

Số: 445/BC-CLBV

Châu Thành, ngày 28 tháng 11 năm 2019

BÁO CÁO

Hoạt động cải tiến chất lượng 6 tháng năm 2019

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 hàng năm phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

- Cùng cố lại quyết định Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện gồm 14 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.

- Thực hiện xây dựng và theo dõi một số chỉ số chất lượng trong đó có 08 chỉ số chất lượng chung của bệnh viện và 16 tiêu chí chất lượng về hoạt động bệnh viện qua góp ý của đoàn kiểm tra đánh giá Sở Y tế năm 2018 còn tồn tại yếu kém, nhằm tạo cơ sở đo lường, đánh giá chất lượng bệnh viện cần được cải thiện, ngày một nâng cao chất lượng hoạt động của đơn vị.

- 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.

- Kết quả kiểm tra đánh giá cải tiến chất lượng 6 tháng đầu năm 2019 khắc phục những tồn tại năm 2018 **đạt 64,70% kế hoạch đề ra**, qua đó công tác cải tiến chất lượng được HĐQTCLBV xác định những vấn đề cần ưu tiên khắc phục cải tiến trong quý III, IV của năm.

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

1. Đánh giá theo Bộ tiêu chí: Gồm 4 nhóm hoạt động chính

Phần A. Hướng tới người bệnh: có 19 (tiêu chí) hoạt động, đã thực hiện duy trì đều đạt từ mức 3 và mức 4 hoạt động.

2. Đánh giá theo bảng kiểm: Gồm 3 nhóm hoạt động chính, Bảng kiểm gồm 20 hoạt động chính cần cải tiến trong năm 2019 với 4 nhóm hoạt động, Bệnh viện đã thực hiện được 16 hoạt động (80%) cụ thể như sau:

Phần B. Phát triển nguồn nhân lực: có 04 hoạt động, đã thực hiện 04 hoạt động.

Phần C: Hoạt động chuyên môn: có 11 hoạt động, đã thực hiện 10 hoạt động đạt, còn 01 hoạt động chưa đạt (tiêu chí C10.2): Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh.

- **Phần D.** Hoạt động cải tiến chất lượng BV: có 05 hoạt động, đã thực hiện 02 hoạt động đạt, còn 03 hoạt động chưa đạt (D1.2): Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện; (D1.3): Xây dựng văn hóa chất lượng; (D2.1) Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh.

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

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

2.3. Xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng

Bệnh viện xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu chất lượng để nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng được biết.

Bệnh viện xây dựng kế hoạch và chương trình bảo đảm, cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên. Nội dung của kế hoạch chất lượng được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm.

2.4. Xây dựng chỉ số chất lượng, giám sát và đo lường chất lượng bệnh viện

Bệnh viện xây dựng bộ chỉ số chất lượng cụ thể dựa trên các hoạt động thực tế của bệnh viện.

Mỗi khoa/phòng xây dựng ít nhất một chỉ số chất lượng cụ thể, nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của từng khoa/phòng (**Phụ lục 1**).

Lồng ghép báo cáo chất lượng vào báo cáo hoạt động chung của bệnh viện. Ứng dụng công nghệ thông tin để xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện.

2.5. Tổ chức triển khai các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh

Bệnh viện, các phòng chức năng, khoa LS – CLS tổ chức triển khai thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn do Bộ Y tế và bệnh viện ban hành (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc và các văn bản hướng dẫn chuyên môn khác).

Định kỳ/tháng, 06 tháng, năm tổ chức triển khai kiểm định chất lượng để đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện; tiến hành phân tích có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh (Các quy trình kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh).

2.6. Nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh

Hết lòng phục vụ người bệnh, xem người bệnh như người thân của mình, tỷ lệ hài lòng với các dịch vụ y tế đạt >95%

Bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh thường xuyên 03 tháng/ lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh.

2.7. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và NVYT

Xây dựng các quy trình cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế với các nội dung chủ yếu sau:

- a) Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ;
- b) An toàn phẫu thuật, thủ thuật;
- c) An toàn trong sử dụng thuốc;
- d) Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện
- đ) Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế;
- e) Phòng ngừa người bệnh bị ngã;
- g) An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sự cố tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

2.8. Thực hiện, duy trì và cải tiến liên tục chất lượng bệnh viện

Xây dựng KH cải tiến chất lượng tại 100% các khoa/phòng

Các Khoa/phòng xây dựng kế hoạch (*theo qui trình xây dựng kế hoạch*) cải tiến chất lượng. Tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng cải thiện so với năm 2018 (**Phụ lục 1**)

2.9. Khắc phục tồn tại theo đánh giá, kết luận của đoàn phúc tra Sở Y tế kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2018: đạt 11/17 nội dung (64,70%)

1)- Thực hiện giám sát khoa, nhóm bệnh trọng điểm có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

2)- Lập danh sách LASSA bằng hình ảnh.

3)- Củng cố mạng lưới dinh dưỡng. Cải thiện hệ thống cấp, thoát nước hoạt động đầy đủ tại nơi chế biến thức ăn; thức ăn được lưu mẫu theo đúng quy định.

4)- Chưa thực hiện được phiếu đánh giá dinh dưỡng người bệnh, chưa cung cấp suất ăn bệnh lý cho người bệnh.

