



BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH
DỰ ÁN TĂNG CƯỜNG CHẤT LƯỢNG NGUỒN
NHÂN LỰC TRONG KHÁM CHỮA BỆNH



TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH**

**TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
AN TOÀN NGƯỜI BỆNH**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2014**

BỘ Y TẾ
CỤC KHOA HỌC CÔNG NGHỆ
VÀ ĐÀO TẠO

Số: 56 /QĐ-K2ĐT

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

Hà Nội, ngày 16 tháng 5 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành chương trình và tài liệu đào tạo
“An toàn người bệnh”

CỤC TRƯỞNG CỤC KHOA HỌC CÔNG NGHỆ VÀ ĐÀO TẠO

Căn cứ Quyết định số 4059/QĐ-BYT ngày 22/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo;

Căn cứ Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 về Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế;

Căn cứ biên bản họp Hội đồng chuyên môn thẩm định chương trình và tài liệu đào tạo “An toàn người bệnh” ngày 26/3/2014;

Theo đề nghị của trưởng phòng Quản lý đào tạo sau đại học và đào tạo liên tục,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục “An toàn người bệnh”, thời gian đào tạo 24 tiết do Cục Quản lý khám chữa bệnh tổ chức biên soạn.

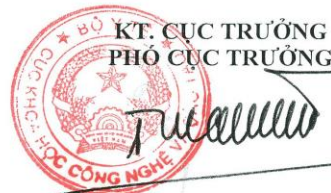
Điều 2. Chương trình và tài liệu đào tạo “An toàn người bệnh” được sử dụng để đào tạo liên tục cho cán bộ y tế trong các cơ sở khám chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông/bà Chánh Văn phòng Cục, Trưởng phòng Quản lý đào tạo sau đại học và đào tạo liên tục; các cơ sở được giao nhiệm vụ đào tạo liên tục cán bộ y tế chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Cục trưởng (để báo cáo);
- Cục QL KCB (để phối hợp);
- Dự án JICA;
- Lưu: VT, SĐH.



Nguyễn Ngô Quang

BAN BIÊN SOẠN

CHỦ BIÊN: PGS Lương Ngọc Khuê
ĐỒNG CHỦ BIÊN: ThS. Phạm Đức Mục

THÀNH VIÊN BAN BIÊN SOẠN

PGS. Lương Ngọc Khuê
ThS. Phạm Đức Mục
PGS. Lê Thị Anh Thư
TS. Nguyễn Đức Chính
TS. Vũ Thị Thu Hương

THƯ KÝ BIÊN SOẠN

ThS. Bùi Quốc Vương

LỜI NÓI ĐẦU

Nguyên tắc hàng đầu của thực hành y khoa là “ Điều đầu tiên không gây tổn hại cho người bệnh - First Do No Harm to patient” đang là điều trăn trở đối với người hành nghề khám chữa bệnh và đã có những sự kiện y tế gây tâm lý bất an cho cả người sử dụng và người cung cấp dịch vụ y tế. Bằng chứng nghiên cứu đa quốc gia đã khẳng định người bệnh đang phải gánh chịu nhiều thiệt hại do sai sót chuyên môn và sự cố y khoa. Mặc dù những sai sót và sự cố này không ai muốn và không ai chấp nhận nhưng nó vẫn xảy ra hàng ngày.

Trong thập kỷ qua, những thành tựu của ngành y tế Việt Nam trong việc áp dụng thành công các kỹ thuật chẩn đoán, điều trị hiện đại đã góp phần quan trọng vào việc nâng cao sức khỏe người dân, tăng tuổi thọ và giúp cho nhiều người mắc bệnh nan y có thêm cơ hội sống. Tuy nhiên, theo các chuyên gia y tế thách thức hàng đầu trong lĩnh vực y tế hiện nay là bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn trong môi trường y tế có nhiều áp lực và dây truyền khám chữa bệnh vừa vừa nhiều đầu mối vừa ngất ngưởng.

Tài liệu đào tạo an toàn người bệnh do Bộ Y tế ban hành dựa trên các khuyến cáo và hướng dẫn cập nhật của Tổ chức Y tế Thế giới và triển khai thực hiện Điều 7 của Thông tư số 19/2013/TT-BYT về triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế. Mục đích của Tài liệu đào tạo này nhằm cung cấp các kiến thức hiểu biết về tần suất các sai sót chuyên môn, sự cố y khoa, các nguyên nhân và các giải pháp để hạn chế các sai sót chuyên môn và sự cố y khoa tới mức thấp nhất có thể trong các cơ sở khám chữa bệnh.

Nội dung của Tài liệu bao gồm 6 chủ đề được thiết kế theo trình tự hệ thống, từ việc nhận dạng các sai sót, sự cố y khoa đến việc tìm hiểu nguyên nhân, đưa ra các giải pháp can thiệp và áp dụng quy trình cải tiến chất lượng liên tục vào việc bảo đảm an toàn người bệnh. Khung Tài liệu được trình bày theo Quy định của Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế.

Các cơ sở khám chữa bệnh căn cứ vào phạm vi chuyên môn của đơn vị thực hiện toàn bộ hay từng phần của Tài liệu. Đối với các bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh cần thực hiện đầy đủ các nội dung của Tài liệu.

TM. BAN BIÊN TẬP

Trưởng ban

PGS.TS. LƯƠNG NGỌC KHUÊ

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

MỤC LỤC

CHỦ ĐỀ	TRANG
Bài 1: Tổng quan về an toàn người bệnh	09
Bài 2. Phòng ngừa sự cố y khoa trong việc xác định người bệnh và cải thiện thông tin trong nhóm chăm sóc.	27
Bài 3. Phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc	38
Bài 4. Phòng ngừa sự cố y khoa trong phẫu thuật	61
Bài 5. Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện	79
Bài 6. Phòng ngừa sự cố y khoa trong chăm sóc và sử dụng trang thiết bị vật tư y tế	97
Phụ lục: Thông tư số 19/2013/TT-BYT về hướng dẫn quản lý chất lượng	110

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

KSNK: kiểm soát nhiễm khuẩn
NB : người bệnh
BHYT: bảo hiểm y tế
CSSK : chăm sóc sức khỏe
CBYT: cán bộ y tế
NVYT: nhân viên y tế
HĐT&ĐT: hội đồng thuốc và điều trị
NKBV : nhiễm khuẩn bệnh viện
VSV : vi sinh vật

Bài 1

TỔNG QUAN VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Giải thích được các thuật ngữ liên quan về an toàn người bệnh
2. Trình bày được tần suất sự cố y khoa và hậu quả
3. Phân loại được các nguyên nhân sự cố y khoa không mong muốn
4. Phân biệt được lỗi cá nhân (lỗi hoạt động) và lỗi hệ thống (các yếu tố nguy cơ tiềm tàng).
5. Trình bày được các giải pháp bảo đảm an toàn người bệnh

NỘI DUNG

1. MỞ ĐẦU

Ngày nay, những thành tựu của y học trong việc chẩn đoán, điều trị đã giúp phát hiện sớm và điều trị thành công cho nhiều người bệnh mắc các bệnh nan y mà trước đây không có khả năng cứu chữa, mang lại cuộc sống và hạnh phúc cho nhiều người và nhiều gia đình. Tuy nhiên, theo các chuyên gia y tế thách thức hàng đầu trong lĩnh vực y tế hiện nay là bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn cho người bệnh/khách hàng. Các chuyên gia y tế đã nhận ra một hiện thực là bệnh viện không phải là nơi an toàn cho người bệnh như mong muốn và mâu thuẫn với chính sứ mệnh của nó là bảo vệ sức khỏe và tính mạng của con người.

Ở nước ta, một số sự cố y khoa không mong muốn xảy ra gần đây gây sự quan tâm theo dõi của toàn xã hội đối với ngành y tế. Khi sự cố y khoa không mong muốn xảy ra, người bệnh và gia đình người bệnh trở thành nạn nhân, phải gánh chịu hậu quả tổn hại tới sức khỏe, tính mạng, tài chính, tai nạn chồng lên tai nạn. Và các cán bộ y tế liên quan trực tiếp tới sự cố y khoa không mong muốn cũng là nạn nhân trước những áp lực của dư luận xã hội và cũng cần được hỗ trợ về tâm lý khi rủi ro nghề nghiệp xảy ra.

Bài viết này nhằm trao đổi cách tiếp cận mới về An toàn người bệnh từ góc nhìn hệ thống, từ quan điểm của người bệnh, của cán bộ y tế thông qua việc cung cấp thông tin dịch tễ về sự cố y khoa, cách phân loại sự cố, tìm hiểu nguyên nhân

và đề xuất các giải pháp nhằm bảo đảm an toàn người bệnh trên cơ sở tổng hợp và nghiên cứu các khuyến cáo của Tổ chức y tế Thế giới và các nước đi tiên phong trong lĩnh vực an toàn người bệnh.

2. CÁC THUẬT NGỮ

Lỗi - Error: Thực hiện công việc không đúng quy định hoặc áp dụng các quy định không phù hợp²⁰.

Sự cố - Event: Điều bất trắc xảy ra với người bệnh hoặc liên quan tới người bệnh²⁰

Tác hại - Harm: Suy giảm cấu trúc hoặc chức năng của cơ thể hoặc ảnh hưởng có hại phát sinh từ sự cố đã xảy ra. Tác hại bao gồm: bệnh, chấn thương, đau đớn, tàn tật và chết người²⁰.

Sự cố không mong muốn - Adverse Events (AE): Y văn của các nước sử dụng thuật ngữ “sự cố không mong muốn” ngày càng nhiều vì các thuật ngữ “sai sót chuyên môn, sai lầm y khoa” dễ hiểu sai lệch về trách nhiệm của cán bộ y tế và trong thực tế không phải bất cứ sự cố nào xảy ra cũng do cán bộ y tế.

- Theo WHO: Sự cố không mong muốn là tác hại liên quan đến quản lý y tế (khác với biến chứng do bệnh) bao gồm các lĩnh vực chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, sử dụng trang thiết bị y tế để cung cấp dịch vụ y tế. Sự cố y khoa có thể phòng ngừa và không thể phòng ngừa²⁰.

- Theo Bộ sức khỏe và dịch vụ con người của Mỹ: Sự cố không mong muốn gây hại cho người bệnh do hậu quả của chăm sóc y tế hoặc trong y tế. Để đo lường sự cố y khoa các nhà nghiên cứu y học của Mỹ dựa vào 3 nhóm tiêu chí. (1) Các sự cố thuộc danh sách các sự cố nghiêm trọng; (2) Các tình trạng/vấn đề sức khỏe người bệnh mắc phải trong bệnh viện; Và (3) sự cố dẫn đến 1 trong 4 thiệt hại nghiêm trọng cho người bệnh nằm trong Bảng 4 Phân loại mức độ nguy hại cho người bệnh từ F-I, bao gồm: kéo dài ngày điều trị, để lại tổn thương vĩnh viễn, phải can thiệp cấp cứu và chết người¹⁰.

3. DỊCH VỤ Y TẾ - LĨNH VỰC NHIỀU RỦI RO

Theo các nhà nghiên cứu y học Mỹ, lĩnh vực y khoa là lĩnh vực có nhiều rủi ro nhất đối với khách hàng. Các chuyên gia y tế Mỹ nhận định “Chăm sóc y tế tại Mỹ không an toàn như người dân mong đợi và như hệ thống y tế có thể, ít nhất 44000 - 98000 người tử vong trong các bệnh viện của Mỹ hàng năm do các sự cố y khoa²⁰. Số người chết vì sự cố y khoa trong các bệnh viện của Mỹ, cao hơn tử vong do tai nạn giao thông, Ung thư vú, tử vong do HIV/AIDS là ba vấn đề sức khỏe mà người dân Mỹ quan tâm hiện nay^{10,8,9}. Tiếp theo nghiên cứu của Viện Y học Mỹ (Institute of Medicine) các nước như Úc, Anh, Canada,.. đã tiến hành nghiên cứu sự cố y khoa và đã công bố kết quả như sau:

Bảng 1. Sự cố y khoa tại Mỹ và các nước phát triển²⁰

Nghiên cứu	Năm	Số NB NC	Số sự cố	Tỷ lệ (%)
1. Mỹ (Harvard Medical Practice Study)	1989	30.195	1133	3,8
2. Mỹ (Utah-Colorado Study)	1992	14.565	475	3,2
3. Mỹ (Utah-Colorado Study)*	1992	14.565	787	5,4
4. Úc (Quaility in Australia Health Case Study)	1992	14,179	2353	16,6
5. Úc (Quaility in Australia Health Case Study)**	1992	14,179	1499	10,6
6. Anh	2000	1014	119	11,7
7. Đan Mạch	1998	1097	176	9,0

Ghi chú: * Áp dụng phương pháp nghiên cứu của Úc;

** Áp dụng phương pháp nghiên cứu của Mỹ.

Bảng 2. Sự cố y khoa trong phẫu thuật tại Bang Minnesota – Mỹ⁷

Loại sự cố	Số lượng	Tỷ lệ %
1. Để sót gạc dụng cụ	31	37,0
2. Phẫu thuật nhầm bộ phận cơ thể	27	32,0
3. Chỉ định phẫu thuật sai	26	31,0
4. Phẫu thuật nhầm người bệnh	0	0,0
5. Tử vong trong và ngay sau khi phẫu thuật	0	0,0
Tổng	84	100

Nguồn: *Adverse Health Events in Minnesota: Ninth annual Public report, January 2013.*

Sự cố y khoa do phẫu thuật: WHO ước tính hàng năm có khoảng 230 triệu phẫu thuật. Các nghiên cứu ghi nhận tử vong trực tiếp liên quan tới phẫu thuật từ 0,4-0,8% và biến chứng do phẫu thuật từ 3-16%^{7,8,9}. Theo Viện nghiên cứu Y học Mỹ và Úc gần 50% các sự cố y khoa không mong muốn liên quan đến người bệnh có phẫu thuật^{12,13,14,20}.

Sự cố y khoa liên quan tới nhiễm khuẩn bệnh viện: WHO công bố NKBV từ 5-15% người bệnh nội trú và tỷ lệ NKBV tại các khoa điều trị tích cực từ 9-37%; Tỷ lệ NKBV chung tại Mỹ chiếm 4,5%¹³. Năm 2002, theo ước tính của CDC tại Mỹ có 1,7 triệu người bệnh bị NKBV, trong đó 417,946 người bệnh NKBV tại các khoa hồi sức tích cực (24,6%)¹⁵.

Bảng 3. Nhiễm trùng bệnh viện tại một số bệnh viện Việt Nam^{1,2,3,4,6}.

Nghiên cứu	Năm	NKBV %
Phạm Đức Mục và cộng sự (11 BVTW)	2005	5,8
Nguyễn Thanh Hà và cộng sự (6BV phía Nam)	2005	5,6
Nguyễn Việt Hùng (36BV phía Bắc)	2006	7,8
Trần Hữu Luyện. Giám sát NKVM của 1000 NB có phẫu thuật tại BVTW Huế.	2008	4,3
Lê Thị Anh Thư. Giám sát VPBV liên quan thở máy của 170NB tại BV Chợ Rẫy.	2011	39,4

Nguồn: Báo cáo KSNK Bộ Y tế / Bệnh viện Bạch mai tổ chức năm 2005, 2008, 2012

Các nghiên cứu của các bệnh viện về nhiễm khuẩn bệnh viện được báo cáo trong các hội nghị, hội thảo về KSNK cho thấy nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc từ 4,5%-8% người bệnh nội trú.

4. PHÂN LOẠI SỰ CỐ Y KHOA

Tùy theo mục đích sử dụng mà có các cách phân loại sự cố y khoa khác nhau. Các cách phân loại hiện tại bao gồm: Phân loại theo nguy cơ đối với người bệnh, phân loại theo báo cáo bắt buộc và phân loại theo đặc điểm chuyên môn.

4.1. Phân loại sự cố y khoa theo mức độ nguy hại đối với người bệnh

Theo kinh nghiệm của một số nước, sự cố y khoa được phân loại theo các cách khác nhau, tùy thuộc vào mục đích sử dụng. Bao gồm phân loại theo mức độ nguy hại của người bệnh, theo tính chất nghiêm trọng của sự cố làm cơ sở để đo lường và đánh giá mức độ nguy hại cho người bệnh¹⁰.

Bảng 4. Phân loại sự cố y khoa theo mức độ nguy hại

Mức độ	Mô tả	Mức độ nguy hại
A	Sự cố xảy ra có thể tạo ra lỗi/sai sót	Không nguy hại cho NB
B	Sự cố đã xảy ra nhưng chưa thực hiện trên NB	
C	Sự cố đã xảy ra trên NB nhưng không gây hại	

D	Sự cố đã xảy ra trên NB đòi hỏi phải theo dõi	
E	Sự cố xảy ra trên NB gây tổn hại sức khỏe tạm thời đòi hỏi can thiệp chuyên môn	Nguy hại cho NB
F	Sự cố xảy ra trên NB ảnh hưởng tới sức khỏe hoặc kéo dài ngày nằm viện	
G	Sự cố xảy ra trên NB dẫn đến tàn tật vĩnh viễn	
H	Sự cố xảy ra trên NB phải can thiệp để cứu sống NB	
I	Sự cố xảy ra trên người bệnh gây tử vong	

Nguồn: NCC MERP Index, Medication Errors Council Revises and Expanded Index for categorizing Errors, June 12,2001.

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

Bảng 5. Danh mục các sự cố y khoa nghiêm trọng phải báo cáo¹⁰

1) Sự cố do phẫu thuật, thủ thuật
- Phẫu thuật nhầm vị trí trên người bệnh - Phẫu thuật nhầm người bệnh - Phẫu thuật sai phương pháp trên người bệnh - Sốt gạc dụng cụ - Tử vong trong hoặc ngay sau khi phẫu thuật thường quy
2) Sự cố do môi trường
- Bị shock do điện giật - Bị bỏng trong khi điều trị tại bệnh viện - Cháy nổ ôxy, bình ga, hóa chất độc hại..
3) Sự cố liên quan tới chăm sóc
- Dùng nhầm thuốc (sự cố liên quan 5 đúng) - Nhầm nhóm máu hoặc sản phẩm của máu - Sản phụ chuyển dạ hoặc chấn thương đối với sản phụ có nguy cơ thấp - Bệnh nhân bị ngã trong thời gian nằm viện - Loét do tỳ đè giai đoạn 3-4 và xuất hiện trong khi nằm viện - Thụ tinh nhân tạo nhầm tinh trùng hoặc nhầm trứng - Không chỉ định xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh dẫn đến xử lý không kịp thời - Hạ đường huyết - Vàng da ở trẻ trong 28 ngày đầu - Tai biến do tiêm/chọc dò tủy sống

4) Sự cố liên quan tới quản lý người bệnh
- Giao nhầm trẻ sơ sinh lúc xuất viện - Người bệnh gặp sự cố y khoa ở ngoài cơ sở y tế - Người bệnh chết do tự tử, tự sát hoặc tự gây hại
5) Sự cố liên quan tới thuốc và thiết bị
- Sử dụng thuốc bị nhiễm khuẩn, thiết bị và chất sinh học - Sử dụng các thiết bị hỏng/thiếu chính xác trong điều trị và chăm sóc - Đặt thiết bị gây tắc mạch do không khí
6) Sự cố liên quan tới tội phạm
- Do thầy thuốc, NVYT chủ định gây sai phạm - Bắt cóc người bệnh - Lạm dụng tình dục đối với người bệnh trong cơ sở y tế

Nguồn: NQF, Serious Reportable Event in Health Care 2006 update.

4.3. Phân loại sự cố y khoa theo đặc điểm chuyên môn

Hiệp hội an toàn người bệnh Thế giới phân loại sự cố y khoa theo 6 nhóm sự cố gồm:

- 1) Nhầm tên người bệnh
- 2) Thông tin bản giao không đầy đủ
- 3) Nhầm lẫn liên quan tới phẫu thuật
- 4) Nhầm lẫn liên quan tới các thuốc có nguy cơ cao
- 5) Nhiễm trùng bệnh viện
- 6) Người bệnh ngã

5. HẬU QUẢ CỦA SỰ CỐ Y KHOA

Hậu quả về sức khỏe: hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm tăng gánh nặng bệnh tật, tăng ngày nằm viện trung bình, tăng chi phí điều trị, làm giảm chất lượng chăm sóc y tế và ảnh hưởng đến uy tín, niềm tin đối với cán bộ y tế và cơ sở cung cấp dịch vụ.

Tại Mỹ (Utah- Colorado): các sự cố y khoa không mong muốn đã làm tăng chi phí bình quân cho việc giải quyết sự cố cho một người bệnh là 2262 US\$ và tăng 1,9 ngày điều trị/người bệnh²⁰. Theo một nghiên cứu khác của Viện Y học Mỹ chi phí tăng \$2595 và thời gian nằm viện kéo dài hơn 2,2 ngày/người bệnh²⁰.

Ở Australia hàng năm: 470 000 NB nhập viện gặp sự cố y khoa, tăng 8% ngày điều trị (thêm 3,3 triệu ngày điều trị) do sự cố y khoa, 18000 tử vong, 17000 tàn tật vĩnh viễn và 280000 người bệnh mất khả năng tạm thời^{16,17,20}.

Tại Anh: Bộ Y tế Anh ước tính có 850.000 sự cố xảy ra hàng năm tại các bệnh viện Anh quốc, chỉ tính chi phí trực tiếp do tăng ngày điều trị đã lên tới 2 tỷ bảng. Bộ Y tế Anh đã phải sử dụng 400 triệu bảng để giải quyết các khiếu kiện lâm sàng năm 1998/1999 và ước tính phải chi phí 2,4 tỷ bảng Anh để giải quyết những kiện tụng chưa được giải quyết. Chi phí cho điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện lên tới 1 tỷ bảng Anh hàng năm. Con số kiện tụng lên tới 38000 đối với lĩnh vực chăm sóc y tế gia đình và 28000 đơn kiện đối với lĩnh vực bệnh viện¹¹.

Tại Nhật Bản, theo số liệu của tòa án, bình quân mỗi ngày người dân kiện và đưa bệnh viện ra tòa từ 2-3 vụ. Thời gian giải quyết các sự cố y khoa tại Nhật Bản trung bình 2 năm/vụ khiếu kiện¹⁸.

6. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI SỰ CỐ Y KHOA

Theo các nhà nghiên cứu, các yếu tố liên quan tới sự cố y khoa gồm: Yếu tố người hành nghề, yếu tố chuyên môn, yếu tố môi trường công việc và yếu tố liên quan tới quản lý và điều hành cơ sở y tế.

6.1. Yếu tố con người

a) Sai sót không chủ định

- Do thiếu tập trung khi thực hiện các công việc thường quy (bác sĩ ghi hồ sơ bệnh án, điều dưỡng tiêm và phát thuốc cho người bệnh..). Các sai lầm này không liên quan tới kiến thức, kỹ năng của người hành nghề mà thường liên quan tới các thói quen công việc

- Do quên (bác sĩ quên không chỉ định các xét nghiệm cấp để chẩn đoán, điều dưỡng viên quên không bàn giao thuốc, quên không lấy bệnh phẩm xét nghiệm,..)

- Do tình cảnh của người hành nghề (mệt mỏi, ốm đau, tâm lý,..)

- Do kiến thức, kinh nghiệm nghề nghiệp hạn chế áp dụng các quy định chuyên môn không phù hợp. Tuy nhiên, trong một số trường hợp sự cố y khoa không mong muốn xảy ra ngay đối với các thầy thuốc có kinh nghiệm nhất và đang trong lúc thực hiện công việc chuyên môn có trách nhiệm với người bệnh.

b) Sai sót chuyên môn

- Cắt xén hoặc làm tắt các quy trình chuyên môn

- Vi phạm đạo đức nghề nghiệp

6.2. Đặc điểm chuyên môn y tế bất định

- Bệnh tật của người bệnh diễn biến, thay đổi

- Y học là khoa học chẩn đoán luôn kèm theo xác suất

- Can thiệp nhiều thủ thuật, phẫu thuật trên người bệnh dẫn đến rủi ro và biến chứng bất khả kháng

- Sử dụng thuốc, hóa chất đưa vào cơ thể dễ gây sốc phản vệ, phản ứng v.v.,..

6.3. Môi trường làm việc nhiều áp lực

- Môi trường vật lý (tiếng ồn, nhiệt độ, diện tích..)

- Môi trường công việc (quá tải, thiếu nhân lực, thiếu phương tiện..); Môi trường tâm lý (tiếp xúc với người ốm, tâm lý luôn căng thẳng...)

6.4. Quản lý và điều hành dây chuyền khám chữa bệnh

- Một số chính sách, cơ chế vận hành bệnh viện đang tiềm ẩn nhiều nguy cơ có thể làm gia tăng sự cố y khoa liên quan tới BHYT, tự chủ, khoán quản làm tăng lạm dụng dịch vụ y tế.

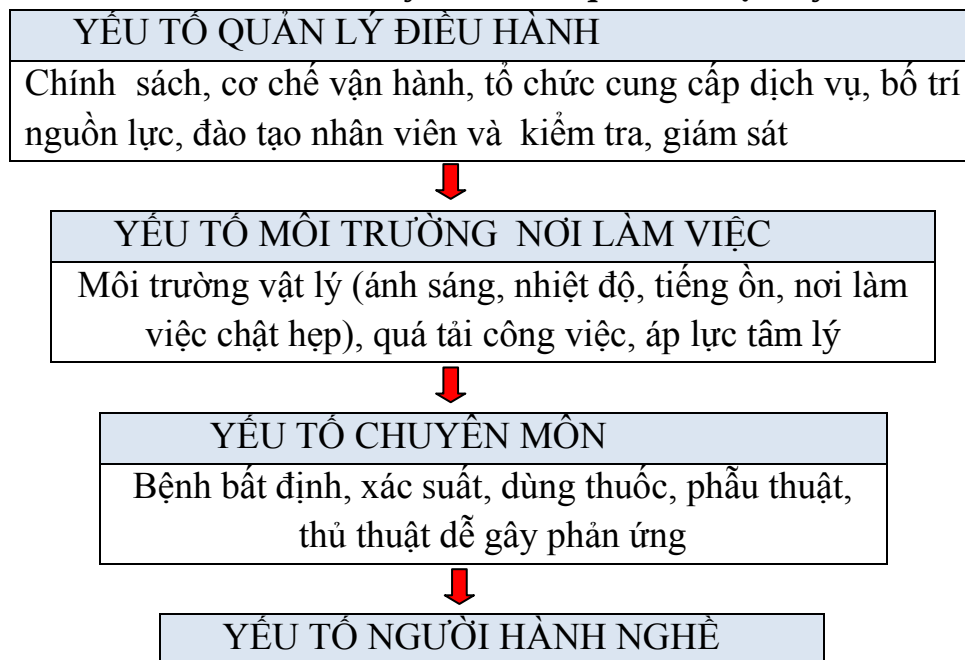
- Tổ chức cung cấp dịch vụ: Dây chuyền khám chữa bệnh khá phức tạp, ngắt quãng, nhiều đầu mối, nhiều cá nhân tham gia trong khi hợp tác chưa tốt.

- Thiếu nhân lực nên bố trí nhân lực không đủ để bảo đảm chăm sóc người bệnh 24 giờ/24 giờ/ngày và 7 ngày/tuần. Các ngày cuối tuần, ngày lễ việc chăm sóc, theo dõi người bệnh chưa bảo đảm liên tục.

- Đào tạo liên tục chưa tiến hành thường xuyên

- Kiểm tra giám sát chưa hiệu quả, thiếu khách quan.

Sơ đồ mô tả các yếu tố liên quan tới sự cố y khoa



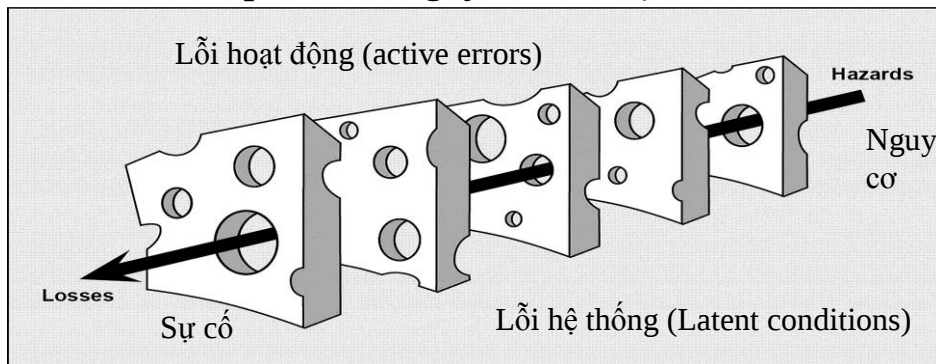
Kiến thức, kinh nghiệm, đạo đức nghề nghiệp, sức khỏe, tâm lý..

SỰ CỐ XẢY RA

Sơ đồ 1. Các yếu tố liên quan tới sự cố y khoa

7. PHÂN TÍCH NGUYÊN NHÂN GỐC

7.1. Mô hình phân tích nguyên nhân sự cố theo Reason J. Cathey



Mô hình các lớp hàng rào bảo vệ của hệ thống phòng ngừa sự cố y khoa

Nguồn: Reason J. Carthey, *Diagnosing vulnerable system syndrome*

Trong y tế, lỗi hoạt động (active errors) liên quan trực tiếp tới người hành nghề vì họ ở lớp hàng rào phòng ngừa cuối cùng trực tiếp với người bệnh. Khi sự cố xảy ra người làm công tác khám chữa bệnh trực tiếp (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh...) dễ bị gán lỗi. Tuy nhiên, các yếu tố hệ thống (latent factors) có vai trò rất quan trọng liên quan tới các sự cố đó là công tác quản lý, tổ chức lao động, môi trường làm việc, và thường ít được chú ý xem xét về sự liên quan. Các nhà nghiên cứu nhận định cứ có một lỗi hoạt động thường có 3-4 yếu tố liên quan tới lỗi hệ thống.

7.2. Lợi ích của việc phân tích nguyên nhân gốc

Việc phân tích xác định nguyên nhân gốc không chỉ đơn giản là tìm kiếm lỗi cá nhân mang tính triệu chứng mà phải loại bỏ các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn gián tiếp thúc đẩy sự cố xảy ra. Việc phân tích nguyên nhân gốc và thực hiện các hành động khắc phục được coi là quá trình cải tiến liên tục của cơ sở y tế.

Những yếu kém trong việc tìm hiểu nguyên nhân gốc của các sự cố y khoa dẫn đến việc mặc dù sự cố y khoa đã tồn tại từ lâu nhưng hệ thống y tế chưa có được bức tranh dịch tễ về sự cố y khoa để có phương sách đối phó hiệu quả. Các nhà nghiên cứu đã đưa ra Hội chứng hệ thống suy yếu của tổ chức (Vulnerable System Syndrome). Hội chứng này có ba nhóm triệu chứng chính là: (1) Đồ lỗi

cho cá nhân trực tiếp (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh..); (2) Phủ nhận sự tồn tại các điểm yếu của lỗi hệ thống; (3) Theo đuổi mù quáng các chỉ số tài chính, lạm dụng các chỉ định chuyên môn.

8. GIẢI PHÁP

Hiện nay, sự cố y khoa có qui mô rộng, mang tính phổ biến và hậu quả nghiêm trọng, được đưa thành vấn đề y tế công cộng. Đây là một chương trình cần đưa thành ưu tiên quốc gia và cần tiếp cận trên quy mô toàn bộ hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu chỉ dựa vào việc chỉnh đốn khắc phục các thiếu sót khuyết điểm của cá nhân người hành nghề thì sẽ không thể giải quyết một cách cơ bản và hiệu quả. Các quốc gia đã đi tiên phong trong việc xây dựng các mô hình quản lý an toàn người bệnh và chuyên ngành An toàn người bệnh “ Patient Safety Discipline” đã ra đời nhằm hỗ trợ người hành nghề, người quản lý các cơ sở y tế, người sử dụng dịch vụ y tế đưa ra các giải pháp hiệu quả nhằm hạn chế sự cố y khoa tới mức thấp nhất. Những biện pháp được áp dụng hiện nay tại các quốc gia bao gồm:

8.1. Thành lập Ủy ban quốc gia về chất lượng chăm sóc y tế và an toàn người bệnh

Sự cố y khoa không mong muốn đã vượt ra tầm điều chỉnh các sai sót mang tính cá nhân người hành nghề. Sự cố y khoa có quy mô rộng cần có sự tham gia của toàn bộ hệ thống, sự phối hợp giữa các ngành nghề trong lĩnh vực y tế. Cần thiết có một cơ quan chỉ đạo ở quy mô quốc gia như kinh nghiệm của nhiều quốc gia đi tiên phong đã triển khai (Mỹ, Úc, Canada, New Zealand, Malaysia..). Ủy ban này sẽ đưa ra các mục tiêu quốc gia về chất lượng và an toàn y tế, đề xuất các chương trình nghiên cứu, các công cụ, xây dựng các báo cáo đánh giá hàng năm và đưa ra các khuyến nghị cho cả các cơ sở y tế nghiên cứu áp dụng.

