

ĐỀ ÁN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BẢO ĐẢM SỰ AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH NĂM 2025

I. Sự cần thiết – thực trạng

1.1. Sự cần thiết

Phòng Quản lý chất lượng được thành lập vào ngày 21 tháng 8 năm 2015 theo Quyết định số 621/QĐ-SYT của Sở Y tế tỉnh Cà Mau về việc thành lập phòng Quản lý chất lượng thuộc Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau trên cơ sở Tổ quản lý chất lượng thuộc phòng Kế hoạch Tổng hợp với nhiệm vụ chính là tham mưu quản lý, cải tiến chất lượng bệnh viện. Bệnh viện luôn nghiêm túc thực hiện lấy người bệnh làm trung tâm. Việc bảo đảm và cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, thường xuyên, liên tục và ổn định của bệnh viện. Trong những năm qua bệnh viện luôn từng bước cải tiến về nhiều mặt trong đó chú trọng việc triển khai các biện pháp an toàn người bệnh. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện nhiệm vụ khám chữa bệnh vẫn còn những trường hợp người bệnh không được bảo đảm an toàn về nhiều mặt và nhiều mức độ như các sự cố y khoa, an toàn trong sử dụng thuốc, an toàn trong phẫu thuật... Do đó việc thực hiện đề án cải tiến chất lượng về bảo đảm an toàn người bệnh là một hành động thiết thực nhằm nâng mức chất lượng bệnh viện ngày càng cao đáp ứng sự hài lòng người bệnh, tăng uy tín bệnh viện, tăng sự tin tưởng và thu hút của bệnh nhân đối với bệnh viện.

1.2 Thực trạng

- Cơ hội

Bệnh viện với truyền thống nhiều năm liên tục dẫn đầu hệ thống công lập về chất lượng khá tốt, viên chức với sự nhiệt huyết cao sẽ là động lực cho mọi hoạt động đạt mức tốt nhất, sự quan tâm của lãnh đạo luôn đặt mục tiêu cải tiến hàng đầu nâng chất lượng dịch vụ liên tục; bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam đã được bổ sung, Bộ tiêu chí đánh giá mức độ an toàn Phẫu thuật kèm theo quyết định 7482/QĐ-BYT, ngày 18/12/2018, Quản lý sự cố được bệnh viện triển khai thực hiện liên tục nhiều năm và đã áp dụng quy trình quản lý sự cố phiên bản 2.0; ngày 26/12/2018 Bộ Y tế ban hành, Thông tư 43/2018/TT-BYT hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để phòng ngừa sự cố đạt an toàn cho người bệnh tốt nhất.

- Thách thức

Tuy nhiên hoạt động của phòng QLCL vẫn còn nhiều khó khăn thách thức chất lượng chưa cao, chưa có kinh nghiệm trong lĩnh vực mới; công tác kiểm tra, giám sát chưa thường xuyên do nhân lực hạn chế. Các văn bản cải tiến chất lượng chưa đầy đủ, các khoa phòng khả năng chuyên môn và công tác phục vụ chăm sóc đôi khi chưa toàn diện, bệnh viện đang trong cơ chế hoạt động tự chủ phải khắc phục hậu quả dịch Covid-19, nên nguồn thu nhập còn hạn chế làm cho một bộ phận viên chức chưa thật sự an tâm với nghề, phải song hành cùng vấn đề kinh tế để lo cho gia đình, áp lực công việc cùng áp lực tinh thần sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến sự an toàn và làm hài lòng khi thực hiện nhiệm vụ trên người bệnh. Từ đó gây hạn chế trong việc nâng cao chất lượng quản lý, khám chữa bệnh lấy người bệnh làm trung tâm và làm hài lòng người bệnh ở mức độ tốt nhất;

- Nguyên nhân đạt được

Phòng Quản lý chất lượng hoạt động ổn định nhờ có sự quyết tâm phấn đấu, nỗ lực của toàn thể CB-VC, sự quan tâm chỉ đạo sâu sắc của Ban Giám Đốc, Đảng ủy bệnh viện, Ban Giám đốc và các phòng ban Sở Y tế, sự phối hợp chặt chẽ các khoa phòng trong bệnh viện, phòng QLCL đã hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao.

