

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH



PHẠM VĂN MÃN

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP NÂNG CAO
MỘT SỐ THÀNH TỐ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
TRONG GIAI ĐOẠN PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HƯNG YÊN - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH



PHẠM VĂN MÃN

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP NÂNG CAO
MỘT SỐ THÀNH TỐ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
TRONG GIAI ĐOẠN PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Vũ Phong Túc
PGS.TS. Nguyễn Quốc Tiến

HƯNG YÊN - 2025

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và nghiên cứu tại Trường Đại học Y Dược Thái Bình, tôi đã nhận được sự động viên, hướng dẫn tận tình và tạo điều kiện thuận lợi của Nhà trường, các Thầy giáo/Cô giáo, các anh chị đồng nghiệp, bạn bè và gia đình, nhân dịp hoàn thành luận án, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới:

Đảng uỷ, Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo Sau đại học, Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình cùng các Thầy giáo, cô giáo đã nhiệt tình giảng dạy, hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Vũ Phong Túc và PGS.TS. Nguyễn Quốc Tiến là những người Thầy đã tận tình hướng dẫn, cung cấp cho tôi những kiến thức quý báu về phương pháp nghiên cứu và định hướng cho tôi trong suốt quá trình hoàn thành luận án.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tôi xin chân thành cảm ơn các Thầy, các Cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận án đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành bản luận án.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc Sở Y tế, Ban Giám đốc và nhân viên Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên đã giúp đỡ tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận án.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới bạn bè đồng nghiệp, vợ con và người thân trong gia đình đã luôn động viên khích lệ, đồng hành cùng tôi vượt qua những khó khăn trong cuộc sống giúp tôi có động lực học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Hưng Yên, ngày tháng ... năm 2025

Phạm Văn Mẫn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Văn Mẫn, nghiên cứu sinh khóa XII, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, chuyên ngành Y tế công cộng, Tôi xin cam đoan:

Đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Vũ Phong Túc và PGS.TS. Nguyễn Quốc Tiến, các số liệu và thông tin trong luận án là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu và chưa được công bố trong bất kỳ luận án nào khác.

Hưng Yên, ngày .. tháng năm 2025

Tác giả luận án

Phạm Văn Mẫn

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ATNB	An toàn người bệnh
ATVSLĐ	An toàn vệ sinh lao động
BHYT	Bảo hiểm y tế
BYT	Bộ Y tế
CDHA	Chẩn đoán hình ảnh
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CLBV	Chất lượng bệnh viện
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CTRYT	Chất thải rắn y tế
ĐKTTB/ĐKTTĐ	Điểm kiến thức trung bình/Điểm tối đa
JCI	Joint Commission International (Tổ chức giám định chất lượng của Mỹ)
KSNK	Kiểm soát nhiễm khuẩn
NVYT	Nhân viên y tế
NKBV	Nhiễm khuẩn bệnh viện
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (Công cụ đánh giá hiệu suất để cải thiện chất lượng bệnh viện)
PDCA	Plan Do Check -Act: (Lập kế hoạch - Thực hiện - Kiểm tra - Hành động)
PHCN	Phòng hộ cá nhân
PNC	Phòng ngừa chuẩn
QLCL	Quản lý chất lượng
SCYK	Sự cố y khoa
TCVN	Tiêu chuẩn Việt Nam
TQM	Total Quality Management

(Quản lý chất lượng toàn diện)

VST

Vệ sinh tay

WHO

World Health Organization (tổ chức Y tế thế giới)

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG SỐ LIỆU

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Một số khái niệm, định nghĩa có liên quan.....	3
1.2. Một số mô hình quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh ..	6
1.3. Thực trạng an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong quản lý chất lượng bệnh viện.....	10
1.4. Một số giải pháp đảm bảo an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong quản lý chất lượng bệnh viện giai đoạn phòng chống COVID-19.....	28
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	35
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	35
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	35
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu.....	35
2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	36
2.2. Phương pháp nghiên cứu	38
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	38
2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu	38
2.3. Chỉ số và biến số trong nghiên cứu.....	43
2.3.1. Nhóm chỉ số và biến số cho mục tiêu 1.....	43
2.3.2. Nhóm biến số cho mục tiêu 2.....	44
2.4. Công cụ thu thập thông tin và tiêu chuẩn đánh giá.....	45
2.4.1. Công cụ thu thập thông tin	45
2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá	47

2.5. Các bước thực hiện đề tài.....	53
2.6. Xử lý và phân tích số liệu	58
2.7. Sai số và cách khắc phục	59
2.8. Đạo đức nghiên cứu	59
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	61
3.1. Thực trạng chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên	61
3.2. Hiệu quả một số can thiệp đảm bảo an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19	78
Chương 4. BÀN LUẬN	95
4.1. Thực trạng chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên	95
4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng bệnh viện, đảm bảo an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống COVID-19	112
KẾT LUẬN.....	129
KHUYẾN NGHỊ.....	131
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Một số thông tin chung về nhân viên y tế được nghiên cứu cứu theo nhóm tuổi	61
Bảng 3.2. Thông tin của nhân viên y tế về thâm niên công tác, trình độ chuyên môn và thời gian làm việc.....	62
Bảng 3.3. Kiến thức của nhân viên y tế về mục tiêu của an toàn người bệnh	63
Bảng 3.4. Kiến thức của nhân viên y tế về tác hại sự cố y khoa	64
Bảng 3.5. Kiến thức của nhân viên y tế về sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật	64
Bảng 3.6. Kiến thức của nhân viên y tế về sự cố y khoa liên quan đến quản lý người bệnh	65
Bảng 3.7. Kiến thức của nhân viên y tế về sự cố y khoa liên quan đến thuốc và thiết bị.....	65
Bảng 3.8. Kiến thức của nhân viên y tế về nguyên nhân dẫn đến sự cố y khoa	66
Bảng 3.9. Kiến thức của nhân viên y tế về yêu cầu của phẫu thuật chính xác	67
Bảng 3.10. Kiến thức nhân viên y tế về sai sót gặp phải trong cấp phát và sử dụng thuốc.....	67
Bảng 3.11. Kiến thức của nhân viên y tế về các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và các yếu tố làm tăng nguy cơ	69
Bảng 3.12. Kiến thức của nhân viên y tế về các đường lây truyền chính trong cơ sở y tế và nguyên nhân nhân viên y tế bị phơi nhiễm	70
Bảng 3.13. Kiến thức của nhân viên y tế về sử dụng bơm truyền dịch cho người bệnh	70
Bảng 3.14. Quan điểm và thái độ của nhân viên y tế về an toàn người bệnh.	71
Bảng 3.15. Kết quả khảo sát thực hành rửa tay/sát khuẩn tay đúng quy định khi tiêm/truyền.....	73
Bảng 3.16. Kết quả khảo sát thực hành 5 đúng khi tiêm/truyền.....	73

Bảng 3.17. Kết quả khảo sát nội dung khác khi thực hành khi tiêm/truyền...	74
Bảng 3.18. Thông tin về đối tượng nghiên cứu	74
Bảng 3.19. Hải lòng của người bệnh về khả năng tiếp cận.....	75
Bảng 3.20. Hải lòng của người bệnh nội trú về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh	75
Bảng 3.21. Hải lòng của người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ trong khám chữa bệnh.....	75
Bảng 3.22. Hải lòng của người bệnh về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	76
Bảng 3.23. Hải lòng của người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ.....	76
Bảng 3.24. Thông tin chung của nhân viên y tế trước và sau can thiệp	78
Bảng 3.25. Kết quả đánh giá kiến thức đúng của nhân viên y tế về một số nội dung an toàn người bệnh trước và sau can thiệp	79
Bảng 3.26. Tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức về an toàn người bệnh trước và sau can thiệp.....	82
Bảng 3.27. Tỷ lệ mắc sự cố y khoa trước và sau can thiệp.....	83
Bảng 3.28. Hải lòng người bệnh về khả năng tiếp cận trước và sau can thiệp	84
Bảng 3.29. Hải lòng người bệnh sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh trước và sau can thiệp	84
Bảng 3.30. Hải lòng người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ khám chữa bệnh trước và sau can thiệp.....	85
Bảng 3.31. Hải lòng người bệnh về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế trước và sau can thiệp	85
Bảng 3.32. Hải lòng người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ trước và sau can thiệp.....	86
Bảng 3.33. Kết quả thay đổi kiến thức của nhân viên y tế về các biện pháp phòng ngừa chung tại bệnh viện để đảm bảo an toàn người bệnh trong phòng chống dịch COVID-19	86

Bảng 3.34. Kết quả thay đổi kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp để kiểm soát lây nhiễm COVID-19 trong cơ sở khám chữa bệnh	87
Bảng 3.35. Kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát lây nhiễm COVID-19.....	88
Bảng 3.36. Kiến thức của nhân viên y tế về nguyên tắc sử dụng phương tiện PHCN trong phòng chống dịch COVID-19	89
Bảng 3.37. Kiến thức của nhân viên y tế về các loại phương tiện phòng hộ cá nhân trong phòng chống dịch COVID-19	90
Bảng 3.38. Kiến thức của nhân viên y tế về xử lý dụng cụ ăn uống của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19.....	91
Bảng 3.39. Kiến thức của nhân viên y tế về xử lý đồ vải của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19.....	92
Bảng 3.40. Kiến thức của nhân viên y tế về nơi cần vệ sinh khử khuẩn bề mặt trong phòng chống COVID-19	93
Bảng 3.41. Kiến thức của nhân viên y tế về nơi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật người bệnh nhiễm COVID-19	94

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về sự cố y khoa	63
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về các nội dung trong giải pháp của WHO khuyến cáo về An toàn người bệnh	66
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về mục tiêu và các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật.....	68
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn bệnh viện.....	68
Biểu đồ 3.5. Kiến thức đạt chung của nhân viên y tế về an toàn người bệnh.	71
Biểu đồ 3.6. Phân bố sự cố y khoa theo chuyên khoa năm 2021	72
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu năm 2021	72
Biểu đồ 3.8. Quan điểm của nhân viên y tế về đảm bảo an toàn cho người bệnh trong phòng chống COVID-19	77
Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức về phòng chống COVID-19.	77
Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về sự cố y khoa trước và sau can thiệp.....	80
Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về tác hại sự cố y khoa trước và sau can thiệp	80
Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng các giải pháp của WHO khuyến cáo về an toàn người bệnh trước và sau can thiệp	81
Biểu đồ 3.13. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về mục tiêu và các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật trước và sau can thiệp..	81
Biểu đồ 3.14. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn bệnh viện trước và sau can thiệp.....	82
Biểu đồ 3.15. Tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu trước và sau can thiệp	83

ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển nhanh chóng của khoa học kỹ thuật và công nghệ thông tin đã tạo điều kiện thuận lợi cho nâng cao năng suất, chất lượng nhưng cũng tạo ra nhiều thách thức cho mỗi ngành nghề, đơn vị, địa phương trong việc quản lý chất lượng. Chất lượng và hệ thống quản lý chất lượng đã trở thành một công cụ quan trọng nhằm đạt được sự phát triển trên cơ sở năng suất - chất lượng - hiệu quả.

Y tế là ngành thuộc lĩnh vực an sinh xã hội đã có nhiều giải pháp trong việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, trong đó có việc đổi mới thái độ và phong cách phục vụ của nhân viên y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh [1]; Quản lý chất lượng bệnh viện với mục tiêu cải tiến nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh, đem đến cho người bệnh một dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng, an toàn là nhiệm vụ cấp thiết với các bệnh viện. Việc áp dụng mô hình quản lý chất lượng, xây dựng hệ thống chất lượng theo ISO 9001 với các chỉ số hiệu suất (KPI - Key Performance Indicators), mô hình Six Sigma, ... đang được một số bệnh viện ở Việt Nam áp dụng để thực hiện cải tiến chất lượng (Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương) [2].

Những năm gần đây vấn đề biến đổi khí hậu và mô hình bệnh tật trong quần thể có nhiều thay đổi, bệnh không lây nhiễm ngày một tăng cao, nhiều bệnh truyền nhiễm đã xuất hiện trở lại, sự xuất hiện và diễn biến phức tạp của đại dịch COVID-19 đã tác động trực tiếp đến hệ thống y tế và mọi mặt của xã hội, nhiều điểm yếu của hệ thống y tế bao gồm cả hệ điều trị và hệ phòng bệnh đã được bộc lộ, đòi hỏi việc bảo vệ an toàn cho nhân viên y tế tham gia chống dịch và trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người bệnh ngày càng cao, dịch vụ khám chữa bệnh ngày càng chất lượng, an toàn hơn [3], [4]. Vì vậy,

các bệnh viện cần có những cải thiện nhằm nâng cao chất lượng, đặc biệt là xây dựng bệnh viện an toàn trong phòng chống dịch COVID-19.

Điện Biên là tỉnh miền núi biên giới nằm phía Tây Bắc Việt Nam, cách thủ đô Hà Nội gần 500 km; Tỉnh Điện Biên có đường biên giới Quốc gia với Trung Quốc và Lào. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên là một trong 4 bệnh viện tuyến tỉnh của tỉnh Điện Biên, cùng với xu thế phát triển của ngành y tế cả nước, công tác quản lý chất lượng bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên được coi trọng, xác định là nhiệm vụ trọng tâm, là hoạt động xuyên suốt của các khoa phòng. Bệnh viện đã áp dụng các giải pháp nâng cao quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn phòng chống dịch trong đó xác định an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm là “xương sống”, “cột móng” cho các hoạt động của bệnh viện. Thực trạng quản lý chất lượng bệnh viện ra sao? Đảm bảo an toàn người bệnh như thế nào? Để đánh giá hiệu quả, nhân rộng các giải pháp, mô hình đảm bảo an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm cũng như các thành tố khác của mô hình quản lý bệnh viện trong giai đoạn phòng chống COVID-19? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Thực trạng và hiệu quả giải pháp nâng cao một số thành tố chất lượng bệnh viện trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên”**.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. *Mô tả thực trạng chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021.*
2. *Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức đảm bảo an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021- 2023.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Một số khái niệm, định nghĩa có liên quan

1.1.1. An toàn người bệnh, chất lượng và chất lượng bệnh viện:

* ATNB được hiểu là sự bảo đảm cho người bệnh không bị tổn thương thêm trong suốt thời gian điều trị tại bệnh viện, hoặc tránh hoặc giảm thiểu được mức độ nguy cơ tiềm ẩn và kết quả không mong muốn trong quá trình người bệnh điều trị tại bệnh viện, hoặc làm giảm hết mức có thể nguy cơ gây tổn hại không cần thiết liên quan đến chăm sóc y tế [4], [5], [6].

* Lấy người bệnh làm trung tâm: là một nguyên tắc, triết lý trong chăm sóc y tế, nhấn mạnh việc đặt nhu cầu, mong muốn, quyền lợi và trải nghiệm của người bệnh làm trung tâm của mọi hoạt động chăm sóc, điều trị và phục vụ. Cụ thể, "lấy người bệnh làm trung tâm" có nghĩa là: Tôn trọng người bệnh, Cá nhân hóa chăm sóc, Tăng cường giao tiếp và minh bạch thông tin, Hợp tác trong điều trị, Cải thiện trải nghiệm của người bệnh, Lợi ích của việc "lấy người bệnh làm trung tâm": Tăng sự hài lòng và tin tưởng của người bệnh, Cải thiện kết quả điều trị, Giảm sai sót và khiếu nại, Xây dựng hình ảnh chuyên nghiệp, nhân văn cho cơ sở y tế [2], [4].

* *Chất lượng*: là một khái niệm đã xuất hiện từ lâu, đứng ở những góc độ khác nhau, tùy theo mục tiêu, nhiệm vụ sản xuất kinh doanh có thể đưa ra những quan niệm về chất lượng xuất phát từ sản phẩm, từ người sản xuất hay từ đòi hỏi của thị trường [1], [2]. Như vậy, chất lượng của một hàng hoá, sản phẩm, dịch vụ hay quá trình là mức độ của một tập hợp các đặc tính vốn có của nó đáp ứng được các yêu cầu đối với sản phẩm ở mức độ dự đoán trước về tính đồng đều và có thể tin cậy được, tại mức chi phí thấp và được thị trường chấp nhận.

