

VIỆN KHOA HỌC QUẢN LÝ Y TẾ

QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
(Tài liệu đào tạo liên tục)

Hà Nội - 2021

CHỦ BIÊN
GS.TS. Phan Văn Tường

NHÓM BIÊN SOẠN
GS.TS. Đào Văn Dũng
PGS.TS. Bùi Đức Dương
TS. Lê Thị Hằng
Ths. Nguyễn Thị Hải Liên

THƯ KÝ
CN. Phan Tuấn Khôi

Hà Nội 7-2021

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện Thực hiện Nghị định 43/2000/NĐ-CP ngày 30/08/2000 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn triển khai Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế tổ chức biên soạn bộ tài liệu dạy-học các môn học cơ sở và chuyên môn theo chương trình mới nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo quản lý bệnh viện. Cuốn sách “Quản lý chất lượng bệnh viện” này được biên soạn dựa theo chương trình giáo dục của Viện Khoa học Quản lý Y tế, trên cơ sở hướng dẫn xây dựng chương trình đào tạo liên tục Căn cứ Thông tư số 22/2013/TT- BYT và Thông tư 26/2020//TT- BYT sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế. Năm 2021, cuốn sách này được Hội đồng chuyên môn sách giáo khoa và tài liệu dạy-học của Viện Khoa học Quản lý Y tế thẩm định và thống nhất sử dụng làm tài liệu dạy-học chính thức của Viện. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách cần được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Sách được biên soạn gồm 2 chương với tổng cộng 7 bài, mỗi bài có mục tiêu học tập và các nội dung thiết yếu. Trong đó, nội dung thể hiện được các yêu cầu kiến thức cơ bản, chính xác khoa học, cập nhật được tiến bộ khoa học hiện đại và thực tiễn Việt Nam. Sách dùng để đào tạo liên tục, đồng thời cũng là tài liệu tham khảo tốt cho sinh viên các chuyên ngành khác và cán bộ y tế quan tâm đến công tác quản lý bệnh viện.

Viện Khoa học Quản lý Y tế xin chân thành cảm ơn các giảng viên của Viện Đào tạo bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành Y tế, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng tích cực tham gia biên soạn cuốn sách này. Đây là lĩnh vực khoa học mới phát triển, hơn nữa, những vấn đề quản lý bệnh viện của Ngành Y tế Việt Nam đang dần dần từng bước hoàn thiện nên nội dung biên soạn không tránh khỏi những thiếu sót và cần được bổ sung cập nhật. Nhóm biên soạn rất mong và khuyến khích ý kiến đóng góp của các độc giả và đồng nghiệp để cuốn sách ngày càng hoàn thiện hơn.

**TM. HỘI ĐỒNG KHOA HỌC
VIỆN KHOA HỌC QUẢN LÝ Y TẾ**

GS.TS. NGUYỄN CÔNG KHẮN

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT	7
PHẦN I: TỔNG QUAN VỀ CHẤT LƯỢNG	9
VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG	9
BÀI 1. CHẤT LƯỢNG VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG	9
MỤC TIÊU	9
NỘI DUNG	10
I. CHẤT LƯỢNG VÀ SỰ THAY ĐỔI QUAN NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG	10
1.1 Một số khái niệm chất lượng và khái niệm liên quan đến chất lượng	10
1.2. Sự thay đổi quan niệm về chất lượng	13
II. CÁC NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG	15
III. CÁC YẾU TỐ CỦA MỘT TỔ CHỨC CHẤT LƯỢNG	18
VI. CÁC MÔ HÌNH/CÁCH TIẾP CẬN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG	20
4.1. Phương pháp tiếp cận PDCA (Plan- Do- Check- Act): Lập kế hoạch - Thực hiện - Kiểm tra/Đánh giá - Hoạt động điều chỉnh	20
4.2. Phương pháp tiếp cận 6 Sigma	21
4.3. Cách tiếp cận theo phương pháp Lean Management	23
4.4. Cách tiếp cận theo “Tiêu chuẩn cấp phép Bệnh viện quốc tế của Ủy ban giám định quốc tế (JCI)”	24
4.5. Mô hình quản lý chất lượng theo ISO (The International Organization for Standadization)	26
4.6. Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)	26
4.7. Hệ thống chứng nhận chất lượng Accreditation	28
BÀI 2. LÀM VIỆC NHÓM	30
MỤC TIÊU	30
NỘI DUNG	30
I. KHÁI NIỆM VỀ LÀM VIỆC NHÓM (TEAM WORK)	30
II. LỢI ÍCH CỦA LÀM VIỆC NHÓM	31
III. ĐẶC TÍNH CỦA NHÓM LÀM VIỆC CÓ HIỆU QUẢ	32
3.1. Năng lực của mỗi người được phát huy	32
3.2. Mục tiêu chung rõ ràng và mục tiêu phải thuyết phục với mọi người	32
3.3. Tận tụy với mục tiêu chung	32
3.4. Môi trường khuyến khích	33
3.5. Cơ chế khen thưởng phù hợp	34
IV. KẾT QUẢ CỦA LÀM VIỆC NHÓM	34
4.1. Sử dụng tối đa nguồn nhân lực	34
4.2. Sản phẩm đầu ra của nhóm làm việc có hiệu quả hạn chế được các sai sót	34
4.3. Liên tục cải tiến	34
V. SỰ LÃNH ĐẠO NHÓM LÀM VIỆC CÓ HIỆU QUẢ	35

VI. MỘT SỐ YẾU TỐ CẦN CHO VIỆC XÂY DỰNG NHÓM LÀM VIỆC CÓ HIỆU QUẢ	36
6.1. Đối với các thành viên trong nhóm/đội	36
6.2. Đối với nhóm/đội	37
6.3. Yêu cầu đối với người lãnh đạo	37
VII. VAI TRÒ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG NHÓM LÀM VIỆC	37
7.1. Vai trò của người lãnh đạo	38
7.2. Vai trò của người hỗ trợ	39
7.3. Vai trò của giám sát viên	39
CÂU HỎI THẢO LUẬN	Error! Bookmark not defined.
PHẦN II	42
CÁC BƯỚC THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN (Theo cách tiếp cận TQM)	42
BÀI 3. BƯỚC 1.	42
LÝ DO TĂNG CƯỜNG CHẤT LƯỢNG/NÊU VẤN ĐỀ (REASON FOR IMPROVEMENT/ PROBLEM STATEMENT)	42
MỤC TIÊU	42
NỘI DUNG	42
I. CÁC HOẠT ĐỘNG CHÍNH	42
II. PHƯƠNG PHÁP XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ	44
2.1. Phương pháp động não (Xem Phụ lục 2)	44
2.2. Biểu quyết nhiều lần (Multivoting)	46
III. BẢNG LỰA CHỌN CÁC VẤN ĐỀ/ CHỦ ĐỀ	46
3.1. Lựa chọn vấn đề/ chủ đề can thiệp	46
3.2. Bảng lựa chọn vấn đề/ chủ đề (Xem Bảng 3.3.)	46
BÀI 4. BƯỚC 2. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH (CURRENT SITUATION)	50
MỤC TIÊU	50
NỘI DUNG	50
I. THU THẬP SỐ LIỆU ĐỂ ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH	50
II. NÊU VẤN ĐỀ (Xem Phụ lục 2)	51
2.1. Mục đích/lợi ích	51
2.2. Tiêu chuẩn của một vấn đề	51
2.3. Các bước nêu một vấn đề	51
III. XÁC ĐỊNH MỤC TIÊU	52
3.1. Mục đích/lợi ích	52
3.2. Tiêu chuẩn của một mục tiêu	52
3.3. Lưu ý	53
BÀI 5. BƯỚC 3. PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ	54
MỤC TIÊU	54

I. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ	54
1.1. Kỹ thuật nhưng tại sao? ("But why?" technique)	55
1.2. Phương pháp phân tích tìm nguyên nhân theo “Sơ đồ khung xương cá” (Fishbone Diagram)	56
BÀI 6. BƯỚC 4. LỰA CHỌN GIẢI PHÁP VÀ PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN VÀ KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG	62
MỤC TIÊU	62
NỘI DUNG	62
I. LỢI ÍCH	62
II. CÁCH XÂY DỰNG BẢNG LỰA CHỌN GIẢI PHÁP VÀ PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN	62
III. KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG	70
BÀI 7. BƯỚC 5. KẾT QUẢ, CHUẨN HÓA VÀ KẾ HOẠCH TƯƠNG LAI	71
MỤC TIÊU	71
NỘI DUNG	72
I. KẾT QUẢ	72
II. CHUẨN HOÁ (THẺ CHẾ HOÁ)	76
III. KẾ HOẠCH TƯƠNG LAI	78
PHỤ LỤC 1	80
BÀI 8: ÁP DỤNG TQM ĐỂ TĂNG CƯỜNG 83 TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN	92
MỤC TIÊU	Error! Bookmark not defined.
NỘI DUNG	Error! Bookmark not defined.
A. GIỚI THIỆU 83 TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN	Error! Bookmark not defined.
I. Mục tiêu của bộ tiêu chí	Error! Bookmark not defined.
II. Giải thích từ ngữ	Error! Bookmark not defined.
III. Cấu trúc bộ tiêu chí	Error! Bookmark not defined.
IV. Số lượng tiêu chí áp dụng	Error! Bookmark not defined.
VI. Phương pháp đánh giá tiêu chí	Error! Bookmark not defined.
B. LẬP KẾ HOẠCH TĂNG CƯỜNG 83 TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN	Error! Bookmark not defined.
I. Đánh giá tình hình hiện tại	Error! Bookmark not defined.
II. Xác định ưu tiên	Error! Bookmark not defined.
III. Xây dựng đề án cải tiến chất lượng	Error! Bookmark not defined.
PHỤ LỤC 2.	70
PHỤ LỤC 3	110
TÀI LIỆU THAM KHẢO	111

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
BHYT	Bảo hiểm y tế
BPRS	Hệ thống thang điểm cơ bản xác định ưu tiên(Basic Priority Rating System)
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ
CPCL	Chi phí chất lượng
CQI	Tăng cường chất lượng liên tục
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CTQG	Chương trình quốc gia
DOT	Quy trình hóa trị liệu
ĐTPV	Đối tượng phục vụ
EU	Liên minh châu Âu
GDP	Tổng sản phẩm quốc dân
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
HRT	Xét nghiệm HIV nhanh
KCB	Khám chữa bệnh
KHKT	Khoa học kỹ thuật
LKH	Lập kế hoạch
LCPPH	Lựa chọn phương pháp thực hiện
NCĐG	Nghiên cứu đánh giá
NCKH	Nghiên cứu khoa học
NLV	Nhóm làm việc
NPV	Người phục vụ
NVYT	Nhân viên y tế
NCL	Nhóm chất lượng
PBS	Quy trình giải quyết vấn đề (Problem Based Solving)
PDCA	Lập kế hoạch - Thực hiện - Kiểm tra/ đánh giá - Hành động điều chỉnh

PKCNL	Các yếu tố Phù hợp - Kinh tế - Chấp nhận được - Nguồn lực - Luật pháp
QLCL	Quản lý chất lượng
QTCL	Quy trình chất lượng
QTGQVĐ	Quy trình giải quyết vấn đề
SMART	Đặc thù - Đo lường được - Thích hợp - Thiết thực - Giới hạn về thời gian
TQM	Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management)
TTBYT	Trang thiết bị y tế

PHẦN I: TỔNG QUAN VỀ CHẤT LƯỢNG VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

BÀI 1. CHẤT LƯỢNG VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

LỜI GIỚI THIỆU

Để cải tiến chất lượng, chúng ta phải nhìn nhận và xác định lại khái niệm chất lượng trong quản lý nói chung và trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nói riêng. Cải thiện kết quả điều trị của người bệnh đã và đang là mục tiêu chính của các nhà quản lý chất lượng từ xuất bản của Codman năm 1914¹. Trong đó cần lưu ý đến định nghĩa *chất lượng chăm sóc (quality of care)* là mức độ các dịch vụ y tế tiệm cận đạt được những kết quả y tế mong muốn theo đúng như các kiến thức chuyên môn hiện tại của Viện Y học (Institute of Medicine - IO). Khái niệm chất lượng còn được miêu tả cải tiến chất lượng (QLCL) là “làm đúng việc và đúng thời điểm cho đúng người để đạt được những kết quả tốt nhất có thể” bởi Tổ chức Nghiên cứu về chất lượng sức khỏe (AHRQ). Các thầy thuốc, những người kế toán và các người bệnh đã lựa chọn QLCL là một chiến lược và nằm trong mối quan tâm của hệ thống chăm sóc y tế hiện hành với trọng tâm nhấn mạnh ngày càng lớn về các sai sót y tế, chi phí - hiệu quả, minh bạch báo cáo. Trong tài liệu xuất bản năm 1979, Crosby gợi ý rằng chất lượng kém không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến người bệnh mà còn phí phạm các nguồn lực đáng ra có thể sử dụng để điều trị cho các người bệnh khác. QLCL tại các cơ sở y tế là vấn đề thiết yếu đối với khả năng của một tổ chức chăm sóc sức khỏe nhằm cải thiện chăm sóc y tế; tối giản hóa và làm liên hoàn các thủ tục; giảm chi phí; tăng cường sự hài lòng của người bệnh (đối tượng phục vụ bên ngoài - External Client) và nhân viên y tế (đối tượng bên trong - Internal Client); cải thiện tinh thần làm việc và tăng năng suất. Nhà quản lý bệnh viện cần nhận thức được trong cơ chế thị trường định hướng Xã hội chủ nghĩa thì: Chất lượng quyết định sự tồn tại và phát triển của bệnh viện.

Trong bài này chúng ta sẽ đi sâu về khái niệm chất lượng và quản lý chất lượng.

MỤC TIÊU

Sau khi kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm, nguyên tắc, các phương pháp/ mô hình tiếp cận quản lý chất lượng và nội dung quản lý chất lượng.
2. Trình bày được các phương pháp/ mô hình tiếp cận quản lý chất lượng và nội dung quản lý chất lượng.

¹ Ernest Codman (1914) *Health Care Quality Management: Tools and Applications*
<https://books.google.com.vn/books?isbn=1118603893>.

NỘI DUNG

I. CHẤT LƯỢNG VÀ SỰ THAY ĐỔI QUAN NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG

1.1 Một số khái niệm chất lượng và khái niệm liên quan đến chất lượng

Chất lượng là một khái niệm đã xuất hiện khá lâu, ngày xưa con người còn phải lo có cái ăn cái mặc thì mơ ước đơn giản về chất lượng cuộc sống chỉ là “ăn no, mặc ấm”, hoặc “ăn chắc, mặc bền”. Ngày nay, nhờ nhiều bước tiến lớn của khoa học và công nghệ, kinh tế đã phát triển nên con người chuyển từ mơ ước trên cao hơn “ăn ngon, mặc đẹp”, “ăn ngon mặc mát (mode)”. Nói chung là nhu cầu con người ngày càng cao và càng khắt khe hơn về chất lượng là số lượng. Chất lượng là một khái niệm vừa trừu tượng vừa cụ thể. Người quản lý bệnh viện/doanh nghiệp, chuyên gia, người công nhân, người buôn bán đều hiểu chất lượng dưới góc độ của họ, do đó rất khó định nghĩa đúng và đầy đủ về chất lượng. Thậm chí nếu càng cố gắng định nghĩa nó, thì ta lại nhận được một định nghĩa không chính xác nên chỉ dùng khái niệm để mô tả chất lượng. Sau đây là một số khái niệm:

- Theo tổ chức ISO 8402: Chất lượng là tập hợp các đặc tính của một thực thể (đối tượng) tạo cho thực thể (đối tượng) đó có khả năng thỏa mãn nhu cầu đã nêu ra hoặc nhu cầu tiềm ẩn².
- Theo Từ điển tiếng Việt phổ thông: *Chất lượng là tổng thể những tính chất, thuộc tính cơ bản của sự vật (sự việc) làm cho sự vật (sự việc) này phân biệt với sự vật (sự việc) khác.*
- Theo chuyên gia K Ishikawa: *Chất lượng là khả năng thỏa mãn nhu cầu của thị trường với chi phí thấp nhất.*
- Theo nhà sản xuất: *Chất lượng là sản phẩm/dịch vụ phải đáp ứng những tiêu chuẩn kỹ thuật đề ra.*
- Theo người bán hàng: *Chất lượng là hàng bán hết, có khách hàng thường xuyên.*
- Theo người tiêu dùng: *Chất lượng là sự phù hợp với mong muốn của họ.*
- Chất lượng là “*Làm việc đúng, đúng cách*”³

Đây là một trong những định nghĩa được xem là đơn giản nhất. Có hai yếu tố để tạo nên định nghĩa này đó là:

“Làm việc đúng” nghĩa là biết xác định đúng công việc cần làm.

“Làm đúng cách” tức là thực hiện công việc đúng phương pháp, đúng quy trình, phù hợp.

Để làm việc đúng, phải xác định nhu cầu của đối tượng phục vụ, rồi biến những nhu cầu đó thành nhu cầu cụ thể đối với sản phẩm hay dịch vụ của tổ chức mình, sau đó

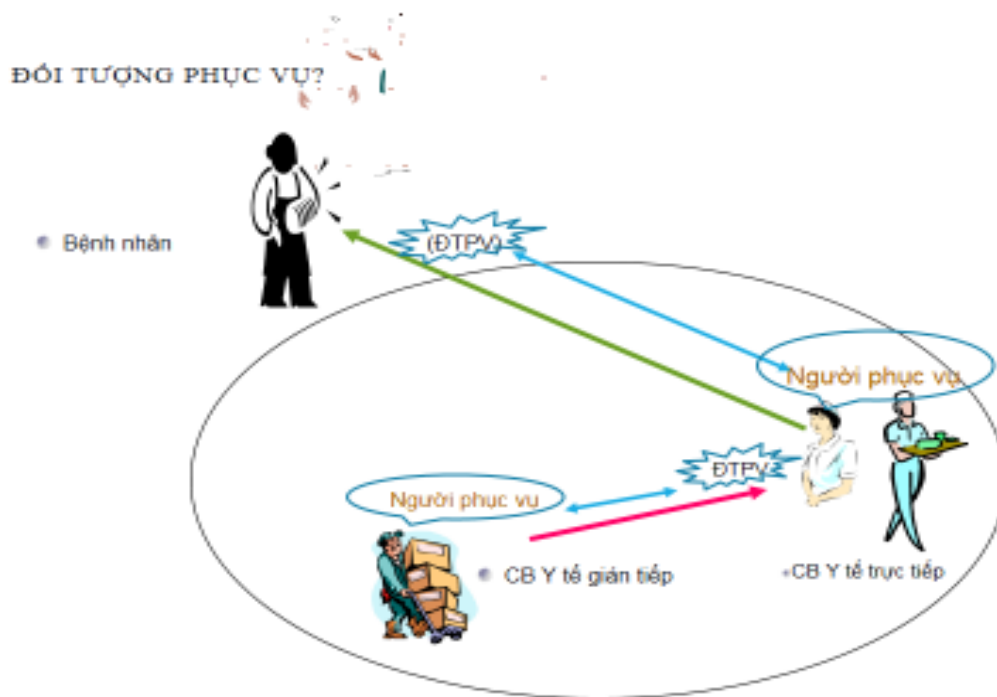
² <http://www.isovietnam.vn/iso-9000/309-dinh-nghia-chat-luong.html>

³ <https://therulesofwealth.wordpress.com/2008/08/18/do-things-right-or-do-the-right-things/>

tổ chức thực hiện đúng quy trình làm việc theo phương pháp nào đó để đáp ứng tốt nhất nhu cầu của đối tượng phục vụ.

Để tiếp cận được với quan niệm mới về chất lượng, chúng ta cần phải nhìn nhận rộng hơn về vai trò của chất lượng để việc đạt được mục tiêu của tổ chức và cá nhân. Đồng thời, chúng ta còn phải hiểu rằng chất lượng nằm trong công việc của mỗi thành viên, và mỗi thành viên trong tổ chức đều có trách nhiệm về chất lượng của tổ chức mình. Muốn nâng cao chất lượng làm việc trong một tổ chức ta phải tiến hành một **Quy trình tăng cường chất lượng liên tục** (Continuous Quality Improvement - CQI) của tổ chức đó và phải có phần thưởng xứng đáng cho các thành viên có đóng góp trong xây dựng quy trình làm việc, có những cải tiến, phát minh giúp cho quy trình cải tiến chất lượng không ngừng được nâng cao. Có như vậy mới khuyến khích động viên mọi thành viên nhiệt tình tham gia các công việc nhằm phát triển và nâng cao uy tín của tổ chức.

Có rất nhiều khái niệm về chất lượng, tuy nhiên, qua thực tế thì khái niệm sau đây dễ được hiểu và đầy đủ hàm ý hơn: **Chất lượng là sự thoả mãn nhu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ**. Để làm rõ khái niệm này, chúng ta làm rõ thêm hai nội hàm sau:



25

Hình 1.1. Mô phỏng các đối tượng phục vụ

Nguồn: Phan Văn Tường (2016), Quản lý chất lượng toàn diện, NXBYH, T 86
Đối tượng phục vụ

Khi trả lời câu hỏi về đối tượng phục vụ của ngành y tế là ai? Kết quả chúng tôi thường thu được ở đa số cán bộ y tế câu trả lời là *người bệnh (External client)*. Tuy nhiên, chúng ta cần làm rõ thêm, ngoài người bệnh còn có những người dân có nhu cầu tư vấn, nhu cầu phòng bệnh và giáo dục tăng cường sức khỏe. Ngoài ra, người nhà người bệnh tỉnh táo bình thường cũng cần xem xét đến trong trường hợp người bệnh là trẻ em, người bệnh ở trong tình trạng hôn mê, tâm thần... thì người nhà của người bệnh đóng vai trò quyết định. Như vậy, đối tượng bên ngoài gồm người bệnh, người nhà người bệnh, người dân có nhu cầu tư vấn.

Một đối tượng hay bị bỏ quên mà họ đóng vai trò không kém phần quan trọng, họ là người có quyết định rất lớn đến chất lượng dịch vụ; đó là *đối tượng bên trong (Internal client)* đó chính là *các cán bộ y tế, các đồng nghiệp của chúng ta trong tổ chức, trong bệnh viện, trong hệ thống y tế. Chính họ là người cung cấp dịch vụ. Khi đối tượng này làm việc trong điều kiện thiếu cơ sở vật chất, kinh phí... môi trường làm việc không đảm bảo thì họ khó có thể làm việc một cách chất lượng.*

Do đó có hai loại đối tượng phục vụ là *đối tượng phục vụ bên trong (Internal client)* là cán bộ y tế và *đối tượng phục vụ bên ngoài (External client)* là *người bệnh, người nhà người bệnh, người dân có nhu cầu tư vấn.* (Hình 3.1). Trong hình 3.1 cho thấy: Người nhân viên mua thuốc và trang thiết bị y tế (NPV); cho đối tượng (ĐTPV) bên trong đó là y tá, bác sĩ; đến lượt y tá, bác sĩ trở thành người phục vụ (NPV) cho đối tượng người bệnh, đối tượng phục vụ ngoài bệnh viện còn gọi là đối tượng phục vụ bên ngoài (ĐTPV).

Nhu cầu hợp lý

Nhu cầu tức là những đòi hỏi hay mong muốn mà đối tượng phục vụ đưa ra cho những người cung cấp dịch vụ thực hiện.

Nhu cầu hợp lý tức là nhu cầu của đối tượng phục vụ về chất lượng công việc/dịch vụ đưa ra trên cơ sở khả năng có thể đáp ứng của người cung cấp dịch vụ. Chất lượng không phải là những nhu cầu phi lý của một thiểu số đối tượng đặt ra yêu cầu người cung cấp dịch vụ phải đáp ứng mà chất lượng phải có tính chất hợp lý có nghĩa là người cung cấp dịch vụ có khả năng đáp ứng được và đòi hỏi của người bệnh phải mang tính chất đại diện cho đám đông quần chúng người bệnh và dân chúng.

Chất lượng sản phẩm/dịch vụ phải thể hiện các khía cạnh sau:

- a) Thể hiện tính năng kỹ thuật hay tính hữu dụng của nó;
- b) Thể hiện song hành với chi phí;
- c) Gắn liền với điều kiện tiêu dùng cụ thể.

Khái niệm chất lượng chăm sóc sức khỏe

Donabedian cũng đưa ra một định nghĩa cụ thể hơn về chất lượng chăm sóc, nói rằng đó là *“dịch vụ chăm sóc được mong đợi để tối đa hóa một biện pháp toàn*

diện về phúc lợi bệnh nhân, sau khi đã cân nhắc thận trọng giữa các mong đợi được và mất trong cả quá trình chăm sóc” (Donabedian, 1980).

Viện Y học, IOM (1990) Trong: “Medicare: Chiến lược đảm bảo chất lượng” đã đưa ra định nghĩa: “*Chất lượng chăm sóc là mức độ mà các dịch vụ y tế cho cá nhân cộng đồng làm tăng khả năng đạt được sự mong muốn về sức khỏe và phù hợp với kiến thức chuyên môn hiện tại*”.

Một thập kỷ sau, Viện Y học (IOM) ở Hoa Kỳ đã định nghĩa chất lượng chăm sóc là “mức độ mà các dịch vụ y tế dành cho cá nhân và cộng đồng làm tăng khả năng đạt được kết quả về mong muốn sức khỏe và phù hợp với kiến thức chuyên môn hiện tại”

Hội đồng Châu Âu (1997) Trong: “Việc phát triển và triển khai hệ thống cải tiến chất lượng (QIS) trong chăm sóc sức khỏe. Khuyến nghị số R (97) 17 ”Chất lượng chăm sóc là mức độ mà phương pháp điều trị được phân phối làm tăng cơ hội đạt được kết quả mong muốn của bệnh nhân và làm giảm nguy cơ mắc các kết quả không mong muốn, liên quan đến tình trạng hiểu biết hiện tại.

Khái niệm chất lượng: Chất lượng khám, chữa bệnh là việc các cá nhân và cộng đồng sử dụng các dịch vụ y tế để đạt được sức khỏe như mong muốn và phù hợp với chuyên môn, kiến thức tại thời điểm đó⁴.

ISO 9000:2015 đã đưa ra định nghĩa về Quản lý chất lượng như sau: “*Quản lý chất lượng là hoạt động có phối hợp để định hướng và kiểm soát một tổ chức về chất lượng bao gồm việc lập chính sách chất lượng và mục tiêu chất lượng, hoạch định chất lượng, kiểm soát chất lượng, đảm bảo và cải tiến chất lượng*”⁵

1.2. Sự thay đổi quan niệm về chất lượng

Trước đây, chất lượng luôn được hiểu đồng nghĩa với hàng hoá tốt (theo quan niệm của nhà sản xuất nhiều hơn), cách thức phục vụ lịch sự, sang trọng chứ chưa quan tâm đến câu hỏi: Liệu hàng hoá đó có được đối tượng phục vụ chấp nhận sử dụng hay không?

Quan niệm mới về chất lượng không chỉ quan tâm đến liệu hàng hoá đó có tốt hay không mà còn xem hàng hoá đó có được đối tượng phục vụ chấp nhận và sử dụng hay không?

Ví dụ: Để nâng cao chất lượng của các dịch vụ tại một cơ sở y tế, các nhà hoạch định chính sách tại một địa phương đã quyết định đầu tư nguồn lực để có trang thiết bị hiện đại, thuốc bán ở đây toàn thuốc ngoại đắt tiền. Tuy nhiên, cơ sở y tế đó lại nằm ở một vùng dân cư nghèo, đời sống nhân dân còn khó khăn, người dân ở đây không có đủ tiền để mua dịch vụ khám và chữa bệnh tại cơ sở y tế đó

⁴ KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH, file:///C:/Users/pro/Zotero/storage/RHT6PVXF/1678-khai-ni-m-v-ch-t-lu-ng-kham-ch-a-b-nh-va-qu-n-ly-ch-t-lu-ng-kham-ch-a-b-nh.html, 24 Tháng 3 2020 03:33

⁵ Tổng cục Tiêu chuẩn Đo lường Chất lượng. TCVN ISO 9000: 2015: Hệ thống quản lý chất lượng - Cơ sở và từ vựng. - H., 2015.

vì chi phí quá cao. Do vậy, việc đầu tư nguồn lực trở nên lãng phí, chất lượng của cơ sở y tế này không được đối tượng phục vụ chấp nhận.

Qua một số ví dụ trên cho phép chúng ta đưa ra một số kết luận sau đây:

Quan niệm về chất lượng của người sử dụng dịch vụ thay đổi theo thời gian và không dừng lại; nên để đáp ứng chất lượng sản phẩm hay dịch vụ thì người cung cấp dịch vụ sẽ phải cải tiến chất lượng liên tục và không ngừng.

Bảng 1.1. So sánh quan niệm về chất lượng theo quan điểm cũ (*q* nhỏ) và mới (*Q* lớn)

Các yếu tố	Quan điểm cũ (<i>q</i> nhỏ)	Quan điểm mới (<i>Q</i> lớn)
Mối quan tâm	Lấy sản phẩm làm trọng tâm	Lấy nhu cầu của đối tượng phục vụ làm trọng tâm
Sự ưu tiên dành cho	Giá thành, kế hoạch và số lượng sản phẩm.	Tất cả các khâu đều quan trọng như nhau.
Mục tiêu	Tập trung vào mục tiêu ngắn hạn.	Cân bằng giữa mục tiêu ngắn hạn và dài hạn.
Nhấn mạnh vào	Phát hiện các sai sót sửa chữa.	Phát hiện các sai sót và <u>giải pháp đề phòng</u> các sai sót xảy ra.
Chi phí cho sản phẩm	Tăng lên	Giảm đi
Nguồn gốc của các sai sót	Do một nguyên nhân, một cá nhân nào đó gây ra (Thường quy kết cho các cá nhân gây ra)	Do các nguyên nhân thông thường, nguyên nhân hệ thống quản lý. (Do kém hiệu quả trong công tác quản lý và trong hệ thống hoạt động - tập trung vào quy trình quản lý)
Người có trách nhiệm đảm bảo chất lượng	Các chuyên gia kiểm soát chất lượng, thanh tra (OTK)	Tất cả các thành viên
Tiêu chí hoạt động của tổ chức	Chỉ ra những sai sót, trừng phạt người mắc lỗi, ít có cơ chế khuyến khích những người sáng tạo.	Cải thiện liên tục, luôn sáng kiến và cho phép thử nghiệm và chấp nhận một số thất bại.
Cấu trúc của tổ chức	Phân cấp, quan liêu và cứng nhắc	Liên kết ngang, dọc, lồng ghép và linh hoạt (Team work)
Người giải quyết vấn đề	Những người có quyền lực trong tổ chức	Tất cả các thành viên thuộc các cấp có liên quan, team work

II. CÁC NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

Hoạt động quản lý chất lượng phải tuân theo một số nguyên tắc cơ bản sau:

- *Sự lãnh đạo*

Hoạt động chất lượng sẽ không thể đạt được kết quả nếu không có sự cam kết triệt để của lãnh đạo cấp cao. Lãnh đạo tổ chức phải có tầm nhìn xa, xây dựng những giá trị rõ ràng, cụ thể và định hướng vào khách hàng. Để củng cố những mục tiêu này, cần có sự cam kết và tham gia của từng cá nhân lãnh đạo với tư cách là một thành viên của tổ chức.

Lãnh đạo phải chỉ đạo và xây dựng các chiến lược, hệ thống và các biện pháp huy động sự tham gia và tính sáng tạo của mọi nhân viên để xây dựng, nâng cao năng lực của tổ chức và đạt kết quả tốt nhất có thể được. Qua việc tham gia trực tiếp vào các hoạt động như lập kế hoạch, xem xét đánh giá hoạt động của tổ chức, ghi nhận những kết quả đạt được của nhân viên, lãnh đạo có vai trò củng cố giá trị và khuyến khích sự sáng tạo, đi đầu ở mọi cấp trong toàn bộ tổ chức.

Trên thực tế qua kinh nghiệm thực hiện các dự án TQM ở các tỉnh, nhiều trường hợp cấp phó được giao quyền/ủy quyền không đầy đủ nên thực hiện dự án TQM bị chậm trễ vì phải chờ ý kiến chỉ đạo của cấp trưởng. Trong khi hoạt động TQM với giới hạn thời gian ngắn, phải giải quyết vấn đề nhanh chóng và trưởng nhóm TQM cần có quyền hạn quyết định thì mới tiến hành hoạt động thuận lợi.

- *Sự tham gia của mọi người trong tổ chức*

Con người là nguồn lực quý nhất của một tổ chức và sự tham gia đầy đủ với những hiểu biết và kinh nghiệm của họ rất có ích cho tổ chức. Để đạt được kết quả trong việc cải tiến chất lượng thì kỹ năng, nhiệt tình, ý thức trách nhiệm của người lao động đóng một vai trò quan trọng. Lãnh đạo tổ chức phải tạo điều kiện để mọi nhân viên có điều kiện học hỏi nâng cao kiến thức, trình độ nghiệp vụ chuyên môn, quản lý.

Chất lượng bệnh viện được nhân dân đánh giá từ khi họ bước đến cổng bệnh viện cho đến khi họ thanh toán ra khỏi bệnh viện, nên tất cả các khâu đều phải chú ý từ cách giao tiếp cho đến thủ tục giải quyết công việc. Như vậy, tất cả mọi người từ bảo vệ cho đến toàn bộ nhân viên ở tất cả các bộ phận, đơn vị đều liên quan đến chất lượng, nên họ phải có trách nhiệm tham gia vào quá trình cải tiến chất lượng. Thực tế khi thành lập nhóm làm việc, các nhóm cần có thành phần là những người đại diện cho các bên liên quan và có đại diện của lãnh đạo để quyết định luôn, mục tiêu là để cắt ngắn thủ tục hành chính, bỏ bớt thời gian chờ đợi làm thủ tục báo cáo. Khi trong nhóm có cả đại diện Ban giám đốc và đại diện các khoa, phòng liên quan thì thủ trưởng/ BGĐ có thể quyết ngay các vấn đề, đây là điểm mạnh khi làm việc nhóm của TQM.

Phát huy được nhân tố con người trong tổ chức chính là phát huy được nội lực tạo ra một sức mạnh cho tổ chức trên con đường vươn tới mục tiêu chất lượng.

- ***Phương pháp quy trình***

Quản lý chất lượng phải được xem xét như một quy trình, kết quả của quản lý sẽ đạt được tốt nhất khi các hoạt động có liên quan được quản lý như một quy trình. Quy trình là một dãy các sự kiện nhờ đó biến đổi đầu vào thành đầu ra. Để quy trình đạt được hiệu quả thì giá trị của đầu ra phải tương xứng với đầu vào, có nghĩa là quy trình gia tăng chi phí hiệu quả. Deming khẳng định rằng các hành động quản lý là nguyên nhân gây ra 85% các vấn đề về chất lượng, nên đa số vấn đề xảy ra chúng ta phải xem xét kỹ ở quy trình⁶.

Quản lý hoạt động của một tổ chức thực chất là quản lý các quy trình và các mối quan hệ giữa chúng. Quản lý tốt mạng lưới quy trình này cùng với sự đảm bảo đầu vào nhận được từ bên cung cấp, sẽ đảm bảo chất lượng đầu ra để thỏa mãn nhu cầu ĐTPV.

- ***Tính hệ thống***

Tổ chức không thể giải quyết bài toán chất lượng theo từng yếu tố tác động đến chất lượng một cách riêng lẻ mà phải xem xét toàn bộ các yếu tố tác động đến chất lượng một cách hệ thống và đồng bộ, phối hợp hài hoà các yếu tố này. Phương pháp hệ thống của quản lý là cách huy động, phối hợp toàn bộ nguồn lực để phục vụ mục tiêu chung của tổ chức. Việc xác định, hiểu biết và quản lý một hệ thống các quá trình có liên quan lẫn nhau đối với mục tiêu đề ra sẽ đem lại hiệu quả cho tổ chức.