8.2. Thiết lập hệ thống báo cáo sự cố y khoa bắt buộc và báo cáo tự nguyện:

Hiện nay, bức tranh về sự cố y khoa không đầy đủ do chưa có hệ thống báo cáo bắt buộc sự cố y khoa. Những thông tin trên đài, báo chí mới chỉ là phần nổi của tảng băng lớn. Ngành Y tế thiếu thông tin để xác định quy mô và chiều hướng của các sự cố y khoa nên chưa có biện pháp khắc phục và cải tiến hiệu quả. Cơ quan quản lý thường rơi vào tình trạng bị động chạy theo báo chí. Theo kinh nghiệm của các nước, hệ thống báo cáo sự cố y khoa bao gồm các thành tố sau:

- Cơ sở pháp lý: Quy định về quy trình giải quyết sự cố y khoa, quy định pháp lý về báo cáo và sử dụng thông tin về sự cố y khoa và các cơ chế tài chính

của cơ quan bảo hiểm từ chối hoặc cắt giảm chi trả cho các trường hợp liên quan tới sự cố y khoa.

- Về chuyên môn: xây dựng danh mục các sự cố y khoa phải báo cáo bắt buộc bất cứ khi nào về Bộ Y tế;

- Về phân tích nguyên nhân gốc: Thông tư số 19/2013/TT-BYT về hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trong các bệnh viện²¹ đã quy định các bệnh viện cần xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân liên quan tới nhân viên y tế; Việc xác định nguyên nhân gốc cần coi trọng các yếu tố liên quan tới các cá nhân và các yếu tố hệ thống, khi cả yếu tố cá nhân (lỗi hoạt động) và các yếu tố nguy cơ gián tiếp (lỗi hệ thống) được loại bỏ thì chắc chắn sẽ giảm được sự cố y khoa.

- Về báo cáo: Các cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK, các Sở Y tế và Bộ Y tế cần xây dựng báo cáo hàng năm về chất lượng dịch vụ y tế, tình hình sự cố y khoa và các biện pháp đã thực hiện;

- Từng bước minh bạch thông tin về sự cố y khoa: việc được thông tin về các tai biến, sự cố y khoa là quyền của người bệnh đã được đề cập trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Minh bạch thông tin về sự cố y khoa thể hiện sự tôn trọng của các hệ thống y tế đối với người bệnh và thể hiện trách nhiệm của các cấp của hệ thống y tế khi sự cố xảy ra.

Kinh nghiệm một số nước tiên phong, việc công khai minh bạch thông tin về sự cố y khoa làm giảm áp lực của cộng đồng cho ngành y tế và ngành y tế nhận được sự thông cảm, chia sẻ của người bệnh và cộng đồng về tính chất phức tạp và đa dạng của sự cố y khoa. Tại Mỹ, hầu hết các Bang đã thông qua Luật về báo cáo sự cố y khoa (The Adverse Health Events Reporting Law) vào năm 2003 và sửa đổi vào năm 2004. Tiếp đó các nước như Úc, Canada, New Zealand... đã thực hiện hệ thống báo cáo sự cố y khoa bắt buộc và hệ thống báo cáo tự nguyện tại các cơ sở y tế.

Ngoài ra, các cơ sở y tế cần được khuyến khích báo cáo những sự cố y khoa tự nguyện. Có nhiều cách khác nhau để nhận thông tin về các sai sót, sự cố y khoa thông qua khuyến khích báo cáo tự nguyện như: báo cáo qua Email, qua đường dây nóng, qua người phụ trách bộ phận quản lý chất lượng hoặc một cán bộ lâm sàng được tin tưởng. Các quy định báo cáo mang tính hành chính cứng nhắc sẽ không có kết quả.

8.3. Cải thiện môi trường làm việc của cán bộ y tế.

Môi trường y tế trong đó các bác sĩ, điều dưỡng cung cấp dịch vụ đang phải đối mặt với nhiều yếu tố rủi ro liên quan tới hệ thống như: (1) người bệnh quá tải; (2) nhân lực thiếu dẫn đến thời gian khám và tiếp xúc với người bệnh

ngắn; (3) thiếu phương tiện để chăm sóc đáp ứng nhu cầu người bệnh; (4) áp lực tâm lý do pháp lý bảo vệ người hành nghề còn bất cập.

Đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc giảm thiểu sự cố y khoa bởi các lý do sau: (1) Dịch vụ do điều dưỡng, hộ sinh cung cấp được WHO đánh giá là một trong những trụ cột của hệ thống cung cấp dịch vụ y tế (số lượng đông nhất, tiếp xúc với người bệnh nhiều nhất và số lượng dịch vụ cung cấp nhiều nhất); (2) Hầu hết các chỉ định của bác sĩ điều trị đều thông qua người điều dưỡng để thực hiện trên người bệnh; (3) Công việc chuyên môn của điều dưỡng luôn diễn ra trước và sau công tác điều trị và bảo đảm cho công tác điều trị an toàn.

Hiện nay, môi trường công việc của điều dưỡng, hộ sinh còn nhiều khó khăn bất cập. Gần 50% điều dưỡng, hộ sinh chưa hài lòng với công việc¹⁸. Nguyên nhân do: (1) nghề nghiệp chưa được đánh giá và tôn trọng đúng mức; (2) chưa được tạo điều kiện để hành nghề chủ động trong lĩnh vực chăm sóc; (3) nhân lực thiếu - công việc nhiều; (4) ca kíp kéo dài. Đã có nhiều bằng chứng nghiên cứu khẳng định tỷ lệ điều dưỡng thấp so với người bệnh sẽ dẫn đến hậu quả tăng sai sót, tăng nhiễm trùng bệnh viện.

Các bệnh viện cần xây dựng mô hình thực hành để khẳng định vai trò chủ động nghề nghiệp trong CSNB tương xứng với trình độ điều dưỡng hiện nay đã được đào tạo ở trình độ cao đẳng, đại học và sau đại học và vượt trội trình độ của y sĩ.

8.4. Xây dựng văn hóa an toàn người bệnh - tập trung giải quyết lỗi hệ thống

Nhận thức và quan điểm của người quản lý về văn hóa an toàn người bệnh quyết định kết quả triển khai chương trình an toàn người bệnh. Trước hết, người quản lý cần quan tâm khắc phục lỗi hệ thống. Theo các nhà nghiên cứu y khoa, 70% các sự cố y khoa không mong muốn có nguồn gốc từ các yếu tố của hệ thống và chỉ có 30% là do cá nhân người hành nghề. Trong thực tế vấn đề sự cố y khoa hiện nay đã trở thành vấn đề y tế công cộng, không thể thành công nếu chỉ trông chờ vào sự khắc phục của các cá nhân người hành nghề mà toàn bộ hệ thống y tế, tất cả các nghề trong lĩnh vực y tế cần vào cuộc. Kinh nghiệm chỉ ra rằng, khi có một lỗi hoạt động xảy ra thường liên quan tới 3-4 lỗi hệ thống.

Duy trì việc tiếp cận nhằm vào việc quy chụp trách nhiệm cho cá nhân sẽ dẫn đến văn hóa giấu diếm sự thật và đã được chứng minh ít hiệu quả trong việc mang lại những kết quả dài hạn. Bằng chứng là trong hầu hết các Sở sai sót chuyên môn của các khoa hiện nay việc ghi theo dõi các sự cố mang tính hình thức và ít hiệu quả.

Chủ động đánh giá rủi ro, rà soát lại các thông tin từ các báo cáo chính thức cũng như không chính thức, qua đó sẽ chủ động thực hiện các can thiệp.

Tiếp tục ban hành mới và cập nhật các Hướng dẫn điều trị, hướng dẫn quy trình chăm sóc dựa vào bằng chứng, các Bộ tiêu chuẩn chất lượng trong các lĩnh vực bệnh viện, trong đó bao gồm các chuẩn quốc gia về an toàn người bệnh.

Thực hiện những đổi mới về văn hóa kiểm tra đánh giá: Cơ sở y tế chủ động áp dụng và tự nội kiểm theo các bộ Tiêu chuẩn chất lượng, loại bỏ lối tư duy đối phó, chạy theo thành tích. Khuyến khích việc ra đời và vận hành các cơ quan đánh giá ngoại kiểm độc lập theo quy định của luật Khám bệnh, chữa bệnh.

Thực hiện mô hình chăm sóc y tế lấy người bệnh làm trung tâm (patient - Centered Care). Hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK thế kỷ XXI cần được tổ chức theo hướng “ Lấy người bệnh làm trung tâm”. Tăng cường mối quan hệ đối tác giữa một bên là người bệnh/gia đình người bệnh và một bên là CBYT. Người bệnh và gia đình họ cần được khuyến khích tham gia vào quá trình chăm sóc điều trị, được thông tin đầy đủ, được tư vấn cụ thể để chấp nhận các phương pháp điều trị một cách chủ động...

8.5. Triển khai bảo hiểm nghề nghiệp theo Luật khám bệnh, chữa bệnh.

Những trải nghiệm đối với các cá nhân người hành nghề và của các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế trong thời gian qua rất phức tạp cần có sự quan tâm vào cuộc của toàn bộ hệ thống và định hướng dư luận của cơ quan báo chí để phòng ngừa những hậu quả xấu mang tính xã hội có thể xảy ra, đó là:

- Tình trạng cán bộ y tế bị đe dọa sức khỏe, thậm trí bị bắn chết, bị đâm chết ngay trong khi làm nhiệm vụ. Nhiều trường hợp phải trốn, phải rời bỏ vị trí làm việc trong khi đang phải thường trực cấp cứu người bệnh.

- Dựa vào sự cố y tế để gây rối loạn trật tự xã hội: đưa quan tài vào bệnh viện, vào nhà lãnh đạo bệnh viện, vào nhà bác sĩ trực, đưa quan tài điều phố...

- Đập phá tài sản của bệnh viện: ngay sau khi sự cố xảy ra, chưa xác định rõ nguyên nhân thì một số người đã quá khích lăng mạ cán bộ y tế và đập phá tài sản, máy móc trong bệnh viện và lực lượng bảo vệ hầu như rơi vào tình trạng mất kiểm soát.

- Gây áp lực yêu cầu cá nhân và cơ sở cung cấp dịch vụ y tế bồi thường tài chính theo mức tăng dần, trong khi cơ chế tài chính thu một phần viện phí và không có mục chi tai nạn sự cố y tế.

Để giảm áp lực trực tiếp cho người hành nghề và của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cần sớm triển khai hệ thống bảo hiểm nghề nghiệp để khi sự cố xảy ra sẽ

có cơ quan bảo hiểm nghề nghiệp trực tiếp làm việc với người bệnh và gia đình người bệnh.

8.6. Triển khai thực hiện các giải pháp kỹ thuật bảo đảm an toàn người bệnh

Tại Điều 7 Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 về hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trong các bệnh viện đã quy định các cơ sở y tế cần phải thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế với các nội dung chủ yếu sau:

Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ; An toàn phẫu thuật, thủ thuật; An toàn trong sử dụng thuốc; Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện; Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế; Phòng ngừa người bệnh bị ngã; và An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

Các quy định trên đây phù hợp với các khuyến cáo chuyên môn của Tổ chức y tế Thế giới vì vậy các cơ sở y tế cần xây dựng các hướng dẫn chi tiết đối với từng nhóm sự cố y khoa, tổ chức đào tạo, triển khai áp dụng và kiểm tra đánh giá các kết thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hà (2005), *“Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện tại 6 tỉnh phía Nam”*.
2. Nguyễn Việt Hùng (2005). *“Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại các bệnh viện khu vực phía Bắc”*.
3. Trần Hữu Luyện. *“Nhiễm khuẩn bệnh viện trên NB có phẫu thuật”*
4. Phạm Đức Mục và cộng sự (2005). *“Nhiễm khuẩn bệnh viện tại các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế năm 2005”*
5. Phạm Đức Mục và cộng sự (2005). *“Sự hài lòng của điều dưỡng Việt Nam và các yếu tố liên quan”*.
6. Lê Anh Thư. *“Nhiễm khuẩn bệnh viện trên các bệnh nhân có thở máy”*.
7. Adverse Health Event- Minnesota. Ninth annual public report, January 2013

8. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine, Korn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000). *“To errors is human: Building a safer health system”*. This report can be viewed on line at

<http://books.nap.edu/books/0309068371/inde4x.html>.

9. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine (2001). *“Crossing a quality chasm, a new health system for 21 century”*. This report can be viewed on line at <http://books.nap.edu/books/0309072808/html/index.html>

10. Department of health and Human Services-USA. *“Adverse Event in hospitals: national Incidents among Medicare the beneficiaries”*. Daniel R levinson, Inspector Genral.

11. Department of Health (2000). *“An organization with memory. Report of an expert group on learning from adverses events in the NHS”*

12. Harvard Medical Practice Study II. New England Journal of Medicine, 1991,323:377.

13. Leape L et al. *“The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the”*

14. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

15. R. Monina Klevens, Jonathan R. Edwards, Chesley L. Richards (2002). *“Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals”*

16. Ronda G. Hughes (2008). *“Patient Safety and Quality: An evidence – Based Hand Book for Nurses”*.

17. Ross McL Wilson, William B Runciman, Robert W Gibberd et al. *“The Quality in Australian Health Care Study”*.

18. Shimizu. *“Report of Japan’s courts of medical adverse Events leading to courts”*

19. Vincent C et al. *“Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement”*. Annals of Surgery , 2004, 239:475–482.

20. WHO (2011). *Patient Safety curriculum guide. Multi-professional Edition,2011.*

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn cụm từ thích hợp để hoàn thiện các định nghĩa dưới đây:

Câu 1. Lỗi là hậu quả của việc thực hiện công việc(1).....
hoặc(2)..... các quy định không phù hợp.

- A. Đúng quy định
- B. Không đúng quy định
- C. Áp dụng
- D. Đề ra

Câu 2. Sự cố y khoa là điều bất trắc(1) với người bệnh hoặc
.....(2) tới người bệnh.

- A. Xảy ra
- B. Ngẫu nhiên
- C. Nhân viên y tế
- D. Liên quan

Câu 3. Các tác hại do sự cố y khoa bao gồm:

- A. Mặc thêm bệnh mới, chấn thương
- B. Tàn tật, chết người
- C. Đau đớn
- D. Cả A, B và C

Câu 4. Tiêu chí xác định sự cố y khoa không mong muốn theo các nhà nghiên cứu bao gồm:

- A. Sự cố trong danh sách các sự cố phải báo cáo bắt buộc
- B. Sự cố trong danh sách các bệnh/tình trạng sức khỏe mắc phải trong quá trình nằm viện
- C. Sự cố nghiêm trọng dẫn đến kéo dài ngày điều trị, phải cấp cứu can thiệp điều trị, tàn tật vĩnh viễn, chết người
- D. Cả A, B và C

Câu 5. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ tử vong liên quan tới phẫu thuật là:

- A. 0,4-0,8% người bệnh có phẫu thuật
- B. 1-2% người bệnh có phẫu thuật
- C. >2% người bệnh có phẫu thuật
- D. Tất cả đều sai

Câu 6. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh

viện đối với các nước đang phát triển từ:

- A. 5-15% người bệnh nội trú
- B. 9-37% người bệnh tại các khoa Điều trị tích cực
- C. 24,6% người bệnh điều trị tại các khoa chăm sóc tích cực
- D. Tất cả A, B và C

Câu 7. Sự cố do phẫu thuật, thủ thuật bao gồm:

- A. Phẫu thuật nhầm vị trí, nhầm người bệnh
- B. Phẫu thuật sai phương pháp, sót gạc dụng cụ và tử vong trong phẫu thuật thường quy
- C. Sốt gạc dụng cụ trong vết mổ, nhầm người bệnh
- D. A và B

Câu 8. Sự cố y khoa liên quan tới quản lý người bệnh bao gồm

- A. Cháy nổ bình ô xy
- B. Giao nhầm trẻ sơ sinh lúc xuất viện,
- C. Sự cố xảy ra với NB ngoài cơ sở y tế
- D. Người bệnh chết do tự tử, tự sát hoặc tự gây hại
- E. B, C và D

Câu 9. Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo các giải pháp bảo đảm an toàn người bệnh bao gồm:

- A. 4 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
- B. 5 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
- C. 6 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
- D. 7 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

Câu 10. Bộ Y tế Mỹ đề xuất danh sách các nhóm sự cố y khoa nghiêm trọng gồm:

- A. 7 nhóm
- B. 6 nhóm
- C. 5 nhóm
- D. 4 nhóm

Câu 11. Các nhóm yếu tố nguyên nhân dẫn đến sự cố y khoa gồm:

- A. Quản lý và điều hành
- B. Môi trường nơi làm việc
- C. Đặc điểm chuyên môn y tế
- D. Người hành nghề
- E. Cả A, B, C và D

Câu 12. Các yếu tố nguy cơ trong nhóm quản lý điều hành bao gồm các yếu tố dưới đây, TRỪ:

- A. Cơ chế vận hành cơ sở khám chữa bệnh
- B. Tổ chức cung cấp dịch vụ
- C. Kinh nghiệm người hành nghề
- D. Đào tạo
- E. Kiểm tra giám sát

Câu 13. Các nhóm triệu chứng của Hội chứng hệ thống suy yếu gồm:

- A. Đổ lỗi cho cá nhân người trực tiếp
- B. Không thừa nhận các điểm yếu của lỗi hệ thống
- C. Chạy theo các mục tiêu doanh thu, lạm dụng chỉ định
- D. Cả A, B và C

Xác định các câu đúng và câu sai trong các câu từ 14 – 20

14	Nguyên nhân của các sự cố y khoa chủ yếu là do lỗi cá nhân	Đ	S
15	Tăng cường phạt trừ các cá nhân liên quan tới sự cố y khoa sẽ làm cho bệnh viện không còn sự cố y khoa		
16	Tất cả các sự cố y khoa đều có thể phòng ngừa		
17	Minh bạch thông tin về sự cố y khoa thể hiện sự tôn trọng đối với người bệnh		
18	Người bệnh có quyền được thông tin đầy đủ và kịp thời về các sự cố y khoa đã xảy ra đối với họ		
19	Cần có chính sách và hướng dẫn quốc gia về giải quyết và báo cáo sự cố y khoa		
20	Cần xây dựng văn hóa về an toàn người bệnh trong các cơ sở y tế		

Bài 2

PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA TRONG VIỆC XÁC ĐỊNH NGƯỜI BỆNH VÀ CẢI TIẾN THÔNG TIN TRONG NHÓM CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Nắm được các nguyên tắc để xác định đúng người bệnh và cải tiến thông tin trong nhóm chăm sóc
2. Áp dụng được các biện pháp để xác định đúng người bệnh và cải tiến thông tin trong nhóm chăm sóc

NỘI DUNG

I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của ủy ban liên hợp quốc tế về an toàn bệnh nhân, các sự cố xảy ra trong trao đổi thông tin chiếm đến 65% của tất cả sự cố. Sự sai lạc trong trao đổi thông tin thường dẫn đến giữa các nhân viên y tế (NVYT) với nhau và giữa nhân viên y tế và bệnh nhân thường dẫn đến xác định sai người bệnh. Do đó, cần cải tiến và gia tăng sự trao đổi thông tin, phòng ngừa những sai sót, sự cố y khoa trong việc xác định người bệnh và cải tiến thông tin trong nhóm chăm sóc.

Các cơ sở y tế phải nhận ra được các rào cản đối với việc trao đổi thông tin hiệu quả và phải triển khai các qui trình trao đổi thông tin bằng lời nói hoặc bằng văn bản bảo đảm chính xác, kịp thời, và hoàn chỉnh giữa y bác sĩ và tất cả những người có liên quan đến việc sử dụng dữ liệu. Bẩy phân trăm số người trả lời một cuộc thăm dò do Viện Thực Hành Y Tế An Toàn tiến hành năm 2005 cho thấy rằng họ bị sai sót trong thực hiện thông tin do mệnh lệnh không rõ ràng, áp đặt. Quản lý thông tin của cơ sở y tế hiệu quả sẽ hỗ trợ các các hoạt động cải tiến nghiệp vụ chuyên môn, và hoạt động liên quan đến chăm sóc, điều trị, và phục vụ người bệnh, các hoạt động giảm rủi ro. Cải tiến thông tin giữa NVYT và bệnh nhân cũng hỗ trợ các hoạt động an toàn cho bệnh nhân. Từ năm 1995, chiến dịch “Hãy Phát Biểu Ý Kiến” của ủy ban liên hợp quốc tế đã khuyến khích bệnh nhân và gia đình trao đổi với người chăm lo sức khỏe cho mình nếu họ có câu hỏi hoặc bức xúc về các khía cạnh chữa trị và đã giúp giảm thiểu sự cố do thiếu thông tin.

II. NGUYÊN TẮC PHÒNG NGỪA SỰ CỐ

2.1. Quản Lý Thông Tin

Quản Lý Thông Tin bao gồm thu thập, lưu trữ, trích xuất, chuyển tải, phân tích, kiểm soát, phân phối, và sử dụng dữ liệu hoặc thông tin, cả trong nội bộ cơ sở và với bên ngoài, theo đúng luật pháp và các qui định. Ngoài các thông tin bằng văn bản và lời nói, công nghệ thông tin hỗ trợ và các dịch vụ thông tin hỗ trợ khác cũng nằm trong qui trình quản lý thông tin.

Quản lý thông tin hỗ trợ cho việc ra quyết định kịp thời và hiệu quả ở tất cả mọi cấp độ của cơ sở. Các qui trình quản lý thông tin hỗ trợ các quyết định về mặt quản lý và thực hiện, các hoạt động cải tiến việc thực hiện, và các quyết định về chăm sóc, điều trị, và phục vụ bệnh nhân. Việc đưa ra quyết định về chuyên môn và mang tính chiến lược tùy thuộc vào thông tin từ nhiều nguồn khác nhau, bao gồm hồ sơ bệnh nhân, thông tin dựa trên kiến thức, dữ liệu/thông tin có tính so sánh, và dữ liệu/thông tin tổng thể.

Để hỗ trợ việc ra quyết định về chuyên môn, thông tin trên hồ sơ bệnh nhân phải gồm các điểm sau:

- Sẵn sàng để khai thác trên toàn hệ thống
- Được lưu lại chính xác
- Hoàn chỉnh
- Được sắp xếp để trích xuất có hiệu quả các dữ liệu cần thiết
- Đúng hạn
- Các dữ liệu và thông tin mang tính so sánh về việc thực hiện phải sẵn sàng để ra quyết định, nếu áp dụng
- Cơ sở có khả năng thu thập và tổng hợp dữ liệu và thông tin để hỗ trợ việc chăm sóc và phục vụ, gồm những việc sau: Chăm sóc cá nhân và chăm sóc nói chung, quản trị và nghiệp vụ chuyên môn, phân tích các xu hướng theo thời gian, so sánh việc thực hiện theo thời gian trong nội bộ cơ sở và với các cơ sở khác, cải tiến nghiệp vụ chuyên môn và kiểm soát nhiễm khuẩn.

Quản lý tốt thông tin đòi hỏi:

- Khuyến khích trao đổi và hợp tác giữa bác sĩ và điều dưỡng hoặc các nhân viên chăm sóc khác. Tránh văn hoá theo thứ bậc
- Xây dựng và khuyến khích hệ thống báo cáo không khiển trách, khuyến khích nhân viên báo cáo các tai nạn, sự ngừng hoạt động, hoặc cận-sự-cô. Có thể sử dụng những từ như tai nạn hoặc sự ngừng hoạt động thay vì lỗi, và trách nhiệm thay vì khiển trách. Cho phép báo cáo bí mật hoặc vô danh về các tai nạn y tế, cận-tai-nạn, và rủi ro trong qui trình hoặc môi trường chăm sóc.

- Khuyến khích việc sử dụng những phương tiện không chính qui để trao đổi về các bức xúc, các vấn đề, và các sai sót liên quan đến sự an toàn.

- Hỗ trợ việc chia sẻ các bài học kinh nghiệm để tạo sự thay đổi về hành vi bên trong và bên ngoài cơ sở. Chia sẻ những bài học liên quan đến các đề xuất an toàn trong một cơ sở y tế là một phương pháp tốt để giúp thúc đẩy một không gian văn hoá an toàn. Sự chia sẻ như thể thông qua những câu chuyện kể và những giai thoại cá nhân sẽ khiến người nghe chú ý, nhờ đó cải thiện cơ hội cho người nghe nắm được thông điệp. Có thể được chia sẻ trong các buổi họp nhân viên, ở các hội nghị, thông qua các bài báo được xuất bản, và bằng việc trao đổi thông tin.

- Huấn luyện có năng lực làm việc trong môi trường đồng đội và làm theo các hệ thống và qui trình sẽ hiếm khi nào phạm sai lầm ảnh hưởng đến sự an toàn ở cấp độ cơ sở. Do đó lãnh đạo phải bảo đảm việc huấn luyện toàn diện và kịp thời cho tất cả nhân viên trong các qui trình và phương thức thao tác.

- Cung cấp nguồn lực cần thiết để bảo đảm quản lý thông tin hiệu quả. Dữ liệu phải đồng bộ, kịp thời, và chính xác, và các phương thức thực hiện và các qui trình phải được lưu hồ sơ cẩn thận nhằm giảm bớt hoặc xoá bỏ những biến đổi hoàn toàn không cần thiết.

2.2. Xác định người bệnh

2.2.1. Các nguyên tắc chung trong xác định người bệnh:

- Cần xác định một cách đáng tin cậy cá nhân đó chính là người mà ta phải chăm sóc, điều trị, và phục vụ

- Cần ráp nối việc chăm sóc, điều trị, và phục vụ của người bệnh với nhau

2.2.2. Các nội dung cần thiết trong xác định người bệnh:

- Phải có hai mẫu thông tin để nhận dạng bệnh nhân (ví dụ, tên và ngày sinh của bệnh nhân). Có thể sử dụng băng cổ tay có ghi tên và một con số riêng biệt của bệnh nhân để nhận dạng chính xác bệnh nhân (tên và con số riêng biệt là hai mẫu thông tin).

- Hai công cụ nhận dạng cụ thể này phải được gắn kết trực tiếp với bệnh nhân, và cũng hai công cụ ấy phải được gắn kết trực tiếp với thuốc men, các sản phẩm về máu, các ống chứa mẫu vật lưu (chẳng hạn trên nhãn được dán vào).

2.3. Cải tiến việc trao đổi thông tin của nhân viên.

Trao Đổi là qui trình nhờ đó thông tin được trao đổi giữa các cá nhân, các khoa phòng, hoặc các cơ sở. Việc trao đổi phải đi vào mọi khía cạnh của cơ sở y tế, từ thực hiện việc chăm sóc cho đến cải tiến, dẫn đến những tiến bộ đáng kể trong chất lượng và trong việc thể hiện chức trách. Các công đoạn của qui trình trao đổi thông tin gồm có:

- Trao đổi giữa nhà cung cấp dịch vụ y tế và/hoặc nhân viên y tế và bệnh nhân.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình họ.
- Trao đổi và hợp tác giữa các nhân viên.
- Phân phối thông tin.
- Làm việc theo đội ngũ đa ngành.

2.3.1. Các nguyên tắc chung trong cải tiến việc trao đổi thông tin của nhân viên:

- Lãnh đạo bệnh viện cần thông tin cho NVYT về vai trò của cải tiến việc trao đổi thông tin đối với chất lượng và sự an toàn trong chăm sóc sức khỏe.
- Thất bại trong trao đổi thông tin phải được nhìn nhận là do lỗi hệ thống hơn là quy cho bất cứ một nhân viên cụ thể nào.
- NVYT phải nắm được lợi ích của việc làm việc nhóm, sự hợp tác, và trao đổi thông tin. để có được sự trao đổi thành công trong công việc
- Ngoài việc trao đổi giữa các thầy thuốc với nhau, và với các chuyên gia y tế khác, trao đổi giữa thầy thuốc với bệnh nhân và gia đình họ là rất cần thiết. . Bệnh nhân và các thành viên trong gia đình cũng cần được giáo dục về giá trị của việc trao đổi thông tin với người chăm sóc sức khỏe cho mình.
- Cơ sở y tế cần phải nắm chắc bệnh nhân là ai.

2.3.2. Các nội dung cần thiết để cải tiến việc trao đổi thông tin của nhân viên:

- Xác định rõ ràng các phương pháp trao đổi thông tin được mong đợi. Sử dụng các tiến bộ ở nhiều lĩnh vực khác nhau để cải tiến việc trao đổi thông tin giữa các thầy thuốc. Trao đổi trực tiếp giữa các nhân viên y tế thường là cách tốt nhất để mang lại sự chăm sóc an toàn, chất lượng cao. Sử dụng tư liệu viết tay cần triển khai và thực hiện. Chú ý các tài liệu viết tay nhất thiết phải dễ đọc.

- Xây dựng hệ thống và qui trình để hoàn thiện việc trao đổi thông tin liên quan đến nhu cầu của bệnh nhân trong thời gian điều trị. Với sự tham gia của bác sĩ và các nhân viên điều trị khác, lãnh đạo phải xây dựng và thực hiện các hệ thống thông tin để chuyển tải thông tin từ người này qua người kia. Các báo cáo miệng trực tiếp và các tư liệu bằng văn bản và điện tử là những thứ hiệu quả nhất. Các báo cáo thu qua băng đĩa, mặc dù thường được xem là phương tiện hỗ trợ, cũng không tạo cơ hội cho người chăm sóc sau đặt câu hỏi với người chăm sóc trước đó. Tuy nhiên, băng đĩa có thể được tham khảo nhiều lần và bởi nhiều người. Điều cần chú ý là bác sĩ và điều dưỡng phải nhận được tất cả mọi thông tin cần thiết khi bắt đầu chăm sóc một người bệnh. Các điều dưỡng phải lưu trữ những điểm quan trọng bằng phương tiện được triển khai ở cơ sở mình để chuyển giao cho ca trực kế tiếp.

- Xác định và đánh giá các phương pháp trao đổi thông tin được sử dụng tại cơ sở, bao gồm nói miệng, văn bản, và điện tử. Nhân viên nên khảo sát một cách có hệ thống các phương pháp trao đổi thông tin sẽ được sử dụng để xác định những phương pháp nào có thể bị lỗi. Việc chăm sóc dựa trên rất nhiều sự trao đổi bằng miệng và bằng văn bản và phương pháp nào cũng có thể bị lỗi. Việc lưu trữ hồ sơ điện tử và vi tính hoá việc kê đơn thuốc là hai việc giúp giảm rắc rối liên quan đến việc đưa ra y lệnh.

- Triển khai và thực hiện các phương thức hiệu quả để liên lạc với các chuyên gia. Liên lạc nhanh chóng với các chuyên gia và cố vấn là điều rất quan trọng của cơ sở y tế để bảo vệ người bệnh khỏi những hậu quả xấu và bảo đảm điều trị được liên tục. Ví dụ, một bác sĩ cấp cứu cần liên lạc các chuyên gia như bác sĩ phẫu thuật chấn thương và bác sĩ phẫu thuật tim qua máy nhắn tin, điện thoại, hoặc các phương tiện khác để chăm sóc đúng cho bệnh nhân đang trong phòng cấp cứu với vết thương do súng đạn và cơn nhồi máu cơ tim.

- Khuyến khích thắc mắc khi nhận y lệnh không rõ ràng hoặc mang tính cách cưỡng bức. Nhân viên nên được khuyến khích đặt câu hỏi và thắc mắc về những gì không rõ ràng hoặc những y lệnh không thích hợp.

III. BIỆN PHÁP

3.1. Cải tiến sự chính xác trong việc xác định bệnh nhân

3.1.1. Biện pháp 1: Sử dụng ít nhất hai công cụ nhận dạng bệnh nhân (nhưng cả hai đều không phải là số phòng hoặc số giường của bệnh nhân) bất cứ khi nào quản lý thuốc men và các sản phẩm về máu, lấy mẫu máu và các mẫu khác để xét nghiệm, hoặc làm công tác điều trị hoặc bất cứ công việc nào khác

- Có thể sử dụng thông tin như tên bệnh nhân, ngày sinh bệnh nhân, hoặc mã vạch làm công cụ nhận dạng

- Khi kiểm tra tên với bệnh nhân, nhân viên y tế không bao giờ nên đọc tên và yêu cầu bệnh nhân xác nhận nó. Những bệnh nhân bị nhầm lẫn hoặc rối loạn hành vi có thể đồng ý ngay cả khi đó không phải là tên của họ. Cách làm an toàn hơn là yêu cầu bệnh nhân tự nói tên của họ.

- Trường hợp bệnh nhân hôn mê, thân nhân người bệnh phải xác định nhân thân cho họ. Nếu bệnh nhân hôn mê được đưa đến bệnh viện bởi công an hoặc dịch vụ cấp cứu và không có một chứng cứ nào về nhân thân, hỏi công an hoặc nhân viên cấp cứu về người bệnh, nếu có thể và cho họ số nhập viện hoặc số cấp cứu hoặc số hồ sơ.

