viện: gồm 20 thành viên.

- Xây dựng bảng kiểm tra, đánh giá các khoa, phòng trong đó có đưa vào tiêu chí cải tiến chất lượng và thực hiện tự kiểm tra đánh giá chất lượng Bệnh viện định kỳ 6 tháng/lần.

II. CÁC HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG ĐÃ THỰC HIỆN

1. Đánh giá theo bảng kiểm:

Bảng kiểm gồm 59 hoạt động chính cần cải tiến trong năm 2017 với 5 nhóm hoạt động, Bệnh viện đã thực hiện được 54 hoạt động (khoảng 92%) cụ thể như sau:

- **Phần A.** Hướng tới người bệnh: có 14 hoạt động, đã thực hiện 14 hoạt động.

- **Phần B.** Phát triển nguồn nhân lực: có 07 hoạt động, đã thực hiện 07 hoạt động.

- **Phần C.** Hoạt động chuyên môn: có 26 hoạt động, đã thực hiện 23 hoạt động (còn 03 hoạt động C9.5.14, C9.5.17, C9.5.18 chưa thực hiện do thiếu nhân sự và chưa kết nối được dữ liệu lưu trữ thông tin thuốc và phần mềm khám chữa bệnh).

- **Phần D.** Hoạt động cải tiến chất lượng BV: có 11 hoạt động, đã thực hiện 09 hoạt động (D1.1.10 thiếu nhân sự, D2.4.12 đang thực hiện).

- **Phần E.** Tiêu chí đặc thù chuyên khoa: có 01 hoạt động và đã thực hiện 01 hoạt động.

(Đính kèm bảng kiểm đánh giá hoạt động cải tiến chất lượng năm 2017)

2. Các vấn đề cải tiến chất lượng ưu tiên đã được triển khai:

1. Tập huấn và triển khai 5S tại một số khoa LS, CLS của Bệnh viện (A3.2.12).

2. Đã trang bị rèm ngăn cách khu vực nam, nữ trong các phòng bệnh, đảm bảo quyền riêng tư của người bệnh (A4.2.13).

3. Trang bị mới bàn bóng bàn nhằm nâng cao sức khỏe thể chất, tinh thần cho nhân viên y tế (B3.3.11).

4. Hoàn thiện hệ thống phần mềm quản lý, thống kê và kết nối dữ liệu chuyên môn (Tiêu chí C3.1, C3.2).

5. Triển khai áp dụng phần mềm quản lý đào tạo liên tục của toàn bộ nhân viên bệnh viện.

6. Tổ chức tập huấn phương pháp nghiên cứu khoa học cho nhân viên y tế (C10.2.7).

7. Tiến hành khảo sát không hài lòng người bệnh từ đó thực hiện đề án cải tiến chất lượng dựa trên những vấn đề được ghi nhận thông qua hệ thống ki-ốt tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CLBV NĂM 2017 THEO 83 TIÊU CHÍ

- Tổng số tiêu chí áp dụng: 82/83 (chiếm 99%).

- Không áp dụng tiêu chí A4.4 về xã hội hóa y tế.

- Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng: 265.

- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: **3,22**. Trong đó:

+ Mức 1: 0 tiêu chí.

+ Mức 2: 13 tiêu chí (15,85 %).

+ Mức 3: 37 tiêu chí (45,12%).

+ Mức 4: 32 tiêu chí (39,02%).

+ Mức 5: 0 tiêu chí.

- Kết quả Sở Y tế kiểm tra năm 2016: 2,94 điểm.

- Kết quả tự kiểm tra năm 2017: 3,22 điểm.

- Lý do tăng điểm:

+ Triển khai các hoạt động cải tiến theo đúng tiến độ kế hoạch đề ra.

+ Không có tiêu chí đạt mức 0, số tiêu chí đạt mức 3 giảm, số tiêu chí đạt mức 4 tăng.

* So sánh với các năm 2014, 2015 và 2016:

Mức đạt	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017
Mức 1	1	1	3	0
Mức 2	18	19	20	13
Mức 3	38	31	35	37
Mức 4	26	26	24	32
Mức 5	1	6	0	0
Tổng TC	84	83	82	82
Điểm TB	2,92	3,2	2,94	3,22

IV. NHẬN XÉT - ĐÁNH GIÁ

1. Thuận lợi:

- Công tác cải tiến chất lượng được Đảng ủy Ban Giám đốc quan tâm sâu sát và chỉ đạo kịp thời. Kế hoạch cải tiến chất lượng cụ thể chi tiết, có xây dựng các hoạt động và kinh phí thực hiện từng hoạt động để thuận tiện cho việc triển khai.

- Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng với Hội đồng QLCL, Tổ QLCL và mạng lưới QLCL Bệnh viện với vai trò, nhiệm vụ được phân công cụ thể, bao quát toàn bộ các khoa, phòng.

- Các phòng, ban chức năng làm tốt công tác tham mưu và trực tiếp thực hiện, hướng dẫn các khoa LS và CLS cùng thực hiện nên phần lớn các hoạt động đưa ra đều thực hiện được.

- Các khoa LS, CLS có phối hợp và triển khai tốt các hoạt động CTCL, có khắc phục những nhược điểm còn hạn chế, thiếu sót.

- Các hoạt động cải tiến của Bệnh viện hầu hết hướng tới sự hài lòng của người bệnh nên đạt được sự đồng thuận của người bệnh, khiến cho uy tín Bệnh viện ngày càng nâng cao.

2. Khó khăn:

- Một số hoạt động chưa thực hiện được do cơ sở vật chất còn hạn chế.

- Kinh phí cho các hoạt động cải tiến chất lượng Bệnh viện tương đối cao (đặc biệt ở lĩnh vực đào tạo nguồn nhân lực) trong khi nguồn thu của Bệnh viện hạn chế BV gặp nhiều khó khăn khi triển khai.

V. PHƯƠNG HƯỚNG CTCL NĂM 2018

- Tiếp tục khảo sát sự hài lòng và không hài lòng của người bệnh, đề ra phương pháp khắc phục những vấn đề của người bệnh đối với các dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện.

- Nâng cấp hệ thống phần mềm của bệnh viện phục vụ công tác kết xuất, chuyên gửi dữ khám, chữa bệnh BHYT và kết nối dữ liệu cận lâm sàng trong khám và điều trị.

- Tiến đến thực hiện đề án một mã vạch duy nhất cho một người bệnh.
- Triển khai và áp dụng kỹ thuật mới.
- Phục hồi hoạt động hộ sinh tại khoa Sản của bệnh viện.

Trên đây là báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng năm 2017 của Bệnh viện Tân Bình. Kính báo cáo Thường trực UBND Quận, Sở Y tế. Bệnh viện rất mong nhận được góp ý và chỉ đạo để việc triển khai thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng tốt hơn trong thời gian sắp tới.

Nơi nhận:

- Thường trực UBND Quận;
- Sở Y tế TP.HCM;
- Ban Giám đốc;
- Thành viên HĐ, Tổ QLCL;
- Các khoa, phòng BV;
- Lưu: VT, KHTH.



Bs. Lại Thị Lan Hương



BẢNG KIỂM

Đánh giá hoạt động cải tiến chất lượng năm 2017

Stt	Nội dung cải tiến	Đã thực hiện	Chưa thực hiện	Lý do
A1.	Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh			
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể			
1	Trước lối vào mỗi khoa/phòng có biển tên khoa rõ ràng và dễ nhìn, có sơ đồ khoa, thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa. (A1.1.24)	X		
2	Biển số buồng bệnh và biển chỉ dẫn số buồng bệnh ở vị trí dễ nhìn. (A1.1.26)	X		
3	Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách. (A1.1.30)	X		
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật			
4	Trong thời điểm các dịch vụ, bệnh viện bố trí khu sàng lọc, cách ly người bệnh truyền nhiễm trong các dịch vụ. (A1.2.12)	X		
5	Tiến hành khảo sát theo định kỳ trên phạm vi toàn bệnh viện và lập danh sách các vị trí, tính toán nhu cầu (ước tính số lượt người bệnh chờ và số lượng cần đặt ghế dự kiến) tại những nơi có người bệnh và người nhà người bệnh phải chờ đợi (nơi trả KQ XN, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, thu ngân, siêu âm). (A1.2.17)	X		
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh			
6	Có niêm yết giờ khám, lịch làm việc của các buồng khám, cận lâm sàng rõ ràng. (A1.3.7)	X		

