



itam
Thay Đổi Để Tốt Hơn

TÀI LIỆU KHÓA HỌC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

 (+84)984.407.554
(+84)984.497.443



itam.edu.vn



info@itam.edu.vn
quanlydaotaoquocte@gmail.com



Phòng 202, Số Nhà 48, Quang Lâm,
Phú Lâm, Hà Đông, Hà Nội.

Công ty cổ phần Quản lý và Đào tạo quốc tế Cung cấp các khóa CME

1. Quản lý chất lượng bệnh viện
2. Quản lý bệnh viện
3. Quản lý điều dưỡng
4. An toàn tiêm chủng
5. Thực hành tốt bảo quản vắc xin (GSP)
6. Sư phạm y học cơ bản
7. Phương pháp dạy học lâm sàng
8. Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện
9. Công tác xã hội trong y tế
10. Phương pháp nghiên cứu y học

1. Quản lý nhà nước ngạch chuyên viên, chuyên viên chính
2. Nghiệp vụ sư phạm dành cho giảng viên CĐ, ĐH
3. Trung cấp lý luận chính trị (khu vực Hà Nội)
4. Đấu thầu cơ bản, đấu thầu qua mạng
5. Chức danh nghề nghiệp y tế (bác sĩ, điều dưỡng...)
6. Các khóa đào tạo liên tục theo nhu cầu khác



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

**VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG
VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG**



ĐẠI CƯƠNG VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

TS. BS. Nguyễn Hữu Thắng
Bộ môn Tổ chức và Quản lý y tế

MỤC TIÊU

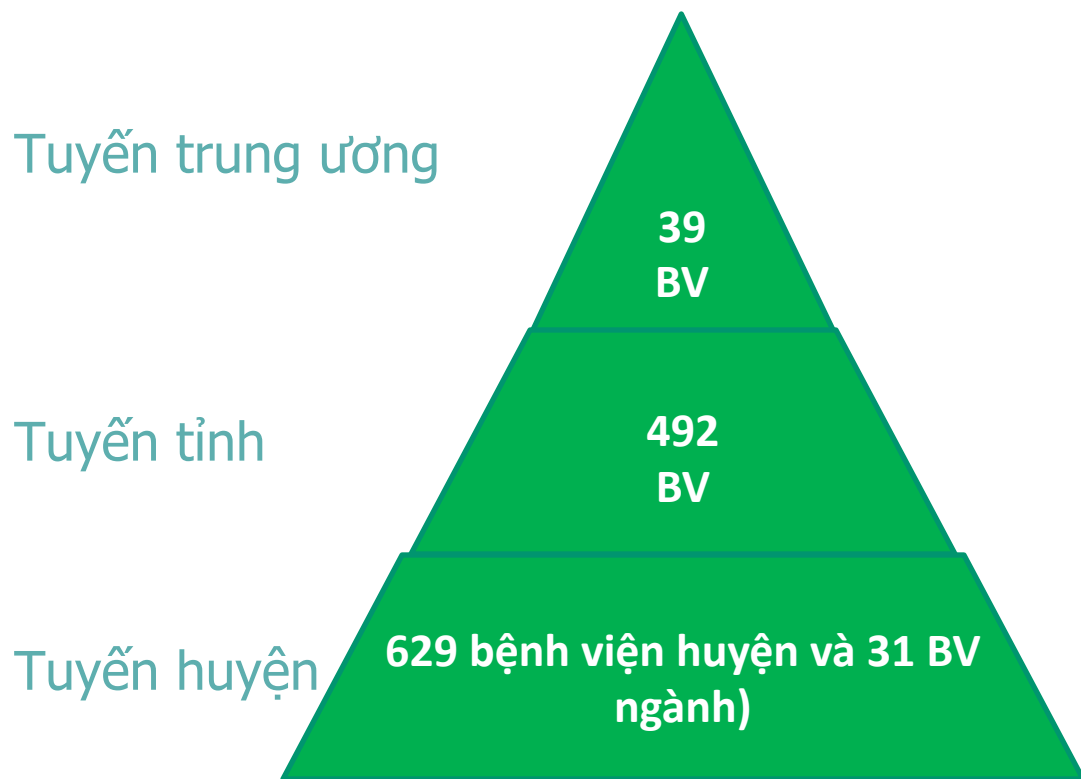
1. Trình bày được thực trạng quản lý chất lượng tại Việt Nam.
2. Trình bày được định hướng quản lý chất lượng tại Việt Nam.

Thực trạng công tác quản lý chất lượng tại Việt Nam



Mạng lưới khám chữa bệnh hiện nay

CÔNG LẬP



TƯ NHÂN

Năm 2017:

15% BV

5,3% GB → **15% (2020)**

7,8% Lưới KCB

2014: > 11.000 GB

2020: > 16.000 GB

2010: 102 BV

2013: 150 BV

2014: 170 BV

2017: 203 BV

2018: 219 BV

2021: 232 BV

43%

NgT

2,1%

NT

35.000 PK tư

Tổng số có 1.451 BV

30 GB/vạn dân (2015) → 33,3 GB/vạn dân (h.nay)

Đường dây nóng ngành y tế

Năm 2014 \approx 36.000 cuộc gọi

Năm 2015 \approx 20.000 cuộc gọi

Năm 2016 \approx 10.000 cuộc gọi

(So với năm 2015, số cuộc gọi
giảm 49,8%)

6 tháng đầu năm 2018: 4.333
cuộc gọi

Nguồn: Bộ Y tế, Báo cáo tổng kết công tác Y tế các năm

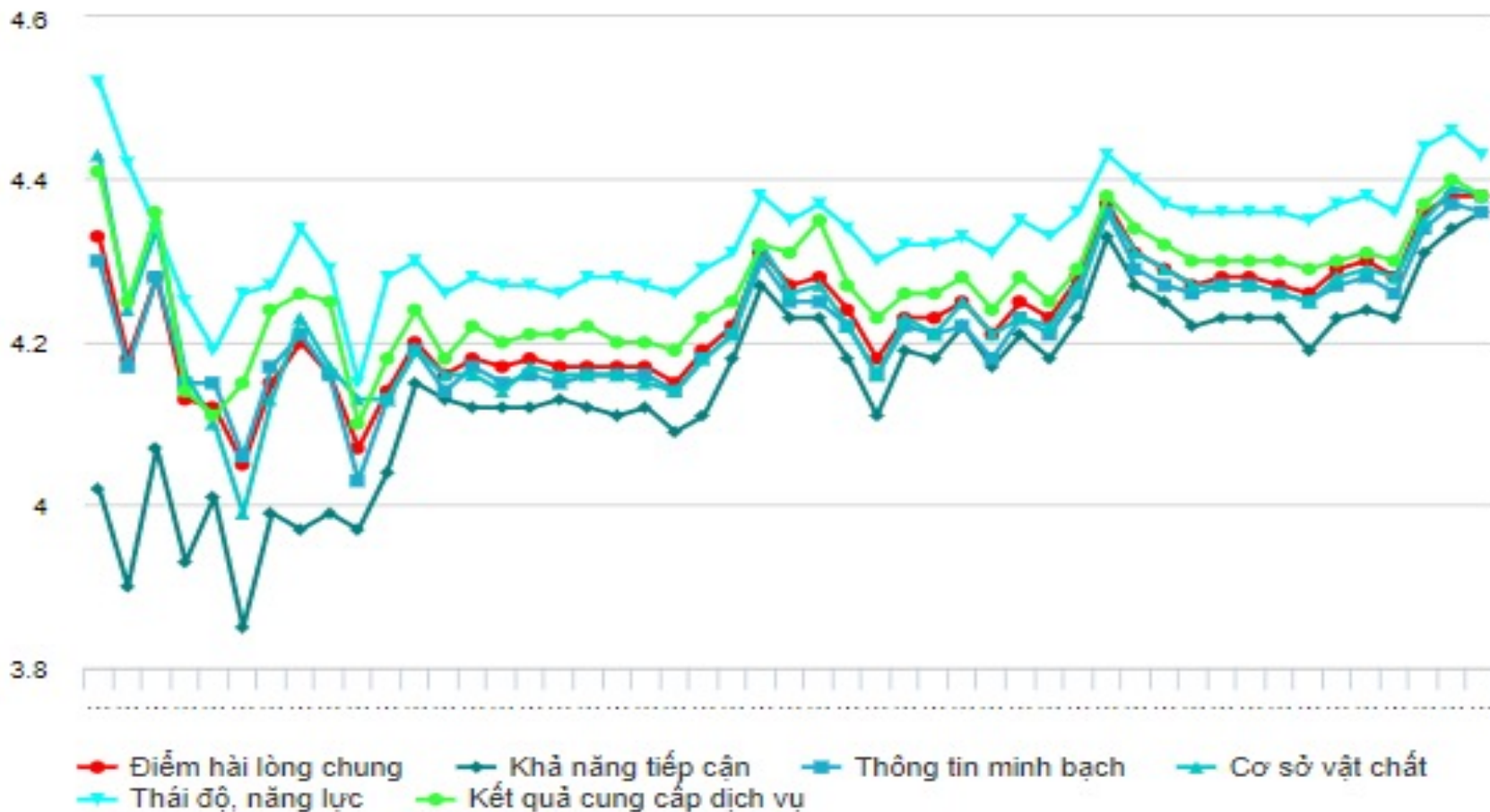
Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở VN (PAPI)

- Kết quả khảo sát PAPI:
 - Người dân hài lòng hơn về dịch vụ y tế công
 - Tỷ lệ người trả lời cho biết họ đã phải “lót tay” NVYT để được chăm sóc tốt hơn tại BV công tuyến huyện/thành phố giảm: 20% (2013) → 17% (2016) → 9% (2017) → **0,4% (2019)**

Nguồn: Bộ Y tế, Tổng kết công tác y tế năm 2019 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2020

Điểm hài lòng của NB ngoại trú 2016-2020

ĐIỂM HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ

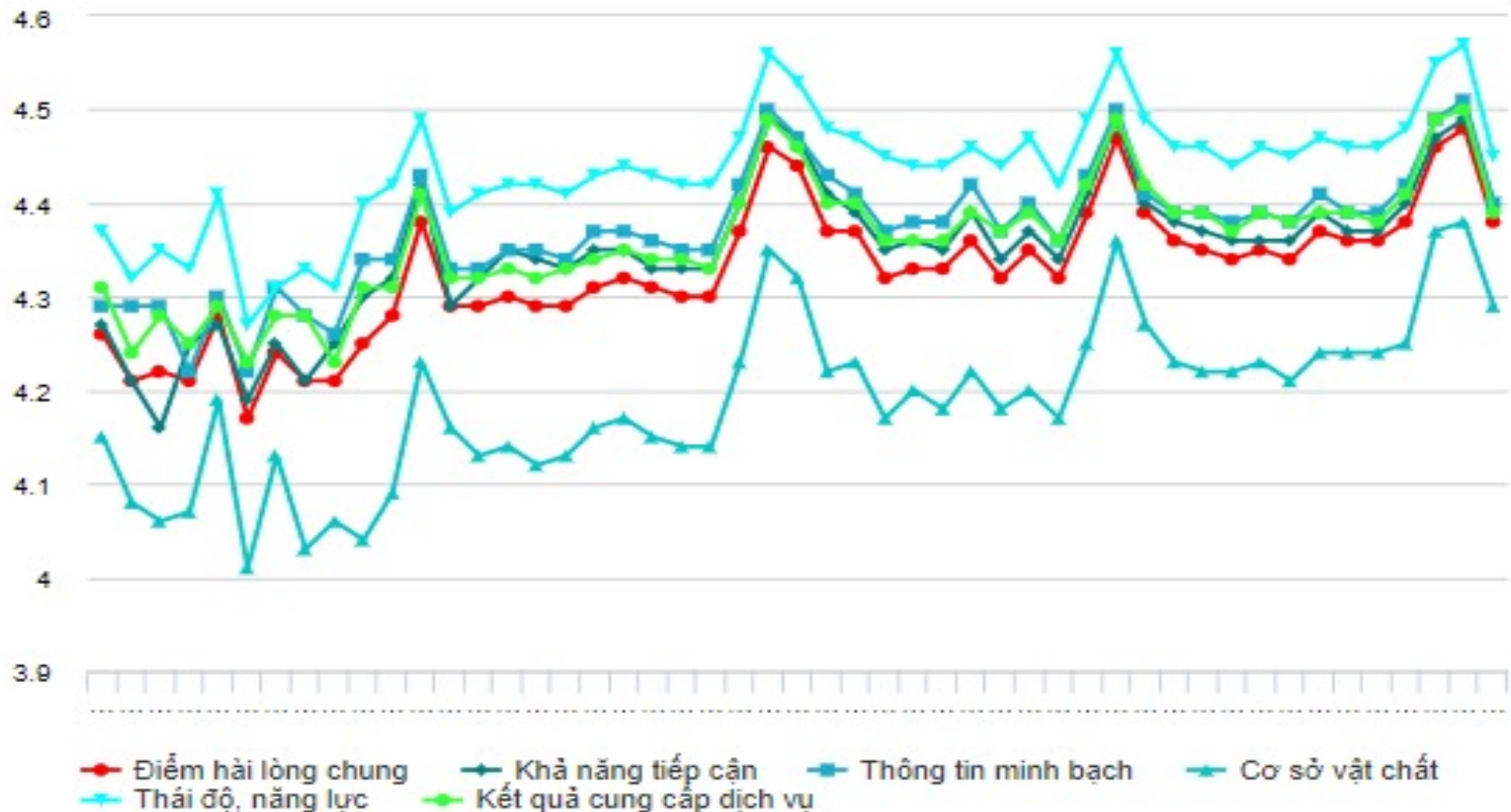


Nguồn Bộ y tế <http://hailong.chatluongbenhvien.vn/>

Điểm hài lòng của NB nội trú 2016-2020

ĐIỂM HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ

Lọc ▾



Nguồn Bộ y tế <http://hailong.chatluongbenhvien.vn/>

Tỷ lệ hài lòng của NB đối với thái độ ứng xử của NVYT

STT	NỘI DUNG	TLHL%
1	Bác sĩ có lời nói, thái độ đúng mực với người bệnh	82,86
2	Điều dưỡng có lời nói, thái độ đúng mực với người bệnh	76,43
3	Nhân viên hành chính, kế toán có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	68,10
4	Nhân viên bảo vệ, trông xe có lời nói, thái độ đúng mực	19,29
5	Người bệnh tìm được, hỏi được hoặc gọi được nhân viên y tế khi cần	73,71
6	Không có biểu hiện ban ơn, gợi ý tiền, quà	79,29
7	Nhân viên y tế đối xử công bằng đối với người bệnh	76,67

Nguồn: Cục KCB, hội nghị quốc gia tăng cường chất lượng KCB 18-19/8/2016

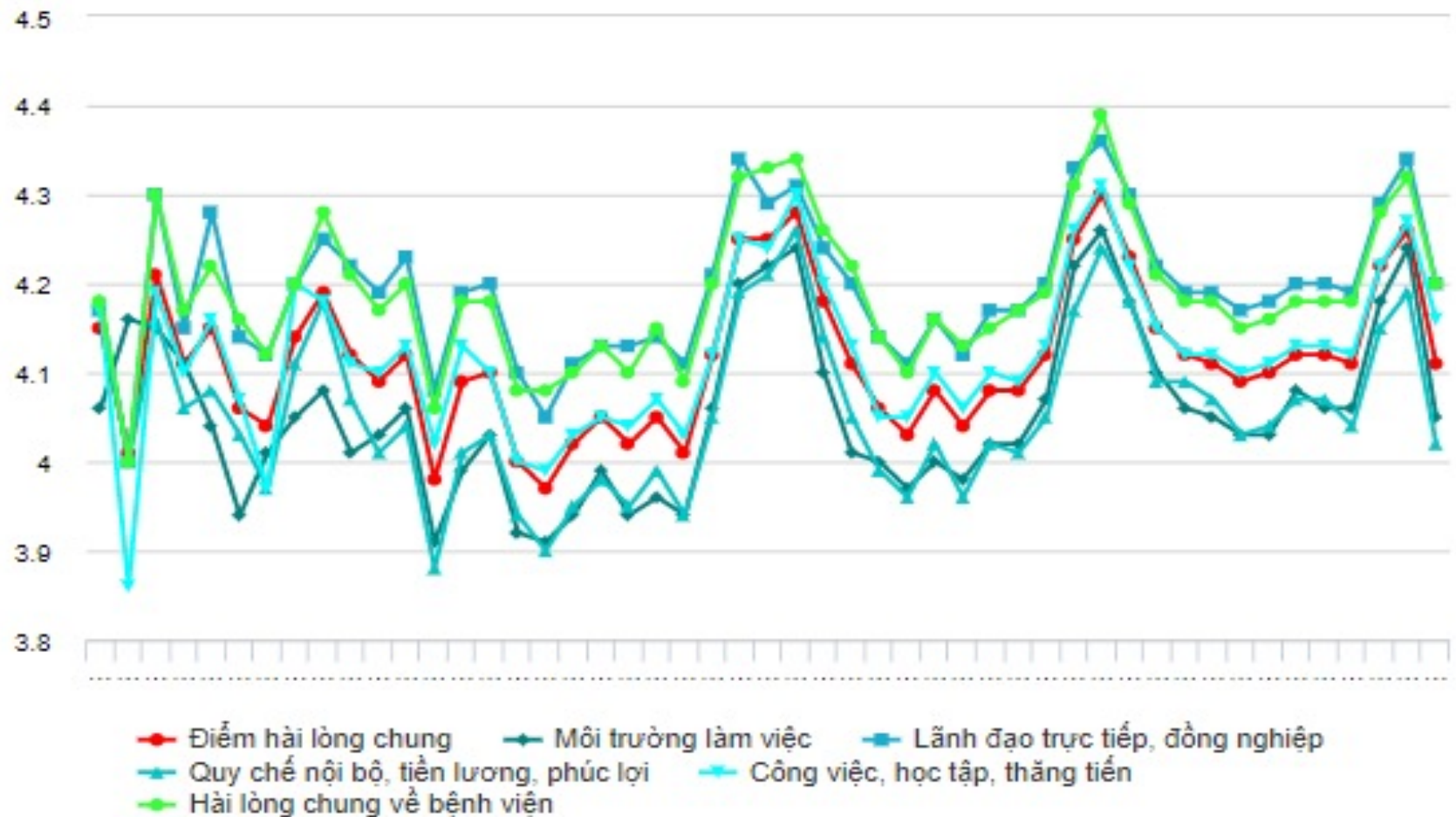
Tỷ lệ hài lòng của NB đối với cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ người bệnh

NỘI DUNG	HL %
Buồng bệnh nằm điều trị khang trang, sạch sẽ	66,90
Có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ	57,62
Trang thiết bị y tế đầy đủ, sử dụng tốt	70,71
Buồng bệnh có đầy đủ nước uống nóng/lạnh	40,95
Giường bệnh đầy đủ cho mỗi người 1 giường an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt	20,48
Gối, ga (chiếu), đệm, chăn đầy đủ, sử dụng tốt	60,00
Tủ đầu giường đầy đủ cho mỗi người 1 chiếc, sử dụng tốt	58,81
Nhà vệ sinh thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt	19,76
Quần áo người bệnh được cung cấp đầy đủ, vừa vặn, lành lặn, sạch sẽ	60,24
Có thiết bị đảm bảo riêng tư cho người bệnh thay quần áo, khám bệnh, vệ sinh... tại giường hoặc bố trí nằm riêng nam và nữ	42,62
Môi trường trong bệnh viện xanh, sạch, đẹp	68,57
BV đảm bảo an ninh, trật tự cho NB, cho người nhà NB và khách đến thăm	72,62

Nguồn: Cục KCB, hội nghị quốc gia tăng cường chất lượng KCB 18-19/8/2016

Điểm hài lòng của NVYT 2016-2020

ĐIỂM HÀI LÒNG NHÂN VIÊN Y TẾ



Nguồn Bộ y tế <http://hailong.chatluongbenhvien.vn/>

Tỷ lệ hài lòng của NVYT đối với tiền lương, phúc lợi xã hội

STT	NỘI DUNG	TLHL%
1	Các quy định, quy chế làm việc nội bộ của bệnh viện rõ ràng, thực tế và công khai	75,63
2	Thực hiện quy chế dân chủ	67,01
3	Quy chế chi tiêu nội bộ công bằng, hợp lý, công khai	60,41
4	Việc phân phối quỹ phúc lợi công bằng và công khai	58,38
5	Mức lương tương xứng so với năng lực cống hiến	42,64
6	Thưởng/phụ cấp xứng đáng với năng lực cống hiến	40,61
7	Bảo đảm đóng BHYT, BHXH, khám sức khỏe định kỳ và các hình thức hỗ trợ ốm đau, thai sản đầy đủ	62,44
8	Tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng đầy đủ	19,29
9	Có phong trào thể thao, văn nghệ tích cực	60,91
10	Công đoàn bệnh viện hoạt động tích cực	54,82

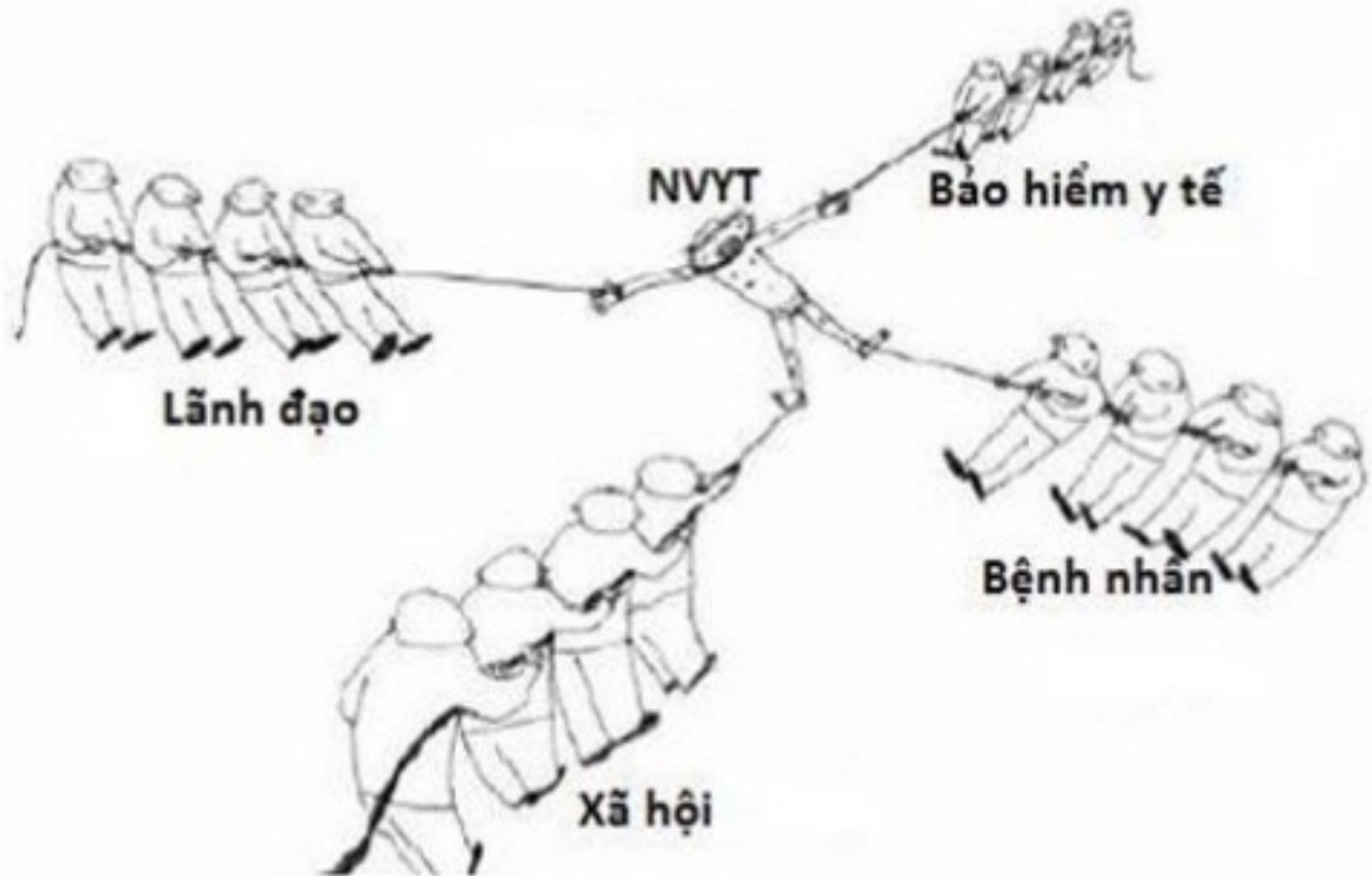
Nguồn: Cục KCB, hội nghị quốc gia tăng cường chất lượng KCB 18-19/8/2016



90% vụ hành hung cán bộ y tế xảy ra khi thầy thuốc đang cấp cứu, chăm sóc cho người bệnh

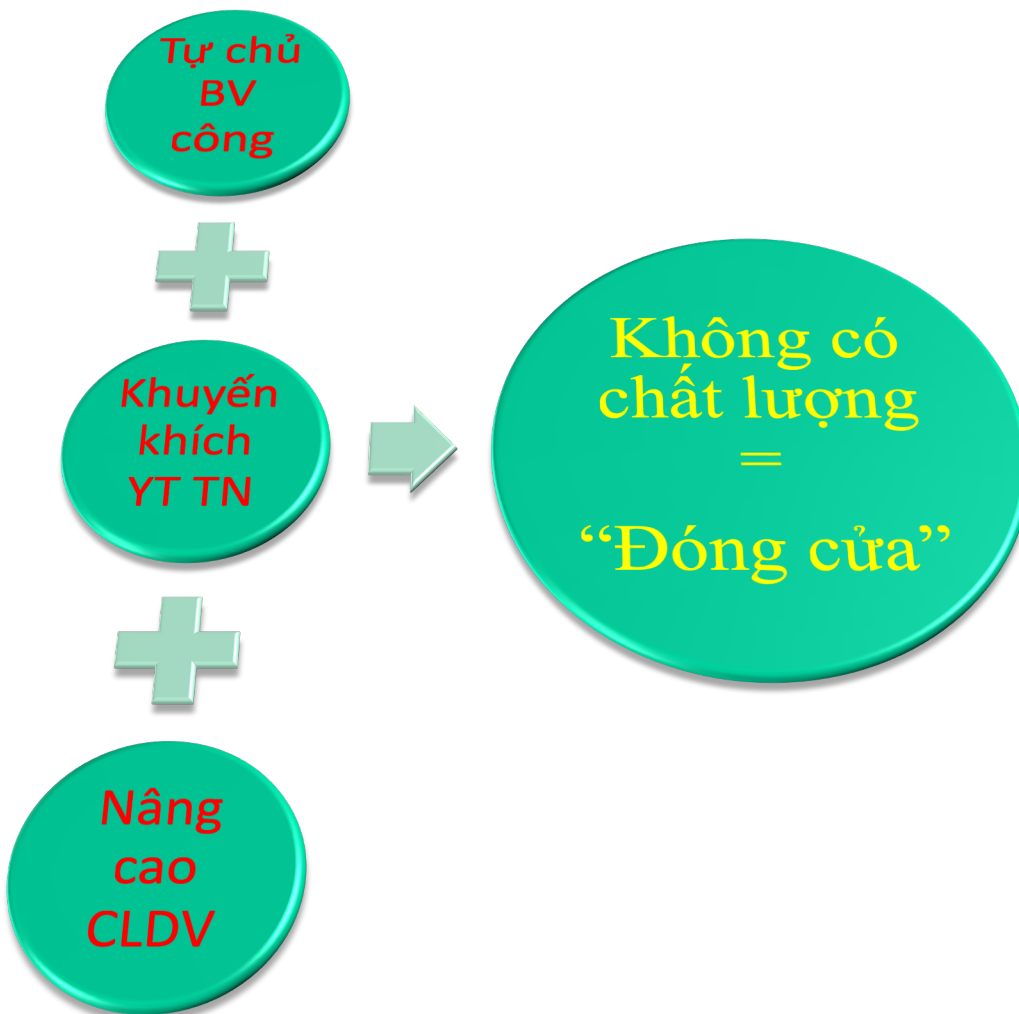


Áp lực của nhân viên y tế



Áp lực của lãnh đạo bệnh viện: 8 mâu thuẫn

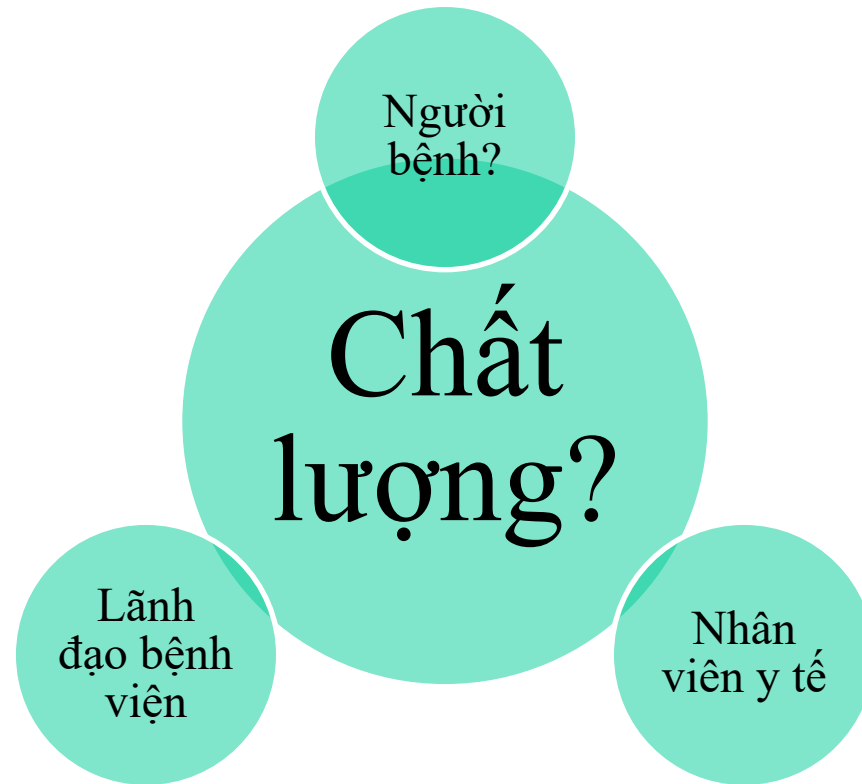
1. Giám đốc bệnh viện: Nhà chuyên môn – Nhà quản lý?
2. Quá tải bệnh viện – Chất lượng bệnh viện?
3. Giảm tải bệnh viện – Tăng nguồn thu?
4. Tăng số lượng nhân viên – Tăng thu nhập?
5. Yêu cầu của bệnh viện: Phục vụ NB tốt hơn – Yêu cầu của nhân viên: Tăng lương, thưởng?
6. Chăm lo người bệnh: KH bên ngoài – Chăm lo NVYT: khách hàng bên trong?
7. Cải tiến quy trình trong BV: NB là Trung tâm – NV YT là trung tâm?
8. Thông tin bên trong: Nhân viên – Thông tin bên ngoài: NB, báo chí



Khó khăn/thách thức trong công tác
quản lý chất lượng bệnh viện hiện
nay?

**CHẤT LƯỢNG VÀ
QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG
KHÁM CHỮA BỆNH**

Chất lượng bệnh viện?




Chất lượng là gì?

- Sự hài lòng của khách hàng
- Làm đúng việc theo đúng cách
- Làm đúng ngay từ đầu và làm tốt hơn những lần sau
- ...

Làm đúng việc theo đúng cách

Cách

		Cách	
		Đúng	Sai
Việc	Đúng		
	Sai		

Các mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh

Lồng ghép hệ thống chất lượng trong y tế

(Dr Charles Shaw, 2011)

Nghiên cứu y sinh

Hướng dẫn Quy trình chuyên môn

Lâm sàng

Tổ chức

Chứng nhận Chứng chỉ

Nghiên cứu dịch vụ y tế

Lập kế hoạch

Áp lực chuyên môn

Ấn phẩm

Đào tạo/đào tạo liên tục

Cơ chế chi trả

Tiêu chuẩn

Đo lường

Cải tiến

- Chỉ số
- Kiểm định lâm sàng
- Khảo sát
- Đánh giá đồng cấp
- Thanh tra

Cơ sở NCĐT

Đào tạo theo chuyên đề

Bộ Y tế

Hội chuyên ngành

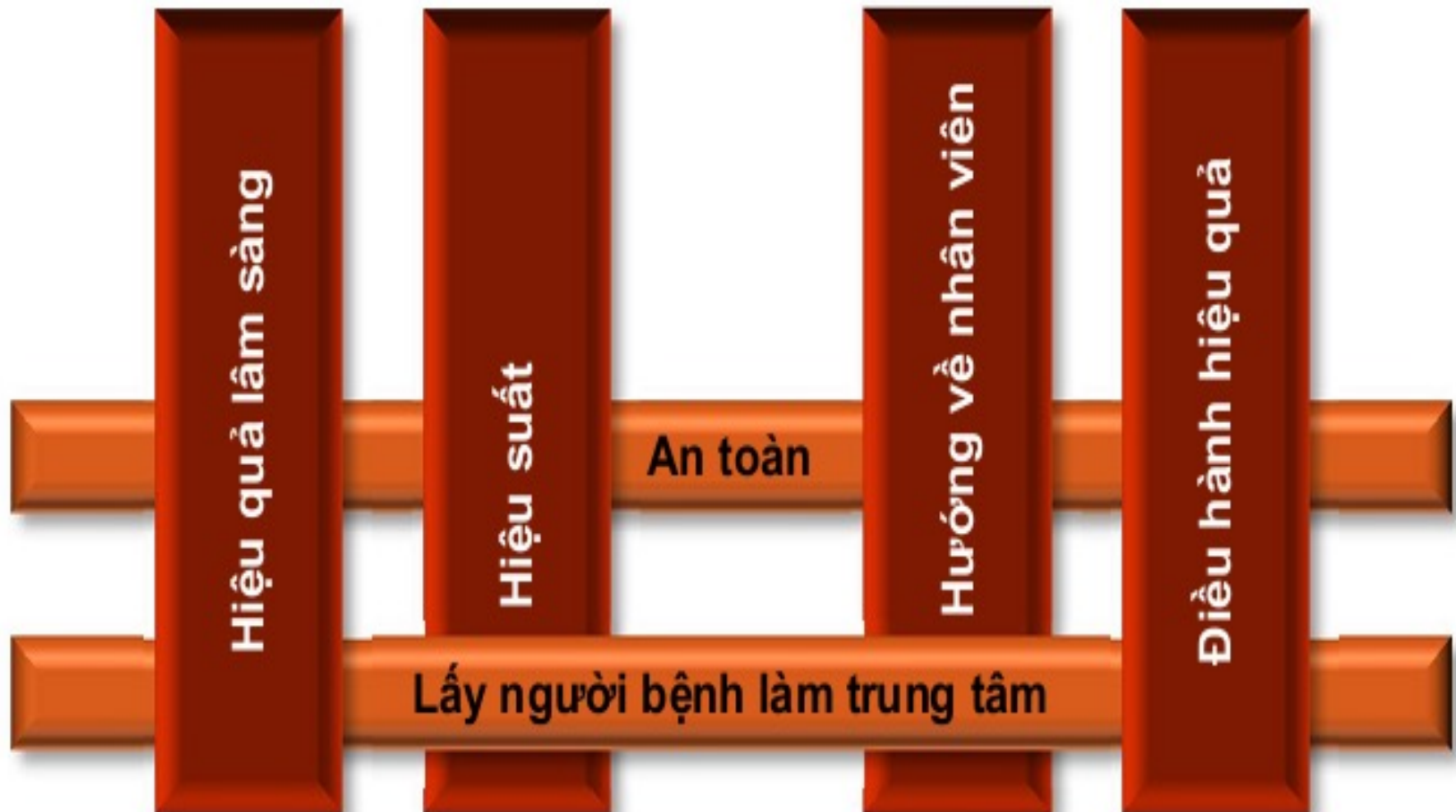
Tạp chí

Viện, trường

Thông tin tài chính y tế

Mô hình của PATH- Tổ chức y tế thế giới

Bộ công cụ đánh giá thực thi về cải tiến chất lượng bệnh viện (PATH)



Chất lượng dịch vụ BV

Chất lượng bệnh viện

An toàn (safe)

Hiệu quả
(Effective)

Người bệnh là
trung tâm
(Patient-Centered)

Đúng lúc
(Timely)

Hiệu suất cao
(Efficient)

Công bằng
(Equitable)

Chất Lượng Trong Y Tế

$$Quality = Appropriateness \times \frac{(Outcomes + Service)}{Waste}$$

$$Chất Lượng = Phù Hợp \times \frac{(Kết Quả + Dịch vụ)}{Lãng Phí}$$

- Điều Trị Phù Hợp: Cung cấp đúng điều trị và đúng lúc
- Kết Quả Y Tế: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được tăng lên sau khi điều trị (đánh giá theo quan điểm của bệnh nhân)
- Dịch Vụ Tốt: Đối xử với bệnh nhân một cách tôn trọng, cung cấp thông tin đầy đủ, môi trường y tế tiện nghi
- Lãng Phí: những việc thừa thãi – không mang lại giá trị cho bệnh nhân

Lean Healthcare – Giảm 8 Loại Lãng Phí

Lãng Phí Hành Động	Lãng Phí Thời Gian	Lãng Phí Di Chuyển	Làm Lại
<ul style="list-style-type: none">Dược sĩ mất 20 phút để đi nhiều nơi tìm một loại thuốc	<ul style="list-style-type: none">Đội ngũ mổ đợi 20 phút để bắt đầu ca mổ do một người đi trễ / thiết bị không sẵn sàng (và không làm gì khác trong thời gian đó được)	<ul style="list-style-type: none">25% bệnh nhân được trả lại cho một khoa tương đương trong vòng 36 giờ từ khi nhập viện	<ul style="list-style-type: none">Kỹ thuật viên X-Ray phải nhập lại 20-30% thông tin vì đơn yêu cầu của bác sĩ ghi sai phía cần chụp
Quá Nhiều Thủ Tục	Quá Nhiều Thứ Vô Ích	Lãng Phí Vật Tư	Lãng Phí Kiến Thức
<ul style="list-style-type: none">Y tá ghi cùng một thông tin thử của bệnh nhân vào 4 nơi khác nhau trong hồ sơ	<ul style="list-style-type: none">Giấy tờ nhập viện có 7 (trong 16) trang vô ích	<ul style="list-style-type: none">Mua thuốc nhiều quá gây Lãng Phí khi hết hạn	<ul style="list-style-type: none">Nhiều sáng kiến bị mất đi vì không được ghi lại hoặc không được để ý áp dụng

Chất lượng dịch vụ y tế ngày nay



Theo Giáo sư Lord Darzi , (2008)

Trải nghiệm người bệnh?