Nghiên cứu trường hợp

Những năm 1997-2010 trong dự án tăng cường chất lượng sức khỏe sinh sản giữa UNFPA với Vụ sức khỏe sinh sản (nay là Vụ Bảo vệ bà mẹ trẻ em) - Bộ Y tế, để tăng cường chất lượng chăm sóc Bà mẹ trẻ em thì phải tăng cường chất lượng chất lượng khoa sản trong bệnh viện. Tuy nhiên, để tăng cường chất lượng khoa sản trong bệnh viện không thể chỉ tăng cường chất lượng mỗi khoa sản được vì nó liên quan đến tất cả hệ thống quản lý hành chính và các khoa khác, nên nhóm chuyên gia làm dự án đã đề xuất một khoản kinh phí 25.000 USD để xây dựng chính sách quản lý chất lượng cho toàn hệ thống bệnh viện và đây là nguồn kinh phí góp phần nghiên cứu dự thảo Thông tư 19/2013/TT-BYT *Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện*. Thông tư này thể hiện tính hệ thống trong quản lý chất lượng bệnh viện.

- ***Cải tiến liên tục***

Chất lượng định hướng bởi ĐTPV, mà nhu cầu mong muốn của ĐTPV luôn luôn biến đổi theo xu hướng muốn thỏa mãn ngày càng cao, bởi vậy chất lượng cũng luôn

⁶ The History of Quality.Link: <https://www.juran.com/blog/the-history-of-quality/>

cần có sự đổi mới. Do vậy, muốn có sự đổi mới và nâng cao chất lượng thì phải thực hiện cải tiến liên tục, không ngừng.

Muốn có được khả năng cạnh tranh với mức độ chất lượng cao nhất tổ chức phải liên tục cải tiến. Sự cải tiến đó có thể là từng bước nhỏ hoặc nhảy vọt. Cải tiến đó có thể là cải tiến phương pháp quản lý, cải tiến, đổi mới các quy trình, các thiết bị, công nghệ, nguồn lực, kể cả cách sắp xếp bố trí lại cơ cấu tổ chức quản lý. Tuy nhiên, trong cải tiến cần phải tính kỹ và có sự chắc chắn, bám chắc vào mục tiêu của tổ chức. Đây cũng là điểm mấu chốt để các phòng/tổ quản lý chất lượng cần lưu ý. Đơn vị quản lý chất lượng của bệnh viện có nhiệm vụ yêu cầu các nhóm/đội TQM phải lên kế hoạch cụ thể để thực hiện và đơn vị quản lý chất lượng sẽ lên kế hoạch theo dõi giám sát hướng dẫn kỹ thuật cho nhóm TQM. Như vậy, hết năm này qua năm khác các vấn đề được giải pháp giải quyết và chuẩn hóa nhờ vậy các vấn đề được giải quyết ngày càng nhiều, và đơn vị quản lý chất lượng lại có việc làm liên tục.

- ***Quyết định dựa trên sự kiện/số liệu/bằng chứng***

Một thói quen của nhiều người quản lý hiện nay là quyết định dựa vào kinh nghiệm và cảm tính, điều này không hẳn là sai, tuy nhiên để quản lý khoa học và mang tính hệ thống thì mọi quyết định và hành động của hệ thống quản lý chất lượng muốn có hiệu quả phải được xây dựng dựa trên việc phân tích dữ liệu và thông tin một cách chính xác. Không quyết định dựa trên việc suy diễn. Việc đánh giá phải bắt nguồn từ chiến lược của tổ chức, các quy trình quan trọng, các yếu tố đầu vào, đầu ra của các quy trình đó.

- ***Phát triển quan hệ hợp tác với khẩu hiệu WIN-WIN, tức là các bên đều có lợi***

Các tổ chức cần tạo dựng mối quan hệ hợp tác nội bộ với bên ngoài tổ chức để đạt được mục tiêu chung. Các mối quan hệ nội bộ, tạo sự đoàn kết nội bộ, thúc đẩy sự hợp tác giữa lãnh đạo và người lao động, tạo lập các mối quan hệ mạng lưới giữa các bộ phận trong tổ chức để tăng cường sự linh hoạt và khả năng đáp ứng nhanh.

Các mối quan hệ bên ngoài là những mối quan hệ với ĐTPV, người cung cấp, các đối thủ cạnh tranh, các tổ chức đào tạo, các cơ quan quản lý, chính quyền địa phương... Những mối quan hệ liên quan ngày càng quan trọng, nó là những mối quan hệ chiến lược có thể giúp tổ chức thâm nhập vào các khu vực ảnh hưởng, mở rộng phạm vi phục vụ hoặc phát hiện và đưa ra các sản phẩm và dịch vụ mới.

Các bên quan hệ cần chú ý đến những yêu cầu quan trọng, đảm bảo sự thành công của quan hệ hợp tác, cách thức giao lưu thường xuyên, tuy nhiên cũng phải giữ những nguyên tắc trong quan hệ với từng nhóm đối tượng.

III. CÁC YẾU TỐ CỦA MỘT TỔ CHỨC CHẤT LƯỢNG

Một tổ chức chất lượng được xem như một ngôi nhà. Nền tảng của ngôi nhà đó là những giá trị của tổ chức. Giá trị của tổ chức là sự cam kết và cố gắng của các thành viên làm việc và phục vụ cho mục tiêu của tổ chức. Nó còn là những gì mà tổ chức đã có sẵn, để các thành viên trong tổ chức có thể đặt niềm tin vào giá trị đó.

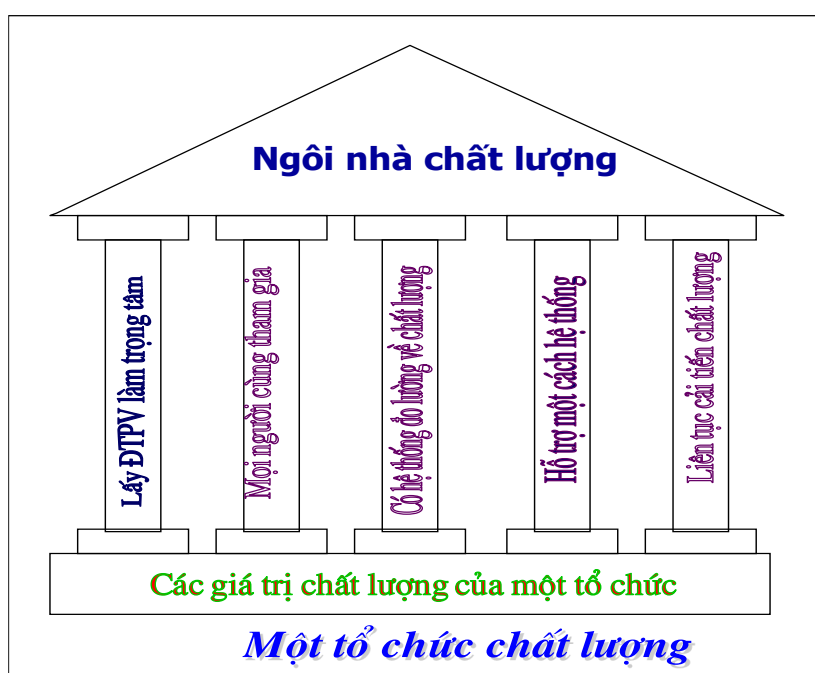
Để xây dựng một tổ chức có chất lượng phải dựa vào 5 yếu tố được coi như là 5 cột trụ để xây dựng nên chất lượng tổ chức đó, 5 cột trụ này phải được xây dựng trên nền tảng những giá trị của tổ chức. Mái nhà chính là thành quả chất lượng mà tổ chức đó đạt được.

Khái niệm 5 cột trụ của chất lượng

1. Lấy ĐTPV làm trọng tâm (đáp ứng nhu cầu của đối tượng phục vụ)

Hầu hết các tổ chức đều có cả 2 loại đối tượng phục vụ: đối tượng phục vụ bên trong và đối tượng phục vụ bên ngoài. Khi chúng ta cung cấp một sản phẩm, dịch vụ hoặc là tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh đó chính là đối tượng mà chúng ta cần phải làm hài lòng nhu cầu của họ.

Vai trò của chúng ta luôn có thể thay đổi trong tổ chức, đôi khi ta là người phục vụ, và nhiều khi lại là đối tượng phục vụ (Hình 2.1). Mục đích cuối cùng của bệnh viện là phải đáp ứng được nhu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ bên ngoài, để làm được việc đó trước hết mỗi thành viên trong tổ chức phải cố gắng làm thế nào để đáp ứng được nhu cầu của đối tượng phục vụ bên trong tổ chức, tức là đáp ứng nhu cầu của đồng nghiệp trong bệnh viện thật tốt.



Hình 1.2. Các cột trụ chất lượng của một tổ chức (Nguồn CDC-Atlanta)

2. Tất cả thành viên đều tham gia vào quá trình nâng cao chất lượng (có trách nhiệm đảm bảo chất lượng công việc)

Đảm bảo chất lượng không chỉ là trách nhiệm của người quản lý hay là người thanh tra, kiểm tra chất lượng, mà trách nhiệm đó thuộc tất cả các thành viên trong tổ chức. Việc tăng cường chất lượng của tổ chức phụ thuộc vào tất cả các nhân viên. Mỗi nhân viên là một mắt xích trong quy trình nâng cao chất lượng, nếu một mắt xích bị đứt thì cả hệ thống đảm bảo chất lượng sẽ bị ảnh hưởng.

3. Có hệ thống đo lường chất lượng công việc (theo dõi chất lượng)

Không thể làm việc gì chất lượng khi bạn không đo lường kết quả công việc đó. Chính vì vậy, để đạt được chất lượng chúng ta phải đưa ra các phương pháp đo lường và xây dựng các công cụ để đo lường sự tiến bộ. Xác định xem nội dung gì cần đo lường là rất quan trọng, nội dung này phải có ảnh hưởng lớn đến việc đáp ứng nhu cầu của đối tượng phục vụ.

Khi không có hệ thống đo lường được khi đánh giá, thì phải đánh giá một cách chung chung; nhiều khi chỉ dựa vào cảm tính, làm cho đánh giá không khách quan dẫn đến đánh giá sai có khi gây hậu quả nghiêm trọng.

4. Hỗ trợ một cách hệ thống việc cải tiến chất lượng

Những ý tưởng dù tốt sẽ rất khó trở thành sự thật nếu thiếu sự hỗ trợ của các bộ phận liên quan. Chất lượng được coi là yếu tố có ý nghĩa quan trọng tới lợi ích của tổ chức, do đó, nó phải là một yếu tố cấu thành trong kế hoạch chiến lược và được sự ủng hộ của mọi người. Điều này phải được thể hiện ở cách tổ chức, sắp xếp công việc, xây dựng chính sách và kế hoạch bố trí con người, thời gian, ngân sách... hợp lý cho việc nâng cao chất lượng. Ví dụ: các khoa chuyên môn muốn nâng cao chất lượng không thể thiếu được sự ủng hộ của Ban giám đốc, các phòng liên quan như tài chính, nhân sự, kế hoạch...

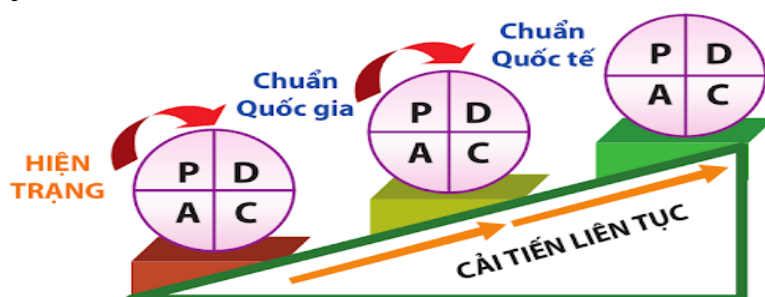
5. Liên tục cải tiến chất lượng

Cần luôn luôn tìm kiếm biện pháp tốt hơn để nâng cao chất lượng, ngay cả khi đối tượng phục vụ đã thấy hài lòng với những gì bạn làm cho họ. Trong một thế giới luôn thay đổi, nhu cầu của đối tượng phục vụ cũng sẽ luôn thay đổi. Do đó, bạn phải luôn sẵn sàng để đáp ứng sự thay đổi các nhu cầu đó. Phải đặt ra khẩu hiệu làm thế nào để tháng sau/năm sau chất lượng phải tốt hơn tháng/năm trước.

VI. CÁC MÔ HÌNH/CÁCH TIẾP CẬN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

4.1. Phương pháp tiếp cận PDCA (Plan- Do- Check- Act): Lập kế hoạch - Thực hiện - Kiểm tra/Đánh giá - Hoạt động điều chỉnh

Phương pháp quản lý PDCA xuất phát từ ý tưởng của Shewhart vào năm 1950 trong một hình thái khác. Thời điểm đầu, Chu trình chỉ bao gồm 3 phần là : xác định đặc điểm kỹ thuật - sản xuất - kiểm tra - hành động điều chỉnh. Chu trình PDCA được tán thành bởi Deming tìm ra điểm quan trọng trong quá trình phát triển liên tục. Nó giúp cải thiện hiệu suất quá trình một cách ổn định và có tổ chức. Sơ đồ dưới đây là một sơ đồ rất phổ biến giữa các chuyên gia về chất lượng và các cách quản lý.



Hình 1.3. PDCA (Chu trình PDCA (Lập kế hoạch – Thực hiện – Kiểm tra /Đánh giá – Hoạt động điều chỉnh)

Lập kế hoạch:

1. Thiết lập các mục tiêu và mục đích để cải thiện hoặc phát triển mà chúng ta hướng tới.
2. Mô tả chi tiết nhiệm vụ với những thông số /chỉ số đo lường rõ ràng.
3. Thành lập một nhóm thực hiện và đặt lịch và thời hạn công việc
4. Ghi lại các dữ liệu được sử dụng, các nguồn lực cần thiết, chi phí dự kiến, rủi ro và các bước giảm thiểu rủi ro, nhân lực cần thiết, hỗ trợ cần thiết từ quản lý.
5. Lập một kế hoạch thực hiện rồi phân tích từng công việc, người thực hiện, kết quả mong đợi, cách vận hành hoặc hướng dẫn, v.v.

Thực hiện:

1. Bám sát kế hoạch thực hiện, thực hiện tất cả các nhiệm vụ.
2. Cập nhật tiến độ với các bên liên quan
3. Tuân theo lịch trình và thông báo bất kỳ lo ngại cũng như những lưu ý trong quá trình thực hiện.

Kiểm tra/Đánh giá:

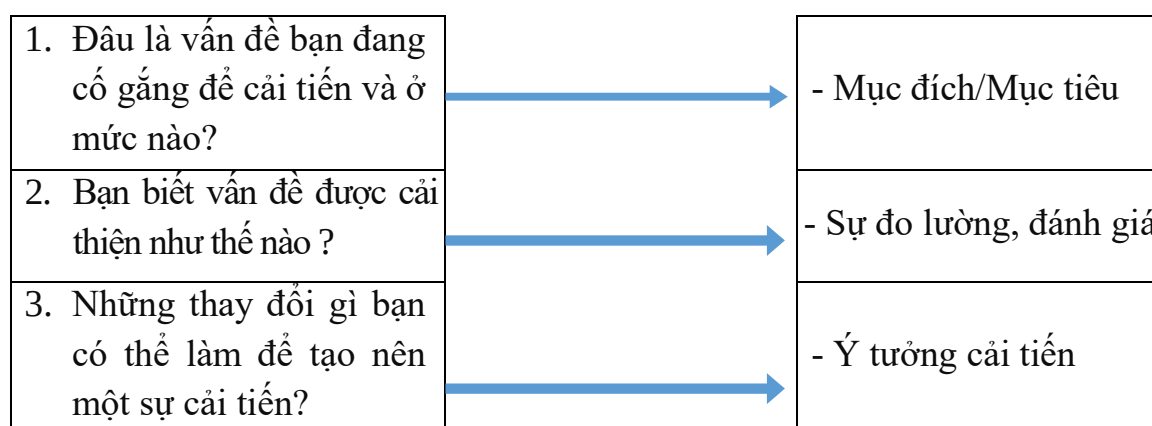
1. Sau một thời gian thực hiện, cần xác nhận xem kết quả có như dự định và kế hoạch đặt ra không.
2. Ghi chú tất cả các thay đổi, sai sót, cách làm tốt nhất, điểm khó khăn và thách thức phải đối mặt
3. Xác định nguyên nhân gốc rễ cho các vấn đề

Hoạt động điều chỉnh:

1. Sửa lỗi và tuân thủ các thông số/chỉ số
2. Xác định các hành động phòng tránh cho tất cả các nguyên nhân làm cho vấn đề xuất hiện hoặc tái xuất hiện.
3. Thực hiện các hành động phòng tránh và kiểm tra xem kết quả có như mong đợi hay không.
4. Lặp lại các bước Thực hiện KH - Kiểm tra/ Đánh giá - Hành động điều chỉnh cho đến khi tất cả các mục tiêu được đáp ứng với sự hài lòng của các bên liên quan.

Bởi tất cả những điều trên, phương pháp quản lý PDCA sẽ giúp cải thiện hiệu suất của từng giai đoạn một cách ổn định và cân bằng.

Mô hình 3 câu hỏi của Nolan thường được mọi người sử dụng lúc bắt đầu một dự án để xác định mục tiêu của kế hoạch/dự án, (1) Xây dựng những tiêu chuẩn đo lường và để lựa chọn những thay đổi và mục tiêu của dự án nên là thời điểm cụ thể và có thể đo lường được; (2) Những tiêu chuẩn đo lường được chọn có thể định tính và xác định nếu như một thay đổi cụ thể nào thực sự dẫn tới sự cải thiện. (3) Những thay đổi mà hầu như có thể dẫn cải tiến kết quả CSSK được chọn và được kiểm tra thông qua những vòng tròn PDCA.



Hình 1.4. Mô hình 3 câu hỏi của Nolan, Langley GJ, Nolan KM, et al. *The Improvement Guide* (Figure 1-13). Hackensack, NJ: Jossey-Bass; 1996.

Reprinted with permission from Wiley/Jossey-Bass.

4.2. Phương pháp tiếp cận 6 Sigma

Sigma là chữ cái thứ 18 trong bảng chữ cái của Hy Lạp và là biểu tượng của độ lệch tiêu chuẩn. Hiện nay, chữ cái này được sử dụng trong các dịch vụ và các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Mục tiêu của 6 sigma là đạt được một mức độ chất lượng thuộc về 6 độ lệch chuẩn của biểu diễn trung bình, dẫn tới kết quả tỷ lệ sai sót là 0.0003% hoặc là 3,4 thiếu sót mỗi một triệu cơ hội; mức độ này quy trình được xem như là không sai sót (99.9996%)⁷.

⁷ Juran JM. *Juran on Leadership for Quality*. New York: Free Press; 1989.

6 Sigma sử dụng dữ liệu để xác định những vấn đề về chất lượng, hoặc là những vấn đề liên quan chất lượng tiềm tàng xảy ra hoặc những lĩnh vực để cải tiến chất lượng. Phương pháp tiếp cận 6 Sigma tập trung vào những tiêu chí đo lường, đánh giá hướng đến khách hàng và chất lượng có thể chấp nhận được và phụ thuộc vào cải tiến quy trình hướng đến dữ liệu. 6 Sigma đạt được thông qua một loạt những bước (gần giống như vòng tròn PDCA) được xác định như: Định nghĩa - Đo lường - Phân tích - Cải tiến và Kiểm soát (Definition-Measure-Analyze-Improvement-Control còn được viết tắt là DMAIC). 6 Sigma thông thường được thực hiện bởi những người thực hành, được biết như là những nhà đai đen 6 Sigma (ix-Sigma Black Belts), họ được đào tạo để sử dụng những công cụ phân tích đúng để xác định những vấn đề chất lượng. Một nhà đai đen được chứng nhận hiểu và có thể thực hiện hiệu quả về định nghĩa, đo lường, phân tích, cải tiến và kiểm soát (DMAIC), chứng minh được khả năng lãnh đạo nhóm, hiệu tính năng động của nhóm, và có thể phân công vai trò và trách nhiệm cho các thành viên trong nhóm một cách hợp lý.

Bước đầu tiên trong mô hình DMAIC đòi hỏi phải định nghĩa vấn đề, những thông số dự án, và thiết lập những đối tượng để cải tiến. Ở bước thứ hai, đo lường, việc đo lường mỗi bước của tiến trình còn được thực hiện và thu thập dữ liệu. Ở bước thứ ba, bước phân tích dữ liệu thu thập được thực hiện để kiểm tra giả thuyết về những nhân tố chìa khóa của quy trình. Trong bước thứ tư, quy trình được cải tiến bởi thực hiện kiểm tra thử nghiệm (pilot). Trong bước cuối cùng của vòng tròn, quy trình được kiểm soát bởi thực hiện những cải tiến quy trình và tiếp tục kiểm soát và duy trì quy trình.

Để những nỗ lực cho 6 Sigma được thành công, nhà quản lý cao cấp phải ủng hộ việc thực hiện 6 Sigma. Những cố gắng này kết nối những mối liên kết hoạt động, sử dụng những người tài năng nhất trong tổ chức, và có thể điều động họ sang những lĩnh vực mới. Khái niệm 6 Sigma được thông dụng ngày càng phổ biến trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe trong vài năm tới.

Đặc biệt hữu ích đối với những quy trình được lặp lại số lượng lớn (ví dụ: kiểm tra quy mô phòng thí nghiệm, những quy trình hình ảnh học).

Nghiên cứu một trường hợp

Sử dụng 6-Sigma để giảm thiểu biến động trong quy trình và chi phí trong chẩn đoán hình ảnh. Công ty Commonwealth Health Corporation (CHC) Bowling Green, Kentucky, là một mạng lưới vận chuyển tích hợp phi lợi nhuận bao gồm 3 trung tâm y khoa và một cơ sở chăm sóc y tế mở rộng với hơn 200 nhân viên. Phương pháp 6-Sigma được thực hiện trong Khoa Chẩn đoán hình ảnh đầu năm 1998. Những thành viên trong khoa được đào tạo để tiếp cận 6-Sigma và những thành viên tham gia này đã nhận được đai xanh (Green Belt).

Khi hoàn thành dự án được tiếp tục từ đai xanh lên đai đen (Black Belt). Kết quả là, dự án Chẩn đoán hình ảnh này giảm thời gian chờ đợi của người bệnh, tạo ra thời gian xoay vòng cho báo cáo hình ảnh học nhanh hơn, và tăng năng suất. Đội ngũ quản lý để tăng khối lượng công việc lên 25% trong khi sử dụng ít nguồn lực hơn và giảm chi phí cho mỗi quy trình chẩn đoán hình ảnh là 25%. Tổng quát, chi phí chẩn đoán hình ảnh/cả quy trình giảm từ \$68.13 xuống \$49.55 trên 100,000 quy trình một năm, kết quả là tiết kiệm tương đối \$1.65 triệu. Thêm vào đó, sai sót trong chụp cộng hưởng từ (MRIs) giảm 90% dẫn tới kết quả tiết kiệm \$800,000 trong chu kỳ 18 tháng.

Nguồn: Prathibha Varkey, Medical Quality Management: Theory And Practice by American College of Medical Quality, 2005, 2nd Edition.

4.3. Cách tiếp cận theo phương pháp Lean Management

Phương pháp Lean- Management được sử dụng để tăng tốc độ và giảm chi phí của bất kỳ quy trình nào bởi việc loại bỏ những hoạt động tiêu tốn nhiều nguồn lực và chưa tạo ra giá trị/sản phẩm. Có lẽ tổ chức Lean tiêu chuẩn và đáng chú ý nhất là nhà sản xuất Toyota của Nhật Bản. Nhiều hệ thống chăm sóc sức khỏe đã sử dụng quy trình của Toyota (còn được gọi là Hệ thống sản xuất Toyota hoặc Toyota Production System - TP) để cải tiến chất lượng chăm sóc sức khỏe trong tổ chức của họ⁸.

Tư duy theo Lean cải tiến kết quả quy trình bằng việc loại bỏ những quy trình thừa không tạo thêm giá trị bao gồm sự lãng phí trong quá trình sản xuất vượt cầu hoặc sản xuất không đáp ứng đủ nhu cầu (ví dụ, vận hành trơn tru những thay đổi từng ngày trong những quy trình chẩn đoán hình ảnh), lãng phí hàng tồn kho (ví dụ, lưu trữ quá nhiều bơm tiêm, găng tay), lãng phí trong làm lại - hỏng (ví dụ, làm xét nghiệm), lãng phí di chuyển (ví dụ, ghi chép lặp lại nhiều lần trong hồ sơ bệnh án về dữ liệu lâm sàng), lãng phí trong chờ đợi (ví dụ, người bệnh chờ đợi đến lượt khám), lãng phí trong quy trình (ví dụ, giảm số bước trong quy trình tiếp nhận khoa cấp cứu), lãng phí trong vận chuyển (ví dụ, vận chuyển người bệnh không cần thiết giữa những đơn vị chăm sóc người bệnh). Thêm vào đó, những quy trình Lean sắp xếp những bước tạo ra giá trị trong một trật tự thích hợp nhất để cung cấp những dịch vụ và những sản phẩm chỉ khi khách hàng cần và trong cách thức khách hàng yêu cầu. Một trong những công cụ được sử dụng phổ biến nhất là Bản đồ chuỗi giá trị (Value Stream Mapping) theo đó quy trình được mô tả trong một đồ thị để xác định những bước hoặc những nỗ lực giảm các lãng phí không tạo ra giá trị cho khách hàng. Kết quả thực nghiệm giảng dạy Lean, theo

⁸ Prathibha Varkey, Medical Quality Management: Theory And Practice by American College of Medical Quality, 2005, 2nd Edition.

Phan Văn Tường và cộng sự, cho thấy ở Việt Nam Lean là phương pháp dễ tiếp cận gần giống như TQM.

4.4. Cách tiếp cận theo “Tiêu chuẩn cấp phép Bệnh viện quốc tế của Ủy ban giám định quốc tế (JCI)”

Sự cấp phép là gì?

Cấp phép là một quá trình trong đó một đơn vị không phải là một tổ chức y tế, thường là tổ chức phi chính phủ, thực hiện đánh giá một tổ chức y tế (tự nguyện) để xác định xem tổ chức y tế đó có đáp ứng các yêu cầu/tiêu chuẩn (tối ưu và có thể đạt được) đã được thiết lập để nâng cao sự an toàn và chất lượng chăm sóc người bệnh hay không.

Trao chứng nhận cấp phép

Các tổ chức được cấp phép sẽ nhận được một báo cáo cấp phép cuối cùng và giấy chứng nhận. Báo cáo thể hiện mức độ phù hợp với các tiêu chuẩn của JCI mà tổ chức đạt được.

Thời hạn của chứng nhận cấp phép

Một chứng nhận cấp phép có giá trị trong 3 năm trừ phi bị JCI hủy bỏ. Chứng nhận có hiệu lực hồi tố vào ngày đầu tiên kể từ ngày JCI hoàn thành việc khảo sát hoặc sau khi hoàn thành xong các đợt khảo sát tập trung theo quy định.

Độ chính xác và tính xác thực của thông tin

Nếu tổ chức giả mạo thông tin liên quan tới việc cấp phép, hoặc bằng hình thức trích hoa hồng hoặc bỏ qua sai sót, chứng chỉ cấp phép sẽ lập tức hết hiệu lực, hoặc trong trường hợp là một đơn vị mới làm thủ tục xin cấp phép, tổ chức đó sẽ không đủ điều kiện để được đánh giá lại trong vòng 1 năm.

Trình tự xin cấp phép

Một tổ chức y tế muốn được cấp phép bắt đầu thực hiện quy trình cấp phép (xem phần thuật ngữ) bằng cách hoàn tất hồ sơ và nộp đơn xin khảo sát. Hồ sơ đề trình phải có các thông tin cần thiết về tổ chức y tế, bao gồm quyền sở hữu, số liệu nhân viên, loại hình và khối lượng các dịch vụ cung cấp. Đơn xin được khảo sát.

- Mô tả tổ chức mong muốn xin cấp phép;
- Yêu cầu tổ chức cung cấp cho JCI các hồ sơ chính thức và các báo cáo của các cơ quan cấp giấy phép, đưa ra quy định có liên quan và các cơ quan chính phủ khác;
- Ủy quyền cho JCI nhận các hồ sơ và báo cáo về tổ chức mà không thuộc sở hữu của tổ chức;
- Sau khi hoàn thành mọi thủ tục và được JCI chấp thuận, cần thiết lập thời gian của mối quan hệ giữa tổ chức và JCI.

Kế hoạch khảo sát

JCI và tổ chức lựa chọn ngày khảo sát (thường là trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận được đơn) và lập chương trình khảo sát đáp ứng nhu cầu và các yêu

cầu của tổ chức để tiến hành khảo sát đạt hiệu quả. Để giảm chi phí đi lại cho cán bộ khảo sát, JCI sẽ cố gắng kết hợp lên kế hoạch thực hiện các đợt khảo sát các tổ chức độc lập có liên quan hoặc ở trong một nước hoặc khu vực cụ thể.

Quy định về cơ cấu phí thẩm định cấp phép của JCI

Phí khảo sát thẩm định cấp phép được căn cứ vào nhiều yếu tố, bao gồm khối lượng và loại dịch vụ do tổ chức cung cấp, số địa điểm hoặc tình trạng chăm sóc người bệnh trong đợt khảo sát, và số lượng cán bộ khảo sát và số ngày khảo sát để đánh giá sự phù hợp với các tiêu chuẩn bệnh viện của JCI. Thời gian lập báo cáo của cán bộ khảo sát được tính trong số ngày khảo sát dự kiến. Tổ chức không phải trả chi phí của đợt khảo sát thẩm định cấp phép.

Phí thẩm định cấp phép bệnh viện ban đầu và phí thu trong 3 năm

Đối với hầu hết các bệnh viện, nhóm khảo sát gồm 3 thành viên tham gia khảo sát trong 3 ngày sẽ tiến hành việc đánh giá toàn diện một cách hiệu quả. Đối với quy mô bệnh viện lớn hơn hoặc nhỏ hơn, số phí này sẽ được điều chỉnh tăng hoặc giảm sao cho phù hợp.

Phí khảo sát tập trung

Khảo sát tập trung được tiến hành khi JCI biết rõ sự tuân thủ các tiêu chuẩn nghiêm trọng tiềm ẩn, các vấn đề liên quan tới việc chăm sóc điều trị người bệnh hoặc các vấn đề an toàn khác, hoặc khi JCI có lý do hợp lý khác để khảo sát một tổ chức được cấp phép.

Phí tạm hoãn khảo sát

Trong một số ít trường hợp, JCI có quyền chấp thuận một yêu cầu hoãn đợt khảo sát một tổ chức không đáp ứng các tiêu chí được nêu ở đây. Trong các trường hợp đó, tổ chức có thể bị thu một khoản phí để bù đắp vào các phí tổn.

Phí hủy khảo sát

Một đợt khảo sát có thể bị một trong hai bên hủy bỏ mà không bị phạt trong trường hợp thiên tai, chiến tranh, khủng bố, các quy định của Chính phủ, các thiên tai, các vụ đình công, bạo loạn hoặc các sự cố khẩn cấp khác có tính chất tương tự khiến không thể, bất hợp pháp hoặc không thể thông báo về sự kiện bất khả kháng yêu cầu phải hủy ngay khảo sát trong thời gian sớm nhất có thể. Ngoài ra, JCI có thể tuân thủ ý kiến chỉ đạo của các Bộ Ngành có liên quan về việc việc khảo sát theo kế hoạch.

Các tiêu chuẩn JCI: Gồm 2 phần- 13 mục

Phần I: Các tiêu chuẩn lấy bệnh nhân làm trung tâm

Phần II: Các tiêu chuẩn về quản lý Tổ chức y tế

4.5. Mô hình quản lý chất lượng theo ISO (The International Organization for Standardization)

ISO (Tổ chức Quốc tế về Tiêu chuẩn hoá) là tổ chức xây dựng các Tiêu chuẩn Quốc tế tình nguyện lớn nhất thế giới. Trong đó tiêu chuẩn trung tâm là ISO 9001 đã được chỉnh sửa qua nhiều phiên bản:

Phiên bản ISO 9001:1987: Quản lý chất lượng - Mô hình đảm bảo chất lượng trong thiết kế/ triển khai, sản xuất, lắp đặt và dịch vụ kỹ thuật.

Phiên bản ISO 9001:1994: Quản lý chất lượng - Mô hình đảm bảo chất lượng trong thiết kế, triển khai, sản xuất, lắp đặt và dịch vụ kỹ thuật.

Phiên bản ISO 9001:2000: Quản lý chất lượng - Các yêu cầu.

Phiên bản ISO 9001:2008: Quản lý chất lượng - Các yêu cầu.

Phiên bản ISO 9001:2015: Quản lý chất lượng - Các yêu cầu. Đây chính là phiên bản hiện hành của ISO 9001.

Quản lý chất lượng theo ISO coi trọng việc xây dựng và thực hiện tiêu chuẩn quốc tế hoặc quốc gia nhằm nâng cao chất lượng, đáp ứng tốt nhất yêu cầu của tổ chức cũng như nhu cầu của khách hàng.

Các nguyên tắc quản lý chất lượng được sử dụng để hướng dẫn cải thiện chất lượng của một tổ chức. ISO 9000 và TQM thực chất cùng áp dụng phương pháp quản lý chất lượng toàn diện hướng tới thoả mãn nhu cầu của khách hàng. ISO 9001:2015 cũng đưa ra 7 nguyên tắc chất lượng, bao gồm: Hướng vào khách hàng; Sự lãnh đạo; Sự tham gia của mọi người; Cách tiếp cận theo quá trình; Cải tiến; Quyết định dựa trên bằng chứng; Quản lý mối quan hệ⁹.

Có thể thấy vấn đề chất lượng và quản lý chất lượng đã được xem xét và tiếp cận dưới nhiều góc độ với các triết lý về quản lý chất lượng khác nhau song các mô hình quản lý chất lượng đều hướng tới nâng cao năng lực cho tổ chức, tăng cường khả năng thoả mãn nhu cầu của khách hàng.

4.6. Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)

4.6.1. Khái niệm TQM

TQM: Total Quality Management - Quản lý chất lượng toàn diện.

TQM là một phương pháp quản lý của một tổ chức, định hướng vào chất lượng, dựa trên dự tham gia của mọi thành viên và nhằm đem lại sự thành công dài hạn thông qua sự thoả mãn khách hàng và lợi ích của mọi thành viên của tổ chức và của xã hội.

Mục tiêu của TQM là cải tiến chất lượng sản phẩm và thoả mãn khách hàng ở mức tốt nhất cho phép. Đặc điểm nổi bật của TQM so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là nó cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác

⁹. Moghaddam, Golnessa Galyani and Moballeghi, Mostafa. *Total Quality Management in Library and Information Sectors // The Electronic Library*. - 2008. - No. 26 (6).

quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt mục tiêu chất lượng đã đề ra.

4.6.2. Các đặc điểm chung của TQM trong quá trình triển khai thực tế hiện nay tại các tổ chức có thể được tóm tắt như sau:

- Chất lượng định hướng bởi khách hàng.
- Vai trò lãnh đạo trong tổ chức.
- Cải tiến chất lượng liên tục.
- Tính nhất thể, hệ thống.
- Sự tham gia của mọi cấp, mọi bộ phận, nhân viên.
- Sử dụng các phương pháp tư duy khoa học như kỹ thuật thống kê, vừa đúng lúc,...

4.6.3. Các đặc trưng cơ bản của TQM

- Chất lượng được tạo nên bởi sự tham gia của tất cả mọi người.
- Chú ý đến mối quan hệ với các lợi ích xã hội: tất cả mọi người đều có lợi.
- Chú ý đến giáo dục và đào tạo: chất lượng bắt đầu bằng đào tạo và kết thúc cũng bằng đào tạo.
- Dựa trên chế độ tự quản (self - control) - chất lượng không được tạo nên bởi sự kiểm tra mà bởi sự tự giác.
- Chú ý đến việc sử dụng các dữ liệu quản lý dựa trên sự kiện (management by fact).
- Quản lý và triển khai chính sách: xây dựng và triển khai hệ thống chính sách trên toàn tổ chức.
- Hoạt động nhằm chất lượng: thúc đẩy ý thức tự quản và hợp tác của người lao động.
- Chia sẻ kinh nghiệm và ý tưởng: khuyến khích các ý tưởng sáng tạo và cải tiến.
- Xem xét của lãnh đạo và đánh giá nội bộ: đảm bảo hệ thống chất lượng hoạt động thông suốt và thực hiện chính sách và kế hoạch chất lượng.
- Sử dụng các phương pháp thống kê: thu thập và phân tích dữ liệu về sản phẩm và quá trình.