Chất lượng bệnh viện là toàn bộ các khía cạnh liên quan đến người bệnh, người nhà người bệnh, NVYT, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ

thuật; các yếu tố đầu vào, yếu tố hoạt động và kết quả đầu ra của hoạt động khám, chữa bệnh. Một số khía cạnh CLBV là khả năng tiếp cận dịch vụ, sự hài lòng của người bệnh, người bệnh là trung tâm,... đặc biệt là đảm bảo chất lượng ATNB, hướng về NVYT, trình độ chuyên môn, kịp thời, tiện nghi, công bằng, hiệu quả [7], [8], [9].

1.1.2. Sự cố y khoa: SCYK là điều bất trắc xảy ra với người bệnh hoặc liên quan tới người bệnh. 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, SCYK có thể phòng ngừa và không thể phòng ngừa [5], [6].

* *Phân loại sự cố y khoa:* Tùy theo mục đích sử dụng mà có các cách phân loại SCYK khác nhau:

+ Phân loại SCYK theo mức độ nguy hại đối với người bệnh, 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 bệnh [4], [6].

+ Phân loại theo danh mục SCYK các cơ sở y tế phải báo cáo: Sự cố do phẫu thuật, thủ thuật: Phẫu thuật, thủ thuật nhầm vị trí trên người bệnh; phẫu thuật, thủ thuật nhầm người bệnh; phẫu thuật, thủ thuật sai phương pháp trên người bệnh; sót gạc, dụng cụ: panh, kéo,... tử vong trong hoặc ngay sau khi phẫu thuật, thủ thuật thường quy.

+ Phân loại SCYK theo đặc điểm chuyên môn: Y học mang tính xác suất và bất định cao, người bệnh thường phải trải qua nhiều can thiệp phẫu thuật, thủ thuật, được đưa thuốc, hóa chất vào cơ thể nên dễ gây phản ứng dẫn đến sự cố bất khả kháng.

+ Hiệp hội ATNB Thế giới phân loại SCYK theo 6 nhóm sự cố gồm:

1) Nhầm tên người bệnh. 2) Thông tin bàn 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.

+ Phân loại theo lỗi cá nhân và hệ thống [4]: Về lý thuyết cũng như thực tiễn các hoạt động của thầy thuốc như khám bệnh, điều trị,... kể cả các hoạt động hành chính đều có thể gây rủi ro trực tiếp hoặc gián tiếp trên người bệnh. SCYK có thể do lỗi cá nhân người hành nghề, có thể do lỗi hệ thống như các chính sách không phù hợp, các quy định chưa lấy người bệnh làm trung tâm, thiếu nhân lực, thiếu phương tiện phục vụ người bệnh.

1.1.3. Khái niệm khám bệnh, chữa bệnh và chất lượng khám chữa bệnh

* *Khám bệnh*: là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp được công nhận [10].

* *Chữa bệnh*: là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh [10].

* *Chất lượng khám chữa bệnh*: Chất lượng khám chữa bệnh bao hàm hai cấu phần riêng biệt là chất lượng vận hành (functional quality) là cách thức người bệnh được nhận dịch vụ (tiếp cận dịch vụ) và chất lượng chuyên môn (technical quality) là chất lượng của việc cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh (năng lực và kết quả điều trị) [10].

Để cụ thể hóa chất lượng khám chữa bệnh, Viện Y học của Mỹ (IOM-Institute of Medicine) đúc kết và được WHO cho là một tiêu chuẩn thiết thực. Trong đó chỉ rõ tiêu chuẩn để đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe gồm có sáu lĩnh vực sau đây: An toàn, hiệu quả, lấy người bệnh làm trung tâm, đúng lúc, hiệu suất và công bằng. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra mô hình PATH (PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital) để cụ thể hóa chất lượng khám chữa bệnh [3].

1.1.4. Khái niệm về quản lý, quản lý chất lượng khám chữa bệnh

* *Quản lý*: là làm cho mọi người làm việc có hiệu quả, khái niệm này đề cập đến quản lý con người và điều kiện làm việc của con người. Vấn đề đặt ra là làm sao cho mọi thành viên trong tổ chức y tế hay trong cộng đồng tùy theo chức năng, nhiệm vụ và điều kiện cụ thể đều phải làm việc theo kế hoạch một cách tích cực, có trách nhiệm để đạt được mục tiêu đề ra [3].

* *Quản lý chất lượng khám chữa bệnh*: Quản lý chất lượng là một cách làm cho một tổ chức cải thiện liên tục những sản phẩm và dịch vụ để đạt đến hoạt động tốt hơn [10]. Theo tổ chức tiêu chuẩn quốc tế ISO 9000:2015 “Quản lý chất lượng là việc quản lý các hoạt động có phối hợp để định hướng và kiểm soát một tổ chức liên quan đến chất lượng” [11]. Quản lý chất lượng trong lĩnh vực khám chữa bệnh là hoạt động đảm bảo người bệnh nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe có nhiều cách gọi khác nhau như: Chất lượng dịch vụ y tế, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, chất lượng khám chữa bệnh, chất lượng chăm sóc sức khỏe, chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chất lượng bệnh viện, trong nghiên cứu này chúng tôi thống nhất sử dụng thuật ngữ “*chất lượng bệnh viện*” [10].

* *Quản lý chất lượng bệnh viện*: Quản lý CLBV là quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện với mục đích thiết lập một hệ thống đo lường và quản lý công tác chăm sóc điều trị người bệnh theo một cách thức mà có thể cung cấp một chế độ chăm sóc, điều trị tối ưu, ATNB [10], [12].

1.2. Một số phương pháp, công cụ và mô hình quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh

1.2.1. Quản lý chất lượng dựa trên các bộ tiêu chuẩn

Bộ Y tế ban hành, tổ chức đánh giá, chứng nhận tiêu chuẩn CLBV theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh và Nghị định số 87/2011/NĐ-CP của Chính phủ quy định cụ thể về tổ chức và hoạt động chứng nhận chất lượng ở Việt Nam [10], [13].

1.2.2. Quản lý chất lượng theo ISO (International Organization for Standardization)

ISO là tổ chức tiêu chuẩn hóa quốc tế soạn thảo ra bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng cho các tổ chức/doanh nghiệp, một số tiêu chuẩn được áp dụng trong lĩnh vực y tế. Đã có một số bệnh viện áp dụng hệ thống quản lý chất lượng ISO 9001-2008. Hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học ISO 15189 là một trong các bộ tiêu chuẩn được xây dựng dành cho các phòng thí nghiệm, phù hợp với các khoa xét nghiệm bệnh viện [13], [14].

1.2.3. Chu trình cải tiến chất lượng, quản lý chất lượng toàn diện (TQM - Total Quality Management)

Quản lý chất lượng toàn diện (TQM): Mục tiêu của TQM là cải tiến chất lượng sản phẩm, dịch vụ và nâng cao sự thoả mãn khách hàng ở mức tốt nhất. Đặc điểm nổi bật của TQM so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt mục tiêu chất lượng đã đề ra.

1.2.4. Quản lý theo mục tiêu (MBO: Management By Objectives)

Phương pháp quản lý theo mục tiêu được Peter Drucker mô tả đầu tiên vào năm 1954. Để thực hiện tốt quản lý theo mục tiêu yêu cầu phải đảm bảo nguyên tắc SMART: S (Specific): rõ ràng, dễ hiểu; M (Measurable): đo lường được; A (Achievable): có thể đạt được; R (Realistic): phù hợp giữa khả năng thực hiện so với thực tế nguồn lực của bệnh viện; T (Time bound): kế hoạch, công việc thực hiện mục tiêu, chỉ tiêu phải có thời hạn cụ thể để hoàn thành [7].

1.2.5. Thực hiện công cụ 5S

5S là một công cụ cải tiến năng suất chất lượng có nguồn gốc từ Nhật Bản. Tên gọi của 5S xuất phát từ những chữ cái S trong tiếng Nhật: Seiri, Seiton, Seiso, Sheiketsu và Shitsuke. Tiếng Anh là: Sort, Systematize, Sweep, Standardize và Self-discipline. Dịch sang tiếng Việt là sàng lọc (S1), sắp xếp (S2), sạch sẽ (S3), sắp sọc (S4) và sẵn sàng (S5).

Trong công tác y tế, việc áp dụng 5S là điểm khởi đầu trong sự phát triển những hoạt động cải tiến để đảm bảo rằng dịch vụ y tế là dễ tiếp cận hơn, thích hợp hơn, và giá cả phù hợp hơn cho tất cả người bệnh. Thực hiện 5S giúp nâng cao an toàn và phòng ngừa các rủi ro một cách chủ động đặc biệt trong nhằm lẫn thuốc, hóa chất,... gây ra những sự cố có thể tử vong [2].

1.2.6. Thực hiện hệ thống báo cáo sự cố y khoa và hiệu quả

Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trong các bệnh viện [12]. Trong đó có hướng dẫn việc báo cáo các sai sót chuyên môn của các cơ sở y tế. Việc công khai minh bạch thông tin về SCYK làm giảm áp lực của cộng đồng cho ngành Y tế và ngành Y tế dễ nhận được sự thông cảm, chia sẻ của người bệnh và cộng đồng trước tính chất phức tạp và đa dạng của SCYK [15]. Hệ thống báo cáo SCYK của bệnh viện bao gồm các văn bản quy định về việc triển khai thực hiện báo cáo SCYK tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và phòng ban, phân loại báo cáo SCYK tự nguyện và bắt buộc, danh mục SCYK bắt buộc phải báo cáo; các biểu mẫu báo cáo [12]. Bộ Y tế ban hành Thông tư số 43/2018/TT-BYT về việc hướng dẫn phòng ngừa SCYK trong các cơ sở khám chữa bệnh [16].

1.2.7. Công tác phòng ngừa chuẩn

PNC là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho tất cả người bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm chăm sóc của người bệnh, dựa trên nguyên tắc coi tất cả máu, chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Thực hiện PNC giúp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm với máu, chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) cho dù không nhìn thấy máu, chất tiết qua da không lành lặn và niêm mạc [17]. PNC bao gồm các nội dung: VST; sử dụng phương tiện PHCN; vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho; sắp xếp người bệnh; tiêm

an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn; vệ sinh môi trường; xử lý dụng cụ; xử lý đồ vải; xử lý chất thải [18]. PNC nhằm mục đích hạn chế sự lây truyền cho NVYT và người bệnh cũng như từ người bệnh sang người bệnh, người bệnh sang môi trường nhằm bảo đảm an toàn và nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh [4].

Ngoài một số mô hình quản lý CLBV và ATNB, việc quản lý CLBV và nâng cao chất lượng ATNB trong bệnh viện còn phải dựa vào hành lang pháp lý: Thông tư 19/2013/TT-BYT của Bộ Y tế về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện [12], Luật số 15/2023/QH15 Quốc hội khoá 15 Luật Khám bệnh, chữa bệnh [10]. Thông tư số 43/2018/BYT ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế về hướng dẫn phòng ngừa SCYK trong các cơ sở Khám bệnh, chữa bệnh [16].

1.2.8. Quản lý chất lượng bệnh viện đảm bảo an toàn người bệnh trong giai đoạn diễn biến phức tạp của đại dịch COVID-19

Các biện pháp kiểm soát lây nhiễm COVID-19 trong các cơ sở khám chữa bệnh gồm các biện pháp sau [16]: VST theo 5 thời điểm và 6 bước. Sử dụng phương tiện PHCN phù hợp theo tình huống như khi xử lý máu, dịch tiết, chất tiết hay khi dự kiến sẽ tiếp xúc với máu, dịch tiết, chất tiết. Thực hiện quy tắc vệ sinh hô hấp khi ho, hắt hơi. Thực hiện dự phòng tổn thương do vật sắc nhọn trong khi chăm sóc người bệnh. Xử lý dụng cụ chăm sóc người bệnh tái sử dụng đúng quy trình. Thu gom, vận chuyển, xử lý đồ vải bảo an toàn. Vệ sinh môi trường chăm sóc người bệnh. Xử lý chất thải đúng quy định. Sắp xếp người bệnh an toàn [17], [18].

**** Các biện pháp phòng ngừa tổng hợp:***

- Phải kết hợp đồng thời nhiều biện pháp KSNK, bao gồm cả tổ chức quy trình sàng lọc, cách ly, vệ sinh môi trường, quản lý chất thải, sử dụng

đúng phương tiện PHCN; Kiểm soát lây nhiễm trong vận chuyển, giải phẫu và xử lý thi hài, kiểm soát lây nhiễm tại phòng xét nghiệm [17].

- Định kỳ đánh giá thực hành phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm SARS-CoV-2 trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Dịch bệnh COVID-19 đã trở thành một trong những đại dịch được cho là đã làm thay đổi cả thế giới. Trong môi trường bệnh viện với những đặc thù riêng, công tác đảm bảo ATNB trong ứng phó với dịch COVID-19 phải được quan tâm và thực hiện một cách nghiêm túc đồng thời chúng ta cũng linh hoạt thay đổi giải pháp trong chiến lược này theo từng giai đoạn dịch, theo tình hình thực tế về biến chủng của virus, về nhu cầu thực hiện mục tiêu kép, về năng lực phòng, chống dịch, đặc biệt là năng lực, kinh nghiệm xét nghiệm và tiêm chủng [18], [19].

Trong giai đoạn dịch bùng phát, Bộ Y tế đã xây dựng hướng dẫn an toàn vệ sinh lao động cho NVYT trong phòng, chống dịch *Covid-19* phù hợp với tình hình và điều kiện của Việt Nam là rất quan trọng và cấp thiết nhằm bảo vệ sức khỏe và an toàn cho NVYT và ATNB [19]. Bộ tiêu chí “Bệnh viện An toàn phòng, chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp” được xây dựng và ban hành để chỉ đạo, hướng dẫn các bệnh viện đánh giá thực trạng công tác chuẩn bị, ứng phó với COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp khác, giúp bảo vệ người bệnh, người nhà người bệnh và NVYT phòng ngừa lây nhiễm. Trên cơ sở thực hiện hoạt động đánh giá theo Bộ tiêu chí này, bệnh viện sẽ xác định được những vấn đề ưu tiên để bảo đảm hoạt động khám, chữa bệnh an toàn trong bối cảnh xảy ra dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp khác [20].

1.3. Thực trạng an toàn người bệnh và lây người bệnh làm trung tâm trong quản lý chất lượng bệnh viện

1.3.1. Thực trạng an toàn người bệnh

1.3.1.1. Trên thế giới

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc áp dụng các công cụ quản lý chất lượng, với mục đích hạn chế các SCYK. Tại Mỹ, hầu hết các bang đã thông qua Luật về báo cáo SCYK vào năm 2003 và sửa đổi vào năm 2004. Các nước như Australia, Canada, New Zealand đã thực hiện hệ thống báo cáo SCYK bắt buộc và hệ thống báo cáo tự nguyện tại các cơ sở y tế [5].

Từ những năm 2000 nhiều quốc gia đã tiên phong trong nghiên cứu SCYK không mong muốn như Mỹ, Australia, Anh, Canada, Đan Mạch, Hà Lan, các nghiên cứu đều sử dụng phương pháp hồi cứu trên bệnh án và giống nhau về tiêu chí đánh giá. Kết quả cho thấy tần suất SCYK từ 3,7%-16,6% người bệnh nhập viện. Các chuyên gia y tế Mỹ ước tính ít nhất có 44.000 - 98.000 người bệnh tử vong trong các bệnh viện của Mỹ hàng năm do các SCYK. Số người chết vì SCYK trong các bệnh viện của Mỹ cao hơn tử vong do tai nạn giao thông [21].

Viện Y học Mỹ báo cáo gần đây tại Mỹ cho thấy từ 1.500 đến 2.500 các trường hợp phẫu thuật sai vị trí xảy ra hàng năm tại nước này. Điều tra 1.050 phẫu thuật viên thấy 21% trong số họ đã từng ít nhất 1 lần mổ sai vị trí trong sự nghiệp của mình. Sự cố nhầm vị trí phẫu thuật chiếm tỷ lệ 1/27.686 người bệnh nhập viện hoặc 1/112.994 trường hợp phẫu thuật. Một nghiên cứu gần đây cũng cho biết trong số 559.910 ca phẫu thuật, 154 trường hợp SCYK đã được báo cáo. Độ tuổi trung bình của người bệnh là 48,67 và 56,6% là nữ. Tỷ lệ SCYK là 0,259/1000 trường hợp. 77 trường hợp SCYK (53,10%) không có hậu quả, 47 (32,41%) có hậu quả nhẹ và 21 (14,48%) có hậu quả nghiêm trọng [22]. Các báo cáo tại Úc đã cho thấy tầm quan trọng của SCYK về thuốc và phẫu thuật [23]. Ngoài ra, vấn đề NKBV cũng là vấn đề đáng lo ngại tại các bệnh viện hiện nay, nó ảnh hưởng đến 1,7 triệu người bệnh mỗi năm. Năm 2014, tỷ lệ NKBV ở Mỹ là 4,0% [24]. Tại châu Âu, từ năm 1996-2007 tỷ lệ NKBV là 7,1%; năm 2011 - 2012 tỷ lệ này là 6,0%. Tỷ lệ NKBV thay đổi theo loại bệnh viện, cao nhất ở bệnh viện tuyến 1 là 7,2%;

sau đó là bệnh viện chuyên khoa ở mức 6,0% và giảm xuống 5,0% ở cả bệnh viện hạng trung (tuyến tỉnh, huyện) [25].

