

Bạc Liêu, ngày 30 tháng 11 năm 2017

## BÁO CÁO

### ĐO LƯỜNG CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2017

#### 1. Tỷ lệ NB té ngã trong Bv

<b>Tên chỉ số</b>	<b>Tỷ lệ NB té ngã trong bệnh viện</b>			
Mục tiêu	Kiểm soát 100% tổng số trường hợp té ngã xảy ra trong bệnh viện			
Định nghĩa té ngã	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tỷ suất xảy ra sự cố té ngã của người bệnh trong 1000 ngày điều trị</li> <li>- Té ngã không mong muốn, có hoặc không có thương tích xảy ra ở người bệnh trong thời gian khám và điều trị tại Khoa/Bệnh viện năm 2017</li> </ul>			
Phân nhóm	- An toàn người bệnh			
Phạm vi đo lường	- Toàn viện (NB nội trú-NB ngoại trú)			
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Tổng số trường hợp té ngã trong tháng}}{\text{Tổng ngày điều trị trong tháng}} \times 1000 \text{ (tỷ suất/1000 ngày điều trị)}$			
Phương pháp thu thập	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ghi nhận tổng số ca trên hệ thống báo cáo SCSS mỗi ngày</li> <li>- Số liệu tổng hợp “Ngày điều trị” tại Phòng KHTH trong tháng</li> <li>- Thời gian thu thập tính từ ngày 25 tháng này đến 25 tháng sau</li> </ul>			
Thời gian báo cáo	- Ngày 25 mỗi tháng ( KHTH cung cấp)			
Kết quả	Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4
	Không	Không	Không	

Nhận xét:

Trong năm 2017 Bv không có trường hợp té ngã. Tổ QLCL luôn giám sát việc thực hiện quy định phòng té ngã tại các đơn vị khoa phòng và rà soát những vị trí té ngã như bậc thềm trơn trượt làm cảnh báo, dán thảm tăng ma sát, khi làm vệ sinh lau sàn đặt cảnh báo...do đó trong năm không xảy ra té ngã.

#### 2. Tỷ suất NVYT bị rủi ro do vật sắc nhọn

<b>Tên chỉ số</b>	<b>Tỷ suất NVYT bị rủi ro do vật sắc nhọn</b>			
Mục tiêu	Kiểm soát tổng số trường hợp NVYT bị rủi ro do vật sắc nhọn			
Định nghĩa té ngã	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tỷ suất tai nạn của NVYT do vật sắc nhọn gây ra trong khi làm nhiệm vụ tại BV /1000 người. từ tháng 1 năm 2017- hết tháng 11/2017</li> </ul>			
Phân nhóm	- An toàn nhân viên y tế			
Phạm vi đo lường	- Toàn bệnh viện			
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Tổng số NV bị tai nạn trong kỳ báo cáo}}{\text{TS nhân viên BV hiện tại của BV}} \times 1000$			

Phương pháp thu thập	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ghi nhận tổng số trường hợp tai nạn mỗi ngày qua báo cáo thực tế.</li> <li>- Phỏng vấn do NVYT 2 lần/ năm</li> <li>- Sổ theo dõi tai nạn sắc nhọn</li> </ul>		
Thời gian báo cáo	30/6 và 30/11		
Kết quả	30/6	30/11	Tỷ suất
		09/420	21.4/1000

**Nhận xét:** ghi nhận trong năm 2017 có 09 trường hợp rủi ro sắc nhọn. Xử lý theo quy định, NV được gửi xét nghiệm và kiểm tra sau 3 tháng. Qua đó cho thấy BDDT khoa cần có thường nhắc nhở phòng tránh rủi ro, phân loại chất thải cho đúng quy định. Cũng qua đó đề xuất Giám Đốc xem xét cho nhân viên ở các khoa có nguy cơ lây nhiễm cao, để bị rủi ro do sắc nhọn được tiêm phòng VGB để nhân viên an tâm công tác và giữ gìn sức khỏe.