Trên thực tế, áp dụng TQM đã đưa lại hiệu quả cao so với cách quản lý đơn thuần truyền thống. Nghiên cứu của Phan Văn Tường và CS (1999) đã chỉ ra việc áp dụng Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để giải quyết các vấn đề y tế tại 5 quận, huyện thực địa của trường cán bộ quản lý y tế đã minh chứng việc áp dụng này đã yêu cầu các giám đốc, nhà quản lý sát sao hơn, đi thực địa chỉ đạo nhiều hơn và kết quả đạt được tốt hơn. “TQM nếu được áp dụng đúng đắn sẽ tạo ra được

một nội lực thúc đẩy mạnh mẽ việc cải tiến liên tục chất lượng sản phẩm và dịch vụ để không ngừng thỏa mãn người bệnh/khách hàng”¹⁰.

4.7. Hệ thống chứng nhận chất lượng Accreditation

Hệ thống này được phát triển ở châu Âu, đây là một hệ thống thang điểm để đánh giá bệnh viện thuộc loại nào; đạt chưa đạt hoặc đạt mức độ nào?

Thông thường người ta chia các khu vực của một tổ chức và đưa ra các chỉ tiêu chấm điểm; mức độ điểm cho tùy thuộc vào từng tổ chức ví dụ như ở Mỹ phân làm 4 loại: đạt hoàn toàn (Fully met); đạt phần lớn (Almost met); đạt một phần (Partly met); và không đạt (Not met).

Pháp: Mức độ đánh giá: đạt, đạt một phần và hoàn toàn chưa đạt.

Ví dụ về tiêu chuẩn đánh giá của Pháp được chia thành các khu vực trong bệnh viện như sau:

Mục 1. Đảm bảo quyền của người bệnh (9 tiêu chuẩn).

Mục 2. Khám điều trị và chăm sóc (bao gồm cả hồ sơ bệnh án 4 tiêu chuẩn, điều trị và chăm sóc người bệnh 19 tiêu chuẩn).

Mục 3. Quản lý và lãnh đạo (Quản lý các khoa phòng 9 tiêu chuẩn, quản lý nhân sự 7 tiêu chuẩn, quản lý thông tin 4 tiêu chuẩn, quản lý hậu cần và trang thiết bị 10 tiêu chuẩn).

Mục 4. Quản lý chất lượng và an toàn người bệnh (gồm quản lý chất lượng và phòng ngừa rủi ro 6 tiêu chuẩn; an toàn truyền máu 4 tiêu chuẩn; kiểm soát nhiễm khuẩn 24 tiêu chuẩn).

Ở Việt Nam: Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam năm 2016 ¹¹

Bộ tiêu chí bao gồm 83 tiêu chí chính thức, được chia làm 5 phần A, B, C, D, E:

- Phần A: Hướng đến người bệnh (19 tiêu chí)
- Phần B: Phát triển nguồn nhân lực (14 tiêu chí)
- Phần C: Hoạt động chuyên môn (35 tiêu chí)
- Phần D: Cải tiến chất lượng (11 tiêu chí)
- Phần E: Tiêu chí đặc thù chuyên khoa (4 tiêu chí)

Mỗi phần A, B, C, D, E được chia thành các chương. Trong mỗi chương có một số tiêu chí (mỗi chương có thể được xem xét như là một tiêu chuẩn chất lượng).

Bố cục của Bộ tiêu chí được trình bày theo thứ tự như sau:

- Phần: A, B, C, D, E
- Chương: A1, A2, B2, C3...

¹⁰ Phan Văn Tường và CS (2012), “Mô hình quản lý chất lượng và áp dụng vào trong lĩnh vực y tế”, Tạp chí Y học thực hành, số 8 (838) 2012, tr.31-34.

¹¹ Bộ Y tế (2016), Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam năm 2016 được chỉnh sửa, bổ sung và nâng cấp một số tiêu chí, tiểu mục từ Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành thí điểm theo Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Tiêu chí: A1.1, A1.2, B2.3, C5.4...
- Mức: 1, 2, 3, 4, 5.
- Tiêu mục: 1, 2, 3, 4, 5, 6...

Bộ tiêu chí tiếp tục được bổ sung các tiêu chí khác để bao phủ toàn bộ các hoạt động của bệnh viện.

Qua nghiên cứu đánh giá thực địa nhìn chung, bộ tiêu chí đã có tác động tích cực đối với hệ thống bệnh viện, một số nội dung cần nghiên cứu cải tiến phù hợp thêm ví dụ đặc thù vùng miền, việc định nghĩa các chỉ số để đáp ứng nguyên tắc đo lường được của quản lý chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế, UNICEF (1993), Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở.
2. Bộ Y tế (1997), Quy chế bệnh viện.
3. Bộ Y tế (2013), Thông tư 19/2013/TT-BYT: Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện Ngày 12 tháng 7 năm 2013.
4. CDC - Trường Đại học Y tế Công cộng (2007), Áp dụng TQM trong các hoạt động phòng chống HIV/AIDS.
5. CDC Atlanta (1993), Hướng dẫn xác định ưu tiên các vấn đề y tế công cộng.
6. CDC - Đại học Y tế công cộng (2007), Áp dụng TQM trong các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, NXB Y học, Hà Nội.
7. Chính phủ: Nghị quyết số 49-CP, ngày 04/8/1993 về Phát triển công nghệ thông tin ở nước ta trong những năm 90.
8. Chính phủ: Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ về việc Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập.

Tiếng Anh

1. Anthony J. Strike (1995), Human Resource in Health Care - A manager's guide, Blackwell Science.
2. Barry R. Friedman, Jerome P. Jones (1995), Principles of MRI, GE Medical systems.
3. Cassels, K. Janovsky (1995), Strengthening health management in districts and provinces, WHO, Geneva.
4. CDC (1993), TQM Team Member Manual, US Department of Health and human services, CDC, USA.
5. CDC (1993), The quality advantage.
6. CDC (1993), Total quality management, Team member manual, SMDP, CDC.

BÀI 2. LÀM VIỆC NHÓM TRONG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG



MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

Hiểu biết

1. Nêu được khái niệm nhóm làm việc, đối tượng phục vụ, lợi ích và đặc tính của làm việc nhóm hiệu quả.
2. Phân tích được chức năng của người lãnh đạo nhóm làm việc hiệu quả, các yếu tố cần thiết cho làm việc nhóm hiệu quả

Thực hành

3. Tổ chức được nhóm làm việc ở một tình huống cụ thể.

Thái độ

4. Sẵn sàng tham gia ở các vị trí của một đội hình làm việc

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM VỀ LÀM VIỆC NHÓM (TEAM WORK)

Trong quản lý từ trước đến nay chúng ta đã dùng một số từ đồng nghĩa như Ê-kíp làm việc. Tuy nhiên, do phát triển của văn hóa nên trên thực tế danh từ Ê-kíp được hiểu với các nghĩa khác nhau. Một số cho rằng Ê-kíp là một nhóm người làm việc trong cùng một tổ chức có cùng một mục tiêu, mục đích nào đó. Ê-kíp còn được hiểu với nghĩa không tốt, ví dụ như người ta hiểu rằng Ê-kíp với nhau là cấu kết với nhau để đấu tranh bảo vệ quyền lợi của một nhóm người hoặc cá nhân nào đó, nó không nói lên được là quyền lợi họ đấu tranh bảo vệ đúng hay sai.

Ngoài Ê-kíp làm việc một cụm từ còn được dùng như **Đội làm việc**, tuy nhiên trong tài liệu này chúng tôi sau khi thống nhất với một số chuyên gia đã đề nghị sử dụng từ là **nhóm làm việc**. Có thể khái niệm làm việc nhóm trong ngành y tế là: *Các cán bộ y tế liên quan cùng làm việc với nhau trong không khí hòa thuận, hướng tới mục đích chung.*

Khái niệm chất lượng đã nêu: **Chất lượng là: Sự thoả mãn nhu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ**, chúng ta nên làm rõ các đối tượng phục vụ là ai?.

Đối tượng phục vụ

Trong quản lý chất lượng người ta thường phân ra có hai loại đối tượng phục vụ đó là đối tượng phục vụ bên trong (Internal clients) và đối tượng phục vụ bên ngoài (External clients). Trong cuộc sống hàng ngày, khi nói tới đối tượng phục vụ người ta thường nghĩ ngay tới đối tượng phục vụ bên ngoài, đó là người tiêu dùng các sản phẩm cuối cùng hoặc người bệnh/ bệnh nhân sử dụng dịch vụ y tế.

Các hoạt động của một tổ chức luôn hướng tới làm sao để đáp ứng được yêu cầu hợp lý của họ. Để thoả mãn đối tượng phục vụ bên ngoài, trước hết chúng ta phải đáp ứng được những yêu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ bên trong, là những người làm việc bên trong tổ chức đó, cụ thể là cán bộ y tế nói chung và cán bộ làm việc tại bệnh viện nói riêng.

Hình 1.1 cho chúng ta thấy rằng: một bệnh viện, người bệnh là đối tượng phục vụ bên ngoài (ĐTPVBN), bác sĩ điều trị là người phục vụ hoặc còn gọi là đối tượng phục vụ bên trong (NPV - ĐTPVBT). Trong bệnh viện quan hệ trong bệnh viện thì bác sĩ, điều dưỡng điều trị là người phục vụ người bệnh/ bệnh nhân trực tiếp, còn họ lại phụ thuộc vào những người khác như dược sỹ cung cấp thuốc điều trị cho người bệnh, cán bộ làm khu vực hành chính cung cấp cơ sở vật chất cho họ làm việc. Trong mối quan hệ này các bác sỹ, điều dưỡng đang là người phục vụ (NPV) người bệnh trở thành đối tượng phục vụ (ĐTPV) đối với các dược sỹ và cán bộ hành chính (NPV). (Phòng hành chính quản trị phải phục vụ cung cấp cho bác sĩ điều trị các dụng cụ, phương tiện, thuốc men cần thiết để bác sĩ điều trị chăm sóc điều trị cho người bệnh). Xem Hình 1.1: *Sơ đồ mô phỏng 2 loại đối tượng phục vụ.*

Cứ như vậy, cán bộ phòng quản trị lại thay đổi vai trò khi quan hệ với cán bộ phòng kế hoạch. Trong phần này, TQM chỉ rõ rằng trong một bệnh viện để phục vụ tốt đối tượng bên ngoài (người bệnh) đòi hỏi trước hết là trong nội bộ bệnh viện phải phục vụ nhau tốt (có sự đoàn kết hợp tác tốt), đúng như câu tổng kết của cha ông ta là phải “Trong âm, ngoài êm”.

Đặc điểm của nhóm làm việc:

- Ít nhất phải có từ 2 người trở lên.
 - Họ phải có các hoạt động chung và có chung mục đích, mục tiêu chung nào đó.
- Nhóm làm việc có hiệu quả (Superior Team) là nhóm làm việc với chất lượng cao.*

II. LỢI ÍCH CỦA LÀM VIỆC NHÓM

Đối với tập thể

Làm việc theo nhóm là một cơ chế hiệu quả, cơ chế đó cho phép các thành viên cùng với nhau phấn đấu để đạt được những mục tiêu và mục đích chung.

- Cách làm việc nhóm có rất nhiều lợi ích:
 - + Nó làm giảm đi những cản trở giữa chức năng, nguyên tắc và quan hệ con người.
 - + Nó làm tăng cảm giác mình là một thành viên quan trọng không thể nào thiếu được do vậy nó làm tăng tinh thần làm chủ, có trách nhiệm.

+ Nó tăng thêm tính đa dạng và tập trung vào một mục đích và các mục tiêu chung.

Đối với cá nhân

- Trách nhiệm được chia sẻ.
- Kỹ năng và hiểu biết được nâng cao hơn.
- Thành công và thất bại được chia sẻ.
- Các thành viên có thể chia sẻ kinh nghiệm và học tập lẫn nhau, làm việc theo nhóm vui và nhiều điều thú vị, làm giảm căng thẳng.

III. ĐẶC TÍNH CỦA NHÓM LÀM VIỆC CÓ HIỆU QUẢ

3.1. Năng lực của mỗi người được phát huy

Chúng ta biết rằng con người có năng lực nhất định, người quản lý phải biết cách khai thác, phát huy năng lực của họ. Một nhóm hiệu quả phải bao gồm những người có những năng lực được phát huy tối đa cho nỗ lực chung. Mỗi người là một mắt xích trong chuỗi dây xích năng lực, có tài năng, kiến thức, kinh nghiệm, bí quyết kỹ thuật để thực hiện công việc. Bất kỳ năng lực nào yếu kém đều phải được củng cố - điều mà hầu hết các nhóm phải học cách làm khi họ muốn tiến lên phía trước. Nếu thiếu vắng bất kỳ năng lực cần thiết nào, chúng phải được bổ sung. Một số công ty phạm sai lầm khi bố trí các thành viên trong nhóm dựa trên chức vụ hay địa vị trong tổ chức.

3.2. Mục tiêu chung rõ ràng và mục tiêu phải thuyết phục với mọi người

Bạn đã bao giờ tham gia vào một nhóm không có ý tưởng rõ ràng về mục đích chưa? Kết cục về đâu với những người có những ý tưởng khác nhau về mục tiêu cơ bản của mình? Nếu bạn đã tham gia, bạn có thể hiểu tại sao những nhóm này hiếm khi thành công. Hầu như không thể thành công khi các thành viên trong nhóm không thể truyền đạt một mục tiêu chung rõ ràng. Và hoàn toàn không thể thành công khi chính các nhà điều hành bảo trợ nhóm lại không rõ ràng và chắc chắn về những gì mà họ muốn thực hiện.

Việc xác định rõ ràng về mục tiêu của nhóm là điều quan trọng nhưng vẫn chưa đủ. Mục tiêu còn phải có sức thuyết phục. Mọi người phải nhìn nhận mục tiêu đó là đúng đắn, tối quan trọng và xứng đáng nỗ lực của họ. Thiếu mục đích thuyết phục, một số thành viên sẽ không đặt mục tiêu cá nhân của họ sau mục tiêu của nhóm. Họ sẽ không chia sẻ với nhóm hay mục đích của nhóm.

3.3. Tận tụy với mục tiêu chung

Sự hiểu biết chung về mục tiêu là điều cực kỳ quan trọng, nhưng một nhóm thực sự hiệu quả còn phải tiến xa hơn một bước. Họ phải có các thành viên tận tâm với mục tiêu đó. Có sự khác biệt lớn giữa sự thông hiểu và tận tâm. Việc thông hiểu đảm bảo rằng mọi người biết được định hướng mà mọi người nên làm, còn sự tận tâm thúc họ làm việc và cố gắng giải quyết vấn đề khi gặp khó khăn.

Bản chất của nhóm là sự cam kết chung đối với việc đạt được mục tiêu. Điều này có nghĩa là mỗi thành viên trong nhóm phải xem mục tiêu là điều rất quan trọng và xứng đáng để nỗ lực. Trong hầu hết mọi trường hợp, sự tận tâm xuất phát từ ý thức sở hữu mục tiêu và có trách nhiệm liên đới. Sau đây là một số điều mà bạn có thể làm để tăng cường sự tận tâm:

- ***Giữ cho nhóm có quy mô nhỏ.*** Có một mối quan hệ tỷ lệ nghịch giữa quy mô của nhóm và sự tận tâm của các thành viên trong nhóm.

- ***Bố trí các thành viên trong nhóm tương tác cùng nhau.*** Mọi người cần gặp gỡ và tương tác với các thành viên khác trong nhóm thường xuyên. Điều này được thực hiện tốt nhất khi họ được bố trí trong phạm vi gần gũi. Hội thảo video và e-mail là những thứ thay thế tồi tệ cho việc bố trí cùng nhau, nên sử dụng một phòng chuyên dụng cho các hoạt động của nhóm.

- ***Công nhận nỗ lực và thành quả.*** Hãy đảm bảo rằng nhóm và các thành viên trong nhóm được công nhận xứng đáng về thành công của mình.

- ***Hãy nhớ rằng sự tận tâm thường phát triển và mạnh mẽ thêm theo thời gian khi nhóm xúc tiến công việc của mình.*** Vì thế nếu ban đầu chưa có sự tận tâm đó, hãy kiên nhẫn.

- ***Mọi thành viên đều đóng góp và được hưởng lợi***

Việc thực hiện công việc phụ thuộc vào sự đóng góp của mọi người để tiến đến mục tiêu. Nếu các thành viên trong nhóm muốn có giá trị thì họ phải tìm kiếm nó thông qua công việc thực tế. Điều đó có nghĩa là không chấp nhận những thành viên không đóng góp nỗ lực chung với nhóm.

Điều đó không có nghĩa là một thành viên đều sử dụng một lượng thời gian như nhau cho các hoạt động của nhóm. Trưởng nhóm cũng phải làm công việc thực sự, kể cả chia sẻ những công việc khó chịu. Họ không thể vừa là thành viên trong nhóm lại vừa là sếp và giao hết công việc cho người khác.

Vì thế trong chừng mực nào đó có một chút mơ hồ về vai trò của người trưởng nhóm: họ vừa phải giữ trách nhiệm lãnh đạo trong một số thời gian và giữ vị trí thành viên nhóm trong thời gian còn lại.

Vì mỗi thành viên phải đóng góp vào công việc của nhóm, nên mỗi thành viên cần nhận được lợi ích rõ ràng đối với họ. Những lợi ích này có thể xuất hiện dưới nhiều hình thức: phần thưởng tinh thần do làm công việc thú vị và ý nghĩa, kinh nghiệm học hỏi có lợi cho phát triển nghề nghiệp trong tương lai, hay tiền thưởng. Thiếu rõ ràng về lợi ích, các cá nhân sẽ không đóng góp hết khả năng của họ.

3.4. Môi trường khuyến khích

Nhóm phụ thuộc vào tổ chức ở một mức độ nào đó về nguồn lực, thông tin và sự hỗ trợ. Mức độ mà tổ chức tỏ ra khuyến khích, bàng quan hay thù địch với nhóm và mục tiêu có tác động đến sự hiệu quả của nhóm. Cần xem xét các yếu tố môi trường sau đây:

- Hỗ trợ của cấp lãnh đạo. Sự hỗ trợ này đảm bảo nguồn lực và giúp nhóm có thể tuyển chọn đúng người. Sự hỗ trợ này còn giúp tránh khỏi tình trạng các phòng ban và nhà quản lý đầy quyền lực vì một lý do nào đó có chiều hướng làm tê liệt nỗ lực của nhóm.

- Cơ cấu không nặng nề về thức bậc. Làm việc theo nhóm sẽ có khả năng thành công hơn nếu tổ chức không hoạt động theo một cơ cấu thứ bậc cứng nhắc.

3.5. Cơ chế khen thưởng phù hợp

Kinh nghiệm làm việc theo nhóm. Nhóm được hưởng lợi khi công ty của họ và các thành viên cá nhân có nhiều kinh nghiệm làm việc theo nhóm.

IV. KẾT QUẢ CỦA LÀM VIỆC NHÓM

Sự khác nhau rất cơ bản và thực tế giữa nhóm/đội làm việc có hiệu quả cao với các đơn vị khác là khi ta so sánh sản phẩm của họ làm ra. Có ba kết quả chính mà họ đạt được đó là:

4.1. Sử dụng tối đa nguồn nhân lực

** Sử dụng năng lực:*

- Khuyến khích động viên.
- Kiến thức.
- Kỹ năng.
- Kinh nghiệm.
- Làm được những việc tưởng chừng không làm nổi.
- Giải quyết được các trở ngại.
- Học được kỹ năng mới.
- Phát triển được những điều mới mẻ về nội tâm.
- Kích thích sự suy nghĩ và sáng tạo.
- Giải quyết các vấn đề.
- Hiểu hơn về tổ chức của họ.
- Họ có những cố gắng vượt lên.

4.2. Sản phẩm đầu ra của nhóm làm việc có hiệu quả hạn chế được các sai sót

– Có thể đạt được kết quả hơn cả sự mong đợi, cả những cái mà họ và mọi người cho là không thể làm được.

- Tăng thêm nội lực.
- Mức độ năng lượng là cao hơn.

– Sự tiếp cận công việc của họ với mong đợi cao hơn vì vậy mà họ sẽ tìm cách để giải quyết được các vấn đề khó khăn nhất và các vấn đề xảy ra đột xuất.

4.3. Liên tục cải tiến

– Một kết quả khi mà sự cải tiến liên tục được áp dụng bởi một nhóm làm việc có hiệu quả là “thoã mãn đối tượng phục vụ” (đối tượng phục vụ bên trong và đối tượng phục vụ bên ngoài) và tăng lượng sản phẩm.

– Sự cải tiến liên tục quy trình và kỹ thuật của TQM được đề cập và áp dụng bởi nhóm làm việc có hiệu quả.

– Tất cả việc cải tiến các kỹ thuật và quy trình này đòi hỏi một trình độ truyền thông, tiếp xúc đáp ứng và hợp tác cao của NLV.

– Các kỹ thuật và quy trình đòi hỏi phải có một môi trường của một nhóm làm việc có hiệu quả cao.

– Một điểm cần lưu ý của một nhóm/đội thực hiện công việc kém hiệu quả đó là họ không nhận biết được đối tượng phục vụ của họ, họ xem sự cải tiến liên tục là một quy trình lâu dài.

V. SỰ LÃNH ĐẠO NHÓM LÀM VIỆC CÓ HIỆU QUẢ

** Người lãnh đạo nhóm công tác có hiệu quả có chức năng gì?*

– Họ dẫn dắt nhóm/đội làm việc.

– Họ tập trung chú ý vào cả hai sự phát triển của nhóm/đội và việc thực hiện công việc của nhóm/đội. Họ xem tất cả các công việc như là một cơ hội cho mọi thành viên hợp sức.

– Họ tập trung vào mục tiêu hoạt động của toàn nhóm/đội hơn là của cá nhân đơn lẻ.

– Sự cam kết của mọi thành viên như là một cách để đạt được sự thực hiện công việc có hiệu quả cao, chứ không phải là để kiểm soát mọi người, họ xem họ như là một thành viên của nhóm/đội.

Có ít nhất 3 vai trò rõ ràng của một người lãnh đạo một nhóm làm việc có hiệu quả: Người khởi xướng, người mẫu mực và huấn luyện viên cầm tay chỉ việc (Coach).

** Người khởi xướng/đi đầu*

Người lãnh đạo nhóm/đội công tác có hiệu quả khởi xướng ra rất nhiều hoạt động và quy trình để xây dựng nên một nhóm làm việc có hiệu quả. Hướng dẫn cơ bản cho việc bắt đầu phát triển xây dựng nhóm/đội là làm cho sự cộng tác/hợp sức trở thành một tiêu chuẩn chung cho mọi hoạt động của họ. Cách họ bắt đầu xây dựng nhóm/đội là tạo cho toàn nhóm/đội tham gia ngay từ thời gian đầu của quy trình hoạt động chất lượng - TQM.

** Người mẫu mực*

Người lãnh đạo của nhóm làm việc có hiệu quả rất mẫu mực trong làm việc và hành vi ứng xử, các việc đó nó giúp cho sự phát triển nhóm của họ. Nói một cách đơn giản nhất điều đó có nghĩa là họ gương mẫu làm những gì mà mọi thành viên trong nhóm/đội mong đợi.

Họ gương mẫu về hai cách:

– Họ gương mẫu theo cách riêng của họ để hoàn thành công việc và thực hiện nhiệm vụ của họ.

– Họ gương mẫu theo cách họ có tác động, ảnh hưởng với đồng nghiệp của họ.

** Người huấn luyện viên:*

Danh từ này bắt nguồn từ thể thao (bóng đá). Người huấn luyện viên trong cả các cuộc thảo luận chính thức và không chính thức mà người lãnh đạo nhóm/đội phải có với từng cá nhân và các nhóm trong nhóm/đội.

Danh từ người huấn luyện viên có 2 nghĩa:

- Là người thầy dẫn dắt toàn nhóm/đội và
- Là người bạn để trao đổi tâm tư tình cảm giúp đỡ lẫn nhau, cầm tay chỉ việc.

Bốn chức năng của người lãnh đạo nhóm:

(1) Tư vấn và giúp các thành viên của nhóm/đội làm rõ các vấn đề, phát triển các chiến lược thay thế và giải quyết các vấn đề thuộc về kỹ thuật và cá nhân.

(2) Giáo dục và giúp đỡ các thành viên của nhóm/đội làm rõ hiểu được các chính sách quy định của tổ chức các giá trị được tổ chức xem trọng, các cơ hội của chính nghề nghiệp của họ.

(3) Hướng dẫn và giúp đỡ các thành viên của nhóm/đội phát triển các kỹ năng và kỹ thuật.

(4) Khi cần thiết họ cùng với các thành viên của nhóm/đội đối đầu với thách thức để cải thiện các hoạt động và chịu trách nhiệm các quyết định.

– Sản phẩm của nhóm làm việc có hiệu quả trong việc phòng các sai sót chỉ đạt được khi mọi người cam kết hoàn toàn với giá trị và mục đích của nhóm/đội.

– Mọi người cam kết với mục đích và giá trị của nhóm/đội khi các mục đích và giá trị đó rõ ràng, có ý nghĩa và phản ánh được một số điểm mà họ có một vài ảnh hưởng (hoặc liên quan đến công việc của họ).

– Con người khi cho họ cơ hội tự chủ làm việc họ sẽ tạo ra sản phẩm hướng về mục tiêu cao hơn là khi họ bị áp đặt từ bên ngoài bởi người khác.

VI. MỘT SỐ YẾU TỐ CẦN CHO VIỆC XÂY DỰNG NHÓM LÀM VIỆC CÓ HIỆU QUẢ

Thành phần nhóm làm việc:

Thành phần nhóm làm việc: Là các thành viên từ các đơn vị liên quan đến dự án can thiệp. Ví dụ khi muốn cải tiến hoạt động chuyên môn như giảm thời gian chờ đợi của người bệnh, một số nguyên nhân có thể xuất phát từ nhân lực như: thiếu hoặc sắp xếp nhân lực ở các bộ phận chưa hợp lý, thì nhất thiết đội làm việc cần phải có đại diện của phòng nhân sự/tổ chức cán bộ. Nếu dự án tăng cường chất lượng liên quan đến cơ sở vật chất trang thiết bị thì cần có đại diện phòng hành chính (CSVN) và phòng/tổ trang thiết bị (TTBYT) và có thể cả phòng tài chính kế toán nếu có liên quan. Nên nhớ nhóm làm việc cần có 1 đại diện lãnh đạo BV hoặc người được lãnh đạo ủy quyền đầy đủ.

6.1. Đối với các thành viên trong nhóm/đội

Thành phần nhóm làm việc: Là các thành viên từ các đơn vị liên quan, phải xây dựng được nhiệm vụ, mục đích, giá trị và sự mong đợi của tổ chức đối với họ.

6.2. Đối với nhóm/đội

Phải có đủ 4C của nhóm làm việc hiệu quả:

- Sự cam kết (Commitment), có nghĩa cam kết 2 chiều: lãnh đạo với nhân viên
- Sự hợp tác (Cooperation)
- Truyền thông (Communication) đầy đủ, minh bạch, rõ ràng
- Sự cống hiến (Contribution), công nhận đúng sự cống hiến của người có đóng góp.

6.3. Yêu cầu đối với người lãnh đạo

*** Phải có kỹ năng cá nhân cao để đáp ứng được 3 nhu cầu chủ chốt của các nhóm/đội viên**

- + Nhu cầu về tinh thần làm chủ.
- + Nhu cầu về sự công nhận các thành tích mà cá nhân đã đạt được.
- + Sự hỗ trợ.
- **Hiệu quả của tổ chức**
- + Tìm được sự cân bằng giữa nhiệm vụ với con người (Quyền lực với quan hệ con người...)
- Luôn chú ý lắng nghe và có khả năng bày tỏ quan điểm của mình.
- + Nói cái gì cần phải làm.
- + Lắng nghe và làm tăng thêm sức mạnh và quyền hạn cho nhân viên (bằng cách xem xét các vấn đề một cách nghiêm túc).
- + Giao đủ quyền hạn cho nhân viên để họ giải quyết các vấn đề và thực hiện các ý tưởng.

Trên thực tế việc xây dựng đội/nhóm làm việc cũng phải có sự tham gia chỉ đạo của Ban giám đốc và có chế độ sinh hoạt và quyền lợi và trách nhiệm rõ ràng, có lịch sinh hoạt cụ thể mới phát huy được sự đóng góp của mọi thành viên^{12 13}.

VII. VAI TRÒ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG NHÓM LÀM VIỆC

Thành viên của một nhóm làm việc (NLV) là tất cả mọi người tham gia giải quyết vấn đề hoặc điều chỉnh quá trình nâng cao chất lượng.

Chu trình nâng cao chất lượng toàn diện xem việc tập trung vào các thành viên trong NLV là điểm mấu chốt để đạt được thành công của tổ chức. Quy trình làm việc không thể thành công nếu thiếu sự tham gia của các thành viên trong nhóm/đội để xác định và giải quyết các yếu tố cản trở quá trình làm việc.

Nhiệm vụ của các thành viên trong nhóm làm việc là:

¹² Phan Văn Tường & Quách Thị Lệ và CS(2012). Đánh giá kết quả can thiệp “Tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án theo cách tiếp cận Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)” tại Bệnh viện Thọ Xuân, Thanh Hóa, Tạp chí Y học thực hành (854). Tr.42-45, Số 12 (854) 2012.

¹³ Phan, Văn Tường, Bùi, Thị Mỹ Anh, Nguyễn, Duy Thuận (2012). “Mô hình quản lý chất lượng và áp dụng vào trong lĩnh vực y tế”, Tạp chí Y học thực hành, số 8 (838), tr.31-34.

- Tham gia mọi cuộc họp.
- Xác định cơ hội để cải tiến.
- Tham gia vào việc lựa chọn các vấn đề cần giải quyết.
- Thu thập, lựa chọn ưu tiên và phân tích số liệu.
- Giúp nhóm làm việc đưa ra những hoạt động thích hợp để quản lý.
- Kiểm tra hiệu quả của các giải pháp.
- Chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm.

Các thành viên trong nhóm/đội cần tham gia một cách tích cực vào các hoạt động của nhóm/đội. Việc này đòi hỏi các thành viên phải dành ít nhất mỗi giờ mỗi tuần để họp nhóm/đội.

Tất cả các thành viên trong nhóm/đội phải cùng làm việc trong suốt quá trình giải quyết vấn đề. Tuy nhiên, nếu không có nhiều thời gian cho những hoạt động này thì NLV có thể sử dụng thời gian họp nhóm/đội đó để thu thập số liệu, phỏng vấn...

7.1. Vai trò của người lãnh đạo

Người đứng đầu NLV là thành viên của nhóm/đội có thêm trách nhiệm lãnh đạo nhóm/đội. Những người này thường được đào tạo một cách bài bản nhằm giúp họ thực hiện tốt vai trò lãnh đạo của mình.

Trách nhiệm của người lãnh đạo nhóm làm việc:

- Chủ trì các cuộc họp theo lịch làm việc.
- Chỉ đạo nhóm làm việc trong suốt quá trình cải tiến.
- Truyền đạt cách xác định và sử dụng các công cụ và kỹ thuật và quy trình nâng cao chất lượng.
- Thông tin về các tiến độ cho các thành viên trong NLV.
- Theo dõi các vấn đề có liên quan đến NLV (Để biết các nguyên tắc động viên thúc đẩy nhóm).
- Duy trì sự đa dạng về chuyên ngành, hệ thống giá trị, niềm tin của các thành viên trong NLV.
- Bàn bạc/phối hợp với các giám sát viên và người hỗ trợ, đặc biệt là trước và sau các cuộc họp nhóm.
- Chia sẻ kinh nghiệm và kiến thức.
- Thực hiện đầy đủ các thủ tục hành chính.

Người lãnh đạo nhóm làm việc không có nghĩa là tự mình làm lấy mọi việc. Người lãnh đạo nhóm làm việc hiệu quả là người quan tâm đến mọi thành viên trong nhóm và coi công việc của nhóm không chỉ là công việc của riêng mình mà là của mọi người. Một trong những kỹ năng cơ bản của người lãnh đạo nhóm là phân công công việc cho các thành viên như người ghi chép, người vẽ bảng biểu, người thu thập số liệu, người trình bày... Vai trò lãnh đạo là kết quả của sự cân bằng giữa mối quan tâm đến công việc và quan tâm đến con người.

7.2. Vai trò của người hỗ trợ

Chức năng cơ bản của người hỗ trợ là làm thay đổi các yếu tố có liên quan đến TQM về mặt xã hội và tham vấn cho người lãnh đạo nhóm để thúc đẩy NCL và xây dựng các công cụ, kỹ thuật của quy trình cải tiến chất lượng.

Vai trò của người hỗ trợ được xem như vai trò của:

Tuyên truyền viên	Thông báo các nội dung hoạt động cho mọi người
Điều phối viên	Hỗ trợ cho giám sát viên, tập huấn nhóm và liên hệ với các bộ phận liên quan khác
Nhà tổ chức	Đổi mới quy trình nâng cao chất lượng và tổ chức của NLV
Giáo viên	Truyền đạt các công cụ và kỹ thuật của quá trình nâng cao chất lượng toàn diện
Huấn luyện viên	Hỗ trợ và cung cấp nhân lực vào các vị trí quản lý, giám sát viên, người đứng đầu NLV và các thành viên trong NLV

Để giúp đỡ người đứng đầu NLV, người hỗ trợ có thể:

- Trợ giúp người trưởng nhóm/đội làm việc chuẩn bị cuộc họp.
- Tư vấn về việc sử dụng công cụ/kỹ thuật.
- Giới thiệu các nhà chuyên môn và chuyên gia cho NLV.
- Chia sẻ kinh nghiệm và kết quả của các nhóm khác.
- Nhận xét về hiệu quả của các cuộc họp nhóm/đội với người trưởng NLV.

7.3. Vai trò của giám sát viên

Giám sát viên có thể trợ giúp cho NLV theo nhiều cách, đặc biệt là trong giải quyết các vấn đề. Hơn nữa giám sát viên còn có vai trò là huấn luyện viên cho nhóm/đội.

Các công việc của giám sát viên:

– **Điều phối các hoạt động của nhóm/đội:** giám sát viên có vai trò tích cực trong việc đảm bảo các cuộc họp nhóm/đội tập trung vào các vấn đề liên quan đến các mục tiêu hoạt động như duy trì chất lượng nhóm/đội ngũ lãnh đạo và nhân viên, lựa chọn và đào tạo các thành viên của NLV, duy trì và nâng cao năng lực làm việc của nhóm/đội.

– **Cố vấn về việc lựa chọn các cơ hội:** giám sát viên có vai trò như là một nhà cố vấn cho NLV, gợi ý cho họ những vấn đề nên lựa chọn, phân bổ thời gian, theo dõi và so sánh tính ưu việt của các phương pháp. Tuy nhiên, không nhất thiết phải thực hiện công việc này bằng cách chỉ đạo trực tiếp đối với nhóm/đội về việc họ cần làm.

– **Cung cấp các nguồn lực cần thiết:** giám sát viên hỗ trợ cho việc thực hiện công việc của nhóm/đội bằng cách đảm bảo rằng họ có những nguồn lực cần thiết ví dụ như thời gian/không gian cho các cuộc họp cũng như tất cả những yếu tố

cần thiết khác để cho quá trình hoạt động được thuận lợi như số liệu, lịch làm việc, tài liệu tham khảo và sự trợ giúp của các thiết bị kỹ thuật.

– **Huấn luyện viên trong giải quyết vấn đề:** đây có lẽ là vai trò quan trọng nhất của giám sát viên: chịu trách nhiệm giải quyết các vấn đề kỹ thuật, thúc đẩy nhóm/đội vượt qua những khó khăn, cố vấn cho nhóm/đội trong việc viết báo cáo.

– **Trợ giúp cho việc thực hiện các giải pháp:** giám sát viên giúp nhóm/đội vượt qua những khó khăn trong giai đoạn đầu của quá trình thực hiện và tạo điều kiện thuận lợi cho sự thay đổi.

– **Nhận thấy các thành công của nhóm/đội:** khen thưởng, trợ giúp, phản hồi và đưa ra các hướng dẫn tiếp theo cho nhóm/đội là nhiệm vụ hết sức quan trọng của giám sát viên để duy trì nỗ lực của nhóm/đội và đạt được những kết quả tốt hơn.

