|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH ĐĂK NÔNG**TRUNG TÂM Y TẾ ĐĂK GLONG****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Số: 511/BC-TTYT | *Đăk Glong, ngày* 04 tháng 07 năm 2022 |

**BÁO CÁO KẾT QUẢ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ**

**CÔNG TÁC CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG 06 THÁNG ĐẦU NĂM 2022**

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, chữa bệnh tại bệnh viện;

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

Căn cứ Quyết định 7051/QĐ-BYT ngày 29 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện;

Căn cứ quyết định 2151/QĐ- BYT, ngày 04/6/2015 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện việc “đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”; Quyết định 3638/QĐ- BYT ngày 15/7/2016 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch triển khai cơ sở y tế Xanh- Sạch- Đẹp;

Thực hiện Kế hoạch số 04/KH- TTYT ngày 04 tháng 01 năm 2022 của Trung tâm Y tế Đăk Glong về việc cải tiến chất lượng năm 2022;

Căn cứ kết quả tự chấm điểm cải tiến chất lượng của các khoa phòng, Trung tâm Y tế Đăk Glong đã thành lập Đoàn phúc tra, kiểm tra, đánh giá kết quả chấm điểm cải tiến chất lượng 06 tháng đầu năm 2022 tại các khoa phòng, với kết quả cụ thể như sau:

**I. KẾT QUẢ PHÚC TRA ĐIỂM TẠI CÁC KHOA PHÒNG**

Để theo dõi giám sát tiến độ thực hiện công tác CTCL năm 2022 của các khoa phòng, Hội đồng quản lý chất lượng Trung tâm Y tế đã có văn bản, xây dựng kế hoạch, thành lập đoàn đánh giá công tác thực hiện cải tiến chất lượng 06 tháng đầu năm 2022.

Qua kiểm tra, đánh giá 06 tháng đầu năm 2022 cho thấy các khoa, phòng chưa chú trọng công tác CTCL, chưa bám sát theo kế hoạch đề ra, dẫn đến còn nhiều hạn chế và triển khai CTCL chưa hiệu quả, một số tiêu chí bị rớt điểm và không đạt so với tiến độ kế hoạch.

**II. NHỮNG TỒN TẠI, VƯỚNG MẮC CỦA CÁC KHOA PHÒNG**

**1. Nhận xét chung:**

- 100% khoa, phòng đã xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2022 của khoa, phòng mình. Có sự phân công cụ thể cán bộ phụ trách đối với từng tiêu chí, tiểu mục và đang tiếp tục thực hiện theo lộ trình. Tuy nhiên công tác cải tiến chất lượng tại các khoa, phòng chưa mang tính chất thường xuyên, chưa có sự đầu tư nghiên cứu sâu để cải tiến thực sự, thực hiện cải tiến chất lượng còn mang tính chất hình thức, đối phó.

- Tổng điểm phúc tra trong 06 tháng đầu năm là **2,87** điểm/ Kế hoạch năm 2022 là 3.1 điểm. Trong đó đề ra không có tiêu chí mức 1, giảm 05 tiêu chí mức 2, duy trì 40 tiêu chí mức 3 và tăng 05 tiêu chí mức 4. Tuy nhiên phúc tra điểm 06 tháng đầu năm cho thấy 03 tiêu chí mức 1 và có 17 tiêu chí không duy trì được và bảng đánh giá kết quả đầu ra của KH CTCL Cụ thể *(Có Phụ lục kèm theo)*

**2. Nhận xét cụ thể:**

**2.1. Khoa Khám bệnh– Hồi sức Cấp cứu:**

- Khoa khám bệnh – Hồi sức cấp cứu được giao 09 tiêu chí, chủ yếu vẫn duy trì mức điểm cũ, sau phúc tra 06 tháng đầu năm 2022 tổng thể khoa đạt được **06/09** tiêu chí. Khoa Có 02 tiêu chí không duy trì được kết quả năm 2021 cụ thể:

+ Tiêu chí A 1.3: Chưa tổ chức đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám bệnh từ đó có kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa khám bệnh. Chưa có phương án tăng cường nhân lực trong giờ cao điểm, bố trí buồng khám bệnh, phương án điều phối người, quầy phát thuốc… trong giờ cao điểm.

+ Tiêu chí A 1.4: Chưa có kế hoạch hoặc tiến hành đánh giá định kỳ hoạt động cấp cứu trong 03 tháng đầu năm từ đó rút kinh nghiệm cho các trường hợp cấp cứu.