Sự hài lòng của người bệnh là một thước đo quan trọng về chất lượng chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu của tác giả Ayenew Takele Alemu và cộng sự cho thấy sự hài lòng của người bệnh nội trú tại Ethiopia chưa cao chiếm 57,4% [26]. Một nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy mức độ hài lòng chung của người bệnh nội trú và ngoại trú thường bị ảnh hưởng bởi giao tiếp với bác sỹ; mức độ sạch sẽ của bệnh viện và mức phí chấp nhận được với $p < 0,001$ [27].

Tác giả Demiss MG và cộng sự lại cho biết sự hài lòng chung của người bệnh là 89,3% (CI 95%: 87,2-91,2). Sự khác biệt về giới tính, thông tin về phòng ngừa bệnh tái phát, khả năng tiếp cận vệ sinh là những yếu tố ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng của người bệnh [28]. Nghiên cứu của tác giả Li J và cộng sự cho biết người bệnh ở các bệnh viện tuyến 2, tại tỉnh Jinlin Trung Quốc thường phàn nàn về thời gian chờ đợi, thái độ chưa đúng mực của NVYT và chi phí điều trị quá cao [29].

Tác giả Liu và cộng sự cho biết qua nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại các bệnh viện nông thôn từ 11 tỉnh miền Tây Trung Quốc. Đối tượng bao gồm cả người bệnh ngoại trú và nội trú, kết quả cho thấy người bệnh hài lòng với các dịch vụ y tế tại nông thôn của các tỉnh được nghiên cứu với điểm số hài lòng tổng thể trung bình là $3,61 \pm 0,857$ và $3,80 \pm 0,829$ (trong tổng số tối đa) [30]. Nghiên cứu tại Nigeria, tác giả Obi Ikechukwu và cộng sự cho thấy chỉ có 47,3% người bệnh hài lòng với dịch vụ chăm sóc khi nhập viện. Hơn một nửa trong số họ (51,8%) hài lòng với môi trường bệnh viện và cung cấp điện trong bệnh viện (62,4%). Tỷ lệ hài lòng với bác sỹ (90%), y tá (64,1%) và nhân viên hồ sơ (60,6%) được đánh giá là lịch sự và chuyên nghiệp [31].

Một trong những nội dung tiếp trong đảm bảo CLBV và ATNB đó là công tác PNC. Nghiên cứu của tác giả Sandra EA và cộng sự cho biết trong

một nghiên cứu tại Ghana là hầu hết những NVYT có kiến thức về cơ bản PNC thấp: chỉ 37,0% NVYT biết PNC bao gồm VST trước và sau khi tiếp xúc trực tiếp với người bệnh; 40,0% NVYT biết về các kỹ thuật vô trùng liên quan đến PNC [32]. Nghiên cứu của tác giả SU Arinze-Onyia và cộng sự chỉ ra trong số các NVYT được điều tra có 74,6% có kiến thức về thời điểm PNC; trên 90% đồng ý rằng PNC hữu ích trong đảm bảo ATNB và họ cho rằng nên đào tạo PNC thường xuyên cho NVYT [33]. Tác giả Nair S và cộng sự chỉ rõ VST được công nhận là biện pháp hàng đầu để ngăn ngừa lây truyền chéo vi sinh vật. Đối với các bệnh nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện, việc tuân thủ các hướng dẫn VST của NVYT là rất quan trọng trong việc ngăn ngừa sự lây truyền bệnh giữa người bệnh với người bệnh và người bệnh với NVYT [34].

1.3.1.2. Ở Việt Nam

Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về thực hiện quản lý chất lượng đảm bảo ATNB, một số nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành về quản lý của nhân viên quản lý bệnh viện ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ cán bộ chưa được đào tạo về quản lý CLBV còn chiếm tới 89,2% [35].

ATNB được xem là trung tâm về chất lượng chăm sóc sức khỏe, đây là vấn đề đang rất được quan tâm hiện nay. Tuy nhiên, các dữ liệu về an toàn trong y tế của Việt Nam chưa thật sự đầy đủ, các nghiên cứu vẫn tập trung chủ yếu về NKBV. Nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Huế cho biết tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện ở trẻ sơ sinh là 5,86%; tỷ lệ tử vong chiếm 16,4%; Các vi khuẩn thường gặp: *Klebsiella pneumoniae* chiếm 52,9%, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter agglomerans*, *Enterobacter cloacae* đều có tỷ lệ 11,8%. *E.coli* và *Staphylococcus Aureus* chỉ chiếm 5,9% ($p < 0,05$) [36].

An toàn trong bệnh viện chỉ đạt được khi sự tuân thủ quy trình chăm sóc người bệnh được đảm bảo. Muốn có tuân thủ quy trình đúng thì phải có kiến thức và thái độ đúng đắn ngay khi còn trong thời gian học nghề. Một nghiên cứu của Phạm Thị Vui và cộng sự cho thấy sinh viên đạt kiến thức, thái độ tiêu chuẩn an toàn tương ứng với tỷ lệ 72%; 85,6%. Sinh viên có kiến

thức tiêm tĩnh mạch an toàn thực hiện được mũi tiêm tĩnh mạch an toàn cao gấp 8,67 lần so với sinh viên không đạt kiến thức tiêm an toàn sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Sinh viên có thái độ tiêm an toàn tốt và có kiến thức tiêm an toàn cao gấp 11,9 lần so với không có thái độ tiêm an toàn tốt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Sinh viên có thái độ tiêm an toàn tốt thực hiện được mũi tiêm an toàn cao gấp 9,9 lần so với thái độ tiêm tĩnh mạch an toàn không tốt [37]. Nghiên cứu của tác giả Võ Thị Ngọc Hân và cộng sự cho biết tỷ lệ điều dưỡng viên thực hiện mũi tiêm tĩnh mạch an toàn mới chỉ đạt là 62,9% [38]. Nghiên cứu của Bá Chí Thanh tại Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh cho thấy kiến thức chung về tiêm an toàn có tỷ lệ đạt 76,2% [39]. Nghiên cứu của Trần Thị Nga lại cho biết kiến thức đúng về KSNK của NVYT Bệnh viện Y Dược Cổ truyền Sơn La là 80%. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng chưa cao ở một số nội dung như các biện pháp phòng tránh NKBV (65,2%); vị trí lưu giữ phương tiện phòng hộ (66,7%); thực hành trong PNC (76,8%) và nguyên tắc khử khuẩn; tiệt khuẩn (73,9%) [40].

Khi đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Ninh Giang tỉnh Hải Dương, tác giả Chu Hùng Cường và cộng sự cho biết tỷ lệ hài lòng của người bệnh chỉ đạt là 23,6%; yếu tố liên quan được xác định là thời gian chờ đợi; tương tác giao tiếp với NVYT, cơ sở vật chất và kết quả khám chữa bệnh [41]. Nghiên cứu tại phòng khám đa khoa Cầu Diễn, thành phố Hà Nội tác giả Nguyễn Văn Phi cho biết người bệnh chưa hài lòng với thời gian tiếp cận dịch vụ y tế chiếm 41,3% - 82,5%; hài lòng về sự giao tiếp, tương tác với NVYT là 89,7% - 94,5%; hài lòng với bác sỹ là 86,9% - 93,7%); Tỷ lệ hài lòng chung về chất lượng dịch vụ chung đạt 97,8%. Tuy nhiên, người bệnh chưa hài lòng với công trình vệ sinh của phòng khám [42]. Tác giả Phùng Thị Hồng Hà và cộng sự cho biết tại Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba, tỉnh Quảng Bình, người bệnh chưa hài lòng với các dịch vụ mà bệnh viện cung cấp. Đặc biệt là vấn đề đội ngũ NVYT, chất

lượng khám chữa bệnh và chi phí chữa bệnh [43]. Trong khi đó nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh khám, chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội tác giả Nguyễn Văn Hân và cộng sự cho biết tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ là 89,9%, trong đó mức độ hài lòng về kết quả khám bệnh là 95,4%, khả năng giới thiệu cho người khác sử dụng dịch vụ y tế đạt tỷ lệ 94%, nhưng tỷ lệ hài lòng của người bệnh lại thấp hơn ở tiêu chí chi phí khám chữa bệnh [44].

Tác giả Phạm Minh Khuê và cộng sự cho biết sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ y tế tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng. Kết quả cho thấy có 85,0% người bệnh hài lòng về dịch vụ y tế của bệnh viện. Các yếu tố ảnh hưởng đến chưa hài lòng ở người bệnh là: Người bệnh trên 60 tuổi ($OR = 1,82$; $p < 0,05$), người bệnh không có thẻ bảo hiểm y tế ($OR=2,52$; $p < 0,05$) [45]. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thúc Thi và cộng sự cho biết tỷ lệ người bệnh cảm thấy hài lòng với thái độ tiếp xúc của NVYT lần lượt là 95,8% đối với bác sỹ và 94,0% đối với điều dưỡng viên [46]. Tác giả Nguyễn Hữu Thắng nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bệnh viện tại Việt Nam được thực hiện trên nhiều đối tượng và địa điểm khác nhau. Sự hài lòng được đánh giá dựa trên thang đo Likert. Kết quả cho thấy sự hài lòng chung đối với chất lượng dịch vụ y tế đều ở mức trung bình [47]. Việc xác định được các yếu tố trong từng khâu khám bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến sự hài lòng chung của quy trình khám chữa bệnh [48].

Về công tác PNC, nghiên cứu của tác giả Cao Thị Thu Lý tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức cho thấy kiến thức cơ bản về PNC đạt 22,2% [49]. Tỷ lệ tuân thủ đúng thực hành PNC ở NVYT còn rất thấp, chỉ có hơn 20% số NVYT có thực hành tốt các yêu cầu về PNC khi thực hành nghề nghiệp [50]. Tác giả Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự thực hiện nghiên cứu tại Bệnh

viện Việt Tiệp Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng viên có kiến thức tốt về quy trình điều dưỡng với điểm trung bình 0,88 (SD:0,04), tuy nhiên lại có kiến thức chưa tốt về mục xử lý rác thải với điểm trung bình 0,60 (SD:0,01). Thực hành của điều dưỡng viên về VST đạt điểm số cao nhất (\bar{X} : 2,51; SD: 0,04), ngược lại thực hành về giám sát nhiễm khuẩn chưa tốt (\bar{X} : 2,15; SD:0,05) [51].

Tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai cho thấy tỷ lệ đạt kiến thức chung cho VST khử khuẩn và tiệt khuẩn là 28,4%. Trong đó, VST có tỷ lệ đạt cao nhất là 60,1%; thấp nhất là kiến thức phân loại chất thải rắn y tế đạt 19,8%. Tỷ lệ đạt của thực hành chung cho VST, khử khuẩn và tiệt khuẩn và phân loại chất thải rắn y tế là thấp (21,4%) [52].

1.3.2. Thực trạng quản lý chất lượng bệnh viện

1.3.2.1. Trên thế giới

Nghiên cứu của tác giả Assena Stoimenova và cộng sự trên 312 bệnh viện ở Bulgaria đã được chứng nhận tiêu chuẩn ISO 9001 xác nhận rằng một hệ thống đã giúp tăng hiệu quả hoạt động, giảm sai sót, cải thiện ATNB và xây dựng một phương thức tiếp cận phòng ngừa [53].

Tại Trung Quốc, nghiên cứu của Hua-fen Wang cho thấy việc công nhận tiêu chuẩn JCI có thể giúp các hệ thống y tế nâng cao nhận thức và khả năng ngăn chặn các sự cố về thuốc và đạt được các cải thiện chất lượng thành công, số lượng sự cố về thuốc đã giảm từ 92 sự cố trong năm 2012 xuống còn 64 sự cố trong năm 2014 [54].

Tác động của phương pháp quản lý 5S về sự hài lòng của người bệnh và người chăm sóc. Một nghiên cứu bán thực nghiệm ở Senegal, kết quả cho thấy 5S có khả năng cải thiện sự hài lòng của người bệnh tại các cơ sở y tế còn thiếu thốn về nguồn lực [55]. Nghiên cứu của tác giả Heba H Hijazi nhằm xem xét tác động của việc áp dụng quản lý CLBV lấy người bệnh làm trung

tâm. Kết quả chỉ ra rằng việc NVYT đã nhận thức được tầm quan trọng của bệnh viện lấy người bệnh là trung tâm, điều đó đã hỗ trợ đảm bảo CLBV trong các cơ sở khám chữa bệnh [56].

Đánh giá CLBV qua công tác PNC, một nghiên cứu trên 4.439 NVYT của 34 cơ sở y tế tại Pháp, có 25% đã được đào tạo về PNC trong 5 năm trước đó, trong khi có 72,6% câu trả lời đúng về VST nhưng chỉ có 7,3% câu trả lời đúng xử lý vật sắc nhọn và kim tiêm. Điều dưỡng viên ở các khoa có người bệnh lưu dài ngày, chuyên khoa tâm thần có kiến thức về PNC thấp nhất [57].

Nghiên cứu của Ndu AC và cộng sự cho thấy kiến thức cơ bản về PNC thấp; chỉ có 37,0% NVYT biết rằng PNC bao gồm VST trước và sau khi tiếp xúc trực tiếp với người bệnh; 39,0% biết về vệ sinh khi ho và 40% biết xử lý dụng cụ. Khoảng 25% NVYT biết không đậy nắp kim sau khi sử dụng; có 63% NVYT cho rằng sử dụng phương tiện PHCN đầy đủ đôi khi có thể khiến người bệnh lo sợ; 38% NVYT cho là tuân thủ thực hiện PNC có thể làm giảm khả năng thao tác chăm sóc người bệnh. Trong một số tình huống cấp cứu cho người bệnh, NVYT không kịp thực hiện đầy đủ tất cả quy trình chi tiết của PNC (44%) và thỉnh thoảng phương tiện PHCN không có sẵn [58].

Nghiên cứu của một tác giả Osagiede EF và cộng sự về kiến thức và thực hành các biện pháp PNC của NVYT tại các cơ sở y tế công lập cấp 1 và cấp 2 ở Bang Edo ở Nigeria. Kết quả cho biết hầu hết NVYT (94,5%) nhận thức về PNC qua các đồng nghiệp. Kết quả chỉ 10,6% có kiến thức tốt, những người có kiến thức về PNC khá là 70,5% và kiến thức kém là 18,9%. Thực hành các biện pháp PNC của các NVYT ở mức độ thấp [59]. Tyagi Mukta và cộng sự cho biết khi NVYT có kiến thức đúng về PNC sẽ có thực hành đúng.

Một trong những vấn đề liên quan trực tiếp và thường xuyên đến NVYT đang công tác tại bệnh viện là VST. Trước và sau mỗi lần khám bệnh, công

việc bắt buộc và mang tính thường quy của mỗi NVYT là VST. Đặc biệt, trước mỗi lần chuẩn bị can thiệp xâm lấn trên người bệnh thì VST là vấn đề hết sức quan trọng. Không chỉ trước khi tiến hành can thiệp xâm lấn mà tất cả mọi thao tác có tiếp xúc với người bệnh hoặc tiếp xúc trực tiếp với các dụng cụ y tế đã tiệt khuẩn như: trước hoặc sau khi mang găng tay, trước hoặc sau khi tiếp xúc với dụng cụ trong buồng bệnh, hoặc tiếp xúc với chất thải bệnh viện,... đều đòi hỏi NVYT phải tuân thủ mọi yêu cầu mang tính bắt buộc là phải VST và khử khuẩn bàn tay theo đúng quy trình [60].

1.3.2.2. Việt Nam

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã đưa ra Bộ tiêu chí đánh giá CLBV với 83 tiêu chí, nhằm khuyến khích và định hướng các bệnh viện thực hiện các hoạt động cải tiến và nâng cao CLBV, đảm bảo ATNB và sự hài lòng của NVYT nhưng phù hợp với bối cảnh của đất nước [61]. Đến năm 2016, Bộ Y tế tiếp tục ban hành bản cập nhật về Bộ tiêu chí Chất lượng bệnh viện Việt Nam [2].

