

BÁO CÁO **Hoạt động cải tiến chất lượng năm 2019**

I. KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG NĂM 2019

1. Xây dựng kế hoạch và triển khai công tác QLCL

- 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 phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

- Kiện toàn Hội đồng quản lý chất lượng gồm 24 thành viên, trong đó Giám đốc bệnh viện là Chủ tịch Hội đồng. 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 tổ Quản lý chất lượng và mạng lưới quản lý chất lượng. Phân công cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng bệnh viện.

- Triển khai khảo sát sự hài lòng người bệnh và không hài lòng người bệnh theo từng quý, lập danh sách các vấn đề ưu tiên cần giải quyết trong quý tiếp theo.

- Triển khai khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế, báo cáo tổng hợp kết quả đến ban giám đốc và các khoa, phòng.

- Tham gia các lớp tập huấn, các buổi hội thảo, đóng góp ý kiến của các cấp ban ngành về quản lý chất lượng, cải tiến chất lượng.

- Triển khai báo cáo sự cố y khoa tự nguyện hoặc bắt buộc trong bệnh viện.

- Hoàn thiện barem 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.

2. Khảo sát hài lòng người bệnh

Tổ chức khảo sát hài lòng người bệnh nội trú và ngoại trú bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp. Kết quả khảo sát cho thấy: Quý I/2019 điểm trung bình hài lòng người bệnh nội trú là 4.17, ngoại trú là 4.21, Quý II/2019 điểm trung bình hài lòng người bệnh nội trú là 4.49, ngoại trú là 4.23. Quý III/2019 điểm trung bình hài lòng người bệnh nội trú là 4.52, ngoại trú là 4.2.

3. Trải nghiệm người bệnh nội trú

Thực hiện khảo sát trải nghiệm người bệnh điều trị nội trú 2 đợt tại các khoa lâm sàng có điều trị nội trú: Nội tổng hợp, Ngoại, Cấp cứu – HSTC&CD và Y học cổ truyền. Điểm trung bình của khảo sát đợt I tại Bệnh viện đạt 8,17/10 điểm, đợt II đạt 8,57/10 điểm. Kết quả đã báo cáo trực tiếp lãnh đạo và đề xuất giải pháp nhằm đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân.

4. Đánh giá việc thực hiện các quy định của bộ tiêu chí đánh giá chất lượng

Bảng kiểm gồm 35 hoạt động chính cần cải tiến trong năm 2019 với 5 nhóm hoạt động, Bệnh viện đã thực hiện được 34 hoạt động (khoảng 97%) cụ thể như sau:

- **Phần A.** Hướng tới người bệnh: có 10 hoạt động, đã thực hiện 09 hoạt động (Tiêu chí A1.4, phần tiêu mục 23 về tổ chức diễn tập quy trình Báo động đỏ, do nguồn nhân lực hạn chế nên bệnh viện chỉ diễn tập phản ứng nhanh “Code Blue”).

- **Phần B.** Phát triển nguồn nhân lực: có 10 hoạt động, đã thực hiện 10 hoạt động.

- **Phần C:** Hoạt động chuyên môn: có 07 hoạt động, đã thực hiện 07 hoạt động.

- **Phần D.** Hoạt động cải tiến chất lượng BV: có 08 hoạt động, đã thực hiện 08 hoạt động.

(Đính kèm bảng kiểm đánh giá hoạt động cải tiến chất lượng năm 2019)

Nhận xét: Năm 2019, Hoạt động cải tiến chất lượng tại đơn vị đã diễn ra theo đúng lộ trình đề ra, cụ thể đơn vị đã hoàn thành được 34/35 hoạt động cải tiến (đạt 97%). Hoạt động chưa đạt được đó là triển khai tập huấn và diễn tập quy trình “Báo động đỏ”, nguyên nhân chủ yếu do hạn chế về nguồn nhân lực và trang thiết bị. Tuy nhiên, bệnh viện đã thực hiện diễn tập phản ứng nhanh “Code Blue” thành công, tạo điều kiện cho CBYT nắm vững quy trình và phản ứng kịp thời khi có tình huống xảy ra.

II. KẾT QUẢ TỰ ĐÁNH GIÁ CLBV NĂM 2019 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: 262 (có hệ số 284).
- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 3,19. Trong đó:
 - + Mức 1: 2 tiêu chí (2.44%)
 - + Mức 2: 9 tiêu chí (10.98 %).
 - + Mức 3: 42 tiêu chí (51.22%).
 - + Mức 4: 29 tiêu chí (35.37%).
 - + Mức 5: 0 tiêu chí.
- Kết quả Sở Y tế kiểm tra năm 2018: 3,03 điểm.
- Kết quả tự kiểm tra năm 2019: 3,19 điểm.
- Lý do tăng điểm:
 - + Triển khai các hoạt động cải tiến theo đúng tiến độ kế hoạch đề ra.
 - + Số lượng tiêu chí đạt mức 2 giảm, số lượng tiêu chí đạt mức 4 tăng.