+ Khoa chưa có kế hoạch bình đơn thuốc và chưa bình đơn thuốc nào trong 03 tháng đầu năm.

+ Công tác 5S của khoa chưa tốt, điều dưỡng trưởng chưa xây dựng kế hoạch, chưa phân công triển khai tại khoa, vệ sinh tại khoa còn bẩn: khu vực bàn làm việc, bệ của sổ, quạt, vật dụng, giấy tờ tại hộc bàn bỏ lộn xộn…

+ Góc truyền thông chưa được chăm sóc, các văn bản, pano áp phích đã cũ, hoen ố tuy nhiên không được thay thế, gỡ bỏ.

+ Chưa có đề xuất quyết liệt đối với phòng HC-KT về các đề xuất sửa chữa máy phô tô, sửa chữa các chuông tại buồng cấp cứu… các tủ hư hỏng không có đề xuất sửa hoặc bàn giao về cho phòng HC-KT sửa chữa hoặc thanh lý.

+ Các phòng khám Liên chuyên khoa được chuyển về khu vực phòng khám tuy nhiên hiện nay vẫn chưa sắp xếp đưa vào hoạt động.

+ Công tác lưu trữ các văn bản liên quan đến CTCL không đảm bảo, chưa khoa học, còn thiếu rất nhiều văn bản liên quan đến công tác CTCL chưa được lưu trữ.

**2.2.** **Khoa Ngoại – CSSKSS – Liên chuyên khoa:**

+ Khoa NSLCK được giao 13 tiêu chí trong đó có 01 tiêu chí nâng mức điểm và 12 tiêu chí duy trì. Sau phúc tra 03 tháng đầu năm 2022 tổng thể khoa đạt 11**/13** tiêu chí.

+ Khoa đã có sự phân công cán bộ phụ trách cụ thể từng tiêu chí, tuy nhiên chưa thực hiện thường xuyên. Công tác 5S tại phòng hành chính, phòng thuốc và phòng trực cần sắp xếp gọn gàng lại.

+ Góc truyền thông không được chăm sóc duy trì, không bổ sung cập nhật tài liệu truyền thông, tranh ảnh, chưa có hoạt động thay thế lại các tranh ảnh đã bị hoăn ố, bẩn trong khoa. Các bảng biển truyền thông hiện nay đều được cất trong kho chưa có giải pháp để triển khai thực hiện do cơ sở vật chất chưa đảm bảo.

+ Hiện nay tường nhà bong tróc ẩm mốc, tường nhà đang bị xuống cấp.

+ E1.1, E1.2: Chưa có số liệu báo cáo tỷ lệ người bệnh được tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, tỷ lệ cán bộ được đào tạo về nuôi con bằng sữa mẹ chưa đạt 95% theo tiêu chí đề ra. Chưa có kế hoạch tổ chức các lớp học tiền sản, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ..

**2.3. Khoa Nội – Nhi – Nhiễm:**

Khoa Nội - Nhi - Nhiễm được giao 10 tiêu chí, trong đó 01 tiêu chí nâng mức điểm và 09 tiêu chí duy trì mức điểm, sau phúc tra 03 tháng đầu năm 2022 khoa đạt được **09/10** tiêu chí.

+ Tiêu chí E2.1: Do đơn vị chưa có Bác sĩ chuyên khoa Nhi (CK sơ bộ/định hướng hoặc cáo hơn vì vậy tiêu chí này chỉ ở mức 1.

+ Do cơ sở vật chất của Khoa NỘi Nhi Nhiễm chưa đảm bảo cho các tiêu chí: A2.1, A2.2, A2.3. A2.4 vì hiện tại chủ yếu là điều trị chung tại khoa N-CSSKSS-LCK và Khoa Cấp cứu.

+ Về hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án đang điều trị trong thời điểm kiểm tra tại khoa đảm bảo, tuy nhiên đối với việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án bàn giao hồ sơ bệnh án lưu trữ có thời điểm còn chậm so với quy định, quy chế, chất lượng hồ sơ chưa cao.

**2.4. Khoa Y dược cổ truyền- Phục hồi chức năng:**

**+** Khoa YHCT được giao 10 tiêu chí, trong đó 01 tiêu chí nâng mức điểm và 09 tiêu chí duy trì mức điểm, sau phúc tra 03 tháng đầu năm 2022 khoa đạt được **09/10** tiêu chí.