Tác giả Trịnh Thị Lý đã nghiên cứu về mô hình quản lý CLBV và đề xuất giải pháp áp dụng tại Hải Phòng, kết quả là đã có nhiều mô hình quản lý cho một tổ chức, đồng thời có thể áp dụng cho bệnh viện, trong đó 3 mô hình được áp dụng thành công ở nhiều nước và nhiều bệnh viện, đó là quản lý CLBV theo tiêu chuẩn quốc tế ISO, TQM, JCI. Tiêu chuẩn ISO được áp dụng cho mọi tổ chức, có bề dày nhất và dễ thực hiện. Tiêu chuẩn JCI dành riêng cho các dịch vụ y tế và bệnh viện, tổ chức chứng thực - công nhận Quốc tế có uy tín, nhưng mô hình mới, chi phí cao, quá trình công nhận kéo dài [62].

Với cán bộ, NVYT, hệ thống quản lý chất lượng theo ISO 9001:2000 đã góp phần giúp họ nâng cao CLBV (81,7%); xây dựng nề nếp làm việc khoa học (84,3%); phối hợp tốt hơn để thực hiện công việc (90%); phối hợp thuận tiện trong công việc (97,9%) [63]. Nghiên cứu của Lại Đức Trí tại Thái Bình cho biết thực trạng quản lý CLBV và ATNB tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái

Bình, kết quả cho biết là phần lớn NVYT có kiến thức về 5S khá tốt: có 54,3% NVYT hiểu đúng về khái niệm 5S; 85,7% có kiến thức đúng về 5S; phần lớn NVYT có thái độ đúng về thực hiện 5S [64]. Tác giả Nguyễn Minh Quân nghiên cứu về xây dựng “mô hình đo lường chất lượng khám chữa bệnh” dựa trên mô hình lý thuyết đo lường chất lượng bệnh viện PATH với 6 thành tố, tương ứng với 6 nhóm chỉ số. Mỗi nhóm chỉ số, xây dựng chỉ số chất lượng cụ thể đại diện cho chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện. Kết quả là ATNB chưa được tốt với tỷ lệ NKBV cao là 4,4% và tuân thủ quy trình kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc chưa cao là 72,2% [35]. Việc áp dụng 5S đã cho thấy thời gian lĩnh thuốc BHYT ngoại trú đã được cải thiện từ 19,7 phút xuống còn 17,2 phút; quãng đường di chuyển trung bình cho 1 toa thuốc từ 32,41m xuống còn 21,58m và tủ thuốc trực cấp cứu được sắp xếp trật tự, ngăn nắp, dễ tìm kiếm, tránh sai sót. Ngoài ra, 5S đã góp phần nâng cao chất lượng, giảm chi phí về vận hành, tăng mức độ an toàn cho người bệnh, xây dựng niềm tin của người bệnh và tăng nguồn thu cho đơn vị [35].

Tỷ lệ tuân thủ VST theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 là 62% tổng số đối tượng được điều tra, đối tượng tuân thủ VST cao nhất là kỹ thuật viên với tỷ lệ trên 70%; bác sỹ và sinh viên là đối tượng tuân thủ VST kém nhất, chỉ chiếm 41% - 43% [65]. Trong công tác PNC, vai trò của người điều dưỡng rất quan trọng, họ là những “chiến sĩ tuyến đầu” thường xuyên tiếp xúc và chăm sóc người bệnh. Họ đã đóng góp vào sự thành công chung trong công tác đảm bảo ATNB và nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe người bệnh. Do vậy khi họ có kiến thức và thực hành tốt về PNC sẽ làm giảm thiểu nguy cơ NKBV nâng cao CLB.V. Tác giả Vũ Thị Bích Huyền và cộng sự đã minh chứng qua nghiên cứu của mình [66]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thăng Tùng và cộng sự cũng cho biết tỷ lệ kiến thức VST của NVYT như sau: Giỏi, khá đạt 80,8 %; trung bình 19,2%. Tỷ lệ tuân thủ thực

hành VST chung là 55,9 % trong đó tuân thủ theo từng đối tượng là: Bác sỹ đạt 42,3%; ĐDV/KTV đạt 59,6%; Hộ lý đạt 46,9%. Tỷ lệ kiến thức của NVYT tể đạt trên mức trung bình đạt 73%; tỷ lệ chung tuân thủ VST đạt 55,9%; tỷ lệ bỏ lỡ cơ hội VST của bác sỹ 57,7%; trong đó 77,4% bỏ lỡ cơ hội VST do chưa có phương tiện VST khi khám bệnh, chữa bệnh; chỉ còn 22,6% bỏ lỡ VST khi có phương tiện VST [67].

Tác giả Nguyễn Kim Chi và cộng sự cũng cho biết tỷ lệ NVYT tuân thủ VST là 64,9%; tỷ lệ NVYT có kiến thức về VST là 46,4%; tỷ lệ NVYT có thực hành VST đúng là 26,1%. Trong số các NVYT thì đối tượng là nữ hộ sinh có tỷ lệ tuân thủ VST cao nhất (76,0%). Tỷ lệ NVYT tuân thủ VST theo 5 thời điểm của Tổ chức Y tế thế giới lần lượt là 46,8%; 83,8%; 67,0%; 67,4% và 60,6%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành VST thường quy. Trong đó NVYT có kiến thức đúng thì có thực hành cao hơn 2,53 lần so với NVYT có kiến thức chưa đúng [68].

Với nhận định của WHO và các nhà khoa học, nguy cơ có thể xuất hiện các biến chủng COVID-19 mới nguy hiểm hơn làm cho dịch diễn biến phức tạp khó lường. Do vậy, đã có nhiều quốc gia thay đổi chiến lược ứng phó dịch bệnh từ cố gắng dập tắt dứt điểm sang sống chung an toàn với dịch bệnh. Tại Việt Nam, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết 128/NQ-CP ngày 11/10/2021 về việc ban hành quy định tạm thời “thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch COVID-19”, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 4800/QĐ-BYT ngày 12/10/2021 hướng dẫn thực hiện Nghị quyết 128/NQ-CP của Chính phủ [69].

Về ATNB và an toàn phòng chống dịch nói chung và phòng chống COVID-19 nói riêng, công tác quản lý CLBV và ATNB ngày càng được quan tâm; mặc dù trong bối cảnh hiện tại dịch đã được kiểm soát tốt, bệnh dịch COVID-19 đã chuyển sang nhóm B. Tuy nhiên, công tác đảm bảo ATNB vẫn

phải được đảm bảo. Tác giả Trần Thị Len và cộng sự cho thấy, trong thời điểm dịch COVID-19 vẫn còn diễn biến phức tạp thì yếu tố ảnh hưởng tích cực đến công việc của NVYT là trách nhiệm và đạo đức nghề y; chuyên môn; mối quan hệ xã hội như hỗ trợ từ gia đình, đồng nghiệp, sự hợp tác của NB và chính sách, hỗ trợ nhà nước, xã hội [70].

1.3.3. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm trong quản lý nâng cao chất lượng bệnh viện

1.3.3.1. Trên thế giới

Thế giới có rất nhiều các nghiên cứu đề cập đến các biện pháp để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và đảm bảo văn hoá ATNB nước các nghiên cứu về quản lý CLBV, PNC, báo cáo SCYK, thực hiện 5S, nâng cao kiến thức và thực hành của NVYT về ATNB,...

NVYT có kiến thức tốt về PNC sẽ giúp cho việc đảm bảo ATNB. Nghiên cứu của tác giả Amoran OE và cộng sự cho biết với 421 NVYT được phỏng vấn, đa số (77,9%) mô tả đúng các biện pháp PNC; Khoảng 70,1% NVYT thường đeo găng tay trước khi tiếp xúc với NB hoặc các sản phẩm chăm sóc NB; 12,6% cho biết VST trước khi đeo găng; 10,7% VST sau khi tháo găng và 72,4% thay găng tay sau mỗi NB. Đa số (98,6%) người được hỏi cho là lý do chính cho việc không tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chung là không có sẵn thiết bị [71]. Tác giả Assena S và cộng sự chỉ ra việc thực hiện triển khai và có hệ thống chất lượng ISO 9001 giúp tăng hiệu quả hoạt động, giảm thiểu sai sót, cải thiện ATNB và tạo ra một cách tiếp cận phòng ngừa tốt [53].

Tại bệnh viện ở Nigeria các tác giả cho biết tổng điểm kiến thức và thái độ trung bình đối với các biện pháp PNC là trên 90%; nhưng điểm thực hành trung bình là 50,8%. Đa số NVYT có kiến thức kém về an toàn tiêm và bị phàn nàn về việc không đủ nguồn lực để thực hành các biện pháp PNC [72].

Hamed Sarani và cộng sự thực hiện một nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ NVYT tham gia nghiên cứu này có kiến thức kém về PNC là 43%; 42% có thực hành PNC mức trung bình; 37% có thái độ vừa phải về nhiễm trùng bệnh viện [73].

5S là một trong những công cụ phổ biến hơn được sử dụng để đạt được chăm sóc sức khỏe. Một số nghiên cứu đã cho thấy tác dụng của dụng 5S trong chăm sóc sức khỏe. Khi thực hiện 5S, NVYT không nên tập trung vào việc sắp xếp tổ chức. Thay vào đó, họ cần xem xét cách họ giải quyết tới tất cả những thứ đến với họ và những gì bên trong môi trường của họ; điều này sẽ giúp tạo ra một 5S nơi làm việc. Chẳng hạn như các bác sỹ không tập trung vào việc sắp xếp phòng mổ của họ. Thay vào đó, họ có một quy trình xác định để chuẩn bị cho một ca phẫu thuật: họ VST theo một cách nhất định; các công cụ được sử dụng được xác định trước và đặt ra một cách cụ thể. Dụng cụ được kiểm tra và đếm theo cách tiêu chuẩn cho từng ca phẫu thuật mỗi ngày, mặt khác việc lấy người bệnh làm trung tâm là yếu tố hàng đầu để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Điều này coi như là một chiến lược để cải tiến CLBV [74].

NVYT có nguy cơ bị nhiễm trùng nghề nghiệp và tiếp xúc với nhiều loại nhiễm trùng liên quan đến vi rút, vi khuẩn. Biện pháp PNC là một cách để ngăn chặn sự lây lan NKBV có thể ở dạng máu, dịch tiết, chất thải của cơ thể, dịch cơ thể và màng nhầy có thể chứa các tác nhân lây nhiễm dễ lây lan nhằm đảm bảo ATNB. Một số nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh sự còn thiếu hụt nhiều biện pháp trong PNC. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên tất cả điều dưỡng viên ở Iran. Kết quả cho thấy 94,1% số người đã được tiêm vắc xin chống lại HBV, nhưng phần lớn trong số họ không tuân theo các chương trình kiểm tra Anti-HBs, HBsAg, Anti-HBV, Anti-HBC và Anti-HIV. Trong số họ có 45,2% có ít nhất một lần bị thương do kim đâm trong đời và có 20,10% bị thương trong năm ngoái. Các kết quả cho thấy trung bình và

độ lệch chuẩn của điểm kiến thức và thái độ của điều dưỡng viên liên quan đến các biện pháp PNC lần lượt là $22,9 \pm 3,21$ và $43,88 \pm 5,3$ [75].

Tác giả Moussa Benboubker và cộng sự khi nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành đối với các biện pháp PNC tại Bệnh viện Hassan ở Maroc. Kết quả cho thấy chỉ có 28,72% NVYT cho rằng đã được đào tạo về PNC; có 87,7% số họ có thực hành VST khi di chuyển từ NB này sang NB khác; 75,7% số họ cho rằng sự cần thiết phải thay găng tay mỗi khi họ làm việc với NB mới [76]. Tác giả Osagiede EF và cộng sự cũng thực hiện một nghiên cứu đánh giá kiến thức và thực hành các biện pháp PNC cho các NVYT tại các cơ sở công lập cấp 1 và cấp 2 ở Bang Edo. Với số mẫu là 217 NVYT. Kết quả chỉ ra hầu hết NVYT (94,5%) nhận thức về PNC chủ yếu từ đồng nghiệp của họ, 23 (10,6%) người có kiến thức tốt, khá (70,5%) hoặc kém (18,9%). Thực hành PNC chỉ có (1%) có thực hành tốt [59].

Điều dưỡng viên là những người trực tiếp chăm sóc người bệnh và cải thiện sức khỏe cho người bệnh. Một nghiên cứu là đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của điều dưỡng viên đối với biện pháp PNC. Kết quả cũng cho thấy rằng hầu hết các điều dưỡng viên có kiến thức tốt về biện pháp PNC, nhưng hầu hết số họ có thực hành không đạt yêu cầu và họ không sử dụng các biện pháp PNC để kiểm soát sự lây nhiễm [77]. Tác giả Veena Saroji H và cộng sự lại cho biết về kiến thức, thực hành về PNC của NVYT khá tốt đó là 86,5% có nhận thức về VST; 64% sử dụng phương tiện PHCN; 78,8% trong vệ sinh hô hấp; 93,5% trong thực hành tiêm an toàn và 18,5% thực hành tốt quản lý chất thải y tế [78]. Một trong những nội dung rất quan trọng của PNC đó là VST. VST là biện pháp chính để giảm nhiễm trùng. Tuân thủ VST, đó là phương pháp tiếp cận mới đã được chứng minh có hiệu quả và ATNB toàn cầu.

Tuy nhiên, thực tế VST vẫn còn nhiều bất cập như mức độ tuân thủ chung là 43,2% [79]. Tỷ lệ tuân thủ VST của các bác sỹ được đào tạo cao hơn

hơn những người chưa được đào tạo trước khi tiếp xúc với người bệnh và sau môi trường (48% so với 82%); Tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT đã qua đào tạo cao hơn những người chưa qua đào tạo (20% so với 73%) [80].

1.3.3.2. Việt Nam

Một số nghiên cứu tại Việt Nam trong thập kỷ qua cũng cho thấy thực trạng công tác đảm bảo ATNB được được quan tâm và có những kết quả nhất định. Bộ Y tế từ năm 2012 đã có tài liệu hướng dẫn NVYT về công tác KSNK để đảm bảo ATNB [81]. Trong một số năm qua BHYT cũng đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo để nâng cao CLBV và đảm bảo ATNB [2], [82], [83].

NKBV hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế đang là vấn đề y tế toàn cầu do làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, kéo dài ngày nằm viện và tăng chi phí điều trị. Một số nghiên cứu của Đào Xuân Quảng và Trương Anh Thư cũng cho bức tranh về NKBV vẫn đang là một nội dung liên quan đến đảm bảo ATNB [84], [85]. Tác giả Quách Thành Hưng và cộng sự khi nghiên cứu kiến thức thái độ về phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng viên Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tỷ lệ điều dưỡng viên có kiến thức đạt về KSNK là 52,4%, tỷ lệ điều dưỡng viên có thái độ tích cực về phòng ngừa NKBV là 97,6% [86]. KSNK là việc áp dụng đồng bộ các biện pháp nhằm ngăn ngừa sự lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn trong thực hành khám bệnh, chữa bệnh, là nội dung quan trọng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hà cho biết nếu có những can thiệp đúng và kịp thời thì tỷ lệ điều dưỡng viên có thực hành VST được tăng lên rõ rệt từ 54,2% lên 96,4% [87].

Việc báo cáo SCYK trong các cơ sở y tế, hiện cũng còn nhiều bất cập, chưa được thực hiện một cách đầy đủ và đúng nội dung, đúng thời điểm. Nghiên cứu của tác giả Kiều Quang Phát về phân tích số liệu thứ cấp báo cáo về SCYK tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, có 365 SCYK được

NVYT của bệnh viện báo cáo. Trong đó: Điều dưỡng viên thực hiện báo cáo 62,7%; Cán bộ thuộc chuyên môn khối nội báo cáo 52,6%; Hình thức báo cáo tự nguyện 97,5%; Một số thông tin ghi nhận trong báo cáo SCYK: mô tả ngắn gọn về sự cố 100%; xử trí ban đầu 87,9%; thông báo sự cố tới người bệnh 47,7%; ghi nhận sự cố vào hồ sơ bệnh án 23,8%. Kết quả cũng chỉ ra thông tin báo cáo chưa đầy đủ theo yêu cầu [88].