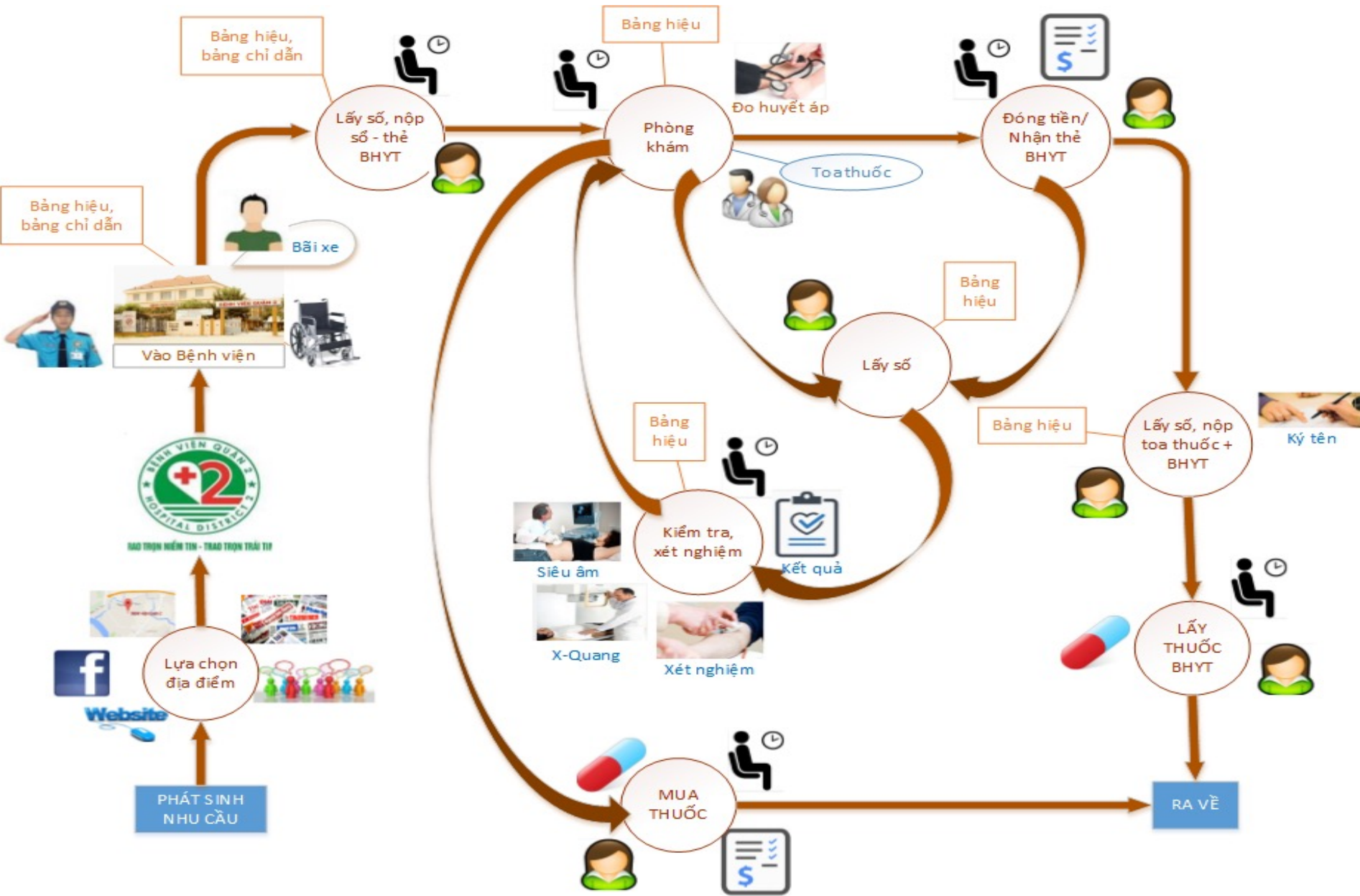


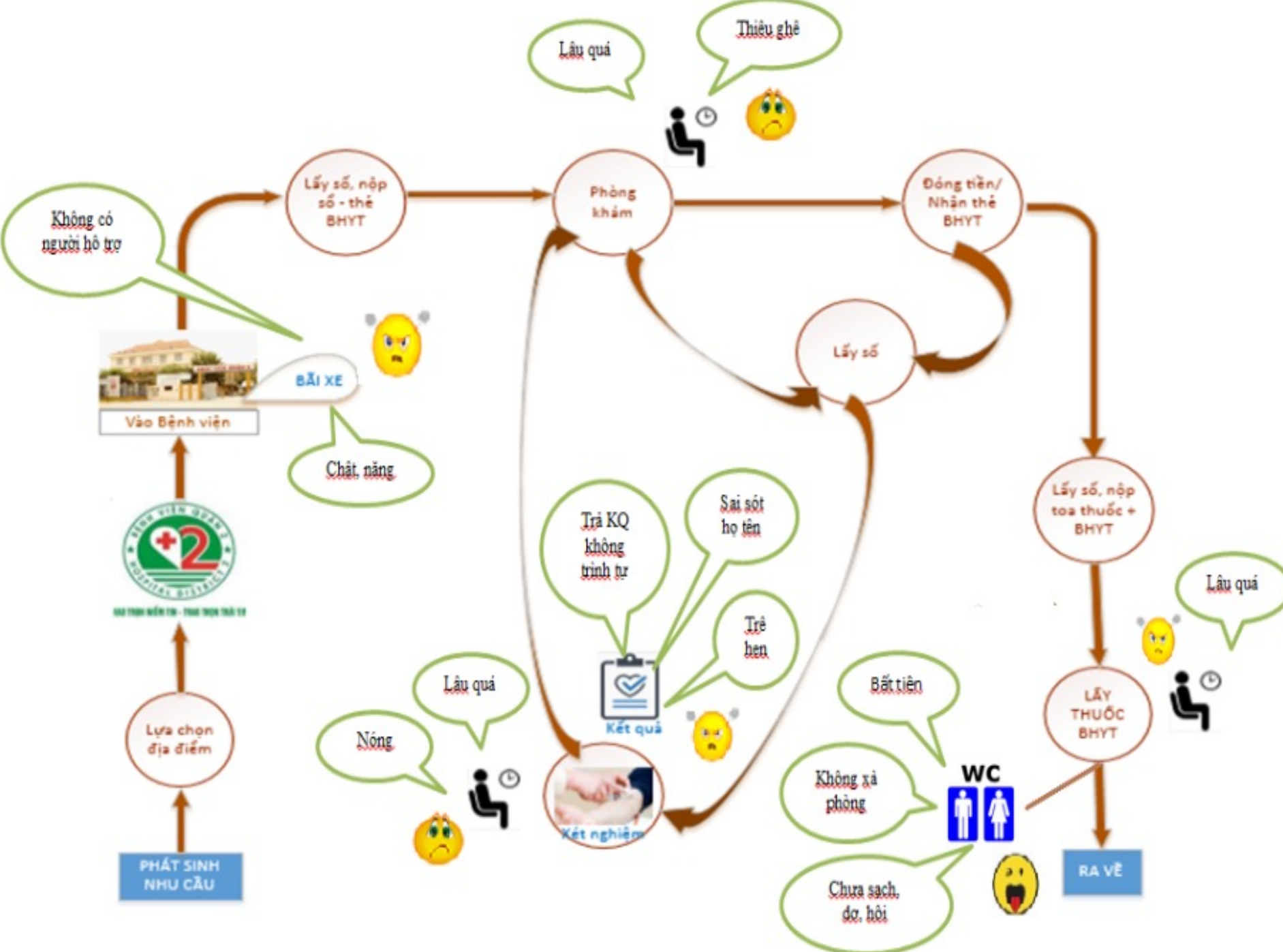
Thu hút



Giữ
chân

TÓM TẮT SƠ ĐỒ HÀNH TRÌNH BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ CÓ BHYT







Nguồn: CLB Quản Lý Chất Lượng - An Toàn Người Bệnh



Nguồn: CLB Quản Lý Chất Lượng - An Toàn Người Bệnh

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT
KHI ĐI KHÁM BỆNH CHỖ ĐÓNG BẤY (MÀN LƯỚI)

1. MỤC ĐÍCH VÀ PHẠM VI ÁP DỤNG

2. NỘI DUNG CÁC ĐIỀU CẦN BIẾT

3. CÁC ĐIỀU CẦN LƯU Ý

4. CÁC ĐIỀU CẦN LƯU Ý KHÁC

THÙNG
TỪ THIỆN



NHÀ VỆ SINH
CÔNG CỘNG

HÃY GIỮ BỆNH VIỆN
SẠCH ĐẸP



Nguồn: CLB Quản Lý Chất Lượng - An Toàn Người Bệnh

A I D E T

- A (Acknowledge) : Chào hỏi thể hiện đồng cảm
- I (Introduce) : Tự giới thiệu
- D (Duration) : Giải thích thời gian chờ đợi
- E (Explain) : Giải thích về thủ thuật
- T (Thank) : Cảm ơn sự hợp tác

VÌ MỤC TIÊU
XÂY DỰNG BỆNH VIỆN THÂN THIỆN
BVĐK ĐỒNG THÁP QUYẾT TÂM THỰC HIỆN TỐT

PHƯƠNG CHÂM 6 BIẾT

- 1. BIẾT CHÀO**
- 2. BIẾT CƯỜI**
- 3. BIẾT LẮNG NGHE**
- 4. BIẾT HƯỚNG DẪN**
- 5. BIẾT CẢM ƠN**
- 6. BIẾT XIN LỖI**

Định hướng quản lý bệnh viện tại Việt Nam

Mối liên quan giữa chu trình Deming và kiểm định chất lượng



Quality = Chất lượng

Assurance =
Sự đảm bảo

Phương pháp chất lượng cấp quốc gia



Quan điểm nên gắn kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện theo Bộ tiêu chí với:

(theo KQ khảo sát CV 1617/KCB-QLCL ngày 29/12/2015)

Quan điểm	Sở Y tế (%)	Bệnh viện (%)
Phân loại chất lượng bệnh viện	100	100
Xếp hạng bệnh viện	88.89	90.91
Khen thưởng, thi đua	100	95.45
Thanh toán bảo hiểm y tế	58.82	78.95
Phân bổ số thẻ bảo hiểm y tế	47.06	61.11
Giá dịch vụ y tế	76.47	84.21



BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /2022/TT-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm

DỰ THẢO 3 - 30.11

THÔNG TƯ

Quy định đánh giá và công nhận chất lượng bệnh viện

Căn cứ Luật Khám, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009;

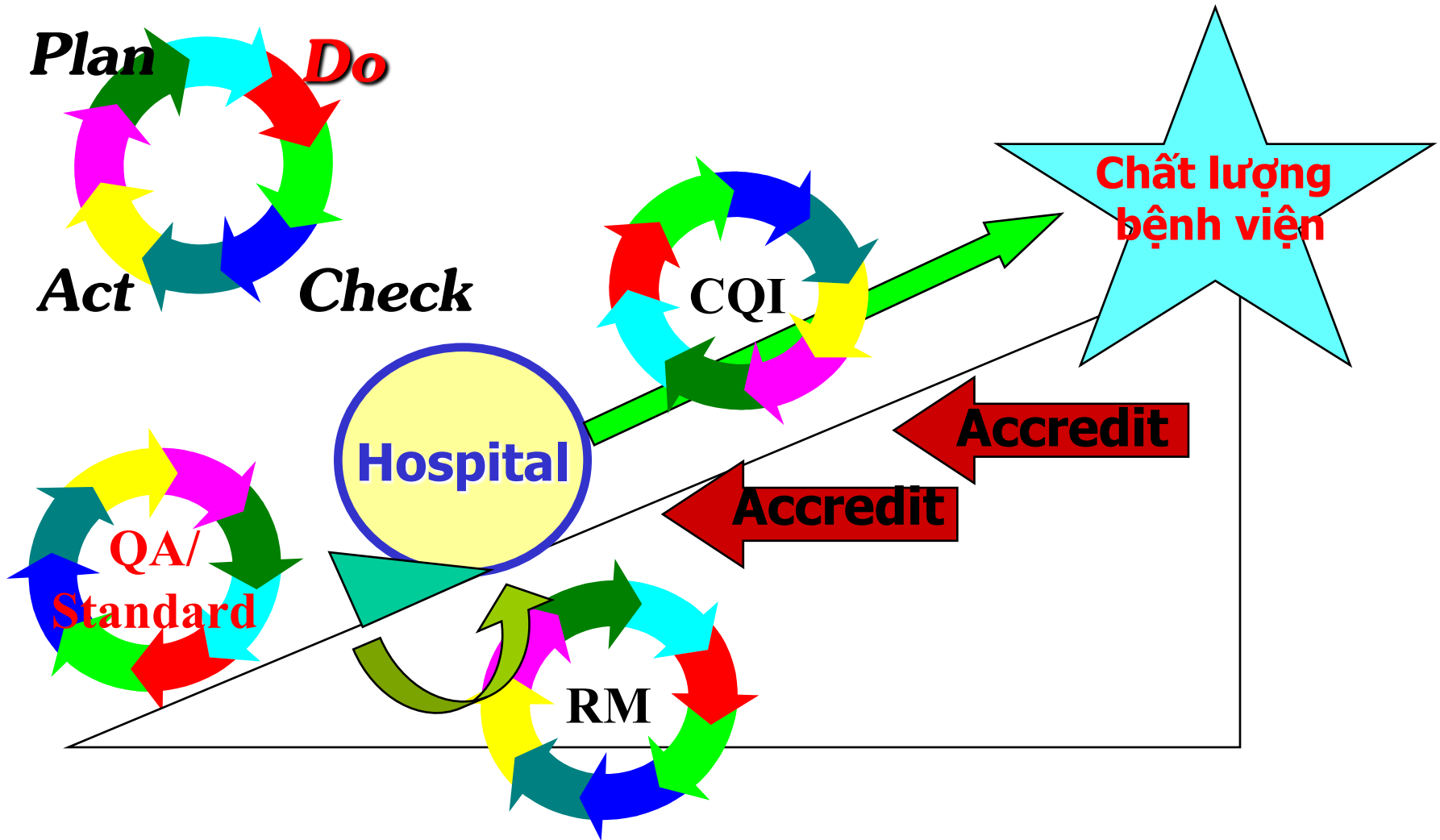
Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 về việc hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định đánh giá và công nhận chất

Chu trình cải tiến chất lượng





**NHIỆM VỤ TRỌNG
TÂM SỐ 1 LÀ NÂNG
CAO CHẤT LƯỢNG
BỆNH VIỆN!**

Các bệnh viện đang cùng tư duy...

*Xin mời quý Anh/Chị đặt câu hỏi
và thảo luận?*

Tài liệu tham khảo

- Trường đại học Y Hà Nội (2014), Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.
- Bộ y tế, Chương trình hành động quốc gia về nâng cấp chất lượng khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2013-2020.
- Lương Ngọc Khuê (2018), Đánh giá chất lượng bệnh viện định hướng chính sách và giải pháp thúc đẩy nâng cao chất lượng KCB.
- Bộ Y tế, Báo cáo tổng kết y tế năm 2019, giải pháp chủ yếu 2020.

Liên hệ:

- Email: nguyenhuuthang@hmu.edu.vn
- Mobile: 0915.313175

Xin trân trọng cảm ơn!



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

**VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG
VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG**



QUẢN LÝ NGUY CƠ - ĐẢM BẢO AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

TS. BS. Nguyễn Hữu Thắng
Bộ môn Tổ chức và Quản lý Y tế

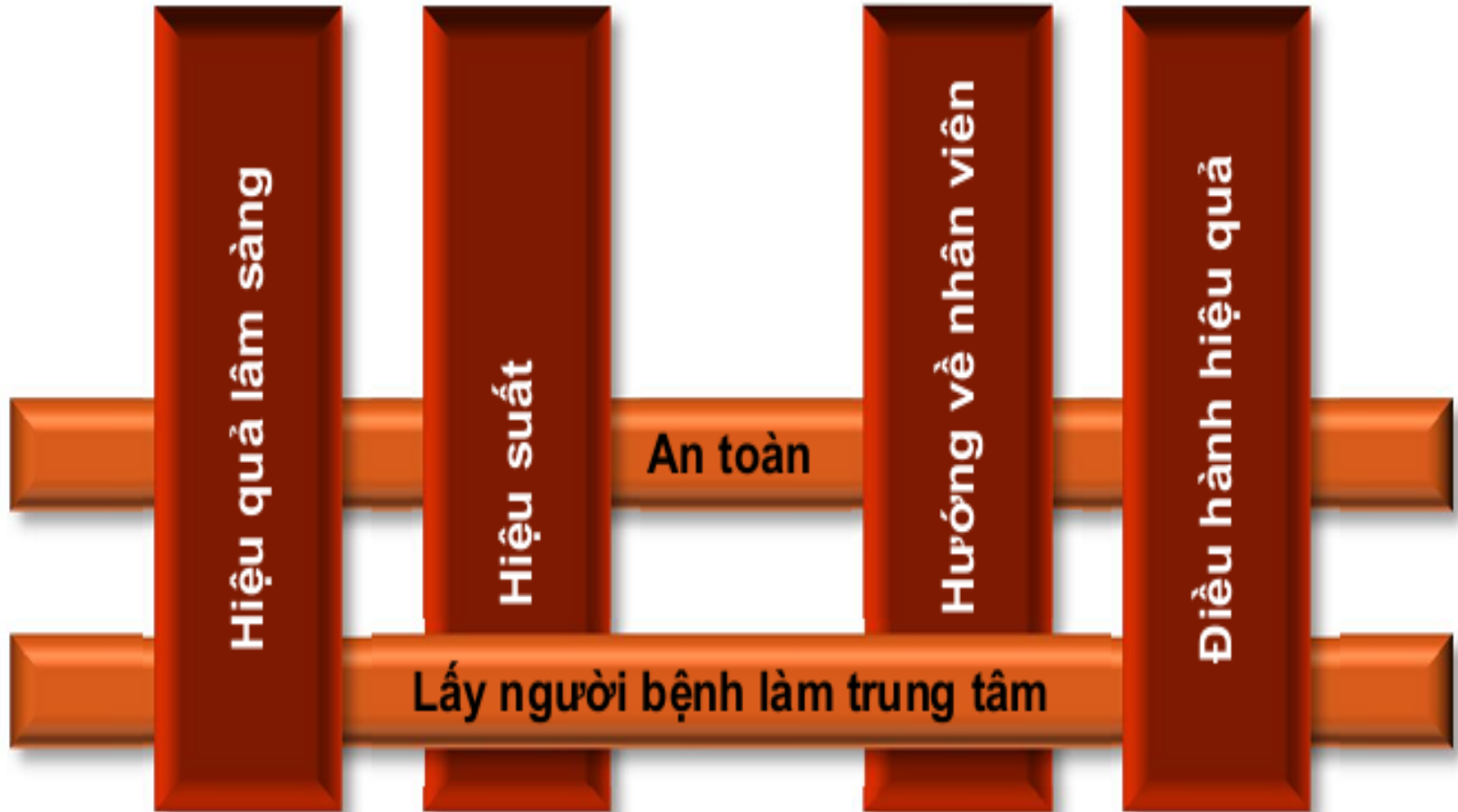
Mục tiêu

1. Trình bày được khái niệm, phân loại về nguy cơ và sự cố;
2. Trình bày được vai trò của báo cáo sự cố trong quản lý nguy cơ bệnh viện;
3. Chia sẻ kinh nghiệm của một số bệnh viện trong quản lý nguy cơ và đảm bảo an toàn người bệnh;

Phần 1: Tổng quan về nguy cơ và đảm bảo an toàn người bệnh

Mô hình của PATH- Tổ chức y tế thế giới

Bộ công cụ đánh giá thực thi về cải tiến chất lượng bệnh viện (PATH)



Chất lượng dịch vụ BV

Chất lượng bệnh viện

An toàn (safe)

Hiệu quả
(Effective)

Người bệnh là
trung tâm (Patient-
Centered)

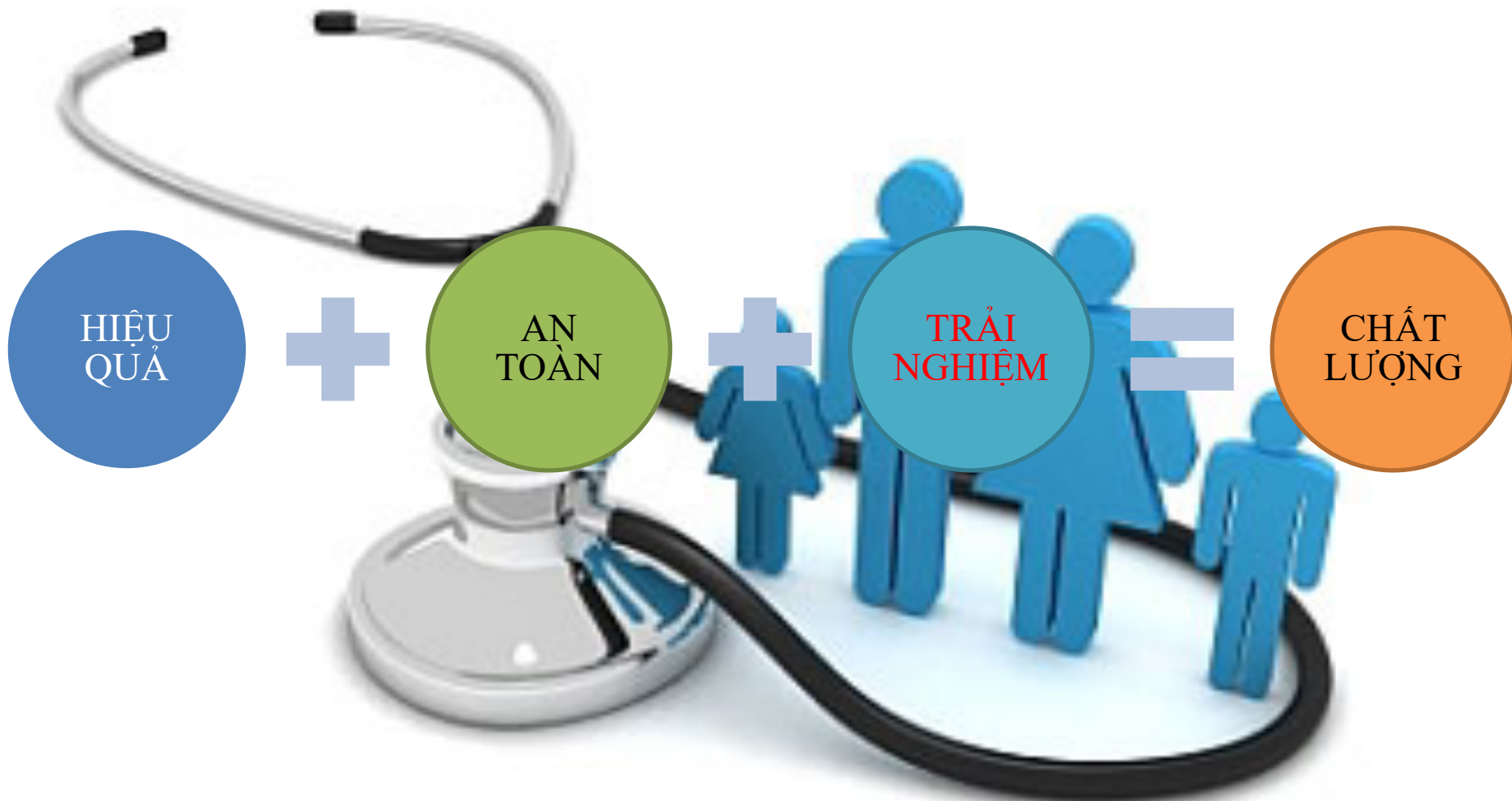
Đúng lúc (Timely)

Hiệu suất cao
(Efficient)

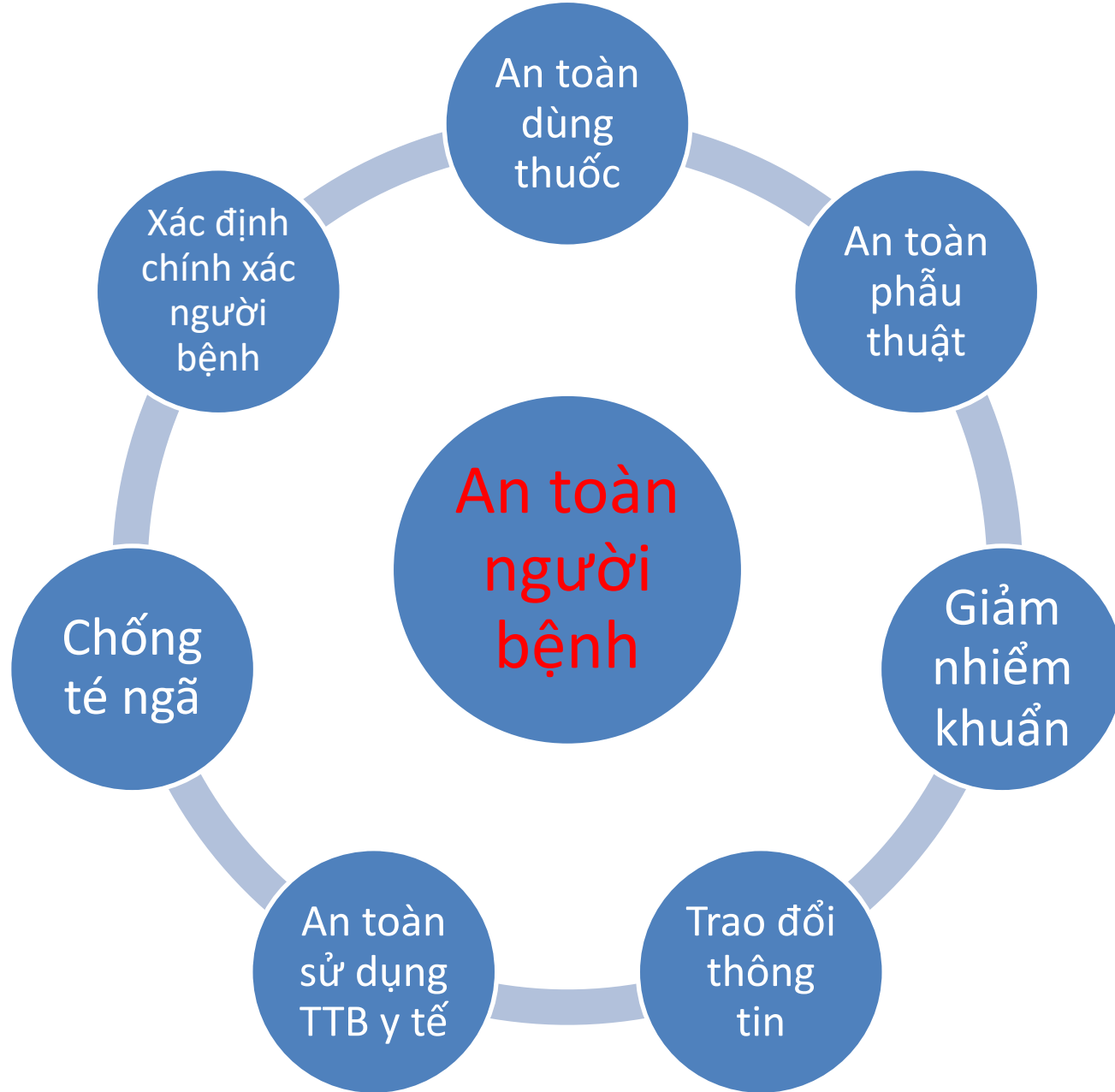
Công bằng
(Equitable)

Nguồn: Viện Y khoa Hoa Kỳ (2001)

Chất lượng dịch vụ y tế ngày nay



Theo Giáo sư Lord Darzi , (2008) High quality care for all



Thông tư 19/2013/TT-BYT

CHƯƠNG D2. PHÒNG NGỪA CÁC SỰ CỐ VÀ KHẮC PHỤC (5)

D2.1	Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

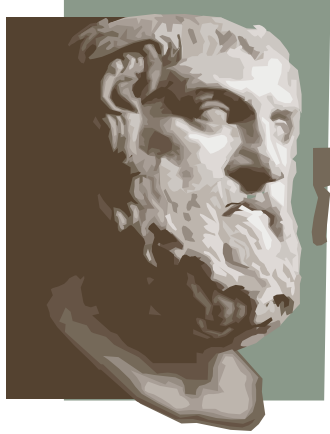
Số: *43* /2018/TT-BYT

Hà Nội, ngày *26* tháng *12* năm 2018

THÔNG TƯ

Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa
trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

**TẠI SAO NÓI MÔI TRƯỜNG Y TẾ
LÀ MÔI TRƯỜNG TIỀM ẨN
NHIỀU NGUY CƠ?**

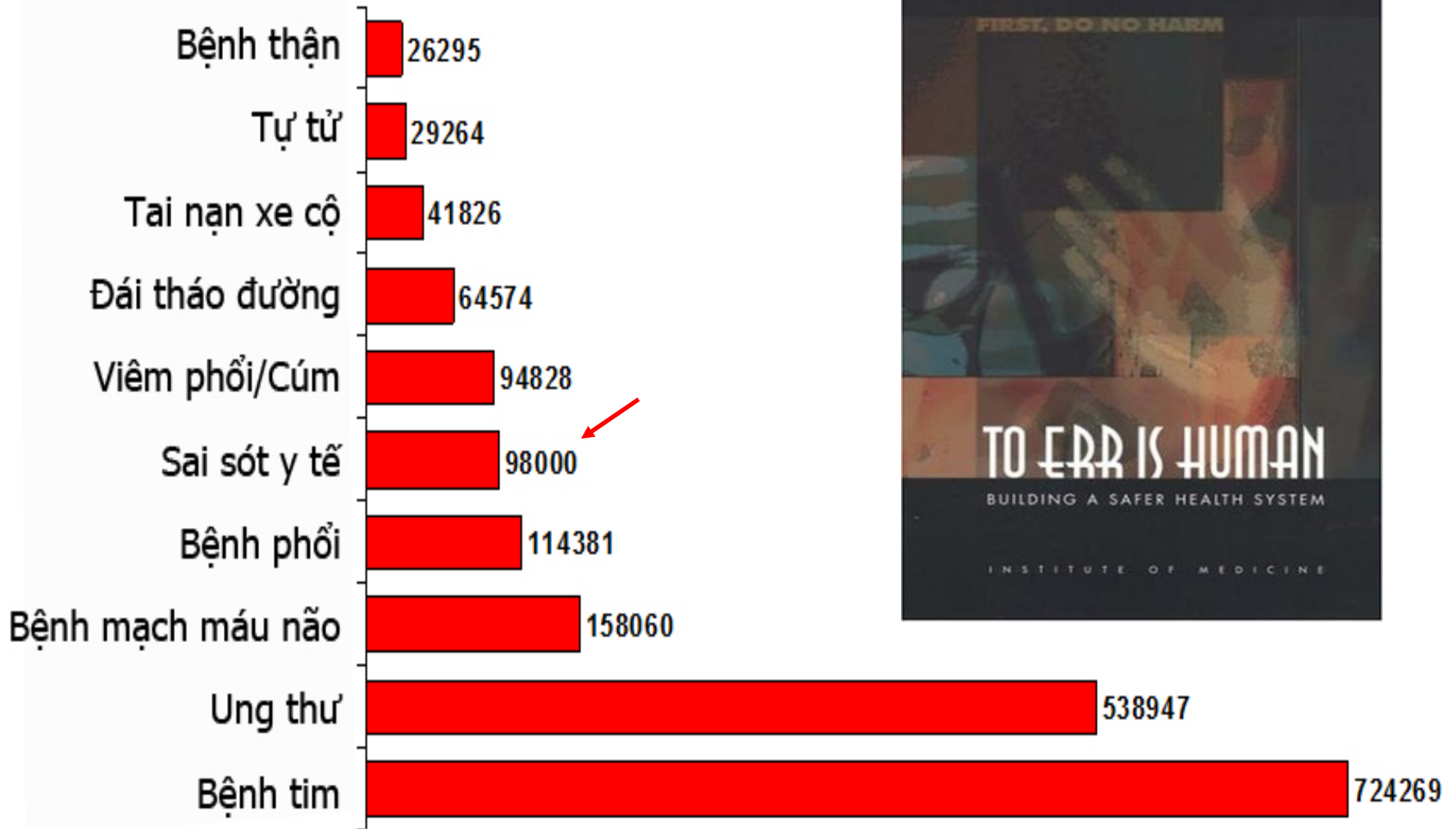


“First do no harm”

Hippocratic Oath

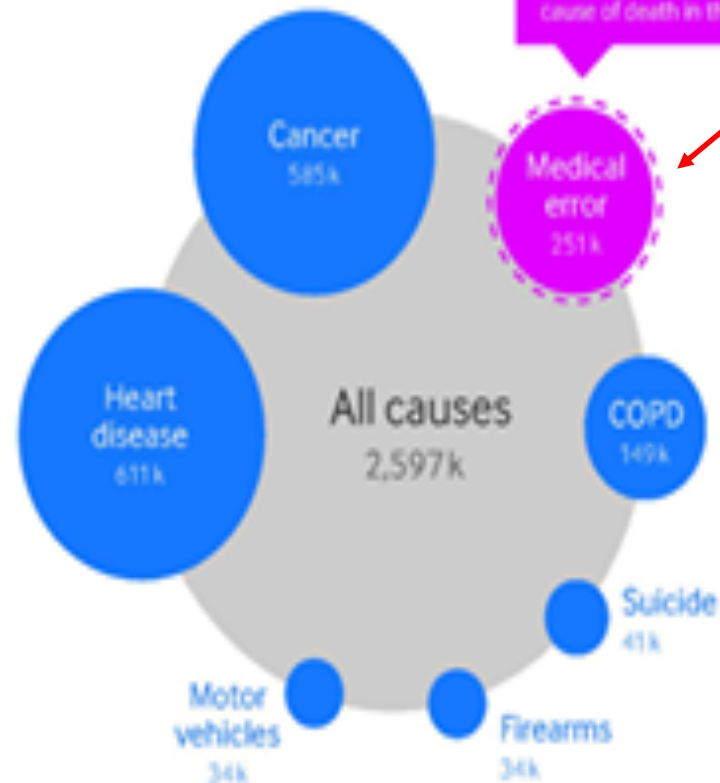
“Trước tiên là không gây hại”

10 nguyên nhân tử vong chính tại Mỹ - 1998





Causes of death, US, 2013



Based on our estimate, medical error is the 3rd most common cause of death in the US

Sai sót y khoa là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 ở Mỹ sau bệnh tim và ung thư.

- Con số thật có thể còn cao hơn.
- Lỗi hệ thống
- Cần ghi nhận tốt hơn

However, we're not even counting this - medical error is not recorded on US death certificates

© 2016 BMJ Publishing group Ltd.