ĐỐI VỚI CÁC PHÒNG XÉT NGHIỆM: Sử dụng ít nhất hai công cụ nhận dạng bệnh nhân (nhưng cả hai đều không là vị trí của bệnh nhân) bất cứ khi nào lấy mẫu cho phòng xét nghiệm hoặc quản lý thuốc men và các sản phẩm về máu, và sử dụng cả hai công cụ nhận dạng để dán nhãn cho các vật chứa mẫu có sự hiện diện của bệnh nhân. Các quy trình được xây dựng để vẫn giữ được tên chủ nhân của các mẫu trong suốt quá trình trước phân tích, đang phân tích, và sau phân tích.

3.1.2. Biện pháp 2: Ngay trước khi bắt đầu bất cứ thủ thuật xâm lấn nào, cần tiến hành qui trình làm rõ sau cùng để xác định chính xác bệnh nhân, phương pháp, vị trí, và sự sẵn sàng các hồ sơ thích hợp. Việc làm rõ này phải tiến hành ở nơi thủ thuật được thực hiện, ngay trước giây phút bắt đầu. Nhân thân bệnh nhân được tái xác định nếu bác sĩ thực hiện đã rời khỏi chỗ nằm của bệnh nhân trước khi bắt đầu thủ thuật. Đánh dấu vị trí thao tác là điều bắt buộc trừ khi bác sĩ liên tục có mặt từ lúc quyết định tiến hành phương thức cho đến khi bắt đầu thủ thuật.

Ba vấn đề sau đây cần được xác định:

- Người bệnh chính xác
- Phương pháp chính xác
- Vị trí thủ thuật chính xác

Qui trình làm rõ sau cùng sử dụng các kỹ thuật trao đổi thông tin năng động. Tất cả nhân viên có liên quan đều phải ngưng lại - có nghĩa là, dùng một chút “thời gian không thao tác” – để làm rõ rằng đó chính là bệnh nhân chính xác, phương pháp chính xác, và vị trí chính xác.

Tất cả thành viên của nhóm thực hiện phải tham gia vào qui trình làm rõ cuối cùng. Tất cả hoạt động trong phòng phải ngưng lại để mọi người tham gia. Mọi việc sẽ không được bắt đầu cho đến khi bất cứ và tất cả các câu hỏi và vấn đề đều được giải quyết. Việc thực hiện phải được đọc to lên, chính xác như trên văn bản đồng ý thực hiện. Ví dụ, tại cuộc phẫu thuật, tất cả các bước kế tiếp trong

một ca có nhiều bước, tất cả mọi hoạt động phải ngưng lại, và một thành viên được chỉ định, chẳng hạn một y tá vòng ngoài sẽ đọc to cách thức tiến hành và vị trí thực hiện thao tác.

Phải có chính sách cho việc làm rõ sau cùng và phải theo dõi đơn đốc việc tuân thủ chính sách này, bảo đảm tất cả thành viên đều theo đúng đường lối và xác định đúng các lĩnh vực cải tiến.

3.1.3. Biện pháp 3: Đưa bệnh nhân tham gia vào trao đổi thông tin.

Yêu cầu bệnh nhân nhắc nhở nhân viên y tế xác định nhân thân cho họ. Có thể yêu cầu cho bệnh nhân tham gia vào việc đánh dấu vị trí như một phần của qui trình trước khi thực hiện thủ thuật.

3.2. Cải tiến hiệu quả trao đổi thông tin giữa nhân viên y tế

3.2.1. Biện pháp 1: Không khuyến khích lệnh miệng. Khi không thể tránh khỏi lệnh miệng:

- Nhân viên nhận lệnh miệng phải viết ra và đọc lại đúng nguyên văn cho người bác sĩ đã ra lệnh nghe. Người bác sĩ này sau đó xác nhận bằng miệng rằng lệnh đó là chính xác. Yêu cầu này áp dụng cho tất cả mọi y lệnh bằng miệng, không riêng cho y lệnh cấp thuốc.

- Đối với mệnh lệnh bằng miệng hoặc qua điện thoại về các kết quả xét nghiệm quan trọng, làm rõ mệnh lệnh đầy đủ hoặc kết quả xét nghiệm bằng cách yêu cầu nhân viên nhận lệnh “đọc lại” mệnh lệnh đầy đủ hoặc kết quả xét nghiệm. Tại phòng mổ hoặc phòng cấp cứu, điều dưỡng chuyên viên gây mê viết ra y lệnh và đọc lại cho người ra lệnh nghe. Người ra lệnh sau đó có thể xác nhận y lệnh bằng miệng. Để làm rõ hơn, người xử lý lệnh đó có thể đọc to lên trước khi thực hiện và một lần nữa nhận lời xác nhận từ người ra lệnh. Trong trường hợp khẩn cấp, việc “lập đi lập lại” vẫn phải được thực hiện.

- Những người nhận y lệnh cấp thuốc cần phải lập lại tên thuốc và liều lượng cho người ra y lệnh và yêu cầu hoặc tự làm việc đánh vần, dùng các cách trợ giúp như “B như trong quả bóng”, “M như trong Mary”. Tất cả con số phải được đánh vần, ví dụ, “21” phải được đọc là “hai một” để tránh nhầm lẫn

- Khi có thể, nhờ một người thứ hai nghe mệnh lệnh qua điện thoại để làm rõ sự chính xác.

- Ghi lại lệnh miệng trực tiếp vào hồ sơ của người bệnh

3.2.2. Biện pháp 2: Truyền đạt thông tin rõ ràng

- Tránh dùng chữ viết tắt. Ví dụ, “1v/3l/n” phải được viết rõ là “ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên”.

- Viết mục đích của thuốc trên y lệnh. Thông tin này có thể giúp dược sĩ kiểm tra y lệnh cho liều lượng và thời hạn thích hợp. Thông tin này cũng hạn chế sự nhầm lẫn tiềm ẩn của những loại thuốc trông giống nhau và nghe giống nhau.

- Y lệnh phải bao gồm tên thuốc, liều lượng, hàm lượng, số lần, lộ trình, khối lượng, và thời hạn.

- Có thể dùng các tờ đơn thuốc được in sẵn để nhân viên kiểm tra các ô có ghi y lệnh. Các mẫu đơn này làm giảm bớt thời gian viết y lệnh, xoá bỏ việc giải thích sai khi đọc các lệnh viết tay, tránh được nhầm lẫn và lỗi chính tả.

- Cung cấp tên khoa học và tên thương mại của tất cả các nhãn hiệu thuốc. Tất cả thuốc được phát theo đơn phải phải được dán nhãn một cách an toàn và hợp lý với một phương pháp chuẩn hoá trong một cách-thức-sẵn-sàng-để-quản lý nhất, nhằm hạn chế tối đa các sai sót. Các loại thuốc cho theo y lệnh phải có cả tên khoa học lẫn tên thương mại, nếu tên thương mại khác với tên khoa học. Các chuyên viên khảo sát sẽ thẩm định xem tên thuốc trên y lệnh, nhãn dán trên thuốc, và số theo dõi của điều dưỡng có giống nhau không. Việc cung cấp cả hai loại tên thuốc bảo đảm sự nhất quán trong sổ sách và giúp ngăn ngừa việc giải thích sai y lệnh.

- Cung cấp cho bệnh nhân các thông tin bằng văn bản về thuốc, gồm cả tên khoa học và tên thương mại. Xác nhận các thuốc mà bệnh nhân thắc mắc hoặc không nhận ra.

3.2.3. Biện pháp 3: Chuẩn hoá danh mục các từ rút gọn, từ viết tắt, và các ký hiệu không được dùng trong cơ sở y tế.

- Cơ sở y tế cần phải rà soát toàn diện danh mục từ rút gọn sử dụng tại cơ sở, và, với sự tham gia của các bác sĩ, thực hiện một danh mục từ rút gọn và ký hiệu không chính thức được chia sẻ với tất cả người ra y lệnh.

- In danh mục trên giấy, giấy dán, bìa cứng, v. v.. màu sáng và đặt nó trong hồ sơ lưu, sơ đồ bệnh án, gần máy tính, và ở khu vực bệnh nhân nằm.

- Cung cấp cho nhân viên các thẻ bỏ túi có in danh mục.

- In danh mục ở lề hoặc ở cạnh dưới của các tờ y lệnh và/ hoặc phiếu theo dõi.

- Gắn các bản sao danh mục vào sau lưng của tờ ghi phác đồ điều trị.

- Xoá những từ viết tắt bị cấm trong tờ y lệnh in sẵn và trong các mẫu đơn khác.

- Triển khai thực hiện chính sách bảo đảm rằng nhân viên y tế tham khảo danh mục và tuân thủ.

3.2.4. Biện pháp 4: Đo lường, đánh giá kết quả và giá trị xét nghiệm quan trọng để cải tiến sự đúng giờ trong việc báo cáo, và trong tiếp nhận

- Báo cáo và tiếp nhận các kết quả và giá trị xét nghiệm quan trọng đúng thời điểm chính

- Tất cả các giá trị được xác định là quan trọng bởi phòng xét nghiệm đều được báo cáo trực tiếp cho nhân viên chịu trách nhiệm. Nếu nhân viên chịu trách nhiệm không có mặt ở đó trong thời gian làm việc, cần có cơ chế để báo cáo các thông tin quan trọng cho nhân viên trực.

- Xây dựng chính sách cho: (1) khung thời gian mong muốn cho việc báo cáo; (2) ai có thể nhận các thông số quan trọng, và (3) một cơ chế báo cáo thay thế.

IV. MỘT SỐ TÌNH HUỐNG

Ví dụ 1: Điều dưỡng ở khoa phẫu thuật nhận máu tại ngân hàng máu. “Cho nhân bạch máu của bn Lan”. Vào thời điểm đó, có hai bạch máu của hai khoa khác nhau, nhưng đều cùng tên Lan. Nhân viên ngân hàng máu đưa bạch máu của bn Lan khoa khác. Điều dưỡng nhận về. BS thử phản ứng chéo có thấy hơi có ngưng tụ nhưng cho là không vấn đề gì và cho truyền. Bệnh nhân nhận được máu không đúng với mình; phản ứng truyền máu xảy ra và bệnh nhân tử vong.

Ví dụ 2: Một BS trực cấp cứu đang chuẩn bị ra về thì được yêu cầu xem bn cuối cùng. Bn 18 tuổi, theo người nhà nghĩ là uống paracetamol quá liều vì thấy 15 thuốc hết. Bn đang được điều trị tâm lý và khẳng định chỉ uống vài viên cách nhập viện 10 giờ. BS giải thích không cần súc rửa dạ dày và XN kiểm tra paracetamol and salicylate. XN báo qua điện thoại là salicylate âm tính. Khi nói đến paracetamol, kỹ thuật viên nói “2” rồi ngừng một chút tiếp tục nói “1,3”. Điều dưỡng nghe máy ghi là 2.13. BS nhận KQ và so trên biểu đồ thấy thấp hơn mức độ bình thường nên không xử trí gì. KQ thật sự là 213. Hai ngày sau bn bị suy gan và tử vong 10 ngày sau đó.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn cụm từ thích hợp để hoàn thiện các nội dung dưới đây:

Câu 1. Quản Lý Thông Tin bao gồm (1)....., lưu trữ, trích xuất, (2)....., chuyển tải, kiểm soát, phân phối, và sử dụng (3).....hoặc thông tin, cả trong (4).....và với bên ngoài, theo đúng luật pháp và các qui định

Câu 2. Xây dựng và khuyến khích hệ thống báo cáo không khiến trách, khuyến khích nhân viên báo cáo (1), sự ngừng hoạt động, hoặc cận-sự-có. Có thể sử dụng những từ như (2).....hoặc sự ngừng hoạt động thay vì (3)..... và (4)..... thay vì khiến trách.

Chọn 1 hoặc nhiều câu trả lời đúng nhất:

Câu 3. Quản lý tốt thông tin đòi hỏi:

A. Khuyến khích trao đổi và hợp tác giữa bác sĩ và điều dưỡng hoặc các nhân viên chăm sóc khác.

B. Thực hiện đúng văn hoá theo thứ bậc khi trao đổi

C. Xây dựng và khuyến khích hệ thống báo cáo sự cố chủ động

D. A và C

Câu 4. Những yêu cầu của phẫu thuật chính xác người bệnh

A. Người bệnh chính xác

B. Phương pháp chính xác

C. Vị trí thủ thuật chính xác

D. Thời gian chính xác

E. A, B và C

Câu 5: Ra y lệnh miệng là

A. Không khuyến khích

B. Luôn cần thiết

C. Cần khuyến khích để công việc nhanh hơn

D. A và B

Câu 6. Khi nhận y lệnh miệng, cần phải:

A. Nhân viên nhận lệnh miệng phải viết ra và đọc lại đúng nguyên văn cho người bác sĩ đã ra lệnh nghe.

B. Người bác sĩ ra y lệnh phải xác nhận bằng miệng rằng lệnh đó là chính xác

C. Nhân viên nhận lệnh miệng viết lại y lệnh miệng và thực hiện ngay

D. A và B

Câu 7. Những từ rút gọn dùng để ghi trên hồ sơ bệnh án cần được ghi trên danh mục các từ rút gọn và ký hiệu không chính thức

A. Sai

B. Đúng

Câu 8. Vẽ sơ đồ về diễn tiến trao đổi thông tin và ghi nhận những điểm sai sót

Câu 9. Các nội dung cần thiết để cải tiến việc trao đổi thông tin của nhân viên:

Câu 10. Các nguyên tắc chung trong xác định người bệnh

Bài 3

PHÒNG NGỪA SAI SÓT TRONG SỬ DỤNG THUỐC

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Hiểu được về sai sót trong sử dụng thuốc
2. Đảm bảo đúng các nguyên tắc để phòng ngừa sai sót, sự cố y khoa trong sử dụng thuốc
3. Có thể áp dụng được các biện pháp để phòng ngừa sai sót, sự cố y khoa trong sử dụng thuốc

NỘI DUNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục tiêu của điều trị là việc đạt được hiệu quả điều trị cao nhất và rủi ro ít nhất để cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Có những rủi ro vốn có, cả được biết và chưa biết, liên quan đến việc dùng thuốc (bao gồm thuốc kê đơn hoặc không kê đơn) và các thiết bị hỗ trợ dùng thuốc. Các sự cố, rủi ro bao gồm phản ứng có hại cả tác dụng phụ (ADR) và sai sót trong sử dụng thuốc [9].

Sai sót trong sử dụng thuốc là những sai sót có thể phòng tránh được thông qua hệ thống kiểm soát hiệu quả liên quan đến dược sĩ, bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế, người bệnh, và những người khác trong các thiết lập tổ chức cũng như các cơ quan quản lý và các ngành công nghiệp dược phẩm. Những sai sót này có thể gây ra thất bại trong điều trị và phản ứng có hại của thuốc hoặc gây ra lãng phí các nguồn lực [6].

Theo ước tính của viện nghiên cứu dược phẩm Mỹ, mỗi năm có khoảng từ 44.000 đến 98.000 người Mỹ chết do sai sót liên quan đến thuốc và rất nhiều ca tử vong đó có nguyên nhân do dùng sai thuốc hoặc liên quan đến các sự cố bất lợi của thuốc [11]. Sử dụng thuốc sai liều cũng là một nguyên nhân dẫn đến các sự cố bất lợi của thuốc, theo một nghiên cứu trên 36 trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Mỹ cứ 5 liều thuốc thì có xấp xỉ 1 liều được chỉ định không đúng, và có tới 7% tiềm tàng nguy cơ gặp sự cố bất lợi của thuốc [5]. Sai sót trong dùng thuốc có thể xảy ra trong tất cả các hoạt động: kê đơn, cấp phát, sử dụng thuốc và không tuân thủ điều trị của người bệnh [8].

1. GIẢI THÍCH THUẬT NGỮ

1.1. Phân loại sai sót trong sử dụng thuốc giai đoạn[4]

- Một sai sót trong sử dụng thuốc được định nghĩa là một một thuốc được sử dụng khác với y lệnh trong trên hồ sơ bệnh án của người bệnh. Sai sót này bao gồm bất kỳ sai sót nào xảy ra trong quá trình kê đơn, cấp phát, sử dụng thuốc, bất kể sai sót đó có dẫn đến kết quả bất lợi hay không.

- Sai sót trong kê đơn (Prescribing error): lựa chọn thuốc không chính xác (dựa vào chỉ định, chống chỉ định, tiền sử dị ứng thuốc, các thuốc đã được sử dụng và các yếu tố khác), là các sai sót về liều dùng, đường dùng, dạng bào chế, số lượng, nồng độ thuốc, hướng dẫn sử dụng của thuốc trong đơn hay thậm chí quyền kê đơn của bác sỹ, đơn thuốc hoặc các chữ viết tắt không đọc được dẫn đến dùng sai thuốc hoặc sai người bệnh.

- Sai sót trong cấp phát thuốc (Deteriorated drug error): Cấp phát các thuốc đã hết hạn hoặc chất lượng không đảm bảo cho người bệnh.

- Sai sót trong giám sát thuốc (Monitoring error): Thất bại trong việc kê đơn theo phác đồ điều trị cho phù hợp với chẩn đoán hay thất bại trong đánh giá người bệnh thông qua các dữ liệu lâm sàng hoặc các xét nghiệm phù hợp.

1.2. Phân loại sai sót trong sử dụng thuốc theo biến cố [4]

- Dùng thuốc không được kê trong đơn (Unauthorized drug error): Cho người bệnh dùng thuốc không được kê trong đơn/bệnh án

- Sai về thời điểm dùng thuốc (Wrong time error): dùng thuốc không đúng theo thời gian quy định của thuốc

- Sai liều (Improper dose error): Cho người bệnh sử dụng thuốc với liều lượng lớn hơn hoặc ít hơn theo yêu cầu của người kê đơn hoặc cho người bệnh dùng liều bị trùng lặp.

- Sai dạng thuốc (Wrong dosage-form error): Cho người bệnh dùng thuốc khác dạng bào chế theo yêu cầu của người kê đơn

- Sai sót trong pha chế thuốc (Wrong drug preparation error): Thuốc được pha chế không đúng hoặc thao tác không đúng trước khi sử dụng.

- Sai kỹ thuật trong thực hiện thuốc (Wrong administrative technique error): Sai quy trình hoặc kỹ thuật trong sử dụng thuốc.

- Sai sót trong tuân thủ điều trị (Compliance error): Người bệnh không hợp tác và không tuân thủ dùng thuốc theo quy định.

1.3. Phân loại các sai sót trong sử dụng thuốc theo mức độ nghiêm trọng [10]

Chưa gây sai sót	A	Sự cố có khả năng gây sai sót
Sai sót, không gây tổn hại	B	Sai sót đã xảy ra nhưng không ảnh hưởng tới người bệnh
	C	Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại
	D	Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh, yêu cầu giám sát và báo cáo kết quả có tổn hại đến người bệnh không hoặc có biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại.
Sai sót, gây tổn hại	E	Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu có can thiệp
	F	Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.
	G	Sai sót đã xảy ra gây tổn hại vĩnh viễn đến người bệnh,
	H	Sai sót đã xảy ra, yêu cầu tiến hành các can thiệp cần thiết để duy trì cuộc sống của người bệnh.
Sai sót dẫn đến tử vong	I	Sai sót đã xảy ra gây tử vong.

2. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Các yếu tố	Sai sót có thể xảy ra
1. Thông tin về người bệnh (VD: tên, tuổi, giới tính, chẩn đoán, có thai không, dị ứng, cân nặng, chiều cao, các xét nghiệm đã làm, kết quả điều trị các lần trước, các thông số chức năng sống như mạch, nhiệt độ, huyết áp,,,khả năng chi trả, người bệnh có BHYT hay không có...)	- Thất bại trong hiệu chỉnh liều cho người bệnh suy gan, suy thận - Không biết tiền sử dị ứng của người bệnh - Chỉ định các thuốc cấm chỉ định cho phụ nữ có thai - Thất bại trong điều trị thuốc nhóm opioids cho người bệnh suy hô hấp - Nhầm người bệnh

<i>Thông tin cần thiết về BN cần có sẵn và dễ dàng tra cứu khi kê đơn, cấp phát và giám sát sử dụng thuốc</i>	- Người bệnh không có khả năng chi trả chi phí trong điều trị - Cân nặng của người bệnh không phù hợp với liều
2. Thông tin thuốc Liều tối đa, dạng thuốc, đường dùng, chú ý khi sử dụng, cảnh báo đặc biệt, tương tác thuốc... <i>Các thông tin thuốc đặc biệt cần thiết trong kê đơn, cấp phát, quản lý sử dụng thuốc</i>	- Không thu thập đầy đủ thông tin về các thuốc đang sử dụng thuốc của người bệnh - Không có đầy đủ thông tin thuốc dẫn đến kê sai liều hoặc sai đường dùng thuốc. - Cán bộ y tế không giám sát chặt chẽ các thuốc mới hoặc các thuốc cần lưu ý đặc biệt - Không biết hoặc bỏ qua các tương tác có hại của thuốc
3. Trao đổi thông tin Trao đổi thông tin cởi mở giữa bác sỹ, dược sỹ và điều dưỡng/nữ hộ sinh <i>Cách thức trao đổi thông tin thuốc và sử dụng thuốc là tiêu chuẩn hoá và tự động hoá giảm thiểu các sai sót trong sử dụng thuốc</i>	- Hỏi không rõ ràng hoặc yêu cầu thuốc không rõ ràng - Đơn thuốc viết không rõ ràng - Thông tin về thuốc được yêu cầu không đầy đủ: thiếu liều dùng, hàm lượng, đường dùng hoặc tổng liều thuốc kê đơn cho người bệnh ngoại trú. - Chữ viết tắt không rõ ràng (μg và mg) - Nghe không rõ tên thuốc hoặc tên người bệnh
4. Tên thuốc, nhãn thuốc và dạng đóng gói Nhãn thuốc rõ ràng giúp xác định tên thuốc, hàm lượng trên tất cả các dạng bao gói. <i>Nhãn thuốc rõ ràng, dễ đọc</i>	- Các thuốc nhìn giống nhau, tên gói giống nhau, đóng gói giống nhau dễ bị nhầm lẫn. - Các nhãn thuốc khó hiểu hoặc không rõ ràng - Thuốc hoặc bơm thuốc không có nhãn - Dịch truyền không có nhãn hoặc dung dịch pha truyền không ghi rõ thành phần

<i>nhằm giảm thiểu nhầm lẫn với các thuốc nhìn giống nhau và đóng gói giống nhau.</i>	- Thông tin quan trọng trên nhãn thuốc bị che khuất - Cấp phát số lượng lớn nhưng không ghi rõ tên BN - Thuốc không có nhãn
5. Tiêu chuẩn hoá bảo quản, tồn trữ thuốc Bảo quản thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc, nồng độ thuốc Dung dịch truyền tĩnh mạch, nồng độ thuốc và thời gian truyền cần được chuẩn hoá <i>Thuốc được cấp phát đến người bệnh an toàn và kịp thời</i>	- Nhiều dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch pha sai nồng độ - Điều dưỡng chuẩn bị dung dịch tiêm truyền - Sử dụng dung dịch pha thuốc không đúng - Lựa chọn thuốc không đúng do lỗi bảo quản tại kho thuốc và hộp thuốc của BN - Các hoá chất độc, bốc hơi để cùng nhau bị ảnh hưởng - Sai thời điểm dùng thuốc - Sử dụng thuốc không kịp thời do yêu cầu thuốc chậm
6.Thiết bị hỗ trợ dùng thuốc VD: dây truyền, bơm tiêm, thiết bị cấy thuốc vào cơ thể, bơm tiêm pha thuốc, dụng cụ theo dõi đường huyết <i>Các thiết bị hỗ trợ dung thuốc đạt chuẩn thông qua quá trình mua sắm, bảo quản và sử dụng sẽ giảm thiểu được các nguy cơ do người sử dụng</i>	- Bơm tiêm điện bị lỗi - Không kiểm soát được tốc độ truyền dịch do lỗi của dây truyền dẫn đến sai liều thuốc - Các thiết bị truyền dịch không tương thích với nhau dẫn đến sai sót trong dùng thuốc (kim truyền và dây truyền) - Cung cấp thiết bị hỗ trợ dùng thuốc không đầy đủ (thiếu bơm tiêm điện)
7.Các yếu tố môi trường làm việc ảnh hưởng đến nhân viên y tế.	- Thuốc sắp xếp lộn xộn do thiếu không gian hoặc do môi trường làm việc không gọn gàng, hoặc do quá nhiều thuốc và

Ví dụ: đồng nghiệp, sức khoẻ, cách tổ chức đơn vị, ánh sáng, tiếng ồn, quá tải trong công việc, lịch làm việc... <i>Việc sử dụng thuốc bao gồm kê đơn, cấp phát thuốc, thực hiện thuốc và giám sát sử dụng thuốc cần được tiến hành trong một môi trường làm việc thích hợp có đủ ánh sáng,</i>	không thể sắp xếp được. - Hiểu sai đơn đặt hàng do quá ồn và mất tập trung - Sai sót trong chuẩn bị thuốc do thiếu ánh sáng và thiếu tủ đựng thuốc - Nhân sự không đủ dẫn đến quá tải trong công việc và các thủ tục hành chính - Cán bộ y tế mệt mỏi gây sai sót và kém hiệu quả trong công việc. - Nghỉ ngơi không đủ dẫn đến quá tải về tinh thần và tăng khả năng gây sai sót - Thiếu kế hoạch dự phòng về nhân sự cho nghỉ ốm và nghỉ lễ - Không chuẩn bị nhân lực cho các dịch vụ kỹ thuật mới
8. Năng lực và đào tạo của cán bộ y tế (Ví dụ: chuyên khoa tạo, bằng cấp, năng lực chuyên môn, kỹ năng, các hoạt động chuyên môn đã tham gia, các bằng cấp khác...) Cán bộ y tế được đào tạo đầy đủ, đúng chuyên ngành và được đánh giá năng lực chuyên môn và kỹ năng hàng năm có liên quan đến việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý Cán bộ y tế cần được đào tạo liên tục về phòng ngừa các sai	- Thiếu hiểu biết về các quy tắc trong thực hành và môi trường làm việc dẫn đến chậm trễ và sai sót gây ra hiểu lầm giữa điều dưỡng và dược sỹ. - Thiếu hiểu biết về đánh giá và theo dõi người bệnh dẫn đến sai sót hoặc sử dụng thuốc không đúng. - Nhân viên mới, thiếu kinh nghiệm có thể gây các sai sót do quá tải về nhiệm vụ và chưa thành thạo các quy trình làm việc - Sai sót trong sử dụng thuốc liên quan đến phân công công việc không phù hợp với chuyên ngành, định hướng hoặc phân công cho người mới, chưa quen với công việc - Thiếu thông tin về thuốc mới (liều dùng, cách pha thuốc, chỉ định, tác dụng phụ,

sót có liên quan đến sử dụng thuốc và an toàn trong sử dụng thuốc để tránh các nguy cơ tiềm ẩn nếu xảy ra các biến cố bất lợi.	tương tác thuốc...) gây sai sót. - Sai sót do không báo cáo hậu quả các sai sót đã xảy ra để phòng tránh
9. Đào tạo người bệnh (Ví dụ: bảng thông tin thuốc, cách sử dụng các thuốc, hướng dẫn dùng thuốc khi ra viện, cách tránh các sai sót khi dùng thuốc, ...) <i>Người bệnh là một đối tác tích cực quan trọng trong việc tự chăm sóc thông qua tư vấn về thuốc và cách phòng tránh các sai sót trong sử dụng thuốc</i>	- Người bệnh không thoải mái khi hỏi nhân viên y tế về các thuốc họ đang dùng và cách dùng thuốc. - Người bệnh có thể không hiểu thông tin các thuốc họ đang dùng do không hiểu các thuật ngữ về thuốc hay do rào cản về ngôn ngữ - Thông tin thuốc từ các tờ hướng dẫn sử dụng không đầy đủ hoặc người bệnh không đọc kỹ dẫn đến không hiểu cách dùng thuốc - Người bệnh có thể không nhớ cách sử dụng các thuốc đang dùng, dẫn đến gây ra sai sót. Vấn đề tăng lên khi bác sỹ kê quá nhiều thuốc trong cùng 1 đơn. - Người bệnh thiếu thông tin về nguyên nhân gây ra sai sót và cách phòng tránh.
10. Quy trình quản lý chất lượng và rủi ro (Ví dụ: văn hoá, lãnh đạo, báo cáo sai sót, các chiến lược an toàn, ...) Hội đồng quản trị, các nhà lãnh đạo và các nhà quản lý phải xây dựng và hỗ trợ hệ thống không trừng phạt nhằm giảm các sai sót	- Thiếu lãnh đạo và chi phí hỗ trợ cho việc an toàn trong sử dụng thuốc - Tâm lý xấu hổ, đổ lỗi, sợ trách nhiệm,... là rào cản cho các báo cáo sai sót trong hệ thống. - Văn hoá giữ bí mật và đổ lỗi ngăn cản việc thông báo các sai sót cho người bệnh và người nhà người bệnh - Tỷ lệ các sai sót thông qua các báo cáo

Cán bộ y tế được khuyến khích phát hiện và báo cáo sai sót. Một nhóm gồm các thành viên thuộc nhiều lĩnh vực thường xuyên phân tích các sai sót đã xảy ra nhằm cơ cấu lại tổ chức để hỗ trợ tốt nhất cho sự an toàn	không chính xác. - Giải pháp phòng tránh sai sót thiếu tính đồng bộ của tập thể nên thiếu hiệu quả. - Thiếu kiến thức chuyên môn một cách hệ thống dẫn đến không giải quyết sai sót một cách triệt để.
---	--

3. CÁC TÌNH HUỐNG SAI SÓT

3.1. Sai sót liên quan đến kê đơn thuốc

Đơn thuốc là căn cứ hợp pháp để bán thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc theo đơn và sử dụng thuốc. Rất nhiều sai sót liên quan đến kê đơn không được phát hiện và báo cáo. Tuy nhiên, các bằng chứng nghiên cứu đến nay cho thấy, sai sót thuốc trong kê đơn là vấn đề thực tế rất quan trọng. Trong một phân tích về ảnh hưởng của các sai sót y tế với đối tượng trẻ em đã xác định các sai sót chiếm 24,5% các can thiệp y tế được ghi nhận, sai sót phổ biến nhất thuộc về các sai sót trong kê đơn chiếm 68,3% [6]. Các sai sót trong kê đơn nếu không được phát hiện có thể gây ra các sai sót trong thực hành. Tuy nhiên, dược sĩ và y tá có thể tham gia phát hiện tới 70% các sai sót thuốc trong đơn thuốc [6].

Đối với đơn thuốc ngoại trú, các thông tin trong đơn cần ghi rõ: Họ tên đầy đủ và địa chỉ liên lạc của người bệnh, các thông tin khác về người bệnh: tuổi, giới tính, cân nặng, dị ứng thuốc..., tên thuốc (nên là tên generic), nếu là tên biệt dược, nên ghi thêm tên hoạt chất, hàm lượng/ nồng độ của thuốc, dạng bào chế thuốc, số lượng thuốc (ghi rõ số lượng sử dụng theo đơn vị, không nên ghi theo đơn vị đóng gói), hướng dẫn dùng thuốc, bao gồm cách dùng, đường dùng, liều dùng, (ghi rõ: “Dùng theo chỉ dẫn của bác sĩ”). Đối với người bệnh nội trú, bác sĩ cần khai thác đầy đủ thông tin bao gồm: chức năng gan, thận, tuổi, cân nặng để tính liều dùng thuốc hoặc các chống chỉ định cho người bệnh [1].

Một số sai sót thường gặp trong kê đơn thuốc

- Thiếu thông tin người bệnh: tên, tuổi (tháng với trẻ em nhỏ hơn 3 tuổi), cân nặng...
- Ghi sai tên thuốc (các thuốc tên giống nhau)
- Ghi thiếu hàm lượng thuốc
- Ghi thiếu hướng dẫn sử dụng thuốc
- Kê các thuốc có tương tác mức độ nguy hiểm
- Chữ viết quá khó đọc, gây nhầm lẫn khi cấp phát và thực hiện thuốc (ví dụ: 500mg thay vì 0,5g, 125mcg thay vì 0,125mg)
- Viết tắt trong đơn, gây nhầm lẫn (VD: µg thay vì mcg, U thay vì Unit)

- Kê đơn bằng miệng

3.2. Sai sót trong giai đoạn cấp phát thuốc

Sai sót trong giai đoạn cấp phát thuốc có thể xảy ra trong bất cứ giai đoạn nào kể từ lúc tiếp nhận đơn thuốc cho tới khi thuốc được đưa đến người bệnh. Điều này thường xảy ra do các thuốc có tên hoặc hình thức tương tự nhau.

Ví dụ: Amilorid và amlodipin, Lasix (furosemid) và Losec (omeprazol).

