|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ SÓC TRĂNGBỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA27 THÁNG 2 | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc***Sóc Trăng, ngày 13 tháng 8 năm 2019* |

**CÔNG BỐ**

**KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN**

**6 THÁNG NĂM 2019**

**I. BÁO CÁO TÓM TẮT CÔNG VIỆC ĐÁNH GIÁ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN**

**1. Tổ chức đoàn tự kiểm tra:**

Theo quyết định số 56/QĐ-BVCK27/2, ngày 05/7/2019 của Giám đốc bệnh viện về việc thành lập đoàn tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2019. Kế hoạch số 32/KH-BVCK27/2, ngày 26/6/2019 của Giám đốc Bệnh viện về tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2019.

**2. Tiến độ thời gian:**

- Lập kế hoạch tự kiểm tra, phân công nhiệm vụ theo ban phụ trách tiêu chí chất lượng bệnh viện.

- Tổ chức họp tập huấn kiểm tra, thư ký phổ biến, hướng dẫn tài liệu cho các thành viên trong đoàn kiểm tra, đánh giá và thống nhất nội dung, phương pháp và qui trình đánh giá.

- Đoàn kiểm tra tiến hành kiểm tra đánh giá từng tiêu chí theo từng mức độ theo phiếu đánh giá phụ lục 3.

 - Thư ký tổng hợp và nhập các nội dung kết quả kiểm tra, đánh giá của đoàn.

 - Họp đoàn kiểm tra để thống nhất từng tiêu chí đánh giá

- Thư ký tổng hợp và hoàn thiện toàn bộ kết quả kiểm tra, đánh giá và nhập kết quả vào hệ thống phần mềm trực tuyến theo địa chỉ: nova.qlbv.vn/ktbv

- Viết báo cáo tóm tắt kết quả tự kiểm tra và báo cáo công bố kết quả cho toàn thể nhân viên bệnh viện

**3. Tổng số lượng tiêu chí áp dụng: 78/83 tiêu chí;**

- Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí 94 phần trăm ;

- Tổng số điểm của tiêu chí áp dụng: 231 (có hệ số 252);

- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 2.96

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kết quả chung chia theo tiêu chí | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Tổng số tiêu chí |
| - Số lượng tiêu chí đạt: | 1 | 16 | 48 | 11 | 2 | 78 |
| - Tỷ lệ phần trăm tiêu chí đạt: | 1.28 | 20.51 | 61.54 | 14.10 | 2.56 | 78 |
| So sánh năm 2018 | 4 | 20 | 39 | 14 | 1 | 78 |

**4. Số lượng tiêu chí không áp dụng: 04 (E: Tiêu chí sản khoa, nhi khoa)**

- E1.1: Bệnh viên thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh

- E1.2: Bệnh viên thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa

- E1.3: Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động tuyên truyền sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh

- E1.4: Bệnh viên tuyên truyền, tập huấn thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF.

Lý do: Bệnh viện chuyên khoa 27 tháng 2 không có đặc thù chuyên khoa sản, nhi khoa.

**II. BÁO CÁO KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ**

**1. Kết quả từng phần tiêu chí theo mức**

1.1. Phần A: Hướng đến người bệnh

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiêu chí | Kết quả theo mức | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Điểm TB | Số TC áp dụng |
| Phần A | Hướng đến người bệnh | 0 | 1 | 12 | 4 | 1 | 3.28 | 18 |
| A1 | Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 2.83 | 6 |
| A2 | Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3.80 | 5 |
| A3 | Môi trường chăm sóc người bệnh | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3.50 | 2 |
| A4 | Quyền và lợi ích của người bệnh | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 3.20 | 5 |

1.2. Phần B: Phát triển nguồn nhân lực

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiêu chí | Kết quả theo mức | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Điểm TB | Số TC áp dụng |
| Phần B | Phát triển nguồn nhân lực | 0 | 2 | 8 | 3 | 1 | 3.21 | 14 |
| B1 | Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện  | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3.00 | 3 |
| B2 | Chất lượng nguồn nhân lực  | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2.67 | 3 |
| B3 | Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc  | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3.25 | 4 |
| B4 | Lãnh đạo bệnh viện  | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3.75 | 4 |