Data source:
http://www.cdc.gov/nchs/data/ncsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf

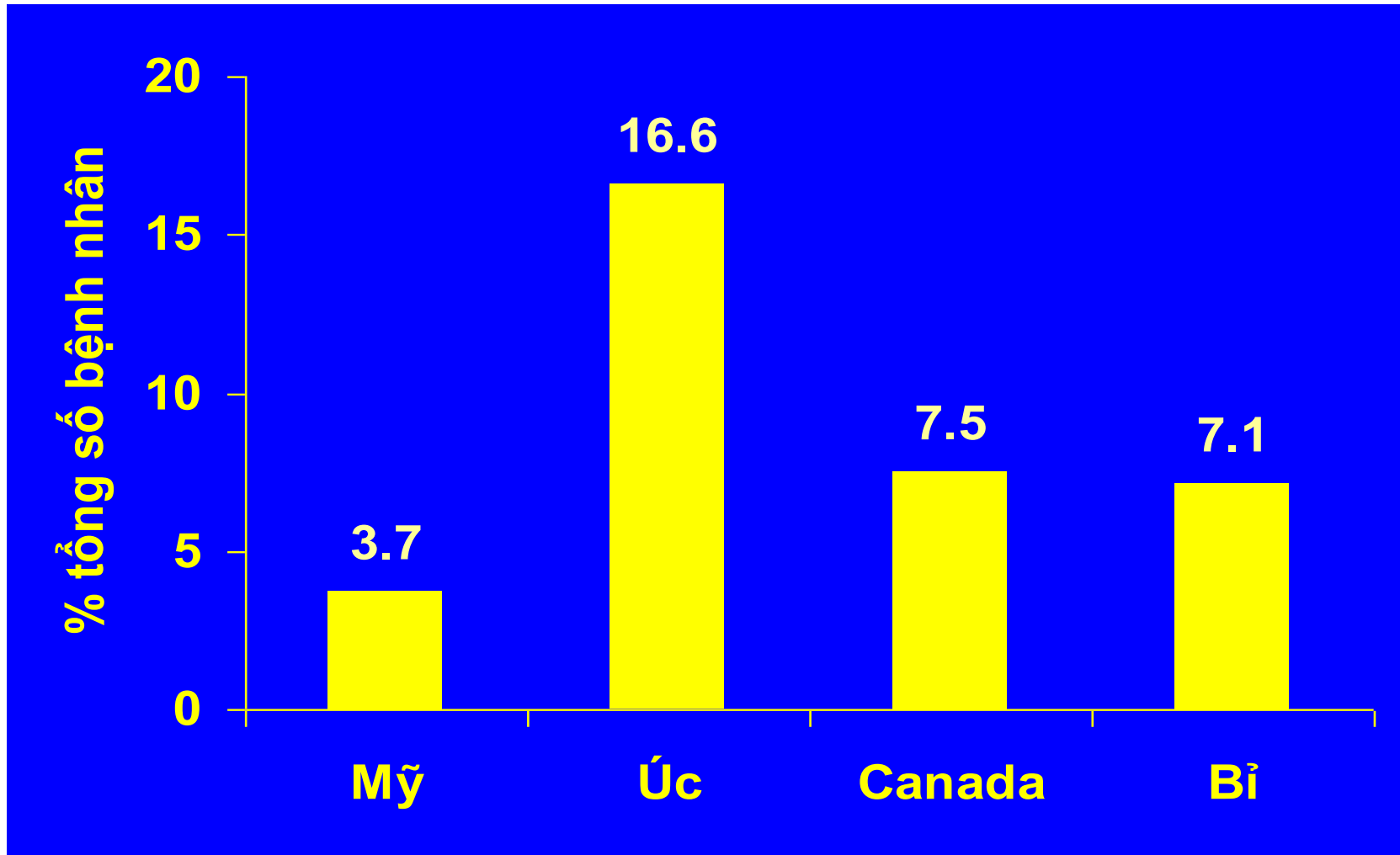
Nguồn công bố 03/05/2016:

<http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>

http://www.medscape.com/viewarticle/862832?title=104512_3901&src=wml_news&it_160503_MSCPEdit&uac=804110&impID=1084165&faf=1

Windows Ink Work

Tỷ lệ NB bị tai biến do sai sót/sự cố y khoa



(*Source: Brennan TA et al., NEJM, 1991; 324:370-6;

Theo Tổ chức y tế thế giới

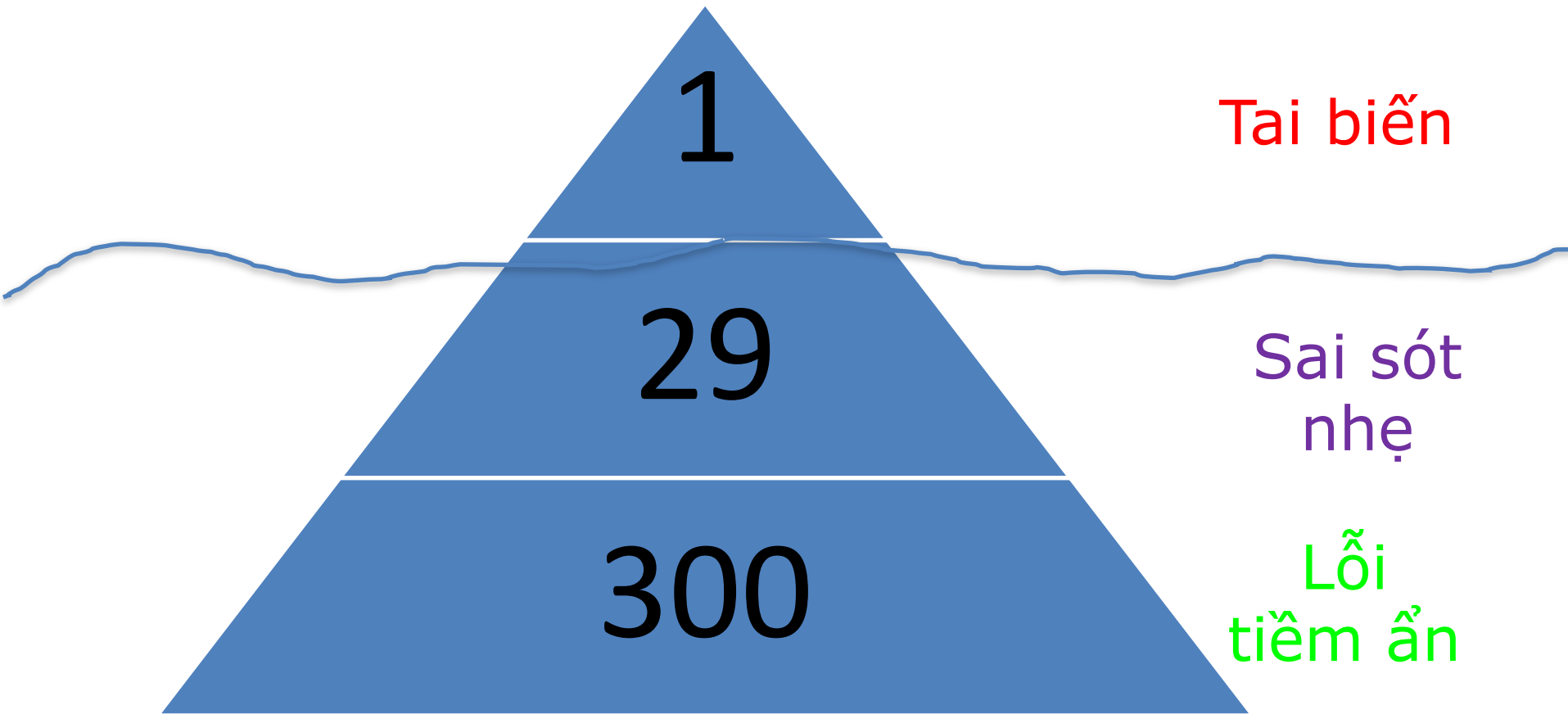
- 10 người bệnh nhập viện có 1 người gặp nguy hại khi cung cấp dịch vụ y tế
- 100 người nhập viện có 14 người nhiễm khuẩn bệnh viện
- 20-40% chi phí y tế bị lãng phí do chất lượng y tế kém và hậu quả của các sự cố y khoa

Một số khái niệm

Vấn đề	Nguy cơ	Sự cố
Sàn nhà trơn trượt		
Người bệnh ngã		
Chữ viết xấu		
Sao chép nhầm thuốc		
Điều dưỡng lấy nhầm thuốc chuẩn bị tiêm cho BN		
Dược sĩ phát thuốc sai đơn nhưng được phát hiện ra		
Giường bệnh không có thanh chắn		
Người bệnh không được đánh dấu vị trí mổ		
Mổ nhầm bên		
Không kiểm tra gạc, dụng cụ		
Sốt gạc/dụng cụ		
Hai nồng độ của 1 loại thuốc để trong cùng 1 hộp		

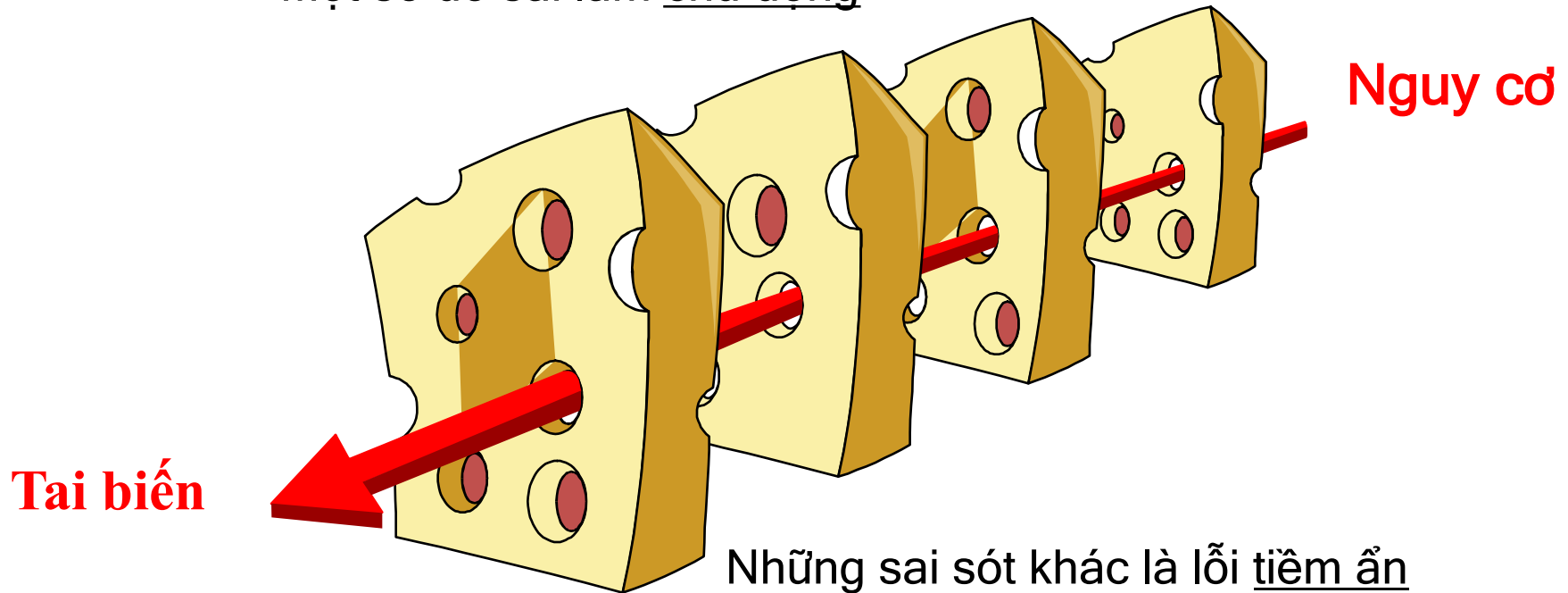
**NGUY CƠ?
SỰ CỐ?**

Nguyên lý HEINRICH



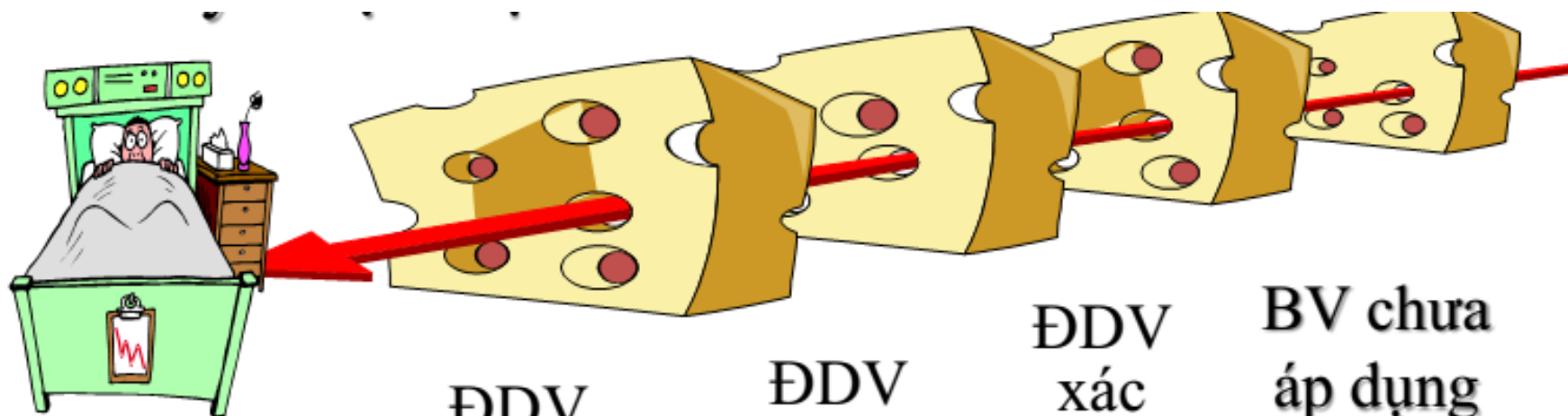
Nguyên lý quản lý nguy cơ trong bệnh viện

Một số do sai lầm chủ động



Những lớp bảo vệ hiệu quả, rào cản và gác cửa an toàn

James Reason - Human Error: models and management,
BMJ 2000;320;768-770



NB dùng
nhầm
thuốc

ĐDDV
đưa
nhầm
thuốc
cho NB

ĐDDV
xác
định
nhầm
NB

ĐDDV
xác
định
NB
bằng
miệng

BV chưa
áp dụng
băng nhận
dạng NB

Phân tích nguyên nhân sự cố

- 70% các sự cố y khoa không mong muốn có nguồn gốc từ các yếu tố của hệ thống và chỉ có 30% là do cá nhân người hành nghề.

Phân tích nguyên nhân sự cố

Hệ thống

YẾU TỐ QUẢN LÝ ĐIỀU HÀNH

Chính sách, cơ chế vận hành, tổ chức cung cấp dịch vụ, bố trí nguồn lực, đào tạo nhân viên và kiểm tra, giám sát



YẾU TỐ MÔI TRƯỜNG NƠI LÀM VIỆC

Môi trường vật lý (ánh sáng, nhiệt độ, tiếng ồn, nơi làm việc chật hẹp), quá tải công việc, áp lực tâm lý



YẾU TỐ CHUYÊN MÔN

Bệnh bất định, xác suất, dùng thuốc, phẫu thuật, thủ thuật dễ gây phản ứng



YẾU TỐ NGƯỜI HÀNH NGHỀ

Kiến thức, kinh nghiệm, đạo đức nghề nghiệp, sức khỏe, tâm lý..



SỰ CỐ XẢY RA

Cá nhân

Phân loại sự cố theo mức độ ảnh hưởng

Mô tả sự cố y khoa	Phân nhóm		Hình thức báo cáo
	Theo diễn biến tình huống	Theo mức độ tổn thương đến sức khỏe, tính mạng người bệnh (Cấp độ nguy cơ-NC)	
Tình huống có nguy cơ gây ra sự cố (near miss)	A	Chưa xảy ra (NC0)	Báo cáo tự nguyện
Sự cố đã xảy ra, chưa tác động trực tiếp đến người bệnh	B	Tổn thương nhẹ ¹ (NC1)	
Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, chưa gây nguy hại.	C		
Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, cần phải theo dõi hoặc đã can thiệp điều trị kịp thời nên không gây nguy hại	D		
Sự cố đã xảy ra gây nguy hại tạm thời và cần phải can thiệp điều trị	E	Tổn thương trung bình ² (NC2)	
Sự cố đã xảy ra, gây nguy hại tạm thời, cần phải can thiệp điều trị và kéo dài thời gian nằm viện	F		

Phân loại sự cố theo mức độ ảnh hưởng

Mô tả sự cố y khoa	Phân nhóm		Hình thức báo cáo
	Theo diễn biến tình huống	Theo mức độ tổn thương đến sức khỏe, tính mạng người bệnh (Cấp độ nguy cơ-NC)	
Sự cố đã xảy ra gây nguy hại kéo dài, để lại di chứng	G	Tổn thương nặng ³ (NC3) (kèm theo bảng sự cố y khoa nghiêm trọng)	Báo cáo bắt buộc
Sự cố đã xảy ra gây nguy hại cần phải hồi sức tích cực	H		
Sự cố đã xảy ra có ảnh hưởng hoặc trực tiếp gây tử vong	I		

Phân loại sự cố theo nguyên nhân

- Nhân viên
- Người bệnh
- Môi trường làm việc
- Tổ chức, dịch vụ
- Yếu tố bên ngoài

Danh mục các sự cố cơ sở y tế phải báo cáo

1. Nhóm sự cố do phẫu thuật, thủ thuật
2. Nhóm sự cố do môi trường
3. Nhóm sự cố liên quan tới chăm sóc
4. Nhóm sự cố liên quan tới quản lý người bệnh
5. Nhóm sự cố liên quan tới thuốc và thiết bị
6. Nhóm sự cố liên quan tới tội phạm

Danh mục các sự cố cơ sở y tế phải báo cáo

1) Sự cố do phẫu thuật, thủ thuật

- Phẫu thuật nhầm vị trí trên người bệnh
- Phẫu thuật nhầm người bệnh
- Phẫu thuật sai phương pháp trên người bệnh
- Sốt gạc dụng cụ
- Tử vong trong hoặc ngay sau khi phẫu thuật thường quy

2) Sự cố do môi trường

- Bị shock do điện giật
- Bị bỏng trong khi điều trị tại bệnh viện
- Cháy nổ ôxy, bình ga, hóa chất độc hại..

Danh mục các sự cố cơ sở y tế phải báo cáo

3) Sự cố liên quan đến chăm sóc

- Dùng nhầm thuốc (sự cố liên quan đến 5 đúng)
- Nhầm nhóm máu hoặc sản phẩm của máu
- Chấn thương đối với sản phụ có nguy cơ thấp
- Ngã trong thời gian nằm viện
- Loét do tỳ đè giai đoạn 3-4 trong khi nằm viện
- Không chỉ định xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh dẫn đến xử lý không kịp thời
- Hạ đường huyết
- Tai biến do tiêm/chọc dò tủy sống, làm thủ thuật

Danh mục các sự cố cơ sở y tế phải báo cáo

4) Sự cố liên quan tới quản lý người bệnh

- Giao nhầm trẻ sơ sinh lúc xuất viện
- Người bệnh gặp sự cố ở ngoài cơ sở y tế
- Người bệnh chết do tự tử, tự sát hoặc tự gây hại

5) Sự cố liên quan tới thuốc và thiết bị

- Sử dụng thuốc, thiết bị và chất sinh học bị nhiễm khuẩn
- Sử dụng các thiết bị hỏng/thiếu chính xác trong điều trị và chăm sóc
- Đặt thiết bị gây tắc mạch do không khí

6) Sự cố liên quan tới tội phạm

- Do NVYT chủ định gây sai phạm
- Bắt cóc người bệnh
- Lạm dụng tình dục đối với người bệnh trong cơ sở y tế

TẠI SAO phải báo cáo
sự cố?

HỌC TỪ SAI SÓT/LỖI!

HỌC TỪ SAI SÓT/LỖI!

Sự cố xảy ra

Trước đây

Nguyên nhân

Hiện nay

Ai làm sai

Cái gì sai

Buộc tội cá nhân

- Con người
- Thiết bị
- Quy trình
- Đào tạo
- Môi trường

KỶ LUẬT

BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

Lý do nhân viên y tế
KHÔNG báo cáo sự cố?

Làm thế nào để
nhân viên y tế **TỰ**
NGUYỆN báo cáo
sự cố?

Báo cáo sự cố bắt buộc của BV Hùng Vương, tp. HCM

Từ tháng 7/2014 đến nay (*trong 24 tháng*), bệnh viện đã thu nhận được 2.121 sự cố bắt buộc xảy ra trên 1.946 bệnh nhân, trong đó có 1.162 bác sĩ (59%) và 805 điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên đã tham gia hệ thống báo cáo này.

Phân loại sự cố, kết quả có đến 72% sự cố liên quan đến quy trình, thủ thuật lâm sàng; 24,7% nhiễm khuẩn bệnh viện; 1% sự cố liên quan đến dụng cụ, thiết bị y khoa. Trong đó, có 85% sự cố đã xảy ra ở gây ảnh hưởng cho người bệnh ở mức độ trung bình; 9% ảnh hưởng nặng và 4% gây tử vong cho người bệnh.

Báo cáo sự cố tự nguyện của BV Từ Dũ, tp. HCM

- “Sự cố của người này là bài học của người khác”
- “Tránh sự cố lặp lại”

“Làm sao để 100% nhân viên hiểu về quy trình - quy định: tổ chức "gameshow" hàng tuần theo kiểu Rung Chuông Vàng, là một hình thức đào tạo liên tục”

“Xây dựng "Văn Hóa An Toàn", không làm nhục người gây ra sự cố, cùng với thưởng phạt hợp lý. Và đặt biệt là nếu nhân viên nào thấy sai mà không báo cáo thì sẽ bị cho thôi việc”

GS.TS Đỗ Tất Cường Phó
Tổng giám đốc Công ty
cổ phần Bệnh viện Đa
khoa Quốc tế Vinmec

Ở VINMEC



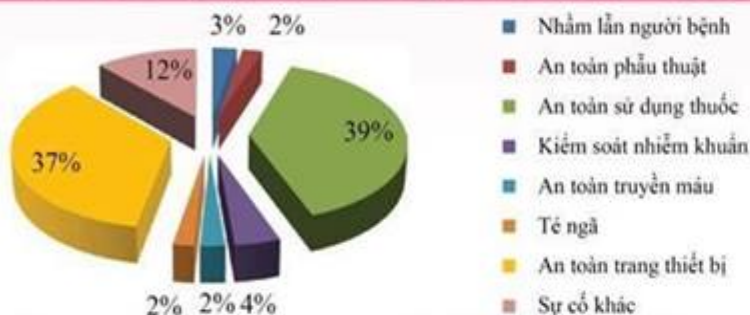
Hệ thống kiểm soát chất lượng
Quality monitoring

Mạng lưới kiểm soát chất lượng - Hệ thống kiểm soát chất lượng
QA network - PCI
Thành viên kiểm soát chất lượng các khoa, phòng

TIẾN ĐỘ ISO 9001:2015

Thực hiện Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện, 9 khoa/phòng trong bệnh viện đã triển khai xây dựng Hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO 9001:2015. Đến nay, các khoa/phòng đã và đang trong giai đoạn soạn thảo và chỉnh sửa các quy trình theo yêu cầu ISO 9001:2015.

TỔNG KẾT SỰ CỐ Y KHOA ĐƯỢC BÁO CÁO NĂM 2016



KẾT QUẢ KIỂM TRA BỆNH VIỆN NĂM 2016

Theo kết quả kiểm tra chất lượng bệnh viện năm 2016, bệnh viện Chợ Rẫy đạt 3,91/5 điểm.



Bản tin lưu hành nội bộ, xuất bản mỗi 3 tháng
 Chịu trách nhiệm nội dung: Phòng Quản lý Chất lượng, Bệnh viện Chợ Rẫy
 Tài trợ in ấn: Công ty MSD



BẢN TIN AN TOÀN TRONG Y TẾ

An toàn - Hiệu quả - Liên tục cải tiến

Nội dung

bản tin hôm nay:

Giám đốc bệnh viện khen thưởng cho các tập thể có thành tích bảo vệ an toàn y khoa.

THÔNG TIN MỚI: Tổng kết 1 năm Chương trình giám sát sử dụng kháng sinh.

BAI HỌC TRONG THÁNG: Sử dụng đúng loại ống xét nghiệm và đúng cách khi lấy máu bệnh phẩm

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN HÔM NAY: Xác định đúng bệnh nhân trước khi cung cấp dịch vụ

GIÁM ĐỐC KHEN THƯỞNG CÁC TẬP THỂ CÓ THÀNH TÍCH BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA

Nhằm khuyến khích các đơn vị trong bệnh viện tích cực báo cáo sự cố y khoa, Giám đốc bệnh viện quyết định tặng thưởng cho các tập thể tích cực báo cáo sự cố và có những sự cố có giá trị để phân tích nhằm ngăn chặn các nguy cơ, học tập từ những sai lầm và góp phần vào hoạt động cải tiến chất lượng.

Nội dung báo cáo sự cố y khoa	Đơn vị	Khen thưởng
Báo cáo sự cố y khoa tích cực	Khoa Hồi sức Cấp cứu	3.000.000 đồng
	Tổ An toàn bệnh viện	3.000.000 đồng
Báo cáo sự cố y khoa có giá trị	Khoa Sinh hóa	2.000.000 đồng
	Khoa Bệnh Nhiệt đới	2.000.000 đồng

THÔNG TIN MỚI

Sau hơn một năm triển khai chương trình giám sát sử dụng kháng sinh trên toàn bệnh viện cho thấy: Tình hình sử dụng kháng sinh trong bệnh viện đã có những chuyển biến tích cực. Tỷ lệ tuân thủ các hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật, tỷ lệ tuân thủ các hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị đã tăng một cách đáng kể và hiện tại đã đạt trên 80%.

TỔNG KẾT MỘT NĂM CHƯƠNG TRÌNH GIÁM SÁT SỬ DỤNG KHÁNG SINH



Phần 2. Quản lý nguy cơ





XÁC ĐỊNH ĐÚNG NGƯỜI BỆNH

- Khi cung cấp dịch vụ y tế, bàn giao bệnh phải đảm bảo đúng người bệnh.
- Sử dụng ít nhất hai yếu tố (như họ tên, năm sinh, số nhập viện) để nhận dạng người bệnh.
- Không sử dụng số phòng và số giường để nhận dạng.

GIAO TIẾP HIỆU QUẢ

- Tuân thủ nguyên tắc “Viết ra, đọc lại” khi nhận y lệnh miệng hoặc khi nhận thông báo kết quả xét nghiệm qua điện thoại.
- Bàn giao, cho y lệnh phải rõ ràng, trường hợp chưa hiểu phải hỏi lại.



AN TOÀN TRONG DÙNG THUỐC

- Cảnh giác với những thuốc có nguy cơ gây phản ứng bất lợi.
- Chú ý những thuốc có hình dạng, màu sắc hoặc tên gọi gần giống nhau.

AN TOÀN TRONG PHẪU THUẬT

- Bảo đảm phẫu thuật đúng vị trí, đúng người bệnh, đúng loại phẫu thuật.
- Sử dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật; kiểm tra dụng cụ đúng và đầy đủ trước khi thực hiện phẫu thuật.



KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN

- Nghiêm túc thực hiện nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật vô khuẩn.
- Thực hiện quy trình rửa tay theo đúng quy định.

PHÒNG TRÁNH TẾ NGÃ

- Đánh giá nguy cơ té ngã ở nhóm người lớn tuổi, người có rối loạn vận động hoặc bệnh lý dễ té ngã.
- Đánh giá nguy cơ té ngã ở những người bệnh có chỉ định phẫu thuật hoặc dùng thuốc an thần.



Safe walks (tuần tra an toàn)

Cho đến tháng 9/2015, Bệnh viện đã tổ chức được 22 lần Safety Walks tới tất cả các khoa phòng lâm sàng trong bệnh viện, và đưa đến những kết quả rất khả quan. Ví dụ: số lượng sự cố được báo cáo sau 6 tháng triển khai SW đã tăng gấp 8 lần so với những tháng trước đó, 95% các sự việc đã được giải quyết; 100% nhân viên nhận định SW là một hoạt động rất thiết thực để thể hiện Văn hóa An toàn. Các thành viên của Ban lãnh đạo cũng nhận thức rõ đây là một hoạt động có ý nghĩa thực tiễn trong việc tìm hiểu thực trạng của các phòng ban.

Áp dụng công cụ
PHÂN TÍCH HÌNH THỨC SAI LỖI VÀ
TÁC ĐỘNG (FAILURE MODES AND
EFFECTS ANALYSIS)
để phòng ngừa dự phòng nguy cơ

NHÓM DỰ ÁN AN TOÀN PHẪU THUẬT

Thành viên nhóm dự án:

1. Nguyễn Đình Tiến (Trưởng nhóm)
2. Nguyễn Trọng Đại
3. Lê Tấn Lực
4. Cao Thị Kim Liên
5. Đỗ Thị Trang
6. Trịnh Thực Trang
7. Đào Thị Kim Cúc
8. Nguyễn Thị Anh Đào
9. Trần Thị Ngọc Diệu



Chỉ số RPN – Risk Priority Number

$$RPN_x = S_x \times O_x \times D_x$$

• RPN được xác định dựa trên ba nhân tố:

- S (Severity): Mức độ nghiêm trọng khi X's bị sai lỗi một cách ngẫu nhiên nào đó.
- O (Occurrence) Tần số xuất hiện các sai lỗi đó.
- D (Detection) Khả năng phát hiện của hệ thống phía sau khi X's bị sai lỗi.

VẤN ĐỀ KHÁM TIỀN MÊ TẠI GIƯỜNG



RPN : 360

- Bác sĩ gây mê phải tuân thủ theo đúng quy trình khám tiền mê trước mổ tại giường bệnh.

RPN : 150

VÒNG ĐEO TAY KHÔNG ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN



RPN : 120

- Thực hiện TONI.

RPN : 80

KHÔNG ĐÁNH DẤU VỊ TRÍ MỒ



RPN : 360

- Tuân thủ quy định đánh dấu vị trí phẫu thuật trước khi tiến hành phẫu thuật.

RPN : 80

ĐỂ RÁC KHÔNG ĐÚNG VỊ TRÍ



RPN : 45

- Đề rác đúng vị trí quy định.
- Bổ sung thêm vật chứa rác.

RPN : 24

PHÂN TÍCH HÌNH THỨC SAI LỖI VÀ TÁC ĐỘNG (FAILURE MODES AND EFFECTS ANALYSIS)

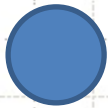
1. Xác định quá trình chuyên môn
2. Liệt kê các nguy cơ có thể xảy ra sự cố
3. Tính toán “hệ số nguy cơ theo thứ tự ưu tiên” hay còn được gọi là RPN (Risk Priority Number)
 - Nghiêm trọng
 - Tần suất xuất hiện
 - Khả năng phát hiện
4. Xác định giải pháp giảm thiểu yếu tố rủi ro
5. Giải quyết những giải pháp nhằm dự phòng những nguy cơ theo thứ tự ưu tiên.

Hệ số nguy cơ ưu tiên

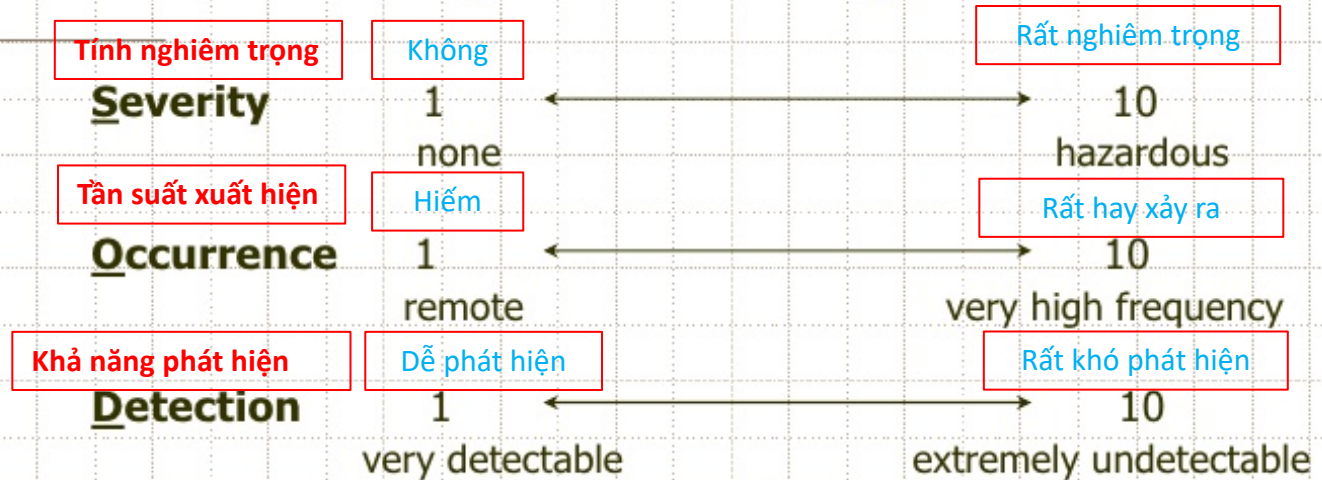
Chỉ số RPN – Risk Priority Number

$$RPN_x = S_x \times O_x \times D_x$$

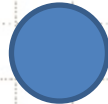
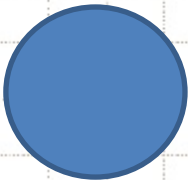
- **RPN được xác định dựa trên ba nhân tố:**
 - S (Severity): Mức độ nghiêm trọng khi X's bị sai lỗi một cách ngẫu nhiên nào đó.
 - O (Occurrence) Tần số xuất hiện các sai lỗi đó.
 - D (Detection) Khả năng phát hiện của hệ thống phía sau khi X's bị sai lỗi.



