

Yên Bái, ngày 4 tháng 11 năm 2019

**BÁO CÁO TÓM TẮT KẾT QUẢ
CÔNG TÁC CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
NĂM 2019**

Thực hiện kế hoạch số 67 /KH – TTYT, ngày 24 tháng 01 năm 2019, kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2019 tại Trung tâm y tế thành phố Yên Bái.

Căn cứ kết quả rà soát hoạt động quản lý chất lượng theo Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện phiên bản 2.0 do Bộ y tế ban hành. TTYT thành phố Yên Bái báo cáo kết quả hoạt động như sau:

I.Công tác tổ chức thực hiện

Trung tâm đã kiện toàn hệ thống tổ chức quản lý chất lượng theo hướng dẫn tại Thông tư 19/2013/TT-BYT: Thành lập và kiện toàn Hội đồng quản lý chất lượng; Tổ quản lý chất lượng; Mạng lưới quản lý chất lượng tại Quyết định số 122, 123, 124/QĐ-TTYT của Giám đốc Trung tâm Y tế thành phố Yên Bái. Trong đó đồng chí Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn là Chủ tịch Hội đồng; các Trưởng khoa phòng là thành viên Hội đồng, các Điều dưỡng trưởng là thành viên mạng lưới, bố trí cán bộ có uy tín và kinh nghiệm quản lý tham gia tổ QLCL.

Hội đồng quản lý chất lượng tổ chức họp định kỳ 1 tháng/lần. Lập kế hoạch cải tiến chất lượng chi tiết có phân công nhiệm vụ cho các thành viên tổ QLCL, mạng lưới QLCL và trách nhiệm thực hiện của các khoa. Hướng dẫn các khoa, phòng xây dựng đề án CTCL của khoa, phòng căn cứ vào mục tiêu và kế hoạch CTCL của TTYT năm 2019.

Hội đồng quản lý chất lượng và các các khoa, phòng đã thực hiện đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch 3,6,9 tháng, năm 2019.

II.Kết quả thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện

Phần A, hướng tới người bệnh điểm trung bình đạt: 3,78

Phần B, phát triển nguồn nhân lực bệnh viện đạt : 3,29

Phần C, hoạt động chuyên môn đạt : 3,11

Phần D, hoạt động cải tiến chất lượng đạt : 3,00

Phần E, tiêu chí đặc thù chuyên khoa đạt : 2,75

***Phần A:**

- Tiêu chí A 2.5 chưa đạt mức 3 vì Trung tâm đang trong giai đoạn xây dựng, sửa chữa nên chưa thiết kế hoàn thiện các vỉa hè, lối đi trong khuôn viên bệnh viện

đảm bảo cho người khuyết tật có thể tiếp cận với quầy đăng ký khám, phòng khám, phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phục hồi chức năng và nộp viện phí.

***Phần B:**

-Tiêu chí B1.1 chưa đạt mức 4 vì chưa tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm và đề ra các giải pháp để khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành

-Tiêu chí B 2.3 chưa đạt mức 4 vì trong năm chưa tuyển dụng mới bác sỹ được đào tạo chính quy vào làm việc.

***Phần C:**

-Tiêu chí C2.1 chưa đạt mức 4 vì Đã tiến hành đánh giá về chất lượng hồ sơ bệnh án vì đề tài nghiên cứu khoa học chưa được nghiệm thu

-Tiêu chí C3.1. Chưa đạt mức 4 vì chưa Xây dựng được bảng kiểm, phương pháp để tiến hành giám sát số liệu định kỳ.

- Tiêu chí C3.2: Chưa đạt mức 4 vì chưa có phần mềm quản lý đào tạo, Chỉ đạo tuyển, Nghiên cứu khoa học.

-Tiêu chí C 5.5: Chưa đạt mức 3 vì chưa tiến hành kiểm tra việc tuân thủ hướng dẫn điều trị.