### 3. Tỷ lệ tiêm phòng viêm gan trong nhân viên

<b>Tên chỉ số</b>	<b>Tỷ lệ NVYT được tiêm phòng viêm gan B</b>		
Mục tiêu	Kiểm soát tổng số trường hợp NVYT được tiêm viêm gan B		
Định nghĩa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NVYT được tiêm phòng viêm gan B đủ 3 liều</li> <li>- NVYT có chỉ định tiêm: cấp cứu, khoa ngoại, khoa sản, Y công hộ lý, xét nghiệm</li> </ul>		
Phân nhóm	- An toàn nhân viên y tế		
Phạm vi đo lường	- Toàn bệnh viện cơ sở 2		
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Tổng số NV được tiêm phòng đủ 3 liều}}{\text{TS nhân viên có chỉ định tiêm phòng VGB}} \times 100$		
Phương pháp thu thập	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phỏng vấn do NVYT 1-2 lần/ năm</li> <li>- Hồ sơ sức khỏe</li> </ul>		
Thời gian báo cáo	30/11		
Kết quả	Tổng số NV được tiêm phòng đủ 3 liều	66	Tỷ lệ: 37.5%
	TSố NV có chỉ định tiêm phòng VG	176	

#### **Nhận xét:**

- Tỷ lệ nhân viên y tế làm việc những nơi có nguy cơ cao dễ bị kim đâm như: Cấp cứu, Y công hộ lý, xét nghiệm, nội -nhi, ngoại, sản, PT-GMHS, VLTL- phục hồi chức năng, Hồi sức nội.
- Nhân viên cũng ý thức được tiêm phòng VGB. Tổng số tiêm đủ 03 liều là 66/176 tỷ lệ 37.5%. Trong đó 29 trường hợp được tiêm > 3 năm và chưa được tiêm nhắc lại.
- Đa số NVYT được tiêm nhưng chưa xét nghiệm có kháng thể hay không?
- Tiêm ngừa BVB có liên quan đến việc NVYT làm việc ở mọi trường để bị lây nhiễm do vật sắc nhọn vì vậy xin đề xuất

#### **Đề xuất:**

Trong năm 2018 BV cho NVYT ở các khoa phòng trên :

1. Thử kháng thể nếu đã tiêm
2. Tiêm nhắc lại nếu đủ thời gian nhắc lại
3. NVYT ở các khoa trên chưa được tiêm ngừa thì được tiêm ngừa theo lịch

## II. Hướng đến người bệnh

### 4. Tỷ lệ hài lòng của NB với dịch vụ khám chữa bệnh

Tên chỉ số	1. Tỷ lệ hài lòng của NB với dịch vụ khám chữa bệnh				
Mục tiêu	> 95% NB hài lòng chung về dịch vụ khám chữa bệnh.				
Định nghĩa	Hài lòng người bệnh là đầu ra quan trọng của bệnh viện. Mức độ hài lòng của NB nội trú khi NB chuẩn bị ra viện hoặc ra viện Hài lòng về giao tiếp ứng xử, cơ sở vật chất Tinh thần thái độ phục vụ... NB ngoại trú, NB có BHYT và không có BHYT				
Phân nhóm	– Hài lòng NB				
Phạm vi đo lường	– Toàn bệnh viện (NB nội trú-NB ngoại trú)				
Phương pháp đo lường	Tổng hài lòng về giao tiếp ứng xử,... X 100 TS người bệnh được phỏng vấn				
Phương pháp thu thập	– Phỏng vấn NB do đội CSKH thực hiện				
Thời gian báo cáo	03 tháng /01 lần				
Kết quả	Phân loại	Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4
	NB nội trú	100%	100%	100%	100%
	NB ngoại trú	100%	100%	100%	100%
	NB có BHYT	4.74	4.88	4.7	4.89
	NB không BHYT	4.78	4.7	4.8	4.32