Các loại nhóm/đội

NLV chất lượng là yếu tố quyết định trong việc xây dựng quy trình cải tiến chất lượng toàn diện. Có 4 loại nhóm/đội cơ bản sau:

– **Loại thứ nhất - Nhóm/đội chức năng:** các thành viên của nhóm/đội được lấy từ cùng một lĩnh vực chức năng nào đó, có thể là một tổ làm việc. Các thành viên tự nguyện hoặc được người có thẩm quyền thành lập để giải quyết một vấn đề nào đó. Số lượng thành viên của một nhóm/đội chức năng lý tưởng là từ 6-8 người.

– **Loại thứ hai - Nhóm/đội liên ngành:** các thành viên được lấy từ các lĩnh vực chức năng khác nhau, liên kết lại để giải quyết một vấn đề liên ngành. Giống như nhóm/đội chức năng, các thành viên tự nguyện tham gia vào nhóm/đội để giải quyết một vấn đề nào đó ví dụ như nhóm kiểm tra liên ngành về vệ sinh an toàn thực phẩm (Nhóm này có đại diện y tế, công an, thuế, chính quyền sở tại...).

– **Loại thứ ba - Nhóm/đội đặc nhiệm:** các thành viên trong nhóm/đội này được lấy từ một hoặc nhiều lĩnh vực. NCL được thành lập để giải quyết một vấn đề chuyên biệt hay các vấn đề của nhóm/đội và sau đó giải tán. Các thành viên được tuyển chọn vào nhóm/đội này dựa trên chuyên ngành cơ bản và các kinh nghiệm của họ về vấn đề cần giải quyết. Lãnh đạo nhóm/đội phân công cụ thể nhiệm vụ cho các thành viên và xác định vấn đề cần giải quyết.

– **Loại thứ tư - Nhóm/đội dẫn đầu:**

Nhóm/đội dẫn đầu một đơn vị: nhóm/đội này do một giám đốc lãnh đạo. Các chức năng của nhóm/đội này giống như là một người lái tàu họ đề xuất các chính sách, hướng dẫn, công tác hậu cần, truyền thông... để dẫn dắt tổ chức.

Nhóm/đội dẫn đầu một địa phương/quận/khu vực: chịu sự lãnh đạo của lãnh đạo bệnh viện địa phương, có chức năng giống như trên, đóng vai trò chính trị ở các địa phương và chịu sự điều khiển bởi một nhóm/đội lãnh đạo ở cấp cao hơn.

Tóm lại để thành phần nhóm làm việc trong dự án TQM cần có 1. Lãnh đạo/ đại diện lãnh đạo đơn vị. 2. Thành viên của đơn vị chủ trì (là đơn vị có vấn đề cần giải quyết). 3. Các đơn vị liên quan, có thể 1,2,3,4...tức vấn đề giải quyết cần có

ý kiến của đơn vị đó để công việc cần giải quyết nhanh nhất (Ví dụ giải quyết vấn đề chuyên môn mà có liên quan đến điều động nhân lực, bổ sung hoặc giảm bớt nhân lực thì ta cần có 1 đại diện của phòng nhân sự/TCCB...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Phan Văn Tường và CS (2015); Xây dựng nhóm làm việc, Quản lý chất lượng bệnh viện (Giáo trình tái bản lần 1), NXB YH, 2015, trang 85-95.
2. Phan Văn Tường và CS (2015), Quản lý chất lượng bệnh viện (Giáo trình tái bản lần 1), NXB Y học, 2015, tr. 107.
3. Phan Văn Tường (2016), Vũ Khắc Lương và CS, Giáo trình (tái bản) “Quản lý chất lượng bệnh viện”, NXB Lao động - Xã hội, 2010, Trang 145-156.
4. Phan Văn Tường và CS (1998), Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để giải quyết các vấn đề y tế tại 5 quận huyện thực địa của trường cán bộ quản lý Y tế năm 1998, Y học thực hành, số 2/1999, tr. 40-42.
5. Phan Văn Tường, Hà Thị Sâm, Phạm Thanh Tâm, Trần Khắc Quyền (1999), Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để nâng cao tỷ lệ bà mẹ thuộc đồng bào dân tộc H'Mông và Thái sử dụng gói đẻ sạch tại huyện Mù Căng Chải, tỉnh Yên Bái năm 1999, Y học thực hành, năm 2002, tháng, số 1, chuyên đề, tập 407, tr. 21-23.
6. Phan Văn Tường, Đánh giá chất lượng phục vụ bệnh viện thông qua sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện tư và bệnh viện công tỉnh An Giang năm 1999, Y học thực hành, năm 2002, tháng, số 1, chuyên đề, tập 407, tr. 13-15.

Tiếng Anh

1. CDC (1993), TQM Team Member Manual, US Department of Health and human services, CDC, USA.
2. CDC (1993), The quality advantage.
3. CDC (1993), Total quality management, Team member manual, SMDP, CDC.
4. CDC (1995), Improvement System - CDC.
5. CDC (1995), Total Quality management, the Quality Advantage - Total Quality.
6. CDC (1997), TQM Team Member Manual, US Department of Health and Human services, CDC, USA.

PHẦN II
CÁC BƯỚC THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG
TRONG BỆNH VIỆN (Theo cách tiếp cận TQM)

BÀI 3. BƯỚC 1.

LÝ DO TĂNG CƯỜNG CHẤT LƯỢNG/NÊU VẤN ĐỀ (REASON FOR IMPROVEMENT/ PROBLEM STATEMENT)

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Mô tả được các bước thực hiện phương pháp động não, biểu quyết nhiều lần để xác định vấn đề và vấn đề ưu tiên
2. Thực hiện được các bước thực hiện “Phương pháp động não – Brainstorming”, “Biểu quyết nhiều lần – Mutivoting”, “Bảng xác định ưu tiên để nêu được vấn đề và vấn đề ưu tiên”.
3. Sẵn sàng sử dụng hai phương pháp: “Phương pháp động não – Brainstorming”, “Biểu quyết nhiều lần”, “Bảng xác định ưu tiên để chọn vấn đề ưu tiên can thiệp” để xác định các vấn đề và vấn đề ưu tiên.

NỘI DUNG

I. CÁC HOẠT ĐỘNG CHÍNH

- Nghiên cứu vấn đề/chủ đề.
- Điều tra đối tượng phục vụ bên trong và bên ngoài.
- Xác định các vấn đề/ chủ đề mà nhóm làm việc (NLV) đã biết (động não).
- Xem xét lại các chỉ số.
- Phỏng vấn đối tượng liên quan.
- Xem xét các nhu cầu của đối tượng phục vụ để lựa chọn các vấn đề/ chủ đề
- Xác định mức độ có thể cải thiện của vấn đề.
- Xác định tác động của vấn đề.
- Xây dựng chương trình cho các hoạt động nâng cao chất lượng.
- Mô tả quy trình đã sử dụng trong giải quyết vấn đề/ chủ đề

Sử dụng các công cụ để mô tả vấn đề. Các công cụ này có thể chỉ ra cho chúng ta thấy vấn đề nằm ở đâu, khu vực nào? Ví dụ: *Sơ đồ diễn tiến (Flow chart)*** là một công cụ rất hữu ích trong việc xác định khu vực nào, khâu nào có vấn đề bằng cách mô tả các bước cụ thể của một quy trình làm việc. Thông thường, trong bước này chúng ta có một danh sách rất nhiều các vấn đề. Chúng ta có thể sử dụng phương pháp *Biểu quyết nhiều lần (Multi-voting)**** để hạn chế các vấn đề/ chủ đề ở mức có khả năng quản lý được, thường là từ 3 đến 5 vấn đề/ chủ đề. Phương pháp biểu quyết nhiều lần là phương pháp làm việc nhóm/đội quan trọng

giúp ích cho chúng ta xây dựng sự nhất trí của toàn nhóm/đội. Sau đó, chúng ta dùng *Bảng lựa chọn vấn đề/ chủ đề (Theme selection matrix)***** để chọn ra một số vấn đề cần giải quyết. Bảng lựa chọn vấn đề là một bảng cho điểm khi NLV đánh giá các vấn đề và cho điểm về sự tác động của vấn đề lên đối tượng phục vụ (vấn đề nào tác động một cách trực tiếp và mạnh lên đối tượng phục vụ (cả đối tượng phục vụ bên trong lẫn bên ngoài) thì có điểm cao, nhân với sự cần thiết của việc giải quyết vấn đề (tần số xuất hiện của vấn đề, tính nghiêm trọng của vấn đề). Trên thực tế, các bệnh viện thường nêu các vấn đề phổ biến ở Việt Nam như:

- Quá tải bệnh viện
- Thời gian chờ đợi khám bệnh lâu (Thường ở phòng khám, khu xét nghiệm và thanh toán bảo hiểm...)
- Thu nhập thấp
- Sự hài lòng của người bệnh
- Sự hài lòng của nhân viên bệnh viện
- Chưa minh bạch thông tin
- Công nghệ thông tin kém
- Hạ tầng cơ sở kém
- Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao vv...

Để chọn ra vấn đề cần giải quyết ta sử dụng bảng lựa chọn vấn đề sau:

Bảng 3.1. Bảng lựa chọn vấn đề/ chủ đề

Vấn đề/chủ đề	Đối tượng phục vụ	Tác động lên đối tượng phục vụ	Sự cần thiết cần phải giải quyết	Tích số
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Vấn đề 1	xxxxx	xx	xxxxxxxxx	yyy
Vấn đề 2	xxxxxxxxx	xxx	xxxxx	zzzz
Vấn đề 3	xxxxxxxxxxxxx	xxx	yyyyy	zzzzzz
....				
.....				

Thang điểm: 1: Không 2: Ít 3: Trung bình 4: Cao: 5: Rất cao

- Cột (1).Viết các vấn đề vào cột (1)

– Cột (2). **Đối tượng phục vụ:** nhiệm vụ của nhóm là phải xem vấn đề chúng ta định giải quyết tác động lên đối tượng phục vụ bên trong hay bên ngoài hoặc cả 2 đối tượng (bên trong và bên ngoài).

– Cột (3). **Tác động lên đối tượng phục vụ:** nhóm phải xác định mức độ tác động của vấn đề định giải quyết tác động lên đối tượng phục vụ ở mức độ nào; tác động ảnh hưởng nhiều hay ít, tùy theo mức độ từ 1 đến 5.

– Cột (4). **Sự cần thiết cần phải giải quyết:** nói lên tính cấp bách của vấn đề cần phải giải quyết, nếu không giải quyết sẽ phát sinh ra nhiều hậu quả phức tạp hoặc thiệt hại nghiêm trọng.

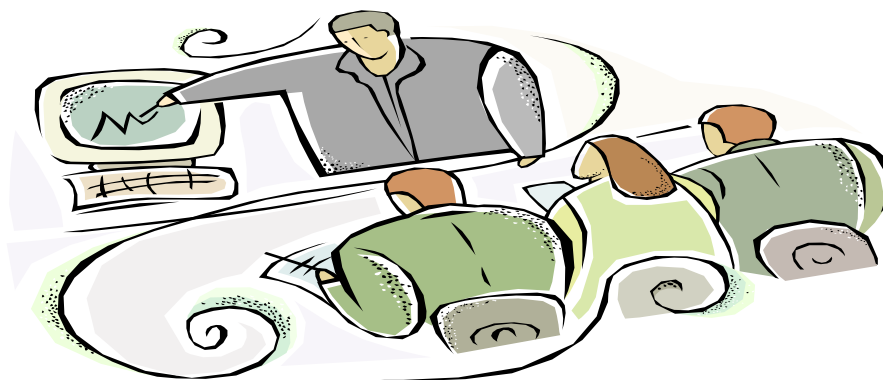
– Cột (5). **Tích số:** tích số cao thì được ưu tiên hơn.

Với bảng này các nhóm có thể chọn ưu tiên các nội dung can thiệp

II. PHƯƠNG PHÁP XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ

2.1. Phương pháp động não (Xem Phụ lục 2)

Phương pháp động não*



1. Phương pháp động não giúp một nhóm/đội có thể nhanh chóng làm rõ việc đánh giá các vấn đề/ chủ đề, độ lớn và ý nghĩa của chúng.
2. Các hoạt động của sự động não (sự làm rõ và đánh giá) phải được tiến hành cùng một lúc.
3. Động não chỉ nhấn mạnh đến số lượng các ý tưởng chứ không phải là chất lượng.
4. Đây là một kỹ thuật hữu ích để ghi lại các ý tưởng sáng tạo của nhóm/đội.

* Vì sao động não lại có ích?

Động não giúp cho việc tổng hợp “Những gì chúng ta đã biết” với nghĩa là một NLV, đồng thời kích thích sự tham gia và sáng tạo của các thành viên.

* Thực hiện phương pháp động não như thế nào?

1. Trước khi thực hiện phương pháp động não, người điều khiển phải nêu lên các bước và nguyên tắc của phương pháp động não cho các thành viên của nhóm/đội biết.

– Người điều khiển tuyên bố một vấn đề cần động não một cách chi tiết, thuật ngữ chính xác và làm cho mọi người có thể hình dung ra được.

- Một người được chọn để ghi lại một cách chọn lọc lên tờ giấy to ý kiến của mọi người.
- Công việc được tiến hành tiếp tục cho đến khi mọi người hết các ý kiến.

Nguyên tắc của phương pháp động não

- Tuyên bố mục đích động não.
- Mỗi một người đều có cơ hội như nhau để đưa ra ý kiến.
- Mỗi lần chỉ đưa ra một ý kiến.
- Không phê phán hoặc thảo luận các ý kiến đưa ra.
- Dễ dàng khi xem xét và thông qua các vấn đề/ chủ đề .
- Xây dựng vấn đề dựa trên các ý kiến người khác.
- Ghi lại các ý kiến khi các vấn đề mọi người đều dễ nhận thấy.

2. Trong giai đoạn làm rõ vấn đề (giai đoạn 2) của động não, toàn nhóm/đội thông qua danh mục các vấn đề để đảm bảo rằng tất cả các thành viên đều hiểu các vấn đề đã được nêu lên.

Không thảo luận các ý kiến (việc phê phán và bàn luận sẽ tiến hành trong giai đoạn đánh giá và trong thực hiện biểu quyết nhiều lần).

3. Cuối cùng, trong giai đoạn đánh giá (giai đoạn 3), cả nhóm/đội xem xét và loại trừ các ý kiến trùng lặp, các ý kiến không thực tế, và các vấn đề còn chưa có cơ sở chắc chắn.

*** Khi nào sử dụng phương pháp động não?**

Phương pháp động não được sử dụng như là một kỹ thuật tổng hợp thông tin để:

- Thu thập các cơ hội để cải thiện tình hình và lĩnh vực/chủ đề/vấn đề.
- Xác định các nguyên nhân có thể khi phân tích vấn đề bằng cách vẽ sơ đồ khung xương cá.
- Gợi ý các giải pháp có thể
- Xác định các thuận lợi và khó khăn.

Ví dụ: tại Bệnh viện Nhân dân 115 TP Hồ Chí Minh, sau khi thực hiện phương pháp động não nhóm đã liệt kê được các nội dung sau cần giải quyết¹⁴:

- Điều trị hiệu quả - an toàn.
- Ngày nằm viện còn dài.
- Nhân sự bác sĩ thiếu.
- Cần nâng cao trình độ chuyên môn.
- Thái độ giao tiếp chưa tốt.
- Cần tăng cường công tác NCKH.
- Cần triển khai KT mới.

¹⁴ Phan Văn Tường và CS. Giảm thời gian người bệnh chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu bụng ngoại khoa tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhân dân 115. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở Bệnh viện Nhân dân 115, TP.HCM.

- Thời gian chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu còn dài.
- Sử dụng nhân lực hiệu quả hiện có.
- Thời gian chờ mổ phiên.

2.2. Biểu quyết nhiều lần (Multivoting)

* Mục đích của biểu quyết nhiều lần.

Kỹ thuật biểu quyết nhiều lần là nhiều lần biểu quyết của các thành viên của nhóm/đội để giảm bớt các khoản/mục (khi nó quá lớn) xuống và thường còn 3-5 khoản/mục.

* Vì sao biểu quyết nhiều lần lại có ích?

Biểu quyết nhiều lần giúp để thực hiện nhanh chóng việc “giảm danh mục” các vấn đề với một sự nhất trí cao của cả nhóm/đội.

* Thực hiện biểu quyết nhiều lần như thế nào?

1. Lần biểu quyết thứ nhất - tất cả các thành viên biểu quyết hết các mục trong danh mục đã nêu lên và chỉ một lần biểu quyết cho một mục hoặc chủ đề/vấn đề (ví dụ: có 10 người sau đó khoanh tròn mục có từ 5 ý kiến đồng ý trở lên).

2. Biểu quyết lần hai - Tính số các khoản/mục còn lại. Lần này số lần biểu quyết của mỗi người bằng nửa số khoản/mục còn lại (ví dụ: có 6 khoản/mục còn lại cao hơn 5 phiếu thì mỗi người chỉ nhận được 3 lần biểu quyết trong lần 2). **Lưu ý:** trên thực tế có nhiều khi số vấn đề/ chủ đề ở số lẻ, ví dụ 7 thì $\frac{1}{2}$ của 7 là 3.5 thì ta nên lấy số lần biểu quyết chẵn và lớn hơn 3,5 tức là 4 lần biểu quyết.



3. Tiếp tục biểu quyết theo kiểu này cho đến khi danh mục chỉ còn 3 đến 5 vấn đề/ chủ đề. Các vấn đề/ chủ đề đó sẽ được phân tích sâu hơn. Nên nhớ rằng không bao giờ dùng biểu quyết nhiều lần để giảm xuống chỉ còn một vấn đề/ chủ đề

* Khi nào thì sử dụng biểu quyết nhiều lần?

Biểu quyết nhiều lần được sử dụng sau khi toàn nhóm/đội đã thảo luận và đưa ra một danh mục quá dài mà ta không có khả năng để phân tích, giải quyết tất cả. Biểu quyết nhiều lần thường được sử dụng để thu hẹp danh mục xuống chỉ còn 3 đến 5 vấn đề/ chủ đề.

III. BẢNG LỰA CHỌN CÁC VẤN ĐỀ/ CHỦ ĐỀ

3.1. Lựa chọn vấn đề/ chủ đề can thiệp

3.2. Bảng lựa chọn vấn đề/ chủ đề (Xem Bảng 3.3.)

* Bảng lựa chọn các vấn đề/ chủ đề là gì?

Bảng này giúp cho nhóm/đội có thể nhanh chóng lựa chọn các vấn đề/ chủ đề mà chúng ta sẽ tập trung giải quyết và bắt đầu thu thập thông tin. Sử dụng

bảng này sẽ giúp nhóm/đội chọn được vấn đề/ chủ đề cần phải tập trung giải quyết.

*** Bảng lựa chọn vấn đề/ chủ đề có ích như thế nào?**

Bảng này cho phép nhóm/đội phân loại các vấn đề/ chủ đề của nhóm/đội bằng cách xem xét sự tác động lên đối tượng phục vụ và sự cần thiết cần phải nâng cao vấn đề/ chủ đề. Như vậy, cả nhóm/đội mới tập trung sức lực cho việc nâng cao vấn đề/ chủ đề mà đối tượng phục vụ quan tâm.

Bảng biểu quyết nhiều lần nhóm làm việc xác định được 3-5 vấn đề mang tính quy trình. Từ những vấn đề này, nhóm sẽ sử dụng bảng lựa chọn vấn đề/ chủ đề để chọn một vấn đề để giải quyết. Mỗi vấn đề sẽ được đánh giá dựa trên các tiêu chí (1) tác động của vấn đề lên khách hàng và (2) nhu cầu cần cải thiện. Thang điểm đánh giá mức độ tác động/ nhu cầu cần giải quyết từ 1-5, trong đó 1 - không; 2 - ít; 3 - trung bình; 4 - nhiều; 5 - rất nhiều.

Tác động lên khách hàng: việc đánh giá tác động lên khách hàng cần dựa vào kiến thức của các thành viên nhóm và chú trọng vào mức độ tác động lên sự hài lòng của khách hàng. Những vấn đề gây tác động trực tiếp lên khách hàng bên trong và bên ngoài càng lớn thì điểm sẽ càng cao.

Nhu cầu cần cải thiện: việc đánh giá nhu cầu cần cải thiện cũng dựa trên kiến thức của các thành viên nhóm và dựa vào khoảng cách giữa thực tế và tiêu chuẩn đặt ra. Khoảng cách giữa thực tế và tiêu chuẩn đặt ra càng lớn, hay nói một cách khác độ lớn của vấn đề càng lớn thì điểm nhu cầu cần cải thiện vấn đề đó càng cao. Tuy nhiên, tiêu chí này còn dựa vào mức độ cấp bách của vấn đề cần giải quyết ngay hay trì hoãn được? Ví dụ một vấn đề không giải quyết ngay sẽ ảnh hưởng lớn đến đơn vị, hoặc gây thiệt hại lớn đối với đơn vị hoặc người bệnh...

Tích điểm: điểm tác động lên khách hàng nhân với điểm nhu cầu cần cải thiện sẽ cho tích điểm của từng vấn đề. Vấn đề nào có tích điểm cao nhất sẽ là vấn đề được chọn ưu tiên.

Đối với vấn đề được lựa chọn, nhóm làm việc cần xác định tiêu chuẩn thực hiện phù hợp cho quy trình và đo lường thực trạng với tiêu chuẩn thực hiện. Chú ý, các thành viên nhóm cần thống nhất với nhau về chỉ số chất lượng sẽ sử dụng để đo lường tiêu chuẩn thực hiện.

Nếu có khoảng cách giữa chỉ số chất lượng hiện tại với kì vọng, nhóm làm việc phải bắt tay giải quyết vấn đề. Nếu vấn đề được chọn không xác định được khoảng cách có thể đo lường thì nhóm cần chọn vấn đề ưu tiên khác.

Bảng 3.2. Bảng xác định ưu tiên để chọn vấn đề can thiệp¹⁵.

Vấn đề	Đối tượng	Tác động lên đối tượng(1)	Nhu cầu cần cải thiện (2)	Tích số (1)x(2)
Điều trị hiệu quả an toàn	Trong/ngoài	3	3	9
Nâng cao trình độ chuyên môn	Trong	3	2	6
Giảm thời gian chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu	Trong/ngoài	5	5	25
Thang điểm: 1-Không; 2-ít; 3-Trung bình; 4-Cao; 5-Rất cao				

*** Hướng dẫn**

- Với nhóm
 - + Liệt kê tại cột bên trái 3-5 vấn đề/chủ đề mang tính quy trình.
 - + Xác định khách hàng cho mỗi một vấn đề.
- Với thành viên nhóm
 - + Chấm điểm tác động lên khách hàng cho mỗi vấn đề theo thang điểm.
 - + Chấm điểm nhu cầu cần cải thiện cho mỗi vấn đề theo thang điểm 5.

Lưu ý:

- Chỉ chú trọng vào khách hàng bên ngoài.
- Thành viên nhóm có thể chấm điểm có số thập phân.
- Với nhóm
 - + Hỏi cả nhóm về điểm tác động lên khách hàng và nhu cầu cần cải thiện đối với từng vấn đề.
 - + Nếu các thành viên đều đồng ý một điểm nào đó thì lấy điểm đó làm điểm cuối cùng.
 - + Nếu các thành viên không đồng ý thì mỗi thành viên cho điểm và cộng lại chia trung bình.
- Tính tích điểm, sau đó chọn vấn đề có điểm cao nhất.

Bảng lựa chọn vấn đề/chủ đề

¹⁵ Phan Văn Tường và CS (2017). Giảm thời gian người bệnh chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu bụng ngoại khoa tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhân dân 115. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở Bệnh viện Nhân dân 115, TP HCM, YHTH 5/2017.

Bảng 3.3. Bảng lựa chọn vấn đề có tính đến điểm cá nhân và điểm nhóm

Các vấn đề/chủ đề	Khách hàng	Tác động lên khách hàng		Nhu cầu cần cải thiện		Tích điểm
		Điểm cá nhân	Điểm nhóm	Điểm cá nhân	Điểm nhóm	
* Thang điểm: 1 - Không; 2 - Ít; 3 - Trung bình; 4 - Nhiều; 5 - Rất nhiều						

Bài tập nhóm: Hãy chọn một đơn vị của các bạn, mà các bạn có nhiều thông tin nhất, thực hiện xác định vấn đề và vấn đề ưu tiên bằng các phương pháp: Động não, biểu quyết nhiều lần và sử dụng bảng lựa chọn vấn đề để xác định 3-5 vấn đề ưu tiên. Sau đó, đại diện nhóm sẽ trình bày trước lớp để mọi người góp ý hoàn thiện

BÀI 4. BƯỚC 2. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH (CURRENT SITUATION)

Sau khi xác định được vấn đề/chủ đề cần cải thiện trong bước 1, bước 2 tiếp theo làm thế nào để có được các thông tin và số liệu liên quan đến vấn đề đã lựa chọn từ đó **nêu được vấn đề** đang tồn tại thật rõ ràng. Sau đó, NLV xem xét lại nguồn lực về thời gian, nhân lực, vật lực, kinh phí.... để **định ra mục tiêu** khả thi trong khoảng thời gian nhất định. Vấn đề và mục tiêu được nêu ra phải hết sức cụ thể, đo lường được để khi kết thúc đề án ta có thể dễ dàng đánh giá được dựa vào con số cụ thể.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

Hiểu biết

1. Mô tả được nội dung thu thập thông tin để đánh giá vấn đề.
2. Phân tích được các cấu phần của nêu vấn đề và viết mục tiêu

Thực hành

3. Viết được nêu được vấn đề, mục tiêu, chỉ số chất lượng và công cụ thu thập thông tin.

Thái độ

4. Sẵn sàng tham gia vào việc đánh giá tình hình xác định: Nêu vấn đề, viết mục tiêu, chỉ số chất lượng và xây dựng công cụ thu thập thông tin.

NỘI DUNG

I. THU THẬP SỐ LIỆU ĐỂ ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH

Vì TQM là phương pháp giải quyết vấn đề có tính hệ thống và dựa vào số liệu, nên NLV cần dựa có số liệu, hay là những bằng chứng cụ thể về những nguyên nhân gây ra vấn đề để đưa ra những hoạt động cho phù hợp. Việc thu thập số liệu thực sự quan trọng trong quy trình giải quyết vấn đề, nếu không có số liệu chính xác về vấn đề thì nhóm sẽ không thể sử dụng được các công cụ của TQM.

Phương pháp và nguồn thu thập thông tin: NLV có thể thu thập thông tin từ nguồn sẵn có ví dụ như: tài liệu, ghi chép, sổ sách, báo cáo, tin tức trên các phương tiện thông tin đại chúng hoặc thu thập thêm thông tin bằng cách thực hiện cuộc điều tra. Ví dụ như phương pháp định lượng: Phỏng vấn, *bảng hỏi tự điền, khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm, bảng kiểm...* hoặc phương pháp định tính: *phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm...* Khi thu thập số liệu, cần lưu ý bảng thu thập số liệu nên thiết kế đơn giản, ít gây trở ngại những công việc thường ngày càng tốt, và số liệu thu thập phải miêu tả được vấn đề/quy trình đã xác định.

Trong bước này chúng ta có thể sử dụng các công cụ để thu thập thông tin và phân tích vấn đề như sau:

Bảng kiểm (Check - list) trong thu thập thông tin về Cái gì (Cái gì xảy ra?), Ai (Ai làm việc này? Ai nhận sản phẩm này? Ai chịu trách nhiệm về vấn đề này?) Nơi nào? Khi nào? (Thời gian nào? Tỷ lệ, tần suất xuất hiện?). Vấn đề xảy ra như thế nào? Bao nhiêu và bao lâu?

Sơ đồ diễn tiến (Flow chart) là một công cụ rất có ích trong việc xác định khu vực nào, khâu nào có vấn đề... Sơ đồ diễn tiến sẽ giúp chúng ta vẽ ra các bước cụ thể liên quan đến vấn đề đã được xác định. Trong trường hợp vấn đề được xác định ở Bước 1 là một vấn đề bao gồm nhiều cấu phần, NLV không thể giải quyết toàn bộ vấn đề ngay trong một khoảng thời gian cho phép thì chúng ta có thể sử dụng xác định ưu tiên các vấn đề để giải quyết thứ tự.

Biểu đồ Pareto (Pareto chart) để sắp xếp và thống kê các số liệu của từng cấu phần và công cụ này sẽ cho chúng ta thấy được cấu phần mấu chốt trong vấn đề cần giải quyết trước.

II. NÊU VẤN ĐỀ (Xem Phụ lục 2)

2.1. Mục đích/lợi ích

Giúp nêu vấn đề đúng và rõ ràng (đúng kỹ thuật)

2.2. Tiêu chuẩn của một vấn đề

Nhóm phải nêu được tình trạng hiện tại của vấn đề đó, có nghĩa là phải trả lời được 5 câu hỏi:

– WHO? - Đối tượng nào (Ai)?

– WHAT? - Vấn đề gì?

– WHEN? - Xảy ra khi nào?

– WHERE? - Diễn ra ở đâu?

– HOW MANY/HOW MUCH? - Bao nhiêu?

– Vấn đề nêu ra cần được cụ thể, đặc thù, có thể giải quyết được, tránh nêu vấn đề quá lớn, khó can thiệp.

– Vấn đề cũng cần phải đo lường được, tức là nêu được thực trạng của vấn đề thông qua những con số cụ thể, bao nhiêu và khi nào? Đồng thời nên tập trung vào sự thiếu hụt/khoảng cách giữa hiện tại và mong muốn đạt được.

2.3. Các bước nêu một vấn đề

– Dựa vào các tiêu chuẩn của một vấn đề và các thông tin đã thu thập được để nêu ra một vấn đề (hoặc mỗi thành viên tự đưa ra vấn đề của mình, hoặc cả nhóm cùng nhau đưa ra, hoặc một thành viên nêu ra thay cho cả nhóm).

– Xem xét và đi đến thống nhất.

– Kiểm tra lại xem vấn đề được nêu có trả lời được 5 câu hỏi trên không.

*** Ví dụ về nêu vấn đề**

Ví dụ: Tại bệnh viện X, 70% nhân viên Y tể tuân thủ rửa tay đúng quy trình vào tháng 12/2021.

Vấn đề được nêu lên để giải quyết là: 75% bệnh án điều trị nội trú của bệnh viện đa khoa Thọ Xuân đạt chuẩn quy định ở thời điểm tháng 3-2010¹⁶ hoặc “Thời gian chờ khám bệnh tại Khoa khám bệnh Bệnh viện A là 164,95 phút, tương đương khoảng 2 giờ 45 phút vào tháng 4/2014”¹⁷.

III. XÁC ĐỊNH MỤC TIÊU

3.1. Mục đích/lợi ích

Nêu mục tiêu là nêu ra điều mong muốn đạt được, sau khi đã cân nhắc tới những nguồn lực sẵn có và có thể huy động được như kinh phí, con người, trang thiết bị, thuốc và những vật liệu cần thiết. Ngoài ra, NLV cần xem xét một số điểm sau trước khi đưa ra mục tiêu cụ thể:

- Mức độ và khả năng thực hiện của NLV.
- Tiến độ thực hiện các công việc trước đây của nhóm.
- Mục tiêu có tính thách thức, tức là nhóm cần cố gắng nỗ lực thì mới đạt được trong một khoảng thời gian nhất định.

Mục tiêu là cơ sở để định hướng cho toàn bộ các bước tiếp theo, đồng thời cũng là cơ sở để đo lường kết quả sau khi đã thực hiện các biện pháp can thiệp. Ta có thể hình dung rằng mục tiêu là một điểm mốc mà ta phải đến, hay đạt được trên con đường dài để đạt đến đích lớn lao nào đó. Để đạt được đích cuối cùng này, ta có thể phải đề ra và đạt được nhiều mốc nhỏ hơn, đó chính là các mục tiêu.

3.2. Tiêu chuẩn của một mục tiêu

Mục tiêu cần đạt được 5 tiêu chuẩn **SMART** như sau:

- Specific - Tính cụ thể
- Measurable - Đo lường
- Attainable - Khả năng thực hiện
- Relevant - Tính thực tế
- Time bound - Khung thời gian

– **Đặc thù (Specific):** vấn đề gì, đối tượng nào, ở đâu, không lẫn vấn đề này với vấn đề khác.

– **Đo lường được (Measurable)** (bao nhiêu?): đo lường bằng chỉ số thích hợp, có thể quan sát, theo dõi, đánh giá được.

¹⁶ Quách Thị Lệ, Phan Văn Tường (2012), Đánh giá kết quả can thiệp “Tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án theo cách tiếp cận Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)” tại Bệnh viện Thọ Xuân Thanh Hóa, Y học thực hành, số 12, trang 42-45, năm 2012

¹⁷ Phan Văn Tường*, Chu Huyền Xiêm* và Trần Văn Minh, Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian chờ khám bệnh tại Khoa khám bệnh tại Bệnh viện Nga Sơn Thanh Hoa, năm 2013, Y học thực hành, số 7, trang 30-34, năm 2014.

– **Khả năng thực hiện** (Attainable) : có thể thực hiện được dựa vào nguồn lực sẵn có và những cản trở có thể vượt qua được. Tuy nhiên, mục tiêu cũng cần có tính thách thức để NLV cần có nỗ lực tối đa để đạt được.

– **Thiết thực, phù hợp (Relevant)**: khi nhóm đạt được mục tiêu đề ra sẽ góp phần giải quyết được vấn đề góp phần vào việc nâng cao chất lượng của tổ chức/đơn vị.

– **Thời gian (Time bound)**: đạt được những điều mong muốn/công việc đã đề ra vào một khoảng thời gian nhất định.

*** Ví dụ về nêu mục tiêu**

Ví dụ: Tăng tỷ lệ người bệnh nội trú hài lòng với chất lượng KCB tại Bệnh viện X từ 70% (6/2021) lên đến 90% (12/2021).

hoặc “Giảm thời gian chờ khám bệnh tại Khoa khám bệnh 164,95 phút (tháng 10/2013), xuống còn 130 phút (tháng 1/2014) tại Bệnh viện Đa khoa Nga Sơn tỉnh Thanh Hóa”¹⁸.

3.3. Lưu ý

Sau khi nêu mục tiêu, NLV cần kiểm tra lại xem mục tiêu đó đã đạt được tiêu chuẩn SMART chưa.

GHI NHỚ - BƯỚC 2: ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH

- Xác định và thu thập số liệu phù hợp để hiểu rõ được vấn đề đang tồn tại.
- Sơ đồ hóa quy trình của vấn đề bằng công cụ dễ nhận biết.
- Minh họa tình hình hiện tại bằng các dạng bảng, đồ thị, biểu đồ.
- Nêu *Vấn đề* rõ ràng (đảm bảo trả lời được 5 câu hỏi).
- Xây dựng *Mục tiêu*: nêu rõ mục tiêu dựa vào các chỉ số thực hiện, đồng thời phải đạt được tiêu chuẩn SMART.

Bài tập làm việc nhóm: Hãy dựa vào vấn đề can thiệp đã xác định ở bài tập trước, nhóm xác định các chỉ số, thông tin cần thu thập, thiết kế bộ công cụ thu thập thông tin từ các nguồn thông tin để nêu vấn đề, xác định mục tiêu can thiệp. Sau đó, đại diện nhóm sẽ trình bày trước lớp để mọi người góp ý hoàn thiện.

¹⁸ Phan Văn Tường*, Chu Huyền Xiêm* và Trần Văn Minh, Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian chờ khám bệnh tại Khoa khám bệnh tại Bệnh viện Nga Sơn Thanh Hoa, năm 2013, Y học thực hành, số 7, trang 30-34, năm 2014.

BÀI 5. BƯỚC 3. PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi giải quyết một vấn đề nào đó, hầu hết người quản lý phải giải quyết mâu thuẫn là vấn đề thường rất lớn, trong khi nguồn lực lại hạn chế, nên việc cân nhắc đến việc đầu tư vào đâu? Và đầu tư thế nào để đạt được hiệu quả cao nhất vẫn là một câu hỏi thường xuyên cho các nhà quản lý.

Muốn biết được đầu tư vào đâu để giải quyết vấn đề có hiệu quả, trước hết chúng ta phải biết được nguồn gốc cơ bản của vấn đề là ở đâu, bộ phận nào? Mức độ tác động của nó ra sao? Nguyên nhân có thể do môi trường hay tập quán? Do phương tiện, trang thiết bị hay con người? Do phân bổ nguồn lực không hợp lý hay do các yếu tố khác?