Risk Priority Number (RPN)

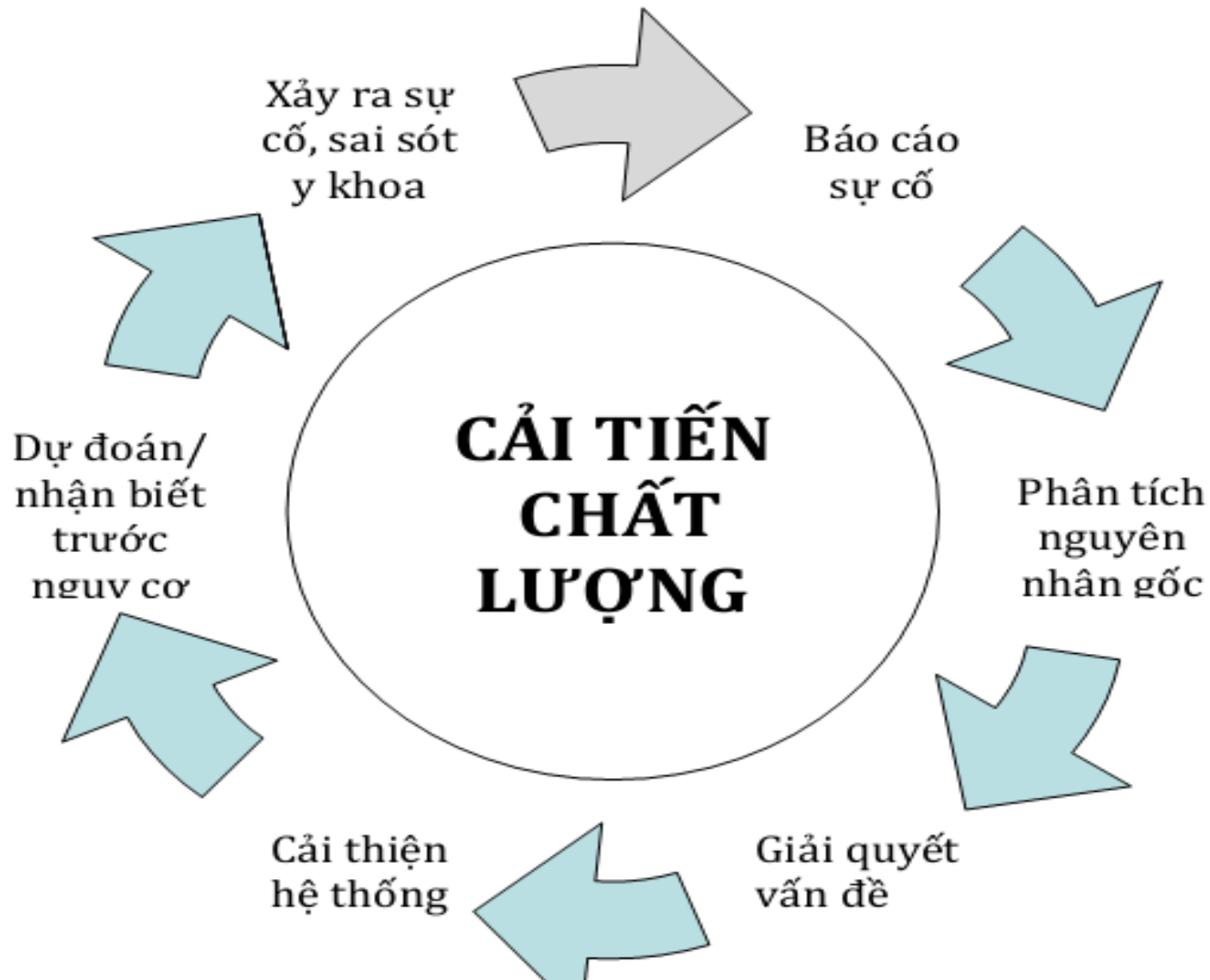


S	x	O	x	D	=	RPN
1	x	1	x	1	=	1
5	x	5	x	5	=	125
10	x	10	x	10	=	1000



Phần 3. Quản lý sự cố

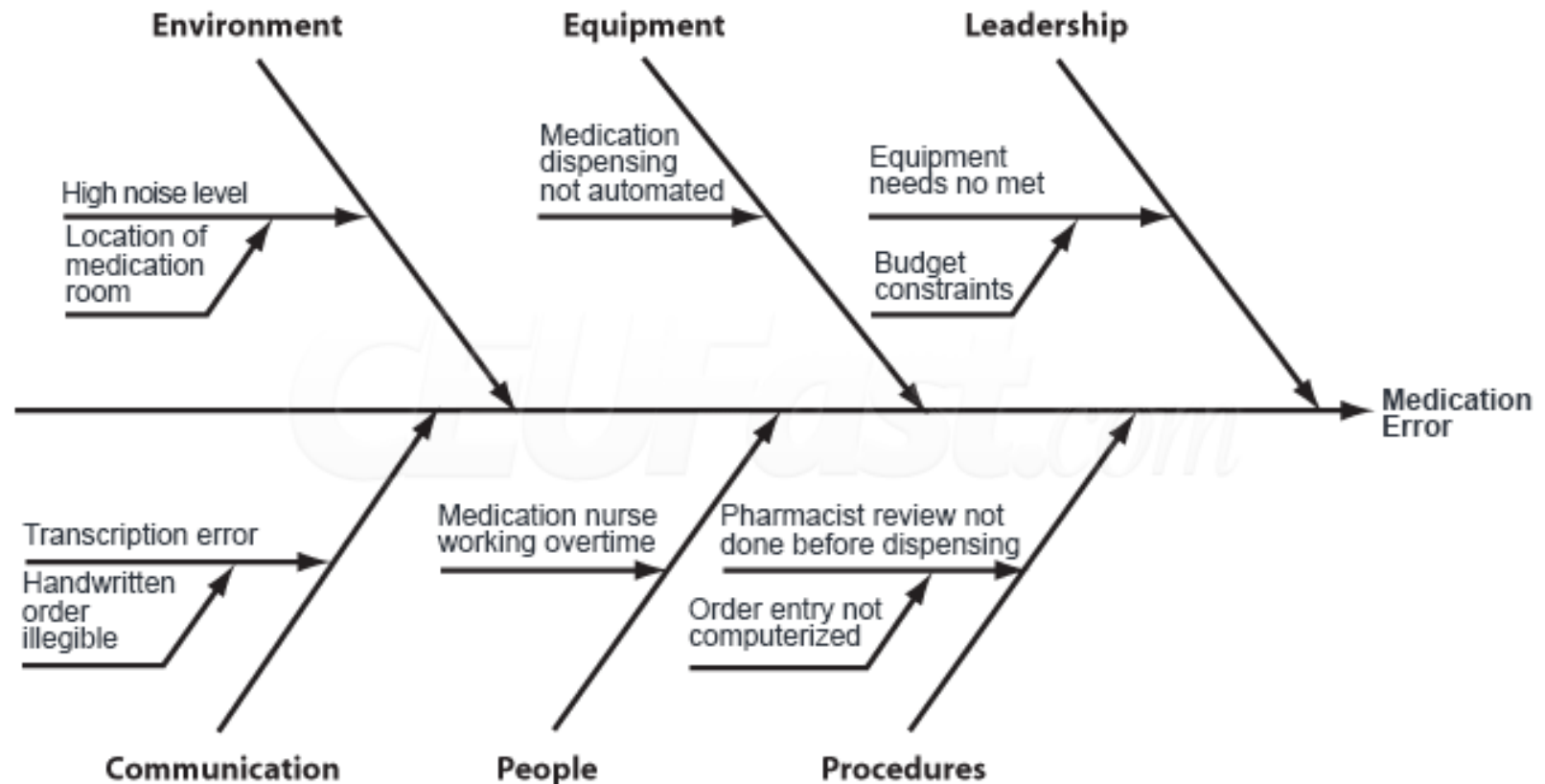
Quy trình quản lý sự cố



Phân loại hệ thống báo cáo sự cố

- Báo cáo tự nguyện (sự cố nhẹ, sự cố suýt xảy ra)
- Báo cáo bắt buộc (sự cố nghiêm trọng)

Phân Tích Nguyên Nhân Gốc Rễ



Copyright © 2013 CEUFast.com

1. Nhân viên	<input type="checkbox"/> Nhận thức (kiến thức, hiểu biết, quan niệm) <input type="checkbox"/> Thực hành (kỹ năng thực hành không đúng quy định, hướng dẫn chuẩn hoặc thực hành theo quy định, hướng dẫn sai) <input type="checkbox"/> Thái độ, hành vi, cảm xúc <input type="checkbox"/> Giao tiếp <input type="checkbox"/> Tâm sinh lý, thể chất, bệnh lý <input type="checkbox"/> Các yếu tố xã hội
2. Người bệnh	<input type="checkbox"/> Nhận thức (kiến thức, hiểu biết, quan niệm) <input type="checkbox"/> Thực hành (kỹ năng thực hành không đúng quy định, hướng dẫn chuẩn hoặc thực hành theo quy định, hướng dẫn sai) <input type="checkbox"/> Thái độ, hành vi, cảm xúc <input type="checkbox"/> Giao tiếp <input type="checkbox"/> Tâm sinh lý, thể chất, bệnh lý <input type="checkbox"/> Các yếu tố xã hội
3. Môi trường làm việc	<input type="checkbox"/> Cơ sở vật chất, hạ tầng, trang thiết bị <input type="checkbox"/> Khoảng cách đến nơi làm việc quá xa <input type="checkbox"/> Đánh giá về độ an toàn, các nguy cơ rủi ro của môi trường làm việc <input type="checkbox"/> Nội quy, quy định và đặc tính kỹ thuật
4. Tổ chức/ dịch vụ	<input type="checkbox"/> Các chính sách, quy trình, hướng dẫn chuyên môn <input type="checkbox"/> Tuân thủ quy trình thực hành chuẩn <input type="checkbox"/> Văn hóa tổ chức <input type="checkbox"/> Làm việc nhóm
5. Yếu tố bên ngoài	<input type="checkbox"/> Môi trường tự nhiên <input type="checkbox"/> Sản phẩm, công nghệ và cơ sở hạ tầng <input type="checkbox"/> Quy trình, hệ thống dịch vụ
6. Khác	<input type="checkbox"/> Các yếu tố không đề cập trong các mục từ 1 đến 5

Nguyên nhân gốc rễ của vấn đề?

Một trường hợp quá liều thuốc mê đã xảy ra ở trẻ em.

Một điều dưỡng bị kỷ luật.

Và sau đó người ta phát hiện ra rằng lỗi tương tự đã xảy ra ở hai đơn vị khác nơi điều dưỡng cũng đã bị xử lý kỷ luật sáu tháng trước.

Phân tích nguyên nhân cốt lõi chỉ ra rằng có hai nồng độ Hydromorphone (một loại gấp 10 lần của loại kia) được đặt trong cùng 1 hộp pha chế ở các đơn vị

Hệ thống báo cáo sự cố y khoa cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Thành lập Ban An toàn người bệnh thuộc Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện

Nhiệm vụ:

- Trực tiếp tiến hành điều tra và báo cáo nhanh trong vòng 24 giờ từ khi xảy ra sự cố tại bệnh viện mình cho Ban An toàn người bệnh Bộ Y tế/Sở Y tế chủ quản.
- Triển khai thực hiện các khuyến cáo của Ban An toàn người bệnh quốc gia và Ban An toàn người bệnh cấp tỉnh.
- Xây dựng quy trình chuẩn quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện, báo cáo về Bộ Y tế/Sở Y tế để theo dõi giám sát việc thực hiện quy trình.

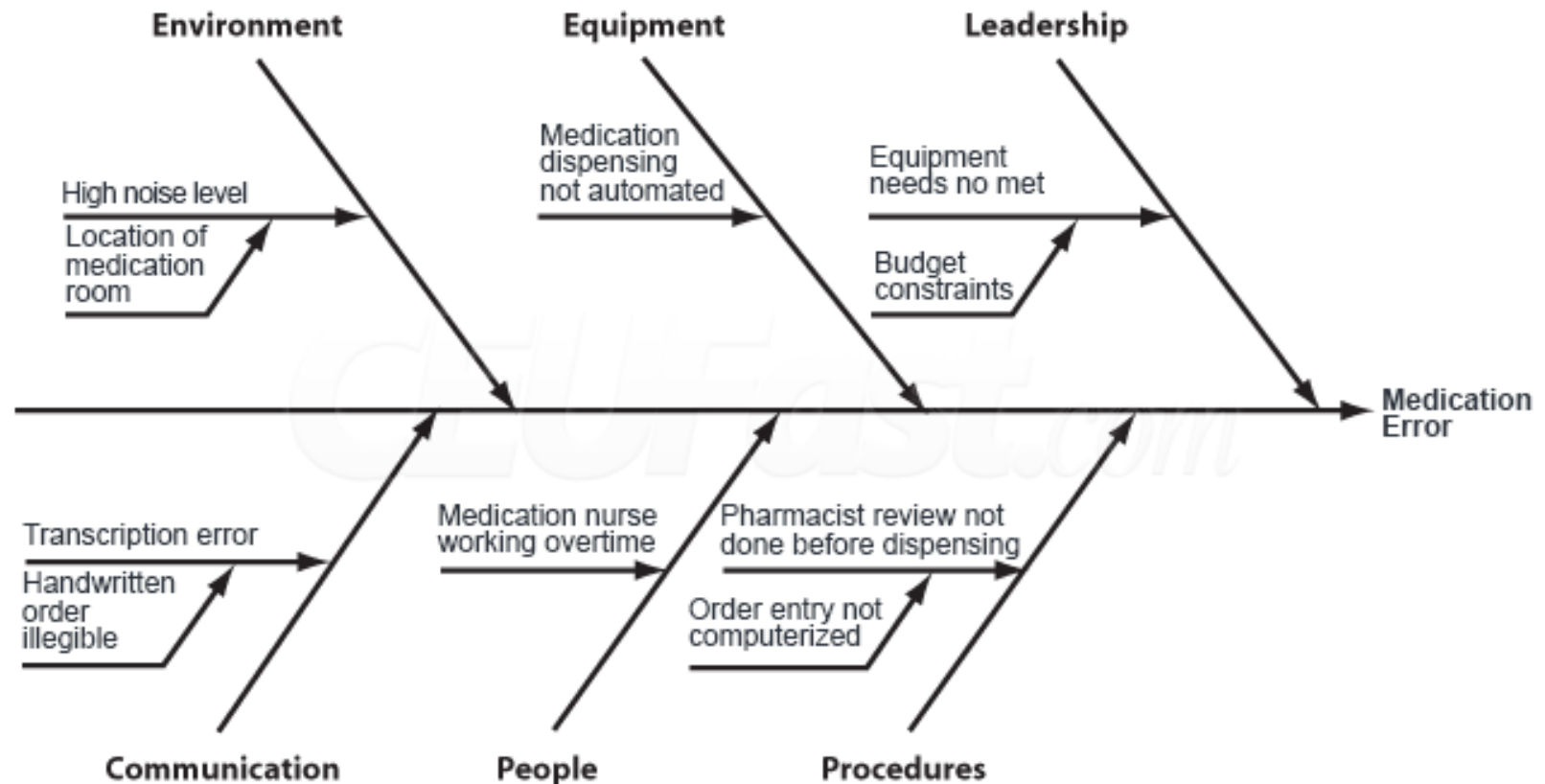
Hệ thống báo cáo sự cố y khoa cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Tổng hợp và phân tích báo cáo sự cố y khoa, bao gồm cả báo cáo bắt buộc và tự nguyện cho Ban An toàn người bệnh Bộ Y tế/Sở Y tế chủ quản định kỳ/đột xuất theo quy định.
- **Đưa ra các khuyến cáo để cải thiện an toàn người bệnh và giảm thiểu sự cố y khoa cho bệnh viện,** đồng thời tổng hợp các khuyến cáo gửi về Ban An toàn người bệnh Bộ Y tế/Sở Y tế chủ quản
- Xác định nhu cầu và tổ chức tập huấn cho mạng lưới quản lý chất lượng và toàn bộ nhân viên y tế của bệnh viện về quản lý sự cố y khoa.

Cơ chế hoạt động

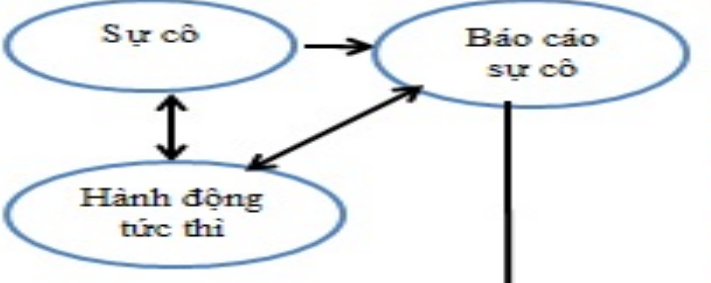
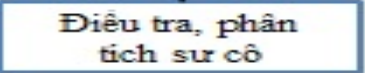
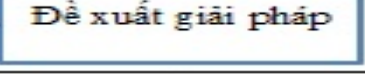
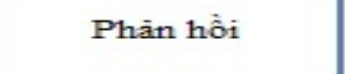
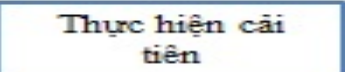
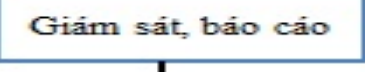
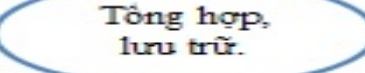
- Ban An toàn người bệnh hoạt động dưới sự điều phối của Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện, họp tối thiểu mỗi quý một lần.
- Các thành viên của Ban triển khai việc tổng hợp, phân tích các sự cố y khoa và đưa ra khuyến cáo, tổ chức thông tin, đào tạo, tập huấn, kiểm tra giám sát việc thực hiện các khuyến cáo tại bệnh viện theo sự phân công của Chủ tịch Hội đồng Quản lý chất lượng.
- Nhân viên về an toàn người bệnh ở các cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện nhiệm vụ báo cáo sự cố y khoa.

Phân Tích Nguyên Nhân Gốc Rễ

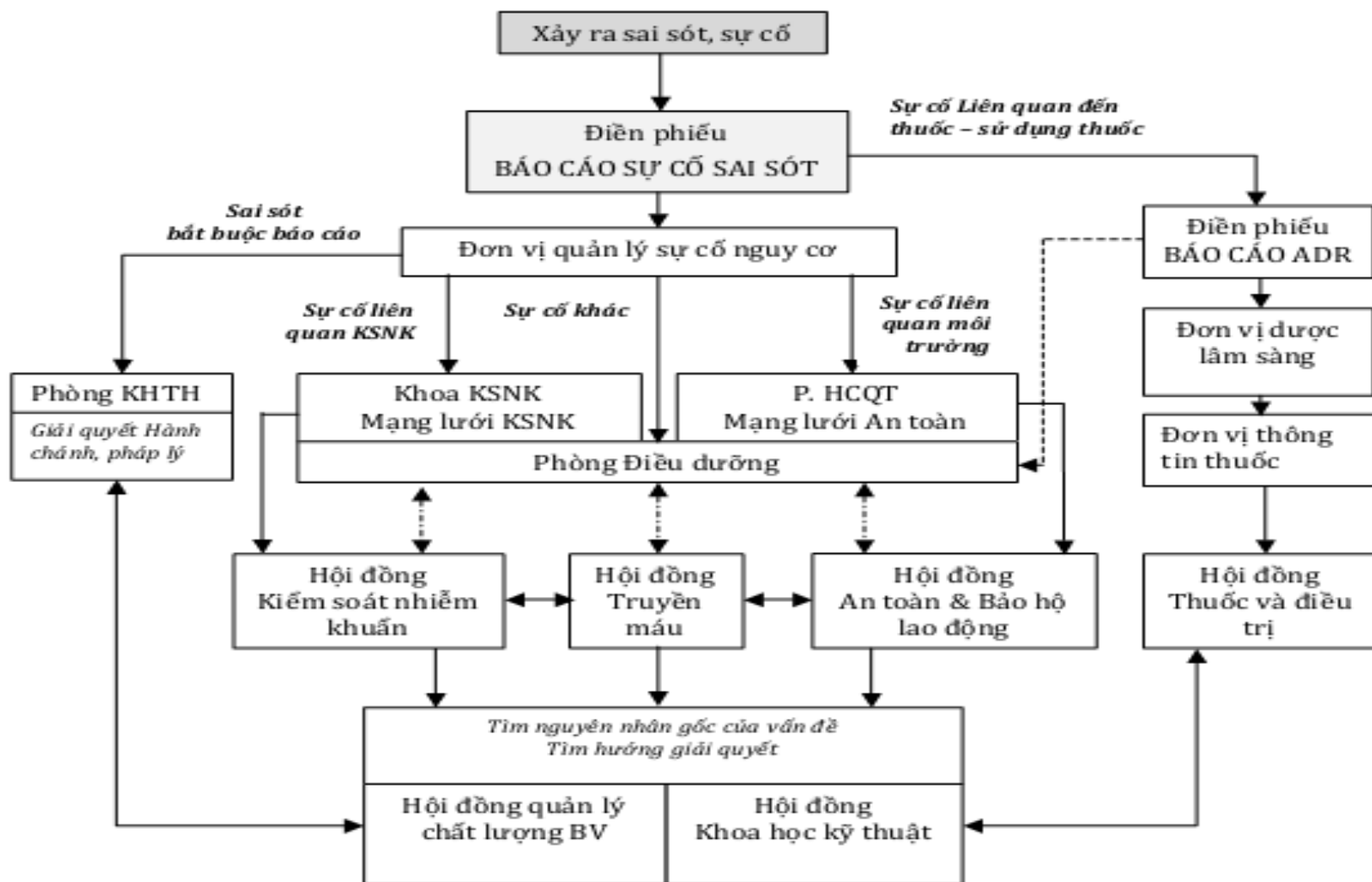


Copyright © 2013 CEUFast.com

Quy trình tiếp nhận xử lý sự cố

Người thực hiện	Các bước tiến hành	Diễn giải
NVYT		<ul style="list-style-type: none"> - Bất kỳ NVYT nào chứng kiến hoặc phát hiện sự cố có trách nhiệm báo cáo càng sớm càng tốt trong vòng 24h qua phiếu báo cáo sự cố lên P.QLCL hoặc qua hình thư của P. QLCL - Sự cố đặc biệt nghiêm trọng phải báo cáo ngay bằng lời cho lãnh đạo khoa phòng, phòng QLCL, ban giám đốc - Ngay sau khi sự cố xảy ra, thực hiện hành động tức thì để xử lý sự cố theo phân cấp trách nhiệm
P. QLCL + bộ phận liên quan		<ul style="list-style-type: none"> - Phòng QLCL xác định đã nhận báo cáo sự cố và phối hợp với các bộ phận liên quan điều tra sự cố, phân tích xác định nguyên nhân trong vòng 2-4 tuần sau khi nhận thông tin sự cố. - Đề xuất các giải pháp khắc phục, phòng ngừa sự cố, lập kế hoạch hành động nêu cân trong vòng 1 tuần sau khi điều tra, trình hội đồng QLCL phê duyệt
P. QLCL		<ul style="list-style-type: none"> - P.QLCL nhập thông tin giải pháp, kế hoạch vào phiếu báo cáo sự cố và phân hội kết quả điều tra, hành động khắc phục, phòng ngừa sự cố tái diễn đến NVYT - Phân công bộ phận thực hiện các biện pháp cải tiến, khắc phục, phòng ngừa sự cố theo yêu cầu của Hội đồng QLCL
Bộ phận được phân công (khoa/phòng)		<ul style="list-style-type: none"> - Bộ phận được phân công thực hiện các giải pháp cải tiến, khắc phục, phòng ngừa sự cố
P. QLCL		<ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện giám sát, đánh giá kết quả sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng... - Nhập kết quả giám sát vào phiếu báo cáo sự cố và thông báo đến các NVYT - Nếu kết quả đạt được chưa tốt, quay lại các bước trên
P.QLCL		<ul style="list-style-type: none"> - Hoàn thiện hồ sơ về sự cố - Đảm bảo tính bảo mật của sự cố
		

Quy trình tiếp nhận xử lý sự cố



Quy trình tiếp nhận xử lý sự cố



CÁC HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ

Gửi trực tiếp phiếu báo cáo sự cố về phòng Quản lý chất lượng

Gửi thông tin sự cố về email: quanlychatluongbvcr@gmail.com

Điện thoại trực tiếp phòng Quản lý chất lượng (SĐT: 1597)

Thùng thư "Báo cáo sự cố" đặt trước phòng Quản lý chất lượng

“Bạn báo cáo, chúng ta cải tiến”!

Hoàn Mỹ
Tập đoàn Hoàn Mỹ Việt Nam

Cuộc thi
BẠN BÁO CÁO
CHÚNG TA CẢI TIẾN

GIẢI THƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH
Từ 23/11/2017 - 31/12/2017

Dành cho số lượng báo cáo hợp lệ cao nhất

- Cá nhân: 500.000 VNĐ/người/BV hoặc PK
- Khoa/Phòng: 1.000.000 VNĐ/Khoa-TV hoặc PK
- BV/PH: 10.000.000 VNĐ

Từ 23/12/2017 - 31/01/2018

- BV/PH có điểm chất lượng báo cáo cao nhất: 15.000.000 VNĐ
- BV/PH có sáng kiến cải tiến/biện pháp phòng ngừa tốt nhất tránh sự cố tái diễn hoặc xảy ra trong tương lai: 20.000.000 VNĐ

Tham gia và hưởng giải thưởng ngay tại www.facebook.com/hoanmy

hoặc

Hoàn Mỹ

Có Nguyễn Ngọc Quỳnh Linh | web.nguoclanhoanmy.com | Số điện thoại: 028-3520-6217 | 5/20

Bài tập thực hành nhóm

Liệt kê các bước theo quy trình	Các nguy cơ	Các sự cố	Chấm điểm nguy cơ				Giải pháp
			Mức độ nghiêm trọng	Tần suất xuất hiện	Khả năng phát hiện	Tích	
Bước 1							
Bước 2							
...							
...							
...							
Bước n							

Bài tập thực hành nhóm

Chia làm 3 nhóm:

- Mỗi nhóm chọn 1 sự cố y khoa
- Phân tích nguyên nhân gốc rễ
- Giải pháp dự phòng

Tài liệu tham khảo

- Trường Đại học Y Hà Nội, Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản y học, 2014.
- Bộ Y tế, Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, Nhà xuất bản Y học, 2014.
- Bộ Y tế, Thông tư 43 hướng dẫn Quản lý dự cố y khoa trong cơ sở khám chữa bệnh, 2018

Liên hệ:

- Email: thangtcyt@gmail.com
- Mobile: 0915313175

Xin trân trọng cảm ơn!



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

**VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG
VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG**



**BỘ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG
BỆNH VIỆN VIỆT NAM
(PHIÊN BẢN 2.0) VÀ KHẢO SÁT
SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH,
NHÂN VIÊN Y TẾ**

Nguyễn Hữu Thắng

BM Tổ chức và Quản lý y tế

Mục tiêu

1. Trình bày được ý nghĩa, mục tiêu của bộ tiêu chí quản lý chất lượng bệnh viện
2. Trình bày được nội dung của bộ tiêu chí quản lý chất lượng phiên bản 2.0
3. Thảo luận những định hướng cải tiến chất lượng bệnh viện Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.
4. Trình bày ý nghĩa và phương pháp khảo sát sự hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế

Phần 1: Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam 2.0

BỘ Y TẾ



**BỘ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG
BỆNH VIỆN VIỆT NAM
(PHIÊN BẢN 2.0)**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT
Ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **6858** /QĐ - BYT

Hà Nội, ngày 18 tháng 11 năm 2016

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

TẠI SAO NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KCB LÀ YÊU CẦU SỐNG CÒN VỚI CÁC BỆNH VIỆN TRÊN THẾ GIỚI?

GẮN KẾT CHẶT CHẼ GIỮA CHẤT LƯỢNG VÀ GIÁ DVYT

- Tại Mỹ và một số quốc gia: các hãng bảo hiểm có uy tín chỉ thanh toán BHYT cho bệnh viện nào đạt chứng nhận của JCI, HAS...
- BHYT một số nước không chi trả đủ 100% nếu DVYT không bảo đảm chất lượng
- Chỉ thanh toán cho các DVYT 90, 80, 70%, 50%... tương ứng với chất lượng đạt được

Tại VN, BHYT đã áp dụng việc thanh toán 90, 80, 70%, 50%... dựa trên chất lượng của các DVYT do bệnh viện cung cấp chưa?

QUAN ĐIỂM CHỦ ĐẠO XÂY DỰNG TIÊU CHÍ VÀ ĐỔI
MỚI TOÀN DIỆN NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KHÁM,
CHỮA BỆNH

- ***“Lấy người bệnh làm trung tâm của hoạt động chăm sóc và điều trị”.***
- ***An toàn người bệnh là số 1.***
- **Sự hài lòng của người bệnh là thước đo của chất lượng”**

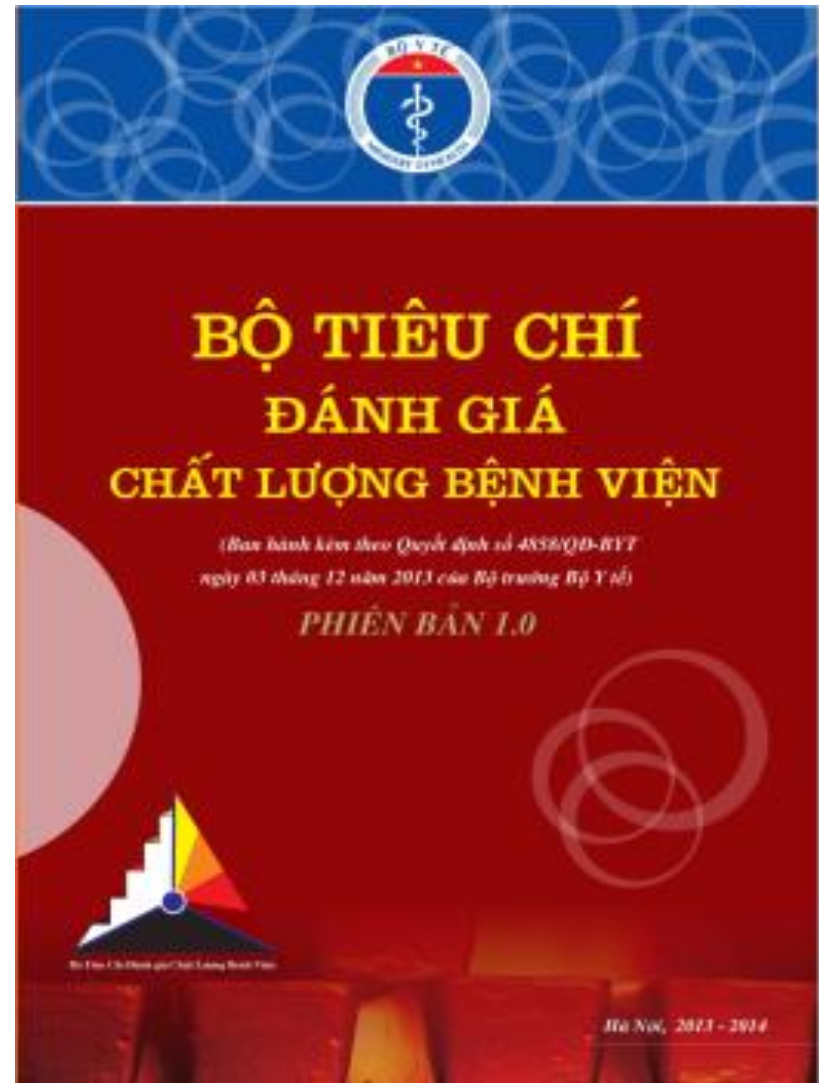
Mục tiêu chung của Bộ tiêu chí

- Khuyến khích, định hướng và thúc đẩy các bệnh viện tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao chất lượng nhằm cung ứng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao nhất có thể cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội đất nước.

Mục tiêu cụ thể của Bộ tiêu chí

- Cung cấp công cụ đánh giá thực trạng chất lượng bệnh viện Việt Nam.
- Hỗ trợ cho các bệnh viện xác định được đang ở mức chất lượng nào để cải tiến.
- Định hướng cho bệnh viện xác định vấn đề ưu tiên để cải tiến chất lượng.
- Cung cấp tư liệu, căn cứ khoa học cho việc xếp loại chất lượng, khen thưởng và thi đua.
- Cung cấp tư liệu, căn cứ khoa học cho đầu tư, phát triển, quy hoạch bệnh viện

SO SÁNH 83 TIÊU CHÍ VỚI JCI



4. SO SÁNH BỘ TIÊU CHÍ JCI & BYT (2)

PHẦN 1: TIÊU CHÍ NGƯỜI BỆNH LÀM TRUNG TÂM	JCI=132	MOH=83
1. Mục tiêu An toàn người bệnh quốc tế	6	2
2. Tiếp cận và sử dụng liên tục dịch vụ y tế	5	6
3. Quyền người bệnh và gia đình người bệnh	11	6
4. Nhận định người bệnh	6	4
5. Chăm sóc và điều trị bệnh nhân	7	19
6. Chăm sóc trong trạng thái mê, phẫu thuật	7	0
7. Quản lý và Sử dụng thuốc	7	6
8. Giáo dục sức khỏe cho NB và gia đình NB	6	1
PHẦN HAI: TIÊU CHÍ QUẢN LÝ (CTCL, NGUỒN LỰC..)		
9. Cải tiến chất lượng và An toàn người bệnh	11	8
10. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn	11	6*
11. Quản lý, lãnh đạo và chỉ đạo	6	4
12. Quản lý trang thiết bị và An toàn	11	5
13. Chất lượng nhân viên và Giáo dục	17	14
14. Quản lý truyền thông và thông tin	21	2
TỔNG SỐ	132	83



Hà Nội, ngày tháng năm 2016

THÔNG BÁO**Kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện hạng I và đặc biệt năm 2015**

Căn cứ Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành thí điểm Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, nhiều bệnh viện trên phạm vi toàn quốc đã tích cực triển khai áp dụng Bộ tiêu chí và cải tiến chất lượng.

Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện bao gồm 83 tiêu chí, được chia là 5 phần. Mỗi tiêu chí có 5 mức đánh giá từ 1 đến 5, tương ứng chất lượng từ kém đến rất tốt. Điểm chất lượng chung của bệnh viện là điểm trung bình tất cả các tiêu chí. Trong thang điểm 5 thì mức điểm 3 là khá, mức 4 là tốt, mức 5 là rất tốt, tương đương với các tiêu chuẩn của JCI (Joint Commission International), một tổ chức chứng nhận chất lượng y tế có uy tín nhất của Mỹ và thế giới.

Trong cuối năm 2015 và đầu năm 2016, Bộ Y tế, Sở Y tế các tỉnh/TP đã tổ chức các đoàn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện. Kết quả đánh giá trên phạm vi toàn quốc của bệnh viện tuyến TW là 3,5; tuyến tỉnh/TP là 2,8; tuyến quận/huyện là 2,6. Các bệnh viện ngoài công lập có kết quả đánh giá là 2,9. Điểm đánh giá có xu hướng tăng dần theo các năm. Các bệnh viện dựa trên kết quả đánh giá để xác định điểm mạnh, điểm yếu và làm căn cứ cải tiến chất lượng.

Nhằm thúc đẩy mạnh mẽ phong trào thi đua cải tiến chất lượng, Bộ Y tế tiếp tục yêu cầu các bệnh viện cần tích cực triển khai thực hiện bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Bộ Y tế sẽ tiến hành cập nhật, điều chỉnh Bộ tiêu chí cho phù hợp với tình hình thực tế; thành lập Hội đồng chất lượng quốc gia và tiến tới sẽ đánh giá chất lượng bệnh viện thông qua các tổ chức đánh giá chất lượng độc lập. Bảo hiểm xã hội Việt Nam dự kiến sẽ dựa vào kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện qua 83 tiêu chí để làm căn cứ điều chỉnh hợp đồng BHYT với các bệnh viện.

Thực hiện Thông báo số 99/TB-VPCP ngày 26/3/2015 của Văn phòng Chính phủ; Sau 3 năm triển khai thí điểm Cục QLKCB đã tổng hợp điểm đánh giá chất lượng các bệnh viện hạng I và đặc biệt và công bố công khai cho các cơ quan quản lý và người dân. Do Bộ tiêu chí được đánh giá bởi nhiều đoàn, nhiều thành phần khác nhau, kiến thức về quản lý chất lượng khác nhau... nên sự khác biệt về kết quả đánh giá giữa các đoàn có thể xảy ra. Do vậy, sau thời gian công bố chất lượng bệnh viện, nếu phát hiện bệnh viện nào có những tiêu chí không thực hiện tốt mà đã được đánh giá cao tại thời điểm kiểm tra sẽ bị Hội đồng cấp Bộ hoặc Sở hạ điểm.

th viện Tai Mũi Họng Trung ương	3.8
th viện Thanh Nhân	3.7
th viện Phổi Trung ương	3.7
th viện A Thái Nguyên	3.7
th viện C Thái Nguyên	3.7
th viện C Đà Nẵng	3.7
th viện Hữu Nghị	3.7
th viện Tim Hà Nội	3.7
th viện đa khoa Đồng Nai	3.6
th viện Cấp cứu Trung Vương	3.6
th viện Nội tiết Trung ương	3.6
th viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh	3.6
th viện Ung bướu Hà Nội	3.6
th viện Phụ sản Hùng Vương	3.6
th viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai	3.6
th viện đa khoa tỉnh Hòa Bình	3.6
Nhóm điểm từ 3 - 3.5	
th viện Nhi Trung ương	3.5
th viện Mắt Trung ương	3.5
th viện Đại học Y Hà Nội	3.5
th viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ	3.5
th viện Trẻ em Hải Phòng	3.5
n Tim thành phố Hồ Chí Minh	3.5
th viện Bình Dân	3.5
th viện Tâm thần Hà Nội	3.5
th viện Phụ sản Hải Phòng	3.5
th viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí	3.5
n Bóng Lê Hữu Trác Thanh Trì – Hà Nội	3.4
th viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh	3.4
th viện Phong Da liễu Trung ương Quy Hòa	3.4
th viện Phụ sản Trung ương	3.4
th viện K	3.4
th viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh	3.4
th viện đa khoa tỉnh Kiên Giang	3.4

Quan điểm ÁP DỤNG Bộ tiêu chí?

Có hai quan điểm chủ yếu:

1. Áp dụng để “làm thế nào bệnh viện của tôi khi chấm đạt điểm cao”?

→ Đánh máy, in, ký ban hành hàng loạt văn bản “cho kịp tiến độ” → hình thức, đối phó...

2. Làm thế nào để đem lại những gì tốt nhất cho người bệnh và nhân viên y tế?

→ cải tiến chất lượng liên tục hàng quý, hàng tháng

THỐNG NHẤT CÁC MỨC ĐÁNH GIÁ cho toàn bộ các tiêu chí

- Mức 1: Không làm gì, chưa có gì
- Mức 2: Có làm, có quan tâm (chưa quan tâm tới làm tốt không, có theo chuẩn không, định tính).
- Mức 3: Đã làm đầy đủ và đạt kết quả
- Mức 4: Đạt kết quả tốt; có đánh giá, có bằng chứng cụ thể, có chỉ số, số liệu minh họa
- Mức 5: Kết quả rất tốt; sử dụng bằng chứng để tiếp tục cải tiến tốt hơn nữa.



CÁC BẬC THANG CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN VIỆT NAM

MỨC 4, 5:
CẢI TIẾN CL

Mục tiêu
dài hạn



MỨC 5

- KẾT QUẢ ĐẦU RA TỐT
- SỬ DỤNG KQ ĐÁNH GIÁ VÀO CẢI TIẾN CL
- TIỆM CẬN QUỐC TẾ



MỨC 4

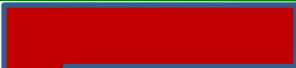
- THỰC HIỆN VƯỢT TRÊN QUY ĐỊNH
- CÓ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐẦU RA
- ĐẠT ĐƯỢC MỘT SỐ KẾT QUẢ TỐT



MỨC 3

- THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ QUY CHẾ, QUY ĐỊNH
- HOÀN THIỆN YẾU TỐ ĐẦU VÀO
- TRIỂN KHAI HOẠT ĐỘNG CTCL
- CÓ MỘT SỐ KẾT QUẢ ĐẦU RA

Mức
chấp
nhận
được!



MỨC 2

- THỰC HIỆN QUY CHẾ, QUY ĐỊNH
- TRIỂN KHAI CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG
- THIẾT LẬP MỘT SỐ YẾU TỐ ĐẦU VÀO



MỨC 1

- CHƯA THỰC HIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (CTCL)
- VI PHẠM QUY CHẾ, QUY ĐỊNH



BÁO ĐỘNG!
Cần tập trung mọi
nguồn lực cải tiến
chất lượng BV!
(xác định ưu tiên)

SOS

LÝ THUYẾT: PHƯƠNG PHÁP CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG PDCA

Do **DEMING** giới thiệu năm 1950, gồm 4 giai đoạn:

P- Plan/ Kế hoạch

D- Do/ Thực hiện

C- Check/ Kiểm tra

A- Act/ Tiếp tục cải thiện

PDCA cải tiến chất lượng theo chu trình (lập kế hoạch, thực hiện, kiểm tra, và tiếp tục cải thiện): phương pháp này có thể triển khai cho một hoạt động cụ thể và không đòi hỏi quá nhiều nguồn lực, nhưng cũng có thể triển khai trên phạm vi rộng.