1. Cisplatin và Carboplatin
2. Ephedrin và Epinephrine
3. Các chế phẩm Insulin: Humalog và Humulin, Novolog và Novolin
4. Daunorubicin và Doxorubicin

Một số sai sót thường gặp trong cấp phát thuốc [7]

- Không cho người bệnh dùng thuốc đã kê trong đơn
- Cho người bệnh dùng thuốc không được bác sỹ kê đơn

3.3. Sai sót trong thực hành sử dụng thuốc

Sai sót trong thực hành sử dụng thuốc xảy ra trong quá trình dùng thuốc của người bệnh, có thể do nhân viên y tế hoặc do người bệnh không tuân thủ.

Một số sai sót trong thực hành sử dụng thuốc[7]

Dùng thuốc sai người bệnh

- Dùng sai thuốc hay sai dịch truyền
- Dùng thuốc sai liều hoặc sai hàm lượng
- Dùng sai dạng thuốc, ví dụ dùng thuốc nhỏ mắt dạng dung dịch thay vì dạng mỡ tra mắt
- Sai đường dùng thuốc
- Sai tốc độ dùng thuốc (Ví dụ: trong truyền dịch)
- Sai thời gian hay khoảng cách dùng thuốc
- Sai thời gian điều trị
- Sai sót trong pha chế liều thuốc (Ví dụ: sai sót trong khi pha loãng thuốc hay không lắc thuốc dạng hỗn dịch khi sử dụng)
- Sai kỹ thuật dùng thuốc cho người bệnh (Ví dụ: sai sót trong kỹ thuật tra thuốc nhỏ mắt)
- Dùng thuốc cho người bệnh đã có tiền sử dị ứng trước đó.

3.4. Nguyên nhân dẫn đến sai sót trong dùng thuốc

Một số vấn đề hay gặp liên quan đến sai sót trong sử dụng thuốc có thể giải quyết bao gồm [7]

1. Sự quá tải và mệt mỏi trong công việc của cán bộ y tế
2. Cán bộ y tế thiếu kinh nghiệm làm việc hoặc không được đào tạo đầy đủ, đúng chuyên ngành
3. Trao đổi thông tin không rõ ràng giữa các cán bộ y tế (VD: chữ viết xấu, kê đơn bằng miệng)
4. Các yếu tố về môi trường như thiếu ánh sáng, quá nhiều tiếng ồn hay thường xuyên bị gián đoạn công việc
5. Số lượng thuốc dùng cho một người bệnh nhiều
6. Việc kê đơn, cấp phát hay thực hiện thuốc phức tạp
7. Sử dụng nhiều chủng loại thuốc và nhiều dạng dùng (VD thuốc tiêm) gây ra nhiều sai sót liên quan đến thuốc
8. Nhầm lẫn về danh pháp, quy cách đóng gói hay nhãn thuốc
9. Thiếu các chính sách và quy trình quản lý thuốc hiệu quả

4. GIẢI PHÁP

Một số cách ngăn chặn các sai sót trong dùng thuốc, đặc biệt trong bệnh viện bao gồm:

- Giải pháp mang tính hệ thống
- Xây dựng các giải pháp với các đối tượng có liên quan: Bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng.
- Giám sát và quản lý sai sót

4.1. Giải pháp mang tính hệ thống [9]

4.1.1. Cung cấp đầy đủ chính xác thông tin người bệnh

- Trả kết quả xét nghiệm qua mạng
- Thông báo về tiền sử dị ứng của người bệnh cho bác sỹ/dược sỹ trước khi cấp phát và giám sát sử dụng thuốc
- Liệt kê các phản ứng dị ứng và chẩn đoán trên y lệnh hoặc đơn thuốc
- Đeo vòng đeo tay đánh dấu người bệnh có tiền sử dị ứng
- Luôn mang theo y lệnh khi giám sát sử dụng thuốc, tư vấn cho người bệnh trước khi cấp phát thuốc
- Yêu cầu theo dõi kỹ người bệnh có nguy cơ cao: béo phì, hen, ngưng thở khi ngủ... khi sử dụng thuốc nhóm opioids

4.1.2. Cung cấp đầy đủ thông tin thuốc cho bác sỹ, điều dưỡng

- Cập nhật kịp thời thông tin thuốc

- Có dược sỹ tư vấn cho người bệnh về thuốc
- Cung cấp thông tin dưới dạng biểu đồ, quy trình, hướng dẫn, checklist cho các thuốc có cảnh báo cao
- Liệt kê liều tối đa của các thuốc có cảnh báo cao, thông tin dưới dạng phiếu yêu cầu hoặc cảnh báo thông qua hệ thống mạng của bệnh viện
- Có dược sỹ xem xét các đề nghị sử dụng các thuốc cần yêu cầu trước khi sử dụng

4.1.3. Đảm bảo trao đổi thông tin giữa bác sỹ-dược sỹ-điều dưỡng đầy đủ, chính xác

- Sử dụng hệ thống kê đơn điện tử và hệ thống mạng bệnh viện
- Sử dụng mẫu yêu cầu thuốc chuẩn và đầy đủ thông tin
- Hạn chế yêu cầu thuốc qua điện thoại, đặc biệt các thuốc điều trị ung thư (Trừ trường hợp khẩn cấp)
- Đọc lại các yêu cầu về thuốc đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác.
- Xây dựng quy trình, thống nhất từng bước tiến hành khi yêu cầu thuốc
- Gửi tất cả các yêu cầu thuốc cho khoa Dược, kể cả các thuốc có sẵn hay các thuốc không có sẵn.

4.1.4. Đảm bảo tên thuốc, nhãn thuốc và dạng đóng gói rõ ràng, đúng quy cách

- Lưu ý các thuốc nhìn giống nhau hoặc tên thương mại giống nhau
- Cấp phát cho khoa lâm sàng thuốc có tên thuốc, hàm lượng.
- Dán nhãn cho tất cả các thuốc, làm nổi bật tên thuốc và hàm lượng
- Trong khoa lâm sàng, các thuốc uống được bảo quản trong hộp đến tận khi cấp phát cho người bệnh.
- Sắp xếp các thuốc nhìn giống nhau tại các nơi riêng biệt tránh nhầm lẫn
- Sử dụng các nhãn cảnh báo cho nhân viên y tế về các thuốc có chỉ dẫn đặc biệt về bảo quản hoặc độ an toàn
- Đảm bảo các thuốc đều dễ đọc và dễ hiểu

4.1.5. Bảo quản, tồn trữ thuốc đạt tiêu chuẩn GSP: dễ thấy, dễ lấy, dễ tìm, tránh nhầm lẫn, hư hỏng

- Chuẩn hoá nồng độ của Insulin, Heparin, Morphin
- Sử dụng các dung dịch tiêm truyền đã pha sẵn
- Hạn chế việc điều dưỡng pha dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch trong trường hợp cấp cứu
- Xây dựng quy định lĩnh thuốc hàng ngày, thuốc cấp cứu cho nhân viên y tế
- Bảo quản chặt các thuốc cảnh báo cao, các thuốc dùng cho người bệnh đặc biệt, thuốc cần quản lý theo quy định

- Không để các dung dịch điện giải đậm đặc tại các hộp thuốc cá nhân của người bệnh
- Cấp phát thuốc cho người bệnh theo liều dùng, không cấp phát theo tổng liều điều trị
- Loại bỏ các thuốc sử dụng không liên tục ra khỏi các thiết bị kịp thời
- Không vay mượn thuốc của người bệnh trong quá trình điều trị
- Thiết lập tủ thuốc cấp cứu tại các khoa lâm sàng

4.1.6. Đảm bảo lựa chọn các thiết bị hỗ trợ dùng thuốc phù hợp với bệnh viện và trình độ chuyên môn

- Kiểm tra kỹ các thiết bị trước khi mua và sử dụng
- Hạn chế sử dụng nhiều loại bơm tiêm nhằm sự chuyên nghiệp của nhân viên y tế trong thực hành
- Cấm sử dụng các thiết bị truyền dịch không kiểm soát được tốc độ truyền dịch
- Đào tạo kỹ cho nhân viên y tế về các thiết bị mới và kỹ thuật mới trước khi sử dụng
- Kiểm tra hai lần (double- check) khi truyền dịch bao gồm: dịch truyền, các thiết bị hỗ trợ, tình trạng người bệnh trước khi truyền các thuốc cảnh báo cao

4.1.7. Đảm bảo môi trường làm việc ảnh hưởng đến nhân viên y tế

- Đảm bảo đầy đủ ánh sáng không gian, trong kho thuốc bao gồm tủ đựng thuốc và hệ thống cấp phát thuốc tự động
- Xây dựng môi trường làm việc không làm mất tập trung cho việc yêu cầu/đặt đơn hàng thuốc
- Bố trí các khu vực để thuốc tiêm truyền, thuốc uống, thuốc pha chế riêng biệt, tránh tiếng ồn, đi lại nhiều và các tác động gây mất tập trung.
- Trang bị tủ lạnh có đủ diện tích để bảo quản thuốc
- Có kế hoạch về nhân sự thay thế cho cán bộ y tế khi nghỉ ốm, nghỉ phép và nghỉ lễ.
- Quy định rõ ràng về thời gian nghỉ giải lao và nghỉ ăn trưa, ăn tối cho cán bộ y tế.
- Quản lý và giám sát thời gian làm việc của cán bộ y tế, đảm bảo được nghỉ ngơi đầy đủ sau ca trực và không làm việc quá 12h mỗi ngày.
- Hạn chế tối đa việc sử dụng nhân viên y tế tạm thời
- Thông báo cho tất cả cán bộ y tế có liên quan về kế hoạch và thực hiện dịch vụ kỹ thuật mới, bao gồm cả chi phí cần thiết bổ sung đảm bảo sự an toàn cho người bệnh.

4.1.8. Đào tạo và đánh giá thường xuyên năng của cán bộ y tế, bố trí công việc phù hợp

- Bố trí công việc đúng theo chuyên ngành đào tạo, định kỳ đánh giá
- Bố trí công việc hợp lý giảm quá tải trong công việc
- Yêu cầu các điều dưỡng mới phải thực tập tại khoa Dược để làm quen với công việc cấp phát thuốc.
- Yêu cầu các dược sỹ mới phải thực tập tại khoa lâm sàng để làm quen với quy trình sử dụng thuốc.
- Cung cấp thông tin thuốc mới trước khi đưa vào sử dụng
- Khoa Dược dán nhãn cảnh báo cho điều dưỡng các thông tin cần lưu ý với các thuốc cảnh báo cao
- Bố trí nhân viên y tế đã được đào tạo về sai sót trong sử dụng thuốc trong đơn vị nhằm ngăn chặn các sai sót xảy ra.
- Mô tả và đánh giá công việc cụ thể về với trách nhiệm đối với người bệnh.
- Cung cấp cho cán bộ y tế những hỗ trợ cần thiết và thời gian để tham dự các khoá học trong và ngoài nước về phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc

4.1.9. Tư vấn người bệnh về thông tin thuốc và tuân thủ điều trị

- Tư vấn người bệnh cách chủ động trong việc tìm hiểu và xác định đúng trước khi nhận thuốc hay sử dụng thuốc
- Cung cấp thông tin cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về tên thuốc (bao gồm tên biệt dược và hoạt chất) cách sử dụng, mục đích điều trị, liều dùng và cách phản ứng phụ nghiêm trọng
- Hỏi ý kiến dược sỹ về cách sử dụng thuốc nêu người bệnh dùng trên 5 loại thuốc
- Khuyến khích người bệnh hỏi về các thuốc điều trị
- Trả lời đầy đủ các câu hỏi của người bệnh về thuốc (nếu có) trước khi điều trị.
- Cung cấp cho người bệnh thông tin về các thuốc cảnh báo cao kê trong đơn thuốc khi xuất viện
- Cung cấp cho người bệnh số điện thoại và người để liên lạc khi cần hỏi thông tin về thuốc sau khi xuất viện
- Khuyến khích người bệnh giữ tất cả thông tin về đơn thuốc đã dùng, các thuốc không kê đơn, thuốc đông dược, vitamin và đưa cho nhân viên y tế khi nhập viện hoặc điều trị tại nhà.

4.1.10. Xây dựng quy trình quản lý chất lượng và rủi ro tại đơn vị

- Công bố vấn đề an toàn cho người bệnh là nhiệm vụ của đơn vị
- Đào tạo cho cán bộ quản lý bậc trung để đánh giá hiệu quả về năng lực và khả năng giải quyết các vấn đề phức tạp.
- Thay đổi cách nghĩ đổ lỗi khi xảy ra sai sót trong sử dụng thuốc, khi các lỗi đó không dự đoán hoặc không đo đếm được.

- Thúc đẩy việc báo cáo thường xuyên và duy trì các sai sót từ các khoa phòng điều trị.

- Thông tin tất cả các sai sót cho người bệnh

- Định kỳ thảo luận nhóm về các sai sót đã xảy ra và cách phòng tránh.

- Xây dựng nhóm đa ngành thường xuyên phân tích, đánh giá các sai sót và các dữ liệu về an toàn người bệnh để thiết lập hệ thống đảm bảo an toàn cho người bệnh.

- Mời đại diện hội đồng người bệnh tham gia thảo luận về vấn đề an toàn, khuyến khích cùng tham gia.

- Phổ biến rộng rãi thông tin về các giải pháp phòng ngừa sai sót.

- Sử dụng công nghệ mã hoá bệnh nhân trong điều trị..

4.2. Giải pháp với các đối tượng có liên quan

4.2.1. Đối với bác sỹ [4]

- Lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp, tham khảo ý kiến dược sĩ và tư vấn với các bác sĩ chuyên ngành sâu.

- Đánh giá tổng trạng của người bệnh và xem xét tất cả các thuốc đang điều trị để xác định tương tác thuốc. Theo dõi các triệu chứng lâm sàng và các kết quả xét nghiệm cần thiết để đánh giá và tối ưu hóa điều trị và khả năng đáp ứng với điều trị bằng thuốc của người bệnh.

- Bác sỹ cần biết về hệ thống quản lý thuốc tại bệnh viện, bao gồm: danh mục thuốc bệnh viện, quy trình điều tra sử dụng thuốc, hội đồng có thẩm quyền quyết định lựa chọn thuốc, quy trình thông tin thuốc mới, các quy định về quản lý thuốc và quy định kê đơn thuốc.

- Đơn thuốc cần ghi đầy đủ các thông tin: Họ tên người bệnh, tên thuốc (tên gốc và tên thương mại), nồng độ/hàm lượng, đường dùng, dạng dùng, liều lượng, số lượng, tần suất sử dụng, tên bác sỹ kê đơn.

- Đơn thuốc được ghi rõ ràng, dễ đọc, dễ hiểu:

- Không sử dụng chữ viết tắt .

- Ghi cách sử dụng cụ thể cho mỗi loại thuốc trong đơn

- Ghi rõ số lượng cần sử dụng theo đơn vị đo lường (mg, ml), không nên ghi theo đơn vị đóng gói (lọ, hộp), ngoại trừ các thuốc dạng phối hợp.

- Kê đơn tên thuốc theo tên gốc, tránh: kê thuốc tên địa phương (thuốc bà lang...), tên hóa học, viết tắt tên thuốc.

- Luôn sử dụng một số 0 trước đơn vị nhỏ hơn 1 (ví dụ: 0,5 ml). Với đơn vị lớn hơn 1, không được thêm số 0 vào sau (ví dụ , 5,0 ml).

- Ghi rõ đơn vị tính, tránh nhầm lẫn (Ví dụ: 10 units Unsulin thay vì 10U, có thể nhầm là 100)

- Đơn thuốc và chữ ký bác sỹ phải rõ ràng. Nếu có thể nên sử dụng máy tính hoặc kê đơn thuốc qua hệ thống máy tính.

- Với các y lệnh hoặc kê đơn thuốc bằng miệng, bác sỹ chắc chắn người thực hiện hiểu đúng đơn thuốc bằng cách đọc lại đơn thuốc cho bác sỹ.

- Hạn chế kê đơn thuốc tiêm

- Giải thích với người bệnh hoặc người nhà về các lưu ý và tác dụng phụ của thuốc

- Theo dõi người bệnh và định kỳ khám lại

4.2.2. Đối với dược sỹ

- Triển khai hoạt động Dược lâm sàng tại bệnh viện, có dược sỹ tham gia giám sát điều trị bằng thuốc (tham gia từ khi khám bệnh, lựa chọn thuốc điều trị thích hợp, dùng thuốc, xem xét khả năng tương tác thuốc, trùng lặp thuốc, đánh giá triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm thích hợp với người bệnh), điều tra sử dụng thuốc để giúp sử dụng thuốc an toàn, hợp lý [4].

- Sẵn sàng cung cấp thông tin về thuốc cho bác sỹ và điều dưỡng

- Hiểu rõ về các quy trình và quy định trong cung ứng thuốc tại bệnh viện, kể cả thuốc cấp phát nội trú, ngoại trú và nhà thuốc bệnh viện

- Đảm bảo hiểu rõ đơn thuốc trước khi cấp phát

- Sắp xếp khu vực chuẩn bị thuốc gọn gàng, sạch sẽ và tránh gián đoạn khi chuẩn bị.

- Trước khi cấp phát thuốc hàng ngày, cần kiểm tra kỹ đơn thuốc. Đảm bảo thực hiện đúng quy trình cấp phát. Đối với các thuốc cảnh báo cao (thuốc điều trị ung thư, thuốc cấp cứu...) cần kiểm tra 2 lần.

- Nên sử dụng nhãn phụ để cảnh báo các thuốc có nguy cơ cao và chú ý cách sử dụng thuốc. Ngăn ngừa các sai sót liên quan đến tên thuốc “nhìn giống nhau”, “đọc giống nhau” (LASA) [9]

1. Cung cấp thông tin về các thuốc LASA cho bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ trong bệnh viện

2. Xác định mục đích sử dụng thuốc trước khi cấp phát thuốc hay sử dụng thuốc.

3. Chỉ chấp nhận y lệnh bằng miệng khi thật sự cần thiết, trừ với các thuốc điều trị ung thư.

4. HDT&ĐT cần xem xét các thuốc khi lựa chọn thuốc vào Danh mục thuốc bệnh viện, tránh các thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau

5. Kê đơn thông qua hệ thống mạng, tránh nhầm lẫn tên thuốc do chữ viết khó đọc

6. Thay đổi cách nhận biết về tên các thuốc nhìn giống nhau (cả trong hệ thống kho tàng và máy tính) bằng cách đánh dấu, viết chữ cái cao hơn (DAUNOrubicin và DOXOrubicin)

7. Cảnh báo nguy cơ sai sót do nhầm lẫn thông qua hệ thống mạng bệnh viện

8. Sắp xếp các thuốc LASA tại các vị trí khác nhau trong kho thuốc, tủ thuốc, hộp thuốc của người bệnh.... Dán các nhãn cảnh báo cho cán bộ y tế trên các lọ thuốc.

9. Đề nghị báo cáo các trường hợp sai sót để có biện pháp phòng tránh kịp thời.

- Đảm bảo thuốc được cấp phát kịp thời, đảm bảo thời gian điều trị [3]

- Giám sát chất lượng và quy trình sử dụng các thuốc tại tủ trực thuốc tại các khoa lâm sàng, đảm bảo tối ưu hóa trong điều trị

- Giám sát chất lượng và quy trình trả thuốc từ các khoa lâm sàng. Đánh giá các thuốc không sử dụng do quên liều.

- Với các đơn thuốc kê cho người bệnh xuất viện, tư vấn cụ thể cho người bệnh hoặc người nhà cách sử dụng của từng thuốc, các lưu ý và cần trọng khi sử dụng.

- Thu thập và lưu trữ các dữ liệu về sai sót trong sử dụng thuốc để phòng ngừa và điều chỉnh các hoạt động về sử dụng thuốc

4.3.2. Đối với điều dưỡng

- Hiểu rõ về các quy trình và quy định trong cung ứng thuốc tại bệnh viện, kể cả thuốc cấp phát nội trú, ngoại trú [4]

- Dùng thuốc đúng theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

- Chuẩn bị đủ và phù hợp các phương tiện cho người bệnh dùng thuốc; khi dùng thuốc qua đường tiêm phải chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu và phác đồ chống sốc, chuẩn bị đúng và đủ dung môi theo quy định của nhà sản xuất.

- Kiểm tra thuốc (tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc và đường dùng thuốc so với y lệnh). Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng của thuốc bằng cảm quan: màu sắc, mùi, sự nguyên vẹn của viên thuốc, ống hoặc lọ thuốc [2]

- Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc.

- Bảo đảm người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh trước sự chứng kiến của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

- Ghi hoặc đánh dấu thuốc đã dùng cho người bệnh và thực hiện các hình thức công khai thuốc phù hợp theo quy định của bệnh viện.

- Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến sau dùng thuốc và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị. Điền thông tin cần thiết vào mẫu báo cáo ADR và thông báo cho dược sỹ phụ trách.

- Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh tuân thủ điều trị. Giải thích cho người bệnh và người nhà về tác dụng và quy trình dùng thuốc. Với người bệnh từ chối điều trị theo y lệnh, báo cáo cho bác sỹ điều trị.

- Phối hợp giữa các bác sĩ, dược sỹ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên trong dùng thuốc nhằm tăng hiệu quả điều trị bằng thuốc và hạn chế sai sót trong chỉ định và sử dụng thuốc cho người bệnh.

4.3. Giám sát và quản lý sai sót trong sử dụng thuốc [4]

4.3.1. Giám sát chặt các yếu tố có khả năng gây sai sót

- Ca trực (tỷ lệ sai sót xảy ra cao hơn khi đôi ca)
- Nhân viên mới (thiếu kinh nghiệm và chưa được đào tạo đầy đủ)
- Các đối tượng bệnh nhân: người già, trẻ sơ sinh, bệnh nhân ung thư.
- Bệnh nhân sử dụng nhiều thuốc (dễ xảy ra tương tác thuốc)
- Môi trường làm việc (ánh sáng, tiếng ồn, hay bị gián đoạn)
- Cán bộ y tế quá tải và mệt mỏi
- Trao đổi thông tin giữa các cán bộ y tế không đầy đủ, rõ ràng
- Dạng thuốc (VD: giám sát sử dụng thuốc tiêm chặt chẽ)
- Bảo quản thuốc không đúng
- Tên thuốc, nhãn thuốc, cách đóng gói dễ gây nhầm lẫn
- Nhóm thuốc sử dụng nhiều
- Chữ viết tay trong bệnh án hoặc đơn thuốc không rõ ràng
- Hình thức kê đơn, yêu cầu thuốc bằng miệng dễ gây nhầm lẫn
- Các quy trình làm việc chưa hiệu quả
- Hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị (có chức năng giám sát) chưa hiệu quả

4.3.2. Quản lý các sai sót trong sử dụng thuốc

- Đảm bảo hỗ trợ và cung cấp cho người bệnh các liệu pháp khắc phục khi xảy ra sai sót

- Ghi chép và báo cáo ngay các sai sót khi được phát hiện theo các mẫu quy định của từng bệnh viện (mẫu báo cáo ADR, báo cáo chất lượng thuốc...).

- Với mỗi sai sót xảy ra, cần thu thập các thông tin và báo cáo đầy đủ bằng văn bản các nội dung, bao gồm: vấn đề xảy ra, nơi xảy ra, tại sao và như thế nào, các đối tượng có liên quan. Thu thập và giữ lại các bằng chứng có liên quan đến sự việc (vở thuốc, sy lanh) để tìm nguyên nhân và cách phòng tránh.

- Lãnh đạo bệnh viện, hội đồng quản lý chất lượng, trưởng khoa (phòng) và cá nhân có liên quan bệnh viện xem xét các sai sót và biện pháp khắc phục kịp thời.

- Nên thông tin rộng rãi về nguyên nhân và cách giải quyết các sai sót đã xảy ra. Các sai sót thường mang tính hệ thống, không nên xử lý bằng biện pháp kỷ luật mà khuyến khích báo cáo để có biện pháp phòng ngừa.

- Thông tin từ các báo cáo sai sót nên được làm tài liệu để đào tạo cho cán bộ y tế hoặc để làm căn cứ xây dựng các quy định phòng cách phòng tránh sai sót.

- Lãnh đạo bệnh viện và các hội đồng có liên quan định kỳ đánh giá các sai sót và xác định nguyên nhân gây sai sót và xây dựng các giải pháp phòng tránh (đào tạo, luân chuyển cán bộ, sửa đổi chính sách và quy trình, thay thế các trang thiết bị không phù hợp, ...)

- Báo cáo các sai sót lên trung tâm quốc gia để tổng hợp và có chiến lược phòng tránh sai sót trên toàn quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, (2008)** Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT về việc ban hành Quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú
2. **Bộ Y tế, (2011)** Thông tư số 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện
3. **Bộ Y tế, (2011)** Thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc trong cơ sở y tế có giường bệnh.
4. **American Society of Hospital Pharmacists (1993)**, ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals, *Am J Hosp Pharm*; 50:305–14.
5. **Barker et al (2002)**, "Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities", *Archives of Internal Medicine* 162:1897-903.
6. **Bates DW, Spell N et al (1997)**, "The costs of adverse drug events in hospitalized patients", *JAMA* 1997; 277:301-34.
7. **Kathleen Holloway, Terry Green, (2005)**, Drug and Therapeutics Committees - A Practical Guide, World Health Organization in collaboration with Management Sciences for Health
8. **Kohn LT, Corrigan JM et al (1999)**, "To err is human-building a safer health system", *Washington, DC: National Academy Press*.
9. **Michael R. Cohen, (2010)** Medication Errors, American Society of Hospital Pharmacists, 2010.
10. **National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2013)**, NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors.
11. **Phillips DF, Christefeld N, Glynn LM (1998)**, "Increase in U.S. medication-error deaths between 1983 and 1993", *Lancet*. 1998; 351:643-4.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Sai sót trong sử dụng thuốc xảy ra trong:

- A. Kê đơn thuốc
- B. Cấp phát thuốc
- C. Thực hành sử dụng thuốc
- D. Tất cả các hoạt động trên.

Câu 2. Liệt kê các loại sai sót trong sử dụng thuốc theo giai đoạn?

.....
.....
.....

Câu 3. Liệt kê các loại sai sót trong sử dụng thuốc theo biên số?

.....
.....
.....

Câu 4. Lựa chọn sai sót theo mức độ nghiêm trọng

- A. Sự cố có khả năng gây sai sót
- B. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu có can thiệp
- C. Sai sót đã xảy ra nhưng không ảnh hưởng tới người bệnh
- D. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh, yêu cầu giám sát và báo cáo kết quả có tổn hại đến người bệnh không hoặc có biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại.
- E. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại
- F. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.
- G. Sai sót đã xảy ra gây tử vong.
- H. Sai sót đã xảy ra, yêu cầu tiến hành các can thiệp cần thiết để duy trì cuộc sống của người bệnh.
- I. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại vĩnh viễn đến người bệnh.

Câu 5. Các yếu tố hệ thống liên quan đến sai sót trong sử dụng thuốc?
Lựa chọn câu trả lời đúng.

- A. Lãnh đạo bệnh viện
- B. Thông tin người bệnh
- C. Thông tin thuốc
- D. Trao đổi thông tin giữa các nhân viên y tế
- E. Tên thuốc, nhãn thuốc và dạng đóng gói

- F. Tiêu chuẩn hoá bảo quản, tồn trữ thuốc
- G. Thiết bị hỗ trợ dùng thuốc
- H. Các yếu tố môi trường làm việc ảnh hưởng đến nhân viên y tế.
- I. Năng lực và đào tạo của cán bộ y tế
- K. Đào tạo người bệnh
- L. Quy trình quản lý chất lượng và rủi ro
- M. Cơ sở vật chất của bệnh viện

Câu 6. Các sai sót hay gặp trong kê đơn thuốc? Lựa chọn câu trả lời đúng.

- A. Thiếu thông tin người bệnh: tên, tuổi (tháng với trẻ em nhỏ hơn 3 tuổi), cân nặng...
- B. Ghi sai tên thuốc
- C. Ghi thiếu hàm lượng thuốc
- D. Ghi thiếu hướng dẫn sử dụng thuốc
- E. Dùng sai thuốc trong đơn
- F. Kê các thuốc có tương tác mức độ nguy hiểm
- G. Dùng thuốc sai thời điểm
- H. Chữ viết quá khó đọc
- I. Viết tắt trong đơn, gây nhầm lẫn
- K. Kê đơn bằng miệng

Câu 7. Các sai sót hay gặp trong cấp phát thuốc

- A. Không cho người bệnh dùng thuốc đã kê đơn
- B. Cho người bệnh dùng sai thuốc đã kê trong đơn
- C. Không hướng dẫn người bệnh bảo quản thuốc

Câu 8. Các sai sót hay gặp trong thực hiện thuốc

- A. Dùng thuốc sai người bệnh
- B. Dùng sai thuốc hay sai dịch truyền
- C. Dùng thuốc sai liều hoặc sai hàm lượng
- D. Dùng sai dạng thuốc, ví dụ dùng thuốc nhỏ mắt dạng dung dịch thay vì dạng mỡ tra mắt
- E. Sai đường dùng thuốc
- F. Sai tốc độ dùng thuốc (Ví dụ: trong truyền dịch)
- G. Sai thời gian hay khoảng cách dùng thuốc

- H. Sai thời gian điều trị
- I. Hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh sai
- K. Sai sót trong pha chế liều thuốc
- L. Sai kỹ thuật dùng thuốc cho người bệnh
- M. Dùng thuốc cho người bệnh đã có tiền sử dị ứng trước đó
- N. Kê các thuốc có tương tác mức độ nguy hiểm

Câu 9. Liệt kê những nguyên nhân dẫn đến sai sót trong dùng thuốc

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Câu 10. Xác định câu đúng sai

TT	Một số giải pháp ngăn ngừa sai sót trong sử dụng thuốc	Đ	S
1	Không kê đơn điện tử		
2	Trả xét nghiệm qua mạng		
3	Đào tạo, giám sát kiểm tra trình độ năng lực cán bộ y tế		
4	Có biện pháp kỷ luật nặng với người gây ra sai sót		
5	Che giấu các sai sót đã xảy ra, tránh bị kỷ luật		
6	Xây dựng hệ thống báo cáo các sai sót trong sử dụng thuốc tại đơn vị		
7	Có biện pháp khuyến khích báo cáo các sai sót đã xảy ra		
8	Được kê đơn bằng miệng hay qua điện thoại		
9	Không sử dụng chữ viết tắt .		
10	Ghi cách sử dụng cụ thể cho mỗi loại thuốc trong		

	đơn		
11	Luôn sử dụng một số 0 trước đơn vị nhỏ hơn 1		
12	Cung cấp thông tin về các thuốc LASA cho bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ trong bệnh viện		
13	Đeo vòng đeo tay đánh dấu người bệnh có tiền sử dị ứng		
14	Không cần xây dựng các quy trình trong sử dụng thuốc		
15	Điều dưỡng chịu trách nhiệm pha thuốc tiêm truyền tĩnh mạch		

Bài 4

PHÒNG NGỪA SAI SÓT, SỰ CỐ Y KHOA TRONG PHẪU THUẬT

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm sai sót, sự cố y khoa trong phẫu thuật và mức độ ảnh hưởng của sự cố y khoa trong phẫu thuật
2. Mô tả được vai trò của nhân viên y tế trong phòng ngừa sai sót, sự cố y khoa trong phẫu thuật.
3. Thực hiện được các biện pháp phòng ngừa nhằm giảm thiểu sai sót, sự cố trong phẫu thuật
4. Áp dụng Bảng kiểm an toàn Phẫu thuật của WHO và hướng dẫn áp dụng

NỘI DUNG

I. BẢNG CHỨNG NGHIỆN CỨU

Phẫu thuật là một kỹ thuật y tế được thực hiện với mục đích để chẩn đoán bệnh, điều trị, chỉnh hình, ghép tạng, giảm đau ... được tiến hành phổ biến trong chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên trong quá trình tiến hành phẫu thuật, sai sót và sự cố có thể xảy ra. Mọi biến cố và tai biến có thể xảy ngay trước cuộc mổ bắt đầu (phản ứng thuốc mê, tê) ... cho đến thời gian về sau, thậm chí hàng năm sau khi người bệnh đã ra viện (để quên đồ trong cơ thể người bệnh), gây ảnh hưởng sức khỏe, cả về thể lực và tâm lý lâu dài. Hậu quả không chỉ làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc mổ, còn làm tăng thời gian điều trị và nằm viện, tăng chi phí điều trị, người bệnh giảm thu nhập, tăng tỷ lệ mắc và tử vong, những đau đớn mà người bệnh phải gánh chịu cũng như vấn đề kiện cáo và pháp luật.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO, mỗi năm trên toàn thế giới ước chừng có trên 230 triệu năm ca phẫu thuật được thực hiện tương đương (1 : 25 người), gấp 2 lần số trẻ được sinh ra. Biến chứng xảy ra gây nguy hiểm đến tính mạng tới 7 triệu trường hợp (khoảng 16%), trong đó gần 1 triệu trường hợp tử vong liên quan đến an toàn phẫu thuật (gần 10%) các biến chứng chết người xảy ra tại các phòng mổ lớn. Cứ 150 người bệnh nhập viện, có 1 trường hợp tử vong do sự cố y khoa và 2/3 sự cố xảy ra trong bệnh viện liên quan đến phẫu thuật. Sự cố y khoa tác động đến 1/10 bệnh nhân trên toàn thế giới.