Quyền được thông tin - được báo trước và chọn lựa là quyền cơ bản của người sử dụng dịch vụ, người bệnh tại Việt Nam được pháp luật thừa nhận quyền này tại Điều 7 và Điều 10; đồng thời NVYT có nghĩa vụ đảm bảo quyền này của người bệnh theo quy định tại Điều 36 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh [10]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Niệm cũng chỉ ra việc lồng ghép thông tin hướng dẫn với quy trình kỹ thuật là giải pháp hiệu quả đảm bảo chất lượng và quyền thông tin của người bệnh [89].

Trong hoàn cảnh dịch bệnh COVID-19 và các bệnh truyền nhiễm mới nổi và tái nổi khác thì việc đảm bảo CLBV và ATNB lại càng được coi trọng. Việc chuẩn bị cho NVYT về kiến thức, thái độ và sự tự tin là quan trọng để vượt qua các đợt dịch bệnh. Tác giả Phạm Thái Sơn và cộng sự nghiên cứu sự chuẩn bị và nhận thức của NVYT tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trong phòng chống dịch COVID-19 cho kết quả điểm số chuẩn bị trung bình của NVYT là $20,6 \pm 3,3/29$ điểm với các tiêu chí kiến thức, thực hành và thái độ của NVYT tham gia ở mức độ cao [90]. Một nghiên cứu khác của tác giả Võ Đức Chiến và cộng sự nghiên cứu kết quả quản lý phòng chống nhiễm COVID-19 cho NVYT và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho biết hoạt động phòng chống COVID-19 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương có điểm trung bình năm 2020 đạt 82,7%, năm 2021 đạt 96,7% và năm 2022 đạt 98,7% theo Bộ Tiêu chí An toàn phòng chống COVID-19. Tỷ lệ nhiễm COVID-19 ở NVYT sau tiêm mũi 2 và mũi 3 chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 46,5% và 44,5% [91]. Trong khi đó, tác giả

Bùi Thanh Vân cho biết là trong giai đoạn bệnh COVID-19 bùng nổ, thì tỷ lệ NVYT bị vấn đề sức khỏe chiếm 19,5% là lo âu; Stress là 8% và trầm cảm là 5,7% [92].

Tác giả Ngô Thị Kim Yên và cộng sự cũng cho biết trong số 602 NVYT được khảo sát, tỷ lệ có biểu hiện rối loạn lo âu ở mức rất cao (70,1%). Tỷ lệ đối tượng rối loạn lo âu nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 6,6%; 18,8% và 44,6% tổng số đối tượng [93]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Tiến Định đã chỉ ra việc nâng cao chất lượng nguồn lực cán bộ y tế cũng là giải pháp để đảm bảo CLBV và ATNB [94]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Tự cho biết là đa số điều dưỡng bệnh viện đều được tập huấn và đào tạo lại về PNC (93%); tỉ lệ điều dưỡng viên bệnh viện đều có kiến thức đúng về đối tượng áp dụng PNC chiếm cao chiếm 90,1%; kể đúng thứ tự các bước trong quy trình VST là 78,2%; trả lời đúng mục đích của sử dụng phương tiện PHCN chiếm tỉ lệ cao là 93,7%; tỷ lệ điều dưỡng viên bệnh viện đạt kiến thức về một số nội dung trong PNC là 83,8%. Tỷ lệ cao điều dưỡng viên có thái độ tích cực về một số quy định PNC đạt cao chiếm 93,3% [95].

Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Trung cũng chỉ ra tỷ lệ NVYT bệnh viện đều có kiến thức đúng về đối tượng áp dụng PNC chiếm cao chiếm 97,6%. Tỷ lệ NVYT kể đúng thứ tự các bước trong quy trình VST chưa cao (44,2%). Tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt về VST là 79,7%; trong đó điều dưỡng viên là 80,3%; bác sĩ là 79,7%; các đối tượng khác là 78,5%. Thực hành về PNC của NVYT: tuân thủ VST chiếm tỷ lệ cao là 92%. NVYT đã nắm rõ quy trình rửa tay, với 5 thời điểm rửa tay, 6 bước mỗi bước ít nhất 5 lần, và thời gian tối thiểu 30s chiếm tỷ lệ gần tuyệt đối là 99% [96]. Trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hiệp tại Bệnh viện sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi cho biết tỷ lệ kiến thức đạt về VST thường quy của điều dưỡng viên, hộ sinh là 82,7%; tỷ lệ điều dưỡng viên, hộ sinh tuân thủ VST thường quy là 31,8% [97].

Sự hài lòng của người bệnh và NVYT là một trong những kênh để đánh giá CLBV. Bộ Y tế đã có Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28/8/2019 ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng của người bệnh và NVYT. Nghiên cứu của tác giả Cao Lập Đức cho biết tỷ lệ hài lòng chung là 41,2%; hài lòng về khả năng đáp ứng mong đợi là 83,5%. Tìm thấy mối liên quan giữa sự hài lòng chung với số lần khám, tên phòng khám [98]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học thành phố Hồ Chí Minh, cho biết người bệnh hài lòng nhất là về quy trình 1 (63,24%), thấp nhất là quy trình 4 (0%). Ngưỡng thời gian chờ đợi làm hài lòng người bệnh từ quy trình 1 đến quy trình 3 lần lượt là dưới 57 phút, dưới 145 phút và dưới 300 phút [99].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tùng tại Bệnh viện Mắt Hải Phòng cho biết sự hài lòng của người bệnh nội trú về khả năng tiếp cận thông tin trong khám chữa với điểm hài lòng trung bình là $3,4 \pm 0,06$; Điểm hài lòng trung bình người bệnh nội trú là $3,6 \pm 0,05$; ngoại trú là $3,4 \pm 0,06$ [100]. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy 89,4% người bệnh/người nhà người bệnh hài lòng chung về công tác điều dưỡng, trong đó yếu tố “thái độ, kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng viên” có tỷ lệ hài lòng cao nhất chiếm 97,7%, yếu tố có tỷ lệ hài lòng thấp nhất là yếu tố “thủ tục hành chính” [101].

Thực hiện 5S mang lại những lợi ích là: 5S giúp tạo ra một môi trường làm việc thuận tiện, thoải mái cho mọi vị trí. 5S giúp giảm thiểu/ loại bỏ các lãng phí tại các công đoạn trong một quá trình như rút ngắn thời gian tìm kiếm, loại bỏ các lỗi chủ quan của con người. 5S giúp giảm thiểu các chi phí hoạt động từ đó nâng cao ưu thế cạnh tranh. 5S giúp nâng cao an toàn và phòng ngừa các rủi ro một cách chủ động đặc biệt trong nhầm lẫn thuốc, hóa chất,... gây ra những sự cố có thể dẫn đến tử vong [35], [64]. Tuy nhiên việc áp dụng triển khai 5S không phải lúc nào cũng thuận lợi, nghiên cứu của tác giả Lã Ngọc Quang và cộng sự

tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang cho biết giai đoạn lập kế hoạch và chuẩn bị những yếu tố cần thiết để triển khai thực hiện 5S tất cả các yếu tố khảo sát đạt 4-4,5/5 điểm, giai đoạn kiểm tra đạt 4 - 4,5/5 điểm, riêng yếu tố ý thức áp dụng 5S của lãnh đạo và nhân viên chưa tốt [102].

1.4. Một số giải pháp đảm bảo an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong quản lý chất lượng bệnh viện giai đoạn phòng chống COVID-19

1.4.1. Giải pháp an toàn người bệnh trong phẫu thuật

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

Để đảm bảo ATNB trong phẫu thuật cần thống nhất những quan điểm sau: 1) Cần phải xem xét phòng ngừa SCYK trong phẫu thuật như là một vấn đề y tế công cộng mang tính toàn cầu. 2) Trách nhiệm không chỉ từng cá nhân mà là của cả hệ thống y tế (từ bệnh viện đến ngành Y tế, các chính sách có liên quan đến y tế). 3) Cần tăng cường nghiên cứu về SCYK, triển khai hệ thống báo cáo SCYK.

* Mười mục tiêu an toàn phẫu thuật:

Theo khuyến cáo của WHO thì 10 mục tiêu chính trong việc thực hiện An toàn phẫu thuật đó là [5], [6]: 1) Phẫu thuật đúng người bệnh, đúng vùng mổ. 2) Sử dụng các phương pháp giảm đau phù hợp tránh gây tổn hại cho người bệnh. 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 người bệnh 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.

1.4.2. Giải pháp an toàn trong sử dụng thuốc cho người bệnh

Sử dụng thuốc không an toàn và sự cố về sử dụng thuốc là những nguyên nhân hàng đầu gây ra tổn hại trong việc chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu. Sự cố về sử dụng thuốc xảy ra khi hệ thống quản lý chất lượng yếu kém; các yếu tố chủ quan như NVYT mệt mỏi, điều kiện môi trường làm việc kém hay thiếu nhân lực đều ảnh hưởng tới an toàn sử dụng thuốc. Việc này có thể dẫn tới tổn hại nghiêm trọng cho người bệnh, gây tàn phế và thậm chí tử vong. Đại dịch COVID-19 kéo dài đã và đang làm trầm trọng thêm nguy cơ xảy ra sự cố về sử dụng thuốc và các tổn hại có liên quan đến thuốc. Các giải pháp được đưa ra an toàn trong sử dụng thuốc [16]: 1)Giải pháp mang tính hệ thống. 2)Xây dựng các giải pháp với các đối tượng có liên quan: Bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng. 3)Giám sát và quản lý sai sót.

1.4.3. Giải pháp an toàn trong truyền máu - Tiêm truyền tĩnh mạch

Đưa thuốc, dịch truyền và máu vào lòng mạch phải tuân thủ nguyên tắc 5 đúng: đúng thuốc/dịch truyền, đúng liều dùng/hàm lượng, đúng người bệnh, đúng đường dùng, đúng giờ và phải ghi chép đầy đủ, rõ ràng theo đúng quy định. Điều dưỡng viên phải có kiến thức về dịch truyền, truyền máu, hiểu và sử dụng hiệu quả phương tiện dụng cụ, thực hành truyền dịch, truyền máu an toàn, kiểm soát tốc độ truyền, chăm sóc và theo dõi, nhận biết và xử trí được những tai biến có thể xảy ra trong và sau khi tiêm truyền. Nguyên tắc truyền dịch: Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn. Đảm bảo sự an toàn về quản lý dịch truyền. Tuyệt đối không để không khí vào tĩnh mạch. Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực máu của người bệnh. Đảm bảo thời gian truyền dịch theo đúng chỉ định của bác sỹ. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trước, trong và sau khi truyền. Phát hiện các dấu hiệu sớm của phản ứng và xử lý kịp thời [103].

1.4.4. Phòng ngừa chuẩn

Thực hiện PNC giúp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm với máu, chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) cho dù không nhìn thấy máu, chất tiết qua da không lành lặn và niêm mạc [104]. PNC bao gồm các nội dung: VST; sử dụng phương tiện PHCN; vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho; sắp xếp người bệnh; tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn; vệ sinh môi trường;

xử lý dụng cụ; xử lý đồ vải; xử lý chất thải [104], [105]. Việc tuân thủ các biện pháp của PNC đóng vai trò ngăn ngừa sự lây nhiễm trong bệnh viện từ đó giảm tỉ lệ tử vong, giảm thời gian nằm viện, rút ngắn chi phí điều trị.

1.4.5. Giải pháp tổng hợp quản lý chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19

** Giải pháp về kiện toàn, thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện*

- Cấp phép: Bảo đảm các điều kiện cần thiết của cơ sở khám chữa bệnh, bao gồm thỏa mãn các điều kiện cho chăm sóc người bệnh và môi trường làm việc cho người cung cấp dịch vụ để có thể cung cấp được các dịch vụ an toàn và đảm bảo chất lượng [106].

- Cấp chứng chỉ: Bảo đảm các điều kiện tối thiểu về kiến thức, kỹ năng và thực hành của người hành nghề khám chữa bệnh, bao gồm cả bác sỹ, điều dưỡng viên và hộ sinh [10].

- Chuẩn hóa: Bao gồm việc xây dựng và ban hành các quy chuẩn kỹ thuật, các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quy trình chuyên môn, kỹ thuật, các danh mục thuốc, trang thiết bị, các quy trình chăm sóc điều dưỡng và các yêu cầu chuẩn hóa khác. Các chuẩn và hướng dẫn phù hợp với điều kiện của quốc gia và phải sử dụng hệ thống quản lý chất lượng. Các tiêu chuẩn chất lượng và các hướng dẫn có thể được xây dựng bởi tổ chức trong nước hay thừa nhận bộ tiêu chuẩn, hướng dẫn Quốc tế [107].

** Các hoạt động cơ bản về quản lý chất lượng trong khám chữa bệnh*

- + Lấy người bệnh làm trung tâm vừa là mục tiêu vừa là một trong bốn phương pháp tiếp cận cơ bản nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh nói riêng và dịch vụ y tế nói chung [12]. Tôn trọng quyền của người bệnh đã được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh [2], [10]. Để thực thi quyền của người bệnh, Chính phủ, đã ban hành Nghị định 96/2011/NĐ-CP về xử phạt hành chính trong lĩnh vực khám chữa bệnh [108]. BHYT ban hành Quyết định số

29/2008/QĐ-BYT về Bộ Quy tắc ứng xử của NVYT trong các cơ sở y tế [109]. BHYT chỉ đạo thiết lập đường dây nóng trong bệnh viện [16], [110] giúp Lãnh đạo bệnh viện nắm bắt được các ý kiến phản hồi của người sử dụng dịch vụ trong đó có việc cải thiện chất lượng dịch vụ. Hòm thư góp ý trong bệnh viện [15] cũng được áp dụng ở hầu hết các bệnh viện công lập. Bộ Y tế cũng đã ban hành nhiều Quyết định, Thông tư mới để phù hợp với công tác khám chữa bệnh trong giai đoạn hiện nay với nhiều dịch bệnh mới nổi và tái nổi [16], [20], [111].

+ Trong quy định kiểm tra của bệnh viện phải thực hiện điều tra đánh giá về mức độ hài lòng của người bệnh. Quản lý chất lượng ATNB dựa trên tiêu chuẩn, hướng dẫn kỹ thuật:

- Xây dựng tiêu chuẩn và hướng dẫn kỹ thuật: Để đáp ứng tình hình thực tế hiện nay, Bộ Y tế đã ban hành nhiều Thông tư thay thế một số quy chế bệnh viện: Hướng dẫn thiết lập bộ chỉ số xét nghiệm Hướng dẫn tổ chức thực hiện KSNK trong bệnh viện; Hướng dẫn phòng ngừa SCYK, Hướng dẫn ATVSLĐ cho NVYT trong phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh khác [16], [104], [112], [113].

- Giám sát tuân thủ tiêu chuẩn và hướng dẫn kỹ thuật.

+ Giải quyết các vấn đề chất lượng bằng nhóm công tác: Phương pháp giải quyết các vấn đề chất lượng bằng nhóm công tác, không đòi hỏi nhiều nguồn lực tốn kém, phương pháp này được khuyến cáo áp dụng ở tất cả các tuyến y tế. Trong bệnh viện, những Hội đồng thuốc và điều trị, Hội đồng KSNK đã được thành lập [72], [113].

+ Thành lập Ban ATNB và bổ nhiệm điều phối viên: Ban ATNB bao gồm đại diện lãnh đạo và một số thành viên.

** Nguồn lực cho quản lý chất lượng khám chữa bệnh.*

Tại Điều 41, Luật Bảo hiểm Y tế quy định bảo hiểm y tế có trách nhiệm "Kiểm tra chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, giám định bảo hiểm y tế". Trong

Nghị định 146/2018/ND-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều Luật Bảo hiểm Y tế cũng quy định trách nhiệm của cơ quan Bảo hiểm xã hội "Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc hóa chất vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh".

** Thông tin được đầy đủ*

Để cải thiện chất lượng, đảm bảo ATNB cần có hệ thống thông tin về người bệnh ngoài các thông tin về quản lý tài chính và nhân sự còn cần cả thông tin về tình trạng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng và các can thiệp y tế và kết quả của sự can thiệp đó.

** Tài chính cho bệnh viện*

Những nỗ lực đổi mới phương thức chi trả theo hướng khuyến khích khám chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật, phân hạng bệnh viện phù hợp, chi trả theo định suất, chi trả trọn gói theo nhóm bệnh, theo dịch vụ cho thấy đây là những giải pháp tích cực với một số kết quả ban đầu, làm tiền đề cho việc thực hiện chi trả theo hiệu quả và chất lượng cung cấp dịch vụ.

