

BÁO CÁO

Hoạt động cải tiến chất lượng năm 2018

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 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.

- Tăng cường 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 và xây dựng kế hoạch cải tiến các vấn đề ưu tiên trong quý.

- Thực hiện xây dựng và theo dõi một số chỉ số chất lượng trong đó có 05 chỉ số chất lượng chung của bệnh viện và 10 chỉ số chất lượng về hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh dựa trên hướng dẫn hướng dẫn của Bộ Y tế nhằm tạo cơ sở đo lường, đánh giá chất lượng bệnh viện, ngày một nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tại đơn vị.

- Xây dựng 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.

- Kết quả kiểm tra đánh giá cải tiến chất lượng 6 tháng đầu năm 2018 đạt 37% kế hoạch đề ra, qua đó công tác cải tiến chất lượng được Hội đồng ưu tiên đẩy mạnh thực hiện trong quý III, IV của năm.

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

1. Đánh giá theo bảng kiểm:

Bảng kiểm gồm 27 hoạt động chính cần cải tiến trong năm 2018 với 5 nhóm hoạt động, Bệnh viện đã thực hiện được 26 hoạt động (khoảng 96%) cụ thể như sau:

- **Phần A.** Hướng tới người bệnh: có 07 hoạt động, đã thực hiện 07 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 08 hoạt động, đã thực hiện 07 hoạt động, còn 01 hoạt động chưa thực hiện (tiêu chí C3.1.15 về xây dựng phần mềm quản lý chỉ số chất lượng bệnh viện do kinh phí cao nên không thực hiện, Hội đồng QLCL ưu tiên thực hiện các hoạt động cần thiết khác).

- **Phần D.** Hoạt động cải tiến chất lượng BV: có 05 hoạt động, đã thực hiện 05 hoạt động.

(Đính kèm bảng kiểm đánh giá hoạt động cải tiến chất lượng năm 2018)

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

1. Người bệnh được trang bị quần áo phù hợp với tính chất bệnh tật: quần áo cho người nội soi đại tràng, váy cho bệnh nhân siêu âm sản phụ khoa (Tiêu chí A2.3.15).

2. Tập huấn phương pháp 5S quy mô toàn bệnh viện và triển khai 5S tại 03 khoa lâm sàng, 01 khoa cận lâm sàng (Tiêu chí A3.2.12).

3. Trang bị rèm, vách ngăn cách khu vực chờ và khu vực siêu âm, thực hiện thủ thuật tại các khoa (Tiêu chí A4.2.10).

4. Xây dựng và thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên danh sách các vấn đề ưu tiên cần giải quyết qua khảo sát hài lòng và không hài lòng người bệnh qua ki-ốt theo từng quý (Tiêu chí A4.6.12).

5. Thực hiện đề án mã vạch, cấp mỗi bệnh nhân đến khám bệnh 01 mã vạch nhằm xác định đúng người bệnh, quản lý và theo dõi quá trình điều trị của bệnh nhân (Tiêu chí C2.2.10).

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

7. Thống kê và bổ sung đầy đủ số lượng thùng rác, đảm bảo các quy định về màu sắc, dán nhãn, biểu tượng (Tiêu chí C4.5.19).

8. Tiến hành xây dựng chỉ số chất lượng nhằm tạo cơ sở đánh giá, đo lường chất lượng bệnh viện (Tiêu chí D3.2.4).

III. KẾT QUẢ TỰ ĐÁNH GIÁ CLBV NĂM 2018 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 283).

- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: **3,18**. Trong đó:

+ Mức 1: 1 tiêu chí (1,22%)

+ Mức 2: 13 tiêu chí (15,85 %).

+ Mức 3: 37 tiêu chí (45,12%).

- + Mức 4: 31 tiêu chí (37,8%).
- + Mức 5: 0 tiêu chí.
- Kết quả Sở Y tế kiểm tra năm 2017: **3,00** điểm.
- Kết quả tự kiểm tra năm 2018: **3,18** 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 2015, 2016 và 2017:

Mức đạt	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	Năm 2018
Mức 1	1	3	1	1
Mức 2	19	20	19	13
Mức 3	31	35	38	37
Mức 4	26	24	24	31
Mức 5	6	0	0	0
Tổng TC	83	82	82	82
Điểm TB	3,2	2,94	3,00	3,18

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.