+ Phòng làm việc, 5S có cải thiện so với 3 tháng đầu năm tuy nhiên cần tăng cường vệ sinh cuối ngày đặc biệt tại phòng sắc thuốc.

**2.5. Khoa Xét nghiệm- Chẩn đoán hình ảnh:**

+ Khoa CĐHA-XN được giao 02 tiêu chí chủ yếu là duy trì mức điểm năm 2019. Khoa đảm bảo được mức điểm duy trì đạt **02/02** tiêu chí.

+ Lưu trữ văn bản khoa học, gọn gàng.

+ Nhìn chung khoa có tinh thần duy trì công tác 5S. Phòng ốc gọn gàng, sạch sẽ. tuy nhiên góc truyền thông chưa được chăm sóc, chưa thay thế các pano áp phích đã bị hoen ố, cũ.

+ Chưa có sự phản hồi, bào cáo tới các khoa điều trị trong công tác lấy mẫu bệnh phẩm đúng quy định, quy trình để việc xét nghiệm đạt hiệu quả (ví dụ: các khoa lấy mẫu xét nghiệm chưa đủ ống nghiệm để chạy mẫu, kỹ thuật lấy máu chưa đảm bảo để chạy mẫu….).

+ Chủ động, đề xuất kinh phí, hoàn thiện các thủ tục hồ sơ nhằm thực hiện công tác hiệu chuẩn TTB theo quy định.

+ Chăm sóc lại góc truyền thông và cây cảnh xung quanh khoa.

**2.6. Khoa Dược-TTB-VTYT:**

 Khoa Dược được giao 06 tiêu chí chủ yếu là duy trì tiêu chí. Sau phúc tra khoa đạt được **03/06** tiêu chí.

+ Việc thông tin thuốc tới các khoa lâm sàng, các bác sỹ điều trị chưa được thực hiện thường xuyên, chất lượng, hiệu quả chưa cao.

+ Hội đồng thuốc và điều trị chưa hoạt động thường xuyên theo quy định và đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên y tế trong đơn vị.

**2.7. Phòng Hành chính- Kế toán:**

- Phòng HC-KT phụ trách 19 tiêu chí. Kết quả phúc tra 03 tháng đầu năm Phòng đạt **12/19** tiêu chí.

+ Một số tiêu chí chưa đến giai đoạn, tổng kết, sơ kết vì vậy đang trong giai đoạn hoàn thiện.

+ Chưa có kế hoạch triển khai đối với việc tổ chức kiểm tra tay nghề chuyên môn cho nhân viên y tế. Chưa triển khai việc mời cơ quan chuyên gia đến hướng dẫn về PCCC 1 lần/năm.

**2.8. Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ:**

- Phòng KHNV phụ trách 23 tiêu chí, trong đó duy trì 20 tiêu chí, 03 tiêu chí nâng điểm. Kết quả phúc tra 03 tháng đầu năm đạt **13/23** tiêu chí cụ thể:

+ Tiêu chí C2.1: Việc kiểm tra hồ sơ bệnh án cả tổ kiểm tra hồ sơ bệnh án chưa đạt hiệu quả, chưa có bản đánh giá định kỳ về chất lượng hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập mã ICD 10.

+ C5.1: Chưa có triển khai được các phương pháp mới, kỹ thuật mới (thủ thuật, phẫu thuật loại I trở lên).

+ C5.3, C 5.4: Chưa triển khai đánh giá được việc tuân thủ quy trình kỹ thuật cho năm 2022, chưa triển khai việc bổ sung tái bản phác đồ điều trị cho năm 2022.

+ D2.1: Các khoa chưa có chuông báo tại phòng cấp cứu, cửa ra vào.

+ D2.2: Hệ thống báo cáo chưa ghi nhận được sự cố y khoa từ các khoa LS và CLS cho nên chưa phân tích và có hướng cải tiến.

+ D2.4: Chưa xây dựng được quy trình kỹ thuật thường quy của đơn vị vì vậy chưa có bảng kiểm đánh giá và báo cáo đánh giá liên quan đến mục C5.3

**2.9. Phòng Điều dưỡng:**

- Phòng Điều dưỡng phụ trách 15 tiêu chí, chủ yếu các tiêu chí duy trì. Kết quả phúc tra 03 tháng đầu năm 2022 đạt **14/15** tiêu chí. Phòng còn những khó khăn vướng mắc cần sự phối hợp của phòng Hành chính- Kế toán để tháo gỡ các khó khăn liên quan bảng biểu 5S, kinh phí xét nghiệm mẫu nước tại đơn vị.