1.3. Phần C: Hoạt động chuyên môn

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiêu chí | Kết quả theo mức | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Điểm TB | Số TC áp dụng |
| Phần C | Hoạt động chuyên môn | 1 | 9 | 22 | 3 | 0 | 2.77 | 35 |
| C1 | An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ  | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2.50 | 2 |
| C2 | Quản lý hồ sơ bệnh án  | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |
| C3 | Ứng dụng công nghệ thông tin (điểm x2)  | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |
| C4 | Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn  | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2.83 | 6 |
| C5 | Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (điểm x2)  | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 3.00 | 5 |
| C6 |  Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3.00 | 3 |
| C7 | Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế  | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2.40 | 5 |
| C8 | Chất lượng xét nghiệm  | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2.00 | 2 |
| C9 | Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc  | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 2.83 | 6 |
| C10 | Nghiên cứu khoa học  | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |

### 1.4. Phần D: Hoạt động cải tiến chất lượng

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiêu chí | Kết quả theo mức | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Điểm TB | Số TC áp dụng |
| Phần D | Hoạt động cải tiến chất lượng | 0 | 4 | 6 | 1 | 0 | 2.73 | 11 |
| D1 | Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng  | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2.33 | 3 |
| D2 | Phòng ngừa các sự cố khắc phục  | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 2.60 | 5 |
| D3 | Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng  | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3.33 | 3 |

### 2. Kết quả từng phần tiêu chí theo biểu đồ khía cạnh chất lượng

**III. NHẬN XÉT, ĐÁNH GIÁ**

**1. Ưu điểm:**

1.1. Phần A: Hướng đến người bệnh

Trong phạm vi 50-500m có biển báo bệnh viện, Biển hiệu bệnh viện, biển báo giữ xe, giá và thời gian giữ xe rõ ràng; Cơ sở vật chất thoáng mát, khu khám bệnh được trang bị đủ phương tiện phục vụ người bệnh, trang bị hệ thống Camera tự động để quan sát theo dõi, hệ thống máy tự động lấy số và gọi bệnh nhân đăng ký thông tin và gọi khám bệnh; xây dựng và thực hiện quy trình khám bệnh ngoại trú theo quyết định 1313. Tổ chức tốt thường trực cấp cứu, phòng, phương tiện, thuốc vật tư và trang thiết bị thiết yếu đảm bảo các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời. Buồng bệnh nội trú đảm bảo được kê đủ giường bệnh và tủ đầu giường, không có bệnh nhân nằm ghép, nhà vệ sinh luôn giữ sạch và có đủ vật dụng phục vụ; khu nội trú và ngoại trú có tủ giữ đồ. Tập huấn phương pháp 5S và triển khai áp dụng thực hiện tại các khoa phòng.

1.2. Phần B: Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện:

Có kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện, đề án theo từng chức danh nghề nghiệp phù hợp với danh mục vị trí việc làm, đảm bảo các chế độ chính sách tiền lương và thu nhập hợp pháp, đảm bảo các điều kiện làm việc chuyên môn và vệ sinh lao động cho nhân viên y tế; kế hoạch đào tạo nhân viên y tế phù hợp với kế hoạch phát triển của bệnh viện, tổ chức học tập nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử, xây dựng qui trình bổ nhiệm, tuyển dụng qui hoạch cán bộ và triển khai xử lý đầy đủ 100 phần trăm văn bản. Mời được chuyên gia báo cáo sinh hoạt khoa học, tiến hành khảo sát, đánh giá sơ bộ thái độ ứng xử của nhân viên y tế.

1.3. Phần C: Hoạt động chuyên môn:

Xây dựng phương án và kế hoạch phối hợp công an địa phương hỗ trợ giữ gìn an ninh trật tự bảo vệ bệnh viện, có nội quy qui định an toàn và trang bị đầy đủ phương tiện phòng cháy chữa cháy. Có hệ thống phần mềm KCB đa phân hệ đáp ứng nhu cầu cung cấp số liệu báo cáo thống kê, tập huấn hướng dẫn danh mục mã ICD10; kiểm tra, giám sát định kỳ, đột xuất việc tuân thủ phác đồ/ hướng dẫn chẩn đoán điều trị, qui trình kỹ thuật chuyên môn, mã ICD10 chẩn đoán bệnh khi ra viện và tiếp tục triển khai nhiều kỹ thuật mới trong điều trị. Hồ sơ bệnh án được quản lý, lưu trữ đúng qui định. Hội đồng KSNK và mạng lưới được thành lập và hoạt động theo quy chế, hệ thống xử lý chất thải lỏng hoạt động thường xuyên, Tổ KSNK phối hợp bác sĩ điều trị tổ chức được hội chẩn dinh dưỡng và tư vấn dinh dưỡng bệnh lý cho bệnh nhân điều trị nội trú; Điều dưỡng được tập huấn kỹ năng truyền thông GDSK và duy trì hiệu quả hoạt động truyền thông chăm sóc người bệnh; Phòng xét nghiệm thực hiện đầy đủ nội kiểm, ngoại kiểm và xét nghiệm theo danh mục kỹ thuật được phê duyệt; Khoa dược cơ cấu đủ các bộ phận, có phân công nhân viên phụ trách dược lâm sàng, theo dõi báo cáo ADR theo qui định…, đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ và sử dụng an toàn hợp lý. Trang bị đầy đủ phương tiện, trang thiết bị phục vụ trình chiếu, đảm bảo đáp ứng yêu cầu hoạt động nghiên cứu khoa học.