#### Nhận xét:

- Kết Tỷ lệ hài lòng là 100% ở nội trú và ngoại trú. Trong bảng khảo sát cũng đánh giá tỷ lệ hài lòng của NB có BH và không BH tỷ lệ có chênh lệch nhưng không nhiều. tuy nhiên ở quý cuối NB không BH hài lòng giảm so với quý 1 và quý 2 0.48 đây là vấn đề cần xem xét và phòng CSKH cũng có kế hoạch cải tiến. đa số NB khám dịch vụ do Bv chưa có khu dịch vụ riêng BV còn chờ theo thứ tự nên có sự phiền hà chờ đợi.

#### Đề xuất:

- Ban Giám Đốc xây dựng thêm khu khám dịch vụ riêng biệt để NB có BHYT thấy mình không phân biệt đối xử và giảm đi phiền hà do chờ đợi.

### 5. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế (giao phòng TC CB)

Tên chỉ số	2. Tỷ lệ hài lòng của NVYT				
Mục tiêu	– Tìm hiểu sự hài lòng của NVYT với môi trường làm việc hiện tại				
Định nghĩa	Hài lòng của NVYT về chế độ ưu đãi, môi trường làm việc Điều kiện làm việc và quản lý của BV đạt từ mức 4 trở lên				
Phân nhóm	Hướng đến NB				
Phạm vi đo lường	Toàn bệnh viện				

Phương pháp đo lường	Số NVYT hài lòng về quản lý của BV	
	_____ X 100 TS nhân viên bệnh viện	
Phương pháp thu thập	Phòng vấn NVYT do đội CSKH và PTCCB thực hiện	
Thời gian thu thập	30 Tháng 6, 30 tháng 11	
<b>Kết quả</b>	30/6	30/11
	> 98% (kèm báo chi tiết).	

### III. Công tác đào tạo Giao phòng TCCB- QLCL

#### 6. Tỷ lệ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện được tập huấn

Tên chỉ số	Tỷ lệ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện được tập huấn	
Mục tiêu	Trên 50% mạng lưới quản lý chất lượng được tập huấn về quản lý chất lượng bệnh viện.	
Định nghĩa	Mạng lưới QLCL được Hội đồng QLCL ra quyết định thành lập và tham gia hoạt động tại các đơn vị ít nhất 1 người /khoa/phòng. Mạng lưới viên được đào tạo phải có giấy chứng nhận hoặc chứng chỉ	
Phân nhóm	Quản lý chất lượng bệnh viện	
Phạm vi đo lường	Tất cả mạng lưới viên đang hoạt động theo quyết định của Hội đồng QLCL BV Thanh Vũ cơ sở 2	
Phương pháp đo lường	Tổng mạng lưới được cấp chứng nhận đào tạo _____ X 100 Tổng số mạng lưới quản lý chất lượng BV	
Phương pháp thu thập	Giấy chứng nhận học tập hoặc chứng chỉ đào tạo liên tục Từ năm 2014-2017	
Thời gian báo cáo	Cuối tháng 11/2017	
Kết quả	Tổ QLCL	Mạng lưới chất lượng
	3/3 đạt 100%	22/31 đạt 70.96%

#### Nhận xét.

- Tổ QLCL được đào tạo và cấp giấy chứng nhận 100%. Mạng lưới chất lượng đạt 70.96% tuy nhiên mạng lưới chất lượng hoạt động chưa đồng đều, chưa biết hết công của mạng lưới và hầu hết được đào tạo > 01 năm vì vậy đề xuất:  
Đề xuất.
- Năm 2018 củng cố lại mạng lưới chất lượng, xin Giám đốc mời chuyên gia về tập huấn cho mạng lưới và ĐDT về quản lý chất lượng