** Thực hiện tốt 5S*

Mục đích của 5S là tạo nên và duy trì một môi trường làm việc thuận tiện, nhanh chóng, chính xác và hiệu quả tại mọi vị trí làm việc từ khu vực văn phòng, nơi sản xuất, kho hàng, nguyên vật liệu hay các vị trí xung quanh như sân bãi, chỗ để xe,... Trong công tác y tế, 5S là điểm khởi đầu trong sự phát triển những hoạt động cải tiến để đảm bảo rằng dịch vụ y tế là dễ tiếp cận hơn, thích hợp hơn, và giá cả phù hợp hơn cho tất cả người bệnh [2].

** Thực hiện hệ thống báo cáo sự cố y khoa và hiệu quả*

Các báo cáo SCYK cần bảo đảm nguyên tắc báo cáo nhằm mục đích học hỏi từ thất bại, người báo cáo phải an toàn, đồng thời báo cáo mang tính xây dựng, phân tích sự cố để tập trung khắc phục lỗi hệ thống [74]. Bộ Y tế

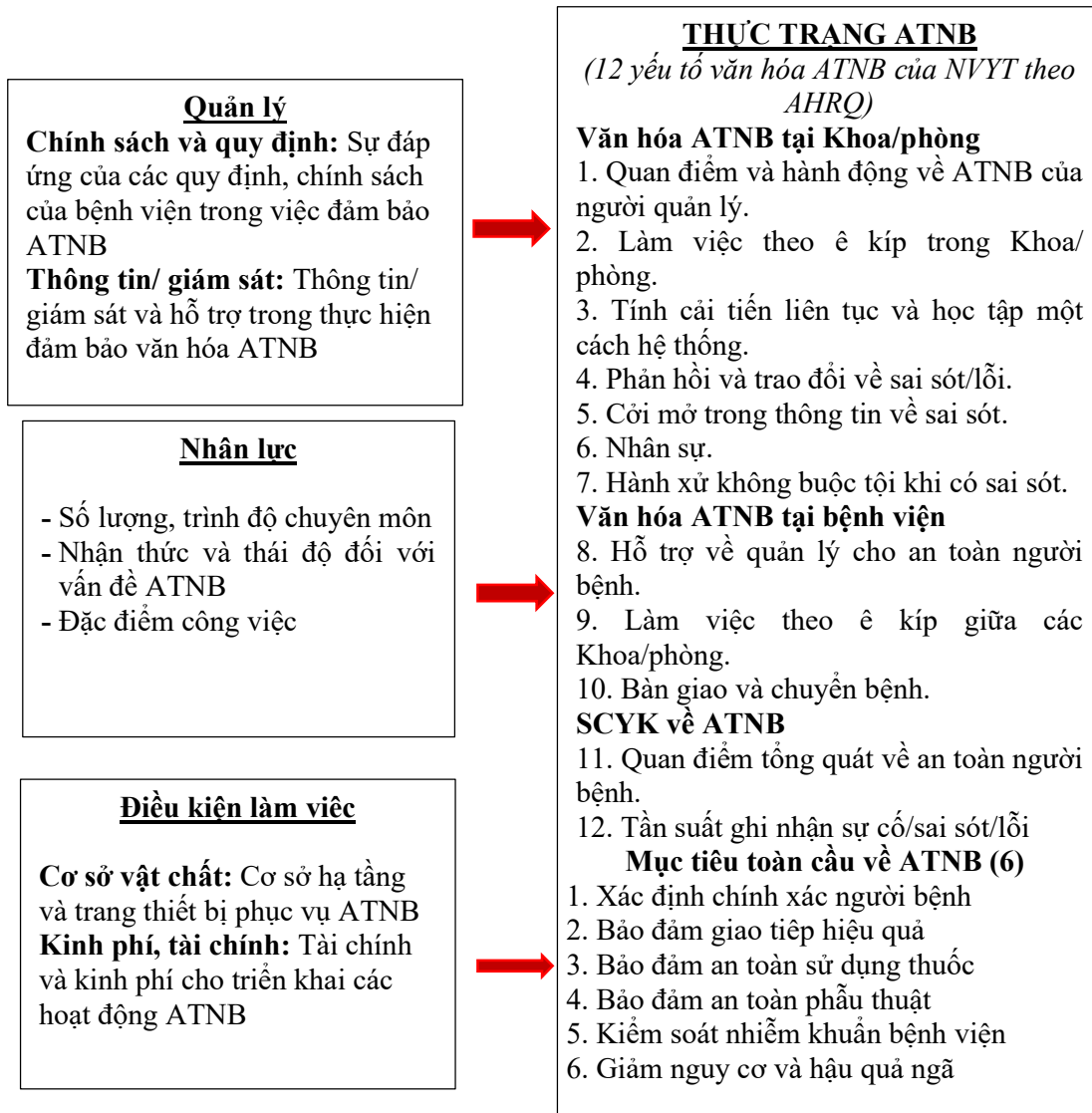
ban hành Thông tư số 43/2018/TT-BYT về việc hướng dẫn phòng ngừa SCYK trong các cơ sở khám chữa bệnh [16].

** Đào tạo cho cán bộ nhân viên y tế kiến thức về an toàn người bệnh*

Việc đào tạo cho NVYT những kiến thức cơ bản, nâng cao về ATNB là rất cần thiết. Điều đó giúp NVYT có kiến thức, kỹ năng thực hành tốt để đảm bảo ATNB trong thực hiện công việc của mình [4]. Văn hóa ATNB là những giá trị, thái độ, nhận thức, năng lực và hành vi của mỗi cá nhân NVYT hay của cơ sở y tế. Nó thể hiện trách nhiệm và sự cam kết của một tổ chức chăm sóc sức khỏe trong việc đảm bảo ATNB.

* Khung lý thuyết nghiên cứu được dựa trên các nội dung nghiên cứu của đề tài. Sau đây là sơ đồ khung lý thuyết nghiên cứu:

KHUNG LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU



Chương 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

** Nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên*

Theo khoản 3, Điều 3, Thông tư 22/2013/TT-BYT, những đối tượng sau đây được xem là NVYT: Công chức, viên chức, người đang làm chuyên môn nghiệp vụ trong các cơ sở y tế.

+ Tiêu chuẩn chọn:

- NVYT tham gia công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện có thời gian công tác ít nhất là 6 tháng tính đến thời điểm điều tra.

- NVYT trực tiếp tham gia công tác khám chữa bệnh

+ Tiêu chuẩn loại trừ: NVYT bệnh viện không có mặt tại thời điểm điều tra (đi học, nghỉ ốm, nghỉ thai sản, đi công tác hoặc một lý do khác,...).

** Người bệnh đến khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.*

+ Tiêu chuẩn chọn người bệnh: theo tiêu chí người bệnh ngoại trú và người bệnh nội trú đến khám chữa bệnh tại bệnh viện theo quy định hiện hành và có mặt tại thời điểm điều tra.

+ Tiêu chuẩn loại trừ những người bệnh không có khả năng giao tiếp (bệnh nặng, bệnh cần cách ly, ...).

** Hệ thống tài liệu lưu trữ, văn bản quản lý, các quy trình chuyên môn kỹ thuật của bệnh viện và hồ sơ bệnh án người bệnh, các file thông tin dữ liệu về tình hình hoạt động của các lĩnh vực có liên quan.*

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên, địa chỉ phường Noong Bua, thành phố Điện Biên Phủ - tỉnh Điện Biên, là Bệnh

viện Đa khoa hạng I tuyến tỉnh, trực thuộc Sở Y tế tỉnh Điện Biên với quy mô giường bệnh được giao là 650 giường, thực kê 790 giường. Bệnh viện gồm có 32 khoa, phòng và 01 Trung tâm trực thuộc (25 khoa, 06 phòng chức năng và 01 Trung tâm Huyết học - Truyền máu). Tổ chức của bệnh viện gồm một Giám đốc và 03 Phó Giám đốc phụ trách các lĩnh vực chuyên môn, hậu cần. Cơ cấu tổ chức, chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của các phòng, khoa, trung tâm trực thuộc và từng cán bộ, viên chức được thực hiện theo Luật Khám chữa bệnh, quy chế Bệnh viện và qui định pháp luật. Thu dung, điều trị một tháng trung bình 21.000 lượt người bệnh.

Tổng số cán bộ tính đến 31/12/2024 gồm có 486 người (biên chế 464 viên chức; hợp đồng theo Nghị định 111: 22 người), trong đó: 119 bác sỹ (03 tiến sỹ, 12 BSCKII, 32 thạc sỹ, 30 BsCKI, 42 bác sỹ đa khoa và chuyên khoa định hướng); 212 điều dưỡng (94 điều dưỡng đại học, 80 điều dưỡng cao đẳng, 38 điều dưỡng trung cấp); 40 kỹ thuật viên (14 kỹ thuật viên đại học, 15 kỹ thuật viên cao đẳng, 11 kỹ thuật viên trung cấp); 19 hộ sinh (11 hộ sinh đại học, 06 hộ sinh cao đẳng, 02 hộ sinh trung cấp) còn lại là cán bộ thuộc các chuyên ngành khác.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, từ tháng 06/2020 - 06/2021.
- Giai đoạn 2: Xây dựng thử nghiệm và đánh giá kết quả “giải pháp can thiệp quản lý chất lượng bệnh viện trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19”, từ tháng 7/2021 - 7/2022.

BẢN ĐỒ TỈNH ĐIỆN BIÊN (năm 2025)



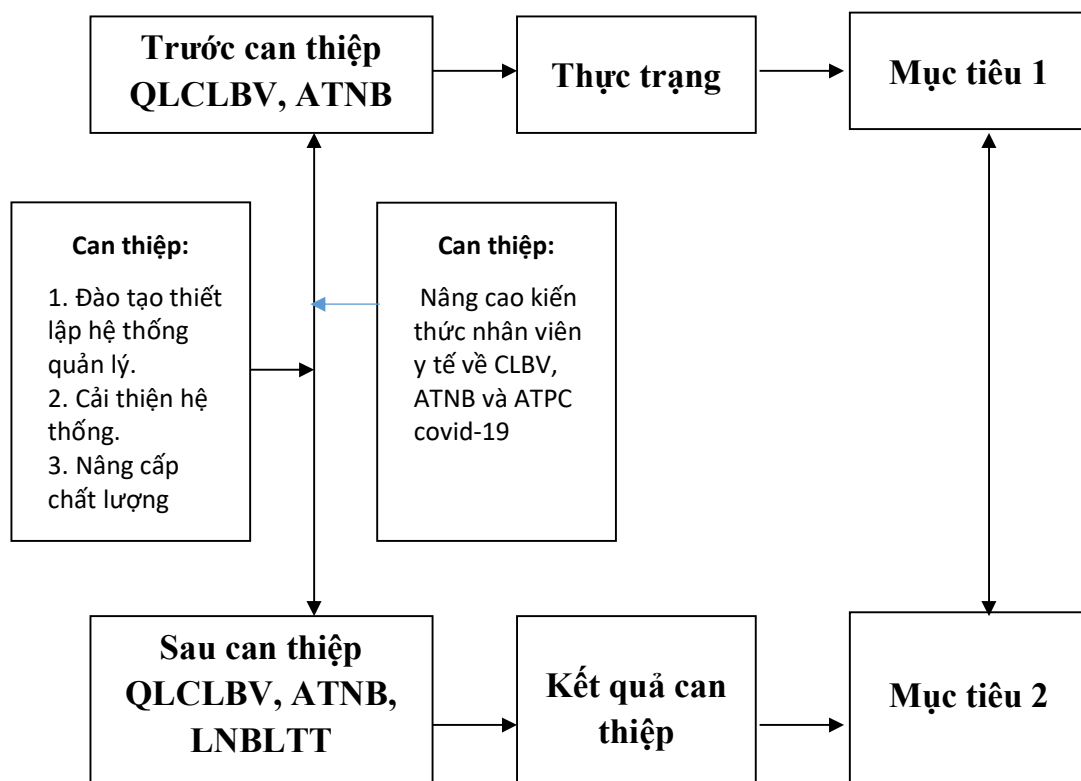
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thiết kế theo 2 mục tiêu nghiên cứu đó là:

Giai đoạn 1: Nghiên cứu theo phương pháp dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang cho mục tiêu 1

Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp không có đối chứng, có so sánh trước - sau can thiệp cho mục tiêu 2.



Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu

* Cỡ mẫu cho điều tra nhân viên y tế áp dụng công thức sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{e^2} \quad (1)$$

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

- Z là hệ số tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

- p được chọn là tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về ATNB theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Hà và cộng sự là 0,6 [114].

- e là sai số được chọn là 0,06.

Từ đó tính được $n = 255$ và thực tế chúng tôi đã điều tra 275 NVYT giai đoạn 1.

Đối với cỡ mẫu cho sau can thiệp, để đồng nhất cỡ mẫu chúng tôi thực hiện với cỡ mẫu như với trước can thiệp. Thực tế chúng tôi đã điều tra 275.

** Cỡ mẫu khảo sát thực hành về tiêm truyền của NVYT:*

Trong số các nhân viên y tế được chọn để điều tra về kiến thức, chúng tôi chọn những người có tham gia thực hành tiêm truyền. Tổng số nhân viên y tế thỏa mãn yêu cầu là 230 người.

** Cỡ mẫu nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh nội trú và ngoại trú:*

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu như trên (1), chọn $p = 0,75$ [100] $\alpha = 0,05$ và $e = 0,05$ cỡ mẫu được tính $n = 290$, thực tế chúng tôi đã điều tra được 334 người bệnh ngoại trú và 304 người bệnh nội trú (cuộc điều tra ban đầu) và cuộc điều tra sau can thiệp chúng tôi chọn công thức trên, thực tế chúng tôi đã điều tra được 334 người bệnh ngoại trú và 304 người bệnh nội trú.

** Cỡ mẫu nghiên cứu nhiễm khuẩn bệnh viện:*

+ Điều tra bệnh án xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chúng tôi áp dụng công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{e^2} \quad (2)$$

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

- Z là hệ số tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

- p_1 được chọn là tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trước can thiệp, được lấy từ nghiên cứu trước 0,14 [64].

- p_2 tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau can thiệp, chọn $p=0,08$.

- e là sai số được chọn là 0,05.

Từ công thức trên tính toán được cỡ mẫu $n= 307$, thực tế chúng tôi đã điều tra được 325 bệnh án người bệnh phẫu thuật trước can thiệp và 325 bệnh án người bệnh phẫu thuật sau can thiệp

+ *Điều tra bệnh án xác định nhiễm khuẩn tiết niệu, chúng tôi áp dụng công thức (2), Trong đó:*

- n : là cỡ mẫu nghiên cứu.

- Z là hệ số tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- p_1 được chọn là tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trước can thiệp, được lấy từ nghiên cứu trước 0,12 [64].

- p_2 tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu sau can thiệp, chọn $p=0,08$ (mong muốn sau can thiệp).

- e là sai số được chọn là 0,05.

Tính toán được cỡ mẫu $n= 280$, thực tế chúng tôi đã điều tra được 325 bệnh án NB để điều tra trước can thiệp và 325 bệnh án NB sau can thiệp.

+ *Điều tra bệnh án xác định viêm phổi bệnh viện chúng tôi áp dụng công thức (2), Trong đó:*

- n : là cỡ mẫu nghiên cứu.

- Z là hệ số tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

- p_1 được chọn là tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện trước can thiệp, được lấy từ nghiên cứu trước 0,17 [64].

- p_2 tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện sau can thiệp, chọn $p=0,09$.

- e là sai số được chọn là 0,05.

Tính toán được cỡ mẫu $n = 323$, thực tế chúng tôi đã điều tra được 325 bệnh án NB để điều tra nhiễm khuẩn phổi bệnh viện.

Như vậy để đồng nhất cỡ mẫu cho NKBV, chúng tôi chọn cỡ mẫu chung $n = 325$ bệnh án phẫu thuật, 325 bệnh án để điều tra nhiễm khuẩn tiết niệu và 325 bệnh án điều tra nhiễm khuẩn phổi bệnh viện.

* Cỡ mẫu điều tra nghiên cứu can thiệp công đồng không có đối chứng:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times P_1(1 - P_1)}{(P_2 - P_1)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu;

$Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$ là hệ số tin cậy (lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$. $Z_{1-\beta}$

là Hệ số lực thống kê (thường lấy 0,84 cho lực thống kê 80%).

P_1 được chọn là tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về ATNB trước can thiệp (theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Hà là 0,606 [114].

