

Số: 39/KH-TTYT

*Yên Lạc, ngày 15 tháng 02 năm 2017*

## **KẾ HOẠCH**

### **CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2017**

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT- BYT ngày 12 tháng 07 năm 2013 của Bộ Y Tế hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;

Căn cứ Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ - BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ kết quả kiểm tra đánh giá chất lượng TTYT Yên Lạc năm 2016; Nhằm tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao chất lượng 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, Trung tâm y tế huyện Yên Lạc xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng với nội dung như sau:

#### **I. MỤC TIÊU VỀ CHẤT LƯỢNG:**

- 1.1. Cải tiến các tiêu chí hướng đến người bệnh.
- 1.2. Nâng cao chất lượng nguồn nhân lực.
- 1.3. Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện.
- 1.4. Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục; thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố.
- 1.5. Xây dựng và triển khai các hướng dẫn chuyên môn trong công tác khám bệnh, chữa bệnh.

1.6. Chất lượng bệnh viện cải thiện hơn so với năm 2016.

- Điểm trung bình chất lượng đạt mức 3.0 điểm.

#### **II. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ THỰC TRẠNG :**

##### **1. Kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016:**

- Tổng số các tiêu chí được đánh giá: 84/84 Tiêu chí
- Tỷ lệ tiêu chí áp dụng 84 tiêu chí: 100%
- Tổng số điểm của các tiêu chí: 259
- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 2.88

##### **2. Đánh giá chung:**

###### **2.1. Ưu điểm:**

Đề đạt được kết quả nêu trên, TTYT rút ra một số kinh nghiệm như sau:

- Xây dựng kế hoạch hoạt động năm mới ngay từ đầu năm, bám sát vào kết quả đánh giá của đoàn kiểm tra, nhằm ghi nhận lại tất cả những góp ý và hướng dẫn của Đoàn kiểm tra tạo tiền đề xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng của TTYT cho năm kế tiếp.

- Cử cán bộ tham gia đầy đủ các lớp đào tạo, tập huấn để cập nhật thông tin và trao đổi kinh nghiệm với các bạn đồng nghiệp tại đơn vị mình.

- Phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên và kiểm tra, giám sát kết quả thực hiện, đảm bảo hoàn thành tốt nhiệm vụ .

## **2.2. Hạn chế:**

- Nhân lực thiếu và chưa được đào tạo về quản lý chất lượng là yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến việc triển khai các quy định tổ chức quản lý chất lượng.
- Nguồn nhân lực hạn chế về trình độ, thiếu bác sĩ chuyên khoa sâu, nên gặp rất nhiều khó khăn trong việc triển khai thêm các kỹ thuật mới, kỹ thuật cao.

## **3. Những thuận lợi:**

- Trung tâm Y tế luôn được sự quan tâm chỉ đạo sát sao của Sở Y tế Vĩnh phúc, của Huyện uỷ, UBND Huyện, sự giúp đỡ nhiệt tình của các Sở, ban ngành trong tỉnh và huyện trong mọi hoạt động, đặc biệt là chỉ đạo chuyên môn, đào tạo nhân lực, đầu tư trang thiết bị máy móc, hỗ trợ kinh phí cho trung tâm phục vụ công tác phòng bệnh và khám chữa bệnh.
- Trình độ và năng lực cán bộ được quan tâm đào tạo nên ngày càng được tăng lên. Đội ngũ cán bộ y tế yêu ngành, yêu nghề, quyết tâm phấn đấu hoàn thành nhiệm vụ. Tình hình nhân lực, cơ cấu cán bộ trạm y tế tương đối ổn định.
- Có truyền thống đoàn kết, cùng chung ý chí và hành động dưới sự lãnh chỉ đạo xuyên suốt của Đảng uỷ, Ban giám đốc, phấn đấu Trung tâm ngày một phát triển về chuyên môn, tạo được niềm tin cho nhân dân trong huyện.