- 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.

- 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:

- Một số hoạt động chưa thực hiện được do mặt bằng nhỏ hẹp, cơ sở vật chất hạn chế.
- Do tình hình nhân sự nên bệnh viện hiện tại chưa thành lập được Phòng QLCL, chưa có nhân viên chuyên trách về QLCL.
- 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.

V. 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 2018 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 và hoàn thiện kết nối dữ liệu cận lâm sàng trong khám và điều trị.
- Triển khai và áp dụng kỹ thuật mới: Nội soi đại tràng toàn bộ có sinh thiết, nội soi đại trực tràng gây mê, nội soi thực quản dạ dày tá tràng có sinh thiết, nội soi thực quản dạ dày tá tràng cấp cứu, điện mẫn châm, ngâm thuốc YHCT bộ phận, phẫu thuật rò nang ống rốn tràng, niệu rốn...
- Phục hồi hoạt động hộ sinh tại khoa Sản của Bệnh viện.

Trên đây là báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng năm 2018 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. *tt*

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 2018

(Đính kèm báo cáo số 1066/BC-BVTB ngày 20/11/2018)

STT	Hoạt động	Phụ trách	Phối hợp	Giám sát	Chỉ tiêu đánh giá	Kết quả đạt được		Chú thích
						Đạt	Chưa đạt	
A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH								
A2. ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT PHỤC VỤ NGƯỜI BỆNH								
1.	Bổ sung đầy đủ màn che ngăn cách khu vực nam, nữ các khoa nội trú	P. Điều dưỡng	Các khoa điều trị nội trú	Bs. Ngọc	Có đầy đủ màn che ngăn cách khu vực, buồng bệnh nam, nữ.	X		
2.	Trang bị thêm quần áo cho bệnh nhân thực hiện các thủ thuật đặc biệt như: nội soi đại tràng, siêu âm sản khoa.	K. KSNK	Khoa Điều trị Nội, Khoa Sản	Đd. Vân	- Có văn bản - Thực tế áp dụng tại khoa.	X		
A3. MÔI TRƯỜNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH								
3.	Trang bị 03 tủ giữ đồ tại 03 khoa lâm sàng: Nội, Ngoại, YHCT	P. Điều dưỡng	P.HCTC, P.TCKT	Đd. Vân	- BC/quý - Thực tế áp dụng tại khoa	X		
4.	Triển khai phương pháp 5S quy mô toàn bệnh viện	P. Điều dưỡng	QLCL	Đd. Vân	Kế hoạch tập huấn của P.Đd Kế hoạch triển khai của các khoa, phòng. BC/quý	X		
A4. QUYỀN VÀ LỢI ÍCH CỦA NGƯỜI BỆNH								
5.	Xây dựng lại phiếu tóm tắt thông tin điều trị cho 07 bệnh thường gặp	P. KHTH	Các khoa lâm sàng	Bs. Cường	- Có quy trình được phê duyệt - Thực tế tại các khoa	X		
6.	Trang bị rèm ngăn cách khu vực chờ và khu vực thực hiện siêu âm và buồng làm thủ thuật tại các khoa cấp cứu, ngoại.	P. HCTC	Khoa siêu âm, cấp cứu, ngoại	Đd. Vân	- Có văn bản - Quan sát thực tế tại khoa	X		
7.	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	Các khoa, phòng	Bs. Ngọc	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								
B1. SỐ LƯỢNG VÀ CƠ CẤU NHÂN LỰC								
8.	Báo cáo đánh giá kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	P. HCTC	P. KHTH	CN. Thanh	- Có báo cáo đánh giá: tỉ lệ thực hiện, chỉ số đánh giá, hướng khác phục...	X		