Theo những báo cáo gần đây cho thấy tỷ lệ sự cố (Adverse events) liên quan đến phẫu thuật chủ yếu xảy ra ở các nước kém và đang phát triển chiếm khoảng 18%. Các bệnh lý cần can thiệp phẫu thuật ngày càng tăng do : bệnh lý tim mạch tăng, tăng tai nạn thương tích và nhiều người bệnh chấn thương, bệnh lý ung thư, tăng tuổi thọ... Và đương nhiên nguy cơ xảy ra sự cố hoặc sai sót y khoa liên quan hầu hết đến phẫu thuật.

Theo báo cáo của Bộ Y Tế Anh, trong suốt 4 năm qua đã có tới 762 bệnh nhân tử vong vì những lỗi sai lầm ngớ ngẩn của các bác sĩ trong quá trình phẫu thuật. Trong số đó có tới 322 người bệnh tử vong vì bác sĩ bỏ quên dụng cụ y tế trong người và 214 ca bệnh thiệt mạng vì các bác sĩ cắt nhầm các bộ phận nội tạng của bệnh nhân. Ngoài ra, 73 tai nạn khác là do các y tá nhầm lẫn đưa thức ăn vào dẫn lưu màng phổi của bệnh nhân thay vì đưa vào dạ dày và 58 trường hợp các bệnh nhân qua đời do bị cấy ghép nhầm nội tạng hoặc chân tay giả. Tiến sĩ Mile Durkin, giám đốc Trung Tâm bảo vệ sự an toàn của bệnh nhân thuộc Bộ Y Tế Anh cho biết bên cạnh những lỗi sai của các bác sĩ ở các bệnh viện gây nguy hiểm tới tính mạng của các bệnh nhân đã được thống kê, còn rất nhiều tai nạn khác chưa được các bệnh viện báo cáo chính xác. Vị giám đốc này cho biết Ban quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Anh cam kết sẽ không cho phép bất kỳ sơ xuất nào gây nguy hại tới tính mạng bệnh nhân xảy ra trong thời gian sắp tới. Ngoài ra ông còn nói thêm rằng dù chỉ là 1 lỗi sai, một tai nạn cũng đã đáng báo động đối bất kỳ bệnh viện nào.

Năm 2011, Bộ Y tế Đài Loan đã có báo cáo chấn động về 5 trường hợp bệnh nhân được ghép tạng từ một người cho chết não có nhiễm HIV. Nguyên nhân được xác định sau đó là do sai sót từ trung tâm điều phối ghép tạng đã nhầm lẫn dữ liệu của bệnh nhân chết não với một bệnh nhân khác.

Viện Y học Mỹ (Institute of Medicine) báo cáo gần đây tại Mỹ cho thấy từ 1500 đến 2500 các trường hợp phẫu thuật sai vị trí xảy ra hàng năm tại nước này. Điều tra 1050 phẫu thuật viên bàn tay thấy 21% trong số họ đã từng ít nhất 1 lần mổ sai vị trí trong sự nghiệp của mình, cũng như vậy sự cố xảy ra 1 / 4 phẫu thuật viên chính hình có trên 25 kinh nghiệm làm việc... Ước tính hàng năm tại Mỹ có gần 98,000 trường hợp tử vong và 1,000,000 trường hợp bị thương tổn do sự cố y khoa. Người ta cũng ước tính năm 2000, riêng chi phí để giải quyết sự cố y khoa cũng mất khoảng 887 triệu đô la.

Cơ quan đánh giá chất lượng bệnh viện (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) sáng lập tổ chức theo dõi WSS – Wrong Site Surgery – Phẫu thuật sai vị trí cho biết sự cố nhầm vị trí phẫu thuật chiếm tỷ xuất là 1 /27,686 bệnh nhân nhập viện, hoặc 1/112,994 trường hợp phẫu thuật.

II. PHÂN LOẠI SAI SÓT, SỰ CỐ Y KHOA LIÊN QUAN TỚI PHẪU THUẬT

Định nghĩa sự cố, sai sót y khoa liên quan tới phẫu thuật, thủ thuật.

a. Sai sót (Error): Là thất bại khi thực hiện kế hoạch được đề ra trước đó hoặc là triển khai sai kế hoạch nên không thể để đạt được mục đích. Đôi khi là đưa ra kế hoạch sai dẫn đến sai sót. Sai sót cũng có thể xảy ra khi làm ngược lại với kế hoạch. Ví dụ điều dưỡng để quên gạc khi phẫu thuật viên đóng ổ bụng và làm cho phẫu thuật viên phải mở lại bụng tìm gạc để quên.

b. Sự cố y khoa (Adverse event) : Hoặc các tai biến/biến chứng xảy ra ngoài ý muốn, hậu quả làm cho việc điều trị kéo dài, tăng tỷ lệ mắc và tử vong của người bệnh.

Nếu sự cố do nguyên nhân sai sót, hoàn toàn có thể phòng tránh được. Ví dụ trường hợp sót gạc được lấy ra và có thể tránh được áp xe trong ổ bụng. Tuy nhiên những trường hợp sau phẫu thuật bụng có biến chứng áp xe nhưng không phải do nguyên nhân sót gạc, thì khó có thể phòng tránh. Theo các chuyên gia, đến hơn 50% các trường hợp sự cố là có thể phòng tránh được.

- Những sai sót trong phần hành chính của phẫu thuật: sai bệnh nhân, sai vị trí phẫu thuật, sai về cơ quan nội tạng, quên dụng cụ phẫu thuật trong cơ thể bệnh nhân.

- Sai sót trong phẫu thuật: Phẫu thuật viên có thể cắt sai hoặc phạm các sai sót khác.

- Sai sót trong gây mê: Nhiều thuốc gây mê quá hoặc ít quá (đau hoặc tỉnh dậy trong lúc mổ).

- Các biến chứng của phẫu thuật : Chảy máu, thủng tạng, tổn thương tạng khác ...

- Nhiễm khuẩn sau phẫu thuật: Còn gọi là nhiễm khuẩn do thầy thuốc.

- Truyền sai nhóm máu.

Phân loại sự cố, sai sót theo mức độ nguy hại :

a. Sự cố, sai sót gần như sắp xảy ra

- Do điều kiện làm việc không đảm bảo

- Sự cố xảy ra nhưng không ảnh hưởng đến người bệnh do may mắn

- Sự cố xảy ra nhưng không ảnh hưởng đến người bệnh do phản ứng kịp thời của nhân viên y tế

b. Sự cố xảy ra nhưng không nguy hại đến người bệnh

- Sự cố tác động đến người bệnh nhưng không nguy hại, hoặc sai sót do sự sơ suất, ví dụ quên đưa thuốc, thuốc đưa không đúng liều cho người bệnh.

- Sự cố tác động đến người bệnh nhưng được theo dõi giám sát chặt chẽ để phòng ngừa nguy hại xảy ra.

c. Sự cố nguy hại đến người bệnh

- Người bệnh bị ảnh hưởng tạm thời, cần phải điều trị can thiệp phẫu thuật để sửa chữa

- Người bệnh bị ảnh hưởng tạm thời, cần phải kéo dài thời gian nằm viện

- Người bệnh bị ảnh hưởng gây tác hại thường xuyên

- Người bệnh bị ảnh hưởng và cần phải can thiệp điều trị để cứu tính mạng

d. Chết

- Hậu quả sự cố làm dẫn đến tử vong

III. NGUYÊN NHÂN CỦA CÁC SAI SÓT, SỰ CỐ Y KHOA LIÊN QUAN TỚI PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT

Các biến chứng xảy ra liên quan đến nhiều yếu tố như: lỗi con người, lỗi kỹ thuật, thiếu sự phối hợp đồng bộ trong quá trình thực hiện phẫu thuật nhất là nhóm gây mê và phẫu thuật viên, cũng như lỗi phương tiện sử dụng do thiếu hoặc hỏng hóc.

Các thao tác phẫu thuật thường rất phức tạp và thường vấp nhiều sai sót. Công việc hành chính trong khoa ngoại cũng có thể dẫn đến sai sót. Trong một số trường hợp, có những biến chứng và nguy cơ của phẫu thuật dù đã được dự báo trước nhưng cũng không thể tránh khỏi được.

Những nguyên nhân chính dẫn đến sai sót, sự cố được xếp theo mức độ:

- Bất cẩn/thiếu quan tâm

- Nhân viên chưa được đào tạo/thiếu kinh nghiệm

- Tuổi và sức khỏe của “ Nhóm phẫu thuật “

- Thiếu thông tin liên lạc

- Chẩn đoán sai

- Nhân viên làm việc quá sức, áp lực công việc

- Đọc toa thuốc sai hoặc sai sót trong cấp phát thuốc, bao gồm cả việc ghi chép không “ rõ ràng “ trong hồ sơ bệnh án hoặc do nhầm lẫn

- Thiếu công cụ (Bảng kiểm) để chắc chắn mọi thứ được kiểm tra kỹ lưỡng
- “ Nhóm Phẫu thuật “ chưa thực sự ăn ý và gắn kết
- Áp lực giảm thời gian phẫu thuật
- Phương pháp phẫu thuật yêu cầu các thiết bị hoặc tư thế người bệnh khác biệt
- Văn hóa tổ chức/ làm việc
- Mức độ thân thiện, an toàn của môi trường làm việc
- Chăm sóc / theo dõi tiếp tục sau phẫu thuật
- Đặc điểm người bệnh, nhất là khi người bệnh có nguy cơ như: béo phì, bất thường giải phẫu,
- Sự hiểu nhầm giữa Người bệnh – Nhóm phẫu thuật do bất đồng ngôn ngữ: khách du lịch, dân tộc thiểu số ...
- Do bản thân người bệnh gây ra: do rối loạn ý thức, thiếu sự hợp tác.

IV. MƯỜI MỤC TIÊU AN TOÀN PHẪU THUẬT THEO KHUYẾN CÁO CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI

Dựa trên kết quả áp dụng thử trên thế giới, theo ý kiến các chuyên gia, WHO đã đề ra 10 mục tiêu chính trong việc thực hiện An Toàn Phẫu Thuật – ATPT :

1. Phẫu thuật đúng bệnh nhân, đúng vùng mổ
2. Khi làm giảm đau, sử dụng các phương pháp phù hợp tránh gây tổn hại cho bệnh nhân.
3. Đánh giá và chuẩn bị đối phó hiệu quả với nguy cơ tắc đường thở và chức năng hô hấp
4. Đánh giá và chuẩn bị tốt để xử lý nguy cơ mất máu.
5. Tránh sử dụng đồ hay thuốc gây dị ứng ở những bệnh nhân biết có nguy cơ dị ứng
6. Áp dụng tối đa các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa
7. Tránh để quên dụng cụ mổ hay bông gạc trong vùng mổ
8. Kiểm tra đối chiếu kỹ bệnh phẩm phẫu thuật

9. Thông báo kết quả và trao đổi thông tin đến người tổ chức thực hiện an toàn phẫu thuật

10. Các Bệnh viện và hệ thống Y tế thành lập bộ phận có nhiệm vụ thường xuyên theo dõi số lượng và kết quả phẫu thuật.

V. NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG VỀ PHẪU THUẬT SAI VỊ TRÍ, SAI NGƯỜI BỆNH: NGUYÊN NHÂN VÀ BÀI HỌC

1. Trường hợp người bệnh bị bỏ quên dụng cụ sau mổ.



Hình : Bệnh nhân Donna và hình kẹp phẫu thuật bỏ quên trong bụng.

Nữ bệnh nhân 39 tuổi Donna được phẫu thuật cắt túi mật tại một bệnh viện ở London, Anh. Thời gian dài sau đó gia đình đều không hề nghĩ tới việc bác sĩ đã bỏ quên dụng cụ y tế trong bụng bà nên cũng không đi kiểm tra ngay khi những cơn đau bắt đầu xuất hiện. Người bệnh chịu đựng những cơn đau này trong suốt 3 tháng vì cho rằng những đau đớn là do vết mổ. Vì cơn đau càng ngày càng nhiều hơn nên Donna đã quyết định quay trở lại bệnh viện để kiểm tra. Kết quả chụp X – quang cho thấy một vật thể lạ trong bụng. Sau nhiều lần kiểm tra các bác sĩ xác định đó là một chiếc panh phẫu tích dài khoảng 18cm. Khi nhận được thông báo từ các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, cả gia đình Donna đều vô cùng bức xúc vì sai lầm nguy hiểm của các bác sĩ đã tiến hành phẫu thuật sỏi mật cho bà. Ngay sau khi phát hiện sự cố, các bác sĩ đã tiến hành phẫu thuật để đưa chiếc panh phẫu tích ra ngoài.

Hậu quả không mong muốn :

Uy tín : Bác sĩ phẫu thuật đã bị chuyển công việc.

Kinh tế : Bệnh viện cam kết bồi thường cho bà Donna toàn bộ chi phí điều trị, cũng như do ảnh hưởng đến công việc.

Sức khỏe: Vì thời gian chiếc kẹp gấp đó nằm trong cơ thể bà Donna quá lâu cùng với sự vận động của bà trong suốt thời gian sau khi phẫu thuật đã khiến cho hầu hết các cơ quan nội tạng trong bụng bà đều bị tổn thương, và sức khỏe của bệnh nhân bị ảnh hưởng nhiều.

2. Trường hợp cháu bé bị cắt nhầm Bàng quang:

Bệnh nhân Trần Anh Đ, 21 tháng tuổi. Ngày 23/10/2012 cháu được gia đình đưa đến bệnh viện thành phố Cam Ranh, Khánh Hòa khám và được bác sĩ chẩn đoán thoát vị bẹn và chỉ định phẫu thuật. Ca mổ được tiến hành ngày 25/10/2012 tuy nhiên tai sát xảy ra do bác sĩ cắt nhầm vào bàng quang. Bệnh nhân Đ phải tiếp tục chịu thêm các lần mổ tiếp theo để khắc phục sự cố tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa, sau đó tại bệnh viện Nhi Đồng 2 TP Hồ Chí Minh để mở thông bàng quang cùng năm 2012.



Hình : Bệnh nhân Trần Anh Đ. Tại BV Cam Ranh

Đến tháng 6 năm 2013, cháu được đón ra bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội để tiếp tục phẫu thuật theo chỉ đạo của Bộ Y tế, và sự hỗ trợ của Sở Y tế Khánh Hòa.

Hậu quả không mong muốn :

Uy tín: Bác sĩ phẫu thuật cho cháu bị kỷ luật cảnh cáo. Bệnh viện Cam Ranh cũng bị ảnh hưởng từ sự cố trên do báo chí nhắc đến nhiều thời gian qua.

Kinh tế: Bệnh viện Cam Ranh hỗ trợ đầu tiên là số tiết kiệm 230 triệu đồng, và một số chi phí khác trong thời gian cháu đi khám chữa bệnh, kể cả hỗ trợ tiền tàu xe ra Hà Nội.

Sức khỏe: Sức khỏe cháu Đ không được tốt do nhiều lần mổ, đã 29 tháng tuổi mới chỉ có 10kg. Bản thân bố mẹ cũng phải vất vả đi chăm sóc trong quá trình cháu nằm viện điều trị.

VI. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI

Chương trình phẫu thuật an toàn cứu sống người bệnh được tổ chức y tế thế giới – WHO xây dựng nhằm mục đích giảm số ca biến chứng và tử vong liên quan phẫu thuật trên toàn thế giới. Những nguy cơ gây trong phẫu thuật không an toàn như thiếu thông tin và sự kết nối của các thành viên trong nhóm phẫu thuật, không kiểm tra kỹ người bệnh, vùng mổ, cũng như phương tiện sử dụng trong quá trình phẫu thuật... Mặc dù là những điều khá phổ biến nhưng có thể ngăn ngừa được. Với sự giúp đỡ của các chuyên gia : phẫu thuật viên, gây mê hồi sức, điều dưỡng, và chuyên gia về an toàn người bệnh đã xác định những mục tiêu cơ bản của an toàn phẫu thuật và đưa vào Bảng kiểm và đưa vào áp dụng. Từ bảng kiểm đầu tiên do WHO đề xuất, năm 2009 chỉnh sửa là Bảng kiểm cuối cùng gồm có 16 mục cho phù hợp việc áp dụng và được đa số các chuyên gia tán thành. Chúng tôi xin được giới thiệu ở đây.

Để sử dụng bảng kiểm, bệnh viện. khu mổ cần phân công việc cụ thể cho nhân viên phụ trách việc điền thông tin bảng kiểm. Thường là điều dưỡng của khu mổ: nhân viên chạy ngoài, hoặc có thể là bất kể nhân viên nào tham gia cuộc mổ.

Bảng kiểm an toàn phẫu thuật



Patient Safety

A WHO Alliance for Safer Surgery

Tiền mê	Trước khi rạch da	Trước khi người bệnh rời phòng phẫu thuật
(ít nhất phải có điều dưỡng và bác sĩ gây mê)	(điều dưỡng, bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật)	(điều dưỡng, bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật)
Người bệnh đã xác nhận nhân dạng, vùng mổ, phương pháp và đồng ý chưa? ☐ Có	☐ Xác nhận tất cả các thành viên giới thiệu tên và nhiệm vụ ☐ Xác nhận tên người bệnh và chỗ sẽ tiến hành rạch da	Điều dưỡng chỉ lại văn bản: ☐ Tên của phương pháp ☐ Hoàn thành kiểm tra kim tiêm, gạc phẫu thuật và dụng cụ ☐ Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to nhãn bệnh phẩm, bao gồm cả tên người bệnh) ☐ Có vấn đề gì về dụng cụ cần giải quyết
Vùng mổ có được đánh dấu không? ☐ Có ☐ Không áp dụng	Kháng sinh dự phòng có được thực hiện trong vòng 60 phút gần đây không? ☐ Có ☐ Không áp dụng	
Việc kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê có hoàn tất không? ☐ Có	Dự kiến Đối với phẫu thuật viên: ☐ Những bước cơ bản hoặc đột xuất là gì? ☐ Thời gian cho ca phẫu thuật là bao lâu? ☐ Tiên lượng mất máu là bao nhiêu?	Đối với bác sĩ phẫu thuật, gây mê và điều dưỡng: ☐ Những vấn đề chính về phục hồi và xử trí người bệnh này là gì?
Máy đo ôxi mạch có gắn trên người bệnh và hoạt động bình thường không? ☐ Có	Đối với bác sĩ gây mê: ☐ Có vấn đề gì đặc biệt liên quan đến người bệnh không?	
Người bệnh có một: Tiền sử dị ứng? ☐ Không ☐ Có	Đối với nhóm điều dưỡng: ☐ Tiệt trùng đã được xác nhận chưa? (xem các chỉ số) ☐ Có vấn đề gì về thiết bị không?	
Khó thở/nguy cơ hô hấp? ☐ Không ☐ Có, có thiết bị hỗ trợ	Hiện thị hình ảnh thiết yếu không? ☐ Có ☐ Không áp dụng	
Nguy cơ mất máu trên 500ml (7ml/kg ở trẻ em)? ☐ Không ☐ Có, hai túi dịch và dụng cụ tiếp cận trung tâm/IV theo kế hoạch		

Bảng kiểm có thể chưa hoàn chỉnh. Khuyến khích thay đổi hoặc điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện tại chỗ.

Sửa 1/2009

© WHO, 2009

Trong Bảng kiểm này cụm từ “ Nhóm phẫu thuật “ được hiểu là bao gồm các bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê, điều dưỡng và kỹ thuật viên và các nhân viên khác của nhóm liên quan đến phẫu thuật. Tuy phẫu thuật viên đóng vai trò quan trọng đối với thành công cuộc mổ, xong việc chăm sóc người bệnh cần phải có sự phối hợp của toàn nhóm. Mỗi thành viên của “ Nhóm phẫu thuật “ đều có vai trò riêng trong việc đảm bảo sự an toàn và thành công của ca phẫu thuật.

Bảng kiểm được chia ra làm 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn lại tương ứng với một thời điểm cụ thể trong quy trình thao tác : Giai đoạn tiền mê – Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da – Giai đoạn trong suốt quá trình phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ.

Người phụ trách Bảng kiểm cần phải xác nhận rằng nhóm mình đã hoàn thành những phần việc trước khi chuyển sang giai đoạn khác.

Giai đoạn tiền mê:

Tất cả những bước cần được kiểm tra bằng lời với mỗi thành viên có liên quan trong “ Nhóm phẫu thuật “ để đảm bảo rằng những hành động chủ chốt được thực hiện. Do vậy trước khi gây mê người phụ trách Bảng kiểm sẽ kiểm tra lại bằng lời với bác sĩ gây mê và người bệnh (trường hợp người bệnh có thể nói được) để xác định nhận dạng, phương pháp và vùng mổ là đúng khi đó người bệnh đồng ý cho tiến hành phẫu thuật. Trường hợp người bệnh không thể xác nhận được vì nhiều lý do như : bệnh nhân mê, trẻ em ... một người giám hộ của gia đình người bệnh sẽ đứng ra chịu trách nhiệm. Tình huống cấp cứu mà không có ai giám hộ được, cả nhóm sẽ hội ý thống nhất để thực hiện bước này.

Người phụ trách “ Nhóm phẫu thuật “ điền đạt bằng lời và hình ảnh xác nhận rằng vùng mổ đã được đánh dấu (nếu phù hợp). Việc đánh dấu vết mổ do phẫu thuật viên thực hiện (thường bằng bút) nhất là trong trường hợp có liên quan đến những vị trí có ở cả hai bên (bên trái và bên phải) hoặc phối hợp nhiều lớp, tầng (ngón tay, chân, đốt sống ...). Việc đánh dấu nhất quán trong tất cả các trường hợp, nhiều khi là cơ sở để xác nhận đúng thủ thuật và đúng chỗ cần phẫu thuật.

Sau đó họ sẽ trao đổi với bác sĩ gây mê các vấn đề quan tâm: nguy cơ mất máu, khó thở, dị ứng của người bệnh, cũng như hoàn tất việc kiểm tra toàn bộ máy móc gây mê và thuốc gây mê. Lý tưởng nhất là phẫu thuật viên nên có mặt thời điểm này vì những thông tin trao đổi sẽ giúp cho bác sĩ phẫu thuật biết được diễn biến ca mổ và những nguy cơ có thể xảy ra như tiên lượng máu mất, dị ứng, các yếu tố biến chứng khác của người bệnh.

Kiểm tra thiết bị đo bão hòa oxy trong máu gắn trên người bệnh để đảm bảo thiết bị hoạt động bình thường là một khâu quan trọng, nên để chỗ dễ quan

sát thấy của cả nhóm. Việc sử dụng thiết bị đo bão hòa oxy máu được WHO đặc biệt khuyến cáo để bảo đảm an toàn gây mê. Trường hợp bệnh nhân cần phẫu thuật khẩn cấp để cứu tính mạng, nhưng thiết bị này có vấn đề thì cả nhóm cần phải thống nhất bỏ qua và có sự theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình phẫu thuật.

Ngoài các vấn đề được lưu ý như người bệnh có tiền sử dị ứng ? người bệnh có biểu hiện khó thở/nguy cơ hít khí thở ... để điều chỉnh phương pháp gây mê phù hợp, ví dụ gây mê vùng nếu có thể và chuẩn bị sẵn các thiết bị cấp cứu cần thiết. Việc gây mê chỉ có thể tiến hành khi bác sĩ gây mê xác nhận đã có đầy đủ các thiết bị và sự hỗ trợ cần thiết bên cạnh người bệnh đối với những người bệnh có nguy cơ ảnh hưởng đường thở hoặc có biểu hiện khó thở.

Việc mất máu trong quá trình phẫu thuật được dự tính trước, đặc biệt lưu ý khả năng mất trên 500ml máu (hoặc tương đương 7ml/kg ở trẻ em). Trước mổ cần được tính toán để dự trữ máu. Trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên thường xuyên trao đổi với bác sĩ gây mê và nhóm điều dưỡng để chuẩn bị đường truyền khi cần.

Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da :

Trước khi rạch da, mỗi thành viên trong nhóm sẽ giới thiệu tên tuổi và vai trò. Nếu là nhóm tham gia phẫu thuật hàng ngày thì chỉ cần xác nhận mọi người trong nhóm đã có mặt đầy đủ và xác nhận mọi người trong nhóm đều biết nhau. Lần nữa toàn nhóm cần xác nhận họ thực hiện phẫu thuật cho đúng người bệnh và xác nhận bằng lời giữa các thành viên, sau đó là những điểm chủ yếu trong các kế hoạch phẫu thuật sử dụng Bảng kiểm làm cơ sở hướng dẫn.

Mọi người cùng xác nhận việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút trước mổ. Nếu kháng sinh dự phòng chưa được dùng, cần cho ngay trước khi rạch da. Trường hợp đã cho người bệnh sử dụng kháng sinh quá 60 phút “ Nhóm phẫu thuật “ có thể cân nhắc để bổ xung nếu cần. Trường hợp kháng sinh dự phòng được cho là không phù hợp (không rạch da, người bệnh đã bị nhiễm khuẩn trước đó và đã dùng kháng sinh rồi) thì sẽ đánh dấu vào ô “ không áp dụng “ với sự xác nhận của cả nhóm.

Tiếp theo đó, cả nhóm cần liên tục trao đổi các thông tin như: Tiên lượng các biến cố, những bước chính và dự tính có xảy ra việc gì bất thường trong mổ ? Thời gian phẫu thuật dự kiến ? Những lo ngại về phía phẫu thuật viên, về phía bác sĩ gây mê ...

Điều dưỡng kiểm tra lại tình trạng vô trùng của vùng mổ người bệnh, cũng như các dụng cụ, thiết bị trước khi tiến hành rạch da: máy hút, dao mổ điện, đèn mổ nội soi ...

Hình ảnh hiển thị tại phòng mổ là việc cần thiết đảm bảo cho việc lên kế hoạch mổ như đường mổ, cách thức phẫu thuật ..Hiện thị hình ảnh cần được đảm bảo cả trong suốt quá trình phẫu thuật.

Giai đoạn trong suốt quá trình phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ:

Trước khi rời phòng mổ, cả nhóm đánh giá lại cuộc mổ, hoàn thành việc kiểm tra thiết bị sử dụng cho cuộc mổ, gạc phẫu thuật và dán mác bệnh phẩm phẫu thuật. Do trong quá trình phẫu thuật có thể thay đổi hoặc mở rộng tùy theo tình trạng tổn thương nên người phụ trách Bảng kiểm cần xác nhận với “ Nhóm phẫu thuật “ xem chính xác là phẫu thuật/thủ thuật gì đã được thực hiện. Câu hỏi thường đặt ra như “ Chúng ta vừa tiến hành thủ thuật/phẫu thuật gì ?? “ hoặc xác nhận “ Chúng ta vừa tiến hành thủ thuật X có đúng không ??”

Một bước không kém phần quan trọng là dán nhãn bệnh phẩm hoặc đọc to nhãn bệnh phẩm bao gồm cả tên người bệnh. Do việc dán nhãn không đúng bệnh phẩm là nguy cơ tiềm ẩn đối với người bệnh, thậm chí mất bệnh phẩm sẽ dẫn đến những sai sót hoặc khó khăn trong việc điều trị người bệnh về sau nên việc dán nhãn cần được lưu ý. Người phụ trách cần xác nhận việc dán nhãn bệnh phẩm thu được trong quá trình phẫu thuật là đúng bằng cách đọc to tên người bệnh, mô tả bệnh phẩm và ghi thông tin người bệnh lên trên.

Nhóm phẫu thuật cũng cần đánh giá lại hoạt động của trang thiết bị, những hỏng hóc xảy ra nếu có hoặc những vấn đề liên quan cần giải quyết.

Cuối cùng cả nhóm sẽ trao đổi kế hoạch chính và những vấn đề liên quan tới xử lý hậu phẫu và phục hồi của người bệnh trước khi chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ.

Trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt các phẫu thuật phức tạp, nhiều chuyên khoa ... việc cử người phụ trách Bảng kiểm để giám sát mọi thành viên, tránh bỏ sót trong tất cả mọi Giai đoạn. Chừng nào mà các thành viên của “ Nhóm phẫu thuật “ còn phải làm quen với những khâu liên quan, người phụ trách Bảng kiểm sẽ tiếp tục hướng dẫn cả “ Nhóm phẫu thuật “ thông qua quy trình bảng kiểm này.

Do người phụ trách Bảng kiểm có quyền dừng không cho tiến hành các bước tiếp theo nếu các bước trước đó chưa được hoàn thành, đảm bảo cho cuộc mổ an toàn nên họ có thể gặp xung đột với một vài các thành viên khác của nhóm. Vì vậy việc lựa chọn người phụ trách Bảng kiểm cần phù hợp: có trách nhiệm và cả có tiếng nói đối với mọi người

VII. GIẢI PHÁP BẢO ĐẢM AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TRONG PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT

1. Giải pháp chung phòng ngừa sự cố y khoa trong phẫu thuật:

Để việc thực hiện phẫu thuật thành công, giảm thiểu nguy cơ biến chứng và sự cố, mọi nhân viên y tế liên quan đến chăm sóc người bệnh cần phải nắm rõ thông tin của người bệnh, hiểu rõ về chức năng sinh lý của người bệnh cũng như loại bệnh họ mắc phải, phương thức phẫu thuật, vấn đề tâm lý, thông tin thành công của ca phẫu thuật và sự phục hồi của người bệnh.

Bên cạnh đó, cần chuẩn bị kỹ lưỡng trước mỗi ca phẫu thuật từ nhỏ đến lớn, từ đơn giản đến phức tạp: thuốc, máu, dịch truyền, các phương tiện cần thiết ... để đảm bảo ung ứng tốt nhất cho cuộc mổ thành công, cũng như các biến chứng xảy ra sau này.

Một trong những yếu tố quan trọng để thực hiện phẫu thuật an toàn là sự gắn kết nhóm phẫu thuật (phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng và nhóm phụ giúp) và thông tin đầy đủ về người bệnh cũng như phương pháp phẫu thuật sẽ được tiến hành.

Yếu tố con người đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa trong phẫu thuật, gồm nhiều yếu tố như trình độ chuyên môn, tuổi tác và sức khỏe, phân công công việc hợp lý, đặc biệt là được cảnh báo về sự cố và những biện pháp phòng ngừa. Bệnh viện có thể đưa ra chính sách như khen thưởng, động viên kịp thời những trường hợp tránh được sự cố và sai sót, phát hiện và xử trí sự cố kịp thời, cứu được người bệnh ...

Các bệnh viện, cơ sở y tế nên tổ chức các khóa học hoặc tọa đàm chủ đề sai sót, sự cố y khoa để nhắc nhở nhân viên y tế thường xuyên. Một ví dụ là Trung tâm phẫu thuật và ung thư thuộc trường Đại học Hoàng gia London đã tiến hành chương trình tập huấn về an toàn phẫu thuật cho gần 50 nhân viên y tế. Kiến thức về an toàn phẫu thuật đã tăng từ 55% (test trước khóa học) lên 68% (test sau khóa học). Tất cả đều hiểu và tự tin về việc đánh giá an toàn người bệnh tại phòng mổ.

Cải thiện điều kiện làm việc cũng là một yếu tố quan trọng phòng ngừa sự cố như cung cấp đầy đủ phương tiện làm việc, giảm tải công việc, nhân viên y tế được chế độ phụ cấp và nghỉ ngơi để có thể lấy lại sức khỏe đáp ứng công việc.

Có hệ thống báo cáo sự cố thường xuyên, kịp thời để mọi người được biết và cảnh báo về việc này trong công việc hàng ngày.

2. Áp dụng Bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

Tổ chức Y tế Thế giới đã cố gắng nỗ lực để làm giảm bớt các nguy cơ dẫn đến việc phẫu thuật không an toàn như xây dựng chương trình an toàn người bệnh, bao gồm an toàn phẫu thuật, áp dụng bảng kiểm - check list trong phòng

phẫu thuật ... Mục đích của chương trình này tạo nên sự phối hợp , chia sẻ thông tin cũng như việc chuẩn bị tốt người bệnh giữa các nhóm chăm sóc và phẫu thuật , gây mê liên quan quá trình tiến hành phẫu thuật từ phòng bệnh đến phòng bệnh (room to room) có nghĩa là người bệnh được an toàn từ lúc rời khỏi phòng bệnh cho đến khi trở lại phòng bệnh. Bảng kiểm đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới và cho thấy hiệu quả rõ rệt. Được sự giúp đỡ của WHO, Việt nam đã tiến hành áp dụng thử bảng kiểm bước đầu tại một số cơ sở ngoại khoa lớn năm 2011 và cho kết quả rất khả quan.

Bảng kiểm ATPT đã được áp dụng trên thế giới và cho kết quả khả quan qua nhiều số liệu và các báo cáo liên quan.

Theo báo cáo của WHO nghiên cứu thử nghiệm ở 8 Bệnh viện trên toàn cầu: 7688 Bn (3733 trước và 3955 sau thực hiện Checklist) từ 10-2007 đến 9-20080. Biến chứng lớn giảm từ 11% đến 7% (giảm36%), tỷ lệ tử vong nội trú giảm từ 1,5% đến 0,8% (giảm gần 50%).