## **4. Những khó khăn:**

Bên cạnh một số thuận lợi không khỏi còn một số khó khăn đó là:

- Trong việc thực hiện tiêu chí chất lượng bệnh viện, khó xác định được trách nhiệm riêng biệt đối với từng tiểu mục, nhất là với những tiêu chí có các tiểu mục được thực hiện bởi nhiều bộ phận khác nhau. Chưa thống kê chi tiết được các đầu công việc phải thực hiện.
- Cơ sở vật chất, máy móc trang thiết bị thiếu so với nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân. Trang thiết bị lạc hậu, một số đã xuống cấp.
- Nhân lực thiếu, đặc biệt là bác sĩ có chuyên khoa sâu, chất lượng nguồn nhân lực còn hạn chế.

## **III. NỘI DUNG HÀNH ĐỘNG-CHỈ TIÊU ĐẠT ĐƯỢC MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG**

### **1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng Trung tâm.**

#### *1.1. Hệ thống quản lý chất lượng gồm:*

- Hội đồng chất lượng bệnh viện: gồm 19 thành viên. Trong đó Giám đốc TTYT làm Chủ tịch HĐ; Phó Giám đốc làm phó Chủ tịch HĐ; Phó phòng KH-ĐD làm thư ký HĐ.
- Tổ chất lượng bệnh viện: gồm 13 thành viên. Trong đó Phó Giám đốc TTYT làm tổ trưởng; 1 Phó phòng KH-ĐD làm tổ phó; 1 Phó phòng KH-ĐD làm thư ký tổ; Phân công 01 cán bộ phụ trách CLBV.
- Mạng lưới chất lượng bệnh viện: gồm 19 thành viên. Trong đó 1 Phó phòng KH-ĐD phụ trách chung; 1 Phó phòng KH-ĐD làm thư ký ML.

#### *1.2. Cử nhân viên tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng.*

- Đối tượng: 03-05 thành viên Tổ quản lý chất lượng.
- Thời gian dự kiến: Phòng Tổ chức Cán bộ theo dõi đăng ký các lớp ngắn hoặc dài hạn về quản lý chất lượng (Quý II – III).

## **2. Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng Trung tâm.**

### *2.1. Thành lập tổ TT-CNTT.*

- Tổ Công nghệ thông tin thường xuyên cập nhật thông tin trên website của bệnh viện, chịu trách nhiệm nhận dữ liệu từ các khoa/phòng có liên quan để đưa thông tin lên trang website.

- Thời gian: Cập nhật liên tục, hàng ngày, hàng tuần.

### *2.2. Thành lập tổ kiểm soát, lưu giữ hồ sơ bệnh án.*

- Phân công nhiệm vụ cụ thể từng thành viên, kiểm soát, lưu giữ hồ sơ bệnh án, kiểm tra hoàn thiện hồ sơ bệnh án, lưu trữ, thống kê, khai thác hồ sơ bệnh án.

### *2.3. Xây dựng khẩu hiệu (slogan) nâng cao chất lượng trong các khoa/phòng và khuôn viên Trung tâm.*

- Giao cho các khoa/phòng chủ động xây dựng (slogan) của khoa/phòng mình về nâng cao chất lượng. Trình Hội đồng QLCL thẩm định các khẩu hiệu tiêu biểu đặc trưng cho từng khoa/phòng.

- Thời gian hoàn tất: Quý 02 năm 2017.

### *2.4. Xây dựng các phong trào nâng cao chất lượng.*

❖ Ban Giám đốc phát động phong trào cải tiến chất lượng trong toàn Trung tâm. Công đoàn, Đoàn thanh niên phát động và khuyến khích các đoàn viên tích cực tham gia phong trào.

- Khen thưởng 2- 3 khoa/phòng có kế hoạch cải tiến chất lượng tốt nhất. Phê bình và giảm hình thức thi đua cuối năm của các khoa/phòng không xây dựng hoặc xây dựng kế hoạch sau thời hạn qui định.

- Khen thưởng các cá nhân có đóng góp cho thành tích chung của Trung tâm ở lĩnh vực nghiên cứu khoa học (có bài đăng báo tạp chí), có sáng kiến cải tiến, kỹ thuật lâm sàng mới...