### 1.4. Phần D: Hoạt động cải tiến chất lượng

### Hội đồng QLCLBV, tổ quản lý chất lượng và mạng lưới được thành lập ngày đầu năm, Tổ quản lý chất lượng có nhân viên chuyên trách đáp ứng yêu cầu theo đề án vị trí việc làm. Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện đảm bảo đầy đủ các nội dung hoạt động, lộ trình thời gian thực hiện, địa điểm, phân công trách nhiệm chính và trách nhiệm phối hợp, nguồn lực đầu tư và dự kiến kết quả đầu ra, trong kế hoạch xây dựng được các chỉ số đo lượng chất lượng cấp bệnh viện và cấp khoa/phòng để theo dõi đánh giá và đưa ra 03 đề án cải tiến liên quan nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện, có xây dựng bảng kiểm theo dõi đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng theo thời gian và bảng kiểm đánh giá các chỉ số đo lường chất lượng. Bệnh viện đã có biểu trưng (Logo) và Slogan riêng; có thiết lập biển báo, hướng dẫn, chuông liên hệ, báo gọi nhân viên y tế tại khoa lâm sàng khi cần thiết; Hệ thống quản lý sự cố bệnh viện được thành lập, qui định báo cáo rõ ràng và được tập huấn, triển khai thực hiện 100 phần trăm nhân viên khoa/phòng và triển khai các biện pháp phòng ngừa để giãm thiểu các sự cố y khoa, nguy cơ trượt ngã…

### 2. Nhược điểm, những vấn đề còn tồn tại:

2.1. Phần A: Hướng đến người bệnh

Cơ sở vật chất còn hẹp chưa đảm bảo đủ điều kiện tiêu chuẩn; chưa bố trí khu khám sàng lọc, phân loại và vận chuyển người bệnh truyền nhiễm ngay thời điểm vụ dịch. Buồng bệnh nội trú chưa phân riêng cho người nam và nữ trên 13 tuổi; Nhà vệ sinh chưa trang bị hệ thống nước nóng lạnh, chưa có nhà vệ sinh dành riêng cho người khuyết tật. Chưa thực hiện cam kết thời gian chờ khám bệnh.

2.2. Phần B: Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện

Chưa tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế hàng năm. Tỷ số BS/giường bệnh chưa đạt ở khoa Mắt và khoa Tâm thần, còn thiếu các chức danh lãnh đạo của Ban giám đốc và các khoa phòng. Chưa tiến hành đo lường các chỉ số trong bảng kế hoạch phát triển. Chưa tổ chức thi kiểm tra tay nghề cho nhân viên y tế. Chưa có báo cáo đánh giá tình hình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của bệnh viện. Chưa tiến hành khảo sát, đánh giá sơ bộ thái độ ứng xử của nhân viên y tế. Chưa thực hiện hình thức chi trả dựa trên kết quả công việc. Chưa lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động, chưa xây dựng các giải pháp cải tiến môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn. Chưa có phần mềm quản lý sức khỏe, chưa có các phương tiện, hình thức nâng cao sức khỏe. Chưa áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản…

2.3. Phần C: Hoạt động chuyên môn

Tỷ lệ Điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chưa đạt đến 30 phần trăm . Chưa có phòng riêng cho Tổ dinh dưỡng và nhân viên chuyên khoa dinh dưỡng tiết chế tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh. Khoa lâm sàng chưa xây dựng phiếu tóm tắt thông tin điều trị. Chưa đào tạo chuyên sâu cho nhân viên tổ KSNK và mạng lưới. Nhân viên phòng xét nghiệm đào tạo liên tục chưa đầy đủ, chưa có nơi lấy mẫu nước tiểu đúng tiêu chuẩn. Nhà lưu giữ rác tạm thời chưa đúng qui định. Chưa có phòng tập phục hồi chức năng. Hệ thống phần mềm gặp sự cố lỗi khó xử lý bảo trì chậm. Chưa thực hiện thường xuyên kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ/ hướng dẫn chẩn đoán điều trị, qui trình kỹ thuật chuyên môn, mã ICD10 chẩn đoán bệnh khi ra viện. Còn 03 kết quả áp dụng đề tài khoa học của khoa chưa đánh giá hiệu quả áp dụng.