* So sánh với các năm 2016, 2017 và 2018:

Mức đạt	Năm 2016	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019
Mức 1	3	1	4	2
Mức 2	20	19	13	9
Mức 3	35	38	40	42
Mức 4	24	24	25	29
Mức 5	0	0	0	0
Tổng TC	82	82	82	82
Điểm TB	2,94	3,00	3,03	3,19

III. 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.

- Hội đồng QLCL chỉ đạo Tổ QLCL triển khai thực hiện các nội dung cải tiến chất lượng dưới sự giám sát của Hội đồng. Tổ QLCL hướng dẫn Mạng lưới

QLCL xây dựng và triển khai thực hiện cải tiến chất lượng dưới sự thông qua của các thành viên Hội đồng là các trưởng, phó các khoa/phòng. Hệ thống QLCL bệnh viện hoạt động hiệu quả và phối hợp chặt chẽ với nhau hoàn thành các mục tiêu chất lượng đã đề ra trong năm và đã phân công cán bộ chuyên trách QLCL.

- 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 cải tiến chất lượng, 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:

- Mặt bằng nhỏ hẹp, cơ sở vật chất hạn chế và tình hình nhân sự nên bệnh viện hiện tại chưa thành lập được Phòng QLCL.

- Hạn chế về nguồn lực và trang thiết bị cho nên chưa tập huấn và diễn tập được quy trình báo động đỏ.

- Kinh phí cho các hoạt động cải tiến chất lượng Bệnh viện tương đối cao trong khi nguồn thu của Bệnh viện hạn chế nên Bệnh viện gặp nhiều khó khăn khi triển khai.

IV. PHƯƠNG HƯỚNG CTCL NĂM 2019

- Xây dựng kế hoạch và tổ chức thực hiện các nội dung cải tiến chất lượng dựa trên kết quả đánh giá cải tiến chất lượng năm 2019 của Sở Y tế và tình hình thực tế tại đơn vị.

- 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.

- Tiếp tục nâng cấp hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện phục vụ công tác kết xuất, chuyển gửi dữ liệu khám, chữa bệnh BHYT.

- Triển khai và áp dụng kỹ thuật mới: Nội soi thực quản dạ dày tá tràng cấp cứu, điện mẫn châm, ngâm thuốc YHCT bộ phận, ...

- Phục hồi hoạt động hộ sinh tại khoa Sản của Bệnh viện.

Trên đây là báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng năm 2019 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.

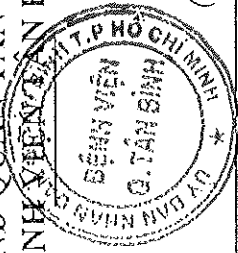
GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN



Bs. CKII. Võ Văn Hùng



UBND QUẬN TÂN BÌNH
BỆNH VIỆN TÂN BÌNH



BẢNG KIỂM

Đánh giá hoạt động cải tiến chất lượng năm 2019

(Ban hành kèm theo Kế hoạch số: 116 /KH-HĐQLCL ngày 18 tháng 02 năm 2019)

STT	Hoạt động	Phụ trách	Phối hợp	Giám sát	Chỉ tiêu đánh giá	Kết quả đạt được			Chú thích
						Đạt	Chưa đạt	Không thực hiện	
A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH									
A1. CHỈ DẪN, ĐÓN TIẾP, HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH									
1.	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	P.HCTC	Các khoa, phòng	CN.Trúc	Có đầy đủ các bảng hướng dẫn, vạch chỉ đường, sơ đồ khoa phòng	x			
2.	Rà soát, sửa chữa, bổ sung hệ thống chuông báo gọi	P.HCTC	Các khoa, phòng	Bs.Cường	Đánh giá, kiểm tra hệ thống chuông sau khi hoàn thiện	x			
3	Thường xuyên kiểm tra, theo dõi các bình Oxy tại khoa Cấp cứu	Khoa Cấp cứu		Bs.Cường	- Có sổ theo dõi nhập, xuất bình Oxy. - Kiểm tra phòng chữa bình Oxy, đầy đủ TTB đảm bảo an toàn cháy nổ.	x			Kiểm tra định kỳ 1 tháng/lần
4	Giám sát thực hiện hội chẩn người bệnh theo quy định của BV	P.KHTH	Các khoa LS, CLS	Bs.Cường	Kiểm tra định kỳ, đột xuất các khoa theo quy định của BV	x			
5	Cải thiện và tổ chức diễn tập quy trình "Báo động đỏ" nội viện, liên viện	P.KHTH	Các khoa LS	Bs.Cường	Tổ chức diễn tập thực hiện quy trình "Báo động đỏ" nội viện, liên viện.		x		Diễn tập Code Blue
A3. MÔI TRƯỜNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH									
6.	Triển khai phương pháp 5S quy mô toàn bệnh viện	QLCL	P. Điều dưỡng	Đd. Vân	Kế hoạch tập huấn của P.Đd Kế hoạch triển khai của các khoa, phòng.	x			Triển khai tại Khoa Dược