- Công tác giám sát việc cải tiến duy trì 5S tại các khoa, phòng thực hiện chưa thường xuyên, chưa phát huy hiệu quả được tính răn đe của công tác kiểm tra giám sát.

- Trong 03 tháng đầu năm thực hiện giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên chưa được duy trì thường xuyên.

- Chưa có hệ thống nước sạch dẫn nước đến các khoa, phòng (có hệ thống đầu lọc hoặc sử dụng nước máy).

**III. NHẬN XÉT, ĐÁNH GIÁ**

1. **Thuận lợi:**

- Công tác CTCL luôn được Đảng ủy Ban Giám đốc quan tâm và chỉ đạo sâu sát và kịp thời. Kế hoạch cải tiến chất lượng luôn bám sát tình thực tế và được xây dựng cụ thể, chi tiết, thuận lợi cho việc triển khai đồng bộ.

- Các phòng, ban chức năng trực tiếp thực hiện hướng dẫn các khoa LS, CLS thực hiện các tiêu chí đề ra. Cùng với sự đoàn kết nỗ lực của các khoa, phòng, các CBCNVC trong đơn vị.

- Trên tinh thần chỉ đạo của Đảng bộ, Lãnh đạo đơn vị lấy người bệnh làm trung tâm nên mọi hoạt động cải tiến đều hướng đến người bệnh, vì vậy uy tín của Trung tâm Y tế ngày được càng nâng cao.

**2. Khó khăn:**

Bên cạnh những thuận lợi đó Trung tâm Y tế Đăk Glong vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn trong công tác CTCL:

- Trong năm 2021 Sở Y tế không tiến hành phúc tra CTCL năm 2021 vì vậy có một số tiêu chí chưa kịp điều chỉnh theo hướng dẫn của Sở Y tế.

- Kinh phí để hoạt động CTCL rất lớn trong khi đó nguồn thu của TTYT Đăk Glong rất hạn hẹp nên khi triển khai các tiêu chí trong hoạt động CTCL liên quan tới kinh phí đơn vị gặp rất nhiều khó khăn đặc biệt liên quan đến công tác hiệu chuẩn, kiểm chuẩn máy móc trang thiết bị, công tác ngoại kiểm.

**IV. PHƯƠNG HƯỚNG, NHIỆM VỤ TRONG 09 THÁNG CUỐI NĂM**

- Trong giai đoạn dịch bệnh đã ở giai đoạn ổn định, các khoa, phòng cần đẩy nhanh tiến độ thực hiện kế hoạch, chỉ tiêu; Tiếp tục duy trì và nêu cao tinh thần cải tiến trong mỗi cá nhân nhằm nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả, đem lại sự hài lòng cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế.

- Duy trì các tiêu chí đã đạt được trong năm 2021, phấn đấu thực hiện theo kế hoạch CTCL năm 2022 đã đề ra.

- Các khoa, phòng phải có kế hoạch chi tiết để thực hiện công tác CTCL 06 tháng cuối năm 2022. Những tiêu chí có những văn bản còn thiếu phải hoàn thiện trước ngày 31/07/2022, phòng KHNV chịu trách nhiệm theo dõi và báo cáo về tiến độ thực hiện của các khoa.

Nhiệm vụ cụ thể theo từng khoa, phòng như sau:

**1.** **Phòng Hành chính- Kế toán**

- Nhanh chóng giải quyêt đề xuất của các khoa phòng dành cho hoạt động cải tiến để kịp tiến độ theo kế hoạch đảm bảo cơ sở vật chất đầy đủ phục vụ người bệnh.

- Đẩy nhanh tiến độ sửa chữa khu vực nhà 03 lầu, hiện nay đang xuống cấp, nhà ẩm mốc và đưa khoa Nội – Nhi – Nhiễm, Khoa N-CSSKSS-LCK về lại khu vực điều trị sớm nhất có thể.

- Khuyến khích cán bộ y tế tham gia đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, mạnh dạn phát triển các dịch vụ kỹ thuật mới đáp ứng nhu cầu phát triển của đơn vị trong tình hình mới.