Viên chức nhiệt huyết thực hiện tốt các chính sách, quy định, quy trình ban hành liên quan sự cố cũng như các quy trình hoạt động, quy trình chuyên môn.

Bệnh viện liên tục cập nhật các hướng dẫn, cải tiến các hoạt động, thực hiện cơ chế dịch vụ, tăng sức thu hút bệnh nhân, tăng thêm thu nhập, từng bước nâng cao đời sống vật chất tinh thần để nhân viên làm việc trong môi trường an toàn và an tâm hơn trong công tác góp phần giảm nguy cơ sự cố.

- Nguyên nhân chưa đạt được

Tuy nhiên hoạt động của phòng QLCL vẫn còn nhiều khó khăn và chất lượng chưa cao, chưa có kinh nghiệm trong lĩnh vực mới; công tác kiểm tra, giám sát chưa thường xuyên do nhân lực hạn chế. Các văn bản cải tiến chất lượng chưa đầy đủ. Đặc biệt để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh phải nâng cao khả năng chuyên môn và công tác phục vụ chăm sóc toàn diện, với mục tiêu lấy người bệnh làm trung tâm, đáp ứng sự hài lòng người bệnh, mặc dù sự hài lòng năm 2024 của người bệnh nội trú trên 98%, báo cáo sự cố bắt buộc và tự nguyện có cải thiện nhưng vẫn còn hạn chế, chưa kịp thời ... Từ đó gây hạn chế trong việc nâng cao chất lượng quản lý, khám chữa bệnh lấy người bệnh làm trung tâm với mục tiêu an toàn và làm hài lòng người bệnh ở mức độ tốt nhất;

Nguyên nhân chính của những tồn tại trên là do chưa có quy chế hoạt động cụ thể theo Bộ Y Tế; Sở Y Tế chậm triển khai cải tiến chất lượng theo yêu cầu chung của ngành, nhân lực hạn chế, chưa được đào tạo quản lý chất lượng theo

chương trình, hạn chế hoạt động cải tiến; Quy trình tiếp nhận bệnh ban đầu còn chiếm nhiều thời gian từ khâu bắt số thứ tự, ngồi chờ lọc bệnh phân đến buồng khám bệnh khoảng 18 phút; đến khi vào bàn khám thì thời gian tiếp cận bệnh nhân ngắn < 5 phút không đảm bảo thời gian tư vấn bệnh do thiếu nhân lực cục bộ khi bệnh quá tải, đôi khi do thói quen ít tư vấn, ít giải thích, thái độ tiếp xúc của một bộ phận đôi khi chưa gây thiện cảm tốt, thiếu thông tin tuyên truyền qua các hình thức đặc biệt là tuyên truyền từ bệnh nhân, thân nhân, khách đến thăm là các kênh tuyên truyền trực tiếp gây sức thu hút mạnh từ các kết quả điều trị thành công cũng như thái độ giao tiếp, hướng dẫn từ ban đầu của bảo vệ, hộ lý làm vệ sinh thay ga giường, quần áo bệnh nhân, chăm sóc của điều dưỡng, điều trị tốt của bác sĩ, các bộ phận quan hệ làm việc đôi khi chưa nhiệt tình, rút ngắn thời gian làm việc với hiệu quả tốt nhất chưa như mong đợi. Báo cáo sự cố chưa được quan tâm đúng mức từ lãnh đạo phòng, khoa, có một bộ phận chưa hiểu rõ tác dụng khi phân tích, báo cáo sự cố sợ ảnh hưởng thi đua, các sự cố xảy ra chưa báo cáo kịp thời, chưa quan tâm các sự cố tự nguyện, chưa tập trung triển khai cho toàn thể viên chức mà chỉ thông qua mạng lưới CTCL nên chất lượng chưa như mong đợi, phân tích sự cố thì đa phần là lỗi hệ thống...

Công tác truyền thông đôi khi chưa được quan tâm đúng mức và kịp thời, các thành công đạt được chưa thông tin rộng rãi nên đa phần khi có sự cố xảy ra là chịu áp lực không nhỏ từ mọi phía...

II. Căn cứ pháp lý

Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23/11/2009;

Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;

Thực hiện thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện phòng QLCL xây dựng đề án cải tiến chất lượng năm 2023.