## 7. Tỷ lệ ĐD, HS, KTV được đào tạo liên tục (Phòng TCCB)

Tên chỉ số	Tỷ lệ ĐD, HS, KTV được đào tạo liên tục
Mục tiêu	– Điều dưỡng khoa lâm sàng được đào tạo liên tục ít nhất 24h
Định nghĩa	– Phòng ĐD, QLCL tổ chức tập huấn chuyên môn – ĐDT khoa tập huấn tại khoa
Phân nhóm	Đào tạo
Phạm vi đo lường	- Tất cả ĐD, NHS, KTV khoa lâm sàng trực tiếp chăm sóc NB
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Tổng số ĐD-HS-KTV được tập huấn}}{\text{Tổng ĐD-HS-KTV tham gia chăm sóc trực tiếp NB tại khoa lâm sàng}} \times 100$
Phương pháp thu thập	– DS tham gia tập huấn có ký tên – Kế hoạch đào tạo của P.ĐD – Sổ đào tạo tại khoa: Sản, CC, Nội nhi, ngoại
Thời gian báo cáo	– 03 tháng/lần
Kết quả	BV tổ chức 04 ngày mỗi ngày 04 tiết, khoa tháng /lần : 1-2 tiết

### Nhận xét:

Bv tổ có lập KH đầy đủ, có danh sách, tài liệu đầy đủ tuy nhiên sau tập huấn chưa có làm bài test kiểm tra, ĐDT khoa tập huấn, bộ phận quản lý chưa có kế hoạch giám sát nội dung và tình trạng tập huấn của ĐDT

Đề xuất: Năm 2018, khi tập huấn cần cho ĐD làm bài test, ĐDT khoa tập huấn cần cử bộ phận quản lý tham dự và giám sát.

## IV. Kiểm soát nhiễm khuẩn giao cho phòng điều dưỡng

### 7. Tỷ lệ NVYT tuân thủ rửa tay

Tên chỉ số	Tỷ lệ NVYT tuân thủ rửa tay								
Mục tiêu	– Trên 70% NVYT tuân thủ rửa tay								
Định nghĩa	– Tuân thủ rửa tay tại các thời điểm chăm sóc NB theo định nghĩa của Who								
Phân nhóm	– ATNB								
Phạm vi đo lường	– Tất cả BS, điều dưỡng, NHS, KTV khi thăm khám, chăm sóc NB								
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Tổng số NVYT rửa tay tại thời điểm quan sát}}{\text{Tổng số cơ hội rửa tay tại thời điểm quan sát}} \times 100$								
Phương pháp thu thập	– Quan sát thực tế khi NVYT tiếp xúc với NB có rửa tay nhanh hoặc rửa bằng xà phòng – cơ hội rửa tay								
Thời gian báo cáo	– 03 tháng/ lần								
Kết quả	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Quý 1</th> <th>Quý 2</th> <th>Quý 3</th> <th>Quý 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80%</td> <td>75%</td> <td>83%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4	80%	75%	83%	
Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4						
80%	75%	83%							

### Nhận xét:

Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ rửa tay thường quy đạt theo chỉ tiêu tuy nhiên qua giám sát cho thấy cần có tỷ lệ tuân thủ cao hơn để giảm thiểu nhiễm khuẩn chéo. Đề nghị các điều dưỡng trưởng khoa cần cung cấp đầy đủ phương tiện rửa tay, giám sát nhân viên khoa thực hiện.