❖ HĐCLBV; Tô; Mạng lưới chất lượng bệnh viện hướng dẫn các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng, thực hiện ít nhất 3 đề án cải tiến chất lượng quy mô khoa/phòng .

- Phát động phát huy sáng kiến cải tiến của cá nhân.

### *2.5. Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục.*

- Tổ QLCL xây dựng và trình cho Hội đồng QLCL phê duyệt qui trình quản lý sai sót, sự cố, nguy cơ tại Trung tâm.

- Triển khai báo cáo tự nguyện sự cố dùi do tới nhân viên trung tâm y tế .

- Đảm bảo phân tích nguyên nhân phản hồi cho 100% các phiếu báo sự cố.

- Tổng kết báo cáo sự cố hàng quý và đề xuất khen thưởng các cá nhân và khoa/phòng có thành tích tốt.

## **3. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố.**

### *3.1. Xây dựng bảng kiểm mới và rà soát cập nhật bảng kiểm cũ cho tất cả các quy trình kỹ thuật.*

- Tổ QLCL phối hợp với các khoa/phòng liên quan xây dựng bảng kiểm, thông qua Hội đồng QLCL .

### *3.2. Kiểm tra việc thực hiện các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm.*

- Tổ QLCL kiểm tra định kỳ 1lần/quý hoặc đột xuất và có biên bản kiểm tra lưu trữ.

- Có ghi lại và có báo cáo các hành vi đã xảy ra trên thực tế, có thể gây ra hậu quả (là các sự cố, sai sót “gần như sắp xảy ra” ) nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời.

- Các sai sót “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện.

### 3.3. Tổng hợp số liệu về sai sót, sự cố.

- Tổ QLCL tổng hợp và báo cáo hàng năm.

- Báo cáo đánh giá về sai sót, sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sai sót, sự cố.

**4. Chất lượng bệnh viện cải thiện hơn so với năm 2016.** (căn cứ vào Tiêu chí chất lượng ban hành theo QĐ 6858/QĐ – BHYT).

#### 4.1. Chỉ tiêu cải thiện:

- Tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng của bệnh viện so với năm trước cải thiện từ 10% trở lên.

- Tích cực phấn đấu để đạt điểm trung bình chất lượng bệnh viện trong trung tâm như sau :

+ Không có tiêu chí nào ở mức 1.

+ Các tiêu chí được nâng từ mức 2 lên mức 3: A1.2, A2.5, C1.1, C4.3, C4.6, C5.5, C8.2, C9.5, D1.1, D1.2, D2.1, D2.4, D2.5, D3.1, D3.2.(15)

+ Các tiêu chí được nâng từ mức 3 lên mức 4: A1.4, A2.2, A3.2, A4.1, A4.6, B2.1, C2.1, C4.2, C5.1, C5.3, C5.4, C6.2, C7.4, C.91, C9.6, (15)

+ Các tiêu chí được nâng từ mức 4 lên mức 5: A2.3, A3.1 (02)

- Năm 2017 tổng điểm đạt 293.

- Điểm trung bình chất lượng đạt mức 3,0 điểm.

#### 4.2. Các hành động:

- Triển khai ít nhất 03 khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng, có đưa ra ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó.

- Hội đồng QLCL phân công một số khoa/phòng phụ trách hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện theo các tiêu chí đánh giá CLBV như sau:

Nhóm	Mã số tiêu chí	Khoa/phòng phụ trách
1.	A1,A2, A3, B1, B2, B3, B4, C1.	Phòng TCHC
2.	C2, C3, C5, C6, C7, C10, D.	Phòng KH-ĐD
3.	A4	Phòng KTTC
4.	C4, C9	Khoa Dược-KSNK-VTTBYT
5.	C8	Khoa Xét nghiệm
6.	E	Khoa Sản phụ khoa

- Tổ QLCL tiến hành đo lường và giám sát kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản kế hoạch của trung tâm và từng khoa/phòng.