Quyết định số 7482/QĐ-BYT, ngày 18 tháng 12 năm 2018, Bộ tiêu chí đánh giá an toàn phẫu thuật

Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26 tháng 12 hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2024

Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2024

III. Mục tiêu

3.1. Mục tiêu chung

Nâng cao chất lượng hoạt động của bệnh viện theo Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, theo Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện, triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh.

3.2. Mục tiêu cụ thể

1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ < 1%
2. An toàn phẫu thuật đạt mức 5
3. Không có sự cố y khoa nghiêm trọng.
4. Không có sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng.
5. Điểm đạt của bệnh viện thuộc các tiêu chí của cơ sở y tế xanh sạch đẹp theo Quyết định 5959/ QĐ-BYT đạt > 95 điểm.

IV. NỘI DUNG THỰC HIỆN

Lồng ghép đề án cải tiến chất lượng vào hoạt động giám sát của phòng.

4.1. Kiện toàn công tác tổ chức và cải tiến chất lượng KCB bảo đảm an toàn người bệnh.

Xây dựng mạng lưới cải tiến chất lượng KCB trong phòng, phân công công việc cụ thể theo chức năng, nhiệm vụ:

- Phòng QLCL gồm các tổ:
 - + Tổ Cải tiến chất lượng;
 - + Tổ Quản lý sự cố-ATNB;
 - + Tổ NCKH- đào tạo;
 - + Tổ Khảo sát hài lòng;
 - + Tổ Thư viện – Website;
- Lãnh đạo: 01 Trưởng phòng, và 01 tổ trưởng Tổ công đoàn;
- + Trưởng phòng: Điều hành công việc chung, chịu trách nhiệm về quản lý nhân viên của phòng, công tác chuyên môn và tổ chức thực hiện các quy chế, quy định của Bộ y tế, ngành, bệnh viện, của phòng. Thường xuyên giám sát hoạt động cải tiến, định kỳ mỗi quý sơ kết đánh giá chất lượng KCB theo bộ tiêu chí cải tiến chất lượng KCB của bệnh viện đã ban hành.
- + Tổ trưởng tổ công đoàn: Quản lý ngày giờ công, phép năm của cán bộ viên chức phòng; Theo dõi công tác thi đua, khen thưởng, kỷ luật đặc biệt về cải tiến; Đảm bảo hơn 90% cán bộ viên chức phòng được học các nghị quyết, chủ trương, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước; Thường xuyên nhắc nhở cán bộ viên chức thực hiện tốt 12 điều y đức, thực hiện tốt nội dung quy tắc ứng xử, kỹ năng giao tiếp của ngành, thực hiện tốt nội qui, quy chế của bệnh viện, của phòng, thực hiện tiết kiệm điện nước, vật rẻ tiền mau hỏng, văn phòng phẩm...
- Tổ cải tiến chất lượng: xây dựng Đề án CTCL và giám sát thực hiện.
- Tổ Quản lý sự cố - ATNB: xây dựng kế hoạch quản lý sự cố - ATNB và giám sát thực hiện;
- Tổ Khảo sát hài lòng cùng tổ Chăm sóc khách hàng thực hiện khảo sát hài lòng theo sự phân công của Ban Khảo sát hài lòng, báo cáo đúng quy định;

- Tổ Thư viện- Website: quản lý thư viện, chịu trách nhiệm đăng tải trên trang Website các tin bài đã được Trưởng ban kiểm duyệt theo kế hoạch;
- Tổ NCKH-Đào tạo: chịu trách nhiệm tham mưu nghiên cứu các giải pháp đào tạo- NCKH về Cải tiến chất lượng;
- Các thành viên khác trong phòng: Thực hiện nhiệm vụ theo sự phân của lãnh đạo phòng, hoàn thành nhiệm vụ văn thư, lưu trữ các văn bản đến và đi của phòng, triển khai đến các khoa phòng liên quan.

4.2. Nâng cao chất lượng hoạt động của phòng theo Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện

+ **Mục đích:** nâng cao chất lượng hoạt động bệnh viện;

+ **Nội dung thực hiện:**

- Triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện, kế hoạch thực hiện 83 tiêu chí theo bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam phiên bản 2.0 đến Hệ thống QLCL, CB-VC bệnh viện vào tháng 02/2023. Phụ trách: Bs Trần Thiên Lý.