- Quan tâm đời sống sức khỏe tinh thần của cán bộ y tế, bố trí tổ chức các hình thức nghỉ dưỡng/ tham quan học hỏi kinh nghiệm tập thể, tổ chức giao lưu văn hóa, văn nghệ, thể dục thể thao tạo môi trường làm việc tích cực cho cán bộ y tế;

- Báo cáo khó khăn, vướng mắc để Sở Y tế kịp thời xây dựng hàng rào đảm bảo an ninh cho đơn vị, báo cáo khó khăn vướng mắc trong công tác tổ chức cán bộ cho Sở Y tế kịp thời tháo gỡ và các văn bản quy phạm pháp luật liên quan chính sách quyền lợi của người lao động.

 **2. Phòng Kế hoạch- Nghiệp vụ**

- Sớm trình Sở Y tế phê duyệt bổ sung danh mục kỹ thuật đợt I năm 2022 của tuyến huyện và tuyến Trạm Y tế ưu tiên những danh mục kỹ thuật đúng tuyến. Có kế hoạch triển khai ngay các danh mục kỹ thuật mới, phương pháp mới trong năm 2022.

- Phát triển các dịch vụ kỹ thuật mới, đẩy mạnh phong trào nghiên cứu khoa học, sáng kiến cải tiến kỹ thuật trong toàn đơn vị.

- Đánh giá hiệu quả áp dụng phác đồ điều trị từng năm để rút kinh nghiệm, sửa đổi và cải tiến, xây dựng phác đồ điều trị dựa trên các bệnh lưu hành tại địa phương, chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ.

- Tiếp tục giám sát việc cải tiến chất lượng của các khoa, phòng, giám sát hiệu quả trong việc báo cáo sự cố y khoa, kiểm tra việc thực hiện An toàn người bệnh tại các khoa LS và CLS.

- Duy trì và phát huy hiệu quả thiết thực của hoạt động sinh hoạt chuyên môn, sinh hoạt chuyên đề, bình bệnh án, bình đơn thuốc.

**3. Phòng Điều dưỡng**

- Phòng Điều dưỡng xây dựng các chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và có đo lường, theo dõi đánh giá kết quả thực hiện các chỉ số hàng năm và phân tích xu hướng các chỉ số. Xây dựng tài liệu cập nhật về nội dung hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh khi vào viện, trong quá trình điều trị và lúc ra viện.

- Tích cực kiểm tra, giám sát và đánh giá công tác chăm sóc người bệnh của bộ phận điều dưỡng tại các khoa điều trị.

- Triển khai và phát động và tăng cường công tác kiểm tra giám sát việc triển khai thực hiện duy trì 5S tại các khoa, phòng, trạm y tế đạt hiệu quả hơn.

**4. Khoa Khám bệnh– Hồi sức Cấp cứu**

- Cần tích cực cải tiến từ khâu tiếp đón, phân loại bệnh nhân, xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa khám bệnh và phương án bổ sung nhân lực trong giờ cao điểm, tiến hành khảo sát thời gian chờ của người bệnh để có nghiên cứu cải tiến mang đến sự hài lòng cho người bệnh.

- Tham mưu đề xuất cho phòng HC-KT sớm bổ sung các bảng biển, ti vi, hệ thống phát thanh giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn về quy trình khám bệnh và quảng bá hình ảnh cho đơn vị.

- Tuyên truyền động viên cán bộ viên chức mạnh dạn tham gia đào tạo nâng cao tay nghề và phát triển các dịch vụ kỹ thuật mới tại khoa.

- Thực hiện tốt công tác triển khai 5S, tuyên truyền và bổ sung hình ảnh phong phú cho các góc truyền thông, nâng cao vai trò của điều dưỡng trưởng khoa trong công tác chỉ đạo 5S và chăm sóc người bệnh.

- Thực hiện tốt hơn nữa về công tác báo cáo sự cố y khoa về phòng KH-NV.

- Cập nhật tất cả văn bản liên quan khám sàng lọc và phân loại bệnh theo quy định. Tổ chức bình đơn thuốc 01 lần/tháng có kế hoạch thực hiện và mời phòng KHNV hoặc PGĐ phụ trách chuyên môn tham gia.

- Hồ sơ bệnh án phải thực hiện đảm bảo chặt chẽ, hoàn thành thủ tục hành chính, thực hiện đúng quy chế kê đơn, quy chế hồ sơ bệnh án.