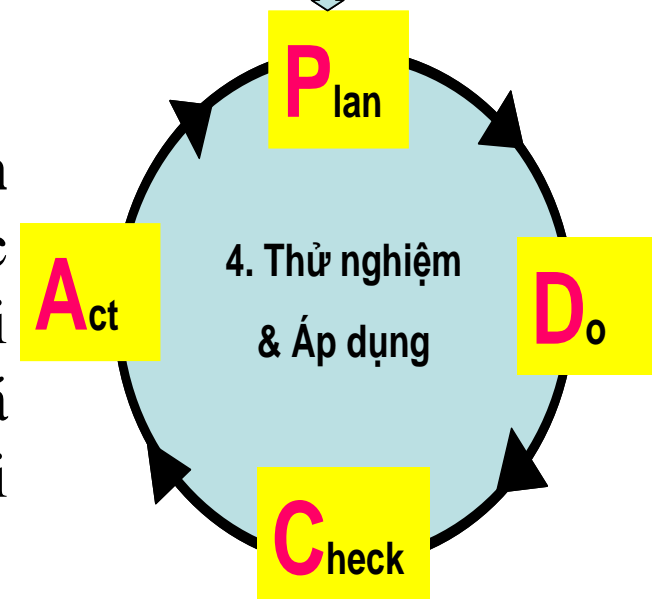
1. Xác định vấn đề cần cải tiến



2. Phân tích thực trạng vấn đề



3. Phát triển giải pháp cải tiến

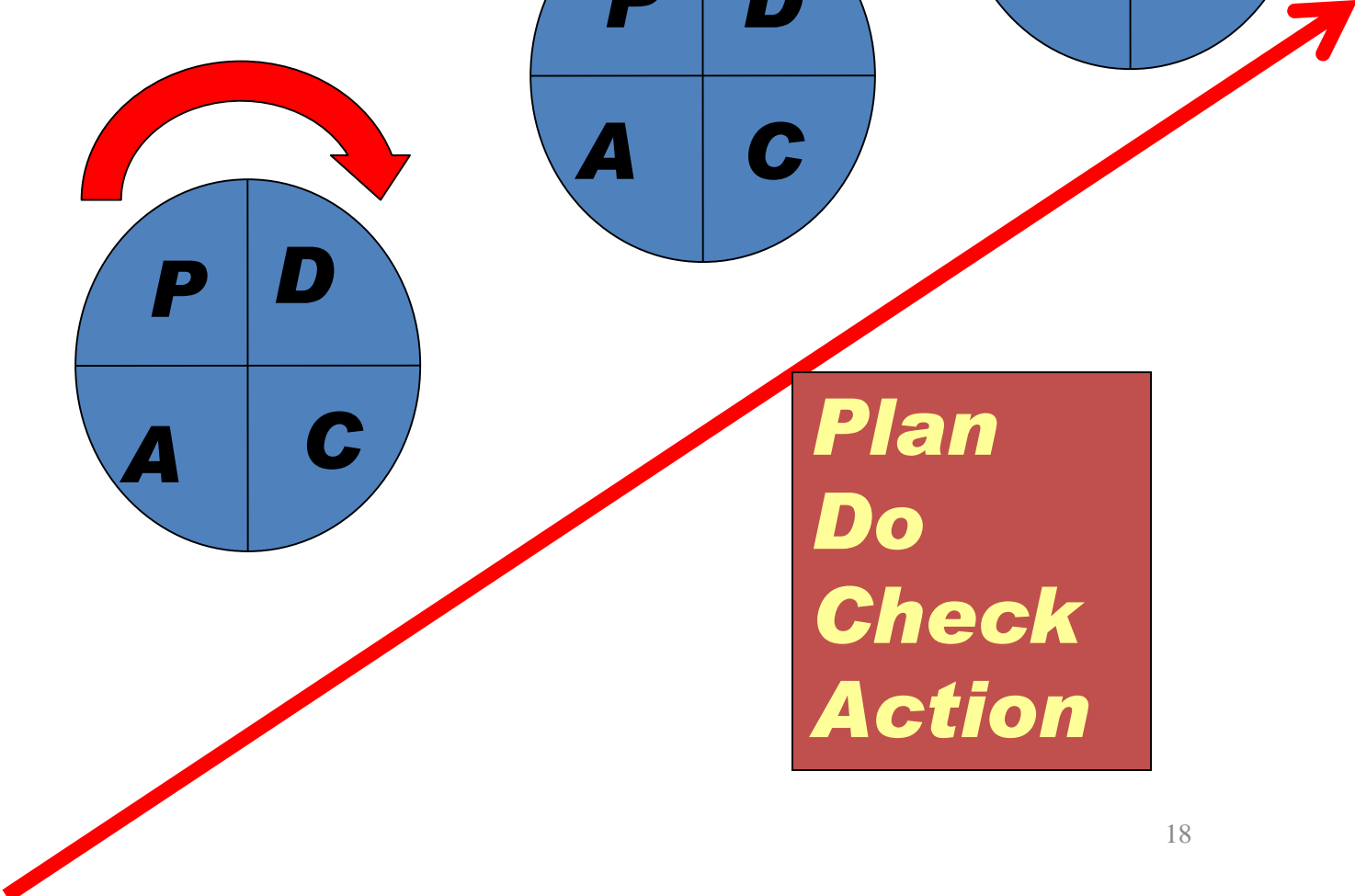
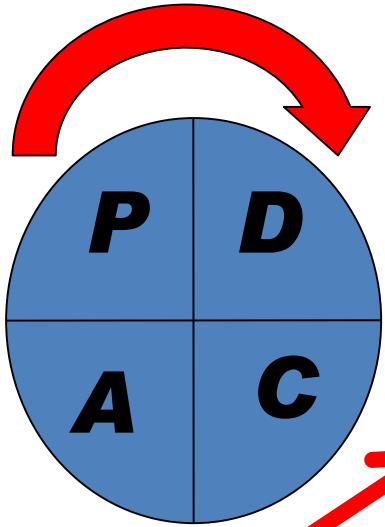
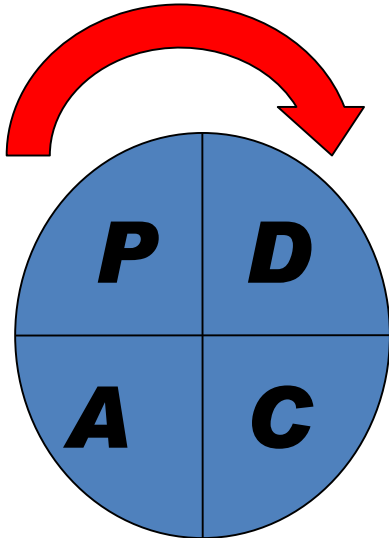
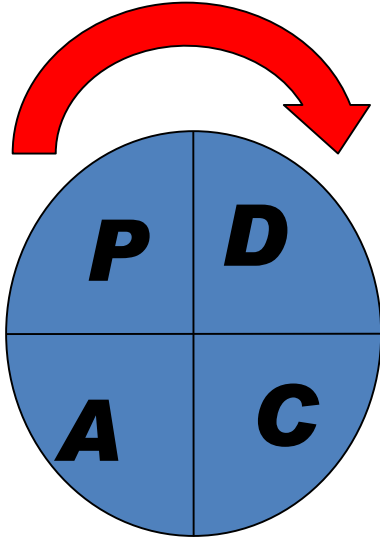
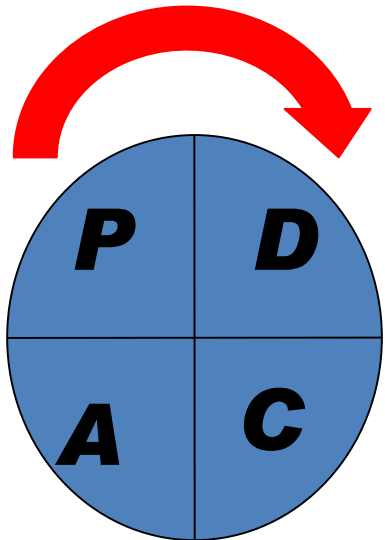


LÝ THUYẾT: PHƯƠNG PHÁP KAIZEN



Quản lý là một vòng tròn

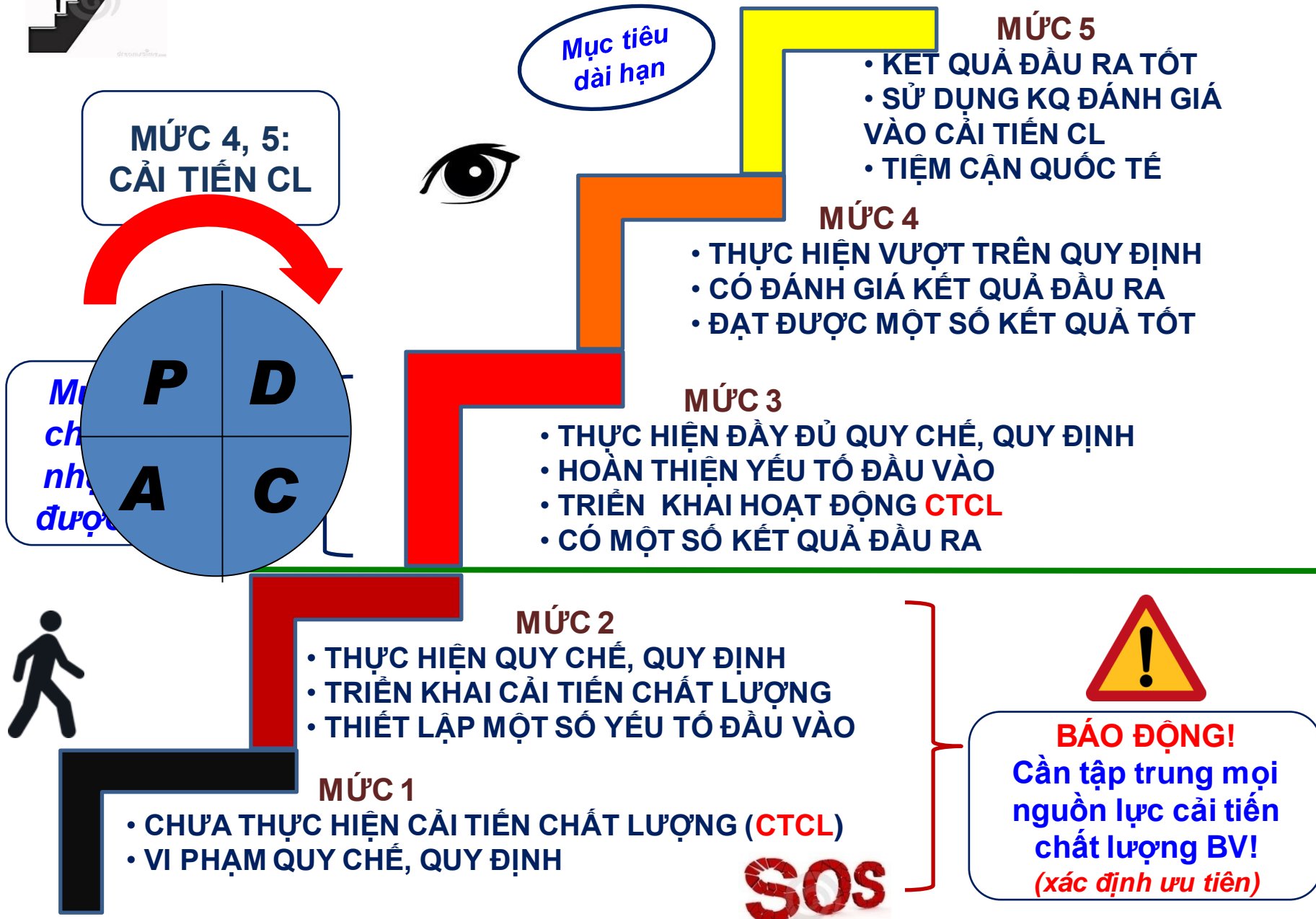
KAIZEN(CQI) là chu trình lặp đi lặp lại theo hướng đi lên.



Plan
Do
Check
Action



THỰC HÀNH: KAIZEN VÀ CÁC BẬC THANG CHẤT LƯỢNG



Mức 4

- Là những việc có thể thực hiện được trong vòng 1, 2 hoặc 3 năm.
- Tương tự như “câu hỏi thi” dành cho học sinh khá và giỏi.
- Thời gian hoàn thành mức 4 (và 5) phụ thuộc vào quy mô, điều kiện, khả năng, mức độ quan tâm, ý chí lãnh đạo và quyết tâm của tập thể bệnh viện.
- Là đích hướng tới trong giai đoạn ngắn hạn (1 đến 3 năm) để bệnh viện phấn đấu, nhằm mục đích cung cấp dịch vụ có chất lượng tốt hơn cho người bệnh.
- Có thể chưa có trong các văn bản nhưng cần thiết phải làm để nâng cao chất lượng bệnh viện.

Mức 5

- Là những việc **khó thực hiện** nhưng không phải không thể thực hiện được.
- Tương tự như “câu hỏi thi” dành cho học sinh **giỏi xuất sắc**.
- Là những **mục tiêu lâu dài** cần phấn đấu tích cực, bền bỉ và liên tục trong 2, 3, 5 năm hoặc lâu hơn nữa.
- Bộ Y tế **KHÔNG YÊU CẦU BẮT BUỘC** các bệnh viện phải đạt được.
- Thay vì bệnh viện phấn đấu đạt mức 5 thì cần hướng đến tập trung giải quyết những **vấn đề cấp bách đang còn ở mức 1, 2**.
- Hướng tới các **tiêu chuẩn cấp quốc tế**.

Mức 5

- Nếu bệnh viện xem xét khả năng, tự đánh giá có chất lượng tốt, xuất sắc, 5 sao, đẳng cấp quốc tế thì cần quan tâm đầu tư, phấn đấu để đạt mức 5.
- Giúp bệnh viện nhìn thấy đích cần hướng tới và hiểu được thế nào là một bệnh viện thực sự có chất lượng tốt.
- **Rất khó thực hiện nếu không học tập, nâng cao kiến thức về quản lý chất lượng, đổi mới quan điểm, tư duy về đánh giá và cải tiến chất lượng.**
- **Giúp sàng lọc, tách biệt, tôn vinh những bệnh viện thực sự có “chất lượng vàng”** với các bệnh viện khác.
- Có thể việc tương tự đã được thực hiện tại các Bộ, ngành khác hoặc cần phát triển theo xu hướng hội nhập quốc tế.

VẤN ĐỀ PHỔ BIẾN:

- Đa số các bệnh viện quan tâm **mức 4, mức 5** và cho rằng các tiêu chí quá xa vời với thực trạng.

HẾT SỨC LƯU Ý:

- Mức 4, mức 5 là mục tiêu dài hạn.
- Bộ Y tế đặt ra các mức 4, mức 5 không phải để các bệnh viện đạt được ngay sau 1, 2 năm.

KHUNG TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG



ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ THEO TIÊU CHÍ

- ▶ Toàn bộ các bệnh viện Nhà nước và tư nhân.
- Toàn bộ các trung tâm y tế huyện có chức năng khám và điều trị người bệnh nội trú: đánh giá chất lượng hoạt động của khối điều trị. Trung tâm y tế huyện không có giường bệnh nội trú không áp dụng Bộ tiêu chí này.

Nguyên tắc đánh giá các tiểu mục

- Mỗi một tiểu mục của tiêu chí được đánh giá là “**đạt**” hoặc “**không đạt**” (riêng các tiểu mục trong mức 1 (mang nghĩa âm tính) được đánh giá là “**có**” hoặc “**không**”).
- Một tiểu mục được đánh giá là “**đạt**” cần tuân thủ triệt để theo nguyên tắc: “**hoặc không, hoặc tất cả**”
- Ví dụ: tiểu mục “Các khoa lâm sàng và cận lâm sàng có đầy đủ bồn rửa tay cho nhân viên y tế” chỉ được xếp là “đạt” nếu toàn bộ các khoa lâm sàng và cận lâm sàng trong toàn bệnh viện đều có bồn rửa tay.
- Nếu bất kỳ một khoa nào không có bồn rửa tay sẽ đánh giá là “không đạt”

Phương thức đánh giá các tiểu mục của tiêu chí

- Quan sát thực trạng, theo dõi hoạt động.
- Tra cứu sổ sách, máy tính, văn bản, nhật ký, tài liệu, số liệu...
- Kiểm tra, phỏng vấn nhanh nhân viên y tế/người bệnh/người nhà người bệnh.

CHIẾN LƯỢC CHỌN VẤN ĐỀ ƯU TIÊN ĐỂ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG THEO BỘ TIÊU CHÍ

- Ưu tiên hoàn thiện bộ máy và mạng lưới CTCL
- Ưu tiên chọn việc có thể cải tiến ngay mà tốn ít kinh phí!
- Ưu tiên cải tiến những việc không đòi hỏi nhiều kinh phí nhưng có thể đạt hiệu quả cao (bảo đảm quyền riêng tư NB).
- Ưu tiên những vấn đề thường gây bức xúc người bệnh (tập trung các tiêu chí hướng về NB).
- Xây dựng chiến lược nâng cao chất lượng nhân lực và chuyên môn!



GIƯỜNG BỆNH CHIA THEO CÁC BẬC THANG CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

CÔNG SUẤT GIƯỜNG BỆNH???



Mục tiêu dài hạn

MỨC 5

- MỖI NGƯỜI NẪM 1 GIƯỜNG CỨNG, ĐỒNG NHẤT KÊ TRONG BUỒNG BỆNH THEO ĐÚNG THIẾT KẾ

MỨC 4

- MỖI NGƯỜI NẪM 1 GIƯỜNG CỨNG KÊ TRONG BUỒNG BỆNH/SẢNH/HÀNH LANG

MỨC 3

- MỖI NGƯỜI NẪM 1 GIƯỜNG (kể cả giường tạm/ băng-ca, kê ở lối đi, hành lang...)
- CÓ GIƯỜNG ƯU TIÊN CHO NGƯỜI CAO TUỔI VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT CẦN ƯU TIÊN



Mức chấp nhận được!

MỨC 2

- NẪM GHÉP 2/KHÔNG THỐNG KÊ
- BỆNH NHÂN NẶNG, SAU MỔ, TRUYỀN NHIỄM, NGUY CƠ LÂY CAO... ĐƯỢC NẪM GIƯỜNG RIÊNG

MỨC 1

- NẪM GHÉP 3, GHÉP 4
- GIƯỜNG YÊU CẦU NẪM TRONG GIƯỜNG KẾ HOẠCH

SOS



BÁO ĐỘNG!

Cần tập trung mọi nguồn lực cải tiến giường bệnh!



???



MỨC 1 → SOS SOS SOS!



MỨC 2 → SOS!



1 NB/1 GIƯỜNG –
Cố định (hoặc tạm kê
trong - ngoài)

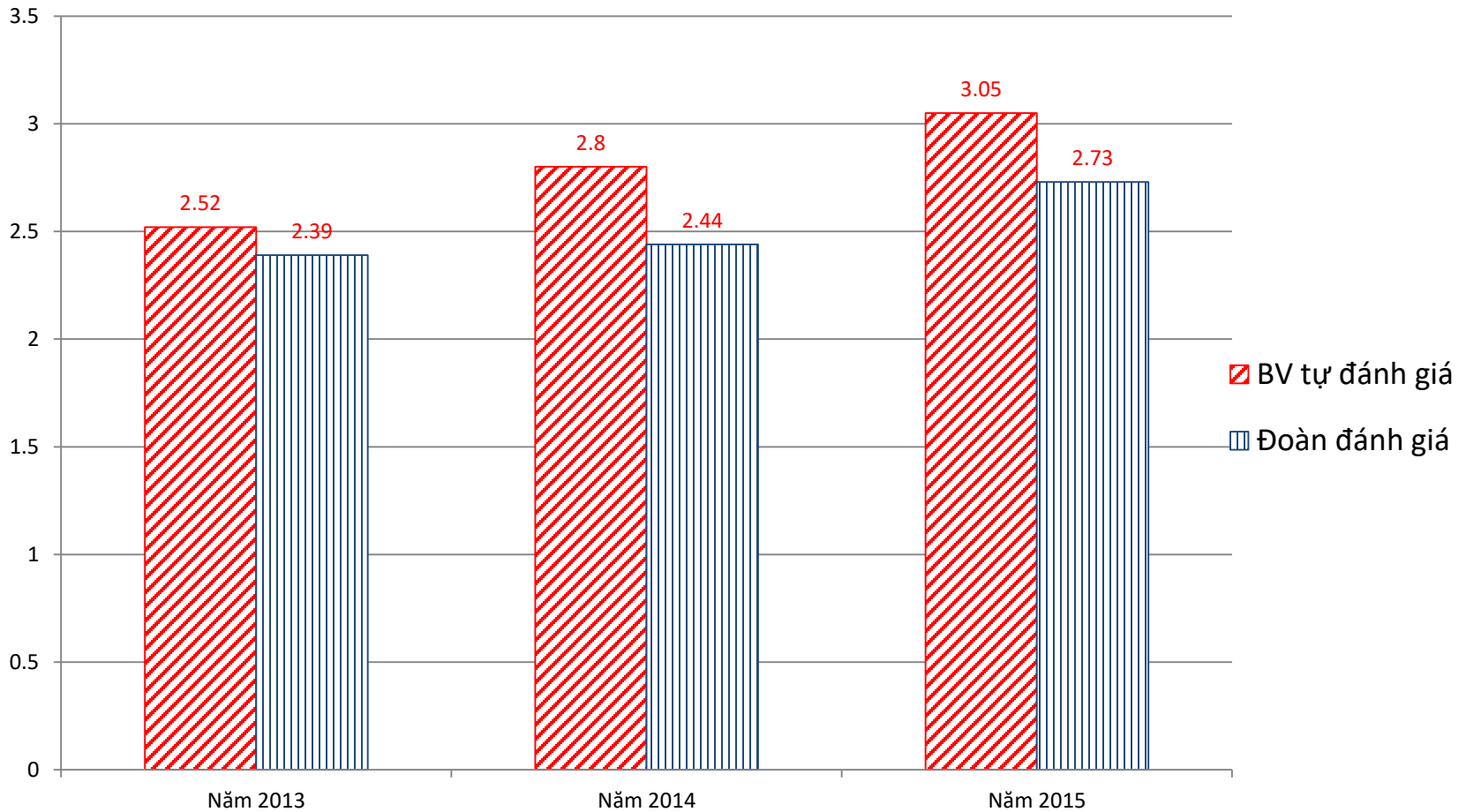
MỨC 3





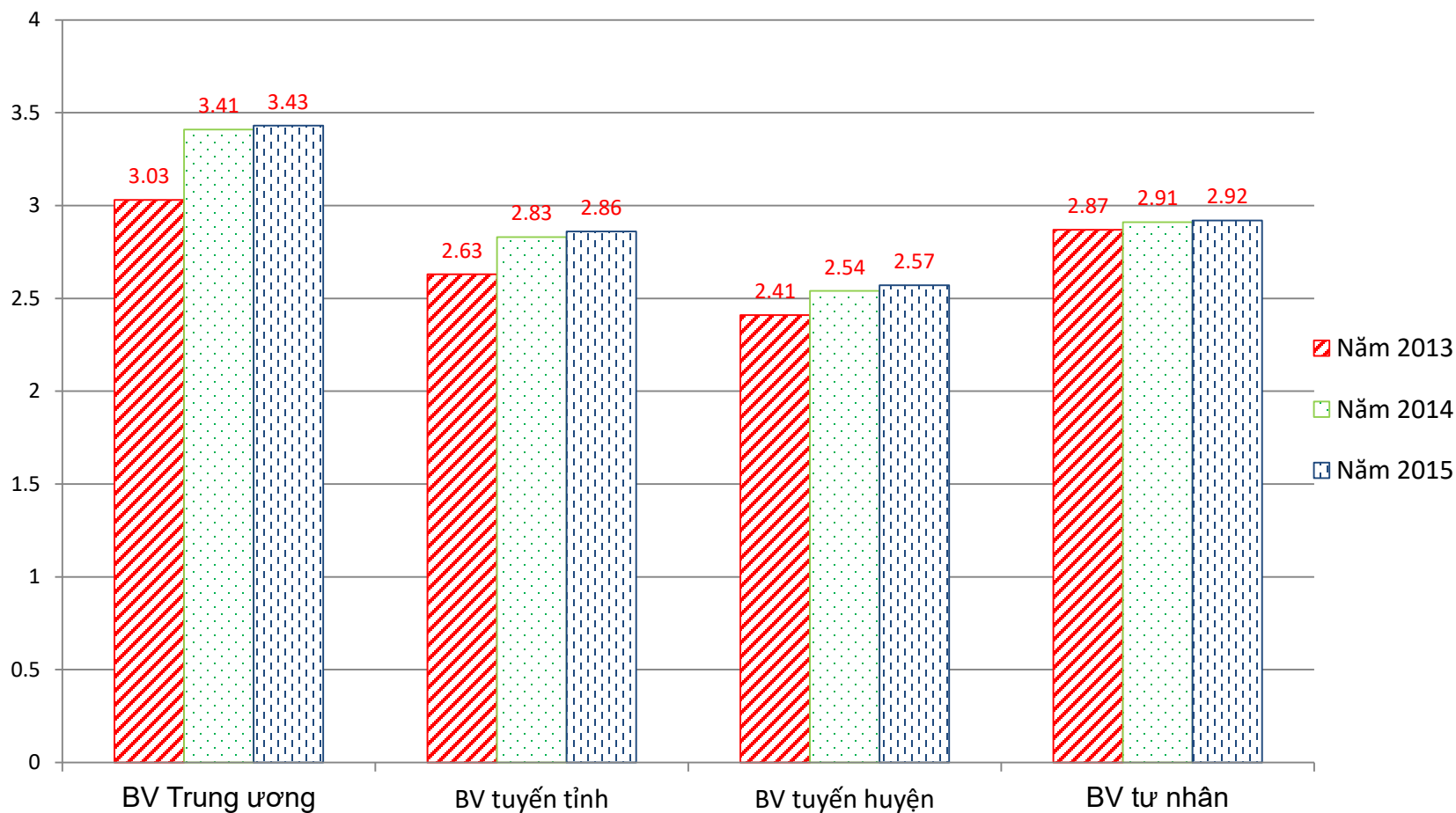
→ MỨC 5

Điểm trung bình đánh giá chất lượng bệnh viện theo năm



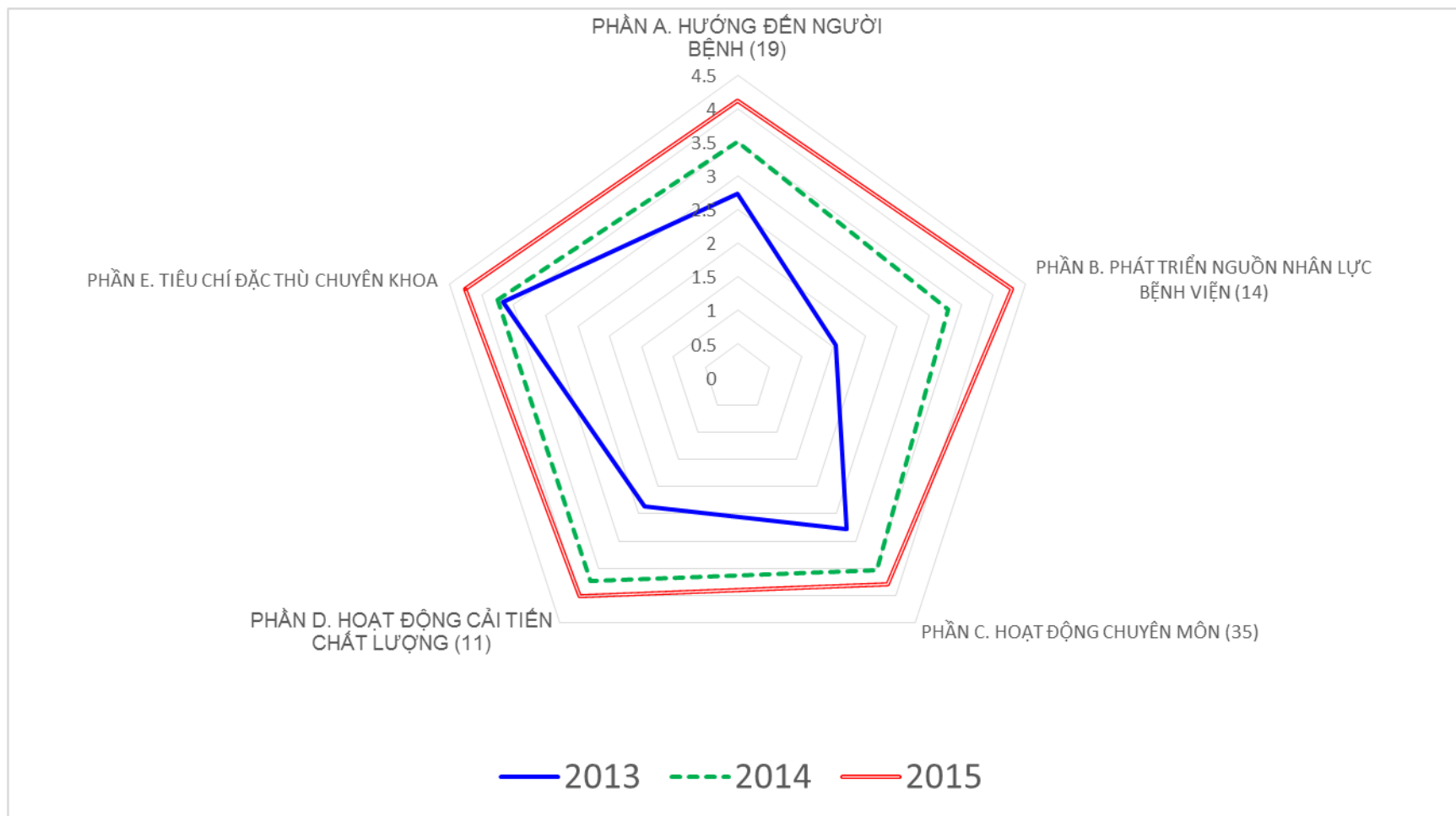
Nguồn: Cục khám chữa bệnh, báo cáo tổng kết công tác khám chữa bệnh năm 2015

Điểm trung bình đánh giá chất lượng bệnh viện theo tuyến



Nguồn: Cục khám chữa bệnh, báo cáo tổng kết công tác khám chữa bệnh năm 2015

BIỂU ĐỒ CÁC KHÍA CẠNH CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN - CẢI TIẾN A – E 2013 - 2015



**Những khó khăn
khi triển khai 83
tiêu chí chất
lượng bệnh
viện?**

Kinh nghiệm triển khai 83 tiêu
chí chất lượng bệnh viện

Triển khai các văn bản quản lý chất lượng

- ▶ Chỉ thị 05/CT-BYT ngày 10/9/2012 về việc tăng cường thực hiện các giải pháp nâng cao chất lượng KB, CB sau khi điều chỉnh giá DVYT
- ▶ Chỉ thị 09/CT-BYT ngày 22/11/2013 của Bộ Y tế về việc tăng cường tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thông qua đường dây nóng
- ▶ Chỉ thị 06/CT-BYT ngày 29/3/2016 về việc tăng cường bảo đảm chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi thực hiện điều chỉnh, thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc

Triển khai các văn bản quản lý chất lượng

- ▶ Thông tư số 01/2013/TT-BYT ngày 11/1/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện QLCL xét nghiệm
- ▶ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện QLCL dịch vụ KB, CB
- ▶ Quyết định 4858/QĐ-BYT ngày 03/12/2013 ban hành thí điểm Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện (đã thay đổi QĐ6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016)

Triển khai các văn bản quản lý chất lượng

- ▶ Thông tư số 04/2015/TT-BYT ngày 17/3/2015 của Bộ Y tế quy định về thừa nhận tiêu chuẩn quản lý chất lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
- ▶ Quyết định (số 4276/QĐ-BYT) ngày 14/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế phê duyệt Chương trình hành động Quốc gia về nâng cao năng lực quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn từ nay đến năm 2025.
- ▶ Quyết định 7051/QĐ-BYT, ngày 29 tháng 11 năm 2015 ban hành hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện

Vai trò lãnh đạo trong quản lý chất lượng

Cam kết

“Nếu chúng ta cam kết cho chất lượng thì hầu hết các cơ chế sẽ có tác dụng. Nếu chúng ta không tuân thủ thì quy trình chuẩn (SOP) sẽ thất bại” *(Avedis Donabedian)*

Trao quyền

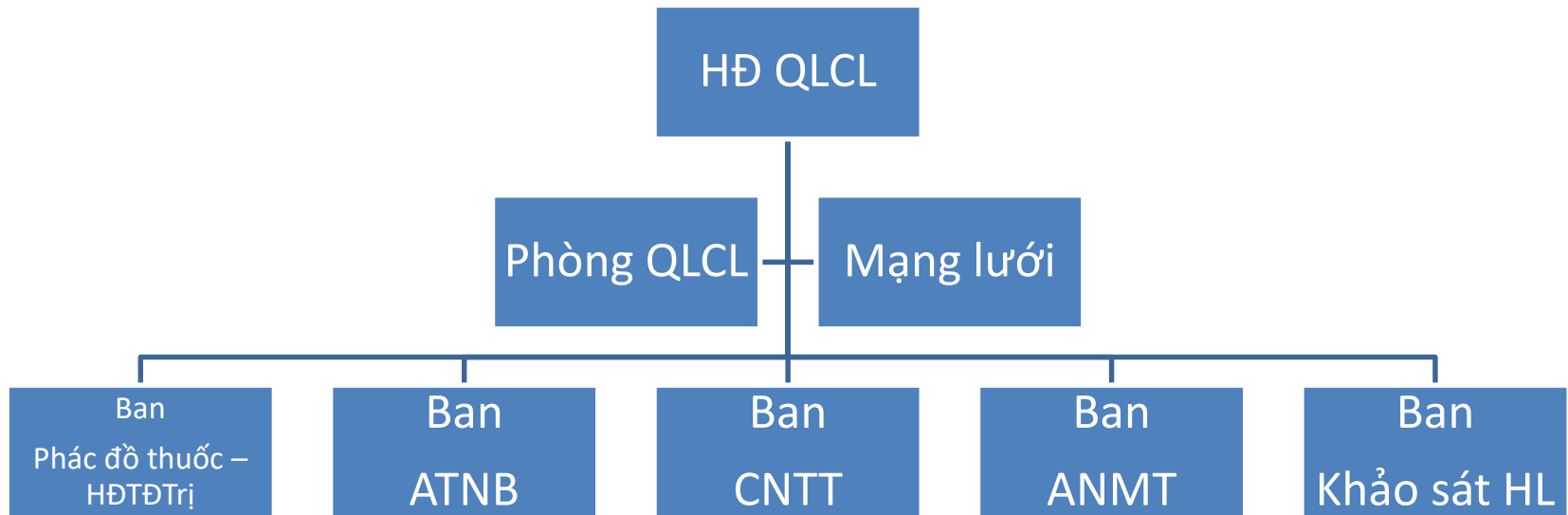
Sự tham gia

“Nếu cho nhân viên sự chỉ đạo, công cụ và đào tạo, trong một tổ chức có văn hóa đúng thì họ sẽ cung cấp cho tổ chức kết quả” *Deming W.E*

Kiến toàn tổ chức hệ thống quản lý chất lượng

- Hội đồng quản lý chất lượng
- Phòng/tổ quản lý chất lượng
- Mạng lưới quản lý chất lượng

Hệ thống cải tiến chất lượng BV Từ Rũ



Nguồn: BV Từ Rũ

Hệ thống cải tiến chất lượng BV Tam Nông – Đồng Tháp

1. Hệ thống QLCL nhanh chóng hình thành theo Thông tư 19/2013 từ Hội đồng, Tổ và Mạng lưới QLCL, trong đó một PGĐ phụ trách chuyên môn nghiệp vụ đảm nhiệm vị trí PCT và Tổ trưởng.
2. Tổ QLCL bao gồm các Phòng chức năng như Kế hoạch tổng hợp, Điều dưỡng, Tổ chức cán bộ, Hành chính quản trị và **Tài chính kế toán**.
3. Mạng lưới QLCL bao gồm các trưởng phó khoa, điều dưỡng trưởng khoa, hiện nay phát triển thêm 01 nhân viên tình nguyện của mỗi khoa.
4. Toàn đơn vị được phổ biến nội dung CTCL và thấy được lợi ích đối với người bệnh, người thân và cả nhân viên y tế.