### 2.4. Phân D: Hoạt động cải tiến chất lượng

### Tổ quản lý chất lượng và mạng lưới chưa được tập huấn quản lý chất lượng đầy đủ theo yêu cầu; Khoa/phòng chưa báo cáo đánh giá đo lường các chỉ số chất lượng định kỳ 6 tháng; Chưa lập bảng danh sách theo dõi đánh giá kết quả thực hiện cải tiến chất lượng hàng tháng/quí; Website bệnh viện cập nhật chưa hoàn chỉnh; Chưa trang bị đúng giường chuyên dụng cấp cứu, trang bị chưa đầy đủ giường có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã cho người bệnh trẻ em, người cao tuổi, người bị tổn thương thần kinh…Chưa xây dựng 03 đề án cải tiến chất lượng đã đưa ra trong kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện.

### IV. XÁC ĐỊNH CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

1. Cam kết thời gian chờ khám bệnh

2. Đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế và bổ sung chức danh lãnh đạo khoa phòng.

3. Khảo sát đánh giá thái độ ứng xử của nhân viên Y tế.

4. Thực hiện thường xuyên kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ/ hướng dẫn chẩn đoán điều trị, qui trình kỹ thuật chuyên môn, mã ICD10 chẩn đoán bệnh khi ra viện.

5. Xây dựng bảng tóm tắt thông tin điều trị bệnh nhân nội trú tại các khoa lâm sàng.

6. Đánh giá hiệu quả áp dụng 03 kết quả nghiên cứu khoa học tại 03 khoa.

7. Điều chỉnh bổ sung đầy đủ nội dung thông tin trên website bệnh viện và cập nhật thường xuyên đầy đủ hàng tuần.

### 8. Xây dựng 03 đề án cải tiến chất lượng đã đưa ra trong kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2019.

### 9. Đánh giá đo lượng chỉ số chất lượng đã xây dựng trong kế hoạch cải tiến chất lượng của khoa/phòng *(6 tháng và cuối năm)*

### V. GIẢI PHÁP, LỘ TRÌNH, THỜI GIAN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

### Giải pháp, lộ trình và thời gian cải tiến chất lượng khám chữa bệnh nhằm đáp ứng sự hài lòng người bệnh, theo thứ tự xác định vấn đề ưu tiên nêu trên, bệnh viện tiến hành cải tiến chất lượng trong 6 tháng cuối năm 2019 theo lộ trình như sau:

### Tiếp tục duy trì và củng cố các tiêu chí đã thực hiện đạt yêu cầu của 6 tháng đầu năm

### Tích cực tổ chức thực hiện cải tiến chất lượng các tiêu chí còn chưa đạt trong 6 tháng đầu năm và tiếp tục thực hiện lộ trình kế hoạch của 6 tháng cuối năm

### Tổ chức tự đánh giá tiêu chí chất lượng cuối năm 2019 và xây dựng kế hoạch năm 2020.

### VI. KẾT LUẬN, CAM KẾT CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

Cải tiến chất lượng bệnh viện là trách nhiệm của toàn thể cán bộ công chức viên chức bệnh viện, lấy người bệnh làm trung tâm trong mọi hoạt động điều trị và chăm sóc, nhân viên y tế làm then chốt của toàn bộ hoạt động khám chữa bệnh, tất cả hoạt động đều hướng đến sự hài lòng của người bệnh.

### Tập thể bệnh viện xin cam kết, phát huy vai trò lãnh đạo, chỉ đạo toàn thể cán bộ viên chức phải nâng cao hơn nữa vai trò trách nhiệm cá nhân, tập thể trong việc cải tiến chất lượng bệnh viện, thay đổi phong cách thái độ phục vụ của cán bộ y tế, giao tiếp ứng xử... nhằm tăng thêm niềm tin và sự hài lòng người bệnh đối với bệnh viện.

|  |  |
| --- | --- |
| *Nơi nhận:*- Ban giám đốc (chỉ đạo thực hiện);- Các Khoa/phòng (thực hiện);- Thông báo trên trang Website BV;- Dán công bố tại gốc Tuyên truyền;- Lưu: TCHC, KHTC-KT. | GIÁM ĐỐC |