Việc phân tích để xác định xem nguyên nhân nào gây ra vấn đề là hết sức quan trọng vì từ các nguyên nhân thực tế đó mới có thể đưa ra các giải pháp phù hợp để giải quyết vấn đề mà tổ chức mình đang gặp phải. Chỉ có cách giải quyết các nguyên nhân gốc rễ thì vấn đề mới được cải thiện hoặc giải quyết và kết quả đạt được mới có khả năng duy trì, tránh tình trạng tái diễn lại vấn đề.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Mô tả được các bước phân tích vấn đề theo “Sơ đồ khung xương cá (Fishbone Diagram)”
2. Thực hành phân tích được một vấn đề cụ thể để tìm ra các nguyên nhân gốc rễ.
3. Sẵn sàng tham gia vào việc phân tích các vấn đề sức khỏe theo sơ đồ khung xương cá (Fishbone Diagram) để tìm nguyên nhân gốc rễ.

NỘI DUNG

I. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp để phân tích vấn đề, chúng ta có thể sử dụng 2 phương pháp cơ bản sau:

- Cây vấn đề (Problem Tree)
- Sơ đồ khung xương cá (Fishbone Diagram)

Về nguyên tắc cơ bản, hai phương pháp này đều giống nhau là dựa trên “*Kỹ thuật nhưng tại sao?*” (*But Why Technique?*) chỉ khác nhau về hình thức tiếp cận và đều đi đến kết quả là tìm được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.

Khi làm việc với chuyên gia CDC và các chuyên gia quốc tế họ đều đề cập Phương pháp 5 why. 5 why được Sakichi Toyoda (là người sáng lập nên Toyota Industries cha đẻ của cuộc cách mạng công nghiệp Nhật Bản, đã phát triển phương pháp này từ những năm 1930) để tìm ra nguyên nhân gốc rễ. Tuy nhiên, khi thực

hành thực tế lại không hẳn như vậy. Có một số vấn đề chỉ cần hỏi 2-3 lần là đến được NNGR, tuy nhiên có một số vấn đề phải hỏi 5 đến 7 lần mới tìm ra NNGR. Từ đó, chúng tôi có cách tiếp cận khác, đó là chúng ta hãy đưa ra định nghĩa/khái niệm nguyên nhân gốc rễ là gì, còn khi có định nghĩa rồi thì không còn băn khoăn là cần hỏi mấy lần vì sao/ WHY?

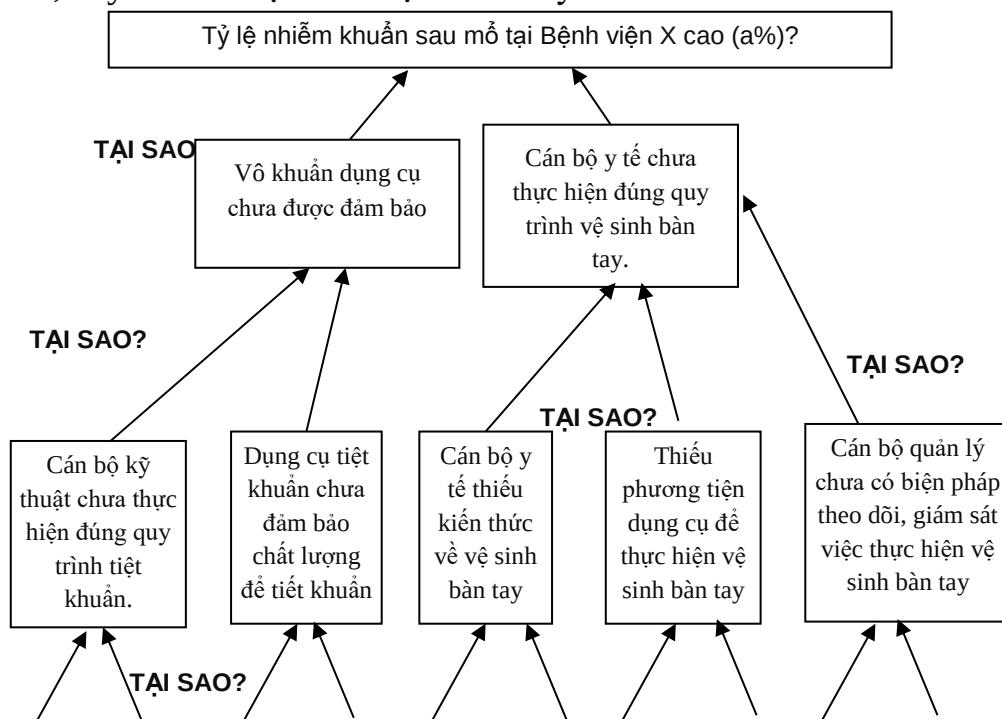
Định nghĩa/khái niệm như sau: ***là nguyên nhân cụ thể, có thể bằng một hoạt động có thể giải quyết được hoặc góp phần làm giảm vấn đề cần giải quyết.***

Ví dụ: Người nhân viên Y tế có rửa tay nhưng không đúng quy trình vì họ thiếu hiểu biết về quy trình rửa tay thường quy. Họ thiếu kiến thức là do người quản lý không lập kế hoạch đào tạo về việc rửa tay thường quy. Ở đây chưa có kế hoạch đào tạo - hướng dẫn rửa tay thường quy là NNGR. Vì chỉ cần có kế hoạch đào tạo - hướng dẫn rửa tay thường quy thì vấn đề sẽ được cải thiện và có thể giải quyết.

1.1. Kỹ thuật nhưng tại sao? ("But why?" technique)

Kỹ thuật này giúp cho nhóm làm việc đi sâu vào phân tích nguồn gốc của vấn đề và dễ thống nhất cách phân tích để tìm ra nguyên nhân gốc rễ của vấn đề cần giải quyết.

Sau khi xác định được vấn đề, có thể thực hiện phân tích tìm nguyên nhân gốc rễ bằng cách đặt câu hỏi: nhưng tại sao? Cứ tiếp tục hỏi cho đến khi đến một hoạt động nào đó chưa làm tốt hoặc chưa được làm đó là nguyên nhân gốc rễ. Để dễ hiểu, hãy xem ví dụ minh họa dưới đây:



Hình 5.1. Ví dụ về kỹ thuật *nhưng tại sao*

Tiếp tục chúng ta trả lời câu hỏi: Nhưng tại sao? để đi đến một hoạt động nào đó chưa làm tốt hoặc chưa được làm đó là nguyên nhân gốc rễ (là nguyên nhân có thể can thiệp được).

Sơ đồ xương cá là một trong rất nhiều kỹ thuật được sử dụng trong quá trình giải quyết vấn đề để cải tiến chất lượng. Trong quy trình này, nó được sử dụng trong bước 3 nhằm để phân tích vấn đề tìm ra các nguyên nhân gốc rễ của vấn đề đó. Sơ đồ xương cá là một bức tranh mô tả mối quan hệ logic giữa một vấn đề và các nguyên nhân gây ra vấn đề.

1.2. Phương pháp phân tích tìm nguyên nhân theo “Sơ đồ khung xương cá” (Fishbone Diagram)

Gồm các bước sau:

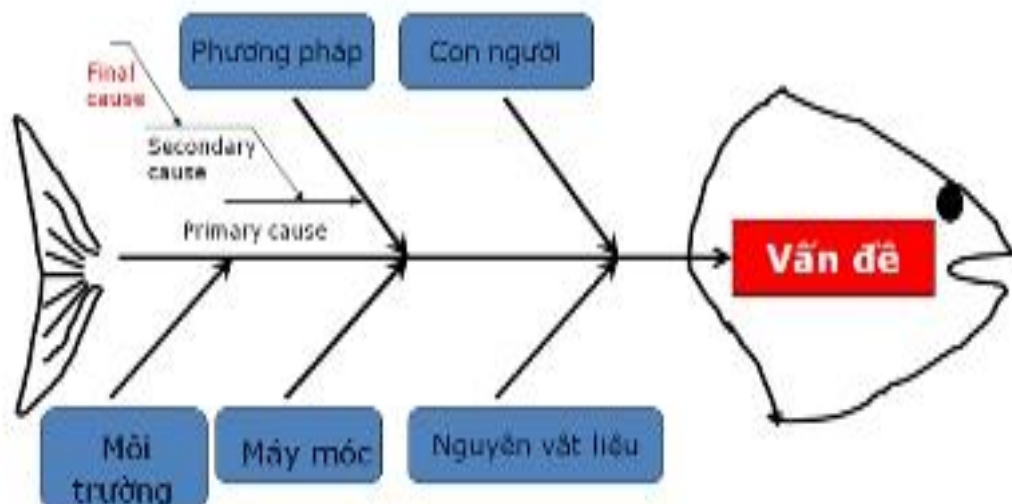
Bước 1: Vẽ mô hình khung xương cá: gồm đầu cá và trục xương chính, trục xương chính vẽ từ trái sang phải.

Bước 2: Viết nêu vấn đề cần giải quyết vào đầu cá (nên nêu rõ số liệu cụ thể).

Bước 3: Xác định các xương chính (các yếu tố chủ yếu liên quan đến vấn đề). Có hai cách để xác định các xương chính này.

Cách 1: Phân loại chung nguồn gốc nguyên nhân dựa trên phân loại theo các yếu tố trong ví dụ sau:

1. Con người
2. Phương pháp
3. Máy móc
4. Nguyên vật liệu
5. Môi trường



Hình 5.2..Sơ đồ khung xương cá

Ví dụ: Trong một cơ quan có nhiệm vụ cung ứng thuốc cho các cơ sở y tế đang gặp phải một vấn đề. Việc phân phối thuốc, trang thiết bị y tế đến các cơ sở y tế chậm trễ. Các yếu tố chính gây ra vấn đề được đưa ra như sau:

Bảng 5.1. Các yếu tố chính gây ra vấn đề

Phân loại chung	Yếu tố chính
1. Con người	1. Người lái xe
2. Phương pháp	2. Quá trình phân phối thuốc
3. Máy móc	3. Ô tô vận chuyển
4. Nguyên liệu	4. Thuốc, trang thiết bị y tế
5. Môi trường	5. Đoạn đường đi đến các cơ sở y tế

Các yếu tố: người lái xe, quá trình phân phối thuốc, ô tô vận chuyển, thuốc trang thiết bị y tế, đoạn đường đi đến các cơ sở y tế được coi là các xương chính của Sơ đồ khung xương cá. Với phương pháp này Bệnh viện Thọ Xuân đã xác định các nguyên nhân gốc rễ sau đây¹⁹:

- HĐKH chưa xây dựng và phổ biến phác đồ điều trị chuẩn.
- Chưa chủ động kế hoạch nhân lực bác sĩ.
- Chưa xây dựng lịch trình bệnh án.
- Chưa có cách phù hợp để cập nhật thông tin được lâm sàng.
- Chưa xây dựng bảng kiểm chấm BA.
- Chưa có cơ chế thưởng phạt nghiêm minh về thực hiện quy chế ghi chép bệnh án.

Cách 2: Dùng phương pháp động não để liệt kê tất cả những nguyên nhân có thể gây ra vấn đề. Sau khi đưa ra danh sách các nguyên nhân, ta sắp xếp lại những ý kiến có đặc tính nổi bật gần giống nhau thành nhóm nguyên nhân và đặt tên cho nhóm này, rồi coi mỗi nhóm là một xương chính.

Ví dụ: Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ cao 2%.

¹⁹Quách Thị Lệ, Phan Văn Tường (2012), Đánh giá kết quả can thiệp “Tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án theo cách tiếp cận Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)” tại Bệnh viện Thọ Xuân Thanh Hóa, Y học thực hành, số 12, trang 42-45, năm 2012.

Bằng phương pháp động não, tất cả các thành viên đưa ra tất cả những nguyên nhân có thể làm cho tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ cao:

1. Do cán bộ y tế không có đủ kiến thức về quy trình vô khuẩn.
2. Do lò hấp không đủ nhiệt độ để tiệt khuẩn.
3. Do cán bộ y tế chuẩn bị vệ sinh người bệnh chưa tốt.
4. Do phòng mổ chưa đảm bảo tiêu chuẩn về xây dựng.
5. Do quá trình vận chuyển dụng cụ mổ chưa đảm bảo vô khuẩn.
6. Do chăm sóc hậu phẫu chưa tốt.
7. Do người bệnh chuyển đến quá chậm.

Sau đó, ta ghép nhóm những nguyên nhân có đặc điểm chung như sau:

1. Do cán bộ y tế:

- * Do cán bộ y tế không có đủ kiến thức về quy trình vô khuẩn.
- * Do cán bộ y tế chuẩn bị vệ sinh người bệnh chưa tốt.
- * Do chăm sóc hậu phẫu chưa tốt.

2. Do tiêu chuẩn kỹ thuật:

- * Do lò hấp không đủ nhiệt độ để tiệt khuẩn.
- * Do phòng mổ chưa đảm bảo tiêu chuẩn về xây dựng.

3. Nguyên nhân khác:

- * Do người bệnh chuyển đến quá chậm.
- * Do quá trình vận chuyển dụng cụ mổ chưa đảm bảo vô khuẩn.

Nếu như có thể xác định được mức độ tác động của các xương chính đến vấn đề, ta nên sắp xếp xương có tác động nhiều đến vấn đề gần đầu cá. Việc sắp xếp các xương theo mức độ ưu tiên như trên rất có ý nghĩa khi ta đã hoàn thành sơ đồ khung xương cá, khi một ai đó xem xét và đánh giá lại. Việc sắp xếp theo mức độ ưu tiên như trên giúp cho người xem hiểu được quá trình phân tích một cách logic và từ đó có thể đưa ra ý kiến đóng góp tốt hơn cho NLV.

Bước 4: Phân tích và tìm nguyên nhân gốc rễ bằng cách liên tục đặt câu hỏi “Tại sao”

- * Tại sao điều này xảy ra?
- * Tại sao vấn đề này tồn tại?

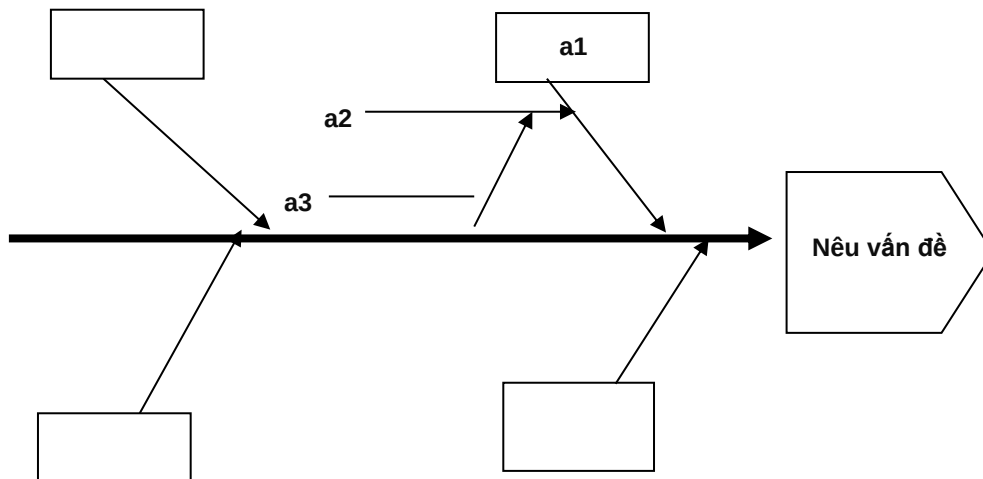
Đây là một kỹ thuật đơn giản nhưng lại có giá trị cao. Mục tiêu của kỹ thuật này nhằm giúp xác định được mọi nguyên nhân của vấn đề. Một câu hỏi được đặt ra: Đến nguyên nhân nào thì ngừng không hỏi nữa? Theo kinh nghiệm, người ta thường hỏi câu hỏi tại sao từ 3-5 lần tùy tính chất của vấn đề. Tuy nhiên, đó không

phải là quy định bắt buộc và có thể dựa vào khái niệm NNGR đã trình bày trên để quyết định hỏi mấy lần.

Khi phân tích ta phải phân tích một cách hết sức logic theo cả hai chiều:

* Tại sao a1 xảy ra? Bởi vì a2? Hỏi tiếp tại sao a2 xảy ra? Bởi vì a3

* Và sau đó phải hỏi ngược lại: Có phải a3 gây ra a2 không? Có phải a2 gây ra a1 không?



Hình 5.3. Sơ đồ khung xương cá

Khi phân tích theo cả hai chiều như trên ta sẽ tránh được những suy luận phi logic, và như vậy, ta đã kết thúc việc phân tích được một chuỗi logic. Sau đó phân tích các xương chính còn lại theo cách phân tích logic như trên.

Bước 5: Xác định nguyên nhân gốc rễ

Trong số các nguyên nhân gốc rễ được tìm ra ở bước 4, nhóm làm việc phải xác định những nguyên nhân thực sự gây ra vấn đề và là những nguyên nhân có khả năng giải quyết trong phạm vi của nhóm. Sau đó khoanh tròn hoặc vẽ hình đám mây vào các nguyên nhân gốc rễ đã được xác định.

Trong phân tích khó khăn nhất là chúng ta cần xác định được đâu là nguyên nhân gốc rễ, theo một số tác giả người phân tích phải hỏi vì sao 3 đến 4 lần thì sẽ đến nguyên nhân gốc rễ. Tuy nhiên, kết quả không được chính xác vì tùy theo lúc chúng ta hỏi vấn đề đang ở đâu?

Để thuận lợi hơn, theo Phan Văn Tường thì khái niệm nguyên nhân gốc rễ có thể được hiểu như sau: ***là nguyên nhân cụ thể có thể bằng một hoạt động có thể giải quyết được hoặc góp phần làm giảm vấn đề cần giải quyết.***

Ví dụ:

Câu hỏi: Vì sao người bệnh không uống thuốc đầy đủ trong bệnh viện?

Câu trả lời: Do người bệnh không biết tầm quan trọng của việc uống thuốc đầy đủ;

Câu hỏi: Vì sao người bệnh không biết tầm quan trọng của uống thuốc đầy đủ?

Câu trả lời: Đó là do khi cho thuốc cán bộ y tế không tư vấn đầy đủ cho người bệnh.

Câu hỏi tiếp: Vì sao cho thuốc cán bộ y tế không tư vấn đầy đủ cho người bệnh.

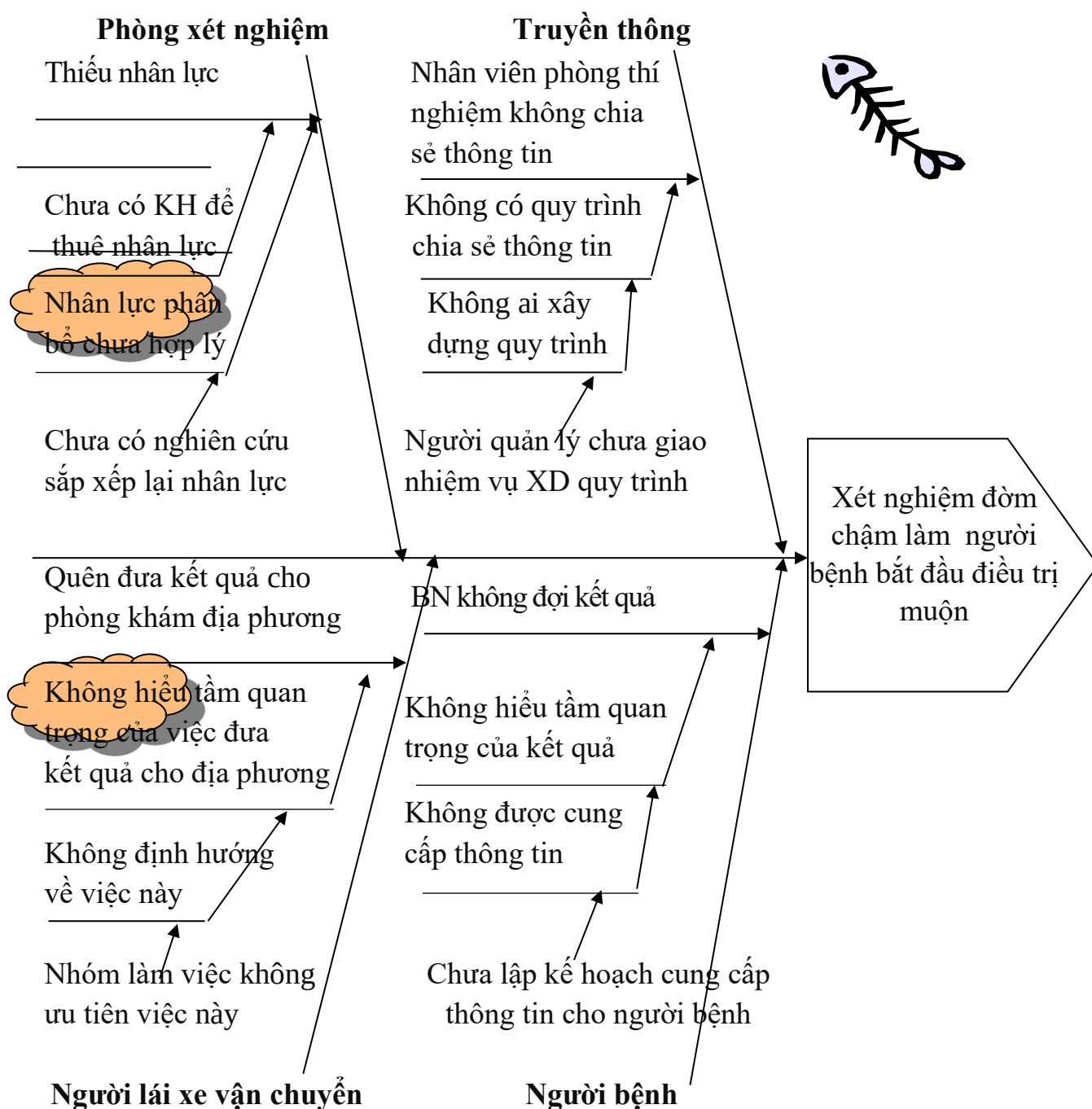
Câu trả lời: Vì trong quy trình khám bệnh kê đơn chưa có mục bắt buộc khi cho thuốc cán bộ y tế phải tư vấn đầy đủ cho người bệnh.

Đến đây ta đã biết rõ: Quy định phải tư vấn cho người bệnh là một nguyên nhân gốc rễ của việc người bệnh không uống thuốc đầy đủ trong bệnh viện? Giải quyết nguyên nhân gốc rễ này chỉ cần giao nhiệm vụ cho một đơn vị chức năng xây dựng quy định tư vấn và đưa vào trong quy định bắt buộc của quy trình khám bệnh kê đơn của bác sỹ thì vấn đề được giải quyết.

Bước 6: Xác minh lại nguyên nhân gốc rễ

Sau khi hoàn thành xong khung xương cá, dựa trên những số liệu sẵn có nhóm/đội sẽ xác minh các nguyên nhân gốc rễ dựa vào các thông tin và số liệu có sẵn hoặc thu thập thêm để chứng minh nguyên nhân gốc rễ là có thật (có thể dùng các phương pháp nghiên cứu như tiến hành các cuộc điều tra nhỏ, phỏng vấn trực tiếp các đối tượng phục vụ hoặc phương pháp thảo luận nhóm tập trung). Chú ý: Trong trường hợp sơ đồ khung xương cá quá phức tạp, ta nên tách một xương hình thành một sơ đồ xương cá mới.

Sơ đồ khung xương cá sau khi hoàn thành không có nghĩa là cứ cố định như vậy. Trong khi tiến hành các bước tiếp theo của quy trình cải thiện vấn đề, NLV có thể cập nhật khung xương cá bất cứ lúc nào khi thu thập thêm được dữ liệu chứng minh là sơ đồ cần chỉnh sửa để phù hợp hơn với thực tế. Ví dụ về một phân tích vấn đề (*Hình 5.3*) Trong *Hình 5.3. Để minh chứng NNGR là có thật và độ lớn của nó như thế nào, nhóm làm việc phải thu thập chứng cứ. Qua thu thập 100% sự kiện lỗi thì 46% không mang sổ giao nhận, 20% nhân viên Khoa vi sinh không kịp thời, 20% người đưa mẫu không chờ để giao mẫu...*



Hình 5.4. Sử dụng sơ đồ khung xương cá xác định nguyên nhân gốc rễ

Nguồn: CDC Atlanta 1997

Ví dụ về xác minh nguyên nhân gốc rễ (Xem Phụ lục 3)

Bài tập làm việc nhóm: Dựa vào bài tập bài trước, nhóm sử dụng phương pháp phân tích vấn đề theo sơ đồ khung xương cá để xác định các nguyên nhân gốc rễ và thiết kế cách xác minh tính thực tế của nguyên nhân gốc rễ. Sau đó đại diện nhóm sẽ trình bày trước lớp để mọi người góp ý hoàn thiện

BÀI 6. BƯỚC 4. LỰA CHỌN GIẢI PHÁP VÀ PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN VÀ KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Mô tả được nội dung của khung xác định giải pháp và lựa chọn phương pháp thực hiện
2. *Sử dụng được* khung xác định giải pháp và lựa chọn phương pháp thực hiện ở một tình huống cụ thể.
3. Viết được kế hoạch hoạt động dựa trên giải pháp và phương pháp thực hiện đã lựa chọn.
4. Sẵn sàng tham gia vào việc xác định giải pháp và lựa chọn phương pháp thực hiện

NỘI DUNG

I. LỢI ÍCH

Giúp NLV thấy được mối quan hệ giữa vấn đề, nguyên nhân gốc rễ và các giải pháp. Đồng thời Bảng lựa chọn giải pháp giúp nhóm phân tích, đánh giá và đảm bảo rằng các giải pháp được lựa chọn thực sự giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.

II. CÁCH XÂY DỰNG BẢNG LỰA CHỌN GIẢI PHÁP VÀ PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

Bước 1: Tìm giải pháp

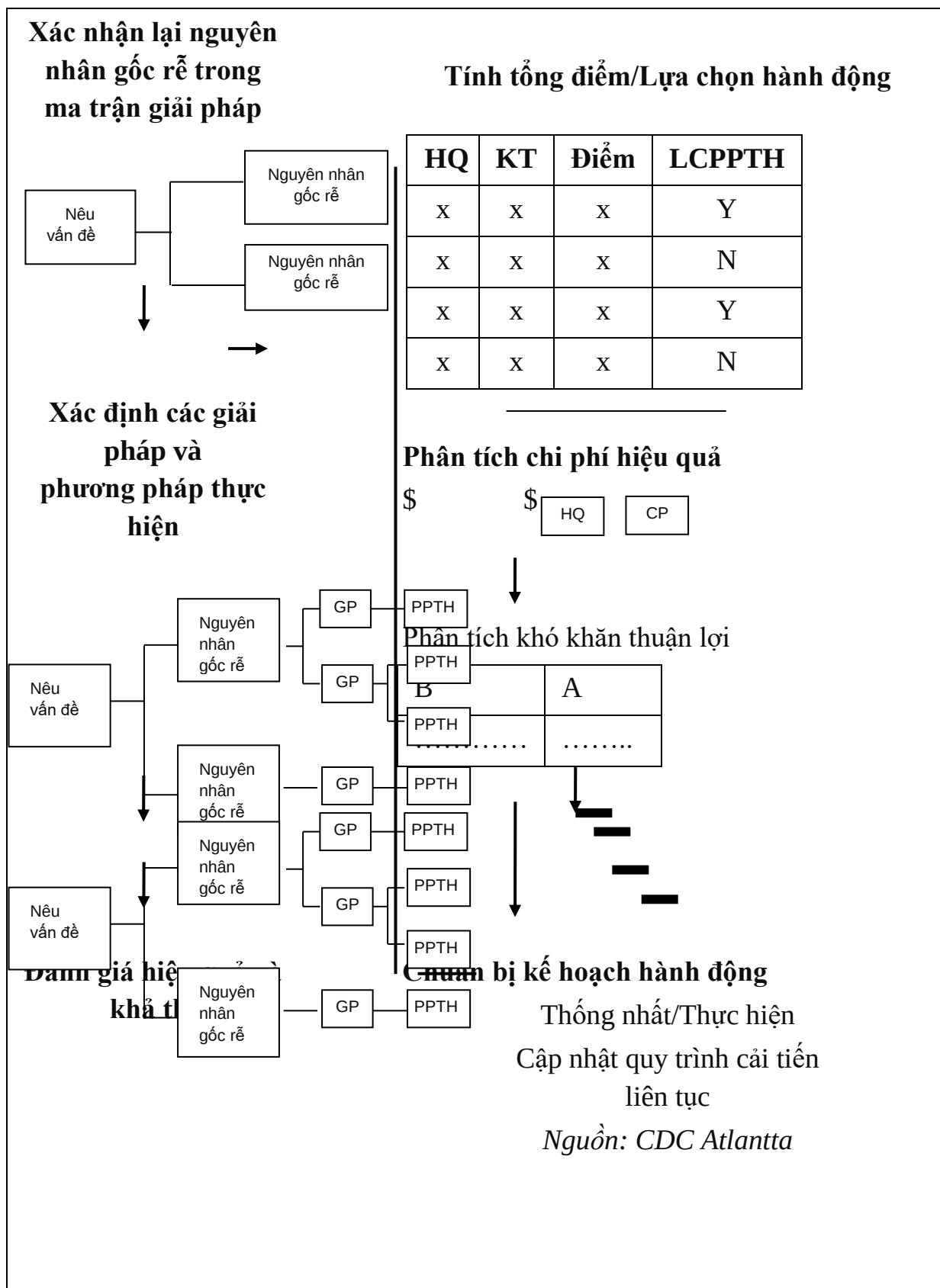
– *Khái niệm giải pháp* : *Giải pháp* giúp trả lời câu hỏi: “Chúng ta phải làm gì để giải quyết NNGR”

– *Nguyên tắc*: Nguyên nhân gốc rễ nào - Giải pháp đó

Mỗi nguyên nhân gốc rễ có thể có một hay nhiều giải pháp tương ứng để giải quyết, song nhóm chỉ chọn những giải pháp đáp ứng được các tiêu chuẩn đã nêu ở trên.

Bảng 6.1. Ví dụ xác định giải pháp cho vấn đề: người bệnh lao không thực hiện đúng quy trình điều trị hóa trị liệu (DOT)

Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp
1. Chưa cung cấp thông tin cho người bệnh về tầm quan trọng của sử dụng thuốc đúng quy trình của DOT.	1. Cung cấp thông tin cho người bệnh về tầm quan trọng của sử dụng thuốc đúng quy trình của DOT.
2. Người bệnh không nhớ thời gian phải xét nghiệm đờm lại trong quy trình điều trị.	2. Nhắc nhở người bệnh thời gian phải xét nghiệm đờm lại trong quy trình điều trị.
3. Chưa đào tạo thường xuyên cho nhân viên về nội dung tư vấn khi cho thuốc điều trị theo liệu pháp hóa trị liệu ngăn ngừa DOT.	3. Tổ chức đào tạo thường xuyên cho nhân viên nội dung tư vấn khi cho thuốc điều trị theo liệu pháp hóa trị liệu ngăn ngừa DOT.



Hình 6.1. Bảng quy trình xác định giải pháp và phương pháp thực hiện
Bước 2: Xác định phương pháp thực hiện

– *Phương pháp thực hiện: Giải pháp chúng ta phải trả lời WHAT to do? Thì phương pháp thực hiện chúng ta cần trả lời câu hỏi HOW TO DO? có nghĩa là: Chúng ta làm như thế nào để thực hiện giải pháp đó?*

– Mỗi giải pháp có một hoặc nhiều phương pháp thực hiện tương ứng.

Ví dụ:

Bảng 6.2. Bảng giải pháp và phương pháp thực hiện

Giải pháp	Phương pháp thực hiện
1. Cung cấp thông tin cho người bệnh về tầm quan trọng của sử dụng thuốc đúng quy trình của DOT.	1.1. Cung cấp thông tin cho người bệnh thông qua truyền thông trên báo an ninh thủ đô. 1.2. Truyền thông trực tiếp cho người bệnh khi kê đơn ở phòng khám. 1.3. Cung cấp thông tin cho người bệnh thông qua tờ rơi phát cho người bệnh khi khám bệnh.
2. Nhắc nhở người bệnh thời gian phải xét nghiệm đờm lại trong quy trình điều trị.	2.1. Nhắc nhở người bệnh thời gian phải xét nghiệm thông qua cán bộ y tế xã/phường. 2.2. Nhắc nhở người bệnh thời gian phải xét nghiệm thông qua điện thoại. 2.3. Nhắc nhở người bệnh thời gian phải xét nghiệm thông qua người thân.
3. Tổ chức đào tạo cho nhân viên nội dung tư vấn khi cho thuốc điều trị theo liệu pháp hóa trị liệu ngăn ngày DOT	3.1. Tổ chức đào tạo cho nhân viên nội dung tư vấn khi cho thuốc điều trị theo liệu pháp hóa trị liệu ngăn ngày DOT thông qua giao ban hàng tuần. 3.2. Tổ chức đào tạo cho nhân viên nội dung tư vấn khi cho thuốc điều trị theo liệu pháp hóa trị liệu ngăn ngày DOT thông qua đào tạo định kỳ hàng quý. 3.3. Tổ chức học tập cho nhân viên nội dung tư vấn khi cho thuốc điều trị theo liệu pháp hóa trị liệu ngăn ngày DOT thông qua các cuộc thi tìm hiểu chuyên môn.

Bước 3: Chấm điểm hiệu quả cho mỗi phương pháp thực hiện (Xem bảng 6.1, 6.2)

Cách cho điểm hiệu quả của phương pháp thực hiện dựa vào việc đánh giá xem phương pháp thực hiện đó sẽ làm giảm nguyên nhân gốc rễ tới mức nào. Phương pháp thực hiện nào có hiệu quả cao hơn thì cho điểm cao hơn.

Mức độ hiệu quả của phương pháp thực hiện thường được cho điểm từ 1-5:

Điểm 1: không hiệu quả

Điểm 2: hiệu quả kém

Điểm 3: hiệu quả trung bình

Điểm 4: hiệu quả khá

Điểm 5: hiệu quả cao

Dựa vào biểu quyết của các thành viên trong nhóm để chọn điểm hiệu quả cho mỗi phương pháp thực hiện. Có hai cách tính điểm các thành viên trong nhóm:

Cách 1: Nhóm thảo luận và đưa ra các lý do cho điểm và thống nhất một điểm chung cho cả nhóm.

Cách 2: Từng người đưa ra điểm và lý do cho điểm của mình và sau đó cộng điểm của tất cả mọi người lại rồi chia trung bình. Cách này giúp cho việc nhanh chóng đưa đến ý kiến thống nhất trong toàn nhóm.

Bước 4: Chấm điểm khả thi cho mỗi phương pháp thực hiện

Cách cho điểm khả thi của phương pháp thực hiện dựa vào các yếu tố như thời gian, chi phí, sự chấp nhận công việc,... cần thiết để thực hiện các phương pháp thực hiện. Phương pháp thực hiện nào có tính khả thi cao hơn thì cho điểm cao hơn.

Mức độ khả thi và các bước thực hiện giống như bước chấm điểm hiệu quả.

Bước 5: Tính tích số điểm hiệu quả với điểm khả thi

Kết quả khi nhân điểm hiệu quả với điểm khả thi sẽ được sử dụng làm căn cứ để lựa chọn ra những phương pháp thực hiện mà chúng ta thấy phù hợp.

Bước 6: Chọn phương pháp thực hiện

Chọn những phương pháp thực hiện có số điểm cao hơn điểm mốc do nhóm quy định bằng cách viết “Có” hoặc “Không” vào cột “Hoạt động”. Nếu chương trình có đủ nguồn lực thì có thể đạt được mục tiêu trong một khoảng thời gian ngắn hơn bằng cách triển khai nhiều phương pháp thực hiện cùng một lúc, và các phương pháp thực hiện được triển khai tới nhiều nhóm quần thể đích khác nhau. Tuy nhiên, nếu nguồn lực không dồi dào thì tốt nhất hãy nên tập trung triển khai một số giải pháp cho tốt, hơn là phân tán các nguồn lực để thực hiện nhiều giải pháp. Trình tự thực hiện phương pháp có thể dựa vào cột tích số: điểm cao làm trước, điểm thấp làm sau.