Nguồn: BV Tam Nông

Quản lý chất lượng là đương đầu với sự thay đổi

- Dự án: Giảm thời gian chờ tại phòng khám
- Dự án: Cải tiến quy trình cấp phát thuốc BHYT ngoại trú
- Dự án: Rút ngắn thời gian từ lúc người bệnh nhập cấp cứu tới nhập khoa lâm sàng
- Dự án: Rút ngắn thời gian chờ đợi kết quả sinh hóa - miễn dịch
- Dự án: Rút ngắn thời gian chờ đợi kết quả Xquang

Quản lý chất lượng là đương đầu với sự thay đổi

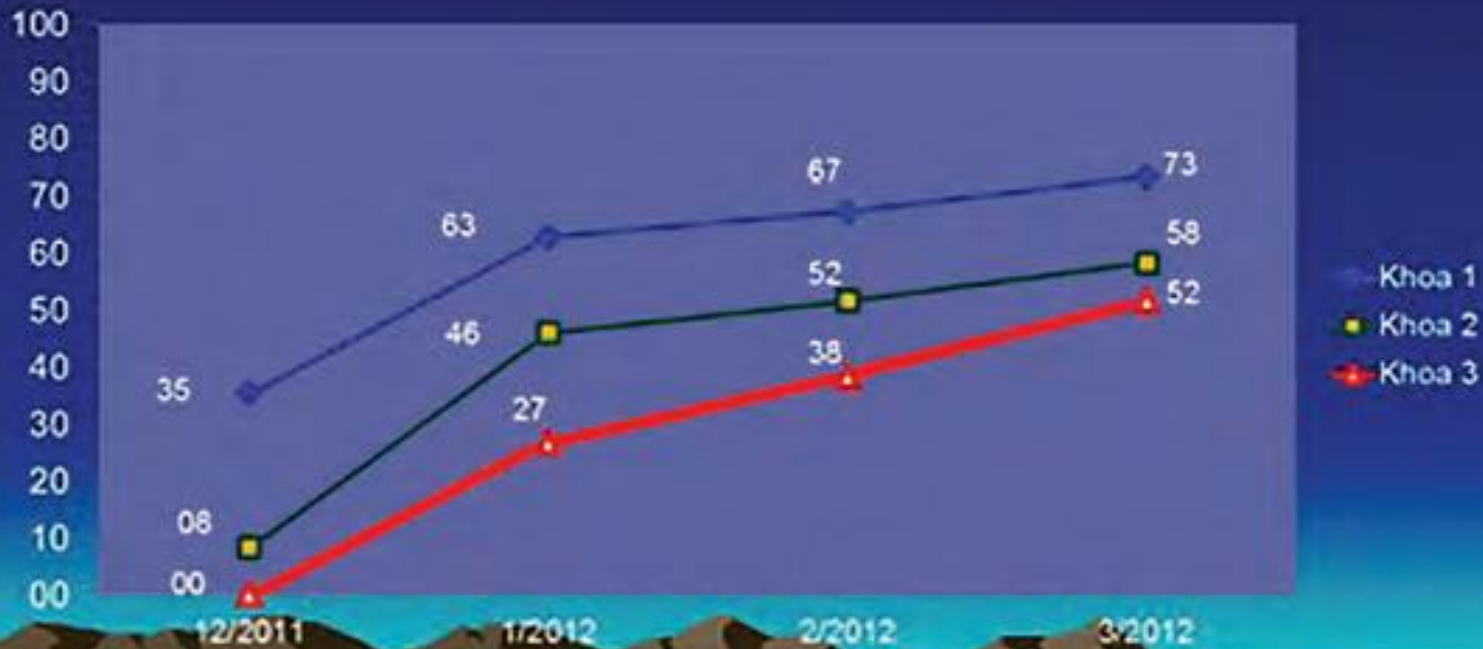
- Dự án: Tăng cường tuân thủ quy trình vệ sinh tay đúng cách
- Dự án: Tăng cường tuân thủ phác đồ điều trị ngoại trú, nội trú
- Dự án: Phòng chống người bệnh té ngã
- Dự án: Nâng cao chất lượng bệnh án
- ...

Vai trò của Điều dưỡng trong Quản lý chất lượng

- Tỷ lệ điều dưỡng/ bác sĩ trong các bệnh viện của Việt Nam trung bình là 1.7/1.
- Hầu hết các công việc trực tiếp hàng ngày do điều dưỡng quản lý và giải quyết. Họ là những người phát hiện vấn đề sớm nhất, rõ ràng nhất và cũng là người đưa ra các giải pháp có tính thực tiễn và khả thi nhất

CẢI THIỆN AN TOÀN TIÊM

Dự án cải tiến chất lượng đầu tiên của bệnh viện ĐKKV Nghĩa Lộ sử dụng chu trình PDCA



Tỷ lệ mũi tiêm an toàn tăng từ 14,3% lên 61%

Đào tạo quản lý chất lượng

- Lớp tập huấn
- Thăm quan học tập
- Hội thảo
- Website: <https://kcb.vn/category/chat-luong>;
<http://qpsolutions.vn/...>

Chuyên mục > **HÀNH mỗi ngày - 83TC**

HÀNH MỖI NGÀY
83 TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG

So sánh sự thay đổi
V2.0 (2016) vs V1.0 (2015)

83 Tiêu Chí – phiên bản 2.0-2016: ...
Ban Admin CLB QLCL-ATNB (Vinh Nguyễn, Lan Viên Phan, Danh Phương, The Anh) cũng đã cố gắng thực hiện so sánh giữa ...

[Xem chi tiết](#)

D3.
1
2
3
4

CHUẨN CHẤT LƯỢNG

HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

HÀNH MỖI NGÀY: Các tiêu chí nhóm ...
4 Tiêu chí nhóm D3: D3.1, D3.2, D3.3, D3.4

[Xem chi tiết](#)

Ý TƯỞNG CHẤT LƯỢNG

"Chi phí quan trọng hơn chất lượng, nhưng chất lượng là con đường tốt nhất để giảm chi phí" - Genichi Taguchi

Tải Tài Liệu
File Formats : doc, pdf, xls, ...

D2.5

CHUẨN CHẤT LƯỢNG

PHÒNG NGỪA NGUY CƠ - DIỄN BIẾN XẤU

HÀNH MỖI NGÀY : Tiêu chí D2.5
D2.5 Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh

[Xem chi tiết](#)

D2.4

CHUẨN CHẤT LƯỢNG

PHÒNG NGỪA TẾ NGÃ

HÀNH MỖI NGÀY : Tiêu chí D2.4
D2.4 Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã

[Xem chi tiết](#)

ĐỐI TÁC

CÔNG TY CỔ PHẦN GONSA
TRÁCH NHIỆM & NIỀM TIN

CÔNG TY TNHH NTI VINA

Hoàn Mỹ
Hospital - Sài Gòn



Lập kế hoạch, triển khai 83 tiêu chí

- Đánh giá thực trạng
- Chọn ưu tiên
- Lập kế hoạch chi tiết: Phân công bộ phận, người chịu trách nhiệm, thời gian, kinh phí...
- Theo dõi triển khai:
 - Phần mềm
 - [Excel...](#)

Theo dõi triển khai 83 tiêu chí

THÁNG /2015

KTBV 10/12/14 Kết quả 3.04 / 3.1X DK / 2.55-2013

- A 3.47 / 3.63 (↓) A1.5, A4.2, A4.5 (↑) A1.1
- B 3.29 / 2.93 (↑) B2.3, B3.2, B3.4
- C 2.92 / 3.15 (↓) C5.2, C5.4, C6.2, C6.5, C7.4, C7.5, C10.2 () C4
- D 2.89 / 2.75 (↓) D4.3 (↑) D1.2, D3.4 M+
- E 1.50 / 3.00 (↓) E1.1 - E1.4

BAO CÁO TỔNG KẾT NĂM 2014 (Bổ sung Kết quả KTBV) R

KH BV 2015 (HĐồng, CTT, QLCH), Bổ sung PTKT + Phát triển + Áp dụng NCKH R

QLCH-BV

1. QĐịnh lại Hsống, Tổ QLCH, Mlưu QLCH riêng biệt (Nhân sự chuyên trách) ↔ Hsống QL-BV 08/15
2. Xây dựng cấu trúc nhân sự + chuyên môn → HĐ QLCH → GĐ
3. Tập huấn xây dựng KH cấu trúc chất lượng → Phg KHTH → GĐ
4. Xây dựng PTKT (tập cả cấu Khoa) R → HĐ KH KT → GĐ
5. Bổ sung Phát triển (tập cả cấu Khoa) R
6. Định lý NCKH (tập cả cấu Khoa) → HĐ KH KT định hướng R

Khẩu
Tổ nhân sự
YHCT (HSBA)
R

* Khẩu: - Giấy phép TCMR 07/07/15 R
- Hợp đồng 08/04/15 R

- 1- KH hoạt động 2015 + QLCH-BV R
- 2- KH CTT-1916 2015 R
- 3- KH Áp dụng NCKH 2015 & 2016
- 4- Dự kiến NCKH 2015 R
- 5- Tập huấn PTKT 2015 R

Dung cụ tài liệu báo cáo / BS Nghề
KH YS 2015 R

- 6- KH Rly KHTH-TTB 2015 R
- 7- Tập huấn CM-OC / KH structure R
- 8- PTKT HbAc R
- 9- Bình BA / Hg R/2
- 10- S1KH SH KH KT R