7	Có bố trí bàn, buồng khám dự phòng tăng cường trong thời gian cao điểm. (A1.3.10)	X		
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời			
8	Bệnh viện có quy định về hội chẩn người bệnh, trong đó có hội chẩn người bệnh nặng. (A1.4.14)	X		
A3.	Môi trường chăm sóc người bệnh			
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp			
9	Bổ sung thêm 1 tủ giữ đồ cho người bệnh tại lầu 1 (hoặc có dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh. (A3.2.10)	X		
10	Tổ chức giới thiệu và tập huấn 5S cho nhân viên (A3.2.11)	X		
11	Áp dụng phương pháp 5S cho tất cả các khu vực tại khoa khám bệnh và ít nhất 1 khoa cận lâm sàng, 2 khoa lâm sàng. (A3.3.12)	X		
A4.	Quyền và lợi ích của người bệnh			
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân			
12	Ngăn rèm do dòng riêng biệt cho bệnh nam và nữ trên 13 tuổi (A4.2.13).	X		
A4.5	Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi và giải quyết kịp thời.			
13	Báo cáo thống kê, phân tích những vấn đề người bệnh thường xuyên phàn nàn, thắc mắc để có giải pháp xử lý và xác định vấn đề ưu tiên cải tiến (A4.5.14).	X		
14	Báo cáo phân tích nguyên nhân gốc rễ về những vấn đề phàn nàn, thắc mắc của bệnh nhân là do lỗi cá nhân (bác sỹ, điều dưỡng...), hay do lỗi chung của bệnh viện, toàn ngành (lỗi hệ thống). (A4.5.15).	X		
B.	PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC			
B2.	Chất lượng nguồn nhân lực			

B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức			
15	Bổ sung việc đánh giá việc thực hiện kế hoạch quy tắc ứng xử, kỹ năng giao tiếp. (B2.2.14).	X		
B3.	Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc			
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện			
16	Quản lý và theo dõi hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện theo thời gian. (B3.3.8).	X		
17	Hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện được nhập và quản lý bằng phần mềm máy tính. (B3.3.9).	X		
18	Trang bị phương tiện, dụng cụ thể thao nâng cao sức khỏe thể chất, tinh thần cho nhân viên y tế. (B3.3.10).	X		
19	Xây dựng các hoạt động, phong trào thể thao, văn hóa, văn nghệ, giải trí cho nhân viên y tế hoạt động thường xuyên. (B3.3.11).	X		
B4.	Lãnh đạo Bệnh viện			
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý			
20	Áp dụng phần mềm tin học văn phòng (excel) hoặc phần mềm chuyên dụng để quản lý và triển khai văn bản. (B4.2.13).	X		
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý Bệnh viện			
21	Vị trí lãnh đạo BV có thi tuyển (B4.3.12)	X		
C.	HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN			
C2.	Quản lý hồ sơ bệnh án			
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học			
22	Có bảng mã ICD10 cho các bệnh thường gặp của các khoa lâm sàng tại phòng hành chính của khoa. (C2.1.11)	X		
23	Bảng mã được in rõ ràng, lành lặn, dễ đọc, đặt ở vị	X		

	trí để quan sát hoặc để lấy. (C2.1.12).			
24	Tổ chức tập huấn cho bác sĩ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo ICD10. (C2.1.13).	X		
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học			
25	Có sổ lưu trữ (hoặc phần mềm) để quản lý số lượng bệnh án nhập – xuất kho lưu trữ theo từng khoa (C2.2.7)	X		
26	Bổ sung lại hồ sơ bệnh án trên phần mềm excel để quản lý và tra cứu khi cần (C2.2.9)	X		
C3.	Ứng dụng công nghệ thông tin			
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế			
27	Sửa lỗi và hoàn thiện phần mềm báo cáo thống kê bệnh viện (C3.1.7).	X		
28	Bệnh viện áp dụng phần mềm để báo cáo thống kê Bệnh viện kết xuất số liệu tự động từ các phần mềm khác (C3.1.10).	X		
29	Bệnh viện sử dụng số liệu và thông tin phần mềm chuyên môn nghiệp vụ giúp cho lãnh đạo quản lý và điều hành (C3.1.11).	X		
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng CNTT trong quản lý và hoạt động chuyên môn			
30	Xây dựng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ và ứng dụng phần mềm quản lý chuyên môn trên mạng nội bộ. (C3.2.6).	X		
31	Áp dụng phần mềm quản lý chuyên môn, hoạt động tại các khoa, phòng. (C3.2.7).	X		
32	Thêm phần hệ phần mềm quản lý số liệu thống kê bệnh viện. (C3.2.8).	X		
C4.	Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn			
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay			
33	Tỉ lệ việc tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tăng dần theo thời gian (C4.3.20).	X		