- Hướng dẫn các thành viên Mạng lưới QLCL xây dựng Đề án CTCL vào tháng 02/2023 đảm bảo chỉ tiêu 100% các khoa, phòng lập Đề án cải tiến chất lượng có ít nhất 01 mục tiêu chất lượng đầu ra cụ thể và giám sát thực hiện hàng quý. Phụ trách: Bs Trần Thiên Lý.

- Tập huấn an toàn người bệnh cho CB-VC bệnh viện, đặc biệt lưu ý về KSNK, báo cáo sự cố, sai sót chuyên môn, rủi ro, tai nạn nghề nghiệp: P.QLCL phối hợp phòng Điều Dưỡng và khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn thực hiện và giám sát dự kiến quý 3/2024; Phụ trách: Bs Trần Thiên Lý

- Tổ chức triển khai thực hiện tự đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện hàng quý dựa trên bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện theo quyết định 6858/QĐ-BYT do Bộ Y tế ban hành ngày 18/11/2016 (kèm theo). Phụ trách: Bs Trần Thiên Lý

+ **Phụ trách:** Bs Trần Thiên Lý phối hợp Tổ Cải tiến chất lượng và các bộ phận liên quan.

+ **Địa điểm:** Phòng Quản lý chất lượng làm đầu mối.

+ **Thời gian:** quý 1-2/2024.

4.4. Tăng cường, củng cố chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh.

4.4.1. Mục đích: Thực hiện an toàn người bệnh, giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, giảm tỉ lệ viêm phổi bệnh viện, không xảy ra sự cố y khoa, ngoài y khoa nghiêm trọng.

4.4.2. Nội dung thực hiện

- Ban an toàn người bệnh lập kế hoạch phối hợp các khoa, phòng liên quan xây dựng các quy trình, quy định, bảng kiểm cụ thể (kèm theo), tổ chức triển

khai và tổ Quản lý sự cố - An toàn người bệnh giám sát thực hiện hàng quý và đột xuất các nội dung chủ yếu sau:

a) An toàn phẫu thuật, thủ thuật;

- Nội dung: xây dựng quy định, các bảng kiểm an toàn Phẫu thuật, thủ thuật; Giám sát hàng quý và đột xuất theo các kíp trực.

- Phụ trách: Bs Nguyễn Văn Hoài TK.PT- GMHS phối hợp Ban An toàn người bệnh.

- Thời gian: quý 1/2024 khoa PT- GMHS xây dựng triển khai thực hiện đề án CTCL về an toàn phẫu thuật, xây dựng quy định, các bảng kiểm theo QĐ 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của BYT về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật, phối hợp Ban An toàn người bệnh giám sát hàng quý và đột xuất; Phần đầu duy trì kết quả đạt trên mức 5.

- Địa điểm: khoa PT- GMHS làm đầu mối phối hợp **phòng KHTH, phòng QLCL** và các khoa lâm sàng.

b) Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện;

- Nội dung: cập nhật, ban hành các quy trình, bảng kiểm, tập huấn phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn vết mổ, viêm phổi bệnh viện (viêm phổi/ thở máy), khử khuẩn, tiệt khuẩn trung tâm, xử lý chất thải... Giám sát hàng quý và đột xuất theo các kíp trực, đặc biệt tăng cường giám sát, đề ra các biện pháp can thiệp kịp thời

- Phụ trách: Bs **Trần Ngọc Hà** TK.KSNK;

- Thời gian: quý 1-2/2024 lập kế hoạch ban hành tiếp các quy trình, bảng kiểm và tập huấn; giám sát hàng quý và đột xuất; các khoa phòng liên quan báo cáo số liệu ngày 25 hàng tháng. **Khoa KSNK phối hợp phòng TCCB, P.KHTH nghiên cứu các lớp tập huấn KSNK đề xuất đào tạo theo nhu cầu.**

- Địa điểm: khoa KSNK làm đầu mối phối hợp các khoa, phòng và Ban An toàn người bệnh.

c) Không xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng và sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng.

- Củng cố hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

+ Củng cố quy trình báo cáo đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa 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.

+ Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.

- **Phụ trách:** Bs Trần Thiên Lý phối hợp tổ Quản lý sự cố- ATNB và Ban An toàn người bệnh.