- Các văn bản, phương án còn thiếu phải hoàn thiện trước ngày **31/07/2022** trước khi trình ký Ban Giám đốc phải được duyệt qua phòng KHNV để lưu và theo dõi.

**5. Khoa Ngoại – CSSKSS – Liên chuyên khoa:**

- Tăng cường công tác áp dụng phương pháp mới kỹ thuật mới tại khoa, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật Ngoại khoa, sản khoa;

- Đề xuất đào tạo, tập huấn cập nhật kiến thức về nuôi con bằng sữa mẹ, có báo cáo và cập nhật các đối tượng được tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.

- Tổ chức và hoạt động có hiệu quả của đơn nguyên sơ sinh. Có kế hoạch cho các lớp học tiền sản, NCBSM, thời gian thực hiện và thực hiện theo đúng lộ trình kế hoạch.

- Tuyên truyền động viên cán bộ viên chức mạnh dạn tham gia đào tạo nâng cao tay nghề và phát triển các dịch vụ kỹ thuật mới tại khoa.

- Thực hiện tốt công tác triển khai 5S, bảo quản sử dụng máy móc trang thiết bị; Tuyên truyền và bổ sung hình ảnh phong phú cho các góc truyền thông, nâng cao vai trò của điều dưỡng trưởng của khoa trong công tác chỉ đạo 5S và chăm sóc người bệnh.

- Thực hiện tốt hơn nữa về công tác báo cáo sự cố y khoa về phòng KH-NV.

- Hồ sơ bệnh án phải thực hiện đảm bảo chặt chẽ, hoàn thành thủ tục hành chính, thực hiện đúng quy chế kê đơn, quy chế hồ sơ bệnh án, nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án.

**6. Khoa Nội- Nhi- Nhiễm**

- Tăng cường công tác áp dụng phương pháp mới kỹ thuật mới tại khoa, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật Nội khoa, Nhi khoa;

- Phối hợp tốt trong công tác điều trị người bệnh với khoa N-CSSKSS-LCK và khoa Cấp cứu.

- Thực hiện tốt hơn nữa về công tác báo cáo sự cố y khoa về phòng KH-NV.

- Cập nhật phác đồ điều trị đặc biệt là phác đồ điều trị bệnh Cvid-19. Lưu trữ tất cả quy trình khám chữa bệnh và phác đồ điều trị Covid-19 tại khoa.

- Thực hiện tốt hơn nữa về công tác báo cáo sự cố y khoa về phòng KH-NV.

- Hồ sơ bệnh án phải thực hiện đảm bảo chặt chẽ, hoàn thành thủ tục hành chính, thực hiện đúng quy chế kê đơn, quy chế hồ sơ bệnh án.

**7. Khoa YHCT-PHCN**

- Cần cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ, duy trì và cải tiến công tác 5S tại khoa. Thực hiện an toàn người bệnh và cán bộ y tế, phòng chống các sự cố rủi ro, báo cáo định kỳ hoặc đột xuất sự cố y khoa về phòng KH-NV.

- Tham mưu đề xuất cho các phòng chức năng sớm hoàn thiện cơ sở vật chất nhằm đáp ứng sự hài lòng của người bệnh;

- Tuyên truyền động viên cán bộ viên chức mạnh dạn tham gia đào tạo nâng cao tay nghề và phát triển các dịch vụ kỹ thuật mới tại khoa.

- Hồ sơ bệnh án phải thực hiện đảm bảo chặt chẽ, hoàn thành thủ tục hành chính, thực hiện đúng quy chế kê đơn, quy chế hồ sơ bệnh án.

**8. Khoa XN- CĐHA**

- Phối hợp cùng phòng HC-KT dự trù kinh phí để hiệu chuẩn các thiết bị đúng quy định;

- Phối hợp với các khoa Lâm sàng trong việc trao đổi thông tin bằng hình thức phản hồi Email, trao đổi qua các cuộc họp giao ban, bình bệnh án trong công tác lấy mẫu bệnh phẩm, mẫu máu đúng quy định để công tác xét nghiệm đạt hiệu quả cao hơn.

- Tham mưu để thực hiện tốt công tác nội kiểm, ngoại kiểm TTBYT tại khoa.

**9. Khoa Dược- TTB-VTYT**

- Tích cực tham gia xây dựng các quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc; quy trình giám sát sử dụng đối với các thuốc trong danh mục trên cơ sở được tư vấn của HĐT&ĐT; hướng dẫn và giám sát việc sử dụng thuốc trong toàn đơn vị. Đồng thời thực hiện bổ sung, hoàn thiện các nội dung mà đoàn kiểm tra đã nhận xét.