- Tiêu chí C7.1: Chưa đạt mức 2 vì chưa có đề án vị trí việc làm và xác định được số lượng nhân lực của tổ dinh dưỡng theo lộ trình thời gian.

-Tiêu chí C7.2: Chưa đạt mức 2 vì chưa có tủ riêng biệt dùng để lưu mẫu thức ăn theo quy định.

- Tiêu chí C7.3: Chưa đạt mức 3 vì chưa xây dựng mẫu phiếu đánh giá, sàng lọc tình trạng dinh dưỡng người bệnh.

- Tiêu chí C 7. 5: Chưa đạt mức 3 vì tổ dinh dưỡng chưa tổ chức cung cấp suất ăn bệnh lý cho từng đối tượng người bệnh được bác sỹ chỉ định điều trị khẩu phần ăn bệnh lý.

- Tiêu chí C8.2. Chưa đạt mức 3 vì chưa Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm.

***Phần D:**

-Tiêu chí D1.1: Chưa đạt mức 2 vì tổ QLCL chưa có cán bộ chuyên trách làm 100% thời gian không kiêm nhiệm.

- Tiêu chí D1.3: Từ 3 điểm xuống 1 điểm vì TT có sự cố y khoa nghiêm trọng xảy ra.

- Tiêu chí D2.5: Chưa đạt mức 3 vì chiều cao của lan can chưa đảm bảo 1m40 trở lên.

***Phần E:**

-Tiêu chí E2.1: Chưa đạt mức 3 vì không có đơn nguyên sơ sinh tại khoa.

III. Kết quả thực hiện Đề án cải tiến chất lượng bệnh viện

1. Thực hành tốt 5S:

- Số khoa/phòng thực hiện: 17/17 khoa phòng

- Kết quả giám sát, kiểm tra so sánh giữa các lần giám sát : Điểm đạt từ 4,4 đến 4,52 điểm.

- Tỷ lệ hài lòng, ý kiến của CBNV về sạch sẽ ngăn nắp là : 97 %
- Tỷ lệ hài lòng, ý kiến của Người bệnh nội trú về sạch sẽ ngăn nắp là: 97 %
- Tỷ lệ hài lòng, ý kiến của Người bệnh ngoại trú về sạch sẽ ngăn nắp là: 100 %

2. Quy định, quy trình báo cáo sự cố y khoa:

- Trung tâm đã tổ chức 02 lớp Tập huấn về Thông tư 43/2018/ TT-BYT, ngày 26/12/2018; Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám chữa bệnh cho 140 cán bộ.

- Đã xây dựng quy trình báo cáo sự cố y khoa và triển khai tới từng khoa, phòng trong Trung tâm.

- Tổng số khoa có báo cáo sự cố y khoa là: 05 khoa

- Tổng số sự cố được báo cáo tính đến tháng 11/2019 là: 15 trường hợp. Trong đó có 05 trường hợp thuộc báo cáo bắt buộc, 10 trường hợp thuộc báo cáo tự nguyện.

- Qua phân tích cho thấy: Trong 15 sự cố xảy ra thì có 02 trường hợp suýt xảy ra được báo cáo, chiếm 13,3 %. Sự cố đã xảy ra chiếm 86,6 %.

*Kết quả này cho thấy, cần nâng cao ý thức phát hiện, phòng ngừa sự cố tại các khoa/phòng tại Trung tâm. Các khoa/phòng cần chủ động trong việc phát hiện và tự giác báo cáo các sự cố y khoa đã xảy ra và suýt xảy ra tại khoa/phòng mình.

* Đã mua bổ sung phương tiện công cụ phục vụ phòng chống sự cố y khoa: Bổ sung các biển chỉ dẫn chuông báo gọi cấp cứu, phòng tránh trơn trượt....

3. Xây dựng và ban hành các quy trình, quy định, phác đồ điều trị:

- Tổ chức các lớp tập huấn xây dựng quy trình, phác đồ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ chủ chốt.