#### **IV. CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG :**

1. Khoa khám bệnh tổ chức bình đơn thuốc 1 lần/tháng .

2. Tiến hành kiểm tra, giám sát HSBA, quy trình kỹ thuật 3 tháng/ lần; Bình bệnh án toàn viện 1 lần/tháng.

3. Từ 3-5 khoa/phòng xây dựng ít nhất 1 chỉ số chất lượng phù hợp với đặc thù của khoa/phòng mình.

4. Tổ chức khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh ngoại trú và tiến hành các biện pháp can thiệp đảm bảo đạt 02 lần / năm .

5. XD bảng kiểm và Biên bản kiểm tra, giám sát ADR tại bệnh viện theo quy trình đã xây dựng.

6. Phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.

7. Không xảy ra sự cố y khoa gây ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh.

8. Đạt điểm tự đánh giá chất lượng bệnh viện cuối năm đạt 293 điểm, không có tiêu chí đạt dưới mức 2.

#### **V. KINH PHÍ THỰC HIỆN:**

Giám đốc TTYT chỉ đạo phòng TCKT chủ động về nguồn kinh phí phù hợp, hướng dẫn tập thể khoa/phòng, các cá nhân phụ trách Tiêu chí, XD kế hoạch dự trù kinh phí đảm bảo thực hiện các hoạt động của khoa/phòng, nhằm thực hiện tốt nội dung kế hoạch chất lượng trung tâm .

\* Kinh phí chi nhằm duy trì và cải tiến chất lượng gồm:

##### **1. Chi đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị vật tư y tế:**

- Xây dựng, duy tu sửa chữa cơ sở vật chất.

- Chi mua sắm máy móc, trang thiết bị vật tư y tế.

##### **2. Chi đầu tư hoạt động chuyên môn:**

- Đào tạo dài hạn, đào tạo chuyên sâu.

- Tổ chức đào tạo liên tục, đào tạo lại, tập huấn chuyên môn kỹ thuật...

- In ấn các loại Văn bản, Quy định, biểu mẫu, hướng dẫn, hồ sơ bệnh án, soạn thảo phác đồ điều trị, slogan ...

- Sử dụng hệ thống máy vi tính, máy in, hệ thống Internet...

- Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.

- Chi cho hoạt động nghiên cứu khoa học, phát huy sáng kiến cải tiến kỹ thuật của cá nhân.

- Chi hoạt động kiểm tra, giám sát và khen, thưởng.

**3. Chi hoạt động khác:** Ngoài ra các chi phí khác được thực hiện trong quá trình phối hợp với các khoa, phòng chức năng để hoàn thành nhiệm vụ.