7.	Kiểm tra việc duy trì 5S tạo cực khoa đã thực hiện 5S	TỔ QLCL	TỔ QLCL	Bs.Cường, Đd Văn	BC/quý Kiểm tra định kì, đối xuất hàng tháng.	X			
A4. QUYỀN VÀ LỢI ÍCH CỦA NGƯỜI BỆNH									
8.	Trang bị 02 rèm thay đồ ở Khoa Siêu Âm, 02 rèm che ở phòng thu thuật – Khoa Ngoại	Bs.Dung	Khoa Siêu âm, Ngoại	Bs.Cường	Kiểm tra thực tế áp dụng tại khoa	X			Đã có phòng thay đồ cho BN
9.	Báo cáo đầy đủ, các trường hợp BN phân nản, thối mác hoặc khen ngợi; thống kê phân tích theo khoa, phòng, nội dung, tần số, nhân viên; báo cáo phân tích nguyên nhân gốc rễ, lỗi cá nhân, hệ thống theo logic và giải pháp	P.HCTC	P.KHTH	CN.Trúc	Có báo cáo đầy đủ của nội dung	X			
10.	Khảo sát sự hài lòng người bệnh, tiến hành các biện pháp cải tiến chất lượng dựa trên kết quả khảo sát	P.Điều dưỡng	P.Trang	Bs.Cường	Có BC/quý - Có danh sách các vấn đề ưu tiên cần giải quyết - Có kế hoạch cải tiến dựa trên những vấn đề ưu tiên.	X			
B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN									
B2. CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC									
11.	Tổ chức hội thi tay nghề cho NVYT	P.KHTH	P.Đd	Bs.Ngọc	Kế hoạch, văn bản báo cáo.	X			
12.	Hoàn thiện phần mềm quản lý ĐTLT, theo dõi ĐTLT	P.KHTH, Bs.Dung	TỔ IT	Bs.Cường	Phần mềm có chức năng lọc được số tiết theo khoa và số NVYT hoàn thành được chỉ tiêu ĐTLT, lọc theo dõi tương.	X			
13.	Hỗ trợ kinh phí tham gia các lớp đào tạo liên tục, nâng cao kỹ năng chuyên môn	P.KHTH	P.TC-KT	Bs.Ngọc	Danh sách cử đi học, phê duyệt kinh phí của Giám đốc BV.	X			
14.	Tổ chức tập huấn kỹ năng giao tiếp cho CBVC Bệnh viện	P.HCTC	Các khoa, phòng	CN.Trúc	Có kế hoạch, văn bản báo cáo, số điểm danh	X			Tổ chức 4 đợt
15.	Bố trí poster bộ quy tắc ứng xử tại các khoa, phòng trong bệnh viện, bổ sung các bảng ưu tiên tại phòng khám	P.HCTC	P.KHTH, P.Đd	CN.Trúc	Có poster được dán tại các khoa, phòng.	X			
16.	Báo cáo đánh giá thực hiện kỹ năng giao tiếp của NVYT	P.HCTC	P.KHTH,	CN.Trúc	Có văn bản đánh giá	X			