Chúng ta có thể tóm tắt như sau:

Giải pháp trả lời câu hỏi: Làm gì để giải quyết vấn đề

Phương pháp thực hiện trả lời câu hỏi: Làm bằng cách nào?

VÍ DỤ VỀ BẢNG LỰA CHỌN GIẢI PHÁP

Dự án: Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian chờ đợi của người bệnh tại Khoa Khám Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2014.

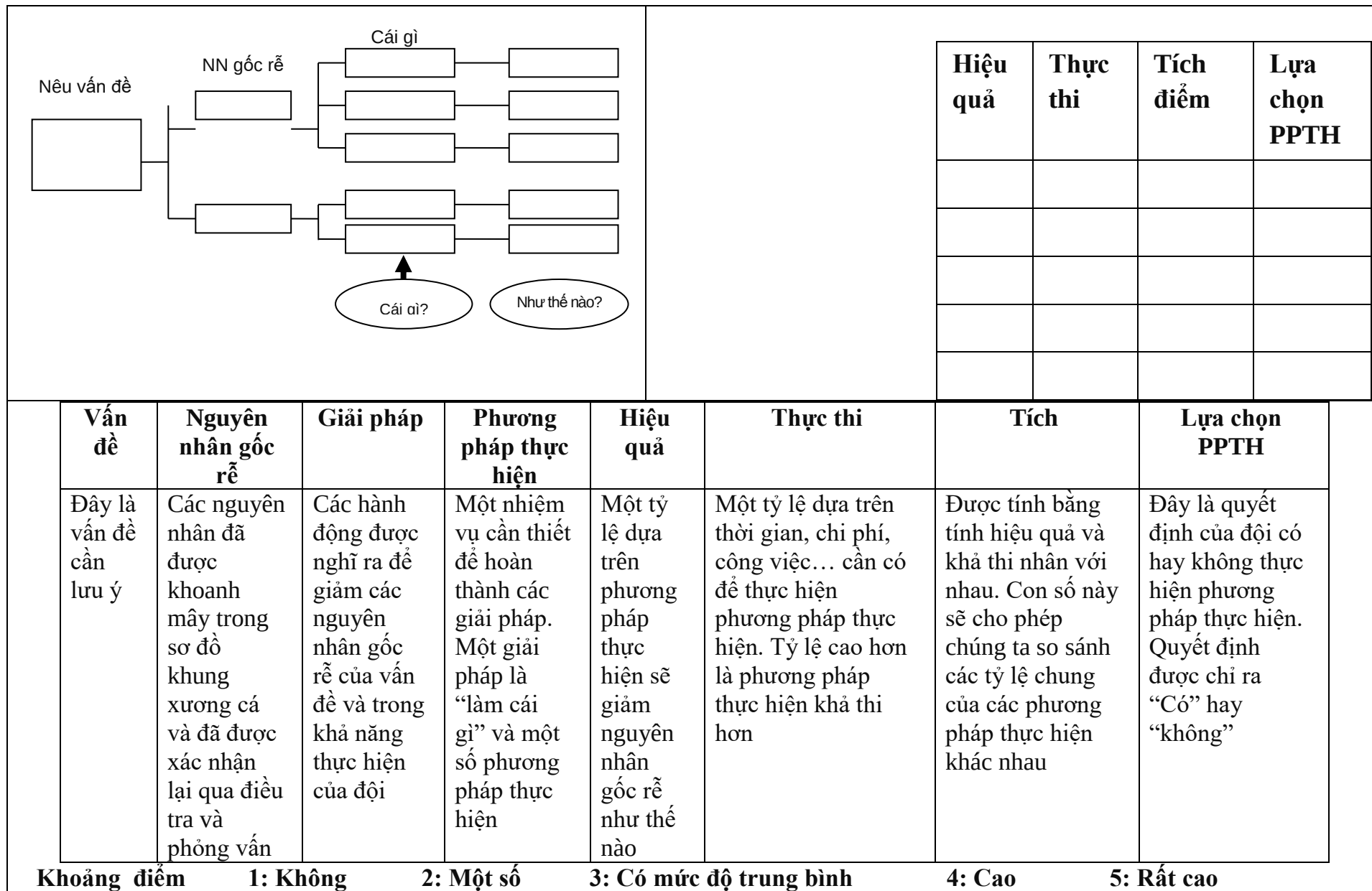
Bảng 6.3. Bảng lựa chọn giải pháp, phương pháp thực hiện.

TT	Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp	Phương pháp thực hiện	Hiệu quả	Khả thi	Điểm	Lựa chọn
1	Tổ chức xếp hàng	Tổ chức lại việc thu tiền	- Phân loại BN và ứng trước	5	5	25	Có

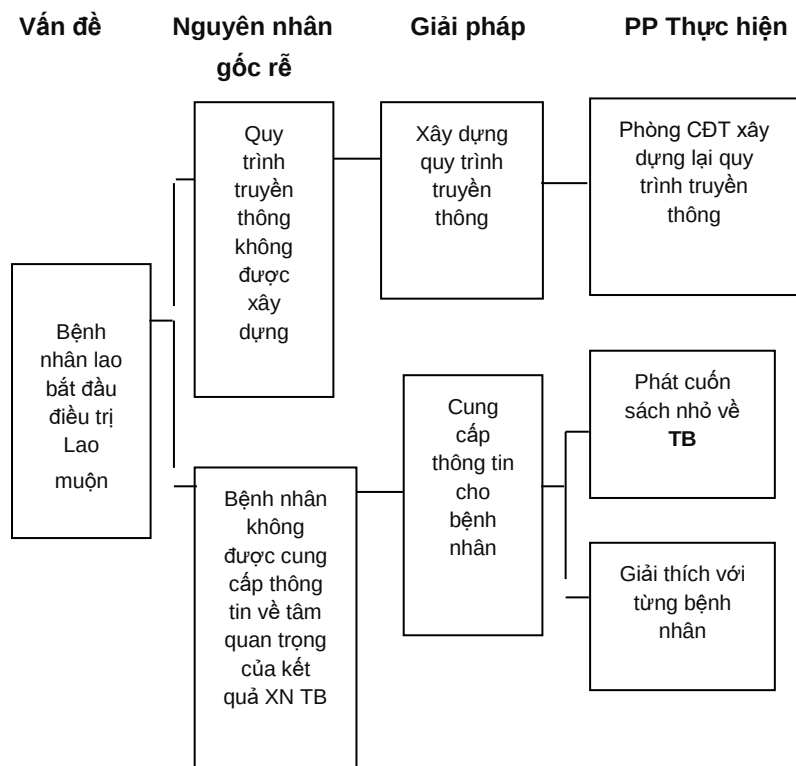
	chưa khoa học (xếp hàng nhiều lần)	cho khoa học (hóa đơn trọn gói) và lấy mẫu XN (lấy XN tại bàn khám) Tăng bàn thu tiền vào sổ	tiền theo đánh giá phân loại. - Bố trí nhân lực tại Khoa Khám bệnh - TCKT				Có Có
2	Chưa giám sát được việc thực hiện đảm bảo giờ làm việc của cán bộ (Cán bộ y tế chưa đảm bảo thời gian khám bệnh)	Kiểm soát thời gian làm việc của nhân viên	- Tăng cường giám sát - Có chế tài thưởng phạt nghiêm minh (đưa vào bình xét thi đua hàng tháng)	5	5	25	Có
3	Cách cung cấp thông tin cho BN chưa phù hợp (Thiếu thông tin cho người bệnh)	Tăng biên báo, người chỉ dẫn Tăng truyền thông: loa, đài... Bàn chỉ dẫn	-Phòng HCQT, Phòng Điều dưỡng, Phòng CNTT phối hợp thực hiện có thử nghiệm trước.	4	5	20	Có
	Cơ sở hạ tầng chưa sắp xếp hợp lý (Cơ sở hạ tầng chật chội, không liên hoàn)	Bố trí lại các bàn khám	BGD, Phòng Điều dưỡng, khoa khám phối hợp sắp xếp, tổ chức lại	2	2	4	Không

Nguồn: Đào Mai Hoa, Phan Văn Tường và CS (2017); Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian chờ đợi của người bệnh tại Khoa Khám Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2014

Bảng 6.4. Mô hình xác định vấn đề, nguyên nhân gốc rễ, lựa chọn giải pháp và phương pháp thực hiện



Ví dụ về một ma trận giải pháp và phương pháp thực hiện



Hiệu quả	Khả thi	Tích	Lựa chọn PPTH
5	5	25	Có
3,5	3,5	12,25	Không
5	3,5	17,5	Có

Hình 6.2. Ví dụ về một ma trận giải pháp và phương pháp thực hiện

Nguồn: Phan Văn Tường: Dự án can thiệp quận Đống Đa về tăng tỷ lệ người bệnh đến khám Lao sớm trước 15 ngày kể từ khi có triệu chứng đầu tiên năm 1

*** Ma trận giải pháp và phương pháp thực hiện được sử dụng khi nào?**

1. Bất kỳ khi nào một nhóm/đội cần giải quyết một vấn đề cần xác định các phương pháp thực hiện mà sẽ giải quyết nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.
2. Ma trận giải pháp chia quá trình suy nghĩ thành những phần có thể quản lý được do đó chúng ta có thể xem xét chung một cách logic.

Phân tích thuận lợi khó khăn khi thực hiện các phương pháp thực hiện

Sau khi có các phương pháp thực hiện, chúng ta sẽ sử dụng bảng sau để phân tích thuận lợi khó khăn khi triển khai các phương pháp thực hiện.

Các phương pháp thực hiện	Thuận lợi	Khó khăn
- Phân loại BN và ứng trước tiền theo đánh giá phân loại.	Được BGĐ ủng hộ Cần có BS có kinh nghiệm phân loại tốt.	Chưa phù hợp với Quy định của tiêu chí đánh giá CLBV
- Bố trí nhân lực tại Khoa Khám bệnh - TCKT	Được BGĐ ủng hộ Dễ áp dụng	Cần thêm nhân lực
- Tăng cường giám sát	Thuận lợi được BGĐ và mọi người ủng hộ	Cần thêm nhân lực
- Có chế tài thưởng phạt nghiêm minh (đưa vào bình xét thi đua hàng tháng)	Có thể thực hiện được	Cần thêm nhân lực và cần xây dựng bảng kiểm đầy đủ

III. KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

Sau khi lựa chọn được phương pháp thực hiện, dựa vào đó một kế hoạch hoạt động được xây dựng. Mẫu bảng kế hoạch hoạt động chung thường được thiết kế như sau:

Bảng 6.5. Mẫu kế hoạch tổng hợp

TT	Hoạt động	Thời gian	Người chịu trách nhiệm	Người giám sát	Kinh phí	Dự kiến kết quả
1	xxxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxxx	xxxx
2	xxxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxxx	xxxx
3	xxxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxxx	xxxx
4	xxxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxxx	xxxx
5	xxxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxxx	xxxx

Bảng 6.6. Kế hoạch hoạt động theo thời gian (Grantt chart)

	THÁNG												Ghi chú
<i>Hoạt động</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Hoạt động 1													
Hoạt động 2													

Bài tập làm việc nhóm: Dựa vào bài tập bài trước, nhóm sử dụng bảng xác định giải pháp, phương pháp thực hiện, viết kế hoạch hoạt động. Sau đó đại diện nhóm sẽ trình bày trước lớp để mọi người góp ý hoàn thiện

BÀI 7. BƯỚC 5. KẾT QUẢ, CHUẨN HÓA VÀ KẾ HOẠCH TƯƠNG LAI

Giới thiệu: Sau khi thực hiện các can thiệp để giải quyết vấn đề, ta phải xác định xem vấn đề đã được giải quyết và giảm đi ở mức độ nào, các giải pháp lựa chọn có tác động hiệu quả đến các nguyên nhân gốc rễ không. Sử dụng cùng một công cụ như biểu đồ Pareto, biểu đồ hình cột, sơ đồ để so sánh vấn đề trước và sau chương trình can thiệp. Các công cụ này đều giúp NLV có thể nhìn thấy kết quả đạt được.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

Kiến thức

1. Giải thích được cách trình bày kết quả, chuẩn hóa và xác định vấn đề trong kế hoạch tương lai.

Kỹ năng/ Thực hành

2. Trình bày được kết quả trên biểu đồ phổ biến (Hình cột, hình tròn, Pareto)

Thái độ

3. Sẵn sàng thực hiện việc trình bày kết quả, chuẩn hóa và xác định vấn đề trong kế hoạch tương lai.

NỘI DUNG

I. KẾT QUẢ

Mục đích: Trình bày kết quả để cho người đọc, người nghe dễ hiểu về kết quả dự án can thiệp đã đạt được.

Công việc cần tiến hành trong bước 5:

1. Đánh giá xem việc thực hiện các giải pháp có đạt được mục tiêu đề ra hay không? Đạt đến mức độ nào? Để trả lời được những câu hỏi này, NLV cần tiến hành thu thập và phân tích các thông tin liên quan đến vấn đề, đo lường lại các chỉ số đánh giá vấn đề đó, xem xét mục tiêu đề ra trong bước 2 có đạt được hay không.

Một số điểm cần lưu ý trong bước này:

– Sử dụng cùng một phương pháp thu thập và phân tích thông tin đã sử dụng trong bước 2 (trên cùng một đối tượng, cùng thời điểm, cùng một loại công cụ và phương pháp thu thập số liệu...).

– Loại bỏ các yếu tố có thể gây sai số, ảnh hưởng đến kết quả đo lường.

2. Xem xét sự thay đổi của nguyên nhân gốc rễ: NLV cần phân tích xem các giải pháp lựa chọn có thực sự làm thay đổi nguyên nhân gốc rễ không. Việc thu thập số liệu để biết từng nguyên nhân gốc rễ đã thay đổi như thế nào, so sánh mức độ các nguyên nhân gốc rễ trước và sau khi thực hiện các giải pháp là rất cần thiết, vì đôi khi kết quả có thể thay đổi. Nhưng khi các nguyên nhân gốc rễ không đổi, điều này khiến cho ta cần đánh giá lại để trả lời câu hỏi: “Sự thay đổi vấn đề mà chúng ta đạt được liệu có phải do nỗ lực, cố gắng của NLV không, hay kết quả đó là do một yếu tố tác động nào khác?”. Việc này giúp nhóm đo lường xem có thực sự đạt được mục tiêu tương ứng với từng nguyên nhân gốc rễ đã nêu trong bước 3.

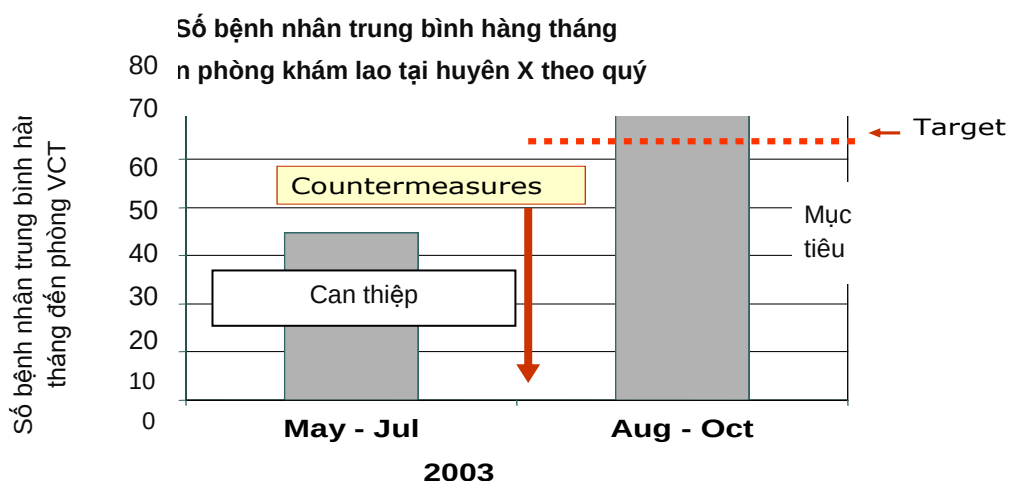
3. Việc sử dụng các công cụ như biểu đồ hình cột, biểu đồ hình tròn, v.v... nhằm so sánh kết quả trước và sau can thiệp sẽ rất hiệu quả trong việc thể hiện rõ ràng kết quả đạt được. Bên cạnh đó, biểu đồ Pareto sẽ phát huy hiệu quả rất tốt trong việc biểu diễn sự thay đổi các nguyên nhân gây ra vấn đề trước và sau can thiệp. Một điểm lưu ý khi sử dụng các biểu đồ để biểu diễn nguyên nhân

Một số công cụ thường dùng trong trình bày kết quả

- Phiếu kiểm soát (Check sheets)
- Biểu đồ (Charts.)
- Biểu đồ nhân quả (Cause & Effect Diagram)
- Biểu đồ Pareto (Pareto chart)
- Biểu đồ mật độ phân bố (Histogram)
- Biểu đồ phân tán (Scatter Diagram)
- Biểu đồ kiểm soát (Control Chart)

Ví dụ 1: Biểu đồ cột

Monthly Average of VCT Clients by Quarter Tebeloapele VCT Center



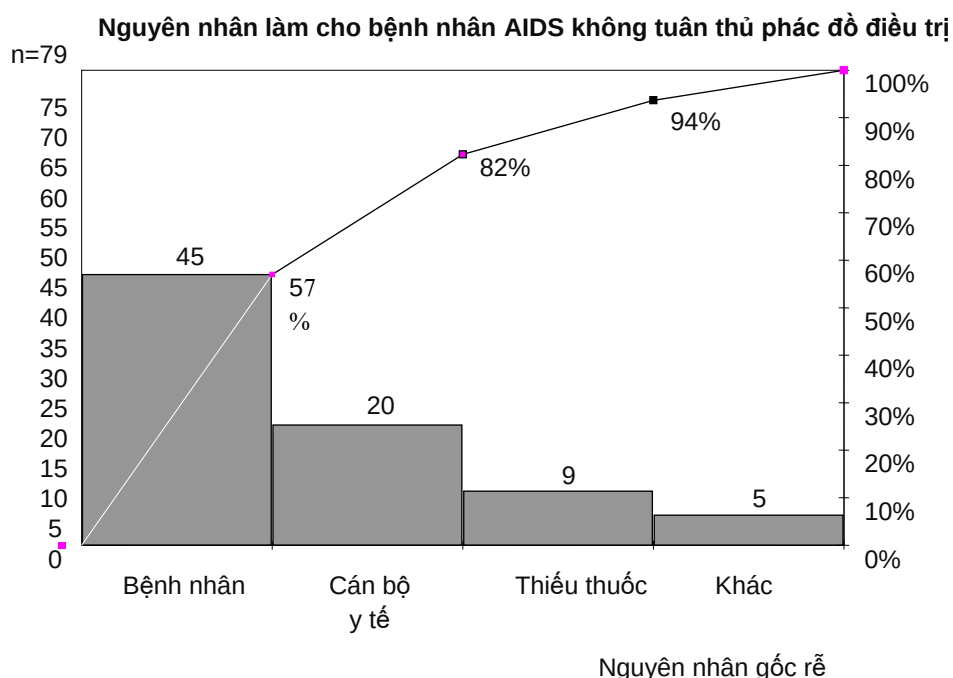
Hình 7.1. Biểu đồ thể hiện số người bệnh trung bình hàng tháng đến phòng khám lao tại

5 - 7

8 - 10

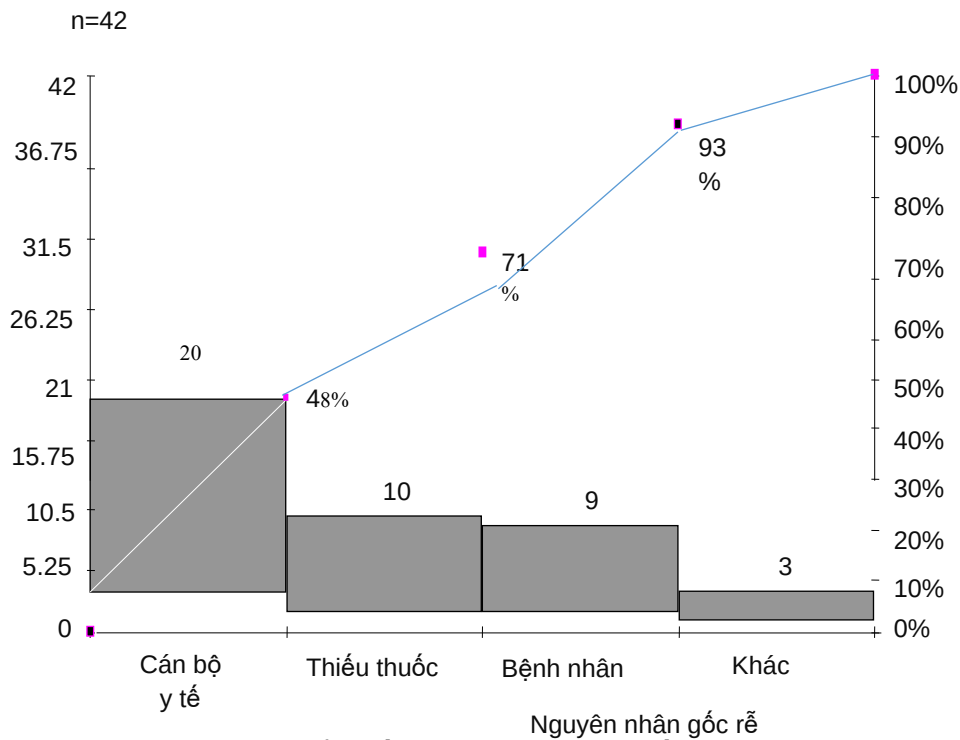
Năm 2005

Ví dụ 2. Biểu đồ Pareto

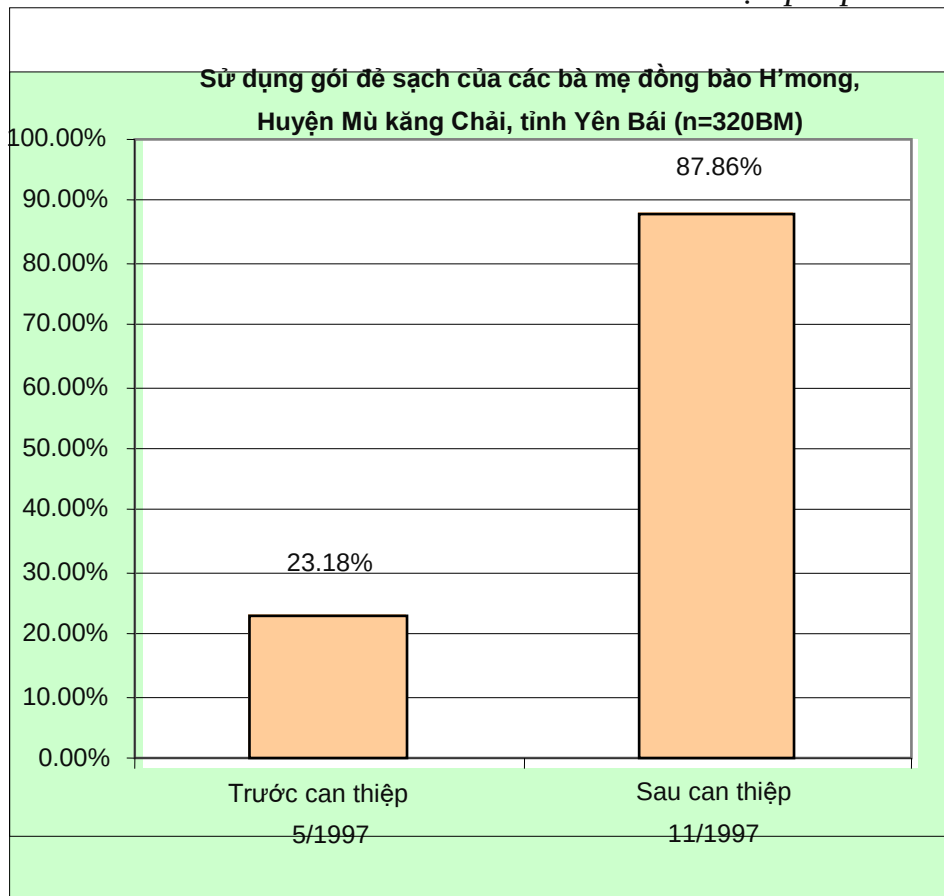


Hình 7.2. Biểu đồ Pareto trước khi tiến hành các biện pháp can thiệp

Nguyên nhân làm cho người bệnh AIDS không tuân thủ phác đồ điều trị



Hình 7.3. Biểu đồ Pareto sau khi tiến hành các biện pháp can thiệp



Hình 7.4. Biểu đồ cột thể hiện kết quả sử dụng gói để sạch của các bà mẹ đồng bào H'mong

Nguồn: Phan Văn Tường: Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để nâng cao tỷ lệ bà mẹ thuộc đồng bào dân tộc H'Mông và Thái sử dụng gói để sạch tại huyện Mù Cang Chải, tỉnh Yên Bái năm 1999.

Huyện Mù Cang Chải, tỉnh Yên Bái 1997, (n=320BM) trước và sau can thiệp TQM

4. Nhìn lại toàn bộ quá trình đã thực hiện để rút ra bài học kinh nghiệm: ở bước này NLV cũng cần xem xét những bài học kinh nghiệm và thảo luận về những yếu tố đã ảnh hưởng đến quá trình thực hiện các giải pháp can thiệp.

Các câu hỏi mà NLV cần quan tâm:

- Những giải pháp đã lựa chọn có hiệu quả không? Tại sao?
- Giải pháp nào không có hiệu quả? Tại sao?
- Có yếu tố nào để giải thích tại sao một giải pháp nào đó không có hiệu quả như dự kiến?
- Căn cứ vào kinh nghiệm khi thực hiện QTGQVĐ, NLV có thêm thông tin về vấn đề hay tổ chức sẽ tác động đến những quyết định sau này của nhóm không?

Ta có thể mô tả lại kết quả của bước 5 trong bảng sau:

Bảng 7.1. Bảng mô tả kết quả nghiên cứu

Kết quả Thay đổi vấn đề trước và sau can thiệp	Đo lường thay đổi trong từng nguyên nhân gốc rễ	Các yếu tố ảnh hưởng đến giải pháp
	Nguyên nhân gốc rễ 1:	Giải pháp tương ứng:
	Nguyên nhân gốc rễ 2:	Giải pháp tương ứng:
	Nguyên nhân gốc rễ 3:	Giải pháp tương ứng:
	Nguyên nhân gốc rễ 4:	Giải pháp tương ứng:

GHI NHỚ - BƯỚC 5: KẾT QUẢ

- Thu thập thông tin để xem xét kết quả đạt được sau khi thực hiện các phương pháp thực hiện.
- Sử dụng các dạng biểu đồ biểu diễn sự khác nhau của vấn đề trước và sau can thiệp (so sánh kết quả với mục tiêu đề ra ở bước 2).
- Xem xét các phương pháp thực hiện có thực sự làm giảm hoặc loại bỏ được nguyên nhân gốc rễ không?
- Nếu có thể, vẽ một biểu đồ Pareto so sánh tình trạng của nguyên nhân gây ra vấn đề trước và sau khi can thiệp.
- Xem xét và thảo luận về các yếu tố bên trong và bên ngoài đã tác động đến

II. CHUẨN HOÁ (THỂ CHẾ HOÁ)

Khái niệm chuẩn hóa: Là quy định chuẩn các bước hoạt động, quy trình để tất cả mọi thành viên liên quan biết để thực hiện thống nhất.

Sau khi xem xét kết quả đạt được và bài học kinh nghiệm trong bước 5, NLV cần tiến hành công việc tiếp theo là ngăn ngừa các vấn đề và các nguyên nhân gốc rễ tái diễn, do đó NLV cần tìm cách biến các giải pháp tốt trở thành một phần của công việc thường xuyên hàng ngày. Mục tiêu của TQM không phải chỉ dừng lại ở kết quả mà nhóm đạt được trong bước 5, NLV cần xem xét lại các giải pháp và các hoạt động đã thực hiện, sử dụng thông tin và xác định xem giải pháp nào cần được viết lại thành các quy trình và xây dựng các tiêu chuẩn mới cho các sản phẩm, dịch vụ, hoạt động trong quá trình làm việc. Các nhân viên sẽ được huấn luyện và yêu cầu để tiến hành công việc theo quy trình và tiêu chuẩn mới, và thiết lập nên hệ thống giám sát mới để thường xuyên theo dõi việc thực hiện tiêu chuẩn và quy trình mới này (Xem Phụ lục 2).

Nếu hiện nay các chỉ số chất lượng của quy trình làm việc không được theo dõi thì NLV nên thiết lập một hệ thống để theo dõi các chỉ số đó một cách thường xuyên. Một điểm đáng lưu ý khác nếu như nhóm có thể chứng minh được một sự thay đổi nào đó có thể đo lường được của vấn đề ở bước 5, khi đó nhóm hãy sử dụng những thông tin thu được đó, đồng thời căn cứ vào tính hiệu quả của những giải pháp hay quy trình làm việc mới để quyết định xem nên chuẩn hoá những giải pháp nào và quy trình làm việc mới nào trong toàn thể cơ quan/tổ chức. Ngoài ra, nếu các thành viên trong nhóm thấy cần thiết thì nên thảo luận với người quản lý việc chuẩn hoá những quy trình cải tiến mà nhóm đã chứng minh là có hiệu quả trong toàn cơ quan/tổ chức của mình. Bằng việc sử dụng những công cụ/kỹ thuật đã học được từ việc áp dụng TQM, NLV sẽ trình bày và chia sẻ những kết quả thu được với các thành viên khác trong cơ quan/tổ chức của mình thông qua các hoạt động sau:

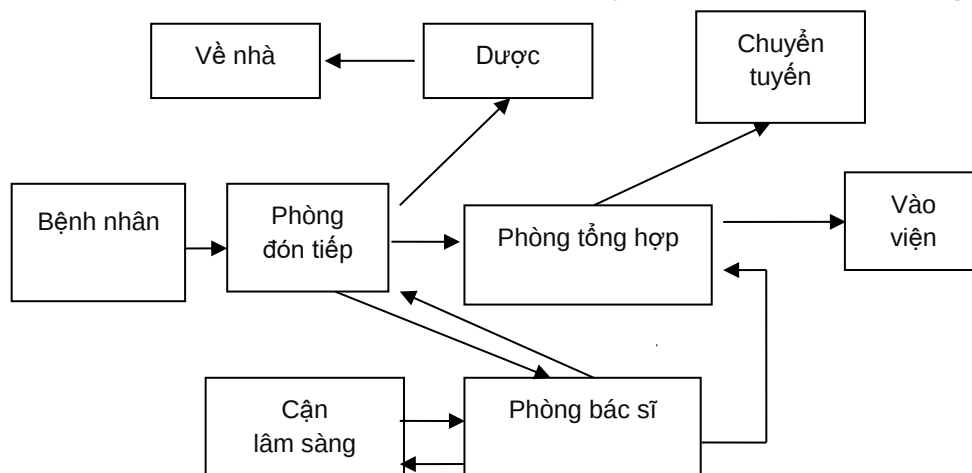
- Tranh thủ các dịp thuận lợi để trình bày và giải thích về những kết quả của nhóm với các thành viên khác trong cơ quan.
- Chứng minh và trình bày ý tưởng về quy trình cải tiến thông qua sơ đồ diễn tiến.

– Xây dựng bảng hướng dẫn quy trình cải tiến mới có sự góp ý của các thành viên khác. Tiến hành tập huấn cho đồng nghiệp nhằm thông báo về quy trình cải tiến mới.

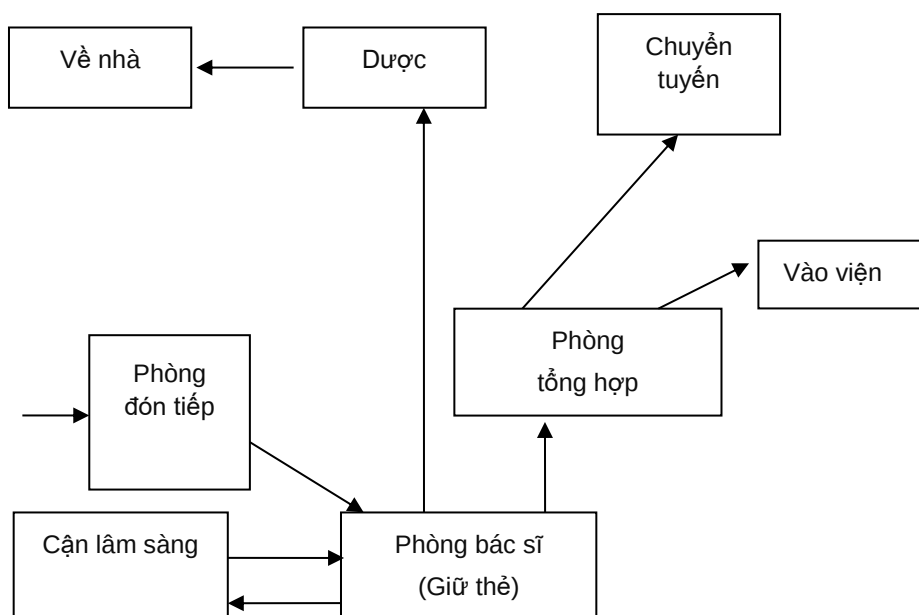
GHI NHỚ - BƯỚC 6: CHUẨN HOÁ (THỂ CHẾ HOÁ)

- Thiết lập một hệ thống theo dõi các chỉ số chất lượng nếu chưa có hệ thống này.
- Tiến hành các bước nhằm đảm bảo việc cải thiện quy trình của nhóm được duy trì khi dự án kết thúc.
- Tranh thủ các dịp thuận lợi để trình bày và giải thích về những kết quả của nhóm với các thành viên khác trong cơ quan.
- Chứng minh và trình bày ý tưởng về quy trình cải tiến thông qua sơ đồ diễn tiến (nếu có).
- Xây dựng hướng dẫn về quy trình cải tiến mới sau khi rà soát lại và có sự đóng góp ý kiến của các thành viên có thể sẽ sử dụng bản hướng dẫn đó.
- Tiến hành tập huấn cho đồng nghiệp nhằm thông báo về quy trình cải tiến mới.
- Thực hiện các bước nhằm áp dụng việc giải quyết vấn đề theo cách tương tự trong những lĩnh vực khác.

Ví dụ: Chuẩn hóa quy trình làm việc tại Bệnh viện huyện Diễn Châu, tỉnh Nghệ An, năm 2006. Quy trình cũ chưa chuẩn hóa, sau khi đã chỉnh sửa thành hoàn thiện gọi là quy trình chuẩn hóa ví dụ tại hình 1 và 2 tại Bệnh viện huyện Diễn Châu, tỉnh Nghệ An, năm 2006.



Hình 7.5. Quy trình khám chữa bệnh(cũ) trước can thiệp tại Bệnh viện huyện Diễn Châu, tỉnh Nghệ An



Hình 7.6. Quy trình khám chữa bệnh (mới) sau can thiệp tại
Bệnh viện huyện Diễn Châu, Nghệ An

Nguồn: Phan Văn Tường (2015), *Quản lý chất lượng bệnh viện*, NXB Y học, 2015, tr. 113-114.

Trong quy trình chuẩn hoá (sau can thiệp) tại hình 7.6 cho thấy khác với quy trình chưa chuẩn hoá (hình 7.5) ở chỗ người bệnh từ phòng bác sĩ khám đi thẳng ra khoa Dược để lấy thuốc không phải qua nơi đón tiếp để vào sổ, kiểm tra nữa. Như vậy đã bớt đi được một khâu trong quy trình khám chữa bệnh này, giảm được sự chờ đợi không cần thiết cho người bệnh.

Chuẩn hoá việc lấy đờm xét nghiệm trong chương trình phòng chống lao. Soi tươi xét nghiệm đờm không có kết quả cao, đó là do mẫu đờm không đạt tiêu chuẩn về chất đờm, về độ dày. Nguyên nhân gốc rễ là người bệnh không biết cách khạc đờm nên đờm không đạt tiêu chuẩn. Nhiều khi đờm còn có cả cơm, nước bọt...

III. KẾ HOẠCH TƯƠNG LAI

Đây là bước cuối cùng trong quy trình giải quyết vấn đề (QTGQVĐ) theo TQM. Tuy là bước cuối cùng nhưng trên thực tế đây lại là bước bắt đầu của một QTGQVĐ mới nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng công việc của NLV và cũng chính là công việc của toàn bộ tổ chức. Dựa trên những gì đã làm trong 6 bước trước, nhóm sẽ phân tích và đánh giá phần vấn đề vẫn còn đang tồn tại, lập kế hoạch để giải quyết phần vấn đề còn đang tồn tại đó và tiến tới giải quyết vấn đề khác còn đang tồn tại ở cơ sở.