- Ban hành quy trình báo cáo sự cố y khoa theo thông tư 43/2018/TT-BYT. Quy trình sàng lọc cách ly người bệnh truyền nhiễm.

- Việc thực hiện triển khai các quy trình, quy định chuyên môn trong đơn vị luôn được chú trọng.

*** Kết quả:**

- Số quy trình được ban hành năm 2019: 101

- Số phác đồ được ban hành năm 2019: 08

(Cụ thể phụ lục 1 đính kèm)

- Kết quả giám sát sự tuân thủ quy trình: Còn một số ít nhân viên y tế chưa thực hiện đầy đủ theo các bước của quy trình đã xây dựng. Tỷ lệ tuân thủ quy trình, phác đồ: Trước khi thực hiện: 50; Sau can thiệp: 85 %.

- Quá trình giám sát quy trình tại các khoa phòng cho thấy các khoa lâm sàng, cận lâm sàng chú trọng chủ yếu là quy trình chuyên môn, tuy nhiên sự tuân thủ của nhân viên y tế chưa được chặt chẽ.

- Sau khi quy trình được phê duyệt và ban hành, các khoa phòng đã triển khai thực hiện, quy trình sẽ được cập nhật thường xuyên để điều chỉnh cho phù hợp theo các hướng dẫn mới (nếu có).

4. Tuân thủ vệ sinh tay nhân viên y tế:

-Trung tâm đã Kiện toàn hội đồng KSNK, mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn theo thông tư 16/2018/TT-BYT, ngày 20/07/2018. Thông tư Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh.

- Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn xây dựng quy định, quy trình, kế hoạch phát động chương trình về sinh tay trong toàn thể CBVC-NLĐ trình giám đốc phê duyệt

- Lãnh đạo khoa, điều dưỡng trưởng tăng cường giám sát nhắc nhở trong giao ban 1 lần/tuần.

-Trang bị dung dịch rửa tay nhanh, xà phòng khử khuẩn, Poster hướng dẫn các thời điểm rửa tay và kỹ thuật vệ sinh tay theo các bước quy định.

- Định kỳ 3 tháng 1 lần tổ chức nuôi cấy vi sinh cho bàn tay nhân viên y tế tại các khoa phòng đặc biệt là khoa CSSKSS và khoa Ngoại.

-Tiến hành kiểm tra, đánh giá, báo cáo việc tuân thủ vệ sinh tay của NVYT định kỳ 1 quý/1 lần .

- Công cụ đánh giá là bảng kiểm đã được hội đồng KHCN phê duyệt.

*** Kết quả thực hiện:**

a. Các thời điểm đã thực hiện đủ:

- + Thực hiện vệ sinh tay trước khi làm thủ tục vô trùng 97,1%
- + Sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể đạt 100%
- + Thực hiện vệ sinh tay sau khi chăm sóc người bệnh đạt 77.1%
- + Thực hiện vệ sinh tay sau khi đụng chạm vào những vùng xung quanh người bệnh đạt 77.1%

+ Thực hiện vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với người bệnh đạt 77.1%

- **Tồn tại:** Qua kiểm tra các khoa còn tồn tại một số vấn đề sau:

Số nhân viên chưa tuân thủ đủ 5 thời điểm vệ sinh tay là 25.7%

b. Các thời điểm không thực hiện:

- + Thực hiện vệ sinh tay sau khi chăm sóc người bệnh đạt 22,9%
- + Thực hiện vệ sinh tay sau khi đụng chạm vào những vùng xung quanh người bệnh đạt 22.9%

+ Thực hiện vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với người bệnh đạt 22.9%

Nguyên nhân:

- Do thói quen cá nhân
- Do nhận thức về công tác vệ sinh tay
- Do quá tải người bệnh

***Giải pháp**

- Tiếp tục triển khai và duy trì công tác kiểm tra, giám sát công tác vệ sinh tay tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng. Hướng tới một bệnh viện chất lượng với môi trường làm việc thân thiện, thỏa mãn nhu cầu người bệnh và cán bộ nhân viên.

- Phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng các khoa tăng cường kiểm tra giám sát về việc tuân thủ vệ sinh tay của cán bộ, viên chức trong đơn vị;

- Phân công người chịu trách nhiệm kiểm tra, giám sát việc thực hiện các nội dung tiêu chí

- Tiếp tục tổ chức giám sát, kiểm tra:
- + Tại khoa, phòng: giám sát, kiểm tra về các quy trình đối với CBNV trong quá trình tiếp xúc người bệnh, môi trường xung quanh người bệnh, thực hiện các quy trình kỹ thuật.

5. Quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn chất thải nguy hại theo đúng quy định.

- Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn chỉ đạo các khoa, phòng thực hiện tốt công tác quản lý, xử lý an toàn chất thải nguy hại theo đúng quy định. Công tác quản lý chất thải y tế thực hiện theo đúng hướng dẫn TT58/2015. Chất thải được phân loại tại nguồn phát sinh, được thu gom vào các thùng đựng rác theo từng chủng loại quy định. Rác thải được xử lý chất thải theo đúng quy định

- Trong năm đã cử 2 cán bộ theo học lớp KSNK tại bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái.

- Đã mua bổ xung phương tiện công cụ phục vụ cải tiến chất lượng: 02 xe đẩy đồ vải, 04 xe đẩy thùng rác, 13 xô vàng có nắp chứa vật sắc nhọn. Trang bị các thùng chứa rác thải đúng màu sắc, chủng loại theo quy định.

- Đã kiểm tra, đánh giá một số quy trình kỹ thuật, chăm sóc người bệnh, thu gom, xử lý đồ vải, xử lý dụng cụ, phân loại rác thải. Công cụ kiểm tra là các bảng kiểm các quy trình KSNK tại các khoa phòng.

*** Kết quả đánh giá: (Phụ lục 2,3)**

*** Qua đánh giá cho thấy còn tồn tại 1 số vấn đề sau:**

+Tỉ lệ tuân thủ 5 thời điểm vệ sinh tay còn chưa cao.

+Quy trình tiêm tĩnh mạch còn bỏ qua bước.

6. Cải tiến quy trình khám bệnh tại khoa Khám bệnh:

- Khoa khám bệnh đã công khai cam kết về thời gian chờ đợi theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: Thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và chờ lấy thuốc và các thời gian chờ khác.

7. Về đào tạo chuyển giao kỹ thuật

- Số cán bộ được đào tạo chuyển giao kỹ thuật trong năm 2019: 03 cán bộ

- Kết quả đến thời điểm hiện tại: Đã đào tạo chuyển giao xong pha III về kỹ thuật nội soi đại tràng và đã triển khai tại Trung tâm.

9. Các hoạt động truyền thông về BHYT:

- Thông qua các hoạt động như hái hoa dân chủ và truyền thông lồng ghép

+ Hái hoa dân chủ: 8 buổi, có 240 người tham dự

+ Truyền thông lồng ghép tại các cuộc họp: 11 buổi, có 220 người tham dự

- Hội đồng người bệnh cấp Bệnh viện 10 buổi, số người tham dự là 110 người.

10. Báo cáo kết quả triển khai 9 tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc:

Tiêu chuẩn 1: Đạt mức 3(Chưa thực hiện đo lường, theo dõi đánh giá kết quả thực hiện các chỉ số CSNB hàng năm)

Tiêu chuẩn 2 :Mức 5

Tiêu chuẩn 3: Mức 3 (Hộ lý hoặc nhân viên trợ giúp chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh chưa được đào tạo)

Tiêu chuẩn 4: Mức 2 (Các quy trình kỹ thuật ĐD, HS, KTV chưa được đăng tải trên website Trung tâm)

Tiêu chuẩn 5: Mức 3 (Chưa thực hiện báo cáo đánh giá tuân thủ các quy định về đánh giá ban đầu, đánh giá đau, theo dõi và ghi hồ sơ bệnh án)