Nguồn: BV Tam Nông

① 2 3 4 ⑤ 6 7 8 9 10 Hsống DD
~~~~~ ~~~~~

CNTHO: 9223611 Khoa HH BVĐT  
BHYT: HC 487.05.004.00038-87004

# Giám sát, đo lường và đánh giá là bằng chứng cho cải tiến chất lượng liên tục

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: *7051*/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày *29* tháng *11* năm 2016

## **QUYẾT ĐỊNH**

**Ban hành Hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản  
đo lường chất lượng bệnh viện**

---

## Phần 2: Bệnh viện tự khảo sát sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế

# 1. Mục tiêu chung khảo sát sự hài lòng NB

Xác định những vấn đề người bệnh chưa hài lòng khi điều trị tại bệnh viện để tiến hành cải tiến chất lượng, từng bước phục vụ người bệnh tốt hơn, đáp ứng sự hài lòng và mong đợi của người bệnh.



## **2. Yêu cầu khảo sát sự hài lòng NB**

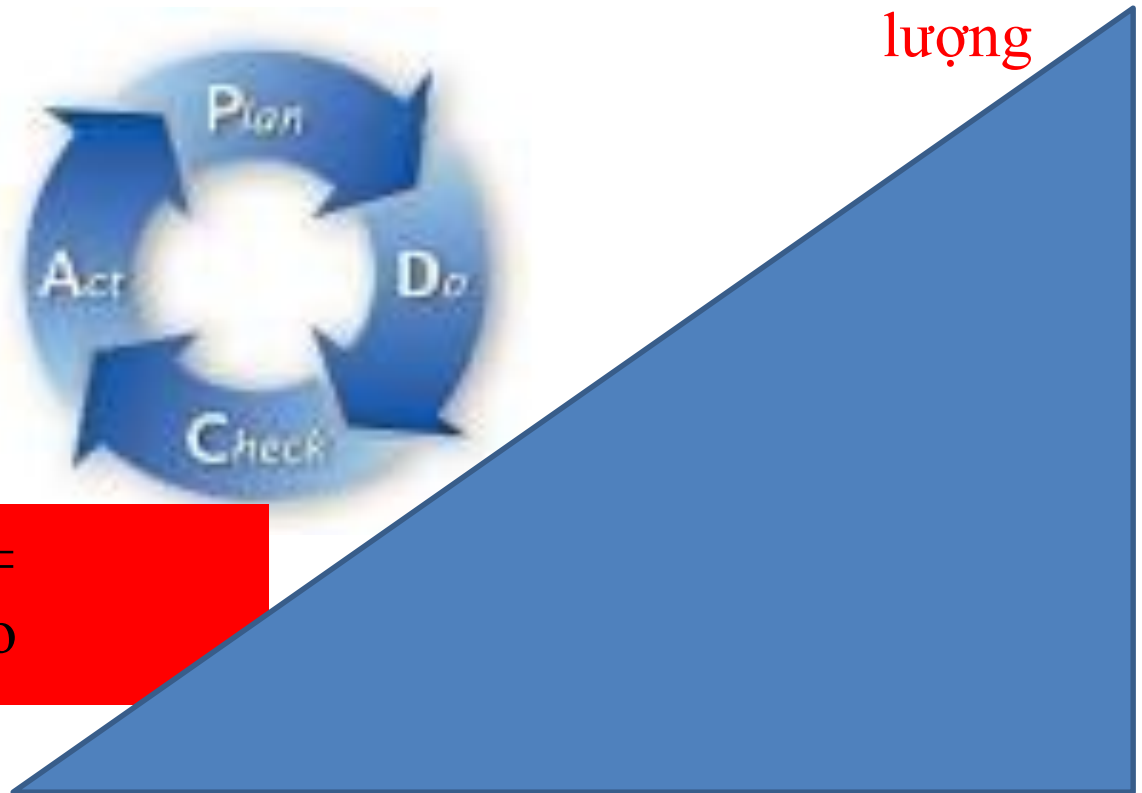
1. Bảo đảm tính khách quan, trung thực khi tiến hành khảo sát.
2. Xác định được những vấn đề NB chưa hài lòng.
3. So sánh được mức độ HL giữa các đối tượng NB khác nhau, điều trị tại các khoa khác nhau.
4. Sử dụng kết quả khảo sát để tiến hành cải tiến chất lượng bệnh viện.
5. Theo dõi liên tục sự HLNb để liên tục cải tiến chất lượng.

# Mối liên quan giữa chu trình PDCA và kiểm định chất lượng

Quality = Chất  
lượng



Assurance=  
Sự đảm bảo



# Ai là người khảo sát sự hài lòng người bệnh (đối với bệnh viện tự đánh giá)?

1. Nhân viên phòng/tổ Quản lý chất lượng.
2. Học sinh, sinh viên các trường đại học, cao đẳng y, dược.
3. Tình nguyện viên.
4. Người bệnh tự điền phiếu (*sau khi được hướng dẫn chi tiết*).

# Khi nào?

- Chu kỳ khảo sát: Ít nhất 3 tháng 1 lần
- Thời gian khảo sát: Tùy theo quy mô bệnh viện, đội khảo sát hài lòng người bệnh có thể lựa chọn thời gian khảo sát như sau:
  - + Trong 1, 2 hoặc ngày trong tuần (các ngày trong tuần, trừ thứ 2 và thứ 6)
  - + Trong 1 tuần, 2 tuần hoặc trong 1 tháng (cho đến khi đủ cỡ mẫu theo yêu cầu)

Tự khảo sát sự hài lòng người  
bệnh nội trú

# Bao nhiêu?

## Cỡ mẫu khảo sát người bệnh nội trú

- Đối với BV lượng NBNT > 3.000 lượt/ngày: 300
- Đối với BV lượng NBNT 1.000 – 2.999 lượt/ngày: 200
- **Đối với BV lượng NBNT < 1.000 lượt/ngày: 100**
- Đối với BV lượng NBNT < 100 lượt/tháng: toàn bộ NBNT trong vòng 1 tháng

# Như thế nào?

## Phương pháp chọn mẫu khảo sát người bệnh nội trú

1. Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú trên trên 100 lượt/ngày:
  - Mỗi đợt khảo sát chọn **tối thiểu** 3 khoa lâm sàng (1 khoa có công suất sử dụng giường bệnh cao, 1 khoa trung bình và 1 khoa thấp).
  - Các đợt khảo sát tiếp theo chọn lần lượt các khoa khác.
  - Nếu bệnh viện có khoa dịch vụ hoặc đối tượng người bệnh điều trị theo yêu cầu thì cũng được chọn khảo sát theo trình tự.

# Chọn như thế nào?

## Phương pháp chọn mẫu khảo sát NB nội trú

1. Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú trên trên 100 lượt/ngày (tiếp):
  - Chọn tên người bệnh theo chữ cái đầu của tên. Trong 1 ngày có thể chọn 1, 2, 3... chữ cái tùy số lượng người bệnh nằm điều trị, nhưng cần **bảo đảm toàn bộ người bệnh có cùng chữ cái đầu của tên đều được đưa vào danh sách.**
  - Ví dụ trong 1 ngày khảo sát chọn chữ cái H cần bảo đảm toàn bộ người bệnh có tên Hà, Hạnh, Hân, Hùng, Hoàng... đều được đưa vào danh sách.

# Chọn như thế nào?

## Phương pháp chọn mẫu khảo sát NB nội trú

1. Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú trên trên 100 lượt/ngày (tiếp):
  - Trong danh sách đã lập, chọn người bệnh chuẩn bị xuất viện trong 1, 2 ngày tới (trường hợp không đủ số lượng người bệnh có thể lấy thêm những người đã nằm điều trị từ ít nhất 3 ngày trở lên); không phỏng vấn những người mới nằm viện 1, 2 ngày, những người không thể trả lời.
  - Tiến hành khảo sát cho đủ số lượng người bệnh theo quy định (300 hoặc 200).

## *Lưu ý:*

- *Bệnh viện cần lập kế hoạch thời gian tiến hành các đợt khảo sát, tên khoa khảo sát và tên chữ cái đầu tiên sẽ chọn trong các đợt khảo sát.*

# Chọn như thế nào?

## Phương pháp chọn mẫu người bệnh nội trú

2. Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú dưới 100 lượt/tháng, chọn mẫu khảo sát toàn bộ người bệnh nội trú trong vòng 1 tháng hoặc cho đến khi đủ 100 phiếu, tùy điều kiện nào đến trước.

Tự khảo sát sự hài lòng người  
bệnh ngoại trú

# Bao nhiêu?

## Cỡ mẫu tự khảo sát người bệnh ngoại trú

- Đối với BV lượng NBNgT  $> 5.000$  lượt/ngày: 300
- Đối với BV lượng NBNgT 500 – 4.999 lượt/ngày: 200
- Đối với BV lượng NBNgT 100- 499 lượt/ngày: 100
- Đối với BV lượng NBNgT  $< 100$  lượt/ngày: toàn bộ NBNgT trong 2 ngày trong tuần

# Chọn như thế nào?

## Phương pháp chọn mẫu người bệnh ngoại trú

Chọn mẫu ngẫu nhiên, theo số phiếu đăng ký khám, căn cứ trên số lượt khám trung bình trong ngày để chọn hệ số k:

- Ví dụ bệnh viện khám 1000 lượt/ngày, số phiếu cần khảo sát trong 1 ngày là 100, vậy hệ số  $k = 10$ . Đội khảo sát chọn mẫu cách nhau 10 người, lấy toàn bộ những người bệnh có đuôi là số 1, ví dụ 11, 21, 31, 41...
- Nếu bệnh viện khám 1000 lượt/ngày nhưng nhân lực khảo sát hạn chế, mỗi ngày chỉ khảo sát 20 phiếu ngoại trú thì hệ số  $k = 50$ , cách 50 người chọn một người, các số khám được chọn là 0050, 0100, 0150, 350, 500...

# BỆNH VIỆN TỰ KHẢO SÁT HÀI LÒNG NHÂN VIÊN Y TẾ

- Bệnh viện tự tổ chức tiến hành sự hài lòng của nhân viên y tế trên nguyên tắc khách quan, trung thực, không ghi tên người điền phiếu.
- Bệnh viện tự khảo sát tiến hành chọn mẫu toàn bộ.
- Phiếu được thực hiện bằng hình thức tự điền, đơn vị được giao khảo sát sử dụng các thùng phiếu để nhân viên y tế điền xong sẽ bỏ vào thùng phiếu.
- Việc thu thập phiếu thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 năm, phát và thu phiếu trong thời điểm kéo dài từ 3 ngày đến 2 tuần.

# Mẫu phiếu khảo sát

- Theo quyết định số 6859/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ y tế
  - Phiếu khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú
  - Phiếu khảo sát sự hài lòng của người bệnh ngoại trú

# Nhập số liệu

- Bệnh viện và đoàn đánh giá có thể lựa chọn 2 cách như sau:
  1. Phỏng vấn và ghi trên phiếu in giấy, sau đó nhập số liệu vào máy tính bằng phần mềm excel, sau đó phân tích số liệu.
  2. Phỏng vấn và điền thông tin vào phần mềm trực tuyến bằng điện thoại, máy tính bảng, máy tính để bàn. Phần mềm sẽ tính toán và cung cấp kết quả cho các bệnh viện và đoàn kiểm tra. Điều tra viên truy cập vào phần mềm trên trang [kcb.vn](http://kcb.vn).
- Mỗi bệnh viện được cung cấp một mã số bệnh viện để nhập phiếu, đồng thời được cung cấp tên truy cập và mật khẩu

## Công văn số 287/KCB-QLCL ngày 13/3/2017 về việc thúc đẩy khảo sát sự hài lòng NB và NVYT tại BV

1. Thực hiện chọn mẫu NB nội trú, ngoại trú theo hướng dẫn của Bộ Y tế đảm bảo tính ngẫu nhiên, khách quan và khoa học.
2. Nhập số liệu khảo sát vào phần mềm trực tuyến theo hướng dẫn tại địa chỉ: <http://chatluongbenhvien.vn/hlnb-nvyt/>
3. Thu thập số điện thoại liên lạc của NB và điền số điện thoại là thông tin bắt buộc trong phiếu khảo sát NB nội trú và ngoại trú. Cục QL KCB và các tổ chức độc lập khác sẽ khảo sát ngẫu nhiên NB theo hình thức phỏng vấn qua điện thoại
4. Bệnh viện khảo sát hài lòng NB chia làm các đợt trong năm, mỗi quý khảo sát ít nhất 1 đợt.
5. Bệnh viện tiến hành khảo sát NVYT mỗi người ít nhất 1 lần trong năm; khuyến khích NVYT tự điền phiếu khảo sát trực tiếp trên phần mềm.

?

Kính mời đặt câu  
hỏi thảo luận

# Tài liệu tham khảo

- Bộ Y tế, 2016, Các thực hành tốt về quản lý chất lượng và an toàn người bệnh tại một số bệnh viện tại Việt Nam
- Đại học Y Hà Nội, 2015, Quản trị Bệnh viện, Nhà xuất bản Y học

Liên hệ:

- Email: [thangtcyt@gmail.com](mailto:thangtcyt@gmail.com)
- Mobile: 0915313175

**Xin trân trọng cảm ơn!**



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

**VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG  
VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG**



# **ĐO LƯỜNG CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN**

Nguyễn Hữu Thắng

BM Tổ chức và Quản lý y tế

# Mục tiêu

1. Trình bày được vai trò, ý nghĩa của đo lường chất lượng Bệnh viện
2. Thực hành xây dựng chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện

# Phần 1. Đại cương về đo lường chất lượng bệnh viện

# Lồng ghép hệ thống chất lượng trong y tế (Dr Charles Shaw, 2011)

Nghiên cứu y sinh

Hướng dẫn Quy trình chuyên môn

Chứng nhận Chứng chỉ

Nghiên cứu dịch vụ y tế

- Chỉ số
- Kiểm định lâm sàng
- Khảo sát
- Đánh giá đồng cấp
- Thanh tra

Lâm sàng

Tổ chức

**Tiêu chuẩn**

**Đo lường**

**Cải tiến**

Cơ sở NCĐT

Đào tạo theo chuyên đề

Cơ chế chi trả

Lập kế hoạch

Áp lực chuyên môn

Ấn phẩm

Đào tạo/đào tạo liên tục

Bộ Y tế

Hội chuyên ngành

Tạp chí

Viện, trường

Thông tin tài chính y tế

# Thông tư 19/2003/TT-BYT

## **Điều 5. Xây dựng chỉ số chất lượng, cơ sở dữ liệu và đo lường chất lượng bệnh viện**

1. Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và tham khảo các bộ chỉ số chất lượng bệnh viện trong nước hoặc nước ngoài.
2. Thực hiện đo lường chỉ số chất lượng trong bệnh viện.
3. Tổ chức thu thập, quản lý, lưu trữ, khai thác và sử dụng dữ liệu liên quan đến chất lượng bệnh viện.
4. Lòng ghép báo cáo chất lượng vào báo cáo hoạt động chung của bệnh viện.
5. 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.

# 83 tiêu chí

| <b>D3.2</b>                      | <b>Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Căn cứ đề xuất và ý nghĩa</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện.</li><li>• Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định thực trạng và thúc đẩy cải tiến. Chất lượng rất khó có thể cải tiến nếu không đo lường được hoặc đo lường sai thực tế.</li></ul> |

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: **7051**/QĐ-BYT

*Hà Nội, ngày **29** tháng **11** năm 2016*

**QUYẾT ĐỊNH**

**Ban hành Hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản  
đo lường chất lượng bệnh viện**

*Nếu không thể đo lường,  
bạn không thể quản lý  
chất lượng*

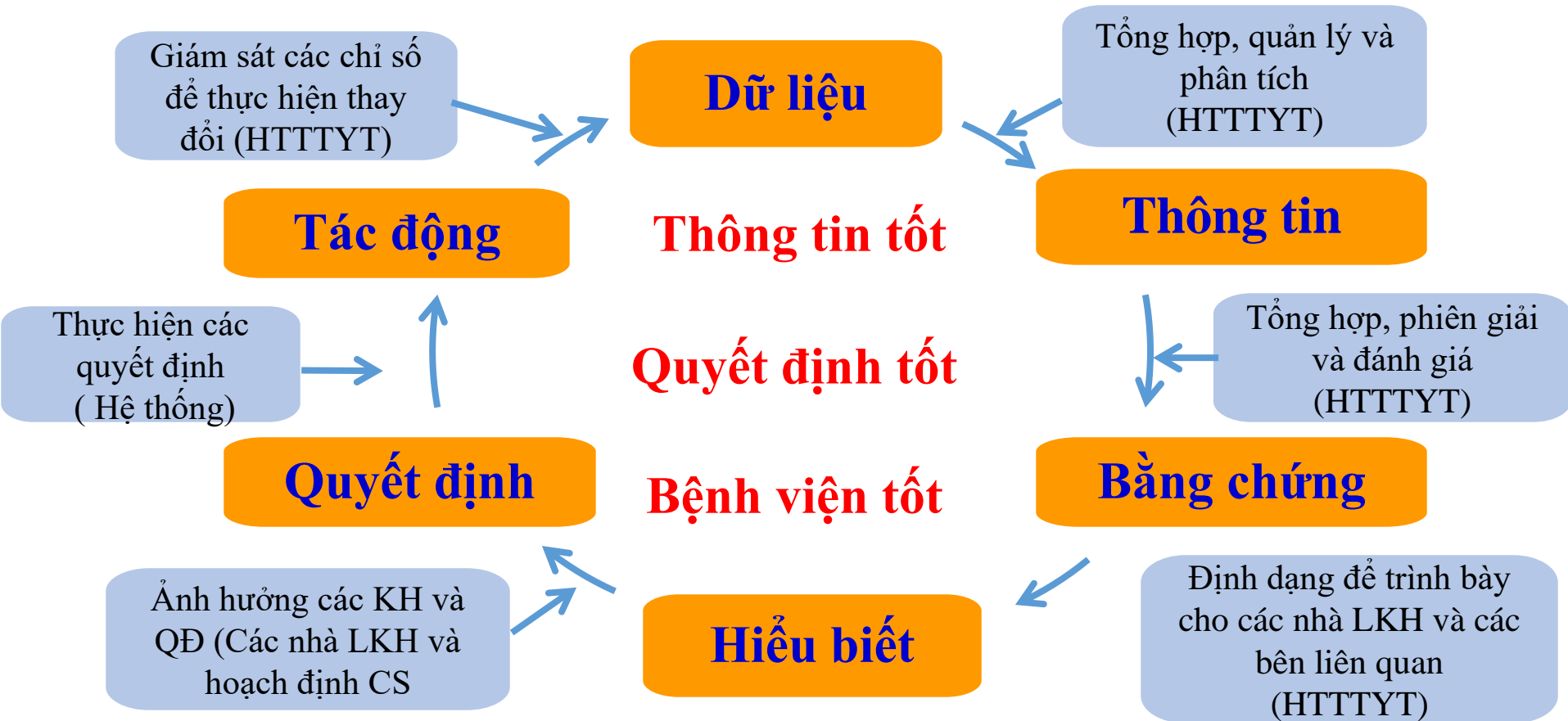
***Peter Drucker***



- Thách thức của quản lý chất lượng trong môi trường y tế là phương pháp đánh giá và cải thiện chất lượng.
- Cải thiện chất lượng có ý nghĩa nhất khi được xây dựng dựa trên việc phân tích dữ liệu và thông tin
- Số liệu tin cậy không chỉ giúp đánh giá chất lượng chăm sóc mà còn có thể đo lường hiệu quả của các can thiệp cải thiện chất lượng

**⇒ CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG CHÍNH LÀ GIẢI PHÁP**

# Vai trò quan trọng của thông tin trong QL BV



Quản lý bệnh viện dựa trên bằng chứng

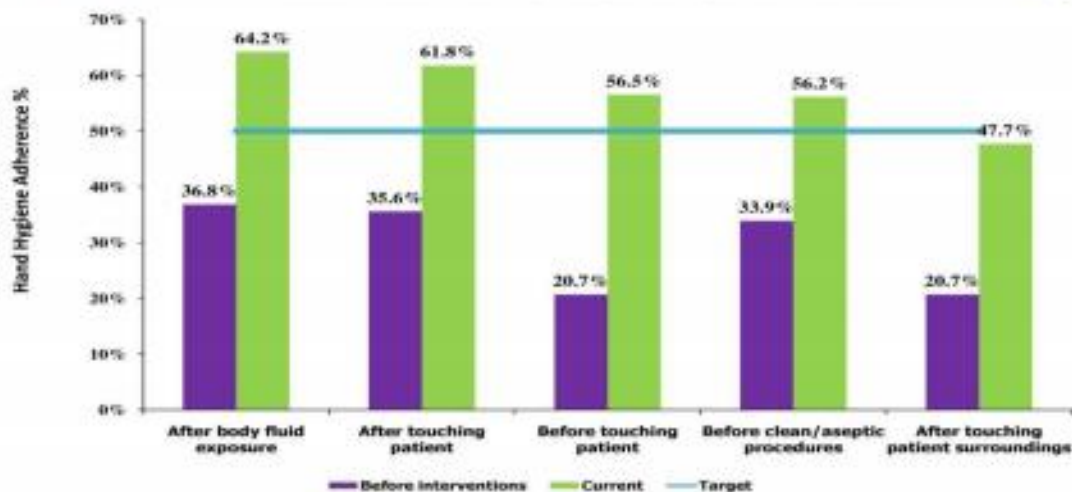
Làm thế nào để đo  
lượng chất lượng?

Chỉ số chất lượng

## Improvement in compliance rate of hand hygiene following PDSA cycles from Oct 2014 to Mar 2015

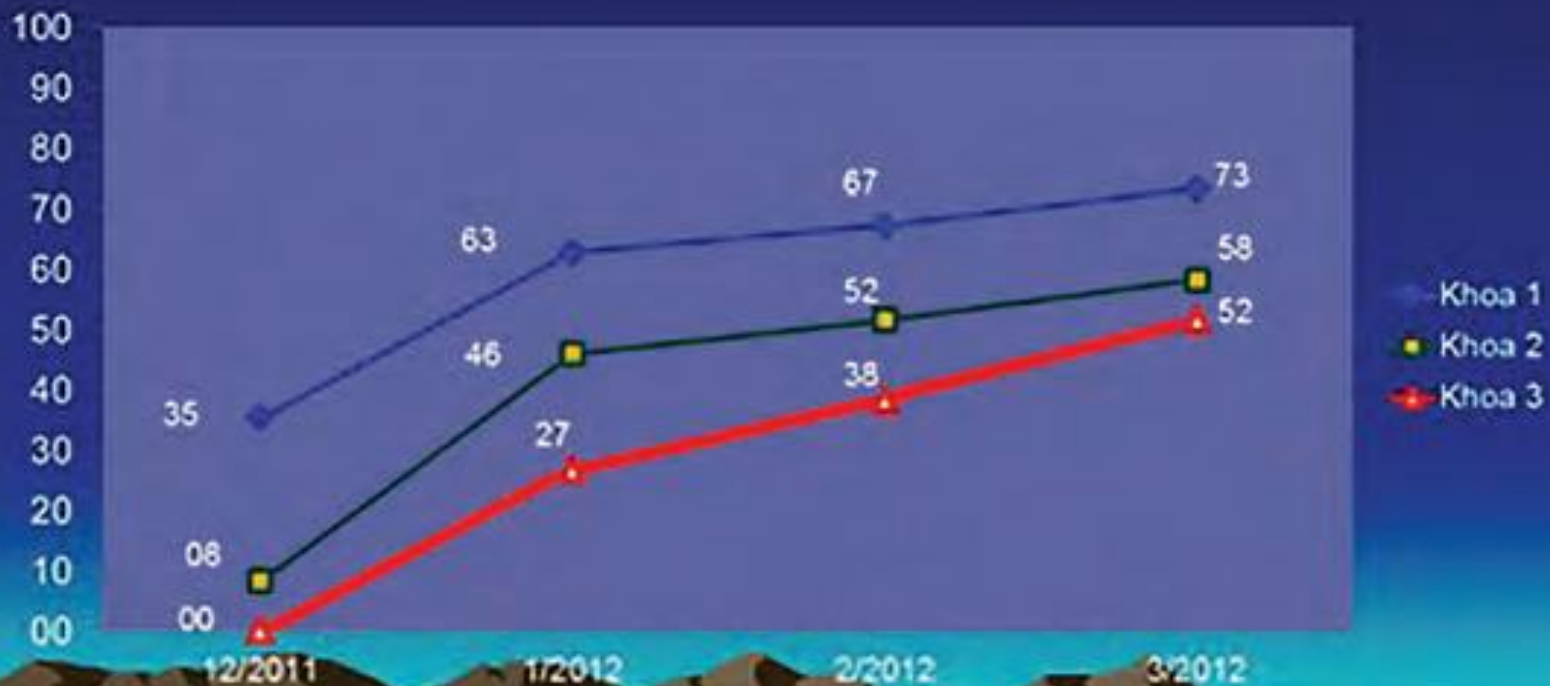


## The compliance rate for 5 moments of hand hygiene after 3 months of project implementation



# CẢI THIỆN AN TOÀN TIÊM

Dự án cải tiến chất lượng đầu tiên của bệnh viện ĐKKV  
Nghĩa Lộ sử dụng chu trình PDCA



Tỷ lệ mũi tiêm an toàn tăng từ 14,3% lên 61%

# Một số khái niệm

- Số liệu?
- Thông tin?
- Bằng chứng?
- Chỉ tiêu?
- Chỉ số?

# Một số khái niệm

- **Thông tin:** Số liệu/ tin tức/ thông điệp.
- **Thông tin y tế:** Thông tin mô tả về các lĩnh vực khác nhau trong ngành y tế và cả những thông tin ngoài ngành Y tế nhưng có liên quan mật thiết.
- **Thông tin bệnh viện:** Thông tin mô tả về tình hình hoạt động các lĩnh vực khác nhau của BV và các lĩnh vực khác có liên quan.

# Một số khái niệm

Thông tin - Bằng chứng:

Bằng chứng là những TT giúp cho người quản lý ra quyết định. Bằng chứng cần ở dưới dạng so sánh, đánh giá. Ví dụ:

- Cân nặng, chiều cao, tuổi của từng đứa trẻ

⇒ Số liệu

- Tỷ lệ SDD của trẻ < 5 tuổi tại xã A

⇒ Thông tin

- Tỷ lệ SDD của trẻ < 5 tuổi tại xã A trong 5 năm qua

⇒ Bằng chứng

# Một số khái niệm

- **Chỉ số SK** là số đo để đo lường và so sánh sự thay đổi về về SK, BT và công tác CSBVSK. Sự thay đổi có thể theo:
  - chiều hướng (tăng hay giảm)
  - phạm vi (rộng hay hẹp)
  - mức độ (ít hay nhiều)
- **Chỉ tiêu y tế/sức khỏe** là *"thước đo giá trị các mục tiêu, kết quả và hoạt động y tế xã hội"* (Theo TCYT thế giới) hoặc *"Tiêu chí được biểu hiện bằng số "*.

# Một số khái niệm

- Chỉ số là một thước đo không mang giá trị tự thân, dùng để đo lường và so sánh: Ví dụ “*Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú*”.
- Các chỉ số này chỉ có giá trị thực tế sau mỗi định kỳ được cơ quan thống kê thu thập số liệu và đo lường. Như vậy giá trị của chỉ số sẽ thay đổi sau mỗi thời kỳ được đo lường (*Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú thực tế năm 2012 đo được là 50%, năm 2013 đo được là 60%...*)
- Giá trị của chỉ tiêu được cố định từ đầu (và chỉ thay đổi khi quyết định điều chỉnh mục tiêu)

# Một số khái niệm

□ Số trung bình có công thức tính:

$$= (X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n) / n$$

- Tỷ số (Ratio): là một phân số, trong đó tử số có thể không thuộc mẫu số:

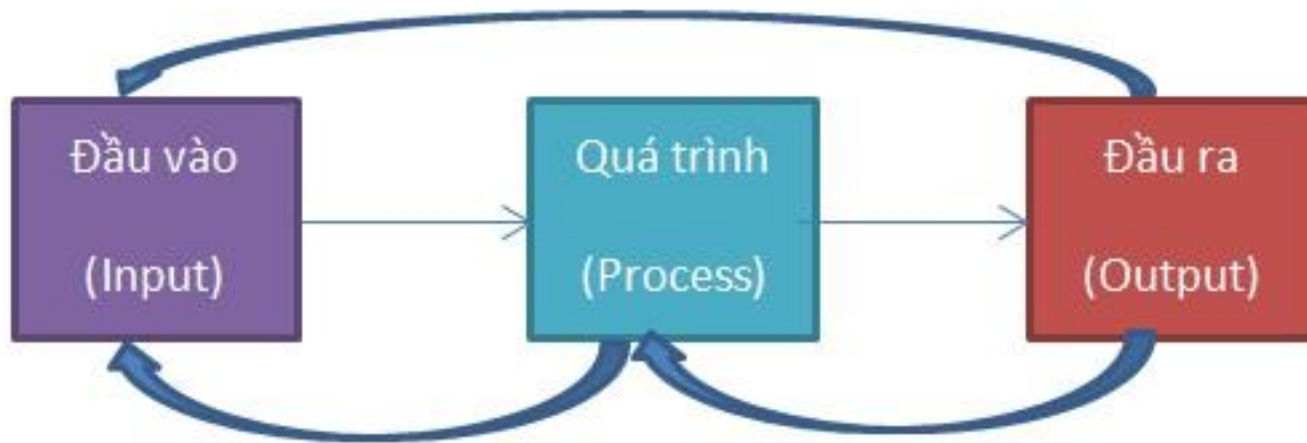
$$\text{Tỷ số} = \frac{A}{B} ; \text{ ( trong đó } A \text{ khác } B \text{ )}$$

# Một số khái niệm

- Tỷ lệ phần trăm (Percentage): Tỷ lệ phần trăm giống như tỷ trọng, nhưng được nhân với 100 %. Tỷ lệ phần trăm cho biết số lượng của tử số tính cho 100 đơn vị của mẫu số:

$$\text{Tỷ lệ \%} = \frac{A}{A+B} * 100$$

# Phân loại chỉ số chất lượng theo cách tiếp cận hệ thống



Thành tố của cách tiếp cận hệ thống

# Nhóm chỉ số theo khía cạnh chất lượng

|         |                             |          |           |                         |                     |
|---------|-----------------------------|----------|-----------|-------------------------|---------------------|
| An toàn | Lấy người bệnh là trung tâm | Hiệu quả | Hiệu suất | Hướng về nhân viên y tế | Năng lực chuyên môn |
|---------|-----------------------------|----------|-----------|-------------------------|---------------------|

# Yêu cầu chất lượng số liệu của hệ thống TTBV

- Kịp thời(Timeliness): Thời gian thu thập và báo cáo TT gần với thời gian xảy ra sự kiện
- Đầy đủ hoàn thiện (Completeness): TT bao phủ được tất cả khu vực, đối tượng đích, thời gian và các mục trong biểu mẫu thống kê báo cáo được điền đầy đủ
- Chính xác (Accuracy): TT được báo cáo = sự thật (chuẩn)
- Tin cậy (Reliability): Sự chính xác của TT giống nhau trong các lần báo cáo, người báo cáo, thời điểm báo cáo hay trong các biểu mẫu khác nhau
- Thích hợp (Relevance): TT được đưa ra = TT cần thiết
- Thoả đáng(Adequacy): Mức độ cụ thể của TT; cách xử lý TT và cách trình bày TT đáp ứng được đòi hỏi, nhu cầu của người sử dụng

# Phương pháp thu thập thông tin

- Số liệu sẵn có: sổ sách, báo cáo, bệnh án...
- Phỏng vấn
- Quan sát
- Thảo luận

## Phần 2. Xây dựng chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện

# Nguyên tắc xây dựng chỉ số chất lượng

- Xây dựng chỉ số chất lượng bệnh viện nhằm đo lường được các khía cạnh (dimension) chất lượng quan trọng và phù hợp với đại đa số các bệnh viện.
- Chỉ số chất lượng bệnh viện đo lường các thành tố (element): cấu trúc (đầu vào), quá trình, kết quả đầu ra của dịch vụ khám chữa bệnh.
- Chỉ số được tính toán thông qua việc thu thập, phân tích số liệu.
- Chỉ số chất lượng bệnh viện được lựa chọn phải có tính liên quan chặt chẽ tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, tính khả thi, tính giá trị và hướng tới khả năng cải tiến chất lượng dịch vụ.
- Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện là cơ sở hướng dẫn để các bệnh viện căn cứ vào khả năng, điều kiện thực tế của bệnh viện để lựa chọn các chỉ số phù hợp với đơn vị để tổ chức triển khai đo lường đánh giá định kỳ.

# Nhóm chỉ số cơ bản đánh giá chất lượng bệnh viện

**Năng lực chuyên môn:** Đánh giá sự hợp lý trong cung cấp các dịch vụ y tế theo khuyến cáo y khoa và quy định phân tuyến kỹ thuật.

**An toàn:** Phản ánh nguy cơ đối với sức khỏe của người bệnh, nhân viên y tế và cộng đồng khi cung cấp dịch vụ y tế.

**Hiệu suất:** Giúp đánh giá việc sử dụng tối ưu các nguồn lực hiện có để cung cấp dịch vụ y tế có chi phí-hiệu quả tốt nhất.

**Hiệu quả:** Giúp đánh giá những can thiệp y tế có đem lại kết quả mong muốn.

**Hướng đến nhân viên:** Sự hài lòng của bệnh viện với nhân viên y tế.

**Hướng đến người bệnh:** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh liên quan nhiều đến các khía cạnh ngoài y tế, bao gồm: tiện nghi sinh hoạt và vệ sinh trong buồng bệnh, cách ứng xử và giao tiếp v.v.

| <b>Khía cạnh<br/>(Dimension)</b>               | <b>Chỉ số<br/>(Indicator)</b>                                             | <b>Thành tố<br/>(Element)</b> |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Năng lực<br/>chuyên môn<br/>(2 chỉ số)</b>  | 1. Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến khám chữa bệnh     | Quá trình                     |
|                                                | 2. Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên                                    | Quá trình                     |
| <b>An toàn<br/>(4 chỉ số)</b>                  | 3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ                                               | Đầu ra                        |
|                                                | 4. Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện                               | Đầu ra                        |
|                                                | 5. Số sự cố y khoa nghiêm trọng                                           | Đầu ra                        |
|                                                | 6. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng                                     | Đầu ra                        |
| <b>Hiệu suất<br/>(4 chỉ số)</b>                | 7. Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh                          | Quá trình                     |
|                                                | 8. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)                        | Quá trình                     |
|                                                | 9. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế                                  | Đầu ra                        |
|                                                | 10. Hiệu suất sử dụng phòng mổ                                            | Quá trình                     |
| <b>Hiệu quả<br/>(2 chỉ số)</b>                 | 11. Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh) | Đầu ra                        |
|                                                | 12. Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)          | Đầu ra                        |
| <b>Hướng đến<br/>nhân viên<br/>(3 chỉ số)</b>  | 13. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn                             | Quá trình                     |
|                                                | 14. Tỷ lệ tiêm phòng viêm gan B trong nhân viên y tế                      | Quá trình                     |
|                                                | 15. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế                                     | Đầu ra                        |
| <b>Hướng đến<br/>người bệnh<br/>(1 chỉ số)</b> | 16. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh              | Đầu ra                        |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Chỉ số 3</b>                     | <b>Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Lĩnh vực áp dụng</b>             | Ngoại khoa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Khía cạnh chất lượng</b>         | An toàn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Thành tố chất lượng</b>          | Đầu ra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Lý do lựa chọn</b>               | Nhiễm khuẩn vết mổ là biến chứng sau phẫu thuật thường gặp. Nhiễm khuẩn vết mổ ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Bộ Y tế quy định các bệnh viện cần điều tra, ghi chép và theo dõi nhiễm khuẩn bệnh viện, bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ                                                                                                                     |
| <b>Phương pháp tính</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Từ số                               | Số người bệnh bị nhiễm khuẩn vết mổ trong kỳ báo cáo * 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mẫu số                              | Tổng số người bệnh được phẫu thuật trong kỳ báo cáo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nguồn số liệu</b>                | Bệnh án, điều tra về nhiễm khuẩn vết mổ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Thu thập và tổng hợp số liệu</b> | Thu thập số liệu về nhiễm khuẩn vết mổ nên dựa trên những điều tra thường xuyên và liên tục của nhân viên kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhiều bệnh viện tuyến trung ương đã thực hiện giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện. Với những bệnh viện chưa thực hiện giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện, công việc thu thập và tổng hợp số liệu đòi hỏi phải có nhân viên được đào tạo và hệ thống giám sát được thiết lập. |
| <b>Giá trị của số liệu</b>          | Độ chính xác và tin cậy trung bình                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Tần suất báo cáo</b>             | 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

# Lớp chia 3 nhóm

- Mỗi nhóm xây dựng chỉ số đánh giá chất lượng (2 chỉ số/nhóm x 3 nhóm), **KHÁC** với chỉ số theo QĐ 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016

# Xây dựng chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện

| Tên chỉ số                   | ????????????????????                                                           |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Lĩnh vực áp dụng             | Nội/ngoại/sản/nhi...                                                           |
| Thành tố chất lượng          | Đầu vào/quá trình/đầu ra                                                       |
| Khía cạnh chất lượng         | An toàn/chuyên môn/hiệu suất/hiệu quả/hướng đến nhân viên/hướng đến người bệnh |
| Lý do lựa chọn               |                                                                                |
| Phương pháp tính             |                                                                                |
| Tử số                        |                                                                                |
| Mẫu số                       |                                                                                |
| Nguồn số liệu                |                                                                                |
| Thu thập và tổng hợp số liệu |                                                                                |
| Giá trị của số liệu          |                                                                                |
| Tần suất báo cáo             |                                                                                |

# Nguyên tắc xây dựng chỉ số chất lượng

- Xây dựng chỉ số chất lượng bệnh viện nhằm đo lường được các khía cạnh (dimension) chất lượng quan trọng và phù hợp với đại đa số các bệnh viện.
- Chỉ số chất lượng bệnh viện đo lường các thành tố (element): cấu trúc (đầu vào), quá trình, kết quả đầu ra của dịch vụ khám chữa bệnh.
- Chỉ số được tính toán thông qua việc thu thập, phân tích số liệu.
- Chỉ số chất lượng bệnh viện được lựa chọn phải có tính liên quan chặt chẽ tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, tính khả thi, tính giá trị và hướng tới khả năng cải tiến chất lượng dịch vụ.
- Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện là cơ sở hướng dẫn để các bệnh viện căn cứ vào khả năng, điều kiện thực tế của bệnh viện để lựa chọn các chỉ số phù hợp với đơn vị để tổ chức triển khai đo lường đánh giá định kỳ.

# Tài liệu tham khảo

- Quyết định 7051/QĐ-BYT, ngày 29 tháng 11 năm 2016, về việc ban hành thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện.
- Trường Đại học Y Hà Nội, 2015, Quản trị bệnh viện, nhà xuất bản Y học.

Liên hệ:

- Email: [thangtcyt@gmail.com](mailto:thangtcyt@gmail.com)
- Mobile: 0915313175

Xin trân trọng cảm ơn!

# ÁP DỤNG CHU TRÌNH PDCA TRONG CÁC BỆNH VIỆN VIỆT NAM

MỤC TIÊU

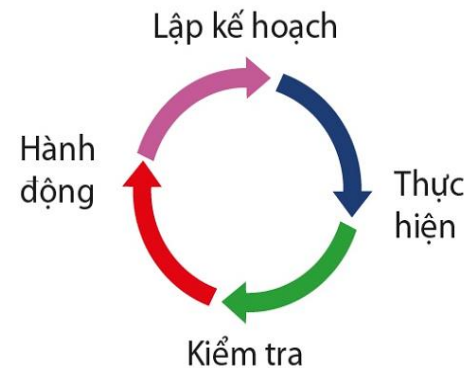


Nguyễn Hữu Thắng  
Trường Đại học Y Hà  
Nội

## CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG LIÊN TỤC



# PDCA



1. Trình bày  
được các bước  
trong chu trình  
PDCA

2. Áp dụng  
chu trình PDCA  
trong  
QLCL liên tục

**D1.2**

**Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng**

**Mức 4**

10. Bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện được triển khai đầy đủ các mục theo như bảng kiểm đánh giá.
11. Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chiếm từ 50% tổng số khoa/phòng trở lên.
12. Mỗi đề án cải tiến chất lượng có đưa ra ít nhất 1 mục tiêu và 1 kết quả đầu ra cụ thể, phù hợp với kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện.
13. Các khoa/phòng triển khai các đề án cải tiến chất lượng của từng khoa/phòng theo lộ trình trong đề án.

[QĐ 6858/QĐ BHYT ban hành 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện](#)

# CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

Cho 01 ví dụ về 01 hoạt động “Cải tiến chất lượng” cụ thể (theo định nghĩa do anh chị nghĩ) đã thực hiện được tại bệnh viện (hoặc công việc) của anh chị từ đầu năm 2017 đến nay?

*(kính đề nghị học viên viết câu trả lời cụ thể ra giấy)*

Cải tiến  
chất lượng là gì?

# CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

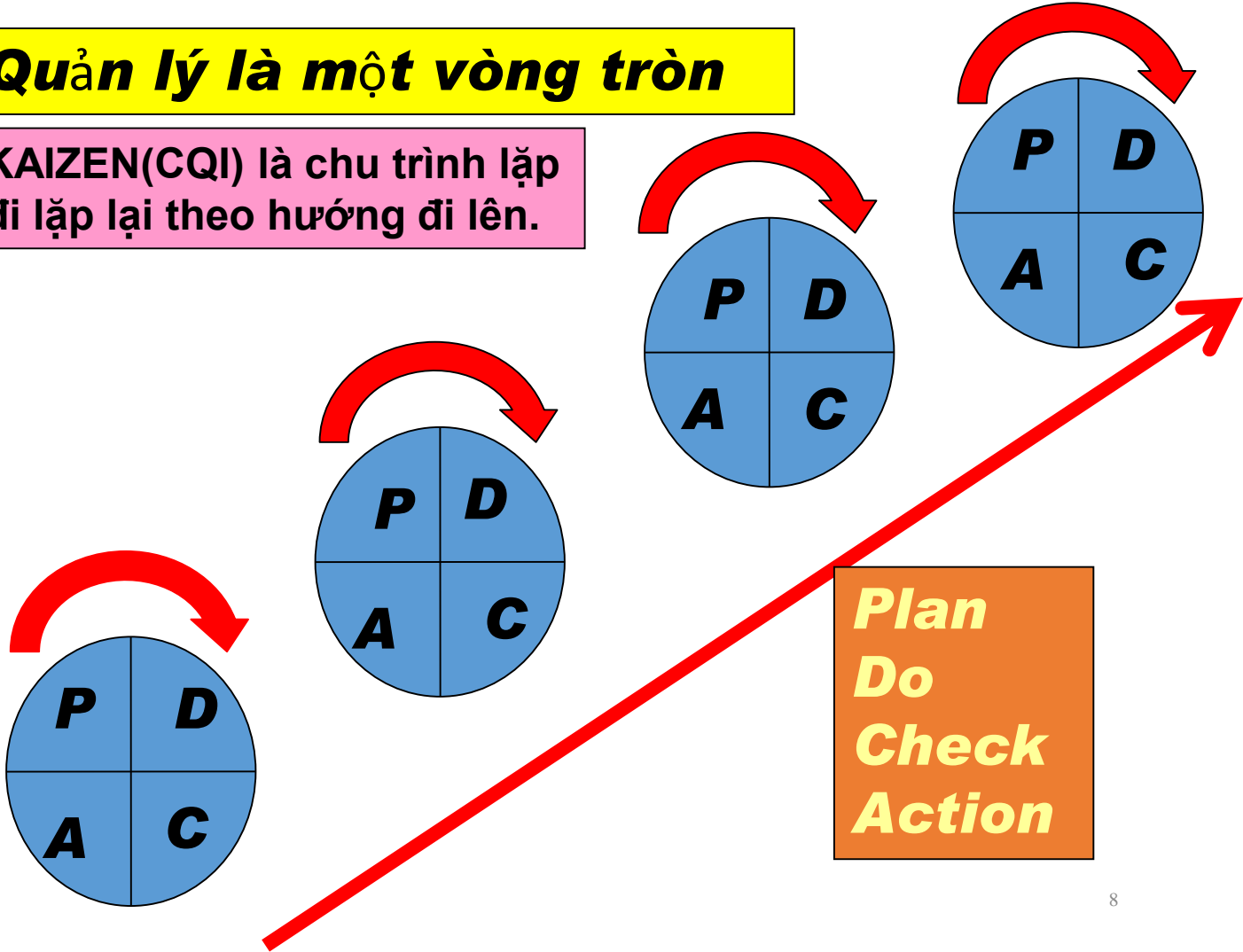
- Cải tiến chất lượng, hiểu theo nghĩa đơn giản nhất, là...
  - ▶ Hôm nay tốt hơn ngày hôm qua
  - ▶ Ngày mai tốt hơn ngày hôm nay...