5)- Hệ thống điều dưỡng trưởng chưa được thiết lập đầy đủ và hoạt động hiệu quả. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học vẫn còn dưới 30 phần trăm.

6) - Hồ sơ bệnh án được lập chưa đầy đủ và chính xác.

7)- Đã đưa vào ứng dụng cụ thể một số đề tài, sáng kiến (nhưng còn quá ít) . Định kỳ có tổ chức sinh hoạt chuyên đề theo quy định.

8)- Giường chuyên dùng cho cấp cứu đã được trang bị, có trang bị hệ thống báo gọi nhưng chưa đạt yêu cầu.

9)- Chưa đảm bảo được phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã.

10)- Khoa /phòng đã xây dựng chỉ số chất lượng theo quy định (**chưa đạt**).

11)- Hội đồng đã xây dựng bảng kiểm năm 2018, các khoa phòng có xây dựng đề án quản lý chất lượng.

12)- Chưa có logo chính thức, mang ý nghĩa và đặt trung của bệnh viện.

13)- Đã xây dựng kế hoạch dài hạn được phê duyệt của Sở Y tế.

14)- Chưa thực hiện được văn bản quy định các chỉ số nhân lực theo từng năm, thu hút, tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực y tế.

15)- Đã củng cố danh mục kỹ thuật chia theo các nhóm, có bản tổng hợp tính tỷ lệ các nhóm, có văn bản công khai DMKT.

16)- Đã cử nhân viên đi đào tạo kỹ thuật mới, phương pháp mới.

17)- Đã có ban hành quy định bình bệnh án, bình đơn thuốc tối thiểu 1 lần/tháng; và tiến hành giám sát việc tuân thủ điều trị.

III. TÓM TẮT KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN 6 THÁNG NĂM 2019

1. TỔNG SỐ CÁC TIÊU CHÍ ĐƯỢC ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ: 78/83 TIÊU CHÍ
2. TỶ LỆ TIÊU CHÍ ÁP DỤNG SÓ VỚI 83 TIÊU CHÍ: 94%
3. TỔNG SỐ ĐIỂM CỦA CÁC TIÊU CHÍ ÁP DỤNG: 248 (Có hệ số: 266)
4. ĐIỂM TRUNG BÌNH CHUNG CỦA CÁC TIÊU CHÍ: 3.13

(Tiêu chí C3 và C5 có hệ số 2)

KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí
5. SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ ĐẠT:	1	12	39	24	2	78
6. % TIÊU CHÍ ĐẠT:	1.28	15.38	50.00	30.77	2.56	78

SO SÁNH VỚI KẾT QUẢ KIỂM TRA ĐÁNH GIÁ NĂM 2018

Mức đạt	Năm 2018	6 THÁNG Năm 2019
Mức 1	7	1
Mức 2	18	12
Mức 3	28	39
Mức 4	23	24
Mức 5	2	2
Tổng TC	78	82
Điểm TB	2,87	3,13

IV. NHẬN XÉT - ĐÁNH GIÁ

1. Thuận lợi:

- Công tác cải tiến chất lượng được Chi ủy, Ban Giám đốc quan tâm sâu sát và chỉ đạo kịp thời. Kế hoạch cải tiến chất lượng được xây dựng 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.

- Các phòng 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:

Xây dựng KH cải tiến chất lượng tại các khoa/phòng chưa đầy đủ, và chưa đưa ra chỉ số chất lượng cụ thể, nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của từng khoa/phòng.

Thu thập, báo cáo sự cố tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện chưa được chú trọng.

Chưa xây dựng quy trình quản lý sự cố để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra.

Chưa đẩy mạnh việc tổ chức triển khai kiểm định chất lượng để đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện; tiến hành phân tích có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh (Các quy trình kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh).

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 6 THÁNG CUỐI 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 6 tháng năm 2019, kế hoạch chung toàn bệnh viện năm 2019 và tình hình thực tế tại đơn vị. trập trung những nội dung chủ yếu sau:

5.1). Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp hướng dẫn cụ thể; điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh ngày càng tốt hơn; người bệnh được hưởng nhiều quyền lợi và lợi ích trong quá trình điều trị tại bệnh viện.

5.2). Xây dựng bệnh viện phát triển toàn diện về số lượng và cơ cấu nguồn nhân lực; chất lượng nguồn nhân lực ngày càng được nâng cao; đời sống vật chất và tinh thần của cán bộ viên chức bệnh viện được cải thiện.

5.3). Cải thiện các mặt hoạt động chuyên môn của bệnh viện gồm an ninh trật tự và an toàn cháy nổ; quản lý hồ sơ bệnh án; ứng dụng công nghệ thông tin; phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn; năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn; hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh; dinh dưỡng và tiết chế; chất lượng bệnh viện; quản lý và cung ứng thuốc.

5.4). Hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện được duy trì và triển khai hoạt động ngày càng hiệu quả; cải thiện dần chất lượng từ mức yếu lên mức trung bình mức khá.

Trên là báo cáo kết quả kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2019 của bệnh viện lao và bệnh phổi./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Thành viên HĐQT CLB, V,
- Các khoa, phòng BV;
- Lưu: Tổ QLCL.

DUYỆT GIÁM ĐỐC



TM. TỔ QLCL

Tổ trưởng

BS. Đoàn Văn Hiến