## **VI. TỔ CHỨC THỰC HIỆN:**

### **1. Các hoạt động cải tiến cần thực hiện ngay trong năm 2017.**

#### **1.1. Phòng Kế hoạch điều dưỡng:**

- Xây dựng kế hoạch chất lượng bệnh viện của TTYT, phân công nhiệm vụ cụ thể các thành viên tổ quản lý chất lượng bệnh viện.
- + Cán bộ được phân công các tiêu chí phải hoàn thiện đầy đủ các bằng chứng cho việc chấm điểm.
- + Tiêu chí dự kiến tăng điểm cán bộ được phân công phải triển khai thực hiện tìm bằng chứng chứng minh.
- Xây dựng kế hoạch chất lượng bệnh viện của phòng KH-ĐD, phân công nhiệm vụ cụ thể các nhân viên phòng KH- ĐD, xây dựng cụ thể các bằng chứng thực hiện .
- Rà soát, kiện toàn, bổ sung một số chỉ tiêu còn chưa hoàn thiện.
- Xây dựng và trình Hội đồng QLCL phê duyệt quy trình quản lý sự cố y khoa tại TTYT.
- Xây dựng quy định, hướng dẫn về việc khảo sát, đánh giá hài lòng người bệnh; bộ câu hỏi khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh; trong đó có quy định về thời gian tiến hành đánh giá, người đánh giá, đối tượng được đánh giá...
- Thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh 02lần/năm.
- Phân tích và chia nhóm các vấn đề người bệnh thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa/phòng hoặc nhân viên y tế có nhiều người bệnh phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý hoặc xác định vấn đề ưu tiên cải tiến; xác định nguyên nhân phàn nàn, thắc mắc xảy ra do lỗi cá nhân và/hoặc lỗi hệ thống.
- Xây dựng kế hoạch đào tạo lại, đào tạo cập nhật kiến thức để phát triển kỹ năng nghề nghiệp và trình độ chuyên môn cho nhân viên.
- Xây dựng và triển khai kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế. Bản kế hoạch có đặt ra các chỉ tiêu/chỉ số cụ thể liên quan đến ứng xử, giao tiếp, y đức để tập thể bệnh viện phấn đấu.
- Tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên bệnh viện và khám bệnh nghề nghiệp cho các nhân viên y tế. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho nhân viên y tế.
- Xây dựng và công bố công khai đề án cải tiến chất lượng bệnh viện giai đoạn 1- 2 năm. Xây dựng kế hoạch hoạt động chi tiết năm 2017; Xây dựng hướng dẫn thực hiện đánh giá chất lượng bệnh viện giai đoạn 2017-2018.
- Xây dựng quy trình cụ thể triển khai thực hiện các văn bản (quy trình triển khai gồm các bước: Phổ biến văn bản, xây dựng kế hoạch thực hiện văn bản, kiểm tra nội bộ việc thực hiện văn bản).
- Kiện toàn quy trình kiểm soát hồ sơ bệnh án, cử cán bộ chuyên trách kiểm tra hồ sơ bệnh án.
- Xây dựng chủ trương phát triển, thực hiện các kỹ thuật theo phân tuyến.
- Xây dựng kế hoạch triển khai kỹ thuật mới của trung tâm năm kế tiếp.

- Trung tâm có ban hành các quy định về việc áp dụng các phác đồ điều trị và theo dõi việc tuân thủ phác đồ.

- Xây dựng kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh; có bản mô tả công việc cho các vị trí điều dưỡng; xây dựng các bộ công cụ về giám sát, đánh giá công tác chăm sóc người bệnh.

### **1.2. Phòng Tổ chức - Hành chính :**

- Xây dựng quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý; kế hoạch và gửi viên chức trong diện quy hoạch đi đào tạo nâng cao năng lực quản lý, lý luận chính trị.

- Xây dựng kế hoạch cử nhân viên tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng bệnh viện.

- Thường xuyên/định kỳ kiểm tra phát hiện các sơ hở, thiếu sót về phòng cháy và có biện pháp khắc phục kịp thời.

- Mời cơ quan công an đến hướng dẫn, tư vấn, kiểm tra, diễn tập... về công tác phòng chống cháy nổ.

- Xây dựng phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người, cứu trang thiết bị y tế, tài sản và chống cháy lan.

- Bô sung chỉ dẫn, hướng dẫn sử dụng tủ giữ đồ/dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh/người nhà người bệnh tại khoa/khu vực khám bệnh và các điểm tập trung của trung tâm .

- Tham mưu sửa chữa đài phụ nước trước khuôn viên TTYT. Bãi cỏ được cắt tỉa thường xuyên, không có cỏ dại mọc hoang trong khuôn viên trung tâm .

- Phối hợp đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức theo định kỳ. Sử dụng kết quả khảo sát/đánh giá để bố trí người phù hợp ở các vị trí việc làm thường tiếp xúc với người bệnh/người nhà người bệnh.

- Xây dựng và công bố tiêu chuẩn, quy trình, tiêu chí cụ thể về tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý trong trung tâm .

- Kiện toàn quy hoạch/kế hoạch phát triển nhân lực y tế. Trong bản quy hoạch/kế hoạch có đề cập đầy đủ các nội dung liên quan đến tuyển dụng, sử dụng, đào tạo cập nhật kiến thức, duy trì, phát triển nguồn nhân lực.

### **1.3. Phòng tài chính kế toán:**

- Xây dựng kế hoạch tài chính, dự trù kinh phí phục vụ công tác cải tiến chất lượng bệnh viện. Hướng dẫn chi đảm bảo đúng nguyên tắc tài chính và Quy chế chi tiêu nội bộ trong toàn trung tâm.