Tiêu chuẩn 6: Mức 3 (Chưa thực hiện báo cáo giám sát ĐD, HS tuân thủ các quy định về đảm bảo 5 đúng trong dùng thuốc cho NB và quy định về chỉ định và thực hiện y lệnh miệng)

Tiêu chuẩn 7: Mức 3 (Chưa thực hiện đánh giá việc tuân thủ thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật)

Tiêu chuẩn 8: Mức 4 (Chưa đạt được 45% ĐD, HS, KTV các khoa có trình độ cao đẳng, đại học trở lên)

Tiêu chuẩn 9: Mức 4 (Chưa thực hiện các đề án cải tiến giao tiếp ứng xử của ĐD, HS, KTV dựa trên kết quả đánh giá)

11. Kinh phí thực hiện Đề án:

(Phụ lục 4 đính kèm)

IV.KHÓ KHĂN VƯỚNG MẮC TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN:

1. Khó khăn:

- Trong việc thực hiện cải tiến chất lượng bệnh viện cán bộ làm công tác QLCL đều kiêm nhiệm, kiến thức, kỹ năng về QLCL còn hạn chế, chưa có cán bộ chuyên trách. Các hoạt động của đề án là lĩnh vực mới nên trong thời gian đầu việc triển khai thực hiện gặp khó khăn, Trung tâm cần đầu tư nhiều thời gian để xây dựng được văn hóa chất lượng và ý thức cải tiến liên tục.

- Nhu cầu về chất lượng khám chữa bệnh của người dân ngày càng cao, lần sau đòi hỏi sự phục vụ cải tiến hơn, phù hợp hơn, chất lượng cao hơn so với lần trước và có tư tưởng so sánh với các bệnh viện tuyến trên trong khi điều kiện thực tế của trung tâm còn hạn chế.

- Một số nhân viên y tế còn chưa tin tưởng và hợp tác tích cực trong công tác cải tiến chất lượng các dịch vụ y tế.

- Cán bộ của các khoa phòng còn e dè trong việc báo cáo sự cố y khoa vì sợ bị khiển trách hoặc kỷ luật khi để xảy ra sự cố y khoa nên các sự cố y khoa được báo cáo đều là các sự cố bắt buộc phải báo cáo, các báo cáo sự cố y khoa tự nguyện còn ít.

- Năng lực thực hiện công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện còn hạn chế do chưa có đủ nguồn nhân lực theo như quy định.

- Các dịch vụ kỹ thuật cao của Trung tâm còn hạn chế nên chưa đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của người dân.

- Việc xây dựng và ban hành các quy trình chuyên môn, kỹ thuật tương đối đầy đủ tuy nhiên việc giám sát sự tuân thủ các quy định, quy trình chuyên môn chưa được thường xuyên

- Việc cải tiến quy trình khám bệnh và các quy trình cận lâm sàng phải có nguồn kinh phí tương đối lớn để đầu tư mua sắm các trang thiết bị hiện đại.

- Hiện tại trung tâm y tế còn thiếu các trang thiết bị phục vụ công tác chuyển giao kỹ thuật nên tỷ lệ các kỹ thuật mới được Bảo hiểm y tế chi trả còn rất thấp.

- Cán bộ mới được đào tạo cơ bản cần có thời gian tích lũy kinh nghiệm nâng cao năng lực chuyên môn.

Trên đây là báo cáo tóm tắt kết quả công tác cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2019 của Trung tâm y tế thành phố Yên Bái.