Như vậy, QTGQVĐ là một quy trình khép kín, liên tục, nó không phải là một việc làm có thời hạn ngắn nhất định, dừng lại sau khi thu được kết quả nào đó, mà tiếp theo chúng ta phải tiếp tục tiến hành quy trình để thực sự loại bỏ được vấn đề đó và ngăn ngừa không cho chúng tái diễn.

Nhu cầu của ĐTPV về chất lượng hàng hoá cũng như các dịch vụ y tế sẽ càng ngày càng tăng cao. Làm thế nào để thoả mãn những nhu cầu đó? Câu trả lời chắc chắn sẽ phải

là chất lượng của sản phẩm và dịch vụ của các tổ chức ngày càng nâng cao tốt hơn. QTGQVĐ sẽ là một trong những công cụ đặc lực giúp cho các tổ chức đạt được câu trả lời trên.

GHI NHỚ - BƯỚC 7: KẾ HOẠCH TƯƠNG LAI

- Thảo luận lại kết quả và bài học kinh nghiệm từ 6 bước trước để xây dựng kế hoạch giải quyết vấn đề còn tồn tại hoặc ứng dụng QTGQVĐ cho các vấn đề khác.
- Với các vấn đề không đạt được mục tiêu và kết quả mong muốn, NLV cần tiến hành xây dựng kế hoạch mới phù hợp hơn.
- Động não, đánh giá và lựa chọn ưu tiên các vấn đề mới cần giải quyết.
- Thực hiện các bước của QTGQVĐ nhằm đạt được kết quả trong những lĩnh

KẾT LUẬN

TQM là một công cụ quản lý nhằm nâng cao chất lượng của các sản phẩm và các dịch vụ thông qua cải tiến quy trình làm việc một cách hệ thống. Nguyên tắc của TQM đưa ra quy định và thực hiện công việc dựa vào số liệu thực tế nên ta có thể đo lường được kết quả của quy trình triển khai áp dụng TQM. Các công cụ và kỹ thuật được ứng dụng trong TQM tương đối đơn giản, mang tính hệ thống cao, đồng thời giúp cho các thành viên trong nhóm làm việc dễ dàng đạt được sự đồng thuận trong khi đưa ra quyết định về bất cứ công việc gì. Người Nhật đã tổng kết lại sau khi áp dụng TQM rằng: Vấn đề giao tiếp được cải thiện, người lao động cảm thấy hài lòng hơn trong công việc, đạo đức của họ cũng trở nên tốt hơn. Đặc biệt là tất cả những lợi ích đó đều tập trung vào mối quan hệ giữa con người với con người. Bên cạnh đó là những lợi ích trong vấn đề nâng cao năng suất chất lượng và tiết kiệm chi phí để đạt được chất lượng cao.

PHỤ LỤC 1

Dự án: Chất lượng lượng hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Thọ Xuân năm 2014

NÊU CÁC VẤN ĐỀ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỘNG NÃO

Nhóm làm việc

- **Hướng dẫn:** *PGS.TS. Phan Văn Tường*
- Giám sát: BS. Phùng Sĩ Thường GĐ
- Trưởng nhóm: BS. Quách Thị Thu Lệ PGĐ
- Thành viên: BS. Lê Văn Thành TP KHTH
- BS. Hoàng Văn Sơn: TK Nội
- BS. Ngô Văn Hợi: PKCC Nhi
- BS. Nguyễn Thị Nguyệt: TK Ngoại - CK
- BS. Lê Thị Sâm: TK Sản
- BS. Hà Đình Tiến: TK Nội b
- DS. Lê Tiến Dũng: TK Dược
- CN. Hà Thị Lan: TP ĐD

1. Quá tải bệnh nhân.
2. Bệnh nhân chờ đợi lâu tại khu vực khám bệnh - cận lâm sàng
3. Chất lượng lượng hồ sơ bệnh án chưa đạt yêu cầu
4. Thái độ phục vụ người bệnh chưa tốt
5. Khung giá viện phí chưa phù hợp, có sự bất hợp lý giữa đông y và tây y
6. Thiếu nhân lực
7. Thiếu trang thiết bị, máy móc
8. Thực hiện nội quy của bệnh viện của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân chưa tốt
9. Kiểm chuẩn trang thiết bị cận lâm sàng chưa thực hiện theo quy định

XÁC ĐỊNH ƯU TIÊN BẰNG BIỂU QUYẾT NHIỀU LẦN	
Các vấn đề	Số ý kiến đồng ý/số người tham gia
1. Sự quá tải người bệnh	1/12
2. Người bệnh chờ đợi lâu tại khu vực khoa khám bệnh	12/12
3. Chất lượng hồ sơ bệnh án chưa đạt	10/12
4. Tinh thần thái độ phục vụ người bệnh chưa tốt.	12/12
5. Khung giá viện phí chưa phù hợp, có sự bất hợp lý giữa tây y và đông y	4/12

6. Thiếu nhân lực	10/12
7. Thiếu trang thiết bị, máy móc	10/12
8. Thực hiện nội quy bệnh viện của người nhà người bệnh và người bệnh chưa tốt	9/12
9. Kiểm chuẩn trang thiết bị cận lâm sàng chưa thực hiện theo quy định	4/12

BƯỚC 1 - BẢNG LỰA CHỌN VẤN ĐỀ/ CHỦ ĐỀ
Vấn đề/ chủ đề (Sau khi loại bớt những vấn đề/ chủ đề có điểm thấp)

Vấn đề/ chủ đề	Tác động lên đối tượng phục vụ A	Sự cần thiết B	Tích số A X B
1. Người bệnh chờ đợi lâu tại khu vực khoa khám bệnh - CLS	5	5	25
2. Chất lượng lượng hồ sơ bệnh án chưa đạt	5	5	25
3. Thái độ phục vụ người bệnh chưa cao	5	4	20
4. Thiếu nhân lực, trang thiết bị	5	2	10
5. Thực hiện nội quy của bn và người nhà người bệnh chưa cao	3	2	6
6. Khung giá viện phí chưa hợp lý	3	3	9

VẤN ĐỀ ĐƯỢC XÁC ĐỊNH CAN THIỆP

* 3 đáp án được lựa chọn can thiệp

1. BN chờ đợi lâu tại khu vực khoa khám bệnh - CLS

2. Chất lượng hồ sơ bệnh án chưa đạt

3. Thái độ phục vụ người bệnh chưa cao

* Sau đây chúng tôi xin mô tả cụ thể kết quả 1 dự án

Dự án: Nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án

Với lý do: Hồ sơ bệnh án là chứng cứ để chứng minh chất lượng của các hoạt động chuyên môn: Khám chữa bệnh. Tăng cường chất lượng HSBV nhằm góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH

Để đánh giá tình hình chất lượng hồ sơ bệnh án, nhóm làm việc đã xây dựng được bảng chất điểm chất lượng HSBA có các nội dung như sau:

PHIẾU KIỂM TRA BỆNH ÁN

Bệnh án số:; Tên người bệnh:.....

Vào viện ngày:; Ra viện ngày:.. ..

Khoa cho ra viện:; Tên Bác sỹ điều trị:.....

STT	Nội dung	Điểm chuẩn	Điểm đạt
A -	Phần I: Hành chính (2,5đ)	2,5	
B - PHẦN CHẨN ĐOÁN (10,0đ)			
	Phần II: Hối bệnh	4,0	
	Phần III: Khám bệnh toàn diện	2,0	
	Phần IV: Chỉ định cận lâm sàng	1,5	
	Phần V: Chẩn đoán	2,5	
C - PHẦN ĐIỀU TRỊ (7,5đ)			
	Phần VI: Điều trị	7,5	
	Tổng cộng điểm đạt	20/20	

KẾT QUẢ PHẦN KHẢO SÁT ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG HỒ SƠ BỆNH ÁN BAN ĐẦU VÀO THÁNG 3 NĂM 2011

CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Tập huấn

- Mục đích, phương pháp tiến hành nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án cho CBCVN.
- Tập huấn sử dụng bảng kiểm chấm bệnh án cho các bác sĩ điều dưỡng để sử dụng làm công cụ tự kiểm tra khi làm bệnh án.

2. Chấm bệnh án đánh giá

Tháng 3/2011 có tính chất khảo sát ban đầu.

Tháng 4/2011 chấm đánh giá sau khi có can thiệp.

Tổ chức chấm bệnh án thi đua giữa các khoa.

3. Đưa vào xét chi thưởng hàng tháng

T T	Khoa phòng	Tổng hợp chẩn đoán				Tổng cộng	Tỷ lệ đạt	Chẩn đoán + hồ sơ
		Hỏi bệnh (4,0đ)	Khám bệnh toàn diện (2,0đ)	Xét nghiệm (0- 1,5đ)	Chẩn đoán (-3- 1,5đ)			
Điểm chuẩn		4	2	1,5	2,5	10	100 %	10
1	Khoa cấp cứu	1,90	1,38	1,23	1,63	6,15	61 %	6,6
2	Khoa Nhi	1,93	0,60	1,07	1,17	4,77	48 %	6,1
3	Khoa Nội tổng hợp	2,03	1,0	1,23	0,83	5,10	51 %	5,6
4	Khoa Ngoại chuyên khoa	1,93	0,53	0,73	1,13	4,33	43 %	5,2
5	Khoa Sản	3,77	1,47	1,5	2,27	9,03	90 %	8,2
6	Khoa Lây	2,47	0,53	1,20	1,07	5,27	53 %	5,9

7	Khoa Đông Y	3,1	2,0	1,5	2,0	7,8/	78 %	8,7
8	Phòng khám Xuân Lai	1,90	1,38	1,23	1,63	6,15	61 %	6,1
Điểm đạt toàn viện		2,38	1,11	1,11	1,47	6,07	61 %	
Tỷ lệ toàn viện		60%	55%	47%	59%	61%	61 %	

STT	Khoa phòng	Tổng hợp phần hồ sơ bệnh án		Tỷ lệ đạt	Chẩn đoán + hồ sơ
		Hành chính (2,5 đ)	Chuyên môn (2,2 ->7,5)		
Điểm chuẩn		2,5	7,50	100%	10
1	Khoa cấp cứu	1,77	5,40	72%	6,6
2	Khoa Nhi	1,93	5,63	82%	6,1
3	Khoa Nội tổng hợp	1,70	4,57	63%	5,6
4	Khoa Ngoại chuyên khoa	1,401	4,80	67%	5,2
5	Khoa Sản	1,77	5,73	75%	8,2
6	Khoa Lây	1,83	4,70	65%	5,9
7	Khoa Đông Y	2,50	7,11	96%	8,7
8	Phòng khám Xuân Lai	1,58	4,67	62%	6,1
Điểm đạt toàn viện		1,81	5,33	73%	7,1
Tỷ lệ toàn viện		36%	71%	73%	

NHẬN XÉT

Nhận xét:

1. Điểm chung cả hai phần: 25% bệnh án > 7 điểm

NÊU VẤN ĐỀ

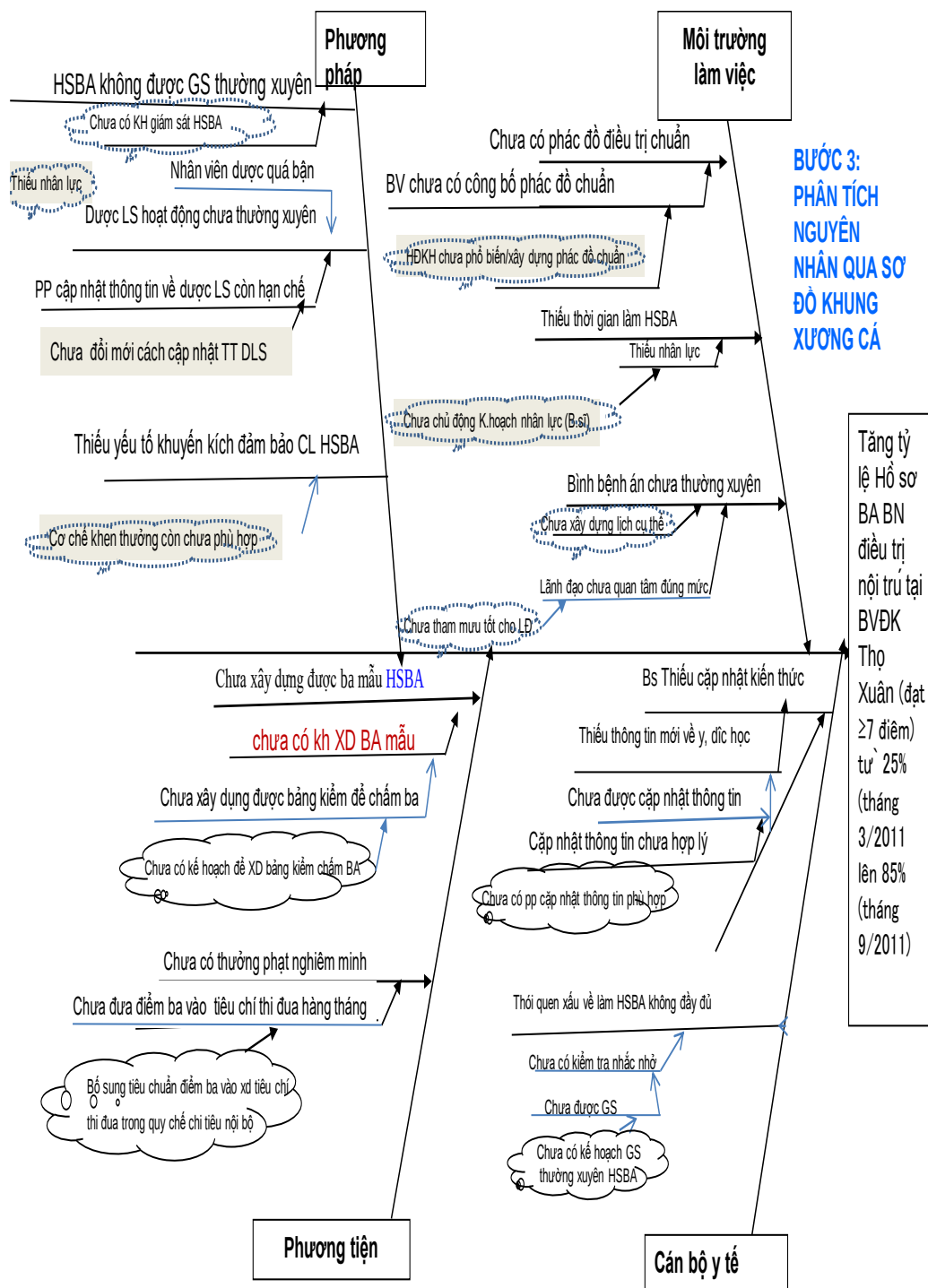
Chỉ có 75% bệnh án điều trị nội trú của Bệnh viện Đa khoa Thọ Xuân đạt $\leq 7/10$ điểm ở thời điểm tháng 3-2010.

MỤC TIÊU

Giảm tỷ lệ Hồ sơ bệnh án của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thọ Xuân (đạt ≤ 7 điểm) từ 75% (Tháng 3/2011) lên 25 % (tháng 9-2011).

CHỈ SỐ LƯỢNG GIÁ

Tỷ lệ hồ sơ bệnh án không đảm bảo chất lượng đạt (≥ 7 điểm).



CÁC NGUYÊN NHÂN GỐC RỄ

1. HDKH chưa xây dựng phác đồ điều trị chuẩn
2. Chưa chủ động kế hoạch nhân lực bác sĩ
3. Chưa bổ sung tiêu chuẩn vào tiêu chuẩn thi đua việc thực hiện chuẩn điểm bệnh án
4. Chưa có phương pháp để cập nhật thông tin y được phù hợp
5. Chưa có cơ chế khuyến khích phù hợp về thực hiện tiêu chí CL HSBA
6. Chưa xây dựng bảng kiểm chấm BA
7. Chưa có kế hoạch giám sát/bình bệnh án thường xuyên

BƯỚC 4. GIẢI PHÁP VÀ PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp	Phương pháp thực hiện	Hiệu quả	Khả thi	Điểm	Thực hiện
1. Hội đồng khoa học chưa phổ biến/XD phác đồ chuẩn	Hội đồng khoa học thực hiện XD phác đồ chuẩn	Hội đồng KH sinh hoạt 1 tháng/lần tìm hiểu và xây dựng phác đồ chuẩn	4	5	20	C
2. Chưa đủ động lực XD kế hoạch dài hạn để đào tạo và thu hút bác sĩ	Lập kế hoạch đào tạo	1. Cử CB để đào tạo nâng cao trình độ	3	4	12	K
		2. Tạo cơ chế, chính sách để thu hút bác sĩ	3	3	9	K
3. Chưa bổ sung tiêu chí điểm BA vào xây dựng tiêu chí thi đua trong quy chế chi tiêu nội bộ	Bổ sung vào tiêu chí thi đua	Đưa điểm thực hiện chất lượng HSBA vào tiêu chuẩn xét thi đua hàng tháng	4	5	20	C
4. Chưa có phương pháp phù hợp để cập nhật thông tin y dược	Thay đổi phương pháp cập nhật thông tin	Qua sinh hoạt chuyên môn	4	4	16	C
		Qua giao ban hàng ngày	4	3	12	K
5. Chưa xây dựng bảng kiểm chuẩn BA	Xây dựng bảng kiểm chuẩn BA	HĐKH xây dựng và thông qua bảng kiểm chuẩn BA	5	5	25	C

Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp	Phương pháp thực hiện	Hiệu quả	Khả thi	Điểm	Thực hiện
6. Chưa đổi mới các phương thức cập nhật TT DLS	Đa dạng hóa hình thức tiếp cận thông tin cho bác sĩ	1. Qua giao ban	4	4	16	C
		2. Bình bệnh án	5	5	25	C
		3. Cập nhật trên mạng nội bộ	3	3	9	K
7. Chưa có kế hoạch giám sát	Giám sát	1. Giám sát thường xuyên 2. Giám sát đột xuất	5 4	4 3	20 12	C K

NHỮNG THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN

Giải pháp	Khó khăn	Thuận lợi
1. Tăng cường SH của HDKH 1 tháng/một lần	Ít khi tập trung được đủ các thành viên	Phát hiện được sớm các vấn đề tồn tại, tạo sức mạnh tập thể
2. Đưa vào tiêu chí thi đua hàng tháng	Ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi cá nhân	Mang lại hiệu quả công việc cao
3. Cập nhật thông tin y học qua sinh hoạt chuyên môn	Không tập trung được đủ các thầy thuốc Thời gian sinh hoạt ít	Phổ biến kịp thời các thông tin y học mới
4. Xây dựng hình thức khuyến khích phù hợp	Đang còn tư tưởng cào bằng, ngại đấu tranh	Động viên kịp thời bằng khen thưởng đột xuất
5. XD bảng kiểm chấm BA	Mất nhiều thời gian, chưa có đầy đủ phác đồ điều trị	Có cơ sở để chấm BA và giám sát BA hàng tháng ở các khoa

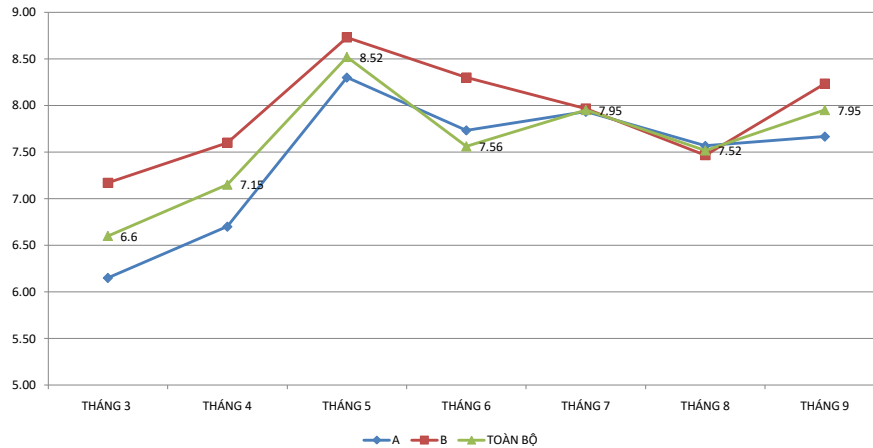
	Chưa có bảng kiểm chuẩn của BYT	
6. Cập nhật thông tin thuốc kịp thời qua giao ban	Kiến thức dược lâm sàng còn hạn chế, trưởng khoa được quá bận	Chỉ định thuốc đúng, điều trị đúng phác đồ, tránh lạm dụng thuốc
7. Bình BA 01 lần/tháng	Ít tập trung đầy đủ các thành viên	Góp ý tỷ mỷ, cụ thể những vấn đề thiếu sót
8. Giám sát thường xuyên	Các khoa có thời gian chuẩn bị trước	Có bằng chứng cụ thể, giúp cho việc thực hiện chế tài công bằng

KẾT QUẢ CAN THIỆP KẾT QUẢ ĐẦU VÀO QUÁ TRÌNH

- * Nhóm làm việc được thành lập bao gồm 15 người, theo quyết định 97/QĐ- BVĐK.
 - * Một tháng giao ban 1 lần đề cập đến chất lượng HSBA.
 - * Trong tháng tổ chức họp nhóm 2 lần để bàn về nội dung tăng cường chất lượng HSBA.
 - * Hợp nhóm để xây dựng Mẫu đánh giá HSBA, Quy định số lượng và thời gian đánh giá HSBA; thành lập Hội đồng chấm HSBA...).
 - * Đào tạo QLCL được 31 người.
 - * Quy định đưa điểm chấm BA vào tiêu chí xét thi đua hàng tháng.
 - * Cơ quan hỗ trợ cho mỗi thành viên trong nhóm với mức 0.3 mức lương cơ bản.
- Chương trình GIZ hỗ trợ hướng dẫn viên giám sát và hỗ trợ kỹ thuật, hỗ trợ kinh phí để tập huấn TQM tại đơn vị.
- *
 - *

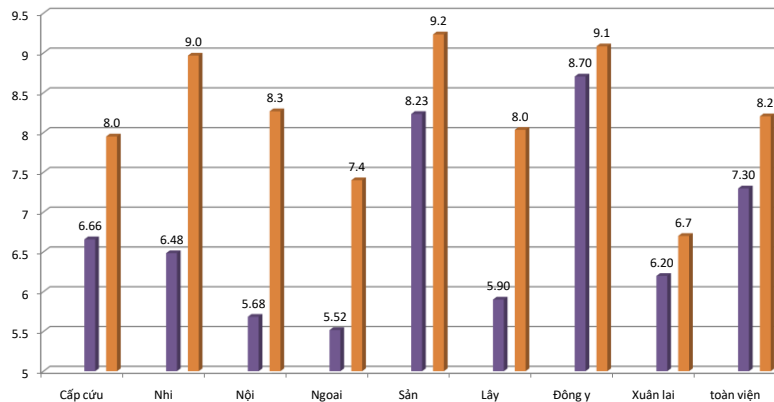
ĐIỂM KHOA CẤP CỨU TỪNG THÁNG

CÁC PHẦN	THÁNG 3	THÁNG 4	THÁNG 5	THÁNG 6	THÁNG 7	THÁNG 8	THÁNG 9
A	6.15	6.70	8.30	7.73	7.93	7.57	7.67
B	7.17	7.60	8.73	8.3	7.97	7.47	8.23
TOÀN BỘ	6.6	7.15	8.52	7.56	7.95	7.52	7.95



SO SÁNH ĐẦU KỲ VÀ CUỐI KỲ

Khoa	Cấp cứu	Nhi	Nội	Ngoại	Sản	Lây	Đông y	Xuân lai	toàn viện
Điểm đầu kỳ K. sát	6.66	6.48	5.68	5.52	8.23	5.90	8.70	6.20	7.30
Điểm cuối kỳ K.sát	8.0	9.0	8.3	7.4	9.2	8.0	9.1	6.7	8.2



CHUẨN HÓA

- * Chuẩn hóa Form chấm điểm HSBA.
- * Chuẩn hóa quy định đánh giá chấm điểm HSBA định kỳ.
- * Thành lập Hội đồng đảm bảo chất lượng bệnh viện với lịch sinh hoạt định kỳ (có quyết định kèm theo).
- * Đưa tiêu chuẩn đạt về chuẩn HSBA vào điểm thi đua cho từng Khoa, cá nhân (ngoài các tiêu chí khác điểm hồ sơ BA của các khoa phòng phải đạt ≥ 7 điểm).

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

- * Lãnh đạo thống nhất cùng nhau tham gia các nhóm chất lượng.
- * Vận động mọi người tham gia thực hiện kèm theo tiêu chí thi đua.
- * Có cơ chế phân công nhiệm vụ cụ thể, rõ ràng và coi đó là tiêu chí đánh giá mức độ hoàn thành công việc của từng cán bộ viên chức trong đơn vị.
- * Giám sát thường xuyên, đột xuất được đưa vào KH và thực hiện nghiêm túc

KẾ HOẠCH TƯƠNG LAI

- * Tiếp tục củng cố các hoạt động đã chuẩn hóa để tiếp tục nâng cao chất lượng HSBA với mục tiêu mới (có thể cụ thể mục tiêu mới).
- * Nhóm tiếp tục giải quyết tiếp các vấn đề tồn tại khác của bệnh viện (có thể cụ thể vấn đề gì).

BÀI 8: ÁP DỤNG TQM ĐỂ TĂNG CƯỜNG 83 TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Mục tiêu

1. Mô tả được nội dung cơ bản của 83 tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện
2. Giải thích được các bước lập kế hoạch áp dụng TQM để tăng cường 83 tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.

Nội dung

I. GIỚI THIỆU 83 TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. MỤC TIÊU CỦA BỘ TIÊU CHÍ

1.1. 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 đem lại sự hài lòng cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, đồng thời phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội đất nước.

1.2. Mục tiêu cụ thể của Bộ tiêu chí

1. Cung cấp công cụ đánh giá thực trạng chất lượng bệnh viện Việt Nam.
2. Hỗ trợ cho các bệnh viện xác định được mức chất lượng tại thời điểm đánh giá để tiến hành các hoạt động can thiệp nâng cao chất lượng bệnh viện.
3. Định hướng cho bệnh viện xác định vấn đề ưu tiên để cải tiến chất lượng.
4. Cung cấp tư liệu, căn cứ khoa học cho quy hoạch, đầu tư, phát triển bệnh viện.
5. Cung cấp tư liệu, căn cứ khoa học cho việc xếp loại chất lượng bệnh viện, thi đua và khen thưởng.

1. GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

Trong Bộ tiêu chí này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1.3. Chất lượng bệnh viện

Là toàn bộ các khía cạnh liên quan đến người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật; các yếu tố đầu vào, yếu tố hoạt động và kết quả đầu ra của hoạt động khám, chữa bệnh.

Một số khía cạnh chất lượng bệnh viện là khả năng tiếp cận dịch vụ, an toàn, người bệnh là trung tâm, hướng về nhân viên y tế, trình độ chuyên môn, kịp thời, tiện nghi, công bằng, hiệu quả...

1.4. Tiêu chí

Là các yếu tố dùng để đo lường hoặc kiểm tra, giám sát mức độ yêu cầu cần đạt được ở một khía cạnh cụ thể của chất lượng.

Mỗi tiêu chí là tập hợp danh mục các tiểu mục cần kiểm tra, đo lường, giám sát bệnh viện về việc tuân thủ hoặc không tuân thủ; đáp ứng hoặc không đáp ứng; đạt hoặc không đạt.

1.5. Chỉ số

Là công cụ đo lường một khía cạnh cụ thể của tiêu chí, được thể hiện bằng con số, tỷ lệ, tỷ số, tỷ suất...

Chỉ số được tính toán thông qua việc thu thập, phân tích số liệu. Các chỉ số giúp đo lường và chỉ ra mức độ chất lượng đạt được của tiêu chí²⁰.

Mỗi tiêu chí có thể có một hoặc nhiều chỉ số để đánh giá chất lượng²¹.

1.6. Mức (mức độ đánh giá của tiêu chí)

Là các cấp độ chất lượng từ thấp đến cao của một tiêu chí cụ thể, tương tự như các bậc thang. Trong Bộ tiêu chí này, mỗi tiêu chí được chia làm 5 mức độ đánh giá (có thể được xem xét tương tự như 1 sao, 2 sao, 3 sao, 4 sao, 5 sao).

1.7. Tiểu mục (của tiêu chí)

Là các nội dung, hoạt động, kết quả... cụ thể cần đánh giá của một tiêu chí. Mỗi tiểu mục chứa đựng một nội dung một công việc, một hoạt động hoặc một kết quả đầu ra hoàn chỉnh. Mỗi tiểu mục được đánh giá là đạt hoặc không đạt. Một tiêu chí tập hợp các tiểu mục được đánh số thứ tự từ 1 đến hết. Mỗi mức độ chất lượng có thể có một hoặc nhiều tiểu mục khác nhau.

2. CẤU TRÚC BỘ TIÊU CHÍ

2.1. Cấu trúc của Bộ tiêu chí

Bộ tiêu chí bao gồm 83 tiêu chí chính thức, được chia làm 5 phần A, B, C, D, E:

- Phần A: Hướng đến người bệnh (19 tiêu chí)
- Phần B: Phát triển nguồn nhân lực (14 tiêu chí)
- Phần C: Hoạt động chuyên môn (35 tiêu chí)
- Phần D: Cải tiến chất lượng (11 tiêu chí)
- Phần E: Tiêu chí đặc thù chuyên khoa (4 tiêu chí)

Mỗi phần A, B, C, D, E được chia thành các chương. Trong mỗi chương có một số tiêu chí (mỗi chương có thể được xem xét như là một tiêu chuẩn chất lượng).

Bố cục của Bộ tiêu chí được trình bày theo thứ tự như sau:

²⁰ Chỉ số được sử dụng để đo lường chất lượng như số ngày điều trị trung bình, tỷ lệ khỏi bệnh, tỷ lệ chuyển tuyến, tỷ lệ viêm phổi do thở máy, tỷ số buồng vệ sinh trên giường bệnh...

²¹ Ví dụ tiêu chí "Mỗi người bệnh được nằm một giường có thể có các chỉ số có liên quan sau để đo lường:

- Công suất giường bệnh trung bình trong tháng, quý, năm
- Tỷ lệ người bệnh nằm ghép trong vòng 24 giờ, 48 giờ... kể từ nhập viện
- Tỷ lệ giường bệnh theo yêu cầu của khoa, bệnh viện
- Số ngày điều trị trung bình

- Phần: A, B, C, D, E
- Chương: A1, A2, B2, C3...
- Tiêu chí: A1.1, A1.2, B2.3, C5.4...
- Mức: 1, 2, 3, 4, 5.
- Tiểu mục: 1, 2, 3, 4, 5, 6...

Bộ tiêu chí tiếp tục được bổ sung các tiêu chí khác để bao phủ toàn bộ các hoạt động của bệnh viện.

3. SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ ÁP DỤNG

1. Các bệnh viện áp dụng toàn bộ 79 tiêu chí phần A, B, C, D để đánh giá và tính điểm công bố chất lượng.
2. Nếu bệnh viện hoàn toàn không có trang thiết bị có nguồn từ xã hội hóa hoặc liên doanh, liên kết thì không áp dụng tiêu chí A4.4.
3. Các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa có thực hiện khám, chữa bệnh sản, nhi áp dụng các tiêu chí chương E1 và E2 và tính điểm công bố chất lượng.
4. Nếu bệnh viện có chuyên khoa sản nhưng không đỡ đẻ, không có giường điều trị nội trú thì áp dụng tiêu chí chương E1 để cải tiến chất lượng và không tính vào điểm chung.
5. Đối với các bệnh viện chuyên khoa tâm thần, nếu có tiêu chí và tiểu mục nào không phù hợp với đối tượng người bệnh tâm thần thì không áp dụng tiêu chí đó, ví dụ tiêu chí A4.6 về khảo sát sự hài lòng người bệnh. Các tiểu mục không áp dụng được tính là đạt và bệnh viện tâm thần cần giải trình lý do không áp dụng cho đối tượng người bệnh tâm thần.

4. ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ THEO TIÊU CHÍ

- 4.1. Toàn bộ các bệnh viện Nhà nước và tư nhân.
- 4.2. 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.
- 4.3. Đối với bệnh viện có từ 2 cơ sở trở lên:
 - a. Đánh giá chất lượng cho toàn bộ các cơ sở.
 - b. Mỗi cơ sở tiến hành đánh giá chất lượng theo từng tiêu chí và báo cáo kết quả của từng cơ sở riêng biệt.
 - c. Các cơ sở của bệnh viện đánh giá tiêu chí theo 3 nhóm sau²²:

²² Ví dụ: nếu bệnh viện có 3 cơ sở thì cơ sở 2, 3 sử dụng kết quả đánh giá tiêu chí “Đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận” của cơ sở 1 do 3 cơ sở chung 1 ban giám đốc. Đối với các tiêu chí như thiết lập hệ thống tổ chức điều dưỡng, dinh dưỡng, quản lý chất lượng, kiểm soát

- + Các tiêu chí nhóm 1: chỉ cơ sở 1 có; đoàn đánh giá tại cơ sở chính và sử dụng kết quả đánh giá của cơ sở chính cho các cơ sở phụ.
- + Các tiêu chí nhóm 2: đánh giá chung toàn bộ các cơ sở 1, 2, 3... của bệnh viện và áp dụng kết quả chung giống nhau cho cơ sở chính và các cơ sở phụ.
- + Các tiêu chí nhóm 3: Mỗi cơ sở có đặc thù riêng; đánh giá riêng biệt từng cơ sở và mỗi cơ sở có kết quả riêng khác nhau.

5. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ TIÊU CHÍ

5.1. Căn cứ đánh giá

- a. Dựa trên các văn bản quy phạm pháp luật, quy định, quyết định của cơ quan lý có thẩm quyền quy định.
- b. Dựa trên các hoạt động của bệnh viện cần đánh giá và cải tiến chất lượng.

5.2. Năm mức đánh giá một tiêu chí

Mỗi tiêu chí đề cập một vấn đề xác định, được xây dựng dựa trên **năm bậc thang chất lượng (năm mức độ đánh giá)**. Một tiêu chí xem xét các khía cạnh toàn diện của một vấn đề, bao gồm các nội dung về yếu tố cấu trúc, yếu tố quy trình thực hiện và kết quả đầu ra. Năm mức độ chất lượng như sau:

- Mức 1: Chất lượng kém (chưa thực hiện, chưa tiến hành cải tiến chất lượng hoặc vi phạm văn bản quy pháp luật, quy chế, quy định, quyết định).
- Mức 2: Chất lượng trung bình (đã thiết lập một số yếu tố đầu vào).
- Mức 3: Chất lượng khá (đã hoàn thiện đầy đủ các yếu tố đầu vào, có kết quả đầu ra).
- Mức 4: Chất lượng tốt (có kết quả đầu ra tốt, có nghiên cứu, đánh giá lại công việc và kết quả đã thực hiện)
- Mức 5: Chất lượng rất tốt (có kết quả đầu ra tốt, có áp dụng kết quả đánh giá, nghiên cứu vào cải tiến chất lượng, tiếp cận với chất lượng bệnh viện các nước trong khu vực hoặc các nước tiên tiến trên thế giới).

5.3. Nguyên tắc đánh giá tiêu chí

1. Mỗi tiêu chí được đánh giá chia theo 5 mức, bao gồm từ mức 1 đến mức 5.
2. Tiêu chí được xếp ở mức **1 nếu có bất kỳ một tiêu mục nào trong mức 1**.
3. Tiêu chí được xếp ở mức 2 nếu:
 - a. Không có tiêu mục nào trong mức 1.

nhằm khuôn... Đoàn đánh giá chung toàn bệnh viện và cả 3 cơ sở áp dụng chung kết quả. Các tiêu chí còn lại, mỗi cơ sở của bệnh viện đều có và mang tính đặc thù riêng thì đánh giá và báo cáo kết quả riêng rẽ từng cơ sở để xác định đúng thực trạng 3 cơ sở với nhau, ví dụ tiêu chí liên quan đến chỉ dẫn, đón tiếp, nhà vệ sinh bệnh viện, môi trường bệnh viện, chăm sóc người bệnh, cung cấp suất ăn bệnh lý...