Một nghiên cứu khác về việc áp dụng Checklist An toàn phẫu thuật tại 6 Bệnh viện ở Hà lan (Netherland) qua 3760 trường hợp trước và 3820 sau áp dụng Checklist An toàn phẫu thuật: Biến chứng giảm từ 27,3% đến 16,7%, tử vong tại Bệnh viện giảm từ 1,5% đến 0,8%. Trong khi đó không thay đổi kết quả ở 5 Bệnh viện kiểm chứng.

Theo một nghiên cứu của Armndo C.Crriostomo, tại Philippines ở 40 Bệnh viện / 102 phòng mổ giai đoạn 2/ 2009 – 12/2009 qua 44.359 phẫu thuật : Tỷ lệ sử dụng Checklist = từ 24 đến 100%, tỷ lệ biến chứng = 0,38 – 2,3%. Tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn ở những bệnh viện có tỷ lệ sử dụng Checklist thấp.

Khoa phẫu thuật, bệnh viện Johns Hopkins, Baltimore Mỹ năm 2011 triển khai an toàn phẫu thuật toàn diện, theo dõi thời gian 12 tháng đã thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giảm từ 27,3% xuống còn 18,2% sau khi tiến hành các biện pháp can thiệp.

Theo Eefje N de Vries, việc sử dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật đã giúp giảm tỷ lệ biến chứng từ 11% xuống còn 7%. Tuy nhiên nhiều các báo cáo cho thấy hầu hết các biến cố (từ 53 đến 70%) lại xảy ra ngoài phòng mổ, vậy việc áp dụng bảng kiểm và thực hiện an toàn phẫu thuật cần phải tiến hành nghiêm túc ngoài phòng mổ chứ không chỉ ở phòng mổ và trong cuộc mổ. Nghiên cứu được tiến hành tại 5 bệnh viện, cho thấy tỷ lệ tử vong giảm được 0.1% (từ 1.2% xuống 1.1%) sau khi thực hiện áp dụng bảng kiểm.

Bệnh viện HN Việt Đức, một trung tâm lớn về ngoại khoa của cả nước, cùng với một số các bệnh viện đã tiến hành áp dụng thử Bảng kiểm ATPT trong năm 2010 theo khuyến cáo của WHO cho kết quả tốt. Đánh giá chung là Bảng

kiểm phù hợp, đơn giản và dễ thực hiện, tạo điều kiện kiểm soát phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên có thể chỉnh sửa một số thông tin để có thể áp dụng ở tất cả các bệnh viện.

Triển khai an toàn trong phẫu thuật là một chương trình mà Bộ Y tế đã đề ra (Thông tư số 19/2013/TT-BYT về triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế). Do vậy mọi nhân viên y tế tại các cơ sở y tế chăm sóc người bệnh cần biết và thực hiện nghiêm túc.

Trên cơ sở pháp lý này cũng như hiệu quả của áp dụng Bảng kiểm trên thế giới, việc triển khai áp dụng Bảng kiểm ATPT được coi như một trong những biện pháp hữu hiệu nhằm giảm thiểu sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật trong điều kiện của Việt nam hiện nay.

VIII. KẾT LUẬN

Sai sót y khoa, đặc biệt là các sai sót và sự cố liên quan đến phẫu thuật gây thiệt hại cho người bệnh, gây lãng phí, tốn kém không cần thiết, làm giảm chất lượng điều trị, làm mất uy tín của bệnh viện.

Tình trạng công việc căng thẳng liên tục ở các cơ sở y tế khiến nhân viên rất mau mệt mỏi và dễ phạm phải những sai sót y khoa.

Cần nhận rõ những nguy cơ và những rủi ro tiềm tàng để có biện pháp phòng tránh tích cực.

Cần có bộ phận quản lý rủi ro trong mỗi cơ sở y tế để giới hạn đến mức thấp nhất các sai sót trong thực hành y khoa.

Các nhân viên y tế cần được giáo dục thường xuyên về tác hại của các sai sót y khoa và cách thức, qui trình cần tuân thủ nghiêm ngặt để phòng tránh sai sót.

Bảng kiểm ATPT được coi là công cụ hiệu quả áp dụng để ngăn ngừa sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật trong điều kiện Việt nam hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hull L, Arora S, Amaya AC, Wheelock A, Gaitan –Duarte H, Vincent C et al.** Building global capacity for patient safety: a training program for surgical safety research in developing and transitional countries. *Int J Surg.*2012;10 (9) : 493-9.
2. **Wick EC, Hobson DB, Bennett JL, Demski, Maragakis L, Gearhart SL, Efron J, Berenholtz SM, Makary MA.** Implementation of a surgical comprehensive unit-based safety program to reduce surgical site infections. *J Am Coll Surg.*2012 Aug;215(2):193-200.
3. **Mendelsohn D; Bernstein M.** Patient Safety in Surgery. *Israel Journal of Emergency Medicine.*Vol.9,No.2 July 2009.
4. Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ Y tế về “**Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện** “
5. **World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition).** World Health Organization.
6. **Eefje N. De Vries; Hubert A. Prins ; Rogier M.P.H Crolla; Adriaan J.Den Outer; George van Andel et al.** Effect of a Comprehensive Surgical Safety on Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010;363:1928-1937.
7. Implementation Guidelines “ Safe Surgery Through Better Communication” Quality in Medical Care Section. Medical Development Division. Ministry of Health Malaysia. Nov. 2009.
8. **Deborah F. Molloy; Ronda G. Hughes.** Chapter 36 Wrong-Site Surgery : A Preventable Medical Error. WHO guidelines on Patient Safety.
9. **Catherine J.Chamberlain, Leonidas G.Koniaris, Albert W.Wu, Timothy M.Pawlike.** Disclosure of “ Nonharmful “ medical errors and other events. *Arch Surg.*2012; 147(3):282-286
10. **Gawanda AA.** An Apgar score for surgery. *Journal of the American College of Surgeon*, 2007;204: 201-8
11. Surgical Safety Checklist. Revised 1/2009 – WHO,2009
12. **Bộ Y tế.** Tài liệu đào tạo an toàn người bệnh
13. **WHO.** Patient Safety Curriculum Guideline, Multi-professional Edition, 2011.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

A. Lựa chọn đáp án đúng nhất:

Câu 1. Định nghĩa về sai sót trong y khoa:

A. Là thất bại khi thực hiện kế hoạch không được đề ra trước đó hoặc là triển khai sai kế hoạch nên không thể để đạt được mục đích.

B. Là thất bại khi thực hiện kế hoạch được đề ra trước đó hoặc là triển khai sai kế hoạch nên không thể để đạt được mục đích.

C. Là thất bại khi thực hiện kế hoạch được đề ra trước đó mặc dù là triển khai đúng kế hoạch nên không thể để đạt được mục đích.

Câu 2. Trong các ví dụ dưới đây, ví dụ nào được coi là sự cố y khoa:

A. Người bệnh tử vong do bệnh quá nặng dù đã được điều trị và chăm sóc tận tình.

B. Phẫu thuật viên không kiểm tra lại người bệnh trước khi phẫu thuật dẫn đến phẫu thuật sai vị trí.

C. Người bệnh viêm phổi do cao tuổi và do thở máy lâu ngày.

Câu 3. Phân loại sự cố, sai sót theo mức độ nguy hại có bao nhiêu mức?

A. 1

B. 2

C. 3

D. 4

B. Điền vào chỗ trống:

Câu 4. Những sai sót trong phầnA.....: sai bệnh nhân, sai vị tríB....., sai về cơ quan nội tạng, quên dụng cụ phẫu thuật trong cơ thể bệnh nhân.

A.....

B.....

Câu 5. Sai sót trongA.....: Nhiều quá hoặc ít quá.....B.....(đau hoặc tỉnh dậy trong lúc mổ).

A.....

B.....

Câu 6. Những nguyên nhân chính dẫn đến sai sót

A. Bất cẩn/.....

B. Thiếu

C. Chẩn đoán.....

C. Câu hỏi đúng sai:

Mục tiêu chính trong việc thực hiện An Toàn Phẫu Thuật:

STT	Nội dung	Đ	S
1.	Phẫu thuật đúng bệnh nhân, đúng vùng mổ		
2.	Khi làm giảm đau, sử dụng các phương pháp phù hợp và thuận tiện cho người thực hiện.		
3.	Đánh giá và chuẩn bị đối phó hiệu quả với nguy cơ tắc đường thở và chức năng hô hấp		
4.	Đánh giá và chuẩn bị tốt để xử lý nguy cơ mất máu		
5.	Không cần tìm hiểu các loại thuốc gây dị ứng ở những bệnh nhân biết có nguy cơ dị ứng		
6.	Áp dụng tương đối các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa		
7.	Tránh để quên dụng cụ mổ hay bông gạc trong vùng mổ		
8.	Kiểm tra đối chiếu kỹ bệnh phẩm phẫu thuật		
9.	Chỉ cần thông báo kết quả đến người tổ chức thực hiện an toàn phẫu thuật		
10.	Các Bệnh viện và hệ thống Y tế thành lập bộ phận có nhiệm vụ thường xuyên theo dõi số lượng và kết quả phẫu thuật.		

BÀI 5

TỔNG QUAN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG CÁC CƠ SỞ Y TẾ VÀ GIẢI PHÁP

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế
2. Phân tích được thực trạng nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế
3. Trình bày được nguyên nhân nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế
4. Trình bày được các giải pháp Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn

NỘI DUNG

I. SỰ CẦN THIẾT

Bản chất các bệnh truyền nhiễm là có khả năng lây nhiễm rất cao, duy trì sự tồn tại và tái xuất hiện qua từng thời kỳ. Hiện nay, sự xuất hiện của các tác nhân gây bệnh nguy hiểm như HIV, HBV, HCV; các dịch bệnh do vi rút SARS, Cúm AH5N1, H1N1, H7N9; và các vi sinh vật đa kháng làm cho trọng tâm của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn có nhiều thay đổi. Trước đây, chủ yếu tập trung vào người bệnh và đặc biệt là người bệnh có phẫu thuật, nay công tác phòng ngừa nhiễm khuẩn phải tập trung cho cả người bệnh và cán bộ y tế, không chỉ có phẫu thuật mà tất cả người bệnh có các can thiệp thủ thuật xâm lấn¹.

Các thuật ngữ dùng để mô tả tình trạng nhiễm khuẩn cũng có thay đổi từ “Nhiễm khuẩn bệnh viện - Nosocomial infection hoặc Hospital Infection” sang “Nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện - Hospital Acquired Infection” và nay thuật ngữ hay được các nhà nghiên cứu y học sử dụng là “Nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế - Health Care Associated Infection-HCAI”.

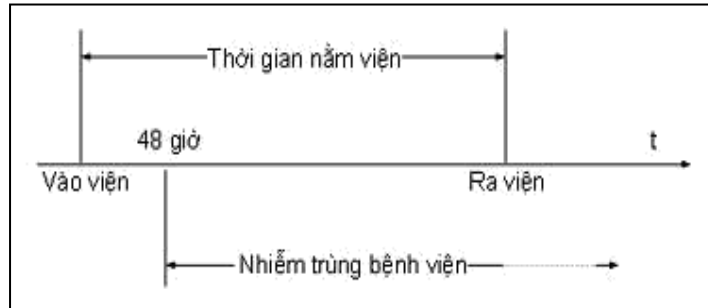
Nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế đang làm hàng triệu người bệnh trên Thế giới bị ảnh hưởng hàng năm và là nguyên nhân hàng đầu làm ảnh hưởng tới sự an toàn của người bệnh và chất lượng dịch vụ y tế. Vì vậy, công tác Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn luôn là thách thức đối với hệ thống y tế toàn Thế giới và là một trong những ưu tiên hàng đầu trong Chương trình bảo đảm an toàn người bệnh.

II. DỊCH TỄ HỌC NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

2.1. Định nghĩa

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), NKBV được định nghĩa là “ *Nhiễm khuẩn người bệnh mắc phải trong thời gian điều trị tại bệnh viện và nhiễm khuẩn đó không phải là lý do nhập viện và/hoặc nhiễm khuẩn xảy ra với người bệnh trong bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác mà nhiễm khuẩn này không hiện diện hoặc không trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện* ”⁶.

Nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện” (xem sơ đồ 1).



Sơ đồ 1:

Thời gian xuất hiện NKBV

Để chẩn đoán NKBV người ta dựa vào định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán cho từng vị trí NKBV như: Nhiễm khuẩn vết mổ, Viêm phổi bệnh viện, Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến dụng cụ đặt trong lòng mạch, Nhiễm khuẩn đường tiết niệu v.v.. Các định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán này được sử dụng để giám sát NKBV trên toàn cầu.

Nhiễm khuẩn liên quan đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) không chỉ là chỉ số chất lượng chuyên môn, mà còn là chỉ số an toàn của người bệnh, chỉ số đánh giá sự tuân thủ về thực hành của nhân viên y tế (NVYT), chỉ số đánh giá hiệu lực của công tác quản lý và là một chỉ số rất nhạy cảm đối với người bệnh và xã hội.

2.2. Tần suất nhiễm khuẩn bệnh viện

Các nghiên cứu quy mô vùng, quốc gia và liên quốc gia của các nước và Tổ chức Y tế Thế giới ghi nhận tỷ lệ NKBV từ 3,5% đến 10% người bệnh nhập viện. Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ NKBV từ 5-15% và tỷ lệ NKBV tại các khoa hồi sức cấp cứu từ 9-37%^{6,7}. Tại Anh quốc: có >100.000 người bệnh NKBV/năm làm tăng 25 triệu ngày điều trị tại bệnh viện^{6,7}. Tại Mỹ: tỷ lệ NKBV chung 4,5% người bệnh nhập viện (2002), có gần 100.000 người bệnh tử vong liên quan tới NKBV^{6,7}. Ngày điều trị trung bình cho một người bệnh nhiễm khuẩn liên quan tới

chăm sóc y tế lên tới 17,5 ngày và chi phí hàng năm để giải quyết hậu quả NKBV lên tới 6,5 tỷ US (2004)^{6,7} ..

Tình hình NKBV tại Việt Nam chưa được xác định đầy đủ do có ít tài liệu và giám sát về NKBV được công bố. Đến nay đã có ba cuộc điều tra cắt ngang (point prevalence) mang tính khu vực do Vụ Điều trị Bộ Y tế (nay là Cục Quản lý khám, chữa bệnh) đã được thực hiện. Ngoài ra, các số liệu điều tra tỷ lệ NKBV hiện mắc của các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh đều ghi nhận tỷ lệ NKBV chung từ 4,2-8,1%^{1, 2, 3, 4, 5}. Xem bảng 1 dưới đây:

Bảng 1. Tỷ lệ NKBV hiện mắc tại một số bệnh viện Việt Nam.

Năm	Các nghiên cứu	Tỷ lệ NKBV
2000	Sở Y tế TpHCM giám sát NKBV tại 4 BV	8,1
2001	Bộ Y tế. Nhiễm khuẩn bệnh viện tại 11 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế.	6,8
2005	Bộ Y tế. Nhiễm khuẩn bệnh viện tại 19 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế. (n=11000 NB)	5,8
2005	Nguyễn Thanh Hà. Nhiễm khuẩn bệnh viện tại 6 BV Phía Nam (n=2671)	5,6
2005	Nguyễn Việt Hùng. Tình hình NKBV tại 36 bệnh viện Phía Bắc (2TW, 17 tỉnh, 17 huyện); n=7541 NB	7,8
2011	BVĐK Hòa Bình. NKBV Trên bệnh nhân sơ sinh (n=322)	6,5
2012	BVĐK Bình Định. Điều tra NKBV (n=763)	5,9
2012	BVĐK Hà Tĩnh. Điều tra NKBV (n=353)	4,2
2013	Bệnh viện Xanh Pôn Hà nội. Thực trạng NKBV tại các khoa lâm sàng 2013 (n=414)	8,4

2.3. Các Nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp

Viêm phổi bệnh viện (VPBV): Theo các nghiên cứu ở các nước đã phát triển, VPBV chiếm 15% trong tổng số các loại NKBV, chiếm tới 27% trong các NKBV ở khoa HSTC (CDC 2003). Trong số các VPBV, loại VPBV liên quan đến thở máy (xuất hiện sau khi thở máy ≥ 48 giờ) chiếm tỉ lệ 90%. VPBV làm kéo dài thời gian nằm viện khoảng 6,1 ngày làm tốn thêm chi phí khoảng 10.000 USD đến

40.000 USD cho một trường hợp. Tỷ lệ NKBV do viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các NKBV khác: 55.4% trong tổng số các NKBV (Bộ Y tế, 2005). Theo các nghiên cứu ở các bệnh viện trong toàn quốc, tỉ lệ VPBV trên các bệnh nhân thở máy từ 17,4%-39,4%⁵

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM): tại các bệnh viện Việt Nam, một số điều tra NKVM gần đây ghi nhận tỷ lệ NKVM từ 3,2-12,6%. Chi tiết xem bảng 2 dưới đây:

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Năm	Nghiên cứu	Tỷ lệ nhiễm khuẩn
2002	BV Thanh Nhàn. Giám sát NKVM (n=626)	4,0
2004	BV Việt Đức. NKVM chung (n=807NB)	3,2
2008	BVTW Huế giám sát NKVM (n= 1000 NB)	4,3
2010	BV Xanh Pôn. Tình hình NKVM tại khoa phẫu thuật tạo hình (n=241)	5,8
2010	Bệnh viện tim hà Nội. Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân phẫu thuật tim (n=1289)	12,6
2011	BVĐK Đà Nẵng. Tình hình NKVM (n=2250)*	5,2
2012	BVĐK Bình Định. Đánh giá NKVM (n=622)	8,4

Nhiễm khuẩn vết mổ để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh do kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị. Tại Hoa Kỳ, số ngày nằm viện gia tăng trung bình do NKVM là 7,4 ngày, chi phí phát sinh do NKVM hàng năm khoảng 130 triệu USD. Một vài nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy NKVM làm tăng gấp 2 lần thời gian nằm viện và chi phí điều trị trực tiếp.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: Nhiễm khuẩn bệnh viện đường tiết niệu đứng hàng thứ hai hoặc ba tùy theo nghiên cứu, tỷ lệ mắc cao ở những người già, người có đặt thông tiểu. Có tới 80% trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến đặt dẫn lưu bàng quang và tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu nặng rất cao trong một số trường hợp như thay thận, nữ giới, đái đường và suy thận. Nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện thường do trực khuẩn Gram âm, trong đó hay gặp nhất là

Escherichia coli, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp và *P.aeruginosa*; ngoài ra còn có thể gặp *Enterococci* và *Enterobacter* spp. Nấm *Candida* cũng được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở khoa HSTC.

Nhiễm khuẩn huyết (NKH): Nhiễm khuẩn huyết đứng hàng thứ 3 trong các NKBV thường gặp trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB). Nghiên cứu tại các khoa HSTC của Mỹ cho thấy tần suất của NKH là 5,5 ca/1000 ngày điều trị tại khoa HSTC người lớn và 7,7/1000 ngày mang catheter. Theo giám sát quốc gia ở Mỹ có xấp xỉ khoảng 80.000 NKH có liên quan tới đặt catheter trên tổng số 250.000 ca NKH xảy ra hàng năm và là nguyên nhân gây ra 2.400 - 20.000 ca tử vong/năm. Chi phí trung bình cho 1 ca có NKH là từ 34.508 USD - 56.000 USD và tổng chi phí có thể lên tới 296 triệu - 2,3 tỷ USD/ năm. Tại Việt Nam, nghiên cứu NKH ở khoa HSTC sơ sinh trên bệnh nhân có đặt catheter cho thấy tần suất là 7,5 ca/ 1000 ngày điều trị. Chi phí ở những trẻ có NKH cao hơn nhiều so với trẻ không có NKH, ngày điều trị kéo dài thêm 8 ngày. Tần suất tại khoa HSTC nhi chung là 9,6/ 1000 trẻ nhập khoa HSTC.

Nhiễm khuẩn vết bỏng: Người bệnh bỏng, bề mặt da bị tổn thương, sự kết hợp giữa tình trạng bệnh và sử dụng dụng cụ xâm lấn trong quá trình điều trị là điều kiện thuận lợi cho NKBV, tụ cầu vàng và *Pseudomonas* là vi khuẩn kháng thuốc thường phân lập được trong tổn thương nhiễm trùng bỏng. Mặt khác, vết bỏng sâu, mô hoại tử là môi trường thuận lợi cho VSV xâm nhập, phát triển và dễ gây nhiễm khuẩn huyết. Các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm mủ nhiễm trùng bỏng qua nhiều công trình nghiên cứu cho thấy thường gặp là *Pseudomonas* spp, *Staphylococcus aureus* và *Klebsiella* spp.

Các nhiễm khuẩn khác: Ngoài một số loại NKBV thường gặp nói trên còn nhiều loại nhiễm khuẩn khác trong bệnh viện như: nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn dạ dày - ruột, viêm xoang, nhiễm khuẩn mắt và kết mạc, viêm nội mạc tử cung ...

2.4. Các tác nhân vi sinh vật

Vai trò gây bệnh của vi khuẩn:

Vi khuẩn gây NKBV có thể từ hai nguồn gốc khác nhau. *Vi khuẩn nội sinh*, thường cư trú ở lông, tuyến mồ hôi, tuyến chất nhờn. Bình thường trên da có khoảng 13 loài vi khuẩn ái khí được phân bố khắp cơ thể và có vai trò ngăn cản sự xâm nhập của VSV gây bệnh. Một số vi khuẩn nội sinh có thể trở thành căn nguyên nhiễm khuẩn khi khả năng bảo vệ tự nhiên của vật chủ bị tổn thương. *Vi khuẩn ngoại sinh*, là vi khuẩn có nguồn gốc ngoại lai, có thể từ dụng cụ y tế, nhân viên y tế, không khí, nước hoặc lây nhiễm chéo giữa các bệnh nhân.

Vi khuẩn Gram dương: chủ yếu là cầu khuẩn. Tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) đóng vai trò quan trọng đối với NKBV từ cả hai nguồn nội sinh và ngoại sinh. Tụ cầu vàng có thể gây nên nhiễm khuẩn ở phổi, xương, tim, nhiễm khuẩn huyết và đóng vai trò quan trọng trong NKBV có liên quan đến truyền dịch, ống thở, nhiễm khuẩn vết bỏng và nhiễm khuẩn vết mổ. Vi khuẩn *Staphylococcus saprophyticus* thường là căn nguyên gây nhiễm khuẩn tiết niệu tiên phát, là loài gây nhiễm khuẩn có tỷ lệ cao thứ hai (sau tụ cầu vàng) ở người bệnh nhiễm khuẩn vết bỏng. Liên cầu beta tán huyết (beta- hemolytic) đóng vai trò quan trọng trong các biến chứng viêm màng cơ tim và khớp.

Vi khuẩn Gram âm, trong đó các trực khuẩn Gram (-) thường có liên quan nhiều đến NKBV và phổ biến trên người bệnh nhiễm khuẩn phổi tại khoa điều trị tích cực. Họ vi khuẩn đường ruột (*Enterobacteriaceae*) thường cư trú trên đường tiêu hoá của người và động vật, đang là mối quan tâm lớn trong NKBV do có khả năng kháng cao với các nhóm kháng sinh amiglycoside, β -lactamase và có khả năng truyền tính kháng qua plasmid. *Acinetobacter* spp, trong đó đáng quan tâm nhất là loài *A.baumannii*, thường gặp trong không khí bệnh viện, nước máy, ống thông niệu đạo, máy trợ hô hấp. Ngoài ra còn thấy vi khuẩn này trong đờm, nước tiểu, phân, dịch nhầy âm đạo. Ngày nay NKBV do *Acinetobacter* spp đang có chiều hướng gia tăng rõ rệt. Vi khuẩn thuộc giống *Klebsiella* spp thường xuyên là nguyên nhân NKBV và vi khuẩn này có khả năng lan nhanh tạo thành các vụ dịch tại bệnh viện. Loài *Klebsiella pneumoniae*, thường có vai trò quan trọng trong nhiễm khuẩn tiết niệu, phổi, nhiễm khuẩn huyết và mô mềm. Nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế đã khẳng định, vi khuẩn *Escherichia coli* gây nhiễm khuẩn chủ yếu trên đường tiết niệu, sinh dục của phụ nữ và nhiễm khuẩn vết mổ.

Trực khuẩn mũ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*), là vi khuẩn Gram (-), ưa khí thuộc họ *Pseudomonadaceae*. Người bệnh nhiễm khuẩn được phát hiện thấy trực khuẩn mũ xanh ở phổi, mặt trong bàng quang, bể thận, buồng tử cung, thành ống dẫn lưu và bề mặt kim loại máy tạo nhịp tim. Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh bỏng chủ yếu là trực khuẩn mũ xanh và tụ cầu vàng, trong đó trực khuẩn mũ xanh đã kháng hầu hết các kháng sinh thông thường.

Nhiều nghiên cứu trong nước và nước ngoài đều chứng minh trực khuẩn Gram âm là căn nguyên hàng đầu gây nhiễm khuẩn cơ hội và các loài thường gặp là *P.aeruginosa*, *Acinetobacter* spp, *E.coli*, *Klebsiella* spp và *Enterobacter* spp. Điều tra NKBV và các yếu tố liên quan tại 19 bệnh viện, Phạm Đức Mục và cộng sự (2005) cho thấy các tác nhân nhiễm khuẩn chính là *P.aeruginosa* (24%), sau đó là *K.pneumoniae* (20%) và *A.baumannii* (16%). Trương Anh Thư (2008), nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai báo cáo nhiễm khuẩn do *P.aeruginosa* cao nhất (28,6%), sau đó là *A.baumannii* (23,8%), *K.pneumoniae* (19%) và nấm candida spp (14,3%). Nguyễn Văn Hòa (2008), tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô, tỷ lệ phân

lập được *P.aeruginosa* là cao nhất (22,3%) và đóng vai trò chính trong nhiễm khuẩn đường hô hấp và đường tiết niệu.

Vai trò gây bệnh của vi rút:

Một số vi rút có thể lây NKBV như vi rút viêm gan B (HBV), vi rút viêm gan C (HCV) (lây qua đường máu như lọc máu, tiêm truyền, nội soi), các vi rút hợp bào đường hô hấp, SARS và vi rút đường ruột (Enteroviruses) truyền qua tiếp xúc từ tay-miệng và theo đường phân-miệng. Các vi rút khác cũng lây truyền trong bệnh viện như *Cytomegalovirus*, *HIV*, *Ebola*, *Influenza*, *Herpes* và *Varicella-Zoster*.

Nhiều nghiên cứu cho thấy HBV, HIV, cúm A đóng vai trò lây nhiễm quan trọng trong môi trường bệnh viện. Viêm gan B có thể lây nhiễm giữa các người bệnh làm sinh thiết nội tĩnh mạch trong cùng một ngày và cùng một phòng. Người bệnh ghép tạng là đối tượng có nguy cơ lây nhiễm cao. Những người bệnh có HBsAg-, kháng HBe-, kháng HBe+ và HBV DNA+ được coi là người lành mang HBV và dễ có nguy cơ bùng phát vi rút viêm gan B sau khi ghép tim. Ngoài ra nhiễm vi rút một cách ngẫu nhiên do dung dịch heparin có lẫn máu từ người bệnh mang HCV tiềm ẩn chưa xác định cũng có thể là nguồn lây nhiễm viêm gan C trong bệnh viện.

Bên cạnh vi rút viêm gan, các nhà khoa học Pháp đã cho thấy 25% người bệnh hồi sức cấp cứu bị nhiễm một loại vi rút gây bệnh đường hô hấp trên có liên quan đến quạt thông gió. Vi rút Herpes type-1 cũng được phát hiện thấy trên bệnh phẩm của người bệnh thở máy với tỷ lệ khá cao (31%).

Vai trò gây bệnh của ký sinh trùng và nấm

Một số ký sinh trùng (*Giardia lamblia*) có thể lây truyền dễ dàng giữa người trưởng thành và trẻ em. Nhiều loại nấm và ký sinh trùng là các sinh vật cơ hội và là nguyên nhân nhiễm khuẩn trong khi điều trị quá nhiều kháng sinh và trong trường hợp suy giảm miễn dịch (*Candida albicans*, *Aspergillus* spp, *Cryptococcus neoformans*,...). Các loài *Aspergillus* spp thường gây nhiễm bản môi trường không khí và các loài này được bắt nguồn từ bụi và đất, đặc biệt là trong quá trình xây dựng bệnh viện. Tác giả Trương Anh Thư và CS (2008) cho thấy các tác nhân gây NKBV tại Bệnh viện Bạch Mai, ngoài các vi khuẩn Gram âm thường gặp thì tỷ lệ nhiễm khuẩn do nấm *Candida* là khá cao (14,3%).

2.5. Đường lây nhiễm khuẩn bệnh viện

Có 3 đường lây truyền chính trong cơ sở y tế là lây qua đường tiếp xúc, đường giọt bắn và không khí.

- **Đường tiếp xúc:** là đường lây nhiễm quan trọng và phổ biến nhất trong NKBV (chiếm 90% các NKBV) và được chia làm hai loại khác nhau là lây nhiễm qua đường tiếp xúc trực tiếp (tiếp xúc trực tiếp với các tác nhân gây bệnh) và lây nhiễm qua tiếp xúc gián tiếp (tiếp xúc với vật trung gian chứa tác nhân gây bệnh).

- **Lây nhiễm qua đường giọt bắn:** khi các tác nhân gây bệnh chứa trong các giọt nhỏ bắn ra khi người bệnh ho, hắt hơi, nói chuyện bắn vào kết mạc mắt, niêm mạc mũi, miệng của người tiếp xúc. Các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm có trong các giọt bắn có thể truyền bệnh từ người sang người trong một khoảng cách ngắn (<1 mét). Các giọt bắn có kích thước rất khác nhau, thường >5 µm, có khi lên tới 30 µm hoặc lớn hơn. Một số tác nhân gây bệnh qua đường giọt bắn cũng có thể truyền qua đường tiếp xúc trực tiếp hoặc tiếp xúc gián tiếp.

- **Lây qua đường không khí:** xảy ra do các giọt nhỏ chứa tác nhân gây bệnh có kích thước < 5µm. Các giọt phát sinh ra khi người bệnh ho hay hắt hơi, sau đó phát tán vào trong không khí và lưu chuyển đến một khoảng cách xa, trong một thời gian dài tùy thuộc vào các yếu tố môi trường. Những bệnh có khả năng lây truyền bằng đường không khí như lao phổi, sởi, thủy đậu, đậu mùa, cúm, quai bị hoặc cúm, SARS khi có làm thủ thuật tạo khí dung ...

2.6. Nguồn lây nhiễm khuẩn bệnh viện

Có nhiều nguồn lây nhiễm ở trong các cơ sở y tế (CSYT) ví dụ như: nguồn lây từ môi trường (không khí, nước, xây dựng), bệnh nhân, từ các hoạt động khám và chữa bệnh (thủ thuật xâm nhập và phẫu thuật, dụng cụ và thiết bị, hóa trị liệu...).

2.6.1. Từ môi trường

Các tác nhân gây bệnh có thể gặp trong môi trường (không khí, nước, bề mặt vật dụng xung quanh người bệnh) như nấm vi khuẩn hoặc các loại vi rút và các ký sinh trùng (Bảng 1).

Bảng 1. Căn nguyên VSV gây bệnh trong môi trường

Nguồn	Vi khuẩn	Vi rút	Nấm
Không khí	- Cầu khuẩn Gram (+) (Nguồn gốc từ da) - Tuberculosis	Varicella zoster Influenza	<i>Aspergillus</i>
Nước	- Trục khuẩn Gram (-): <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter</i> <i>Legionella pneumophila</i> - Vi khuẩn lao: <i>Mycobacterium</i>	<i>Molluscum contagiosum</i> Human papillomavirus Noroviruses	<i>Aspergillus</i> <i>Exophiala jeanselmei</i>

	<i>tuberculoson,</i> <i>Mycobacterium chelonae,</i> <i>Mycobacterium avium-intracellulæ</i>		
Thực phẩm	<i>Salmonella</i> spp <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Clostridium perfringens</i> <i>Bacillus cereus</i> và các trực khuẩn hiếu khí có nha bào <i>Escherichia coli</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Vibrio cholerae</i> <i>Streptococcus</i> species <i>Listeria monocytogenes</i>	Rotavirus Caliciviruses	

2.6.2. Từ người bệnh

Các yếu tố từ người bệnh làm thuận lợi cho NKBV gồm tuổi, tình trạng sức khỏe và phương pháp điều trị được áp dụng. Nguy cơ có thể được phân loại theo 3 mức độ khác nhau: nguy cơ mức độ thấp, trung bình và mức độ cao. Các người bệnh có nguy cơ thấp khi không có dấu hiệu bệnh quan trọng, hệ miễn dịch không bị ảnh hưởng và không phải điều trị can thiệp. Tình trạng sức khỏe kém, đặc biệt là tuổi cao các đáp ứng miễn dịch tế bào và miễn dịch dịch thể bị suy giảm; trẻ em có hệ thống đáp ứng miễn dịch chưa hoàn chỉnh, sức chịu đựng stress kém vì thế sức đề kháng với vi khuẩn yếu nên xuất hiện một nguy cơ toàn thân. Ngoài ra người bệnh cao tuổi dễ mắc bệnh còn liên quan đến tình trạng dinh dưỡng kém.