P_2 là tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về ATNB mong muốn đạt được sau can thiệp.

$P_2 - P_1$ là mức thay đổi mong muốn của tỷ lệ sau can thiệp (kỳ vọng tăng 11,5%).

Thay số tính được $n = 261$, thực tế đã điều tra 275 NVYT.

2.2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu

* Chọn NVYT để điều tra: với số cán bộ và NVYT bệnh viện là 486, chúng tôi thực hiện điều tra NVYT bệnh viện tham gia trực tiếp vào công tác khám chữa bệnh, thực tế chúng tôi đã điều tra trước can thiệp là 275 NVYT và điều tra sau can thiệp là 275 NVYT. Như vậy những NVYT được chọn cho cả 2 lần điều tra (trước và sau can thiệp) đều trong 486 NVYT của bệnh viện. Chúng tôi tiến hành chọn tất cả NVYT đang làm việc chuyên môn tại các

khoa tại thời điểm điều tra. Loại trừ những NVYT có lý do trong tiêu chuẩn loại trừ.

* Chọn nhân viên y tế để khảo sát thực hành về tiêm truyền:

Trong số các nhân viên y tế được chọn để điều tra về kiến thức, chúng tôi chọn những người có tham gia thực hành tiêm truyền. loại trừ những nhân viên y tế làm công việc hành chính hoặc các khoa phòng không liên quan đến tiêm truyền.

* Chọn người bệnh để điều tra sự hài lòng:

- Với NB nội trú: Tổng số có 16 khoa điều trị nội trú, cỡ mẫu được chia theo tỷ lệ người bệnh tại mỗi khoa. Tại mỗi khoa, vào thời điểm thu thập số liệu nghiên cứu, xác định những người bệnh đã hoàn thành quá trình điều trị và chuẩn bị ra viện trong ngày, nhóm nghiên cứu liên hệ và đặt lịch phỏng vấn ngay sau khi NB đã hoàn thành thủ tục thanh toán và chuẩn bị về nhà. Tiến hành chọn đối tượng và phỏng vấn cho tới khi đủ số lượng mẫu.

- Với người bệnh ngoại trú, sau khi người bệnh lấy thuốc/mua thuốc trước khi về, nhóm nghiên cứu liên hệ và đề nghị phỏng vấn. Tiến hành chọn đối tượng và phỏng vấn cho tới khi đủ số lượng mẫu.

* Chọn hồ sơ bệnh án:

+ Hồ sơ bệnh án của tất cả các người bệnh có nguy cơ NKBV nhiễm khuẩn bệnh viện: hồ sơ bệnh án người bệnh điều trị nội trú từ 48 giờ trở lên tại các khoa lâm sàng có giường bệnh trong ngày, theo hướng dẫn của Bộ Y tế về khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Trước can thiệp chọn hồ sơ bệnh án điều trị từ ngày 01/6/2020 đến 30/6/2021 với cách chọn như sau:

. Chọn bệnh án người bệnh phẫu thuật, chúng tôi chủ định chọn bệnh án người bệnh phẫu thuật tại các khoa: Ngoại tổng hợp, Ngoại chấn thương và

khoa Phụ sản. Đây là các khoa có tỷ lệ người bệnh phẫu thuật cao và tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ nhiều nhất.

. Chọn bệnh án người bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu, chúng tôi chủ động chọn bệnh án tại khoa: Ngoại Tổng hợp, Hồi sức tích cực chống độc và khoa Cấp cứu.

. Chọn bệnh án người bệnh nhiễm khuẩn phổi bệnh viện: chúng tôi chủ định chọn khoa Hồi sức tích cực chống độc và khoa Cấp cứu.

- Sau can thiệp chọn hồ sơ bệnh án điều trị từ ngày 01/07/2021 đến 31/7/2022 và cũng với cách chọn như trên.

+ Các tài liệu, văn bản quản lý, hồ sơ sổ sách, các quy trình chuyên môn kỹ thuật của bệnh viện và các file thông tin dữ liệu về tình hình hoạt động của các lĩnh vực có liên quan trong 02 khoảng thời gian trước can thiệp (từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2020) và sau can thiệp (từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022).

2.2.3. Chỉ số và biến số trong nghiên cứu

2.2.3.1. Nhóm chỉ số và biến số cho mục tiêu 1

** Kiến thức của NVYT*

+ Nhóm biến số về thông tin chung NVYT: tuổi, giới tính, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn

+ Nhóm biến số về kiến thức của NVYT về ATNB:

- Kiến thức về mục tiêu ATNB
- SCYK, tác hại SCYK, nguyên nhân SCYK
- Sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật
- SCYK liên quan đến quản lý người bệnh
- SCYK liên quan đến thuốc, thiết bị
- Các giải pháp của WHO về ATNB
- Yêu cầu phẫu thuật chính xác người bệnh
- Sai sót trong cấp thuốc và sử dụng thuốc

- Mục tiêu và giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật
- Thời gian xuất hiện NKBV
- Các loại NKBV
- Đường lây truyền trong cơ sở y tế
- Sử dụng bơm truyền dịch
- Quan điểm về ATNB

** Nhóm biến số về an toàn người bệnh*

- + Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện
- + Tỷ lệ mắc SCYK
- + Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn tiết niệu
- + Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn vết mổ
- + Thực hành VST/sát khuẩn
- + Thực hành 5 đúng trong tiêm truyền
- + Các nội dung thực hành khác trong tiêm truyền

** Nhóm biến số về hài lòng của người bệnh*

Hài lòng của người bệnh nội trú và ngoại trú về các nội dung:

- Khả năng tiếp cận
- Minh bạch thông tin, thủ tục khám chữa bệnh
- Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ khám chữa bệnh
- Thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT
- Kết quả cung cấp dịch vụ

** An toàn phòng chống COVID-19*

- Quan điểm NVYT về ATNB trong phòng chống COVID-19
- Tỷ lệ đạt kiến thức của NVYT trong phòng chống COVID-19

2.2.3.2. Nhóm biến số cho mục tiêu 2

- * Hiệu quả về kiến thức của NVYT về chất lượng bệnh viện và ANNB
- Hiệu quả thay đổi Kiến thức của NVYT về một số nội dung ATNB

- Hiệu quả thay đổi Kiến thức của NVYT về SCYK, tác hại SCYK
- Hiệu quả thay đổi Kiến thức của NVYT về các giải pháp của WHO về ATNB
- Hiệu quả thay đổi Kiến thức của NVYT về thời gian xuất hiện NKBV
- * Hiệu quả về giảm tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện
- Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ
- Giảm tỷ lệ SCYK
- Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện , nhiễm khuẩn tiết niệu
- * Hiệu quả về hài lòng người bệnh
- Hiệu quả thay đổi về hài lòng của người bệnh về khả năng tiếp cận
- Hiệu quả thay đổi về hài lòng của người bệnh về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh
- Hiệu quả thay đổi về hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ khám chữa bệnh
- Hiệu quả thay đổi về hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử và năng lực của NVYT
- * Hiệu quả về kiến thức của NVYT trong phòng chống COVID-19
- Thay đổi kiến thức của NVYT về các biện pháp phòng ngừa chung
- Thay đổi kiến thức của NVYT về biện pháp kiểm soát lây nhiễm
- Thay đổi kiến thức của NVYT về biện pháp phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát lây nhiễm
- Thay đổi kiến thức của NVYT về nguyên tắc sử dụng phương tiện PHCN, các loại phương tiện PHCN,...

2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin và tiêu chuẩn đánh giá

2.2.4.1. Công cụ thu thập thông tin

- * Xây dựng công cụ điều tra

Công cụ thu thập thông tin để đo lường các nhóm chỉ số liên quan đến quản lý CLBV tại bệnh viện, cụ thể như sau:

- Phiếu thu thập dữ liệu về kiến thức của NVYT về quản lý chất lượng bệnh viện, ATNB, lấy người bệnh làm trung tâm (Phụ lục 01).

- Phiếu thu thập dữ liệu qui trình an toàn trong kỹ thuật tiêm/truyền tĩnh mạch (Phụ lục 02).

- Phiếu đánh giá hài lòng của người bệnh ngoại trú (Phụ lục 03).

- Phiếu đánh giá hài lòng của người bệnh nội trú (Phụ lục 04).

Các bộ phiếu điều tra được xây dựng dựa trên mục tiêu và biến số, chỉ số điều tra của đề tài, dựa trên các văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế về ATNB, an toàn tiêm truyền và hài lòng của người bệnh theo bộ phiếu của bộ Y tế đã ban hành áp dụng [61], [72], [115], [116].

Sau can thiệp đề tài vẫn sử dụng bộ công cụ như giai đoạn 1.

* Bộ phiếu điều tra được xây dựng theo quy định của Bộ Y tế, các chuyên gia và có thực hiện điều tra thử trước khi điều tra chính thức.

** Cán bộ tham gia nghiên cứu*

- Cán bộ điều tra, phỏng vấn là cán bộ của Phòng Điều dưỡng và Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên được tập huấn đầy đủ, có kinh nghiệm trong nghiên cứu, tiến hành điều tra thử. Nhóm nghiên cứu là bác sỹ, điều dưỡng trưởng khoa đã được tập huấn về kỹ năng quan sát.

- Nghiên cứu sinh là người trực tiếp điều tra, theo dõi, giám sát tất cả các nội dung trong quá trình điều tra.

** Kỹ thuật thu thập thông tin*

- Điều tra kiến thức của NVYT bằng phỏng vấn trực tiếp qua bộ công cụ được xây dựng từ trước (phụ lục 1)

- Phỏng vấn người bệnh trực tiếp qua bộ công cụ (phụ lục 3,4)

- Đánh giá an toàn trong tiêm truyền của NVYT bằng bảng kiểm trực tiếp thời điểm thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

- Điều tra qua hồ sơ bệnh án để xác định NKBV, SCYK,...

2.2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá

** Đánh giá kiến thức của NVYT về ATNB và ATNB trong phòng chống COVID-19:*

- Với bộ câu hỏi phỏng vấn ATNB, mỗi ý trả lời đúng được tính 1 điểm; tổng điểm là 68 ý = 68 điểm, nếu trả lời được 48 ý đúng trở lên ($\geq 70\%$) thì được cho là đạt.

- Với bộ câu hỏi phỏng vấn ATNB trong phòng chống COVID-19, mỗi ý trả lời đúng được tính 1 điểm; tổng điểm là 79 ý = 79 điểm, nếu trả lời đạt được 55 ý trở lên (70%) thì được cho là đạt.

** Tiêu chuẩn đánh giá phân loại SCYK: Phân loại SCYK theo mức độ tổn thương đối với người bệnh*

- Tổn thương nhẹ: là tổn thương tự phục hồi hoặc không cần can thiệp điều trị.

- Tổn thương trung bình là tổn thương đòi hỏi can thiệp điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến chức năng lâu dài.

- Tổn thương nặng là tổn thương đòi hỏi phải cấp cứu, hoặc can thiệp điều trị lớn, gây mất chức năng vĩnh viễn hoặc gây tử vong.

- Tình huống có nguy cơ gây ra sự cố tương ứng với mức độ chưa xảy ra tổn thương.

- Sự cố đã xảy ra, chưa tác động đến người bệnh; Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh chưa nguy hại; Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh cần phải theo dõi hoặc đã can thiệp điều trị kịp thời nên không gây nguy hại, tương ứng với mức độ tổn thương nhẹ.

- Sự cố đã xảy ra gây nguy hại tạm thời và cần phải can thiệp điều trị; Sự cố đã xảy ra gây nguy hại tạm thời, cần phải can thiệp điều trị và kéo dài thời gian nằm viện, tương ứng với mức độ tổn thương trung bình.

- Sự cố đã xảy ra gây nguy hại kéo dài, để lại di chứng; Sự cố đã xảy ra gây nguy hại cần phải hồi sức tích cực; Sự cố đã xảy ra có ảnh hưởng hoặc trực tiếp gây tử vong, tương ứng với mức độ tổn thương nặng.

* *Quy trình an toàn kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện*: Là biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có NKBV và không NKBV. Được xác định theo tiêu chuẩn chẩn đoán và nguyên tắc xác định ca bệnh NKBV của Bộ Y tế ban hành theo Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Chẩn đoán NKBV phải có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: Có ran phổi hoặc tiếng đục khi gõ vào lồng ngực và có ít nhất một trong các dấu hiệu dưới đây:

- Có đờm mủ hoặc thay đổi đặc tính đờm.
- Cấy máu (+).
- Phân lập được tác nhân gây bệnh từ dịch hút khí quản hoặc dịch chải cuống phổi hoặc dịch sinh thiết.

Tiêu chuẩn 2: X quang phổi thấy hình ảnh thâm nhiễm mới hoặc tiến triển, hội chứng đông đặc phổi, hang phổi hoặc tràn khí dịch màng phổi và có ít nhất một trong các dấu hiệu dưới đây:

- Có đờm mủ hoặc thay đổi đặc tính đờm.
- Cấy máu (+).
- Phân lập được tác nhân gây bệnh từ dịch hút khí quản hoặc dịch chải cuống phổi hoặc dịch sinh thiết.
- Phân lập được virus hoặc kháng nguyên virus.

- IgM tăng hoặc gia tăng 4 lần IgG với một tác nhân gây bệnh nào đó.

Tiêu chuẩn 3: Trẻ em <1 tuổi có ít nhất 2 trong các triệu chứng: ngừng thở, thở nhanh, tim đập chậm, khò khè, ran gáy và ho. Có ít nhất một trong các dấu hiệu dưới đây:

- Tăng tiết hô hấp.
 - Mới có đờm mủ hoặc thay đổi về mặt tính chất đờm.
 - Cây máu (+) hoặc với sự tham gia tăng IgM hoặc gia tăng 4 lần IgG.
 - Phân lập được tác nhân gây bệnh từ dịch hút khí quản hoặc dịch dịch chải cuống phổi hoặc sinh thiết.
 - Phân lập được virus hoặc kháng nguyên virus từ chất tiết hô hấp.
 - Hình ảnh viêm phổi/mô học.
- + Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu:

Tiêu chuẩn 1: Người bệnh có ít nhất một trong các triệu chứng sau mà không tìm ra nguyên nhân: Sốt $>38^{\circ}\text{C}$, hoặc đái buốt, đái dắt, đau vùng khớp mu. Cây nước tiểu (+), $>10^5$ khuẩn lạc/cm³ nước tiểu với chỉ một tác nhân.

Tiêu chuẩn 2: Người bệnh có ít nhất một trong các triệu chứng sau mà không tìm ra nguyên nhân: Sốt $>38^{\circ}\text{C}$, hoặc đái buốt, đái dắt, đau vùng khớp mu và ít nhất một trong các điều kiện dưới đây:

- Thử nước tiểu (+) với esterase hoặc nitrat của bạch cầu
 - Tiểu mủ >10 bạch cầu/ cm³ nước tiểu hoặc ≥ 3 bạch cầu/ vi trường
 - Nhuộm gram thấy vi khuẩn trong nước tiểu tươi
 - Ít nhất 02 lần cấy nước tiểu (+), 10^2 khuẩn lạc/cm³ với cùng một tác nhân.
 - Cây nước tiểu $\leq 10^5$ khuẩn lạc/cm³ với chỉ một tác nhân ở một người bệnh đang được điều trị với kháng sinh hiệu quả chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Chẩn đoán của bác sỹ điều trị
 - Bác sỹ áp dụng phác đồ điều trị NKBV đường tiết niệu

Tiêu chuẩn 3: Người bệnh dưới 1 tuổi có ít nhất một trong những triệu chứng sau mà không tìm ra nguyên nhân nào khác: Sốt $>38^{\circ}\text{C}$, hạ thân nhiệt dưới 37°C , ngừng thở, tim đập chậm, tiểu khó, mệt mỏi, nôn mửa và người bệnh có kết quả cấy nước tiểu (+), $>10^5$ khuẩn lạc/cm³ với chỉ một loại vi khuẩn.