- b. Đạt được toàn bộ các tiêu mục trong mức 2²³.
- 4. Tiêu chí được xếp ở mức 3 nếu:
 - a. Đạt được mức 2.
 - b. Đạt được toàn bộ các tiêu mục trong mức 3.
- 5. Tiêu chí được xếp ở mức 4 nếu:
 - a. Đạt được mức 3.
 - b. Đạt được toàn bộ các tiêu mục trong mức 4.
- 6. Tiêu chí được xếp ở mức 5 nếu:
 - a. Đạt được mức 4.
 - b. Đạt được toàn bộ các tiêu mục trong mức 5.

5.4. Nguyên tắc đánh giá các tiêu mục

1. Mỗi một tiêu mục của tiêu chí được đánh giá là “**đạt**” hoặc “**không đạt**” (riêng các tiêu mục trong mức 1 (mang nghĩa âm tính) được đánh giá là “**có**” hoặc “**không**”).
2. Một tiêu mục được đánh giá là “**đạt**” cần tuân thủ triệt để theo nguyên tắc: “**hoặc không, hoặc tất cả**”²⁴.
3. Phạm vi thời gian đánh giá:
 - a. Tại thời điểm đánh giá
 - b. Trong vòng 1 năm trước thời điểm đánh giá
4. Mỗi tiêu chí được tính mốc trong 1 năm nếu không có các yêu cầu cụ thể về mặt thời gian (từ 1/10 năm trước đến 30/9 năm sau); hoặc tính từ ngày 1/10 của năm trước đến thời điểm đánh giá. Ví dụ tiêu chí mỗi người một giường, nếu có bất kỳ 1 giường bệnh có hiện tượng nằm ghép 3 người trong khoảng thời gian từ 1/10 năm trước đến 30/9 năm sau thì xếp tiêu chí này ở mức 1.
5. Các tiêu mục cần phỏng vấn ý kiến của nhân viên y tế/người bệnh được đánh giá là đạt nếu phỏng vấn ít nhất 7 người và có từ 5 người trở lên trả lời đồng ý²⁵.
6. Các tiêu mục cần đánh giá bệnh án, hồ sơ... được đánh giá là đạt nếu kiểm tra ngẫu nhiên ít nhất 7 mẫu và có 5 mẫu trở lên đạt yêu cầu.

23. Nếu bệnh viện không đạt đầy đủ các tiêu mục trong mức 2 (hoặc 3, 4, 5) thì bệnh viện chỉ được đánh giá ở mức 1.

24. Ví dụ: tiêu 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”.

3. Cỡ mẫu này dựa trên bảng thống kê tính cỡ mẫu, có lực mẫu $P = 80\%$ (anpha = 0,05) và ngưỡng chấp nhận = 70% (threshold = 70%).

5.5. Phương thức đánh giá các tiêu mục của tiêu chí

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

II. LẬP KẾ HOẠCH TĂNG CƯỜNG 83 TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. Đánh giá tình hình hiện tại, xác định ưu tiên

Để lập kế hoạch trong năm tới bắt buộc chúng ta phải có kết quả đánh giá về 83 tiêu chí đã được thực hiện năm nay.

Trường hợp bệnh viện chưa có đánh giá 83 tiêu chí: Phòng/ tổ quản lý chất lượng cần tham mưu cho Hội đồng quản lý chất lượng Bệnh viện tổ chức tập huấn cho các thành viên trong hệ thống quản lý chất lượng và toàn thể nhân viên bệnh viện về việc thực hiện 83 tiêu chí, lập kế hoạch đánh giá hiện trạng về thực hiện 83 tiêu chí.

- **Bước 1.** Các Khoa/Phòng của Bệnh viện tổ chức tự đánh giá: Sau khi người chịu trách nhiệm quản lý chất lượng ở các Khoa/Phòng/đơn vị được phổ biến và thống nhất các khái niệm, tiêu chí đánh giá, và phương pháp đánh giá, cách thu thập số liệu bằng chứng minh chứng.
- **Bước 2.** Các đơn vị tự tổ chức đánh giá đơn vị mình. Tùy theo đơn vị (Khoa/phòng) lớn hay bé mà có thể có người chuyên trách thu thập thông tin, hoặc thành lập nhóm đánh giá phân công nhau thu thập thông tin minh chứng cho mức đạt của các tiêu chí. Sau khi thu thập xong các đơn vị cần họp thông nhất kết quả đánh giá của đơn vị.
- **Bước 3.** Phòng/ Tổ quản lý chất lượng sẽ tham mưu cho Hội đồng thành lập nhóm/ban/ Hội đồng QLCL để đánh giá lại kết quả chất lượng của các đơn vị. Kết quả của toàn BV sẽ được tổng hợp lại thành bảng để báo cáo lên Phòng/Tổ quản lý chất lượng để tổng hợp báo cáo Hội đồng QLCLBV. **Ví dụ Bảng 8.1**
- **Bước 4.** Bộ Y tế/ Sở Y tế/Phòng Y tế sẽ tổ chức các đoàn đánh giá để đánh giá chất lượng bệnh viện và công bố kết quả chất lượng đạt được của Bệnh viện

2. Xác định ưu tiên

Chúng ta phải dựa vào tình hình thực tế của bệnh viện về khả năng nguồn lực có thể huy động để xác định ưu tiên các nội dung cần cải tiến.

Về nhân lực: Cân nhắc có đủ nhân lực về số lượng và chất lượng để thực hiện chỉ số chất lượng mà bệnh viện muốn cải thiện chưa?

Nếu chưa có số lượng thì huy động, điều chuyển từ đâu?

Nếu chất lượng chưa đảm bảo thì gửi đi đào tạo ở đâu? Bao lâu? Mất bao nhiêu kinh phí? Tính khả thi các giải pháp thế nào?

Về vật lực: Cơ sở vật chất, trang thiết bị có sẵn không, nếu không đầu tư mua sắm có kinh phí có thể huy động từ nguồn nào?

Về tài chính: Khả năng tài chính đáp ứng cho các nội dung liên quan ở mức độ nào? Chi cho đào tạo, tuyển thêm nhân lực, cho mua sắm trang thiết bị, cơ sở vật chất (nhà làm khoa phòng...)

Thời gian thực hiện việc tăng cường chất lượng: Ngoài ra chúng ta cũng cần cân nhắc về thời gian để thực hiện các hoạt động, đã có nhiều đơn vị đưa ra rất nhiều hoạt động nhưng không cân nhắc kỹ về thời gian thực thi trong khi nguồn nhân lực lại thiếu nên không có tính khả thi.

Bảng 8.1. Tổng hợp trên dựa vào phân tích các nội dung chi tiết các tiêu chí ví dụ

TT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ		Kết quả 2020 (Mức)
	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)		
A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)			
1	A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể.	1
2	A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	2
3	A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	1
4	A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	1
5	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	1
6	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	2

Bảng 8.2. Tổng hợp mục tiêu các nội dung cần đạt

TT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ			
			Kết quả 2020 (Mức)	Mục tiêu sau 6 tháng (Mức đạt)
PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)				
	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)			
1	A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể.	1	4
2	A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	2	3
3	A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	1	3
4	A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	1	3
5	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	1	2
6	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	2	3

Bảng 8.3. Xác định ưu tiên các tiêu mục

Quy định mức 4 cho tiêu mục A.1.1.	Các tiêu chí đặt ra để phân đầu mức 4 được đơn vị xác định cụ thể như sau:					
27. Ô tô, xe máy, xe đạp được đỗ đúng nơi quy định của bệnh viện. 28. Cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định. 29. Trong thang máy có biển ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy để người bệnh thuận tiện, an toàn khi di chuyển (nếu bệnh viện không có thang máy được tính là đạt). 30. Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách. 31. Khoa khám bệnh có vạch màu hoặc dấu hiệu, chữ viết... được dán hoặc gắn, sơn kẻ dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh...(nếu các phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, viện phí... nằm ở tòa nhà khác với khoa khám bệnh thì cần có chỉ dẫn bằng hình thức khác rõ ràng, cụ thể).	Tiêu mục	Nhân lực	Vật lực	Tài lực	Ứng hộ của LD	Ưu tiên
	- Phân khu vực trông xe có quy định các khu rõ ràng: nơi để ô tô, xe máy và riêng biệt cho cán bộ và NB và người nhà NB, có bảo vệ phát thẻ trong xe hàng ngày.					
	- Đánh số cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được theo trình tự 1-5 từ cổng vào đến cuối dãy nhà A,B, C,D.					
	- Treo bảng ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy.					
	- Lắp bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh					
	Dán/ sơn các đường dẫn màu + chữ viết... dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh...tại Khoa khám bệnh.					

Cách cho điểm để xác định ưu tiên: n Mỗi mục/ cột chúng ta cho 1 điểm, khi có tổng 4 điểm thì làm ngay, 3 điểm cân nhắc vận động thêm, 1, 2 điểm trì hoãn

Ví dụ về nội dung làm rõ và đạt kế hoạch đạt một tiêu mục A1.1.

PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)

Bảng 8.4. A1.1. Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể:

Quy định mức 4 cho tiêu mục A.1.1.	Các tiêu chí đặt ra để phần đầu mức 4 được đơn vị xác định cụ thể như sau:
1. Ô tô, xe máy, xe đạp được đỗ đúng nơi quy định của bệnh viện. 2. Cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định. 3. Trong thang máy có biển ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy để người bệnh thuận tiện, an toàn khi di chuyển (nếu bệnh viện không có thang máy được tính là đạt). 4. Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách. 5. Khoa khám bệnh có vạch màu hoặc dấu hiệu, chữ viết... được dán hoặc gắn, sơn kẻ dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh...(nếu các phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, viện phí... nằm ở tòa nhà khác với khoa khám bệnh thì cần có chỉ dẫn bằng hình thức khác rõ ràng, cụ thể).	1. Phân khu vực trông xe có quy định các khu rõ ràng: nơi để ô tô, xe máy và riêng biệt cho cán bộ và NB và người nhà NB, có bảo vệ phát thẻ trong xe hàng ngày. 2. Đánh số cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được theo trình tự 1-5 từ cổng vào đến cuối dãy nhà A,B, C,D 3. Treo bảng ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy. 4. Lắp bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh 5. Dán/ sơn các đường dẫn màu + chữ viết... dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh...tại Khoa khám bệnh

Các bước thực hiện

Bước 1. Hãy xác định mức mong muốn đạt được ở các mức A, B, C và ở các tiêu mục

Bước 2. Liệt kê các tiêu mục vào Bảng xác định ưu tiên

Bước 3. Xem xét các điều kiện: Nhân lực, vật lực (cơ sở vật chất, trang thiết bị), tài chính và sự ủng hộ của lãnh đạo/ nằm trong kế hoạch chiến lược/ Nghị quyết của Bệnh viện. Mỗi mục cho 1 điểm.

Trường hợp đủ 4 điểm: Đưa vào KH ưu tiên 1 thực hiện thực hiện ngay;

Trường hợp 3 điểm đưa vào xem xét khó khăn ở mục nào liệu có khắc phục được không, trường hợp khắc phục được thì cần thời gian chúng ta đưa vào ưu tiên 2.

Trường hợp 1,2 điểm thì chúng ta trì hoãn chờ có thêm nguồn lực mới xem xét thực hiện sau.

Cột cuối “Ưu tiên” thì chúng ta đánh dấu và 1: Ưu tiên 1; 2, ưu tiên 2; 3 trì hoãn chưa là M. Sau khi Hội đồng xác định được các nhóm tiêu chí cần cải thiện, các Bệnh viện có thể có 2 cách làm.

Trường hợp 1. Khi BV đã có đầy đủ điều kiện về nhân lực vật lực tài lực: Phòng quản lý chất lượng chỉ cần lập kế hoạch giao cho các đơn (Khoa- Phòng) triển khai các hoạt động, phòng QLCL chỉ cần lên kế hoạch theo dõi giám sát việc thực hiện.

Trường hợp 2. Trên cơ sở các nhóm tiêu chí đã được xác định cần tăng cường chất lượng, Phòng QLCL cần tham mưu cho BGĐ Bệnh viện chỉ đạo thành lập các nhóm làm việc để lên kế hoạch/ đề án giải quyết các vấn đề.

Để tổng quan hơn các bạn sẽ làm một bảng tổng hợp theo như ví dụ sau:

Ví dụ 1: Bảng 8.5. Tổng hợp mục tiêu tăng các tiêu chí chất lượng Bệnh viện của một bệnh viện như sau:

TT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ	ĐIỂM	Các yếu tố để xác định ưu tiên			Mục tiêu năm tới 2021
			Nhân lực	CSVC, TTB	Tài chính	
	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)	Kết quả 2020				
	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6) (Mức 4)	8/30				19/30
	A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5) (Mức 2)	8/25				17/25
	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2) (Mức 1)	7/10				9/10
	A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)	14/30				21/30
	PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN					
	B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)	3/15				10/15
	B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)	3/15				10/15
	B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc(4)	11/20				15/20
	B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)	4/20				12/20
	PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (38)					
	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)	3/10				5/10
	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)	4/10				6/10
	C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2)	2/10				5/10
	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)	11/30				15/30
	C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5)	9/25				12/25
	C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)	3/15				7/15
	C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)	7/25				15/25
	C8. Chất lượng xét nghiệm (2)	5/10				6/10
	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)	13/30				19/30
	C10. Nghiên cứu khoa học (2)	3/10				4/10
	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (9)					
	D1. Thiết lập hệ thống và xây dựng, triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng (3)	5/15				7/15

	D2. Phòng ngừa các sai sót, sự cố và cách khắc phục(2)	5/10				10/10
	D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (4)	3/20				6/20
PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA SẢN NHI (4)		4/20				9/20
	E1.1 Thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	NA				
	E1.2 Hoạt động truyền thông về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em					
	E1.3 Thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ					
	E2.1 Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa					

3. Các bước xây dựng đề án cải tiến chất lượng

Bước 1. Thành lập nhóm làm việc và thiết lập cơ chế làm việc

Sau khi xác định nhóm chỉ số cần cải thiện, nhóm chủ đề thuộc đơn vị nào thì nên để đơn vị đó chủ động đề xuất thành phần nhóm làm việc

Thành phần nhóm làm việc gồm các cán bộ nhân viên trong đơn vị liên quan trực tiếp và gián tiếp đến vấn đề.

Cơ cấu tốt nhất của nhóm làm việc cần có Đại diện Ban giám đốc: Mục tiêu họ là người thay mặt BGĐ đưa ra quyết định tại các buổi họp bàn giải quyết công việc cụ thể liên quan đến nhiều đơn vị, tránh mất thời gian trình bày theo thủ tục hành chính cũ.

Thành phần nêu đề án cải thiện chất lượng liên quan đến đơn vị, khoa, phòng nào thì cần mời đại diện của đơn vị, khoa, phòng tham gia vào nhóm làm việc này.

Đại diện các phòng ban, khoa liên quan tham gia rất quan trọng, khi các cuộc họp bàn các đơn vị sẽ cho ý kiến đề xuất giải quyết để đại diện BGĐ có thể ra quyết định nhanh chóng.

Nguyên tắc làm việc nhóm (xem bài làm việc nhóm), nhóm cần lên kế hoạch cụ thể, tùy theo dự án mà nhóm có lịch hàng tuần hay 2 tuần, 1 tháng sinh hoạt đánh giá kết quả hoạt động một lần.

Bước 2. Thu thập thông tin đánh giá tình hình hiện tại

Bước này nhóm nên phân tích sâu hơn về mức độ của vấn đề và các điều kiện cần và đủ để cải thiện nhóm tiêu chí đã xác định

Nêu chính xác cụ thể các vấn đề

Bước 3. Phân tích vấn đề: Tìm ra các nguyên nhân gốc rễ để chuẩn bị đề xuất các giải pháp và phương pháp thực hiện (xem bài phân tích vấn đề)

Bước 4. Đề ra các giải pháp và phương pháp thực hiện (xem bài xác định giải pháp và phương pháp thực hiện).

Bước 5 Viết kế hoạch hoạt động. (Xem bài viết kế hoạch hoạt động)

Tóm tắt: Kế hoạch hoặc đề án can thiệp tăng cường 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện tuân theo nguyên tắc chung của đề án can thiệp tăng cường chất lượng liên tục (TQM hoặc PDCA, CQI, QA). Một số điểm cần chú ý là ở đây chúng ta xác định chủ đề/nhóm tiêu chí chất lượng nằm trong khuôn khổ 83 tiêu chí. Một cách làm mang tính hướng tới đối tượng phục vụ trong xác định tiêu chí/nhóm tiêu chí chất lượng can thiệp là đưa tiêu chí sự tác động lên đối tượng vào trong tiêu chí chấm điểm, cách này vừa đảm bảo cả 2 mục tiêu tăng cường 83 tiêu chí và hướng tới đối tượng phục vụ.

PHỤ LỤC 2.

Một số dự án TQM đã thực hiện bởi Phan Văn Tường và cộng sự hướng dẫn và thực hiện.

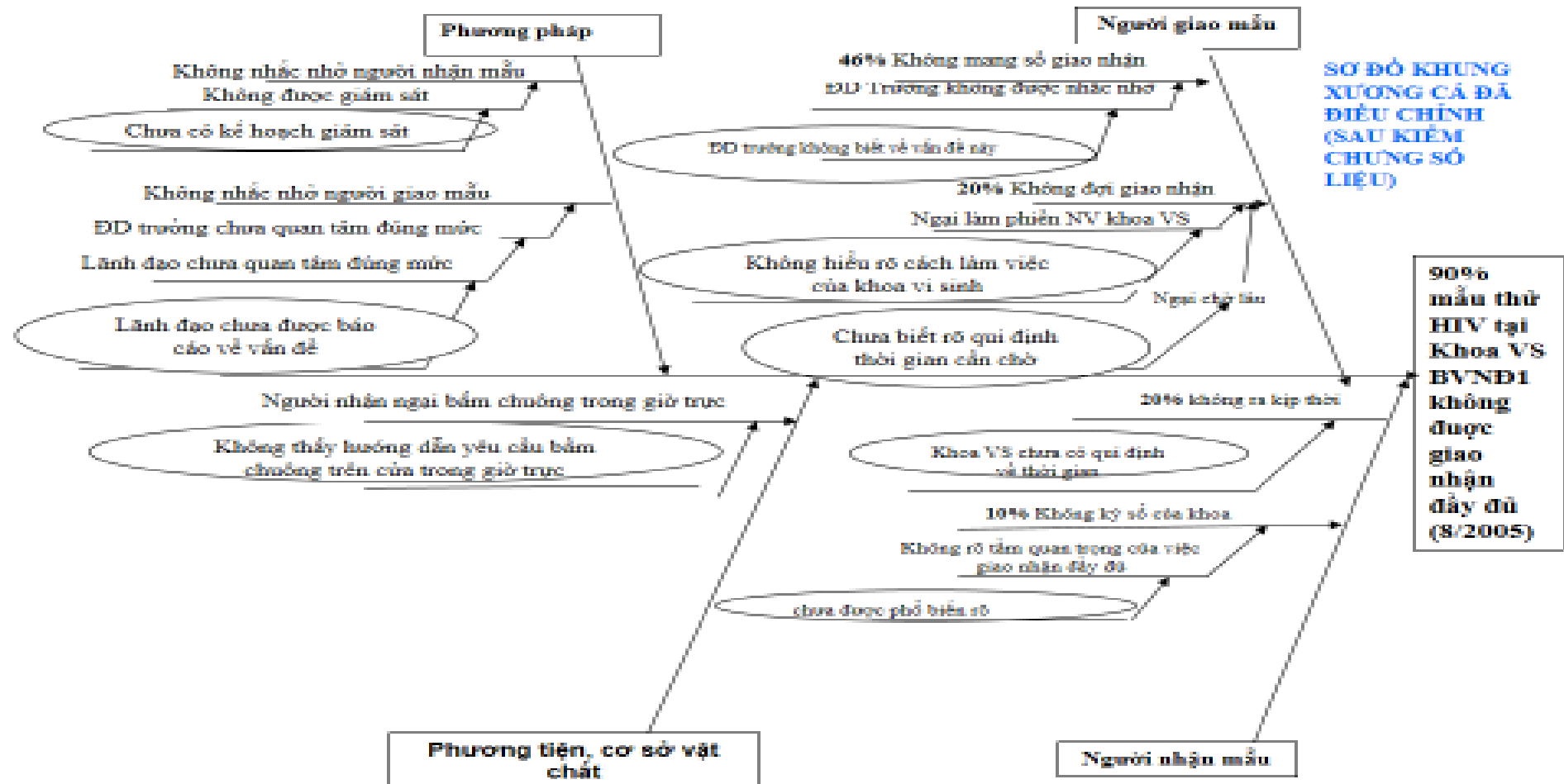
STT	Tên dự án TQM	Chủ đề	Thời gian	Kết quả/mục tiêu
1	Giảm thời gian can thiệp mạch vành cấp cứu ở người bệnh Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Nhân dân 115	Giảm thời gian can thiệp mạch vành cấp cứu	7/2014 – 3/2015	Giảm tỷ lệ BN nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có thời gian chờ đợi để được can thiệp mạch vành cấp cứu trên 90 phút vào tháng 7/2014 là 66,66% xuống còn 10% vào tháng 03/2015.
2	Giảm thời gian người bệnh chờ khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhân dân 115.	Giảm thời gian chờ khám bệnh	1/2015- 3/2015	Giảm tỷ lệ thời gian chờ khám trung bình từ 138,7 phút ở thời điểm 1/1/2015 xuống còn 120 phút tại thời điểm 31/3/2015.
3	Giảm thời gian chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu bụng ngoại khoa tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhân dân 115.	Giảm thời gian chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu bụng ngoại khoa	12/2014- 3/2015	Giảm thời gian người bệnh chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu bụng ngoại khoa tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhân dân 115 từ 160 phút trong năm 2014 xuống còn 60 phút trong năm 2015.
	Giảm thời gian người bệnh làm thủ tục ra viện tại Khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Nhân dân 115	Giảm thời gian làm thủ tục ra viện	12/2014- 30/1/2015	Giảm thời gian người bệnh chờ thủ tục ra viện từ 5 giờ còn 3 giờ tại Khoa ngoại thần kinh Bệnh viện Nhân dân 115 tại thời điểm 30/1/2015.

STT	Tên dự án TQM	Chủ đề	Thời gian	Kết quả/mục tiêu
4	Nâng cao năng lực chuyên môn cho các hộ sinh trung học mới được tuyển dụng tại Bệnh viện Phụ sản TW năm 2014	Nâng cao năng lực cho nhân viên mới tuyển dụng	2/2014-9/2014	Giảm tỷ lệ hộ sinh không trình bày được các quy trình chuyên môn và có đủ kỹ năng tuyên truyền, tư vấn về sức khỏe sinh sản từ 40% (tháng 2/2014) xuống còn 8% (tháng 9/2014)) tại 4 khoa phòng của Bệnh viện Phụ sản TW.
5	Đánh giá và can thiệp về thái độ của nhân viên đơn vị lấy máu và thu chi viện phí đối với người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản TW năm 2014	Tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh với thái độ của nhân viên y tế	5/2014-11/2014	Tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh đối với nhân viên đơn vị thu chi viện phí từ 39% lên 47,5% và với nhân viên đơn vị lấy máu từ 48,6% lên 54,7% từ tháng 5/2014 đến tháng 11/2014.
6	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh đến khám bệnh tại Khoa Khám BV Phụ sản TW năm 2014	Giảm thời gian hoàn thành quy trình khám của người bệnh	4/2014 – 12/2014	1) Thời gian chờ khám bệnh trung bình giảm từ 1 giờ 26 phút (tháng 4/2014) xuống còn 62 phút (tháng 12/2014); 2) Thời gian hoàn thành quy trình khám bệnh từ 246 phút (tháng 4/2014) giảm xuống còn 212 phút (tháng 12/2014).
7	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh tại Phòng khám Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thanh Hóa	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh tại khoa khám bệnh	6/2013-10/2013	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh ở khoa khám bệnh viện Phụ Sản Tỉnh Thanh Hóa từ 3 giờ (180 phút) vào tháng 6 năm 2013 còn 2 giờ (120 phút) vào thời điểm tháng 10 năm 2013.

STT	Tên dự án TQM	Chủ đề	Thời gian	Kết quả/mục tiêu
8	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh khi làm thủ tục xuất viện ở Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thanh Hóa	Giảm thời gian làm thủ tục xuất viện của người bệnh.	6/2013-10/2013	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh khi làm thủ tục xuất viện ở Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thanh Hóa từ 3 giờ (6/2013) xuống còn 2 giờ (10/2013).
9	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh ở khoa khám bệnh viện Nga Sơn, Thanh Hóa năm 2013	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh tại Khoa Khám bệnh	10/2012-4/2013	Giảm thời gian chờ đợi của người bệnh ở Khoa Khám Bệnh viện Nga Sơn, Thanh Hóa từ 164.95 phút (2 giờ 45 phút) vào tháng 10 năm 2012 còn 132,88 phút (2 giờ 12 phút) vào tháng 4 năm 2013 tại Bệnh viện Nga Sơn.
10	Giảm tỷ lệ người bệnh phàn nàn về thái độ của NVYT tại bệnh viện Nga Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2013	Tăng sự hài lòng của người bệnh đối với NVYT	10/2012-2/2013	Giảm phàn nàn về nhân viên y tế từ 31,4% tháng 10 năm 2012 xuống 15,4% vào tháng 2 năm 2013 tại Bệnh viện Nga Sơn.

PHỤ LỤC 3

Hình 1. Xác minh nguyên nhân gốc rễ



Nguồn: Phan Văn Tường, dự án tăng cường chất lượng xét nghiệm tại BV Nhi Đồng 1, TP.HCM năm 2005.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

9. Bộ Y tế, UNICEF (1993), Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở.
10. Bộ Y tế (1997), Quy chế bệnh viện.
11. Bộ Y tế (2013), Thông tư 19/2013/TT-BYT: Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện Ngày 12 tháng 7 năm 2013.
12. CDC - Trường Đại học Y tế Công cộng (2007), Áp dụng TQM trong các hoạt động phòng chống HIV/AIDS.
13. CDC Atlanta (1993), Hướng dẫn xác định ưu tiên các vấn đề y tế công cộng.
14. CDC - Đại học Y tế công cộng (2007), Áp dụng TQM trong các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, NXB Y học, Hà Nội.
15. Chính phủ: Nghị quyết số 49-CP, ngày 04/8/1993 về Phát triển công nghệ thông tin ở nước ta trong những năm 90.
16. Chính phủ: Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ về việc Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập.
17. Chính phủ: Thông tư 71/2006/TT-BTC Hướng dẫn Nghị định 43/2006/NĐ-CP ngày 9 tháng 8 năm 2006 của Chính phủ quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập.
18. Dương Văn Lâm, Võ Thanh Quang, Phan Văn Tường, Nghiên cứu can thiệp áp dụng quản lý chất lượng toàn diện - TQM để tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án tại bốn khoa lâm sàng Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2012. Tạp chí Y học thực hành. Tr.126-130, Số 1 (857) 2013.
19. Lê Ngọc Trọng (1994), Tăng cường kỹ năng quản lý y tế tỉnh - huyện, NXB Y học, Hà Nội.
20. Lê Ngọc Trọng, Phan Văn Tường, Nguyễn Thanh Hương (2006), Tổ chức, quản lý y tế và chính sách y tế, NXB Y học, Hà Nội.
21. Lê Vũ Anh, Phan Văn Tường (1996), Phương pháp thu thập thông tin và xác định ưu tiên trong phòng chống AIDS, Hội thảo quốc gia về quản lý chương trình phòng chống AIDS, Trường cán bộ quản lý y tế Hà nội và UBQG phòng chống AIDS.
22. Lê Vũ Anh, Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện trong phòng chống HIV/AIDS, NXB Y học, 2007.
23. Nguyễn Thị Xuyên, Phan Văn Tường và CS, Giáo trình Nguyên lý quản lý bệnh viện, NXB Lao động - Xã hội, 2010.
24. Nguyễn Văn Dịp (1998), Quản lý và giám sát các hoạt động y tế xã phường, Bộ Y tế, Hà Nội.
25. Nguyễn Văn Truyền và Trương Phi Hùng (1998), Tâm lý học y học, Trường đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
26. Phạm Trí Dũng, Nguyễn Thanh Hương (2002), Những vấn đề cơ bản của kinh tế y tế, NXB Y học, Hà Nội.

27. Phạm Đức Đạt, Phan Văn Tường, Nguyễn Đình Phú (2015), “Giảm thời gian người bệnh chờ can thiệp mạch vành < 120 phút tại khoa Tim Mạch Can thiệp”, đề tài cấp cơ sở, BV Nhân dân 115 TP Hồ Chí Minh.
28. Phan Văn Tường (1997), Lập kế hoạch y tế, Bài giảng Quản lý y tế, NXB Y học, Hà Nội.
29. Phan Văn Tường, Vũ Thị Kim và cs (1998), Đánh giá nhu cầu đào tạo về lập kế hoạch bệnh viện của cán bộ quản lý bệnh viện huyện 11/1997, Tạp chí Y học thực hành, NXB Y học số 3/1998.
30. Phan Văn Tường và CS (1998), Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để giải quyết các vấn đề y tế tại 5 quận huyện thực địa của trường cán bộ quản lý Y tế năm 1998, Y học thực hành, số 2/1999, tr. 40-42.
31. Phan Văn Tường, Hà Thị Sâm, Phạm Thanh Tâm, Trần Khắc Quyền (1999), Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để nâng cao tỷ lệ bà mẹ thuộc đồng bào dân tộc H'Mông và Thái sử dụng gói đẻ sạch tại huyện Mù Căng Chải, tỉnh Yên Bái năm 1999, Y học thực hành, năm 2002, tháng, số 1, chuyên đề, tập 407, tr. 21-23.
32. Phan Văn Tường, Đánh giá chất lượng phục vụ bệnh viện thông qua sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện tư và bệnh viện công tỉnh An Giang năm 1999, Y học thực hành, năm 2002, tháng, số 1, chuyên đề, tập 407, tr. 13-15.
33. Phan Văn Tường, Trần Thu Thủy (2001), Sự hài lòng của người bệnh trong bệnh viện khu vực công và công tư phối hợp, Y học thực hành, năm 2001, tháng, số 6, chuyên đề, tập 398, tr. 6-8.
34. Phan Văn Tường, Trần Thu Thủy, Đào Văn Dũng (2002), Đánh giá chất lượng các dịch vụ khu vực công và công - tư phối hợp trong hệ thống bệnh viện qua sự hài lòng của người bệnh, Y học thực hành, năm 2002, tháng, số 2, chuyên đề, tập 408, tr. 13-15.
35. Phan Văn Tường (2007), Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý của cán bộ quản lý bệnh viện Việt Nam, Y học Việt Nam, năm 2007, tháng 6, số, chuyên đề Đại học Y Thái Bình, tập 335, tr. 128-134.
36. Phan Văn Tường (2010), Quản lý chất lượng bệnh viện, NXB Lao động - Xã hội, 2010, trg 63-84.
37. Phan Văn Tường và CS, Giáo trình Quản lý dịch vụ y tế, NXB Lao động - Xã hội, 2012.
38. Phan Văn Tường, Bùi, Thị Mỹ Anh, Nguyễn Duy Thuận (2012), “Mô hình quản lý chất lượng và áp dụng vào trong lĩnh vực y tế”, Tạp chí Y học thực hành, số 8 (838), tr.31-34.
39. Phan Văn Tường, Trần Thị Minh Phượng, Bùi Thị Mỹ Anh (2012), ‘Đánh giá thực hiện tiêm an toàn tại BVĐK Hà Đông, Hà Nội năm 2012’, Tạp chí Y học thực hành số 9 (841) 2012, Tr 82-88.
40. Phan Văn Tường & Quách Thị Lệ và CS, Đánh giá kết quả can thiệp “Tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án theo cách tiếp cận Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)” tại Bệnh viện Thọ Xuân Thanh Hóa. Tạp chí Y học thực hành (854). Tr.42-45, Số 12 (854) 2012.

41. Phan Văn Tường, Chu Huyền Xiêm, Nguyễn Văn Minh, Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian chờ khám bệnh tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Nga Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2013, Hà Nội năm 2014, Tạp chí Y học thực hành, số 7 (925), 2014, tr.30-34.
42. Phan Văn Tường, Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Thị Tuyết Trinh và CS (2014), Giảm thời gian người bệnh chờ chỉ định phẫu thuật cấp cứu bụng ngoại khoa tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhân dân 115 (Đề tài NCKH cấp cơ sở), QĐ 516/QĐ-BV về việc nghiệm thu dự án TQM ngày 11/6/2015 của GD BV Nhân Dân 115.TP.HCM.
43. Phan Văn Tường và CS (2015); Xây dựng nhóm làm việc, Quản lý chất lượng bệnh viện (Giáo trình tái bản lần 1), NXB YH, 2015, trang 85-95.
44. Phan Văn Tường và CS (2015), Quản lý chất lượng bệnh viện (Giáo trình tái bản lần 1), NXB Y học, 2015, tr. 107.
45. Phan Văn Tường (2016), Vũ Khắc Lương và CS, Giáo trình (tái bản) “Quản lý chất lượng bệnh viện”, NXB Lao động - Xã hội, 2010, Trang 145-156.
46. R.McMahon et al (1992), Cho cán bộ đương nhiệm, NXB Y học, Hà Nội.
47. Thủ tướng Chính phủ: Quyết định số 128/2000/QĐ-TTg, ngày 20/11/2000 về Một số chính sách và biện pháp khuyến khích đầu tư và phát triển phần mềm.
48. Trần Thị Hà Giang & Phan Văn Tường (2012), “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện da liễu Trung ương năm 2011”, Tạp chí Y học thực hành, số 5 (822) 2012, tr. 137-141.
49. Trường Cán bộ quản lý y tế (3/1999), Quản lý chương trình sức khỏe sinh sản cho cán bộ quản lý tuyến tỉnh.
50. WHO, Bộ Y tế (2001), Quản lý y tế, NXB Y học, Hà Nội.

Tiếng Anh

7. Anthony J. Strike (1995), Human Resource in Health Care - A manager's guide, Blackwell Science.
8. Barry R. Friedman, Jerome P. Jones (1995), Principles of MRI, GE Medical systems.
9. Cassels, K. Janovsky (1995), Strengthening health management in districts and provinces, WHO, Geneva.
10. CDC (1993), TQM Team Member Manual, US Department of Health and human services, CDC, USA.
11. CDC (1993), The quality advantage.
12. CDC (1993), Total quality management, Team member manual, SMDP, CDC.
13. CDC Atlanta (1993), Basic Priority Rating System (BPRS), Georgia.
14. CDC (1995), Improvement System - CDC.
15. CDC (1995), Total Quality management, the Quality Advantage - Total Quality.
16. CDC (1997), TQM Team Member Manual, US Department of Health and Human services, CDC, USA.

17. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA. 1998;280(11):1000-1005.
18. Codman EA. The product of a hospital. Surg Gynecol Obstet. 1914;18:491-496.
19. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
20. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
21. Crosby PB. Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain. New York: McGraw-Hill; 1979.
22. D. Mercado (1994), Reading in Health System Management, đề án 03 SIDA, dịch, pp. 15-20, NXB Y học, Hà Nội.
23. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986:23-24.
24. Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring. Vols I, II, III. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1985.
25. Erich Krestel (1999), Imaging system for medical diagnostic, New York.
26. Ernest Codman (1914) [Health Care Quality Management: Tools and Applications](https://books.google.com.vn/books?isbn=1118603893)
<https://books.google.com.vn/books?isbn=1118603893>.
27. Human Resource Development: The new trainer's guide-second edition. Addison - Wesley Publishing Company, INC, 1990.
28. Juran JM. Juran on Leadership for Quality. New York: Free Press; 1989.
29. Shewhart W. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: D. Van Nostrand Co.; 1931.
30. Ủy ban Chất lượng y tế Hoa Kỳ, Viện Y học. Medicine. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Nhà xuất bản National Academies; 2001.
31. WHO (1993), Basic radiological system.
32. WHO/GPA (1993), National AIDS Program management, Georgia University.
33. WHO (1994), Maintenance and repair of laboratory, diagnostic imaging and hospital equipment.
34. William W Dyal (1990), Program management A guide for improving program decisions, Atlanta, Georgia.
35. W.W.Dyal (1990), Program management, CDC Atlanta.