- Báo cáo kịp thời các sự cố y khoa liên quan sử dụng thuốc trong toàn đơn vị.

- Tăng cường và phát huy có hiệu quả hoạt động dược lâm sàng, thông tin thuốc kịp thời tới các khoa lâm sàng, các bác sỹ điều trị.

- Phối hợp với Phòng KH-NV, khoa Khám bệnh – HSCC tổ chức hoạt động hiệu quả về công tác bình đơn thuốc, bình bệnh án trong đơn vị, đảm bảo cung ứng thuốc, vật tư hóa chất tiêu hao cho các khoa Lâm sàng.

Trên đây là toàn bộ báo cáo về công tác kiểm tra, đánh giá phúc tra công tác cải tiến chất lượng trong 06 tháng đầu năm 2022 của Trung tâm Y tế Đăk Glong./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Sở Y tế (b/c);- Ban GĐ (Chỉ đạo);- Chủ tịch HĐQLCL (Chỉ đạo);- Hội đồng QLCL (Theo dõi);- Các khoa ,phòng (để thực hiện);- Lưu: VT, KHNV, TQLCL(loan). | **KT. GIÁM ĐỐC****PHÓ GIÁM ĐỐC****Nguyễn Đức Quý** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm năm 2021** | **Điểm KH 2022** | **Điểm khoa phòng tự chấm 6 tháng đầu năm** | **Điểm phúc tra** | **Nguyên nhân** |
| A1.1 | Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A1.2 | Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A1.3 | Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh | 4 | 4 | 4 | 3 | Chưa có đánh giá thời gian chờ đợi của người bệnh từ đó đưa ra các vấn đề cải tiến |
| A1.4 | Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A1.5 | Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A1.6 | Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| A2.1 | Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường | 4 | 4 | 4 | 3 | Thiếu quy định về việc bố trí giường bệnh nam nữ riêng biệt tại khoa ngoại |
| A2.2 | Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A2.3 | Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A2.4 | Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| A2.5 | Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám chữa bệnh trong bệnh viện | 3 | 3 | 2 | 3 | khoa YHCT tự chấm k đạt do xe lăn không thể tiếp cận nhà vệ sinh |
| A3.1 | Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp | 3 | 4 | 3 | 3 |   |
| A3.2 | Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp | 4 | 4 | 4 | 4 | Khoa ngoại: thiếu báo cáo quý 1.2, KH 5S năm 2020 |
| A4.1 | Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều tri. | 4 | 4 | 4 | 3 | Chưa có quy định hướng dân, yêu cầu công khai thuốc vật tư (giấy tờ) Chưa thực hiện việc công khai thuốc và vật tư cho người bệnh (CKT đầu giường) |
| A4.2 | Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân | 4 | 4 | 4 | 4 | Thiếu quy định liên quan đến hướng dẫn công khai thông tin của người bệnh mắc bệnh "nhạy cảm", không cho phép quay phim chụp ảnh. |
| A4.3 | Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A4.4 | Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| A4.5 | Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| A4.6 | Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng NB và tiến hành các biện pháp can thiệp | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B1.1 | Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực BV | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B1.2 | Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực BV | 2 | 2 | 2 | 1 |   |
| B1.3 | Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B2.1 | Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B2.2 | Nhân viên y tế được nâng cao ký năng, ứng xử, giao tiếp y đức | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B2.3 | Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững nguồn nhân lực. | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| B3.1 | Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế. | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| B3.2 | Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế. | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B3.3 | Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B3.4 | Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| B4.1 | Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| B4.2 | Triển khai văn bản của các cấp quản lý | 4 | 4 | 4 | 4 |
| B4.3 | Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| B4.4 | Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| C1.1 | Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C1.2 | Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C2.1 | Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học | 4 | 4 | 3 | 2 | Chưa tiến hành tập huấn ICD 10, chưa tiến hành đánh giá về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD, chưa có bản đánh giá trong đó chỉ ra các lỗi sai thường gặp. |
| C2.2 | Hồ sơ bệnh án được quản lý chắt chẽ, đầy đủ, khoa học | 3 | 3 | 3 | 2 |   |
| C3.1 | Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế | 3 | 3 | 3 | 2 |   |
| C3.2 | Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn. | 1 | 2 | 1 | 1 |   |