17.	Lập kế hoạch nâng cao trình độ chuyên môn (bảng cấp) cho NVYT	P.HCTC	P.KHTH	CN.Thanh	Có kế hoạch cụ thể	x			
B3. CHẾ ĐỘ ĐÀNG NGỘ VÀ ĐIỀU KIỆN MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC									
18.	Tổ chức khảo sát hải lồng nhân viên y tế, báo cáo kết quả và hướng khắc phục các vấn đề không hài lòng.	P.HCTC	Các khoa, phòng	CN.Trúc	Kế hoạch, văn bản báo cáo	x			
19.	Tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho NVYT	P.KHTH	Các khoa, phòng	CN.Trang	Kế hoạch, văn bản báo cáo	x			
20.	Hoàn thiện phần mềm quản lý khám sức khỏe CBVC	P.KHTH	CN.Vũ	CN.Trang	Nghiệm thu phần mềm	x			
C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN									
CZ. QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN									
21.	Tổ chức tập huấn ICD10 cho bác sĩ, đặc biệt là bác sĩ mới tuyển dụng	P.KHTH	Các khoa LS	Bs. Cường	Có kế hoạch tập huấn, số điểm danh, hình ảnh thực tế.	x			
22.	Triển khai phiếu khám bệnh vào viện	P.KHTH	Các khoa, phòng	Bs.Cường	Kiểm tra định kì, đột xuất HSBA các khoa lâm sàng.	x			
23.	Tăng cường công tác kiểm tra HSBA nhằm khắc phục việc thực hiện sai các quy định về HSBA	Tổ kiểm tra HSBA	Các khoa, phòng	Bs.Cường	Kiểm tra định kì, đột xuất HSBA các khoa lâm sàng.	x			
C4. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN									
24.	Xây dựng kế hoạch duy trì hệ thống xử lý rác thải, có phương án cụ thể khắc phục sự cố của hệ thống.	P.HCTC		Đ/c Trung	- Theo dõi được khối lượng nước dàu vào, đầu ra định kỳ. - Có văn bản đánh giá chỉ tiêu về môi trường nước thải BV.	x			
C5. NĂNG LỰC THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHUYÊN MÔN									
25.	Rà soát, kiểm tra việc thực hiện và bổ sung một số quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh thường quy tại bệnh viện	P.KHTH	Các khoa LS, CLS	Bs. Cường	- Có QTKT được phê duyệt. - Có danh sách QTKT được thực hiện thường quy.	x			

26.	Tập huấn Thông tư 51/2017 của Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chấn đoán và xử lý sốc phản vệ	P. KHTHH	Cấp khoa LS	Bs. Cường	Có kế hoạch thực hiện	X			
C9. QUẢN LÝ CUNG ỨNG VÀ SỬ DỤNG THUỐC									
27.	Báo đảm cơ sở vật chất khoa Dược: Thêm vách ngăn tại kho thuốc – ngân sách các thuốc đông, tây y	Khoa Dược	P.HCTC	Ds.Tuấn	Nghiệm thu công trình	X			
D HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG									
D1. THIẾT LẬP HỆ THỐNG VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG									
28.	Phân công nhân sự tổ QLCL chịu trách nhiệm chuyên trách về QLCL.	Tổ QLCL	P.HCTC	Bs.Cường	Quyết định phân công, bảng mô tả vị trí và việc làm.	X			
29.	50% khoa, phòng bệnh viện xây dựng kế hoạch, đề án QLCL	Tổ QLCL	Các khoa, phòng	Bs.Ngọc	50% khoa, phòng có xây dựng đề án, kế hoạch cải tiến chất lượng.	X			
D2. PHÒNG NGỪA CÁC SỰ CỐ KHÁC PHỤC									
30.	Thông kê, báo cáo đầy đủ sự cố y khoa theo quy định của Bệnh viện	P. KHTHH	Các khoa LS, CLS, Dược, KSKN	Bs. Cường	Có văn bản /BC Quý.	X			
31.	Điều tra, phân tích nguyên nhân gốc rễ và đề xuất giải pháp cải tiến nhằm giảm thiểu sự cố y khoa	P. KHTHH	Tổ QLCL	Bs. Cường	Có BC phân tích, văn bản khác phục.	X			
32.	Xây dựng bản kiểm định giá tuần thứ cho 5 quy trình kỹ thuật tại bệnh viện	P. KHTHH	Các khoa LS, CLS	Bs. Cường	Có bảng kiểm 5 quy trình kỹ thuật	X			
33.	Kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật	P. KHTHH	Tổ QLCL	Bs. Cường	Có biên bản kiểm tra, xử lý vi phạm	X			
34.	Thông kê, báo cáo các trường hợp thực hiện sai quy trình kỹ thuật.	P. KHTHH	Tổ QLCL	Bs. Cường	Có báo cáo thông kê	X			
D3. ĐÀNH GIÁ, ĐO LƯỜNG, HỢP TÁC VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG									
35.	Bệnh viện xây dựng ít nhất 5 chỉ số theo dõi đánh giá chất lượng chuyên môn, dịch vụ	P.KHTHH	P.Đd	Bs.Cường	Danh sách các chỉ số, quy trình thực hiện.	X			

- Tổng số: 35 hoạt động.

- Đã thực hiện: 34 hoạt động

- Chưa thực hiện: 1 hoạt động