# LÝ THUYẾT: PHƯƠNG PHÁP KAIZEN



**Quản lý là một vòng tròn**

KAIZEN(CQI) là chu trình lặp đi lặp lại theo hướng đi lên.



**Plan  
Do  
Check  
Action**



# THỰC HÀNH: KAIZEN VÀ CÁC BẬC THANG CHẤT LƯỢNG

MỨC 4, 5:  
CẢI TIẾN CL

Mục tiêu  
dài hạn



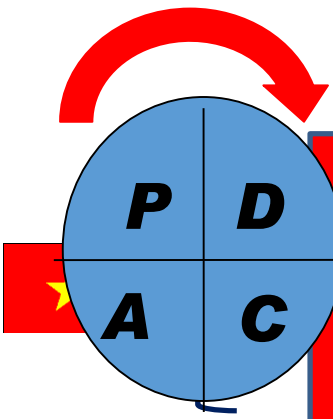
## MỨC 5

- KẾT QUẢ ĐẦU RA TỐT
- SỬ DỤNG KQ ĐÁNH GIÁ VÀO CẢI TIẾN CL
- TIỆM CẬN QUỐC TẾ

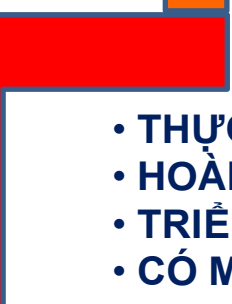


## MỨC 4

- THỰC HIỆN VƯỢT TRÊN QUY ĐỊNH
- CÓ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐẦU RA
- ĐẠT ĐƯỢC MỘT SỐ KẾT QUẢ TỐT

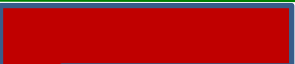


Mức  
chấp  
nhận  
được!



## MỨC 3

- THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ QUY CHẾ, QUY ĐỊNH
- HOÀN THIỆN YẾU TỐ ĐẦU VÀO
- TRIỂN KHAI HOẠT ĐỘNG CTCL
- CÓ MỘT SỐ KẾT QUẢ ĐẦU RA



## MỨC 2

- THỰC HIỆN QUY CHẾ, QUY ĐỊNH
- TRIỂN KHAI CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG
- THIẾT LẬP MỘT SỐ YẾU TỐ ĐẦU VÀO



## MỨC 1

- CHƯA THỰC HIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (CTCL)
- VI PHẠM QUY CHẾ, QUY ĐỊNH



**BÁO ĐỘNG!**  
Cần tập trung mọi  
nguồn lực cải tiến  
chất lượng BV!  
(xác định ưu tiên)

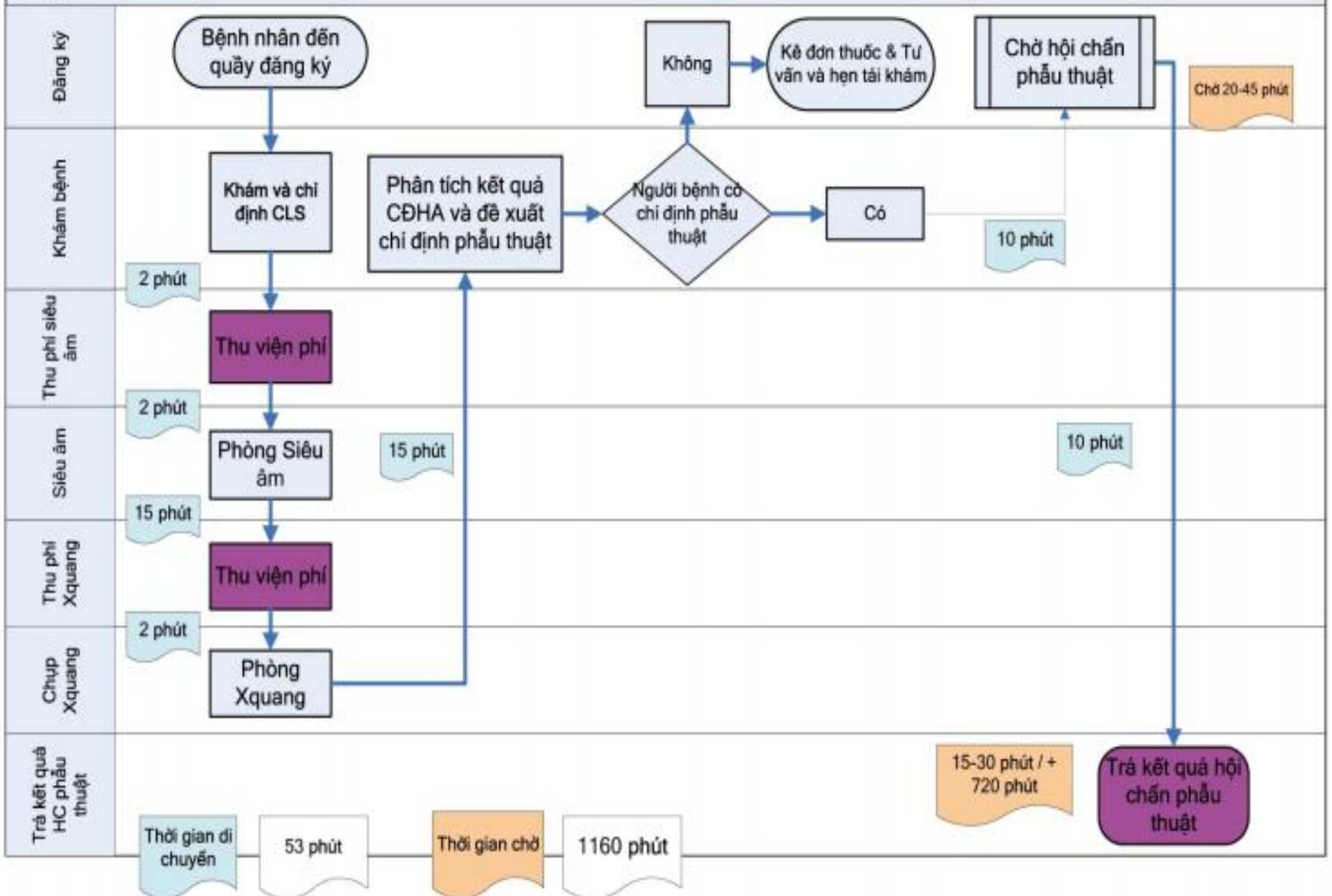
**SOS**

## Thảo luận tình huống

1. Các bước quy trình PDCA là gì?
2. BV làm như thế nào?
3. Kết quả thu được ra sao?

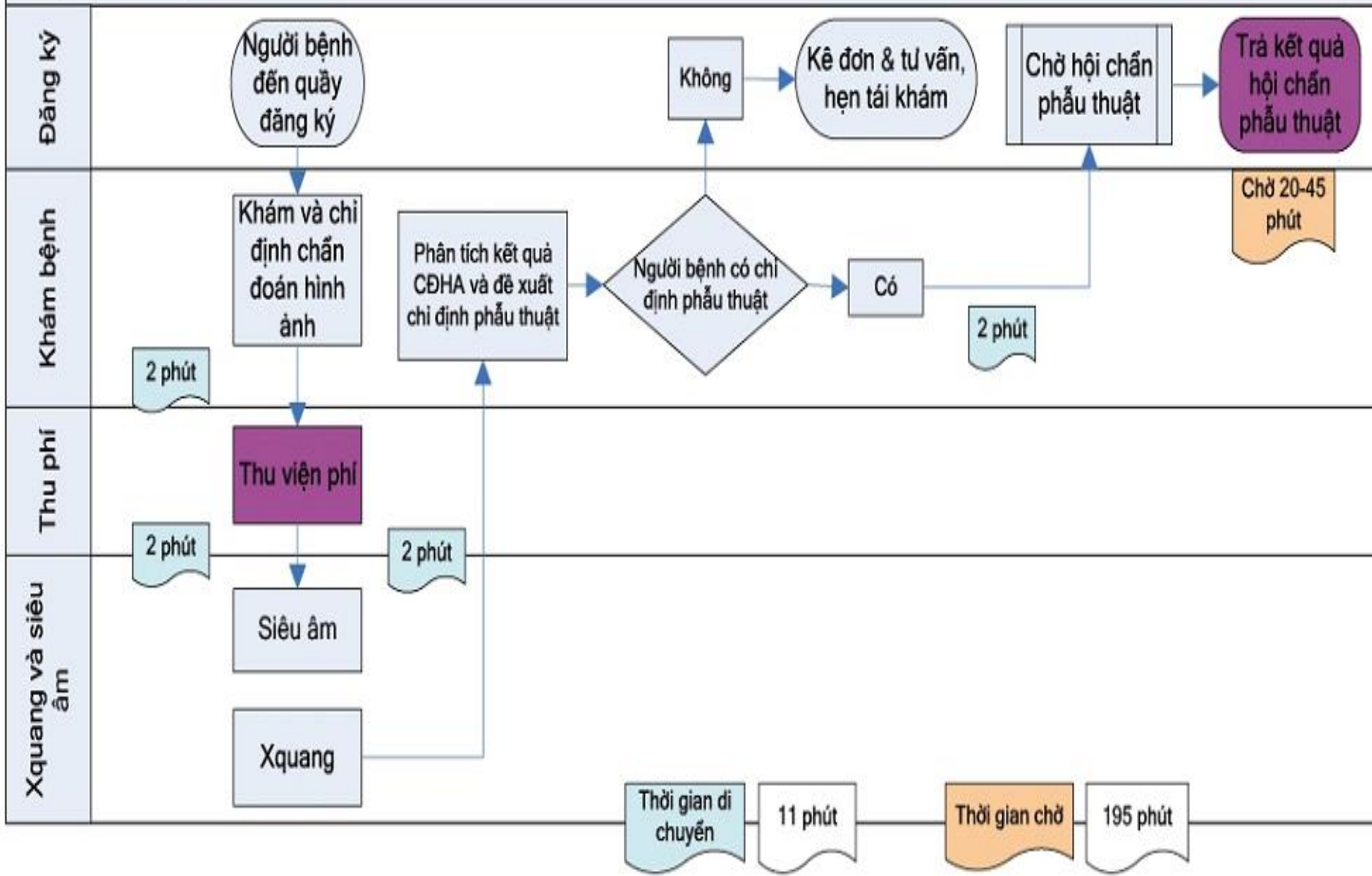
# QUI TRÌNH TỔ CHỨC KHÁM - HỘI CHẨN PHẪU THUẬT TIM TẠI BV. TRUNG ƯƠNG HUẾ (trước cải tiến)

## Trung Tâm Tim Mạch

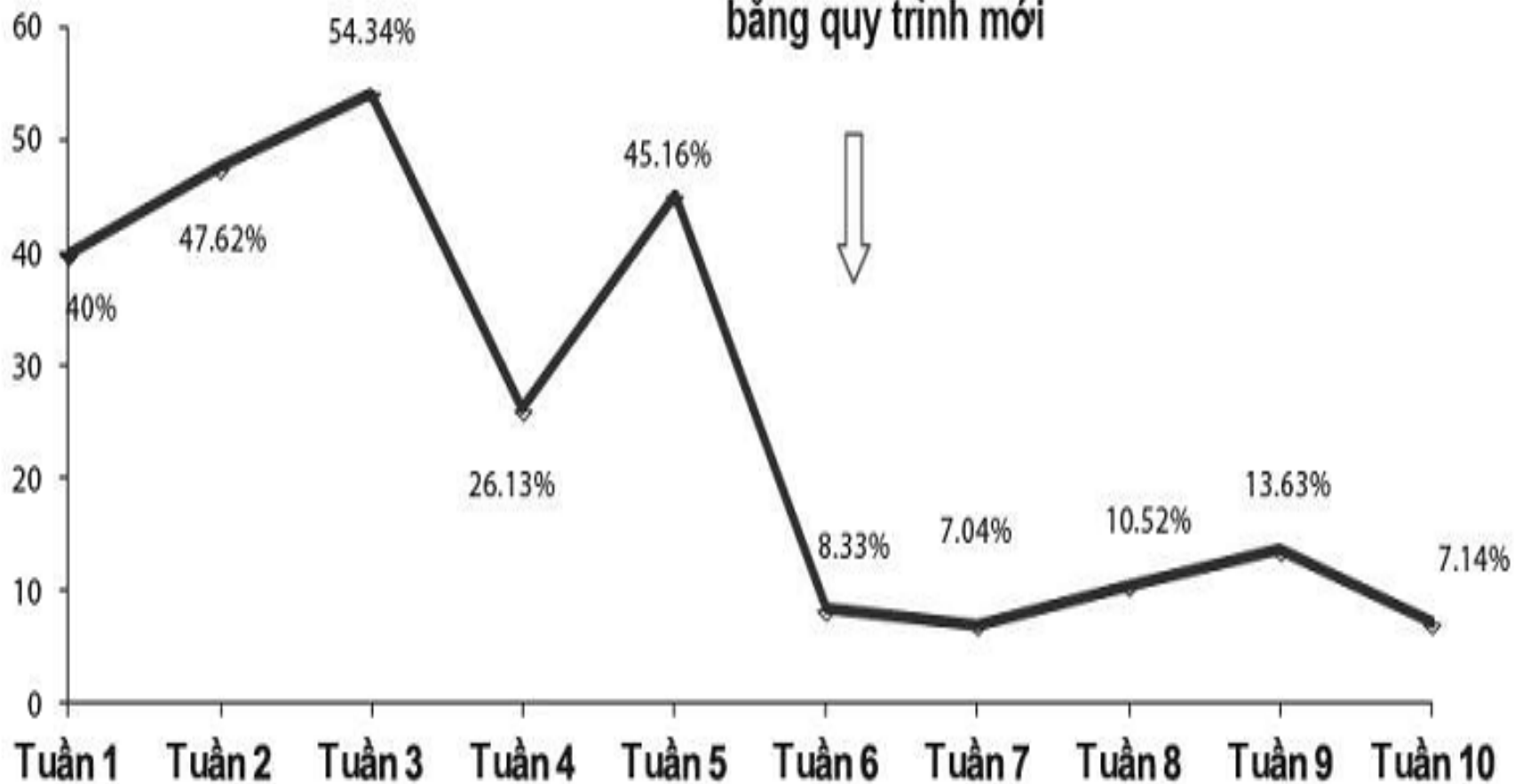


# QUI TRÌNH TỔ CHỨC KHÁM VÀ HỘI CHẨN PHẪU THUẬT TIM TẠI BV. TRUNG ƯƠNG HUẾ (sau cải tiến)

## Trung tâm Tim Mạch



Thời điểm can thiệp  
bằng quy trình mới



Sơ đồ 4: Tỷ lệ bệnh nhân được trả kết quả ngày hôm sau theo tuần

# Một số dự án cải tiến chất lượng Bệnh Viện

- Dự án: Giảm thời gian chờ tại phòng khám
- Dự án: Cải tiến quy trình cấp phát thuốc BHYT ngoại trú
- Dự án: Rút ngắn thời gian từ lúc người bệnh nhập cấp cứu tới nhập khoa lâm sàng
- Dự án: Rút ngắn thời gian chờ đợi kết quả sinh hóa - miễn dịch
- Dự án: Rút ngắn thời gian chờ đợi kết quả Xquang

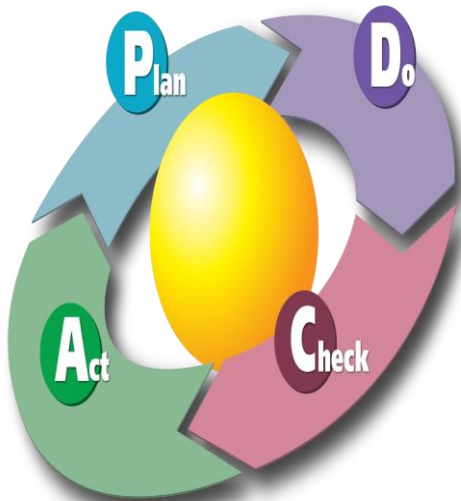
# Một số dự án cải tiến chất lượng Bệnh Viện

- Dự án: Tăng cường tuân thủ quy trình vệ sinh tay đúng cách
- Dự án: Tăng cường tuân thủ phác đồ điều trị ngoại trú, nội trú
- Dự án: Phòng chống người bệnh té ngã
- Dự án: Nâng cao chất lượng bệnh án
- ...

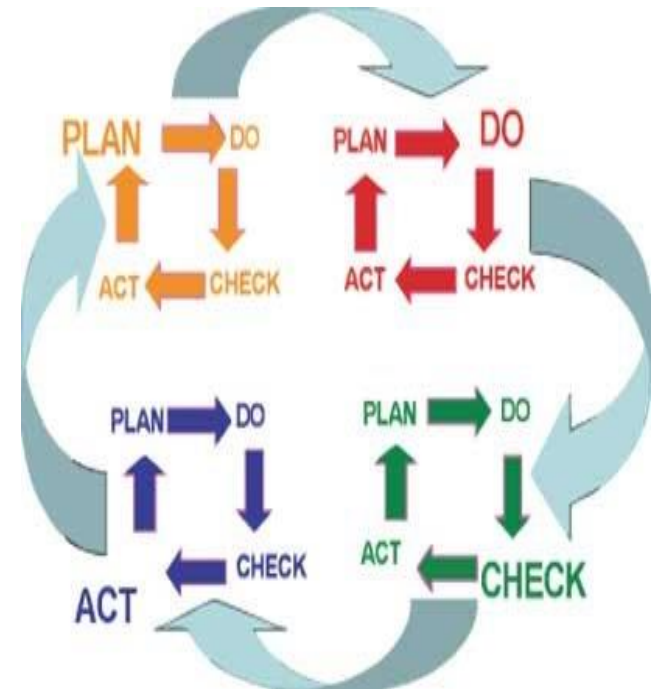
# Giới thiệu

- PDCA là công cụ hữu hiệu, phương pháp luận khoa học để giải quyết vấn đề
- Được thiết kế để áp dụng liên tục, nhiều lần
- Bao gồm các hoạt động theo chu trình
- Nâng cao kiến thức cá nhân khi đánh giá nguyên nhân của vấn đề
- Mục đích cuối cùng của chu trình PDCA là cải tiến liên tục làm cho khách hàng hài lòng
- Khi thực hiện cần:
  - ✓ Dữ liệu
  - ✓ Bằng chứng về việc dữ liệu và số liệu liên quan đến vấn đề
  - ✓ Phân tích khách quan và tư duy phê phán xung quanh vấn đề

# Các bước trong chu trình PDCA



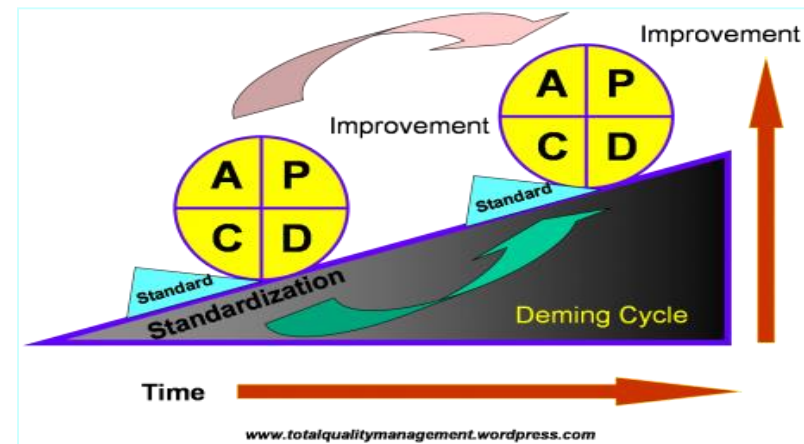
- P – Lập KH
- D – Thực hiện
- C – Kiểm tra
- A – Hành động



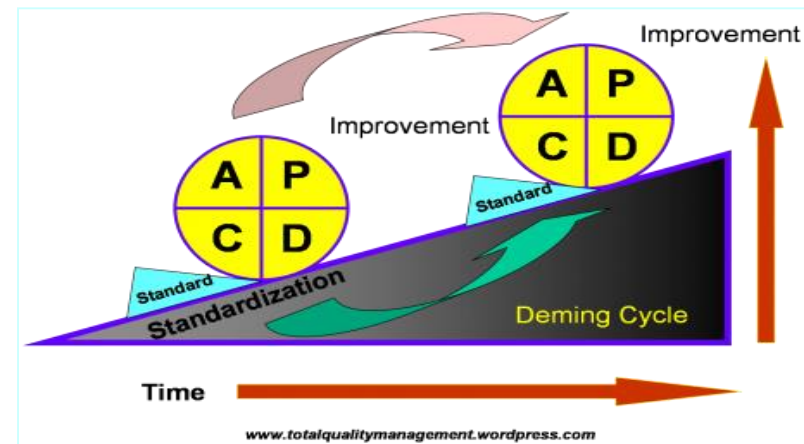
# 1. Lập kế hoạch

1. Xác định vấn đề (What, Who, Where, When, How):  
4W-1H
2. Phân tích nguyên nhân, xác định nguyên nhân chính-gốc
3. Mục tiêu **SMART**: **S**-cụ thể, dễ hiểu; **M**-đo lường được; **A**-vừa sức, có thể đạt được; **R**-thực tế; **T**-có thời hạn.
4. Xác định giải pháp
5. Lập KH hành động-**5M**: Nhân lực, tài lực, Vật lực(nguyên liệu), trí lực (PP làm, công nghệ); Phương tiện (máy móc, thiết bị)

## 2. DO: Thử nghiệm các giải pháp, Xem xét, đo lường, phân tích kết quả, Đánh giá các giải pháp



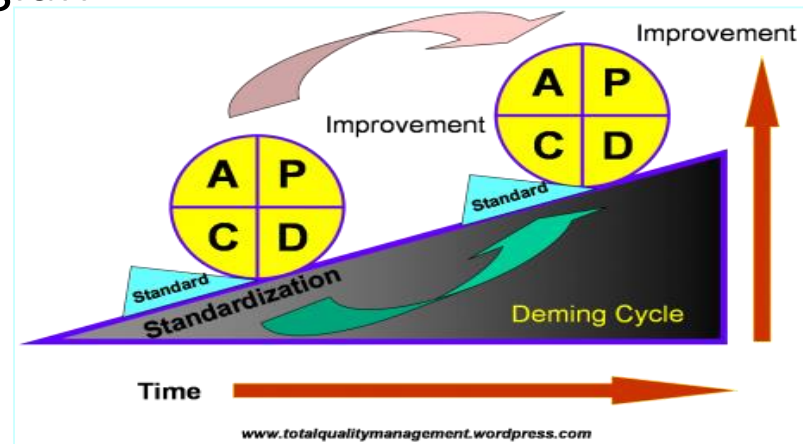
**3. Check:** Giúp phát hiện những điểm chưa phù hợp để kịp thời điều chỉnh mục tiêu ...





\* Lưu Ý: PDCA

- Nhu cầu luôn tăng theo thời gian
- Tiêu chuẩn mới luôn xác lập
- Cải tiến là không ngừng



## P - Lập kế hoạch

1

Xác định,  
đo lường vấn  
đề

2

Phân tích  
nguyên  
nhân

3

Viết  
mục tiêu

4

Xác định  
giải pháp

5

Kế hoạch  
hành động



# B1: Xác định vấn đề

Cần tìm bằng chứng để xác định vấn đề ở đâu?

- **Khách hàng:** hộp thư, đường dây nóng, phiếu thăm dò, góp ý trực tiếp ...
- **Báo cáo:** sự cố sai sót, nguy cơ
- Thảo luận nhóm, phỏng vấn, ý kiến chuyên gia
- **Tổ chức kiểm tra:** khảo sát sự hài lòng của NB, nhu cầu đối với dịch vụ
- Các báo cáo tổng hợp, theo dõi thực tế ...

# Xác định vấn đề dựa trên hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản (BPRS: Basic Priority Rating System)

| Tên vấn đề | A | B | C | $(A+2B)*C$ |
|------------|---|---|---|------------|
|            |   |   |   |            |
|            |   |   |   |            |
|            |   |   |   |            |

## Ba yếu tố phân loại ưu tiên cơ bản:

|    |                                |
|----|--------------------------------|
| A: | Mức độ phổ biến của vấn đề     |
| B: | Mức độ nghiêm trọng của vấn đề |
| C: | Hiệu quả can thiệp             |

# Ví dụ: Xác định vấn đề dựa trên hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản (BPRS: Basic Priority Rating System)

| Tên vấn đề                                | Mức độ phổ biến (A) | Mức độ nghiêm trọng (B) | Hiệu quả can thiệp (C) | $(A+2B)*C$ |
|-------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|------------|
| Nhiễm trùng sau mổ cao                    |                     |                         |                        |            |
| Tỷ lệ người bệnh hài lòng thấp            |                     |                         |                        |            |
| Thời gian hoàn chỉnh bệnh án kéo dài      |                     |                         |                        |            |
| Tỷ lệ NB té ngã tại BV cao                |                     |                         |                        |            |
| Tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay thấp |                     |                         |                        |            |
| ...                                       |                     |                         |                        |            |

# Ví dụ cách cho điểm theo bảng tiêu chuẩn

| Điểm | Mức phổ biến       | Tính nghiêm trọng | Hiệu quả can thiệp |
|------|--------------------|-------------------|--------------------|
| 0    | Không có/ Rất thấp | Không             | Không              |
| 1-2  | Thấp               | Thấp              | Thấp               |
| 3-4  | TB                 | TB                | TB                 |
| 5    | Cao                | Cao               | Cao                |

# Ví dụ: Xác định vấn đề dựa trên hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản (BPRS: Basic Priority Rating System)

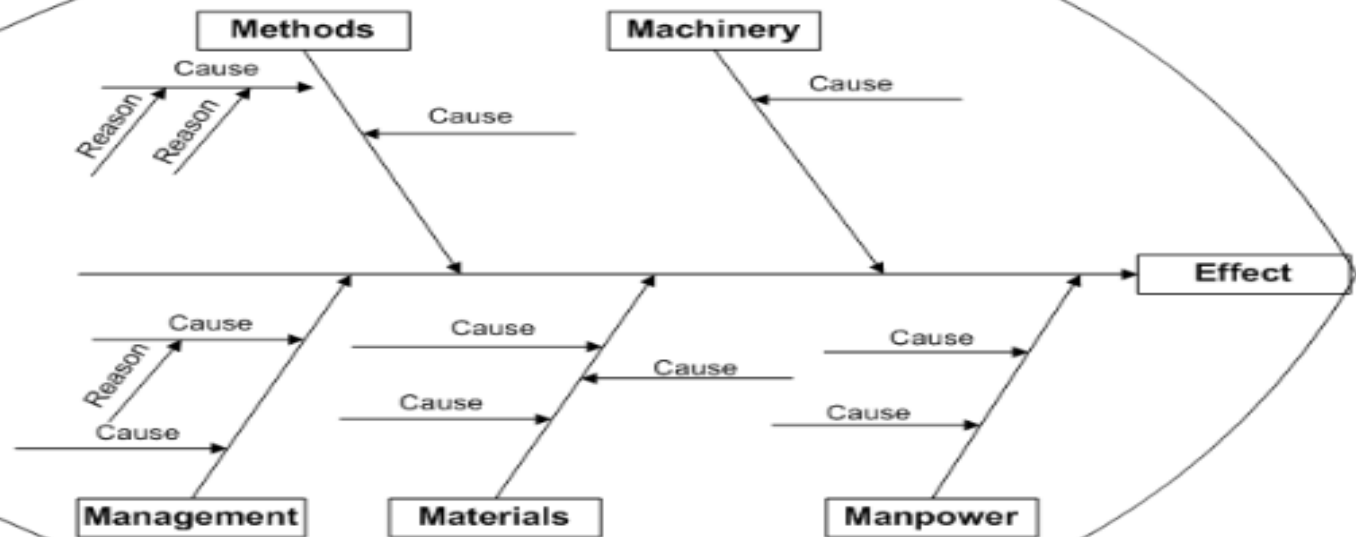
| Tên vấn đề                                | Mức độ phổ biến (A) | Mức độ nghiêm trọng (B) | Hiệu quả can thiệp (C) | $(A+2B)*C$ |
|-------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|------------|
| Nhiễm trùng sau mổ cao                    | 4                   | 4                       | 4                      | 64         |
| Tỷ lệ người bệnh hài lòng thấp            | 4                   | 4                       | 3                      | 48         |
| Thời gian hoàn chỉnh bệnh án kéo dài      | 4                   | 2                       | 3                      | 24         |
| Tỷ lệ NB té ngã tại BV cao                |                     |                         |                        | ...        |
| Tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay thấp |                     |                         |                        | ...        |
| ..23/12/2017                              |                     |                         |                        | ... 28     |

# Viết vấn đề: 4W – 1H

- What?
- Who?
- Where?
- When?
- How?

VD: Tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo đúng quy trình của nhân viên y tế tại khoa Nội tổng quát bệnh viện Chợ Rẫy là 25% vào tháng 3 năm 2015

# B2: Xác định nguyên nhân vấn đề



©2005 - Envision Software



# B3: Đặt ra mục tiêu

Xác định mục tiêu, áp dụng tiêu chí **SMART (2Đ-3T)**

- S**pecific - cụ thể, dễ hiểu (Đặc thù)
- M**easurable - đo lường được (Đo lường)
- A**chievable - vừa sức, có thể đạt được (Thực hiện được)
- R**ealistics - (Thực tế)
- T**imebound - có thời hạn (Thời gian)

## Mục tiêu

Vấn đề: Tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo đúng quy trình của nhân viên y tế tại khoa Nội tổng quát bệnh viện Chợ Rẫy là 25% vào tháng 3 năm 2015



Mục tiêu: **Tăng** tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo đúng quy trình của nhân viên y tế tại khoa Nội tổng quát bệnh viện Chợ Rẫy **từ** 25% vào tháng 3 năm 2015 **lên 50%** vào tháng 6 năm 2015

## Bài tập nhận xét mục tiêu?

Tăng tới năm 2017 đạt tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ em dưới 1 tuổi là 98%

Hạ tỷ lệ hố xí không hợp vệ sinh tại xã M từ 40 % hiện nay xuống mức thấp nhất vào tháng 12/2017

Phổ biến kiến thức ăn sam trẻ em cho 60 % bà mẹ xã M trong 2 năm 2016 và 2017

**B4:** Xây dựng giải pháp, hoạt động

# Nguyên nhân nào – Giải pháp đó

| Nguyên nhân                                                     | Giải pháp                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nhận thức và thực hành đúng của CBYT về vệ sinh tay còn hạn chế | Nâng cao nhận thức và thực hành của CBYT về rửa tay đúng cách |
| Thiếu phương tiện và hóa chất rửa tay                           | Cung cấp phương tiện và hóa chất rửa tay                      |
| Thiếu theo dõi và giám sát vệ sinh tay của CBYT                 | Tăng cường theo dõi và giám sát vệ sinh tay của CBYT          |

# Viết hoạt hoạt động

| <b>Giải pháp</b>                                              | <b>Hoạt động</b>                                                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nâng cao nhận thức và thực hành của CBYT về rửa tay đúng cách | Tổ chức đào tạo cho CBYT về rửa tay đúng cách                            |
|                                                               | Cung cấp tranh rửa tay đúng cách                                         |
| Cung cấp phương tiện và hóa chất rửa tay                      | Lắp mới hệ thống rửa tay nhanh tại phòng bệnh, xe tiêm, phòng hành chính |
|                                                               | Cung ứng đầy đủ, kịp thời hóa chất rửa tay                               |
| Tăng cường theo dõi và giám sát vệ sinh tay của CBYT          | Theo dõi giám sát thường xuyên                                           |
|                                                               | Tổ chức thi đua, khen thưởng, động viên                                  |

## Vấn đề

Tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo đúng quy trình của NVYT tại khoa Nội tổng quát bệnh viện Chợ Rẫy là 25% vào tháng 3 năm 2015

## Mục tiêu

**Tăng** tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo đúng quy trình của nhân viên y tế tại khoa Nội tổng quát bệnh viện Chợ Rẫy từ 25% vào tháng 3 năm 2015 **lên 50% vào tháng 6 năm 2015**

## Nguyên nhân

Nhận thức và thực hành của CBYT về rửa tay đúng cách hạn chế

Thiếu phương tiện và hóa chất rửa tay

Thiếu theo dõi và giám sát vệ sinh tay của CBYT

## Giải pháp

Nâng cao nhận thức và thực hành của CBYT về rửa tay đúng cách

Cung cấp phương tiện và hóa chất rửa tay

Tăng cường theo dõi và giám sát vệ sinh tay của CBYT

## Hoạt động

Tổ chức đào tạo cho CBYT về rửa tay đúng cách

Cung cấp tranh rửa tay đúng cách

Lắp mới hệ thống rửa tay nhanh tại phòng bệnh, xe tiêm, phòng hành chính

Cung ứng đầy đủ, kịp thời hóa chất rửa tay

Theo dõi giám sát thường xuyên

Tổ chức thi đua, khen thưởng, động viên

# B5: Lập kế hoạch hành động

| TT | Nội dung công việc | Dự kiến kết quả | Thời gian thực hiện ( theo tháng/tuần/ngày) |    |    |    |    |    |    | Nguồn lực |
|----|--------------------|-----------------|---------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|-----------|
|    |                    |                 | T1                                          | T2 | T3 | T4 | T5 | T6 | T7 |           |
| 1  |                    | →               |                                             |    |    |    |    |    |    |           |
| 2  |                    | →               |                                             |    |    |    |    |    |    |           |
| 3  |                    |                 |                                             |    |    |    |    |    |    |           |



\* Ghi chú:



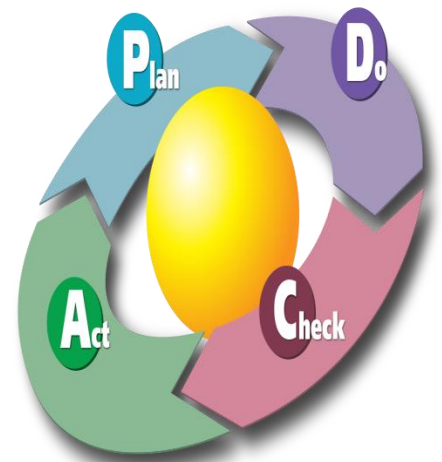
Thời gian thực hiện

## B5: Lập kế hoạch hành động

| Hoạt động | Thời gian | Người chịu trách nhiệm | Phối hợp | Người giám sát | Dự kiến kinh phí | Dự kiến kết quả |
|-----------|-----------|------------------------|----------|----------------|------------------|-----------------|
|           |           |                        |          |                |                  |                 |
|           |           |                        |          |                |                  |                 |
|           |           |                        |          |                |                  |                 |
|           |           |                        |          |                |                  |                 |

# Bài tập thực hành, chia 3 nhóm

- Thực hành Lập kế hoạch hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện:
  1. Xác định vấn đề cần cải tiến chất lượng
  2. Phân tích nguyên nhân vấn đề
  3. Viết mục tiêu kế hoạch giải quyết vấn đề
  4. Viết giải pháp và hoạt động
  5. Viết kế hoạch



## Tài liệu tham khảo:

1. Trường Đại học Y Hà Nội (2014), Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.
1. Nhóm Hoa Sen, Áp dụng chu trình PDCA trong các bệnh viện Việt Nam, cải tiến chất lượng liên tục.
2. Bệnh viện đa khoa khu thị xã Ngã Năm thị xã Sóc Trăng, áp dụng chu trình PDCA trong cải tiến chất lượng bệnh viện (bài trình bày ppt)

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Hữu Thắng

1. Email: [thangtcyt@gmail.com](mailto:thangtcyt@gmail.com)

2. Tel: 0915313175

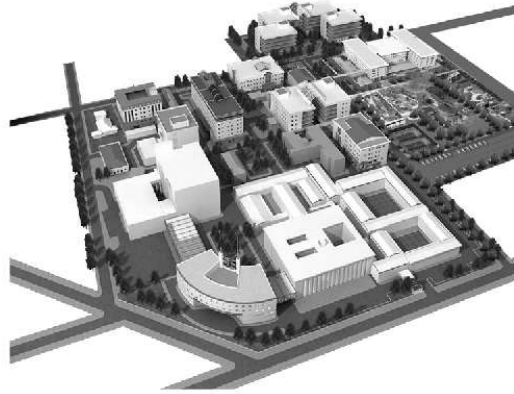
TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

## PHỤ LỤC: ÁP DỤNG CHU TRÌNH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG PDCA TẠI TRUNG TÂM PHẪU THUẬT TIM MẠCH, BỆNH VIỆN TW HUẾ

### 1. LỰA CHỌN VẤN ĐỀ

Bệnh viện Trung ương Huế là một trong ba bệnh viện trung ương lớn nhất Việt Nam. Trung tâm Tim mạch của bệnh viện có chuyên gia giỏi và thiết bị hiện đại, có chức năng chẩn đoán và điều trị bệnh lý tim mạch cho khu vực miền Trung cũng như cả nước. Trung tâm đã thực hiện thành công ca ghép tim đầu tiên từ ngày 01/03/2011.

CNKH. Hoàng Ngọc Sơn, thành viên nhóm Hoa Sen đã nhận thấy nhiều vấn đề cần cải tiến khi làm việc với điều dưỡng trưởng và bác sĩ điều trị của trung tâm: (1) Chảy máu sau phẫu thuật Tim; (2) Nhiễm khuẩn sau phẫu thuật Tim; (3) Điều dưỡng tại phòng Hồi sức Tim bị quá tải công việc; (4) Bệnh nhân phải chờ đợi lâu ở phòng khám. Theo chủ trương cải tiến quy trình khám bệnh của lãnh đạo trung tâm và được điều dưỡng trưởng trung tâm chủ động đề xuất, vấn đề về thời gian chờ đợi ở khu vực phòng khám, cụ thể là “nhiều bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật phải chờ đợi đến ngày hôm sau”, đã được ưu tiên lựa chọn để cải tiến.



Hình 8: Toàn cảnh BV TW Huế và Trung tâm Tim mạch

### 2. THÀNH LẬP NHÓM CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

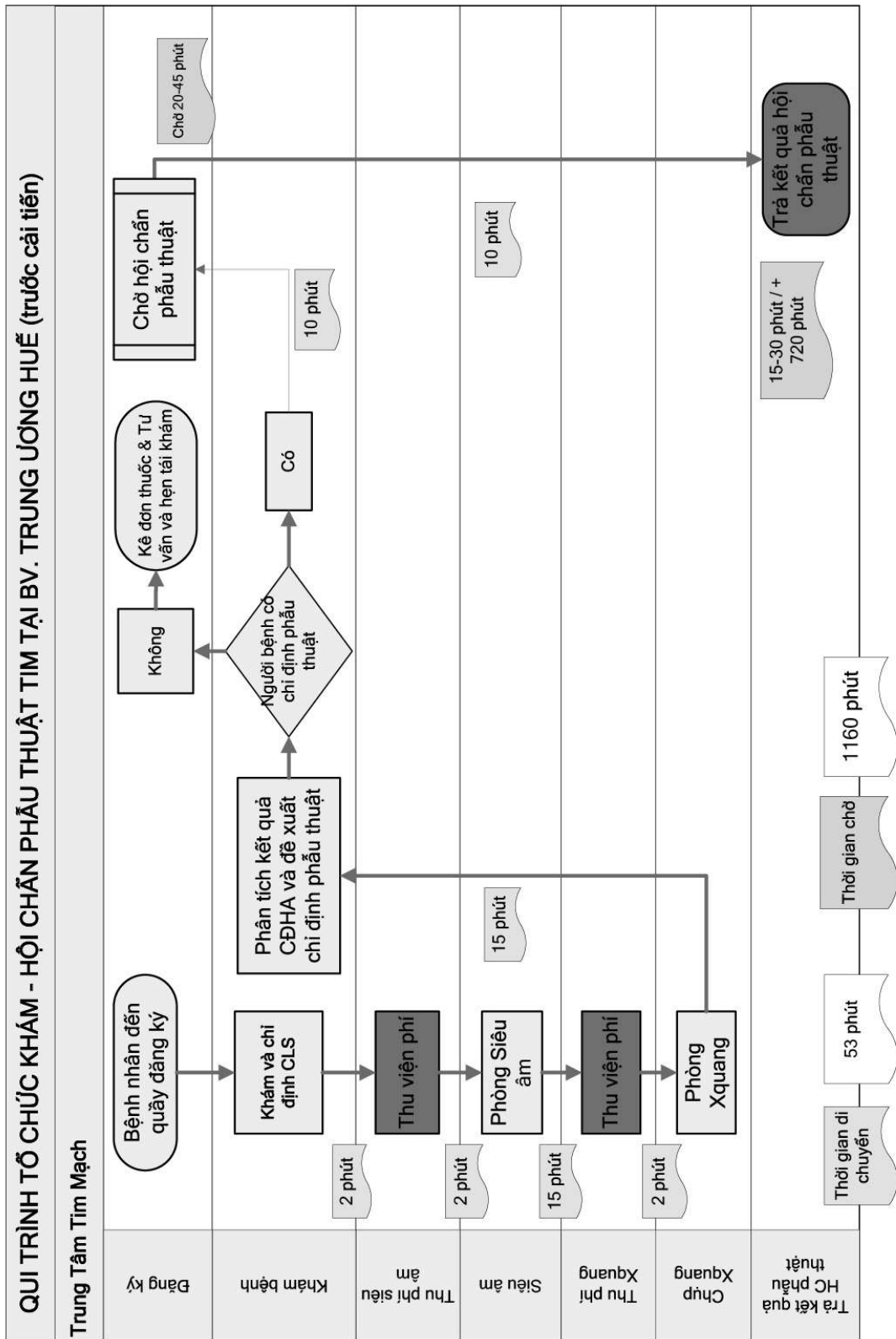
Nhóm cải tiến chất lượng đã được thành lập, bao gồm: (1) CNKH. Hoàng Ngọc Sơn, thành viên nhóm Lotus - Trưởng nhóm; (2) CNĐD. Nguyễn Công Thành, Điều dưỡng trưởng trung tâm - Giám sát tiến độ; (3) CNĐD. Nguyễn Thị Huế, Điều dưỡng tại bộ phận tiếp đón - Thư ký; (4) Ths. Bs. Thái Việt Tuấn, Bác sĩ khoa khám bệnh - Thành viên.



Hình 9: Nhóm CTCL tại BV TW Huế

### 3. PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ

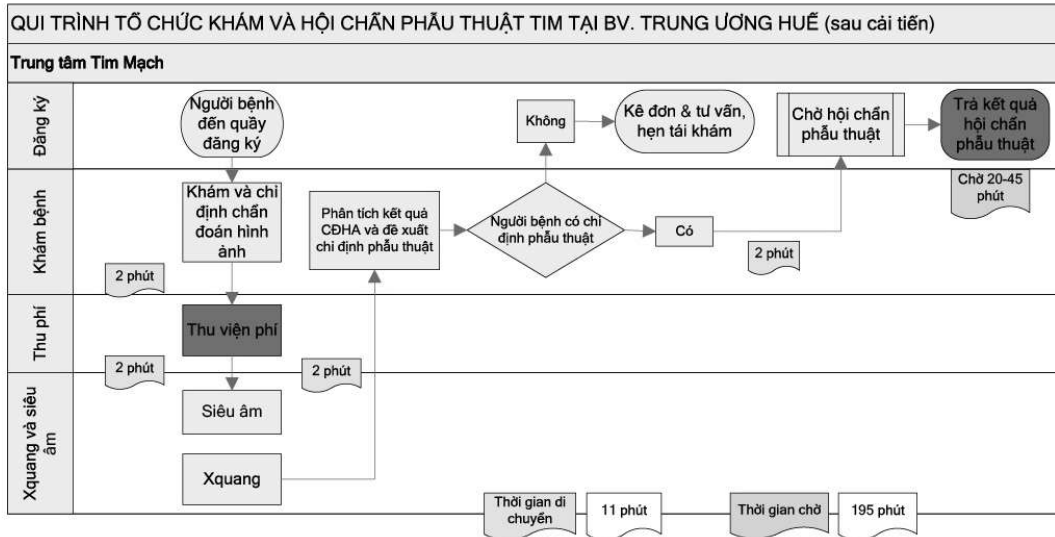
Nhóm đã sử dụng phần mềm Visio để vẽ sơ đồ diễn tiến của quy trình khám bệnh cho bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật (xem hình dưới). Nhóm nhận thấy quy trình có nhiều bước trùng lặp, các bộ phận bố trí không hợp lý dẫn đến thời gian di chuyển giữa các bộ phận bị kéo dài, và nhân viên phải kiêm nhiệm nhiều việc



Sơ đồ 2: Quy trình Tổ chức Khám – Hội chẩn Phẫu thuật Tim tại BV TW Huế trước khi thực hiện can thiệp

#### 4. ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP

- Sau khi xác định được nguyên nhân, nhóm đã đề xuất các giải pháp sau:
- (1) Tổ chức lại các quầy viện phí để giảm các bước lặp lại không cần thiết;
  - (2) Di chuyển bộ phận tư vấn về bộ phận tiếp đón;
  - (3) Di chuyển phòng chụp X quang, xét nghiệm máu về trung tâm tim mạch để làm giảm thời gian đi lại của người bệnh;
  - (4) Phân công lại nhân viên bằng cách cử một nhân viên phụ trách các thủ tục hành chính cho bệnh nhân tim mạch.



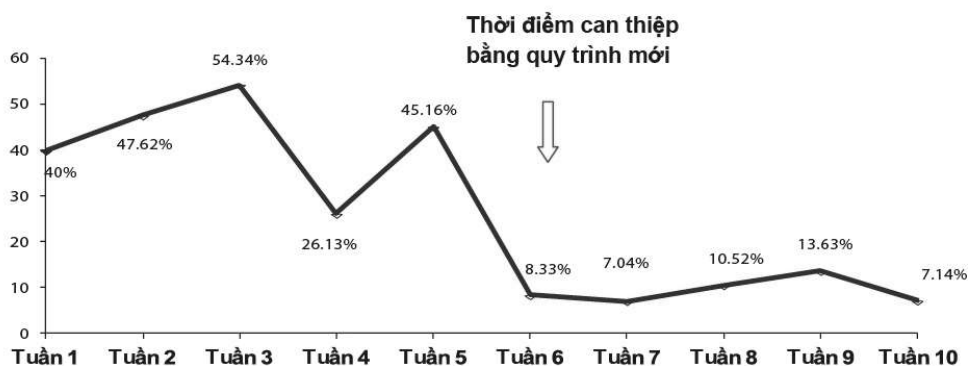
Sơ đồ 3: Quy trình Tổ chức Khám – Hội chẩn Phẫu thuật Tim tại BVTW Huế sau khi thực hiện can thiệp

#### 5. THỬ NGHIỆM VÀ HÀNH ĐỘNG

Nhóm CTCL đặt mục tiêu giảm 50% số bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật phải chờ đến hôm sau sau 3 tháng cải tiến. Kế hoạch hành động của nhóm bao gồm các đề xuất cải tiến và quy trình tổ chức khám và hội chẩn phẫu thuật tim đã được lãnh đạo bệnh viện phê duyệt trong tháng 6/2011. Trong tháng 7/2011, kế hoạch cải tiến được triển khai tại khoa khám bệnh của trung tâm phẫu tim mạch.

Nhóm CTCL đã thu thập thông tin và so sánh tỷ lệ bệnh nhân phải nhận kết quả hội chẩn vào ngày hôm sau tại thời điểm trước và sau can thiệp. Nhóm đã ghi nhận tất cả các bệnh nhân vào khám tại Trung tâm tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế trước 10 giờ sáng; đếm và ghi lại những bệnh nhân được trả kết quả trong ngày, cũng như nhận kết quả ngày hôm sau. Sau khi cải tiến quy trình khám bệnh, tỷ lệ bệnh nhân phải nhận kết quả hội chẩn vào ngày hôm sau giảm rõ rệt từ 45,1% xuống còn 9,3%, sự khác

biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,00001$ . Tuy nhiên, vẫn còn một vài trường hợp phải trả kết quả vào ngày hôm sau, thường rơi vào những ngày bệnh nhân đến khám quá đông nên bệnh nhân phải chờ đợi làm các xét nghiệm cận lâm sàng và trả kết quả, chậm trễ trong việc hội chẩn bệnh vì chưa có đủ kết quả xét nghiệm.



Sơ đồ 4: Tỷ lệ bệnh nhân được trả kết quả ngày hôm sau theo tuần

Việc giảm tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật phải chờ đợi kết quả ngày hôm sau không những mang lại lợi ích về mặt thời gian mà làm giảm cả chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân. Điều này càng có ý nghĩa hơn khi mà khoảng 90% số bệnh nhân tới khám ở trung tâm nhà ở xa và hoàn cảnh gia đình còn nhiều khó khăn.

### Đánh giá của người bệnh



**Người đàn ông này** đã đưa bé P.G.K.K từ Bình Định đến Trung tâm để khám và phẫu thuật tim. Lần này là lần thứ ba ông đưa bé đến tái khám sau phẫu thuật. Ông thấy “có sự thay đổi trong quy trình khám bệnh thuận, tiện hơn nhiều cho những bệnh nhân ở phương xa. Trước đây phải cần 1 – 2 người nhà bế một bệnh nhân đi khám, đi vòng vòng từ hết khu này đến khu kia, từ phòng này đến phòng kia, thấy rất bất tiện. Bữa nay chỉ cần đi một người, thấy vào đăng ký, khoa tim mạch khám thuận tiện, làm nhanh, gọn, không có rắc rối”.

Hình 10: Một bệnh nhân tới tái khám tại Trung tâm

## Đánh giá của nhân viên

Công việc của Điều dưỡng **Nguyễn Thị Huế**, bộ phận tiếp đón bệnh nhân “lúc này hoàn toàn chủ động, rõ ràng và không còn kiêm nhiệm, góp phần giải quyết rất nhanh công việc tại khâu tiếp đón cũng như trả kết quả cho bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật”.



Hình 11: Một số hình ảnh tại bộ phận tiếp đón bệnh nhân sau khi thay đổi quy trình

Anh **Phạm Nguyên Phước Vĩnh**, Trưởng bộ phận viện phí Trung tâm Tim mạch BVTW Huế đánh giá: “việc bố trí lại quầy viện phí tập trung tại Trung tâm Tim mạch rất khoa học, hợp lý, dễ kiểm soát, thuận tiện cho bệnh nhân và nhân viên y tế, giúp giải quyết rất nhanh cho bệnh nhân đến khám cũng như giải quyết cho bệnh nhân nội trú tại Trung tâm; đồng thời việc phối hợp chặt chẽ giữa bộ phận viện phí và khoa phòng đã giúp cho công việc hiệu quả hơn.”

## 6. BÀI HỌC VÀ KHUYẾN NGHỊ

### Cam kết của lãnh đạo:

#### Văn hóa chất lượng có thể bắt đầu từ những công việc cụ thể

Trong suốt quá trình triển khai dự án, nhóm cải tiến chất lượng đã nhận được sự quan tâm, ủng hộ của giám đốc bệnh viện - **Gs. Ts. Bùi Đức Phú**. Ông cho biết “Để cung cấp dịch vụ ngày càng tốt hơn, đảm bảo tính chất bền vững của chất lượng dịch vụ y tế, chúng ta cần phải thường xuyên triển khai các hoạt động cải tiến liên tục. Đây là việc làm rất cần thiết để mỗi nhân viên đều quan tâm đến chất lượng dịch vụ y tế và xây dựng “văn hóa chất lượng”. Bản thân tôi, luôn quan tâm, ủng hộ việc cải tiến chất lượng dịch vụ y tế. Chúng ta có thể bắt đầu từ những công việc cụ thể, có thể rất nhỏ nhưng phù hợp với hoàn cảnh của từng khoa, phòng hay mỗi bệnh viện và đúng ưu tiên ở mỗi thời điểm”.



**Làm việc theo nhóm:  
Tôn trọng lẫn nhau, thảo luận tích cực để giải quyết vấn đề**



Hình 12: Một hình ảnh làm việc nhóm của nhóm CTCL BV TW Huế

**Anh Nguyễn Công Thành** - Điều dưỡng trưởng trung tâm cho biết: “Việc điều chỉnh quy trình phòng khám là một chủ trương từ lâu của lãnh đạo bệnh viện, tôi làm công việc này bằng kinh nghiệm thực tiễn nên rất vất vả. Từ khi biết về dự án nâng cao chất lượng bằng chu trình PDCA thông qua anh Sơn, tôi cảm thấy rất thích thú và đã chủ động đề nghị được tham gia và đưa chu trình PDCA áp dụng thí điểm tại Trung tâm Tim mạch.

Sự phối hợp lý giữa lý thuyết và thực tiễn đã mang lại kết quả như mong muốn. Điều thú vị mà tôi cảm nhận được là thu nhận kiến thức từ dự án, làm việc trong một nhóm ăn ý, xây dựng quy trình trong môi trường được sự tín nhiệm của lãnh đạo”. **Bs. Thái Việt Tuấn** cũng nhận thấy “việc áp dụng chu trình PDCA mang lại nhiều hiệu quả trong công việc, có tính thực tiễn cao và nên nhân rộng mô hình này trong toàn bệnh viện. Trong suốt quá trình tham gia tôi tâm đắc nhất với cách làm việc theo nhóm, luôn có sự tôn trọng lẫn nhau, thảo luận tích cực để giải quyết các vấn đề”.

**MẪU ĐỀ ÁN/KẾ HOẠCH**  
**Cải tiến chất lượng năm ....**

**I. CƠ SỞ XÂY DỰNG ĐỀ ÁN/KẾ HOẠCH**

**1.1. Căn cứ pháp lý: (văn bản quy phạm pháp luật)**

**1.2. Phân tích tình hình thực tế (bước 1 + bước 2):**

- Mô tả khái quát về khoa/phòng: tổ chức, nhân lực, hoạt động, những vấn đề tồn tại thông qua hệ thống báo cáo các chỉ số...
- Căn cứ vào các vấn đề tồn tại để lựa chọn vấn đề ưu tiên cho cải tiến chất lượng: phổ biến, tính nghiêm trọng, hiệu quả can thiệp...? **Có thể chọn HƠN 1 vấn đề tồn tại để cải tiến chất lượng**
- Nêu vấn đề ưu tiên: **cái gì, đối tượng, ở đâu, khi nào, bao nhiêu?**
  - o Tỷ lệ rửa tay theo đúng quy trình/của nhân viên y tế/tại khoa Nội tổng quát bệnh viện X/là 25%/vào năm 2020.
  - o Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ/ tại bệnh viện X/ là 5%/ vào năm 2020
  - o Tỷ lệ mũi tiêm an toàn/ tại khoa Nội tổng quát bệnh viện X/ là 80%/ vào năm 2020.
- Nguyên nhân là gì (là cơ sở để viết giải pháp): ví dụ 5 nguyên nhân (liệt kê!)
  - o

**II. MỤC TIÊU:**

**2.1. Mục tiêu chung: (+/-)**

Góp phần ....

Ví dụ: Góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại Khoa Nội tổng quát bệnh viện X, đảm bảo an toàn và hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

**2.2. Mục tiêu cụ thể: bắt buộc**

- Tăng/giảm [vấn đề ưu tiên] từ [bao nhiêu và thời gian] lên/xuống [bao nhiêu, thời gian]
- Tiêu chuẩn viết mục tiêu: **SMART (đặc thù, đo lường, thiết thực, thực tế, thời gian).**

Ví dụ:

1. Tăng tỷ lệ rửa tay theo đúng quy trình của nhân viên y tế tại khoa Nội tổng quát bệnh viện X từ 25% vào tháng 6 năm 2020 lên 70% vào tháng 12 năm 2020.
2. Tăng tỷ lệ mũi tiêm an toàn tại khoa Nội tổng quát bệnh viện X từ 80% vào tháng 6 năm 2020 lên 90% vào tháng 12 năm 2020.
3. Giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ tại bệnh viện X từ 5% vào năm 6 năm 2020 xuống còn 2% vào năm 12 năm 2020

### **III. GIẢI PHÁP VÀ PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN:**

#### **Nguyên nhân nào – Giải pháp đó!**

- Giải pháp 1: (ít nhất 2 hoạt động)

- Hoạt động 1:
- Hoạt động 2:...
- Hoạt động 3: ...

- Giải pháp 2:.....

- Hoạt động 1:
- Hoạt động 2:...

- Giải pháp 3: .....

- Hoạt động 1:
- Hoạt động 2:...
- Hoạt động 3:

#### IV. KẾ HOẠCH THỰC HIỆN: (bước 5)

| <b>Nội dung hoạt động</b>    | <b>Thời gian</b>       | <b>Người chịu trách nhiệm</b> | <b>Phối hợp</b>     | <b>Người giám sát</b>           | <b>Dự kiến kinh phí</b> | <b>Dự kiến kết quả</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Liệt kê các hoạt động</i> | <i>Từ ....<br/>Đến</i> | <i>Người thực hiện chính</i>  | <i>Người hỗ trợ</i> | <i>Người theo dõi, giám sát</i> | <i>Kinh phí</i>         | <i>Thể hiện bằng chỉ số có thể đo lường được:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Số lớp, số học viên, thời gian mỗi lớp</i></li> <li>- <i>100% CBYT có kiến thức đạt sau tập huấn</i></li> <li>- <i>80% CBYT có thực hành đúng sau tập huấn...</i></li> </ul> |
| Hoạt động 2                  |                        |                               |                     |                                 |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hoạt động 3                  |                        |                               |                     |                                 |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## **V. KHÓ KHĂN, THUẬN LỢI VÀ ĐỀ XUẤT:**

**1. Thuận lợi:**

**2. Khó khăn:**

**3. Đề xuất kiến nghị với bệnh viện:**

**DUYỆT GIÁM ĐỐC  
CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG QLCL**

....., ngày ... tháng ... năm 20...  
**TRƯỞNG KHOA**