| C4.1 | Thiết lập và hoàn thiện hệ thống KSNK | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C4.2 | Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C4.3 | Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay | 3 | 3 | 2 | 2 | Hiện đơn vị chưa có hệ thống nước |
| C4.4 | Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| C4.5 | Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C4.6 | Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C5.1 | Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C5.2 | Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới | 2 | 3 | 1 | 1 | Chưa triển khai được kỹ thuật mới tại đơn vị, ít nhất 1 kỹ thuật loại 1 trở lên mới đạt mức 2. 03 kỹ thuật để đạt mức 3 |
| C5.3 | Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng | 3 | 3 | 2 | 2 | Chưa xây dưng bổ sung hướng dẫn chẩn đoán điều trị và quy trình kỹ thuật năm 2022 dự kiến thực hiện  |
| C5.4 | Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C5.5 | Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C6.1 | Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C6.2 | Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C6.3 | Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| C7.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C7.2 | Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| C7.3 | Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| C7.4 | Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C7.5 | Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| C8.1 | Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh | 3 | 3 | 3 | 3 | Đối với thiết bị tạm dừng quá 7 ngày do thiếu hóa chất trong đợt thầu vừa rồi có các máy sinh hóa.Cá hình thức phổ biến và phản hồi thông tin của khoa chưa phong phú và rộng rãi, chủ yếu phản hồi trực tiếp tới các khoa liên quan, chưa có thông tin tới các khoa khác để tránh lặp lại các lộ tương tự, trong hoạt động bình BA cũng chưa có những phản hồi liên quan đến công tác XN |
| C8.2 | Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm | 2 | 2 | 2 | 2 | Với lộ trình lên đạt mức 3 thì phải kiểm định, hiệu chuẩn và bảo dưỡng thiết bị định kỳ đồng thời tham gia ngoại kiểm với nhiều chỉ số xét nghiệm khác nhau. |
| C9.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C9.2 | Bảo đảm cơ sở vật chất khoa dược | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C9.3 | Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| C9.4 | Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý | 3 | 3 | 2 | 2 | chưa tập huấn sử dụng thuốc cho NVYT 1 năm 1 lần dự kiến tập huấn vào quý 3 |
| C9.5 | Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng | 3 | 3 | 3 | 2 | Chưa chứng minh tổ chức hoạt động thông tin thuốc cho BS DD về thuốc mới, chất lượng thuốc, phản ứng có hại của thuốc, các khuyến cáo về thuốc của các cơ quan quản lý chứng minh bằng: HÌnh ảnh, tài liệu, sổ nhật ký thông tin thuốc….. |
| C9.6 | Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 3 | 2 | 2 | chưa tập huấn sử dụng thuốc cho NVYT 1 năm 1 lần dự kiến tập huấn vào quý 3 |
| C10.1 | Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| C10.2 | Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động BV và các giải pháp nâng cao CL KCB | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| D1.1 | Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| D1.2 | Xây dựng và triển khai kế hoạch chất lượng bệnh viện | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| D1.3 | Xây dựng văn hóa chất lượng | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| D2.1 | Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh | 3 | 3 | 2 | 2 | hệ thống chuông báo tại đầu giường CS c1 |
| D2.2 | Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục | 4 | 4 | 4 | 4 |   |
| D2.3 | Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| D2.4 | Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| D2.5 | Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã | 2 | 2 | 2 | 2 |   |
| D3.1 | Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| D3.2 | Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| D3.3 | Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| E1.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh | 2 | 2 | 2 | 2 | Hiện tại chưa chuyển khoa ngoại sản về hoạt động vì vậy chưa có phòng thủ thuật, phòng khám phụ khoa đảm bảo cho tiêu chí |
| E1.2 | Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh | 4 | 4 | 4 | 4 | bảng thông tin truyền thông SKSS chưa có do khoa phòng chưa chuyển về được đúng vị trí.Chưa tổ chức lớp học tiền sản định kỳ cho PNCT, bà mẹ cho con bú… |
| E1.3 | Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF | 4 | 4 | 4 | 4 | khoa ngoại tự chấm 3 điểm 3 tháng đầu nămChưa tổ chức tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ. HÌnh ảnh tuyên truyền hiện tại ở khoa không có |
| E2.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa | 2 | 2 | 1 | 1  | không có BS Nhi từ CK 1 trở lên |
|  | **Tổng điểm** | **3.07777778** | **3.133333** | **2.95555556** | **2.866667** |  |