Hơn nữa, người bệnh nặng dẫn đến tình trạng tăng trao đổi chất, khả năng miễn dịch suy yếu, khả năng chống lại các VSV ngoại sinh giảm và VSV nội sinh phát triển mạnh hơn. Một số yếu tố khác cũng góp phần NKBV như tình trạng người bệnh khi nhập viện (cấp tính hay không cấp tính), thời gian nằm viện, giới tính, khả năng khử nhiễm chọn lọc của ống tiêu hóa và các nguy cơ này mang tính độc lập với mỗi loại nhiễm khuẩn. Nguy cơ cao NKBV cũng xảy ra trên những người bệnh thay tạng, ung thư hoặc nhiễm khuẩn do suy giảm miễn dịch ở người nhiễm HIV, người bệnh tổn thương hệ miễn dịch, người bệnh đa chấn thương hoặc bỏng nặng và người bệnh thường xuyên phải điều trị can thiệp.

2.6.3. Từ hoạt động chăm sóc và điều trị

* Do sử dụng các dụng cụ, thiết bị xâm nhập:

Khi sử dụng các thiết bị xâm nhập như đặt nội khí quản, máy trợ hô hấp, nội soi thăm dò, dẫn lưu sau mổ, đặt cathete tĩnh mạch trung tâm, dẫn lưu tiết niệu..., tất cả các điều trị can thiệp đó đã phá vỡ cơ chế bảo vệ tự nhiên của cơ thể là ngăn cản sự xâm nhập và tấn công của các VSV gây bệnh và luôn được xem là có nguy cơ cao. Tỷ lệ các NKBV liên quan đến quy trình điều trị xâm nhập hoặc dụng cụ xâm nhập chiếm xấp xỉ 80% tổng số nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

Nhiễm khuẩn liên quan đến thiết bị xâm nhập đã được các tác giả mô tả nhiều trong các công trình nghiên cứu, và thời gian sử dụng các thiết bị càng kéo dài thì nguy cơ đối với tất cả các nhiễm khuẩn càng tăng, đặc biệt là nhiễm khuẩn huyết và tỷ lệ tử vong cao thường tập trung trên người bệnh bị nhiễm khuẩn phổi và nhiễm khuẩn huyết.

2.6.4. Từ việc sử dụng kháng sinh không thích hợp

Tình trạng kháng thuốc của trực khuẩn Gram (-) gây NKBV ngày càng gia tăng và phổ biến ở tất cả các khoa điều trị trong bệnh viện và tình trạng đa kháng thường xảy ra với các kháng sinh thuộc nhóm quinolon, cephalosporin thế hệ 3 và aminoglycosid. Sự bùng nổ ngày càng nhiều chủng trực khuẩn mủ xanh và *A.baumannii* đa kháng kháng sinh ở trong và ngoài khoa điều trị tích cực đang là vấn đề thường xuyên được đề cập tới ngày càng nhiều ở hầu hết các nghiên cứu gần đây.

Khi sử dụng kháng sinh không hợp lý sẽ làm tăng chủng kháng thuốc do có sự phối hợp chọn lọc tự nhiên và thay đổi các thành phần gen kháng thuốc của vi khuẩn. Kháng kháng sinh xuất phát điểm từ các cơ sở y tế, sau đó lan rộng ra cộng đồng và vi khuẩn kháng thuốc trở thành căn nguyên của khoảng 70% các NKBV. Tỷ lệ mắc và tử vong do NKBV có liên quan đến vi khuẩn kháng thuốc đã làm tăng đáng kể các loại chi phí.

Ngăn ngừa sự bùng phát và lây lan của các vi khuẩn kháng thuốc sẽ hạn chế được ảnh hưởng bất lợi và tốn kém. Việc quản lý và sử dụng kháng sinh thích hợp như lựa chọn thuốc, liều dùng trong quá trình điều trị và giám sát thường xuyên tính kháng kháng sinh sẽ hạn chế được tốc độ kháng thuốc của vi khuẩn.

- Do chưa tuân thủ các quy định phòng ngừa nhiễm khuẩn của NVYT như tuân thủ vệ sinh tay còn thấp, sử dụng chung găng tay, xử lý các dụng cụ y tế để dùng lại đặc biệt là các dụng cụ nội soi chưa đúng quy định.

2.7. Vì sao nhiễm khuẩn bệnh viện chưa giảm

Nhìn lại, gần một thập kỷ đã qua, mặc dù đã có rất nhiều những nỗ lực trong tất cả các lĩnh vực từ việc xây dựng và ban hành chính sách KSNK, tới việc thiết lập các hệ thống KSNK, đào tạo về KSNK và tăng cường thêm các phương tiện, hóa chất phục vụ cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, chúng ta cần

ghi nhận một điều là tình trạng nhiễm khuẩn trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe chưa giảm. Vậy nguyên nhân của tình hình trên là gì. Dưới đây có thể nêu một số nguyên nhân chính:

1. Các yếu tố nội sinh (do chính bản thân người bệnh): Người bệnh mắc bệnh mãn tính, mắc các bệnh tật làm suy giảm khả năng phòng vệ của cơ thể, những người bệnh dùng thuốc kháng sinh kéo dài, trẻ sơ sinh non tháng và người già dễ bị NKBV. Các vi sinh vật cư trú trên da, các hốc tự nhiên của cơ thể người bệnh có thể gây nhiễm khuẩn cơ hội, đặc biệt khi cơ thể bị giảm sức đề kháng.

2. Các yếu tố ngoại sinh như: Vệ sinh môi trường, nước, không khí, chất thải, quá tải bệnh viện, nằm ghép, dụng cụ y tế, các phẫu thuật, các can thiệp thủ thuật xâm lấn...

3. Các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ của NVYT: Các thực hành theo hướng dẫn của Bộ Y tế và của Tổ chức y tế Thế giới chưa được tuân thủ ở mức mong muốn như:

- Vệ sinh tay tuân thủ còn thấp (thiếu giám sát, thiếu điều kiện vệ sinh tay)
- Sử dụng chung găng tay sạch chưa đúng quy định (lạm dụng mang găng, dùng một đôi găng tay cho nhiều người bệnh..)
- Sử dụng khẩu trang chưa đúng quy định (vừa làm dụng vừa kém hiệu quả)
- Các đơn vị khử khuẩn, tiệt khuẩn hoạt động nhím chung chưa đáp ứng được yêu cầu (hầu hết chỉ có một buồng để máy tiệt khuẩn, không bố trí một chiều, nhân viên làm công việc khử khuẩn-tiệt khuẩn đa phần là hộ lý, các hoạt động khử khuẩn, tiệt khuẩn còn thủ công, thiết bị cũ và lạc hậu thiếu các tiêu chí đánh giá chất lượng.
- Tỷ lệ mũi tiêm an toàn đạt các tiêu chuẩn đề ra còn thấp
- Vệ sinh môi trường đã có tiến bộ nhưng vẫn cần tiếp tục cải thiện (dùng chung giẻ lau nhà, giẻ lau xong chưa được xử lý đúng cách, dung dịch làm vệ sinh chưa đúng nồng độ,..)

III. HẬU QUẢ CỦA NKBV

Nhiễm khuẩn bệnh viện dẫn đến nhiều hệ lụy cho người bệnh và cho hệ thống y tế như: tăng biến chứng và tử vong cho người bệnh; kéo dài thời gian nằm viện trung bình từ 7 đến 15 ngày; tăng sử dụng kháng sinh dẫn đến tăng sự kháng thuốc của vi sinh vật và tăng chi phí điều trị cho một NKBV thường gấp 2 đến 4 lần so với những trường hợp không NKBV.

Theo báo cáo của một số nghiên cứu: Chi phí phát sinh do nhiễm khuẩn huyết bệnh viện là \$34,508 đến \$56,000 và do viêm phổi bệnh viện là \$5,800 đến \$40,000. Tại Hoa Kỳ, hàng năm ước tính có 2 triệu người bệnh bị NKBV, làm tốn thêm 4,5 tỉ dollar viện phí. Ở Việt Nam chưa có những nghiên cứu quốc gia đánh giá chi phí của NKBV, một nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy NKBV

làm kéo dài thời gian nằm viện 15 ngày với chi phí trung bình mỗi ngày là 192,000 VND và ước tính chi phí phát sinh do NKBV vào khoảng 2,880,000 VND/ người bệnh.

IV. CÁC VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT VỀ/ LIÊN QUAN ĐẾN KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN

Điều 62 Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thực hiện các biện pháp KSNK (Giám sát, khử khuẩn, tiết khuẩn, vệ sinh, XLCT..); bảo đảm cơ sở vật chất cho KSNK; tư vấn về các biện pháp KSNK; người làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh phải tuân thủ các quy định về KSNK.

Thông tư 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 về hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác KSNK trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thay thế cho các quy định trước đây tại Quy chế bệnh viện (1997) các quy chế liên quan đến công tác KSNK. Theo đó Bộ Y tế đã có quy định cụ thể 10 nhiệm vụ chuyên môn về KSNK, quy định các điều kiện về tổ chức, về nhân lực, trang thiết bị và trách nhiệm của các cá nhân, bộ phận trong việc thực hiện Thông tư.

Quyết định 43/2007/BYT-QĐ ban hành Quy chế Quản lý chất thải y tế đã quy định chất thải rắn y tế được chia làm 5 nhóm, bao gồm: Chất thải lây nhiễm, Chất thải hoá học nguy hại, Chất thải phóng xạ, Bình chứa áp suất, Chất thải thông thường. Quy chế cũng quy định tiêu chuẩn các dụng cụ, bao bì thu gom, vận chuyển chất thải rắn trong bệnh viện; phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải rắn trong bệnh viện; vận chuyển chất thải rắn ra ngoài cơ sở y tế ...

Quyết định số 1040/QĐ-BYT ngày 30/3/2012, Bộ Y tế đã ban hành Kế hoạch hành động quốc gia tăng cường công tác KSNK trong các cơ sở KBCB giai đoạn từ nay đến 2015.

Chương trình, tài liệu đào tạo Phòng ngừa chuẩn năm 2010.

Các hướng dẫn phòng ngừa NKBV như: Phòng nhiễm khuẩn vết mổ, phòng viêm phổi trên người bệnh thở máy, phòng ngừa chuẩn, Tiêm an toàn, Khử khuẩn-tiết khuẩn, Phòng nhiễm khuẩn huyết ở người bệnh đặt catheter.

Kiểm tra bệnh viện hàng năm đã đưa công tác KSNK thành yêu cầu thường quy đối với tất cả các bệnh viện.

V. CÁC BIỆN PHÁP TĂNG CƯỜNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

Về chính sách: Xây dựng chính sách quốc gia về tăng cường công tác KSNK. Ban hành các hướng dẫn quốc gia về thực hành KSNK trong các cơ sở khám chữa bệnh. Xây dựng các chuẩn đánh giá chất lượng thực hành KSNK để

đưa vào nội dung kiểm tra, thẩm định chất lượng bệnh viện

Về tổ chức: Bộ Y tế (Cục quản lý khám, chữa bệnh) thành lập tổ chuyên gia kiểm soát NKBV để tư vấn ban hành Kế hoạch quốc gia và các chính sách, các hướng dẫn quốc gia về công tác KSNK. Đối với các bệnh viện: thành lập Hội đồng KSNK; Khoa/tổ KSNK và mạng lưới KSNK để làm đầu mối tham mưu cho lãnh đạo bệnh viện thực hiện các hướng dẫn và quy định về KSNK. Tăng cường vai trò của hội Kiểm soát nhiễm khuẩn: duy trì hoạt động của các Hội KSNK khu vực và chuẩn bị các điều kiện để thành lập Hội KSNK Việt Nam.

Về đào tạo kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện: Đào tạo chuyên khoa KSNK: Cán bộ Y tế Khoa (tổ) KSNK phải được đào tạo chuyên khoa và thường xuyên cập nhật kiến thức, kỹ năng thực hành KSNK. Đào tạo phổ cập: thầy thuốc, nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải được đào tạo chương trình phổ cập về KSNK bao gồm các thực hành về Phòng ngừa chuẩn và Phòng ngừa dựa vào đường lây, các hướng dẫn thực hành phòng ngừa NKBV theo cơ quan, vị trí. Đào tạo KSNK trong các trường: bổ sung môn học về phòng và KSNK trong các chương trình đào tạo bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên. Triển khai Chương trình đào tạo vệ sinh bệnh viện cho hộ lý và nhân viên vệ sinh bệnh viện.

5.4. Về tổ chức giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện: Tổ chức giám sát NKBV để có cơ sở dữ liệu về NKBV như tỷ lệ mắc NKBV, tác nhân gây bệnh, vi khuẩn kháng thuốc...). Giám sát là hoạt động chủ yếu của chương trình kiểm soát NKBV và khoa KSNK. Giám sát NKBV được định nghĩa là “Việc thu thập có hệ thống, liên tục; việc xử lý và phân tích những dữ kiện cần thiết nhằm triển khai, lập kế hoạch, và phổ biến kịp thời những dữ kiện này đến những người cần được biết”. Giám sát NKBV là một trong những yếu tố quan trọng để cải thiện tình hình NKBV. Nhân viên kiểm soát NKBV thường phải dành hơn một nửa thời gian để tiến hành giám sát. Giám sát NKBV sẽ cung cấp những dữ kiện có ích để đánh giá tình hình NKBV: nhận biết những người bệnh NKBV, xác định vị trí nhiễm khuẩn, những yếu tố góp phần vào nhiễm khuẩn. Từ đó giúp bệnh viện có kế hoạch can thiệp và đánh giá được hiệu quả của những can thiệp này. Giám sát NKBV còn là tiền đề cho việc thực hiện các nghiên cứu về KSNK. Chương trình giám sát cũng cần bao gồm chương trình kiểm soát kháng sinh. Cần đưa ra được những quy định chính sách sử dụng kháng sinh. Cần hạn chế những hoạt động tiếp thị của các hãng thuốc trong bệnh viện, đặc biệt tại các bệnh viện có đào tạo.

Về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn: Tổ chức thực hiện các biện pháp Phòng ngừa chuẩn, Phòng ngừa bổ sung (dựa theo đường lây truyền bệnh); Tổ chức thực hiện các hướng dẫn và kiểm tra các biện pháp thực hành KSNK theo tác nhân, cơ quan và bộ phận bị nhiễm khuẩn bệnh viện.

Bảo đảm các điều kiện cho công tác KSNK: Có bộ phận (đơn vị) khử khuẩn - tiệt khuẩn tập trung đạt tiêu chuẩn và có đủ các phương tiện để làm sạch, cọ rửa, khử khuẩn, tiệt khuẩn và kho đựng dụng cụ sạch và dụng cụ vô khuẩn. Có nhà giặt thiết kế một chiều, đủ trang bị và phương tiện như máy giặt, máy sấy, phương tiện là (ủi) đồ vải, xe vận chuyển đồ vải bẩn, sạch; bể (thùng) chứa hoá chất khử khuẩn để ngâm đồ vải nhiễm khuẩn, tủ lưu giữ đồ vải; xà phòng giặt, hóa chất khử khuẩn. Có cơ sở hạ tầng để bảo đảm xử lý an toàn chất thải lỏng, chất thải rắn và chất thải khí y tế theo Quy định về quản lý chất thải y tế. Có đủ phương tiện vệ sinh chuyên dụng. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hợp đồng với Công ty cung cấp dịch vụ vệ sinh công nghiệp thì hợp đồng phải xác định rõ yêu cầu về trang thiết bị, hóa chất, tiêu chuẩn vệ sinh, quy trình vệ sinh, đào tạo nhân viên vệ sinh theo chương trình tài liệu của Bộ Y tế và kiểm tra đánh giá chất lượng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm nhân lực cho Khoa (tổ) KSNK hoạt động. Ngoài nhân lực cho các bộ phận như khử khuẩn, tiệt khuẩn, giặt là, bộ phận giám sát nhiễm khuẩn phải bảo đảm tối thiểu cứ 150 giường bệnh có 01 nhân lực chuyên trách giám sát nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hà (2005), “Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện tại 6 tỉnh phía Nam”.
2. Nguyễn Việt Hùng (2005). “Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại các bệnh viện khu vực phía Bắc”.
3. Trần Hữu Luyện. “Nhiễm khuẩn bệnh viện trên NB có phẫu thuật”
4. Phạm Đức Mục và cộng sự (2005). “Nhiễm khuẩn bệnh viện tại các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế năm 2005”
5. Lê Anh Thư. “Nhiễm khuẩn bệnh viện trên các bệnh nhân có thở máy”.
6. WHO. Patient Safety Curriculum Guideline. Multi-professional Edition, 2011.
7. Duce G et al. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
8. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization, 2009:6(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; accessed 21 February 2011).
9. Allegranzi B et al. Burden of endemic health care-associated infections in

developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228-241.

10. Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in healthcare settings. Atlanta, GA, CDC, 2003 (<http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/>; accessed 21 February 2011).

11. Institute for Healthcare Improvement (IHI). The Five Million Lives campaign. Boston, MA, IHI, 2006 (<http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/>; accessed 21 February 2011).

12. Countries or areas committed to address health care-associated infection. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/gpsc/statements/countries/en/index.html>; accessed 16 March 2011).

13. Centers for Disease Control and Prevention. Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections. Atlanta, GA, CDC, 1996 (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/universal.html>; accessed 21 February 2011).

14. Burke J. Infection control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651-656.

15. National Nosocomial Infections Surveillance. (2004), “National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004”, *Am J Infect Control*, 32, pp. 470-485.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi 1,3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào khoảng trống:

1. Hoàn thiện định nghĩa về Nhiễm khuẩn bệnh viện:

“Nhiễm khuẩn bệnh viện là nhiễm khuẩn người bệnh(A)..... trong thời gian điều trị tại bệnh viện và nhiễm khuẩn này không(B)..... cũng như không trong giai đoạn(C)..... tại thời điểm nhập viện”.

2. Có 3 đường lây ở trong các cơ sở y tế, bao gồm:

A. Lây qua đường tiếp xúc

B.....

C.....

***Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 3 đến 8:**

3. Thời gian thường xuất hiện NKBV sau nhập viện là:

A. Sau 12 giờ kể từ khi nhập viện

B. Sau 24 giờ kể từ khi nhập viện

C. Sau 48 giờ kể từ khi nhập viện

D. Sau 72 giờ kể từ khi nhập viện

4. Người bệnh mắc NKBV là do:

A. Yếu tố nội sinh (bản thân người bệnh)

B. Ngoại sinh (môi trường)

C. Can thiệp thủ thuật, phẫu thuật

D. Cả 3 A, B và C

5. Nguyên nhân làm cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm là do:

A. Tai nạn rủi ro từ kim tiêm và vật sắc nhọn nhiễm khuẩn

B. Bắn máu và dịch từ người bệnh vào niêm mạc mắt, mũi, miệng khi làm thủ thuật

C. Da tay không lành lặn tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh có chứa tác nhân gây bệnh

D. Cả A, B, C

6. Các NKBV thường gặp là:

A. Viêm phổi,

- B. Nhiễm khuẩn huyết
- C. Nhiễm khuẩn tiết niệu
- D. Nhiễm khuẩn vết mổ
- E. Cả A,B,C và D

7. Yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện:

- A. Thiết bị và dụng cụ y tế sử dụng trên người bệnh
- B. Phẫu thuật
- C. Sử dụng kháng sinh
- D. Cả A,B và C

8. Công tác kiểm soát NKBV là nhiệm vụ của:

- A. Giám đốc bệnh viện
- B. Các trưởng khoa
- C. Các điều dưỡng trưởng
- D. Tất cả nhân viên y tế

*** Chọn câu trả lời Đúng/Sai cho các câu hỏi từ 9 đến 15**

TT	Nội dung	Đ	S
9	Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn cơ hội thường có nguồn gốc từ cả vi sinh vật nội sinh và vi sinh vật ngoại sinh		
10	Cán bộ y tế có thể bị mắc nhiễm khuẩn bệnh viện		
11	Quy chế công tác khoa chống nhiễm khuẩn trong quy chế bệnh viện được Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 1853/QĐ-BYT năm 1997 đang còn hiệu lực thực hiện		
12	Quy định về phòng ngừa NKBV đã được đưa vào Luật khám bệnh chữa bệnh do Quốc Hội thông qua năm 2009		
13	Quy định về KSNK đã được quy định tại Thông tư 18/2009/TT-BYT của Bộ Y tế		
14	Để làm tốt công tác KSNK, các cơ sở khám chữa bệnh phải xây dựng các quy định cụ thể về KSNK tại đơn vị mình		

15	Công tác KSNK trong các cơ sở y tế là một nội dung trong chương trình “An toàn cho người bệnh”		
-----------	--	--	--

Bài 6

PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA TRONG MÔI TRƯỜNG CHĂM SÓC VÀ SỬ DỤNG TRANG THIẾT BỊ VẬT TƯ Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Trình bày được các nguyên tắc phòng ngừa sự cố y khoa trong môi trường chăm sóc và trong sử dụng trang thiết bị, vật tư y tế.
2. Áp dụng được các biện pháp để Phòng ngừa sự cố y khoa trong môi trường chăm sóc và trong sử dụng trang thiết bị, vật tư y tế

NỘI DUNG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Môi trường chăm sóc trong các cơ sở y tế cần đạt được các tiêu chuẩn về an toàn. Các cơ sở y tế cần đánh giá, cải tiến, và theo dõi hiệu quả của các giải pháp an toàn môi trường trong khuôn khổ chương trình được yêu cầu về an toàn cho bệnh nhân ở qui mô cơ sở. Các hạn chế trong môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị thường là một trong những nguyên do gốc gây nên sự cố, chẳng hạn như tự tử, té ngã, bị giữ chặt, bơm thuốc quá liều.

Theo tổng kết các báo cáo sự cố, tai nạn té ngã dẫn đến tử vong đứng thứ hạng cao trong danh mục sự cố thường gặp. Các tai nạn té ngã chiếm khoảng 4,6% sự cố theo báo cáo của ủy ban an toàn vào năm 2003. Cháy nổ trong phòng mổ cũng là vấn đề ưu tiên hàng đầu ở các cơ sở cấp cứu và phẫu thuật tại chỗ. Theo tạp chí Cảnh Báo Sự Cố số 29, hơn 27 triệu các cuộc phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú được thực hiện hàng năm và người ta ước tính rằng mỗi năm có khoảng 100 vụ cháy nổ trong phẫu thuật.

Mặc dù các nguyên do gốc liên quan đến môi trường chăm sóc có thể chỉ là một trong nhiều yếu tố góp phần tạo nên sự cố, các cơ sở y tế cần phải có những bước chủ động nêu lên các nguyên do ấy để cuối cùng tăng cường sự an toàn cho bệnh nhân. Cơ sở y tế cần xây dựng và thực hiện qui trình báo cáo và điều tra các sự cố liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị. Các sự cố liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị có thể bao gồm:

- Các sự cố về an ninh liên quan đến bệnh nhân, nhân viên, và những người có mặt hoặc liên quan đến cơ sở vật chất.

- Việc đổ tràn ra ngoài các nguyên vật liệu nguy hiểm và chất thải và những sự việc liên quan khác

- Các vấn đề về quản lý an toàn cháy nổ, sự thiếu hụt, và sự ngừng hoạt động.

- Các vấn đề về quản lý thiết bị, sự ngừng hoạt động, và sai sót của người sử dụng

- Các vấn đề về quản lý hệ thống tiện ích công cộng, sự ngừng hoạt động, và sai sót của người sử dụng.

Các sự cố này có thể làm cho bệnh nhân và những người có mặt bị thương, làm hư hại cơ sở vật chất, gây bệnh nghề nghiệp và các thương tổn khác cho nhân viên y tế.

II. NGUYÊN TẮC PHÒNG NGỪA

Các tiêu chuẩn an toàn trong quản lý môi trường chăm sóc đòi hỏi các cơ sở y tế phải:

- Thu thập thông tin về những thiếu sót và những cơ hội cải tiến môi trường chăm sóc. Thông tin này gồm những rủi ro, sự ngừng hoạt động, các tai nạn trong môi trường liên quan đến những lĩnh vực như an toàn, an ninh, các vật liệu nguy hiểm, quản lý sự khẩn cấp, quản lý trang thiết bị, an sinh, sự lãng phí, hệ thống công trình công cộng và các vấn đề khác về môi trường.

- Phân tích kịp thời các vấn đề về môi trường đã được xác định và triển khai các biện pháp giải quyết. Lãnh đạo phải báo cáo về hiện trạng, đề xuất, những biện pháp thực hiện; phải triển khai các chính sách và phương pháp thực hiện an toàn.

- Xây dựng kế hoạch quản lý môi trường chăm sóc. Các mục tiêu, phạm vi, việc thực hiện, và hiệu quả của từng kế hoạch quản lý môi trường chăm sóc được thẩm định hàng năm

- Xây dựng và thực hiện qui trình theo dõi liên tục các nguy cơ hiện hữu và nguy cơ tiềm ẩn trong kế hoạch quản lý môi trường chăm sóc.

- Xây dựng các hướng dẫn đánh giá, các qui trình để giải quyết các vấn đề về môi trường chăm sóc với sự tham gia của đại diện từ các bộ phận điều trị, quản trị, và hỗ trợ.

- Thành lập hội đồng gồm những người từ nhiều lĩnh vực khác nhau họp ít nhất hai tháng một lần để đưa ra các vấn đề về môi trường chăm sóc
- Các vấn đề về môi trường chăm sóc được thông báo cho lãnh đạo cơ sở và (những) người chịu trách nhiệm cho các hoạt động cải tiến.
- Các đề xuất cần được xem xét và triển khai khi có thể
- Lãnh đạo cơ sở cần bổ nhiệm một/nhiều người để theo dõi, giám sát và xử lý những vấn đề về môi trường của cơ sở.
- Người được bổ nhiệm giám sát môi trường có những nhiệm vụ sau:
 - Thu thập thông tin liên tục về những thiếu hụt và những cơ hội cải tiến trong môi trường chăm sóc.
 - Phổ biến các nguồn thông tin, chẳng hạn như các thông báo nguy hiểm hoặc các báo cáo sự việc đã xảy ra.
 - Báo cáo những hạn chế, khó khăn, sự ngừng hoạt động, và các sai sót của người sử dụng liên quan đến việc quản lý môi trường chăm sóc.
 - Đề xuất, thực hiện và báo cáo kết quả của các hoạt động cải tiến. Đề xuất cải tiến giải quyết những vấn đề an toàn môi trường trình ít nhất mỗi năm một lần đến lãnh đạo cơ sở dựa trên sự theo dõi liên tục việc thực hiện các kế hoạch quản lý môi trường chăm sóc
 - Tham gia vào việc giám sát và báo cáo sự cố.
 - Tham gia vào việc triển khai các chính sách an toàn và các phương thức thực hiện

Các tiêu chuẩn nhằm giảm sự cố liên quan đến lĩnh vực sử dụng trang thiết bị bao gồm lập kế hoạch và chọn lựa; bảo trì, thử nghiệm, và kiểm tra; đào tạo và tập huấn; phân phát và lắp đặt; và ngăn ngừa rủi ro liên quan đến trang thiết bị và vật dụng khác. Các công đoạn của quy trình này gồm có:

- Chọn lựa.
- Các chiến lược bảo trì.
- Việc thẩm định có định kỳ.
- Hướng dẫn và huấn luyện.

III. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

3.1. Giảm nguy cơ gây thương tổn cho bệnh nhân do bị ngã.

Nguy cơ té ngã có thể do môi trường chăm sóc hoặc do bản thân người bệnh. Nguy cơ té ngã có thể do môi trường chăm sóc bao gồm những thiết kế cơ sở vật chất, vật dụng không phù hợp cho người bệnh. Nguy cơ do bản thân người bệnh bao gồm có tiền sử té ngã trước đó, khiếm khuyết về cảm giác và thính giác, suy nhược thần kinh, bị xúc động suy nhược thăng bằng hoặc vận động, các vấn đề về cơ xương, các bệnh mãn tính, rối loạn tiểu tiện, các vấn đề về dinh dưỡng, và việc sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau.

- Cơ sở y tế, đặc biệt các nhà dưỡng lão, cần thực hiện chương trình giảm té ngã và đánh giá hiệu quả của chương trình. Chương trình giảm té ngã bao gồm các chiến lược giảm rủi ro, thực hành tại chỗ, sự tham gia của bệnh nhân/gia đình trong huấn luyện, và việc thẩm định môi trường điều trị.

- Thành lập ban ngăn ngừa té ngã để đánh giá những bệnh nhân mới về nguy cơ té ngã tiềm ẩn; để rà soát thường xuyên các cú té ngã, thẩm định sự tham gia, và tìm kiếm các xu hướng và mô hình mới; và để trao đổi những phát hiện mới với các nhân viên khác.

- Cơ sở y tế phải đánh giá ban đầu và thường xuyên nguy cơ té ngã của bệnh nhân và có biện pháp ngăn ngừa các khả năng té ngã tiềm ẩn. Cần đánh giá toàn diện bệnh nhân lúc ban đầu khi bệnh nhân nhập viện, xác định mức độ nhận thức chung, sức mạnh của cơ, sự đau đớn, và khả năng thể hiện hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Cần đánh giá định kỳ từng nguy cơ bị ngã của bệnh nhân, bao gồm cả nguy cơ tiềm ẩn.

- Sử dụng các kỹ thuật đánh giá khác nhau, như quan sát hoặc trao đổi với cá nhân bệnh nhân và gia đình để đánh giá toàn diện đến mức có thể.

- Nhân viên y tế phải trao đổi với gia đình bệnh nhân và những người quan trọng khác việc đánh giá toàn diện nguy cơ té ngã. Thông báo cho các thành viên của gia đình bệnh nhân các yếu tố làm gia tăng nguy cơ té ngã

- Dựa vào đánh giá, nhân viên y tế đưa ra những kiến nghị và thực hiện phương pháp chủ động ngăn ngừa té ngã trong kế hoạch và thực hiện chăm sóc bệnh nhân. Bất cứ nguy cơ nào đã được nhận diện đều cần được xử lý ngay.

- Nhân viên y tế cần phải xem xét tất cả thuốc gồm tất cả thuốc cấp theo đơn, thuốc mua tại quầy, và những thứ bổ sung mà bệnh nhân đã sử dụng. Lưu hồ sơ tình trạng dị ứng thuốc và tiền sử lạm dụng thuốc, kể cả lạm dụng thuốc an thần và các loại thuốc theo đơn khác. Việc thay đổi thuốc – gồm có thuốc gây nghiện và các liều lượng tăng hoặc giảm – đòi hỏi phải theo dõi hết sức cảnh giác các phản ứng phụ mới có thể xảy ra. Một loại thuốc mới thêm vào các loại thuốc bệnh nhân đang dùng có thể tạo nên cơn chóng mặt, gây buồn ngủ, hoặc các triệu chứng khác có thể đưa bệnh nhân đến nguy cơ té ngã nhiều hơn.

+ Thường xuyên tái đánh giá và lưu ý những biểu hiện khi bệnh nhân đã trải qua gây mê

Một số biện pháp cải tiến môi trường giúp giảm té ngã:

- Lắp đặt chuông báo động tại giường hoặc thiết kế lại hệ thống kiểm soát và kiểm tra chuông báo động tại giường.

- Lắp đặt các ổ khoá tự động ở các phòng phục vụ (như phòng giặt, v.v..)

- Hạn chế việc mở cửa sổ khi có nguy cơ.

- Lắp đặt chuông báo động ở các lối ra vào.

- Bổ sung phần ngăn ngừa té ngã vào chương trình huấn luyện bệnh nhân và gia đình họ.

- Cải tiến và chuẩn hoá hệ thống gọi điều dưỡng.

- Sử dụng “giường thấp” cho những người có nguy cơ té ngã.

3.2. Giảm nguy cơ cháy nổ trong phẫu thuật

Cơ sở y tế có thể ngăn ngừa nguy cơ cháy nổ trong phẫu thuật và quản lý tốt sự cháy nổ nếu nó xảy ra trong phòng mổ bằng các biện pháp sau:

3.2.1. Xây dựng kế hoạch, quy trình chống cháy nổ trong phẫu thuật.

Kế hoạch cần đảm bảo cung cấp các nhân viên có đủ thông tin để ngăn ngừa hoặc quản lý hiệu quả vụ cháy ở phòng mổ. Kế hoạch đưa ra được những vấn đề như chuỗi mệnh lệnh trong tình trạng khẩn cấp, xác định rõ ràng trách nhiệm của các thành viên, và các lộ trình sơ tán chính và phụ ngang qua bức tường lửa. Cần đưa ra các hướng dẫn cụ thể về:

- Việc sơ tán

- Chi tiết các tài liệu lưu trữ, thiết bị, dụng cụ, hàng dự trữ, và những thứ khác cần được bảo vệ để kiểm tra sau vụ hoả hoạn.