Báo cáo được phê duyệt

Ngày 04 tháng 11 năm 2019

P.GIÁM ĐỐC



BSCKI. Trần Hữu Hùng

Người tổng hợp/xây dựng báo cáo

Ngày 04 tháng 11 năm 2019

Người làm báo cáo

Bs. Trương Thị Anh

PHỤ LỤC 1

TỔNG HỢP QUY TRÌNH, PHÁC ĐỒ CÁC KHOA – PHÒNG

NĂM 2019

TT	TÊN QUY TRÌNH, PHÁC ĐỒ	SỐ LƯỢNG
I	Quy trình	101
1	Quy trình Điều dưỡng	06
2	Quy trình xét nghiệm	39
3	Quy trình Ngoại	22
4	Quy trình Sản	06
5	Quy trình khám bệnh	11
6	Quy trình Khoa Dược	03
7	Quy trình khoa chẩn đoán hình ảnh	04
8	Quy trình Khoa Nội- GMHS	06
9	Quy trình Phòng KHNH	03
10	Quy trình TCHC+ P. Kế toán	05
II	Phác đồ	08
1	Phác đồ TMH	05
2	Phác đồ Khoa Sản	02
3	Phác đồ Khoa Nội TH	01

Người tổng hợp



Trương Thị Anh

Phụ lục 3: KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VI SINH



STT	Tên khoa	Mẫu	Phương pháp Canh thang	
			Đạt	Không đạt
1	Ngoại	Gạc, bông	X	
		Găng tay	X	
		Săng	X	
		Dụng cụ nhổ răng	X	
		Bộ đồ đé	X	
2	Phụ sản	Săng	X	
		Gạc, bông	X	
		Ông Nội soi TMH	X	
3	Chẩn đoán hình ảnh	Ông nội soi tiêu hóa mềm	X	
4	Khoa YHCT - PHCN	Bàn tay NVYT	X	

II. MÀU KHÔNG KHÍ



STT	Tên Khoa	Phương pháp					
		Blood agar (Thạch máu)		Sanbourand (MT cấy nấm)		Muller hilton (MT Thạch thường)	
		Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
1	P. Tiểu phẫu	X		X		X	
2	Nhà mổ 1	X		X		X	
3	Nhà mổ 2	X		X		X	
4	P. Đẻ	X		X		X	
5	Hội sức 1	X		X		X	
6	Hội sức 2	X		X		X	
7	TNT	X		X		X	

PHỤ LỤC 4

BẢNG TỔNG HỢP QUYẾT TOÁN
Đề án cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2019

Đơn vị tính: 1000 đồng

TT	NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG	Dự toán được duyệt	Quyết toán	Chênh lệch
1	Xây dựng quy định, quy trình chăm sóc điều dưỡng, bình hồ sơ bệnh án, quy định, quy trình chuyên môn.	24.900.000	24.900.000	0
2	Duy trì báo cáo sự cố y khoa, thực hành tốt 5S	61.620.000	61.620.000	0
3	Công cụ, dụng cụ phục vụ CTCLBV	39.226.000	39.226.000	0
4	Hội nghị đánh giá kết quả thực hiện đề án	10.300.000	10.200.000	100.000
	Tổng cộng	136.036.000	135.946.000	100.000

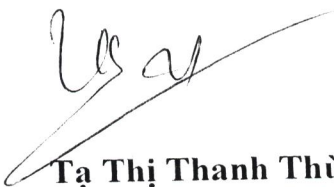
***Tổng số kinh phí được duyệt: 136.036.000 VNĐ**

(Một trăm ba mươi sáu triệu không trăm ba mươi sáu nghìn đồng chẵn)

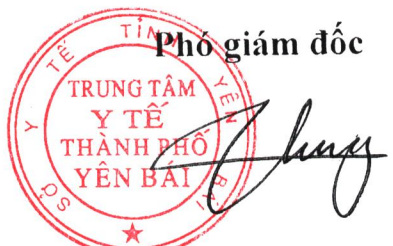
***Tổng số tiền đề nghị quyết toán: 135.946.000 VNĐ**

(Một trăm ba mươi năm triệu chín trăm bốn mươi sáu nghìn đồng chẵn)

Người lập biểu


Tạ Thị Thanh Thùy

Phó giám đốc


Trần Hữu Hùng