- Cập nhật hệ thống danh mục thống nhất toàn trung tâm về giá dịch vụ kỹ thuật y tế theo phân loại của Bộ Y tế cho tất cả các đối tượng người bệnh.

- Tham gia thực hiện chất lượng bệnh viện theo sự phân công của Hội đồng chất lượng bệnh viện.

### **1.4. Các khoa lâm sàng:**

- Mỗi khoa/phòng xây dựng ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó.

- Xây dựng “Phiếu tóm tắt quy trình chuyên môn”\*\* cho ít nhất 5 bệnh thường gặp tại trung tâm và phát cho người bệnh.

- Các khoa phòng thực hiện ghi phiếu báo cáo sai sót, sự cố tự nguyện. Sổ báo cáo sai sót có ghi lại sai sót, sự cố xảy ra.

- Xây dựng và áp dụng bảng kiểm thực hiện tra, chiếu để xác nhận và khẳng định lại tên, tuổi, đặc điểm bệnh tật... của người bệnh trước khi cung cấp dịch vụ.

- Tiến hành xây dựng quy trình kỹ thuật sử dụng tại trung tâm dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và được hội đồng khoa học phê duyệt; phổ biến, hướng dẫn quy trình kỹ thuật tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.

- Xây dựng bảng kiểm cho các quy trình kỹ thuật trình Hội đồng QLCL thông qua.

- Các khoa/phòng xây dựng và cập nhật các hướng dẫn/phác đồ điều trị dựa trên mô hình bệnh tật của người bệnh điều trị tại trung tâm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Tổ chức bình đơn thuốc, bệnh án cấp khoa/phòng (theo quy định của bệnh viện) tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.

- Đảm bảo làm hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, các thông tin về chăm sóc và điều trị được ghi vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện và theo các quy định về thời gian. Các thông tin ghi theo quy định, thống nhất; không sửa chữa, không tẩy xóa. Các thông tin mã bệnh được mã hóa chính xác theo ICD sau khi có kết luận ra viện.

- Xây dựng các tài liệu tư vấn, giáo dục sức khỏe tại khoa phòng.

- Có các bảng kiểm trong phòng mổ và phòng làm thủ thuật hướng dẫn kiểm tra, rà soát quá trình làm thủ thuật, chống thực hiện phẫu thuật/thủ thuật sai vị trí, sai người bệnh, sai thuốc, sai đường/kỹ thuật thực hiện...

- Rà soát lại quy tắc, quy chế kiểm tra thuốc trước khi đưa/truyền cho người bệnh.

- Ghi chép và hoàn thành tất cả các loại sổ sách theo biểu mẫu quy định.

### **1.5. Khoa Dược- Kiểm soát nhiễm khuẩn-VTTBYT:**

- Xây dựng các quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc: cấp phát thuốc, pha chế thuốc, giám sát sai sót trong sử dụng thuốc...

- Xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau (LASA).

- Tổ chức hướng dẫn về sử dụng thuốc cho điều dưỡng, cán bộ y tế ít nhất 1 buổi/năm (có tài liệu hướng dẫn).

- Xây dựng kế hoạch hoạt động và phân công nhiệm vụ đơn vị thông tin thuốc; quy trình thông tin thuốc tại trung tâm.

- Xây dựng quy trình giám sát ADR tại trung tâm.

- Xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn. Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn phân công nhiệm vụ rõ ràng cho các thành viên và hoạt động thường xuyên theo kế hoạch, họp ít nhất 3 tháng 1 lần hoặc khi cần thiết, đồng thời, xây dựng và ban hành các văn bản, hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn cho các khoa/phòng của trung tâm.

- Xây dựng các hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn (sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho, sắp xếp người bệnh, tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn, vệ sinh môi trường, xử lý dụng cụ, xử lý đồ vải, xử lý chất thải).

- Xây dựng quy trình xử lý các trường hợp rủi ro, phơi nhiễm với các bệnh nguy hiểm hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao (tổn thương do vật sắc nhọn, niêm mạc/da tổn thương tiếp xúc với dịch cơ thể...).

- Xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế.

- Phân công xây dựng kế hoạch/chương trình giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn trên phạm vi trung tâm; trong đó có đề cập kế hoạch cụ thể giám sát khoa trọng điểm, người trọng điểm... nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn

- Xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ của nhân viên y tế về KSNK huyết, tuân thủ phòng ngừa viêm phổi bệnh viện...

- Thực hiện giám sát khoa trọng điểm, nhóm người bệnh trọng điểm/các đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như người bệnh thở máy; người bệnh phẫu thuật; người bệnh suy giảm miễn dịch; người bệnh làm các thủ thuật/can thiệp như thông tiểu, đặt catheter, đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm, đặt kim lumen tĩnh mạch ngoại vi v.v.

- Xây dựng kế hoạch phân đấu nhằm đạt quy chuẩn môi trường nước thải trung tâm .

### **1.6. Các hội đồng chuyên môn trong trung tâm :**

- Xây dựng các văn bản, quy chế hoạt động, chức năng nhiệm vụ cụ thể của các thành viên trong hội đồng.

- Họp đều đặn định kỳ, đúng Quy chế, giải quyết các vấn đề theo chức năng nhiệm vụ.

- Ban hành các văn bản, quy định hướng dẫn các khoa phòng thực hiện các hoạt động chuyên môn.

### **2. Những vấn đề cụ thể cần cải tiến trong năm 2017.**

- Thành lập tổ công nghệ thông tin - truyền thông giáo dục sức khỏe:

+ Xây dựng bộ tài liệu cập nhật về nội dung hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe... (danh mục tài liệu theo mô hình bệnh tật của trung tâm ).

+ Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện truyền thông, tài liệu phục vụ cho công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho bệnh được điều trị.

+ Chuẩn bị các tờ rơi/pa-nô/áp-phích/hình ảnh/băng hình... phục vụ cho công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho bệnh đang được điều trị; hình ảnh/tờ rơi/pa-nô/áp-phích/băng hình... cho ít nhất 3 bệnh thường gặp tại trung tâm .

+ Khảo sát và đề xuất xây dựng góc truyền thông/pa-nô/áp-phích về dinh dưỡng ở các khoa lâm sàng và những nơi công cộng có đông người bệnh: hình ảnh, khẩu hiệu, thông tin về dinh dưỡng hợp lý cho các nhóm đối tượng (người bệnh, trẻ em, người cao tuổi, phụ nữ mang thai, phụ nữ cho con bú...).

- Phân công cán bộ chuyên trách, phụ trách CNTT có trình độ đại học về CNTT; Xây dựng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ và ứng dụng phần mềm quản lý chuyên môn trên mạng nội bộ; áp dụng các phần mềm quản lý chuyên môn, hoạt động tại các khoa/phòng.

- Tổ dinh dưỡng đi vào hoạt động chiều sâu. Có bản mô tả vị trí việc làm của cán bộ trong tổ dinh dưỡng, xây dựng các văn bản, kế hoạch chỉ đạo thực hiện nhiệm vụ.

### **3. Đo lường, giám sát hoạt động cải tiến chất lượng:**

- Thời gian: thực hiện định kỳ vào 3 tháng, 6 tháng và cuối năm.

- Tổ Quản lý chất lượng tiến hành đo lường và giám sát kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản kế hoạch của bệnh viện và từng khoa/phòng.

- Các thành viên đoàn kiểm tra chất lượng, thành viên hội đồng kiểm tra chất lượng bệnh viện phối hợp cùng Tổ Quản lý chất lượng thực hiện giám sát và đề xuất ý kiến để hoàn thành công tác cải tiến chất lượng đúng kế hoạch./.

#### **Nơi nhân:**

- Ban giám đốc: (B/C);
- Các khoa, phòng: (T/H);
- Lưu: VT, HĐCLBV,

**KT. CT HỘI ĐỒNG QLCLBV  
PHÓ CHỦ TỊCH**

**PHÓ GIÁM ĐỐC TTYT  
Trần Thị Yên**