### 9. Tỷ suất loét tỳ đè: Giao phòng điều dưỡng

Tên chỉ số	Tỷ suất loét tỳ đè
Mục tiêu	– Đảm bảo an toàn người bệnh, phòng nhiễm khuẩn bệnh viện
Định nghĩa	– Tỷ suất loét tỳ đè ở người bệnh trên 1000 ngày điều trị. – Người bệnh loét tỳ đè được xác định khi người bệnh nằm viện từ 5 ngày trở lên và bị loét tỳ đè ở mức độ 3. Loét tỳ đè độ 3 (Theo phân độ của Hội National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)): “Tổn thương và mất toàn bộ lớp da, lớp dưới da. Lớp tế bào dưới da hay lớp tế bào mỡ có thể được nhìn thấy nhưng không có sự hiện diện của xương, dây chằng, gân, và cơ trên vết thương. Tế bào hoại tử màu vàng đục có thể xuất hiện nhưng không tổn thương sâu vào cơ. Có thể hiện diện của đường hầm hay lỗ dò”. ESI
Phân nhóm	– ATNB
Phạm vi đo lường	– Tất cả BS, điều dưỡng, NHS, KTV khi thăm khám, chăm sóc NB
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Số loét tỳ đè được phát hiện trong tháng}}{\text{Tổng số ngày điều trị trong tháng}} \times 1000$ (Tỷ suất/ 1000 ngày điều trị)
Phương pháp thu thập	– Ghi nhận tổng số ca trên hệ thống báo cáo SCSS mỗi ngày – Số liệu tổng hợp “Ngày điều trị” tại Phòng KHTH trong tháng
Thời gian báo cáo	– Báo cáo ngày 25 mỗi tháng
Kết quả	Không có trường hợp loét tỳ đè

### V. Hiệu quả điều trị:

#### 10. Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về : giao cho khoa cấp cứu.

Tên chỉ số	Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về								
Mục tiêu	Kiểm soát hiệu quả điều trị								
Định nghĩa	– Tử vong tại BV và trường hợp bệnh nặng có tiên lượng tử vong được gia đình xin về để chết tại nhà. – Không tính tử vong trước nhập viện.								
Phân nhóm	– Hiệu quả điều trị								
Phạm vi đo lường	– Tất cả người bệnh nội trú								
Phương pháp đo lường	$\frac{\text{Số lượng NB bị tử vong trong BV và tiên lượng tử vong gia đình xin về trong kỳ báo cáo}}{\text{Tất cả NB nội trú trong kỳ báo cáo}} \times 100$								
Phương pháp thu thập	– Bệnh án, sổ vào viện - ra viện - chuyển viện – báo cáo tử vong								
Thời gian báo cáo	– 03 tháng/ lần								
Kết quả	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Quý 1</th> <th>Quý 2</th> <th>Quý 3</th> <th>Quý 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/1612 Tỉ lệ 0.06%</td> <td>00</td> <td>03/10098 Tỉ lệ: 0.03%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4	01/1612 Tỉ lệ 0.06%	00	03/10098 Tỉ lệ: 0.03%	
Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4						
01/1612 Tỉ lệ 0.06%	00	03/10098 Tỉ lệ: 0.03%							

#### 11. Tỷ lệ Phẫu thuật loại II trở lên ( giao phòng mổ)

Tên chỉ số	Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên					
Mục tiêu	Đánh giá sự phù hợp chuyên môn và phân tuyến kỹ thuật, từ đó, có những biện pháp điều chỉnh để tăng cường năng lực và giảm tải cho tuyến trên.					
Định nghĩa	- Tất cả phẫu thuật loại II trở lên theo danh mục phân loại phẫu thuật, thủ thuật của BHYT ban hành số 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014					
Phân nhóm	- Chuyên môn					
Phạm vi đo lường	- Khoa Phẫu thuật GMHS					
Phương pháp đo lường	Tổng số phẫu thuật loại 2 trở lên đã thực hiện			X100		
	Tổng số phẫu thuật đã thực hiện					
Phương pháp thu thập	- Sổ phẫu thuật tại khoa PT GMHS - Báo cáo Thống kê bệnh viện,					
Thời gian báo cáo	- 30/6/2017, 30/11/2017					
Kết quả	Quý 1	Quý 2	Quý 3	Quý 4	Tổng 4 quý	
	455/475	949/1015	1027/1108			
	95.79%	93.5%	92.69%			

Trên đây là kết quả đánh giá chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện theo kế hoạch xây dựng năm 2017.

Trình Giám Đốc.

GIÁM ĐỐC



TỔ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG



HS. Trần Kim Cảnh

HS.BS. Đặng Ngọc Chế