- Bản hướng dẫn sử dụng oxy để giảm đến tối thiểu tập trung oxygen dưới các drap phủ

- Hướng dẫn quản lý các dung dịch có cồn dùng trong sát trùng da.

3.2.2. Khuyến khích nhân viên y tế học tập và tự rèn luyện về phòng chống cháy nổ.

- Bảo đảm nhân viên được tập huấn về những rủi ro cháy nổ đặc biệt trong khu phẫu thuật và cách xử lý ngăn ngừa và dập tắt cháy nổ.

- Khuyến khích nhân viên tham gia vào tìm hiểu các hoạt động tự hướng dẫn, bao gồm:

+ Từng người cần ghi nhớ vị trí bình chữa lửa, hộp kéo chuông báo động, cửa thoát hiểm, bình thở oxygen, và lộ trình sơ tán khả thi;

+ Tự học để kích hoạt hệ thống báo động và ghi nhận cháy nổ

+ Tho nhân viên cầm bình chữa cháy và sử dụng; hoặc trình bày một tình huống chống cháy giả định cho một nhóm nhỏ (từ 8 đến 10 người) cho họ đóng vai như thật và sau đó thảo luận.

- Nhân viên phải biết nơi cất giữ và biết sử dụng bình chữa cháy, cũng như chuẩn bị tinh thần đón nhận rủi ro cho từng trường hợp phẫu thuật mà họ tham gia.

3.2.3. Huấn luyện tất cả nhân viên để quản lý 3 yếu tố cháy nổ.

Các yếu tố cơ bản của một vụ cháy luôn luôn hiện diện trong suốt cuộc phẫu thuật và hình thành cháy nổ: khí, oxygen, và nguồn nhiệt. Các nhà phẫu thuật phải kiểm soát được nguồn nhiệt (các dụng cụ mổ như thiết bị đốt điện, dao mổ laser, nguồn ánh sáng quang học, và các tia cao áp tĩnh điện) bằng cách dùng các bao che hoặc sử dụng các phương tiện dự trữ và ngăn chúng tiếp xúc khí. Các điều dưỡng có thể giới hạn sự hiện diện của những chất dễ cháy (chẳng hạn như các tác nhân prepping, cồn, thuốc nhuộm, thuốc mỡ, và các chất gây mê) để tránh bùng phát hỏa hoạn. Các chuyên gia gây mê có thể giảm đến tối thiểu việc tạo ra oxygen, có chứa nitrous oxide, và các loại khí hơi khác bằng cách sử dụng các kỹ thuật tạo nút chặn

- Huấn luyện nhân viên, phẫu thuật viên và chuyên viên gây mê về cách kiểm soát nguồn nhiệt và quản lý khí: (1) theo đúng các qui tắc an toàn tại khu vực có tia laser và điện, (2) quản lý khí bằng cách cho đủ thời gian để chuẩn bị bệnh nhân, và (3) xây dựng bằng hướng dẫn giảm đến tối thiểu việc tập trung oxygen dưới tấm vải phủ.

- Tiến hành các khoá huấn luyện đặc biệt về (1) việc sử dụng các thiết bị chống cháy nổ, (2) các phương pháp đúng cách để cứu nạn và thoát hiểm, và (3) sự xác định đúng vị trí của hệ thống ga y tế, gió, và điện, và các nút điều khiển, cũng như khi nào, ở đâu, và bằng cách nào tắt các hệ thống này lại.

- Không che phủ bệnh nhân cho đến khi tắt cả các vật chuẩn bị dễ cháy đều khô.

- Trong phẫu thuật hầu họng, ngâm miếng gạc hoặc miếng bọt biển dùng với những cái ống thông khí quản để giảm đến tối thiểu sự rò rỉ O₂ vào hầu họng, và giữ cho chúng luôn ẩm. Cần làm ẩm các miếng bọt biển, gạc, và nút gạc (và các sợi dây của chúng) để chúng không bắt lửa.

3.2.4. Tiến hành các buổi tập luyện lập đi lập lại. Nhân viên phòng mổ phải tập luyện chống cháy nổ lập đi lập lại. Tập trung vào các thiết bị chống cháy nổ, cứu nạn và thoát hiểm, khi nào và bằng cách nào đóng nút nguồn gas y tế, hệ thống thông gió, và hệ thống phòng mổ và nút kiểm soát, và hệ thống và chính sách báo động của cơ sở để liên lạc với sở cứu hỏa địa phương. Thực hiện và kiểm tra các cách thức để bảo đảm tất cả các thành viên của kíp mổ có phản ứng thích hợp trước sự cháy nổ trong phòng mổ.

3.2.5. Ưu tiên ngăn ngừa cháy nổ. Nhắc nhở và thông tin về an toàn cháy nổ thường xuyên. Rà soát lại các phương thức xử lý khẩn cấp như là một phần của việc kiểm tra trước khi phẫu thuật. Tất cả mọi người trong phòng mổ, giữ cho các yếu tố gây cháy nổ không tiếp xúc lẫn nhau.

3.2.6. Bảo đảm thiết bị được bảo trì và sử dụng hợp lý. Tất cả các thiết bị mổ bằng điện phải được định lượng và kiểm tra thường xuyên.

3.3. Giảm nguy cơ tử vong do bị giữ chặt.

Những vật dụng giữ chặt như áo lót hoặc áo chèn đặc biệt đôi khi được dùng để kiểm soát hoặc bảo vệ những người lớn tuổi, ốm yếu, không bình thường, hay lo âu, và thậm chí bị hôn mê. Một số sự cố liên quan đến những vụ bị giữ chặt có thể phát xuất từ một số yếu tố như sau:

- Sử dụng những tay vịn mà không có bộ phận bảo vệ tay vịn.
- Sử dụng thiết bị giữ chặt không đúng
- Sử dụng áo khoác cổ cao.
- Sử dụng không chính xác thiết bị giữ chặt
- Không dùng một thiết bị điều khiển hoặc một chuông báo động một cách thích hợp.
- Có một bộ điều khiển hoặc một chuông báo động không chịu hoạt động.

Các tổ chức y tế phải xem xét các biện pháp sau đây để giảm bớt nguy cơ tử vong vì bị giữ chặt:

- Thực hiện chương trình giảm thiểu đến mức thấp nhất việc sử dụng các vật dụng giữ chặt.
- Triển khai những phương thức đã qui định cho việc áp dụng một cách chặt chẽ vật giữ chặt.
- Quan sát liên tục bất cứ cá nhân nào đang bị giữ chặt vì lý do rối loạn hành vi.

- Nếu cần giữ chặt bn trong lúc đang ở vị trí nằm ngửa, phải bảo đảm rằng đầu của bn được thoải mái xoay qua xoay lại và, khi có thể, đầu giường được nâng lên để giảm đến tối thiểu nguy cơ về hô hấp.

- Nếu cần giữ chặt bn trong lúc đang ở vị trí nằm sấp, phải bảo đảm rằng đường đi của không khí luôn luôn không bị tắc nghẽn (ví dụ, dùng che khuôn mặt bn). Phải bảo đảm sự dẫn nở hai lá phổi người bệnh không bị hạn chế bởi sức ép quá nặng trên lưng (đặc biệt lưu ý trường hợp trẻ con, người già, và những người béo phì).

- Không giữ chặt bn trên giường có những chấn song ngang khép mở không an toàn.

- Bảo đảm rằng nhân viên y tế có thể nhanh chóng nói lỏng và di tản người bệnh đang bị giữ chặt khi có đám cháy hoặc tai nạn do thiên tai. Các bài tập huấn thực hành phải bao gồm tình huống này.

- Bảo đảm rằng bệnh nhân đang bị giữ chặt không có trong người hoặc không có thể đến gần bất cứ vật sắc bén hoặc vật bắt lửa nào

- Khuyến khích sử dụng các “liệu pháp thay thế” cho việc giữ chặt. Tập huấn cho nhân viên sử dụng các kỹ thuật can thiệp bằng lời nói giúp chủ động ngăn ngừa và/hoặc giảm tình huống khủng hoảng tiềm ẩn. Các liệu pháp thay thế khác gồm chương trình điều chỉnh hành vi; thay đổi môi trường chăm sóc bằng cách tạo nên bầu không khí như ở nhà; giảm tiếng ồn; đổi phòng để chuyển bệnh nhân hung dữ tiềm ẩn xa khỏi người làm họ kích động; tạo cơ hội cho việc thư giãn, tập thể dục, và nhiều hoạt động đa dạng khác.

3.4. Cải tiến an toàn trong việc dùng bơm truyền dịch

Thiếu kiểm soát mức độ chảy và không giới hạn dịch truyền và/hoặc thuốc vào cơ thể bệnh nhân sẽ dẫn đến tử vong hoặc thương tổn nghiêm trọng. Cần bảo đảm tất cả các bơm truyền dịch tĩnh mạch thông thường và bơm truyền dịch tĩnh mạch lưu thông thông suốt. Cần bảo vệ bệnh nhân khỏi những hậu quả bất lợi tiềm ẩn liên quan đến việc sử dụng bơm truyền dịch thông thường và bơm truyền dịch bằng cách yêu cầu kiểm soát các dòng dịch truyền tự do bên trong cơ thể.

Khi sử dụng bơm truyền dịch, cần hệ thống không bao giờ cho phép dịch truyền chảy vào bệnh nhân mà không chảy qua một thiết bị bảo vệ dòng chảy trước đó. Do đó, thiết bị bảo vệ dòng chảy phải được gắn vào bên trong dụng cụ, *luôn luôn* trong tình trạng sử dụng để đưa dịch truyền từ bơm tiêm vào cơ thể bệnh nhân. Nếu thiết bị bảo vệ chỉ là dụng cụ gắn thêm vào, có thể có hiện tượng sử dụng bơm truyền dịch và bộ điều khiển không có dụng cụ bảo vệ dòng chảy, từ đó có thể tạo ra dòng chảy tự do và dẫn đến thương tổn hoặc tử vong. Vì vậy, thiết bị bảo vệ dòng truyền dịch phải nằm bên trong của chính bơm truyền hoặc

bộ điều khiển luôn luôn trong tình trạng sử dụng trong cái bơm. Một dụng cụ bảo vệ gắn thêm vào không nằm bên trong bơm truyền dịch hoặc bộ điều khiển là không đáp ứng yêu cầu.

Để kiểm tra xem bơm truyền dịch có thiết bị bảo vệ dòng chảy hay không, tắt điện nhưng giữ cho bộ phận truyền vẫn truyền và tải trong thiết bị. Trong khi để tất cả các cái kẹp của hệ thống bơm mở và bình chứa dịch truyền được giữ trên cao đến mức có thể được, phải không có chút dịch truyền nào chảy ra ngoài bộ phận này khi nó treo thẳng đứng. Sau đó, tháo rời bộ phận truyền ra khỏi thiết bị (với các cái kẹp vẫn mở) và một lần nữa kiểm tra rằng hoàn toàn không có dịch truyền nào chảy ra khỏi bộ phận truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mc. Carthy P.M., Gaucher K. A.: Home study program: Fire in the OR: Developing a fire safety plan. AORN Journal 79: 588 – 600, Mar. 2004.
2. Vidor K.K., Puterbaugh S., Willis C.J.: Fire safety training: A program for the operating room. AORN Journal 49: 1045 – 1049, Apr. 1989.
3. ECRI: Preventing, preparing for, and managing surgical fires. Health Devices 21: 24 – 34, Jan. 1992.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

A. Chọn cụm từ thích hợp để hoàn thiện các nội dung dưới đây:

1. Các tiêu chuẩn an toàn trong quản lý môi trường chăm sóc đòi hỏi các cơ sở y tế phải thu thập(1) về những(2) và những cơ hội môi trường chăm sóc.
2. Người được bổ nhiệm giám sát môi trường có nhiệm vụ thu thập thông tin(1) về những(2) và những cơ hội(3) trong môi trường chăm sóc, (4) các nguồn thông tin, chẳng hạn như các thông báo nguy hiểm hoặc các báo cáo sự việc đã xảy ra.

*B. Chọn 01 hoặc **nhiều** câu trả lời đúng nhất:*

3. Các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã:

- a. Lắp đặt chuông báo động tại giường, ở các lối ra vào.
- b. Mở cửa sổ

c. Sử dụng “giường thấp” cho những người có nguy cơ té ngã.

d. Lau sàn sạch

4. Nếu cần giữ chặt bn trong lúc đang ở vị trí nằm ngửa, phải bảo đảm:

a. Đầu của bn được thoải mái xoay qua xoay lại

b. Đầu của bn phải cố định chặt

c. Đầu giường để thấp

d. Đầu giường được nâng lên để giảm đến tối thiểu nguy cơ về hô hấp

5. Nhằm giảm nguy cơ cháy nổ trong khi thực hiện phẫu thuật, nhân viên phải:

a. Che phủ bệnh nhân ngay, không chờ đến khi tất cả các vật chuẩn bị dễ cháy đều khô.

b. Theo đúng các qui tắc an toàn tại khu vực có tia laser và điện

c. Thời gian chuẩn bị bệnh nhân đủ để quản lý khí

d. Xây dựng bảng hướng dẫn để giảm tối thiểu việc tích tụ oxygen dưới vải phủ.

6. Khi sử dụng bơm truyền dịch, cần phải chú ý

a. Dịch truyền chảy vào bệnh nhân phải qua thiết bị bảo vệ dòng chảy

b. Thiết bị bảo vệ dòng chảy phải được gắn vào bên trong dụng cụ, *luôn ở* trong tình trạng sử dụng

c. Gắn thêm phía ngoài thiết bị bảo vệ bảo vệ dòng chảy

7. Những liệu pháp thay thế việc giữ chặt bao gồm:

a. Tập huấn cho nhân viên sử dụng các kỹ thuật can thiệp bằng lời nói

b. Thay đổi môi trường chăm sóc bằng cách tạo nên bầu không khí như ở nhà

c. Tăng âm thanh, tiếng ồn để bệnh nhân bị xao lãng

d. Xếp bệnh nhân có cá tính hung hãn gần người dễ kích động

e. Tạo cơ hội cho việc thư giãn, tập thể dục, và nhiều hoạt động đa dạng khác.

C.Câu hỏi mở

8. Nêu các sự cố thường gặp liên quan đến môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị.

9. Theo Anh/chị, bệnh viện cần phải làm gì để giảm nguy cơ làm bệnh nhân té ngã?

10. Theo Anh/chị, bệnh viện cần phải làm gì để giảm nguy cơ cháy nổ trong bệnh viện

1. ĐÁP ÁN BÀI 1

Câu 1. 1=B, 2= C	Câu 8. D	Câu 15. S
Câu 2. 1= A, 2= D	Câu 9. C	Câu 16. S
Câu 3. D	Câu 10. B	Câu 17. Đ
Câu 4. D	Câu 11. E	Câu 18. Đúng
Câu 5. A	Câu 12. C	Câu 19. Đ
Câu 6. D	Câu 13. D	Câu 20. Đ
Câu 7. D	Câu 14. S	

2. Đáp án BÀI 2:

Câu 1: 1:thu thập, 2:phân tích, 3: dữ liệu, 4:nội bộ cơ sở

Câu 2: 1:sự cố, 2: tai nạn 3: lỗi, 4: trách nhiệm

Câu 3: D

Câu 4: E

Câu 5:A

Câu 6: D

Câu 7: b

3. ĐÁP ÁN BÀI 3:

Câu 1: D

Câu 2: Kê đơn, cấp phát, thực hiện thuốc

Câu 3: Dùng thuốc không được kê trong đơn, Sai về thời điểm dùng thuốc, Sai liều, sai dạng thuốc, sai trong pha chế thuốc, Sai kỹ thuật trong thực hiện thuốc, sai sót trong tuân thủ điều trị.

Câu 4: A-C-E-D-B-F-I-H-G

Câu 5: B,C,D,E,F,G,H,I,K,L

Câu 6: A,B,C,D,F,H,I,K

Câu 7: A,B

Câu 8:A,B,C,D,E,F,G,H,K,L,M.

Câu 9:

- Quá tải và mệt mỏi,

- Thiếu kinh nghiệm làm việc hoặc không được đào tạo đầy đủ, đúng chuyên ngành,
- Trao đổi thông tin không rõ ràng giữa các cán bộ y tế,
- Thiếu ánh sáng, quá nhiều tiếng ồn hay thường xuyên bị gián đoạn công việc,
- Số lượng thuốc dùng cho một người bệnh nhiều,
- Kê đơn, cấp phát hay thực hiện thuốc phức tạp,
- Nhiều chủng loại thuốc và nhiều dạng dùng,
- Nhầm lẫn về danh pháp, quy cách đóng gói hay nhãn thuốc,
- Thiếu các chính sách và quy trình quản lý thuốc hiệu quả,

Câu 10:

1S, 2Đ, 3Đ, 4S, 5S, 6Đ, 7Đ, 8S, 9Đ, 10Đ, 11Đ, 12Đ, 13Đ, 14S, 15

ĐÁP ÁN BÀI 1

Câu 1: A: Mặc phải B: Hiện diện C: Ủ bệnh	Câu 2: B: Lây qua giọt bắn C: Lây qua không khí	Câu 3: A: Tiếp xúc B: Giọt bắn C: Không khí	Câu 4. C
	Câu 5. D	Câu 6. E	Câu 7. D
Câu 8. D	Câu 9. D	Câu 10. D	Câu 11. S
Câu 12. Đ	Câu 13. Đ	Câu 14. D	Câu 15. Đ

6. ĐÁP ÁN BÀI 6:

Câu 1: 1: thông tin, 2: thiếu sót, 3: cải tiến

Câu 2: 1: liên tục, 2: thiếu hụt 3: cải tiến, 4: phổ biến

Câu 3: a,c,d

Câu 4: a,d

Câu 5: b,c,d

Câu 6: a,b

Câu 7: a,b,e

Số: 19 /2013/TT-BYT

Hà Nội, ngày 12 tháng 7 năm 2013

THÔNG TƯ

**Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng
dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện**

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

Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.

Chương I
QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn việc quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện (sau đây gọi tắt là quản lý chất lượng bệnh viện), bao gồm:

1. Nội dung triển khai quản lý chất lượng bệnh viện.
2. Hệ thống tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện.
3. Trách nhiệm thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 2. Nguyên tắc tổ chức thực hiện quản lý chất lượng

1. Lấy người bệnh làm trung tâm.
2. Việc bảo đảm và cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện, được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định.
3. Các quyết định liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện dựa trên cơ sở pháp luật, cơ sở khoa học với các bằng chứng cụ thể và đáp ứng nhu cầu thực tiễn nâng cao chất lượng của bệnh viện.
4. Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm về chất lượng bệnh viện. Tất cả cán bộ, công chức, viên chức, người lao động (gọi chung là nhân viên y tế) trong bệnh viện có trách nhiệm tham gia hoạt động quản lý chất lượng.

Chương II

NỘI DUNG TRIỂN KHAI QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 3. Xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng trong bệnh viện

1. Bệnh viện xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu chất lượng để nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng được biết. Mục tiêu chất lượng phù hợp với chính sách, pháp luật liên quan đến chất lượng và nguồn lực của bệnh viện.

2. Bệnh viện xây dựng, phê duyệt kế hoạch và lập chương trình bảo đảm, cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên. Nội dung của kế hoạch chất lượng được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm, phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

Điều 4. Duy trì quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về bệnh viện

1. Bệnh viện bảo đảm các điều kiện để được cấp giấy phép hoạt động theo lộ trình quy định tại Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ.

2. Bệnh viện đã được cấp giấy phép có trách nhiệm tiếp tục duy trì các hoạt động để bảo đảm đáp ứng quy chuẩn kỹ thuật quốc gia và các điều kiện khác do Bộ Y tế quy định.

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

1. Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và tham khảo các bộ chỉ số chất lượng bệnh viện trong nước hoặc nước ngoài.

2. Thực hiện đo lường chỉ số chất lượng trong bệnh viện.

3. Tổ chức thu thập, quản lý, lưu trữ, khai thác và sử dụng dữ liệu liên quan đến chất lượng bệnh viện.

4. Lồng ghép báo cáo chất lượng vào báo cáo hoạt động chung của bệnh viện.

5. Ứng dụng công nghệ thông tin để xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 6. Tổ chức triển khai các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Tổ chức triển khai thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn do Bộ Y tế và bệnh viện ban hành, bao gồm hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng

dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc và các văn bản hướng dẫn chuyên môn khác.

2. Tổ chức triển khai thực hiện kiểm định chất lượng nhằm đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện; tiến hành phân tích có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, bao gồm các quy trình kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh.

Điều 7. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế

1. Thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế với các nội dung chủ yếu sau:

- a) Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ;
- b) An toàn phẫu thuật, thủ thuật;
- c) An toàn trong sử dụng thuốc;
- d) Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện;
- đ) Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế;
- e) Phòng ngừa người bệnh bị ngã;
- g) An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

2. Bảo đảm môi trường làm việc an toàn cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế; tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm nghề nghiệp.

3. Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

4. Xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra.

5. Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.

Điều 8. Áp dụng bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng bệnh viện

1. Bệnh viện căn cứ vào các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để lựa chọn bộ tiêu chí, tiêu chuẩn phù hợp và triển khai áp dụng tại bệnh viện.

2. Quy trình triển khai áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng được thực hiện theo hướng dẫn của cơ quan ban hành bộ tiêu chí, tiêu chuẩn đó hoặc tổ chức chứng nhận chất lượng.

3. Sau khi bệnh viện được cấp giấy chứng nhận chất lượng cần tiếp tục duy trì và cải tiến chất lượng.

Điều 9. Đánh giá chất lượng bệnh viện

1. Triển khai thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.
2. Đánh giá hiệu quả áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp về quản lý chất lượng tại bệnh viện để đưa ra quyết định lựa chọn tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp phù hợp.
3. Bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế thường xuyên ít nhất là 03 tháng một lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế.
4. Bệnh viện xây dựng các báo cáo chất lượng và tự công bố báo cáo chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế.
5. Các cơ quản lý tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện hoặc thẩm định báo cáo chất lượng dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận theo định kỳ hằng năm hoặc đột xuất.

Chương III

HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 10. Tổ chức hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện

1. Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm: hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc bệnh viện làm chủ tịch và phó giám đốc phụ trách chuyên môn làm phó chủ tịch; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng; mạng lưới quản lý chất lượng phù hợp với quy mô của bệnh viện.
2. Bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện đa khoa hạng I thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác tùy theo quy mô, điều kiện và nhu cầu của từng bệnh viện để quyết định thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Phòng/tổ quản lý chất lượng phối hợp chặt chẽ với các khoa, phòng chức năng để thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng bệnh viện.
3. Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: được thiết lập từ cấp bệnh viện đến các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện, do phòng/tổ quản lý chất lượng làm đầu mối điều phối các hoạt động.
4. Hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện:
 - a) Chủ tịch hội đồng phân công nhiệm vụ cho các thành viên và xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện;
 - b) Chủ tịch hội đồng thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện;

c) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức các cuộc họp định kỳ và đột xuất nhằm hỗ trợ, giám sát và đưa ra các khuyến nghị liên quan đến quản lý chất lượng.

5. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng và nhân viên, thành viên mạng lưới quản lý chất lượng thực hiện theo hướng dẫn tại các Điều 11, Điều 12, Điều 13, Điều 14, Điều 15 của Thông tư này.

Điều 11. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

Hội đồng quản lý chất lượng trong bệnh viện do giám đốc bệnh viện ban hành quyết định thành lập, quy chế và duy trì hoạt động; thư ký thường trực là trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện. Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện, gồm đại diện các khoa, phòng có liên quan đến hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh.

2. Nhiệm vụ:

a) Phát hiện các vấn đề chất lượng, các nguy cơ tiềm ẩn đối với an toàn người bệnh, xác định các hoạt động ưu tiên và đề xuất các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh với giám đốc bệnh viện;

b) Giúp cho giám đốc triển khai bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận, phù hợp với điều kiện của bệnh viện;

c) Tham gia tổ chức thực hiện việc áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn chất lượng, đánh giá nội bộ chất lượng bệnh viện và thông qua báo cáo chất lượng bệnh viện;

d) Hỗ trợ kỹ thuật cho các khoa, phòng để triển khai các hoạt động của các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng do giám đốc bệnh viện phê duyệt.

Điều 12. Tổ chức và nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

a) Phòng quản lý chất lượng bệnh viện có trưởng phòng, phó trưởng phòng và các nhân viên, tùy thuộc quy mô bệnh viện và do giám đốc quyết định;

b) Tổ quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc trực tiếp phụ trách hoặc là bộ phận của một phòng chức năng do lãnh đạo phòng phụ trách.

2. Nhiệm vụ:

Là đơn vị đầu mối triển khai và tham mưu cho giám đốc, hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện về công tác quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Xây dựng kế hoạch và nội dung hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện để trình giám đốc phê duyệt;

b) Tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá, báo cáo, phối hợp, hỗ trợ việc triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng và các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng tại các khoa phòng;

c) Làm đầu mối thiết lập hệ thống quản lý sai sót, sự cố bao gồm phát hiện, tổng hợp, phân tích, báo cáo và nghiên cứu, đề xuất giải pháp khắc phục;

d) Làm đầu mối phối hợp với các khoa, phòng giải quyết các đơn thư, khiếu nại, tố cáo và các vấn đề liên quan đến hài lòng người bệnh;

đ) Thu thập, tổng hợp, phân tích dữ liệu, quản lý và bảo mật thông tin liên quan đến chất lượng bệnh viện. Phối hợp với bộ phận thống kê, tin học của bệnh viện tiến hành đo lường chỉ số chất lượng bệnh viện;

e) Triển khai hoặc phối hợp tổ chức đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

g) Tổ chức đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

h) Thực hiện đánh giá việc tuân thủ các quy định và hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế;

i) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

Điều 13. Nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng

1. Nhiệm vụ:

a) Tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng và chịu trách nhiệm về các hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng.

b) Tổng kết, báo cáo hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng, kết quả công tác cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh;

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;

d) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện;

đ) Làm thư ký của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

a) Kiểm tra và yêu cầu các khoa, phòng, cá nhân thực hiện đúng kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện;

b) Đề xuất với giám đốc việc khen thưởng, kỷ luật đối với các cá nhân và tập thể trong thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng.

Điều 14. Nhiệm vụ và quyền hạn của nhân viên phòng/tổ quản lý chất lượng bệnh viện

1. Nhiệm vụ:

a) Thực hiện các nhiệm vụ theo bản mô tả vị trí việc làm của phòng/tổ quản lý chất lượng và các công việc khác theo sự phân công của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Thu thập, phân tích, quản lý, bảo mật các dữ liệu liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện trong lĩnh vực được phân công;

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;

d) Tham gia đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng và đánh giá chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

a) Kiểm tra, giám sát các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện của các khoa, phòng;

b) Đôn đốc các cá nhân, đơn vị thực hiện các biện pháp khắc phục sau kiểm tra, giám sát;

c) Đề xuất khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

Điều 15. Các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng

1. Mỗi khoa, phòng, đơn vị (gọi tắt là đơn vị) của bệnh viện cử ít nhất một nhân viên kiêm nhiệm tham gia mạng lưới quản lý chất lượng.

2. Nhiệm vụ của các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng tại đơn vị:

a) Làm đầu mối giúp lãnh đạo đơn vị triển khai, thực hiện, theo dõi các hoạt động liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Thực hiện các kế hoạch hoạt động của mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại đơn vị;

c) Tham gia kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện theo phân công của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

Chương IV

TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Điều 16. Trách nhiệm của giám đốc bệnh viện

1. Chỉ đạo, phổ biến, quán triệt nội dung Thông tư này tới toàn thể cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện.

2. Thiết lập hệ thống tổ chức quản lý chất lượng trong bệnh viện theo hướng dẫn tại các Điều 10, Điều 11, Điều 12, Điều 15 của Thông tư này.

3. Triển khai, áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

4. Giám đốc bệnh viện bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng:

a) Triển khai các hoạt động áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

b) Duy trì và cải tiến chất lượng;

c) Tổ chức và cử cán bộ đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

d) Khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện;

đ) Hợp đồng tư vấn, đánh giá, chứng nhận chất lượng.

e) Các hoạt động nâng cao chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh khác tùy theo nhu cầu bệnh viện.

5. Bảo đảm nguồn nhân lực và đào tạo về quản lý chất lượng, bao gồm:

a) Đầu tư nguồn nhân lực cho quản lý chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công nhân viên y tế chuyên trách, kiêm nhiệm về quản lý chất lượng;

b) Tổ chức hoặc cử nhân viên y tế tham gia các khoá đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Cử nhân viên y tế chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Bảo đảm điều kiện về trang thiết bị và phương tiện:

a) Trang bị phương tiện phân tích, xử lý, lưu trữ dữ liệu quản lý chất lượng;

b) Xây dựng các công cụ và văn bản hướng dẫn về quản lý chất lượng.

7. Chỉ đạo nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác quản lý chất lượng.

8. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Điều 17. Trách nhiệm các trưởng phòng chức năng của bệnh viện

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong phòng.

2. Xây dựng mục tiêu chất lượng, lồng ghép các hoạt động quản lý chất lượng vào kế hoạch hoạt động của phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng khác áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

4. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng xây dựng kế hoạch và triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng bệnh viện.

5. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.
6. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 18. Trách nhiệm của các trưởng khoa

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong khoa.
2. Xác định các vấn đề chất lượng cần ưu tiên của khoa để chủ động cải tiến hoặc đề xuất với hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.
3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng, đơn vị khác nghiên cứu, áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại khoa được phân công phụ trách.
4. Phân công nhân viên triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng và đánh giá kết quả thực hiện.
5. Báo cáo kết quả hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng cho hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.
6. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng và các đơn vị thực hiện đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng có liên quan.
7. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.
8. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 19. Trách nhiệm của các nhân viên y tế trong bệnh viện

1. Tham gia các chương trình, kế hoạch, hoạt động cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của mình.
2. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Chương V

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 20. Lộ trình thực hiện công tác quản lý chất lượng ở bệnh viện

1. Giai đoạn I: 2013-2015
 - a) Hoàn thiện hệ thống tổ chức quản lý chất lượng tại các Sở Y tế, Y tế ngành và các bệnh viện;
 - b) Mỗi bệnh viện tổ chức hoặc cử nhân viên tham dự các khóa đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;
 - c) Bệnh viện áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để tự đánh giá và cải tiến chất lượng;
 - d) Khuyến khích các bệnh viện áp dụng thí điểm các mô hình, phương pháp chất lượng và các bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng.

2. Giai đoạn II: 2016 - 2018

- a) Bệnh viện đánh giá hiệu quả việc áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng;
- b) Đào tạo cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng bệnh viện;
- c) Tự nguyện đăng ký với tổ chức chứng nhận chất lượng để đánh giá chất lượng bệnh viện;
- d) Các cơ quan quản lý tiến hành đánh giá, thẩm định và công nhận chất lượng bệnh viện.

3. Giai đoạn III: Sau năm 2018

Bệnh viện tiếp tục áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng và đăng ký chứng nhận chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và các tổ chức chứng nhận chất lượng độc lập.

Điều 21. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 15 tháng 9 năm 2013.

Điều 22. Tổ chức thực hiện

1. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh có trách nhiệm:

- a) Làm đơn vị đầu mối tổ chức triển khai thực hiện, kiểm tra đánh giá việc thực hiện Thông tư này của các bệnh viện trực thuộc và các địa phương;
- b) Chủ trì hoặc phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng quy chuẩn, quy định, tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số về chất lượng bệnh viện;
- c) Thực hiện các nhiệm vụ khác liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Các Vụ, Cục có liên quan, tùy theo chức năng nhiệm vụ được phân công tham gia chỉ đạo và triển khai các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Y tế ngành có trách nhiệm:

- a) Phân công một lãnh đạo Sở Y tế/Y tế ngành; một lãnh đạo phòng nghiệp vụ y và một chuyên viên phụ trách công tác quản lý chất lượng của các bệnh viện do Sở Y tế, Y tế ngành quản lý;
- b) Xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng bệnh viện cho hệ thống các bệnh viện của tỉnh/ngành và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt;
- c) Phổ biến, chỉ đạo, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện Thông tư tại các bệnh viện trực thuộc; báo cáo về Bộ Y tế định kỳ hằng năm và theo yêu cầu.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị phản ánh về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế để được hướng dẫn, giải đáp hoặc xem xét giải quyết./.

Nơi nhận:

- Văn phòng Chính Phủ (P.Công báo, Cổng TTĐTCTP);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Các Thứ trưởng (để biết và chỉ đạo);
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, Văn phòng Bộ, Thanh tra Bộ;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các ngành;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, PC, KCB.

BỘ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Kim Tiến