C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong Bệnh viện			
34	Đánh giá, giám sát tỷ lệ tuân thủ về KSNK của nhân viên y tế (C4.4.10).	X		
C4.5	Chất thải rắn BV được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định			
35	Thùng rác có màu sắc khác nhau, có in biểu tượng cho từng loại chất thải rắn. (C4.5.19).	X		
C5.	Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn			
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật			
36	Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho người bệnh bằng các hình thức khác nhau. (C5.1.7).	X		
37	Có chủ trương thực hiện và phát triển danh mục kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật. (C5.1.8).	X		
38	Triển khai kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định. (C5.1.9).	X		
C6.	Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh			
C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả			
39	Điều dưỡng trưởng có trình độ từ đại học chiếm 50% trở lên. (C6.1.17).	X		
C6.2	Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị			
40	Bệnh viện có tiến hành đánh giá hiệu quả công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc giáo dục sức khỏe và báo cáo đánh giá. (C6.2.17)	X		
C7	Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế			
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện			

41	Đánh giá tình trạng người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng khi nhập viện, được lập kế hoạch theo dõi. (C7.3. 7).	X		
C8.	Chất lượng xét nghiệm			
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm			
42	Nhân viên xét nghiệm được đào tạo và tham gia đào tạo liên tục về các kỹ thuật mới triển khai tại Bệnh viện (C8.2.16).	X		
C9.	Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc			
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý			
43	Tiến hành đánh giá và báo cáo về việc sử dụng thuốc, trong đó chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp. (C9.4.19).	X		
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng			
44	Triển khai hệ thống lưu trữ thông tin thuốc. (C9.5.14).		X	Hệ thống phần mềm chưa đáp ứng được
45	Khảo sát, đánh giá về tình hình thực hiện thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại bệnh viện. (C9.5.17).		X	Có theo dõi
46	Báo cáo đánh giá chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và giải pháp cải tiến. (C9.5.18).		X	nhưng chưa có BC đánh giá
C10.	Hoạt động nghiên cứu khoa học			
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học			
47	Sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu khoa	X		

	học cho nhân viên y tế. (C10.2.7).			
D.	HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG			
D1.1	Thiết lập hệ thống và xây dựng triển khai KH cải tiến chất lượng			
48	Xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng. (D1.1.8).	X		
49	Tổ QLCL có ít nhất 01 nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng. (D1.1.10).		X	Thiếu nhân sự
50	Xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện. (D1.1.13).	X		
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện			
51	Kế hoạch Cải tiến chất lượng chung ghi rõ tên, nội dung, kết quả, thời gian, địa điểm, đầu ra, người chịu trách nhiệm chính, kinh phí và nguồn lực. (D1.2.5).	X		
52	Trong kế hoạch cải tiến chất lượng chung có xác định được các đề án cải tiến chất lượng theo từng mục tiêu, kinh phí và đầu mối thực hiện. (D1.2.6).	X		
D2.	Phòng ngừa các sai sót, sự cố và cách khắc phục			
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh			
53	Sửa chữa lại giường chuyên dụng khoa cấp cứu có hệ thống báo gọi. (D2.1.4).	X		
54	Bổ sung đầy đủ hệ thống đèn báo đầu giường tại khoa cấp cứu (D2.1.5).	X		
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục			
55	Điều tra, phân tích, tìm nguyên nhân gốc rễ và đề xuất giải pháp cải tiến. (D2.2.11).	X		
56	Phân tích sự cố y khoa định kỳ 6 tháng 1 lần và phản hồi cho cá nhân và tập thể liên quan. (D2.2.12).	X		
D2.4	Bảo đảm chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ			

57	Cấp một mã vạch duy nhất cho người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện (D2.4.12).		X	Đang thực hiện
D3.	Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng			
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng Bệnh viện			
58	Nhân viên y tế tích cực tham gia và đóng góp vào việc xây dựng chính sách công cụ quản lý chất lượng. (D3.3.9).	X		
E.	TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA			
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong sinh và sau sinh			
59	Tổ chức lớp học về tiền và hậu sản cho phụ nữ, người nhà (trong đó có nội dung hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ). (E1.2.8).	X		

TỔNG CỘNG: 59 Tiêu mục

ĐÃ THỰC HIỆN: 54 Tiêu chí

CHƯA THỰC HIỆN: 05 Tiêu chí