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

9.	Bảo đảm cơ cấu, chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	P. HCTC	P. KHTH	CN. Thanh	- Bảng mô tả chức danh nghề nghiệp được cập nhật, điều chỉnh, bổ sung hàng năm. - Có báo cáo đánh giá tình hình, phù hợp của các chức danh nghề nghiệp nhân lực bệnh viện	X			
10.	B2. CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC Tổ chức hội thi tay nghề cho NVYT	P. KHTH	P. Đd	Bs. Cường	Kế hoạch, văn bản báo cáo.	X			
11.	Hoàn thiện phần mềm quản lý ĐTLT	P. KHTH	Tổ IT, P. Đd	Đd. Văn	Phần mềm có chức năng lọc được số tiết theo khoa và số NVYT hoàn thành được chỉ tiêu ĐTLT.	X			
12.	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			
13.	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			
14.	Báo cáo đánh giá thực hiện kỹ năng giao tiếp của NVYT	P. HCTC	P. KHTH, P. Đd	CN. Trúc	Có văn bản đánh giá	X			
C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN									
C2. QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN									
15.	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			
16.	Cung cấp mã vạch cho mỗi một bệnh nhân đến khám, điều trị tại bệnh viện	P. KHTH	Tổ IT	Bs. Ngọc	- Có đề án thực hiện - Phần mềm cấp được mỗi BN một mã vạch	X			
C3. ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN									
17.	Xây dựng phần mềm quản lý chỉ số chất lượng BV, trong đó có mục cảnh báo chỉ số không đạt	Tổ QLCL	Tổ IT	Đd. Văn	- Có kế hoạch giám sát, theo dõi chỉ số chất lượng. - Có BC Quý.		X	(Kính phí cao)	
C4. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN									
18.	Bổ sung đầy đủ số lượng thùng rác, màu sắc cho từng loại chất thải	KSNK	Các khoa, phòng	Bs. Cường	Đảm bảo đủ số lượng thùng rác theo quy định	X			
19.	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn theo quy định	P. HCTC		Đ/c Trung	- Theo dõi được khối lượng nước đầu 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										
20.	Bổ sung quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh thường quy	P. KHHTH	Các khoa LS, CLS	Bs. Cường	- Có QTKT được phê duyệt. - Có danh sách QTKT được thực hiện thường quy	X				
21.	Xây dựng lại các "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị"	P. KHHTH	Các khoa LS	Bs. Cường	- Có 7 khoa lâm sàng xây dựng được ít nhất 10 bệnh thường gặp tại khoa. - Kiểm tra thực tế.	X				
	C8. ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM									
22.	Đảm bảo chất lượng xét nghiệm	Khoa XN	P. KHHTH, Tổ IT	Bs. Ngọc	Có biên bản kiểm tra hiệu chuẩn các thiết bị xét nghiệm mình đã khác phục các sự cố sai lệch.	X				
D	HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG									
	D2. PHÒNG NGỪA CÁC SỰ CỐ KHÁC PHỤC									
23.	Thông kê, báo cáo đầy đủ sự cố y khoa theo quy định của Bệnh viện	P. KHHTH	Các khoa LS, CLS, Dược, KSKN	Bs. Cường	Có văn bản /BC Quý.	X				
24.	Điều tra, phân tích nguyên nhân gốc rễ và đề xuất giải pháp cải tiến nhằm giảm thiểu sự cố y khoa	P. KHHTH	Tổ QLCL	Bs. Cường	Có BC phân tích, văn bản khác phục.	X				
25.	Xây dựng bản kiểm đánh giá tuân thủ cho 5 quy trình kỹ thuật tại bệnh viện	P. KHHTH	Các khoa LS, CLS	Bs. Cường	Có bảng kiểm 5 quy trình kỹ thuật	X				
26.	Kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật	P. KHHTH	Tổ QLCL	Bs. Cường	Có biên bản kiểm tra, xử lý vi phạm	X				
27.	Thông kê, báo cáo các trường hợp thực hiện sai quy trình kỹ thuật.	P. KHHTH	Tổ QLCL	Bs. Cường	Có BC thống kê	X				

- Tổng số: 27 hoạt động.

- Đã thực hiện: 26 hoạt động.

- Chưa thực hiện: 01 hoạt động.