- **Thời gian:** quý 1/2024 xây dựng các quy trình, quy định, bảng kiểm và giám sát thực hiện hàng

- **Địa điểm:** phòng Quản lý chất lượng làm đầu mối.

Điểm đạt của bệnh viện thuộc các tiêu chí của cơ sở y tế xanh sạch đẹp theo Quyết định 5959/ QĐ-BYT đạt > 95 điểm.

Phòng HCQT áp dụng và củng cố Bộ tiêu chí cơ sở y tế xanh sạch đẹp theo QĐ 5959/QĐ-BYT hàng quý/đợt xuất, đề ra các biện pháp can thiệp kịp thời phấn đấu đạt > 95 điểm và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch 1205/KH-BYT ngày 23/10/2019 của Bộ Y tế.

V. Kinh phí thực hiện

1. Nâng cao chất lượng hoạt động của phòng theo Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện

2. Tăng cường, củng cố chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, an toàn người bệnh: không có sự cố y khoa nghiêm trọng.

VI. Tiến độ thực hiện

- Lập đề án CTCL: tuần thứ 2 của tháng 2/2024
- Thông qua đề án: tuần thứ 4 tháng 2/2024
- Triển khai đề án: tuần thứ 1 tháng 3/2024
- Xây dựng các quy trình, bảng kiểm: tháng 3/2024.
- Giám sát 1: tuần 1-3 tháng 4/2024
- Đánh giá cải tiến 1: tuần 4 tháng 4/2024
- Giám sát 2: tuần 1-3 tháng 5/2024
- Đánh giá cải tiến 2: tuần 4 tháng 5/2024
- Giám sát 3: tuần 1-3 tháng 6/2024
- Đánh giá cải tiến 3: tuần 4 tháng 6/2024

VII. Hiệu quả

Thực hiện đề án sẽ tăng cường uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện, tăng cường an toàn người bệnh, tăng cường triển khai các hoạt động làm giảm than phiền, bức xúc, hạn chế không xảy ra sự cố nghiêm trọng và tăng hài lòng của người bệnh tại bệnh viện > 95%. Tăng sự thu hút bệnh nhân đến bệnh viện, nâng cao chất lượng chăm sóc, phục vụ và tạo niềm tin bền vững trong nhân dân, xứng đáng là bệnh viện đầu ngành của tỉnh.

VIII. Tổ chức thực hiện

Phổ biến kế hoạch này đến toàn thể viên chức trong khoa, phòng.

Trưởng các khoa phòng phối hợp đôn đốc, nhắc nhở mọi viên chức báo cáo sự cố đúng quy định, thực hiện và giám sát các hành động phòng ngừa.

Trưởng phòng, phó phòng, tổ trưởng tổ công đoàn, tổ trưởng các tổ điều hành, phân công nhiệm vụ cho các thành viên phòng QLCL theo chức năng, nhiệm vụ và phối hợp các khoa phòng giám sát thực hiện cải tiến nâng cao chất lượng KCB theo mục tiêu, từng nội dung kế hoạch đã xây dựng, giảm đến mức

thấp nhất nguy cơ xảy ra sự cố hàng tháng, các tổ giám sát báo cáo kết quả thực hiện cho trưởng phòng và đề nghị giải pháp can thiệp tháng tiếp theo. Định kỳ sơ kết, đánh giá chất lượng cải tiến mỗi quý trình Ban Giám đốc để có biện pháp khắc phục, cải tiến kịp thời.

Tổ trưởng tổ Quản lý sự cố - An toàn người bệnh cùng nhân viên chuyên trách quản lý sự cố phải thực hiện đúng các quy định quản lý sự cố, bảo mật thông tin, giám sát và tổng hợp theo quy định hàng tháng, báo cáo hàng quý, mỗi 6 tháng.

Mọi thành viên trong phòng có trách nhiệm hoàn thành tốt nhiệm vụ được phân công.

Trên đây là Đề án cải tiến chất lượng nâng cao quản lý sự cố năm 2024, đề nghị toàn thể CB-VC có trách nhiệm phấn đấu, hoàn thành tốt công tác được giao./.

GIÁM ĐỐC

TRƯỞNG PHÒNG