Tiêu chuẩn 4: Người bệnh dưới 1 tuổi có ít nhất một trong những triệu chứng sau mà không tìm ra nguyên nhân nào khác: Sốt $>38^{\circ}\text{C}$, hạ thân nhiệt dưới 37°C , ngừng thở, tim đập chậm, tiểu khó, mệt mỏi, nôn mửa và có ít nhất một trong các điều kiện dưới đây:

- Thử nước tiểu (+) với esterase hoặc nitrat của bạch cầu
- Tiểu mủ >10 bạch cầu/ cm³ nước tiểu giữa dòng hoặc trên 3 bạch cầu ở quang trường có độ phóng đại cao.
- Nhuộm gram thấy vi khuẩn trong nước tiểu tươi
- Ít nhất 2 lần cấy nước tiểu (+), $>10^2$ khuẩn lạc/cm³ với cùng một tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu (gram âm hoặc *S. Saprophyticus*).
- $\leq 10^5$ khuẩn lạc/cm³ với chỉ một tác nhân ở một người bệnh đang được điều trị với kháng sinh hiệu quả chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Bác sỹ chẩn đoán và điều trị theo phác đồ nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

*** Trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện đường tiết niệu không triệu chứng nhưng có vi khuẩn trong nước tiểu (Asymtomatic bacteriuria):**

Phải có ít nhất một trong những tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: Trước khi cấy nước tiểu người bệnh có đặt ống thông tiểu lưu trong khoảng 7 ngày và có một kết quả cấy nước tiểu dương tính $>10^5$ khuẩn lạc/cm³ với chỉ một loại vi khuẩn. Người bệnh không có các triệu chứng như: Sốt, mót tiểu, tiểu nhiều, tiểu đau, đau trên xương mu.

Tiêu chuẩn 2: Trước khi cấy nước tiểu người bệnh không đặt catheter lưu trong khoảng 7 ngày trước khi có kết quả cấy nước tiểu dương tính đầu tiên và có 02 kết quả cấy nước tiểu (+) $>10^5$ khuẩn lạc/cm³ với chỉ một loại vi

khuẩn trong cả 2 lần cấy. Người bệnh không có các triệu chứng như: Sốt, mót tiểu, tiểu nhiều, tiểu đau, đau trên xương mu.

+ Chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ:

Nhiễm khuẩn vết mổ nông

Nhiễm khuẩn xảy ra trong khoảng 30 ngày sau mổ và liên quan tới da, mô dưới da của vết mổ. Có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Chảy mủ từ vết mổ.
- Phân lập được vi khuẩn từ canh cấy của dịch hoặc mô vết mổ.
- Có ít nhất một trong các triệu chứng: Đau, hoặc đau khi ấn, sưng nóng đỏ tại chỗ.
- Chẩn đoán của bác sỹ điều trị.

Nhiễm khuẩn vết mổ sâu

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong khoảng 30 ngày sau mổ hoặc tới một năm sau mổ có cấy ghép vật lạ và có liên quan tới lớp mô mềm sâu (màng cân cơ hoặc cơ) và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Chảy mủ từ vết cắt sâu nhưng không phải từ các cơ quan hoặc hốc cơ thể cơ thể của vùng phẫu thuật.
- Vết mổ tự toác ra (há miệng) hoặc được bác sỹ mở ra vì người bệnh có các triệu chứng như sốt trên 38⁰C, đau hoặc đau khi ấn.
- Hình ảnh tụ mủ hoặc bằng chứng nhiễm khuẩn thấy được khi mổ lại hoặc qua xét nghiệm mô học hoặc chẩn đoán hình ảnh.
- Chẩn đoán của bác sỹ điều trị.

Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan hoặc khoang cơ thể (Organ/Space)

* Nhiễm khuẩn xảy ra trong khoảng 30 ngày sau khi phẫu thuật và trong khoảng một năm sau khi phẫu thuật nếu có cấy ghép vật lạ và nhiễm khuẩn liên hệ tới bất kỳ phần nào của cơ thể ngoại trừ vết rạch da, màng cân cơ lớp cơ và người bệnh có một trong các dấu hiệu sau:

- Chảy mủ từ ống sonde được đặt dẫn lưu ở cơ quan hoặc khoang cơ thể.
- Phân lập được vi khuẩn từ dịch của cơ quan hoặc khoang cơ thể.
- Hình ảnh tụ mủ hoặc bằng chứng nhiễm khuẩn của cơ quan hoặc khoang cơ thể nhìn thấy bằng mắt hoặc trong khi mổ lại hoặc bằng chẩn đoán hình ảnh hoặc xét nghiệm về mô bệnh học.
- Chẩn đoán của bác sỹ điều trị.

* *Quy trình an toàn trong tiêm, truyền*: Tiến hành bằng kiểm với hai mức đánh giá đạt và không đạt theo tiêu chuẩn quy định của Bộ Y tế.

* *Hài lòng của người bệnh*: biến số về hài lòng của người bệnh ngoại trú, hài lòng của người bệnh nội trú là biến số nhị giá, gồm 2 giá trị hài lòng và không hài lòng.

Đo lường mức độ hài lòng của người bệnh dựa trên thang đo Likert với 05 mức độ lựa chọn tương ứng với mức điểm số:

Mức 1: Rất không hài lòng, rất không đồng ý (tương đương 1 điểm).

Mức 2 : Không hài lòng, không đồng ý (tương đương 2 điểm).

Mức 3 : Chấp nhận được, không có ý kiến (tương đương 3 điểm).

Mức 4 : Hài lòng, đồng ý (tương đương 4 điểm).

Mức 5 : Rất hài lòng, rất đồng ý (tương đương 5 điểm).

Ý nghĩa điểm trung bình được đánh giá các mức đo như sau:

- Từ 1,0-1,8: Rất không hài lòng
- Từ 1,81- 2,60: Không hài lòng
- Từ 2,61- 3,40: Trung bình/không ý kiến
- Từ 3,41-4,20: Hài lòng
- Từ 4,21-5,0: Rất hài lòng

2.2.5. Các bước thực hiện đề tài

2.2.5.1. Mô tả thực trạng công tác quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

Bước 1: Kiện toàn Ban chỉ đạo và đội ngũ đánh giá, điều tra viên.

1- Kiện toàn Ban chỉ đạo trong đó, Giám đốc bệnh viện làm Trưởng ban, trưởng các khoa, phòng, nhân viên Phòng Kế hoạch tổng hợp, nhân viên Phòng Điều dưỡng, nhân viên Phòng Tổ chức cán bộ.

2- Thành lập đội ngũ đánh giá, điều tra viên: Gồm thành phần là ban Giám đốc, lãnh đạo các phòng/ban, lãnh đạo các khoa, tổ trưởng các tổ công đoàn, điều dưỡng trưởng, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh,...

Bước 2: Khảo sát và đánh giá thực trạng quản lý CLBV và ATNB trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 theo các chỉ số ATNB, người bệnh làm trung tâm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên theo các mẫu công cụ đã được xây dựng theo mục tiêu đề tài.

2.2.5.2. Xây dựng, tiến hành giải pháp can thiệp quản lý chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

Đề tài áp dụng với 3 nhóm giải pháp can thiệp chính đó là:

- Nhóm can thiệp thứ nhất: Kiện toàn hệ thống quản lý CLBV và ATNB
- Nhóm can thiệp thứ hai: Can thiệp cải thiện hệ thống thông tin bệnh viện.
- Nhóm can thiệp thứ ba: Can thiệp nâng cao CLBV và phòng chống dịch COVID-19 dựa vào bằng chứng.

*** Nhóm giải pháp can thiệp thứ nhất:** Kiện toàn, thiết lập hệ thống quản lý CLBV và ATNB, phòng chống dịch COVID-19:

+ Kiện toàn Hội đồng Quản lý CLBV với Chủ tịch hội đồng là Giám đốc bệnh viện và thành viên là các trưởng khoa/phòng trong bệnh viện. Giúp việc

cho Hội đồng Quản lý CLBV là các ban chuyên trách, gồm: Ban ATNB, Ban phác đồ điều trị, Ban cải cách thủ tục hành chính, Ban công nghệ thông tin, Ban quản lý chất lượng xét nghiệm và Ban Khảo sát và phân tích thông tin.

+ Thành lập mới Phòng Quản lý chất lượng: Là đơn vị phân tích, đánh giá thông tin chất lượng khám chữa bệnh, làm đầu mối triển khai, tham mưu cho Giám đốc, Hội đồng quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Phòng gồm 4 tổ chính: Tổ xây dựng quy trình, kế hoạch; Tổ kiểm tra, giám sát, Tổ phân tích thông tin và Tổ quản lý sự cố.

+ Kiện toàn Mạng lưới Quản lý chất lượng: Là nhân viên trong mỗi khoa/phòng, giúp lãnh đạo khoa/phòng triển khai, thực hiện, theo dõi, kiểm tra đánh giá các hoạt động quản lý CLBV theo phân công của Hội đồng Quản lý CLBV.

+ Kiện toàn hệ thống phòng chống dịch COVID-19 (đã được thiết lập 02 tổ chức gồm Ban chỉ đạo phòng chống dịch COVID-19 và Đội phản ứng nhanh các tình huống).

*** Nhóm giải pháp can thiệp thứ hai:** Cải thiện hệ thống thông tin bệnh viện chúng tôi xây dựng 2 hoạt động:

+ Hoạt động ứng dụng công nghệ thông tin: Xây dựng hệ thống hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin (phần cứng); Cải thiện, nâng cấp phần mềm quản lý tổng thể bệnh viện, phần mềm công nghệ thông tin điều hành bệnh viện, tích hợp phần mềm chữ ký điện tử và chữ ký số; Xây dựng phần mềm hội chẩn, khám chữa bệnh từ xa (Telehealth); Xây dựng hệ thống nhắn tin tự động cho người bệnh, nhắn tin cho NVYT.

+ Cải thiện hệ thống báo cáo thông tin và báo cáo lỗi: Xây dựng và triển khai hệ thống báo cáo thông tin từ mạng lưới quản lý chất lượng đến hội đồng quản lý chất lượng; hệ thống cảnh báo giám sát phòng chống COVID-19.

- Xây dựng và triển khai hệ thống báo cáo sự cố, báo cáo lỗi từ mạng lưới quản lý chất lượng đến hội đồng quản lý chất lượng.

- Xây dựng vật liệu cho triển khai thực hành 5S: 5s xe tiêm; 5s tủ thuốc; 5s buồng bệnh.

- Xây dựng đội ngũ chăm sóc khách hàng để trao đổi thông tin với người bệnh với hình thức: Trực tiếp, điện thoại, facebook, website.

*** Nhóm giải pháp can thiệp thứ ba:** Nâng cao CLBV và ATNB trong phòng chống dịch COVID-19 dựa vào bằng chứng, trong đó giải pháp 1 và 2 chuẩn bị các điều kiện cần thiết để triển khai các hoạt động can thiệp cụ thể ở giải pháp 3, chúng tôi xây dựng và triển khai 2 hoạt động, gồm:

- + Xây dựng và triển khai các hoạt động can thiệp quản lý chất lượng khám chữa bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19.

- + Đánh giá các chỉ số đo lường CLBV và an toàn phòng chống dịch COVID-19.

*** Xây dựng, triển khai các giải pháp cụ thể:**

Chúng tôi sử dụng các công cụ quản lý chất lượng phù hợp với thực tế Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên để can thiệp quản lý CLBV và an toàn phòng chống dịch COVID-19, triển khai các hoạt động cụ thể, thường xuyên đánh giá hiệu quả các hoạt động triển khai, cụ thể từng hoạt động như sau:

- + *Đào tạo về Quản lý chất lượng bệnh viện*, gồm các hoạt động sau:

- Đào tạo có 03 lớp về ATNB và lấy người bệnh làm trung tâm: 01 lớp về sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho 240 bác sỹ và điều dưỡng viên; 01 lớp về ATNB, chăm sóc kim lưu, biểu mẫu ghi chép hồ sơ chăm sóc người bệnh cho 120 điều dưỡng viên; 01 lớp về an toàn tiêm chủng cho 300 cán bộ các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh.

- Đào tạo phương pháp xây dựng quy trình, phác đồ, bản mô tả công việc.

- Đào tạo, triển khai đề án 5S: Tập huấn và triển khai sử dụng công cụ 5 S cho toàn thể NVYT của bệnh viện. Triển khai tất cả khoa/phòng, gồm: Nơi làm việc, tại phòng khám bệnh, tại buồng bệnh và giấy tờ, bệnh án, văn phòng phẩm, thuốc, vật tư tiêu hao - thay thế, xe dụng cụ, dụng cụ, trang thiết bị y tế, bàn, ghế.

- Kiểm tra, giám sát, nhắc nhở thường xuyên.

+ *Thiết kế hệ thống biển báo, bảng chỉ dẫn toàn bộ bệnh viện*

- Môi trường làm việc trực quan (Visual management): Trong một môi trường làm việc trực quan, các thiết bị thị giác được đặt tại điểm sử dụng, cho phép nhân viên truy cập nhanh vào các thông tin quan trọng họ cần, ngay khi cần thiết. Hình ảnh có thể dễ dàng được hiểu rõ, loại bỏ thời gian chết lãng phí mà trước đây đã được dành để tìm kiếm, hỏi, hoặc chờ đợi thông tin.

- Thiết kế toàn bộ hệ thống bảng biểu với các yêu cầu: Thu hút người đọc, bằng việc sử dụng màu, độ sáng, độ tương phản có tính thẩm mỹ, dễ nhìn, dễ đọc. Sử dụng tiếng Anh - Việt, các hình tượng hỗ trợ không biết chữ, thị lực kém. Nhiều bảng chỉ dẫn ở nhiều vị trí, chỉ dẫn chi tiết. Các khu vực thiết kế riêng hệ thống bảng tên, sơ đồ chỉ dẫn, màu sắc, được mã hóa, kích thước cụ thể và vị trí gắn bảng so với mặt đất tối thiểu là 1,2m.

- Sơ đồ chỉ dẫn thể hiện vị trí người đọc, diễn giải chi tiết.

Trường hợp cấp thiết, gắn tạm không quá 5 ngày, sau đó gắn chính thức. Nội dung cần xem xét, thiết kế của phòng quản lý chất lượng, ý kiến của các Khoa/Phòng và duyệt của Giám đốc bệnh viện.

+ *Cải tiến các quy trình khám chữa bệnh, tổ chức rà soát lại cấu trúc, phân luồng lối đi, thành lập và sắp đặt các kho tại chỗ, các điểm tiếp nhận khám phân luồng phòng chống dịch*

Tùy từng giai đoạn diễn biến của dịch bệnh trên địa bàn, thực hiện hạn chế tiếp xúc gần, hạn chế chuyển tuyến để phòng chống dịch; rà soát lại cấu trúc, lối đi phân luồng, bố trí bàn khám sàng lọc, phân loại những người bệnh

có nguy cơ cao với mô hình 2 vùng-3 lớp, chúng tôi phân bệnh viện thành 2 vùng, vùng 1 là khu khám bệnh và điều trị ngoại trú; vùng 2 là khu điều trị nội trú. Mỗi vùng có 3 lớp gồm: lớp 1 là lớp tiếp nhận, phân loại người bệnh, lớp 2 là lớp đệm thu dung người bệnh, lớp 3 là lớp lưu người bệnh điều trị. Nhân lực của 2 vùng làm việc độc lập, theo kế hoạch riêng đảm bảo nguyên tắc nhân viên vùng 1 không trực tiếp vào vùng 2 và ngược lại.

Các hoạt động được triển khai là: Thiết lập điểm tiếp nhận giám sát, phân luồng người bệnh. Tăng cường phòng khám sàng lọc người bệnh có dấu hiệu viêm đường hô hấp hoặc có yếu tố dịch tễ.

- Xây dựng danh mục và cơ sở dữ liệu phục vụ các trường hợp cần sử dụng ngay tại mỗi khoa lâm sàng, cận lâm sàng và sẽ được cập nhật từ kho. Sử dụng kho tại chỗ (POUS): Vật tư, trang thiết bị, thông tin, tiêu chuẩn công việc, quy trình, thủ tục hành chính là được lưu trữ gần nơi nhân viên cần chúng.

- Xây dựng danh mục và triển khai việc sử dụng chung trang thiết bị y tế giữa các khoa chuyển đổi nhanh (Quick changeover) trang thiết bị có thể chuyển đổi sử dụng từ người bệnh này sang người bệnh khác với hiệu quả nhất và trong thời gian ngắn nhất. Đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị tăng cường năng lực phục vụ công tác cấp cứu, khám chữa bệnh và phòng chống dịch COVID-19 (đầu tư theo khu vực để sử dụng chung các trang thiết bị, máy siêu âm theo khu vực, sử dụng chung với nhau, sắp xếp thời gian hợp lý việc sử dụng).

- Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin bao gồm: Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý tổng thể các hoạt động bệnh viện. Đầu tư tự động hoàn toàn với công suất lớn các trang thiết bị xét nghiệm huyết học, sinh hóa, miễn dịch. Kết nối phần mềm quản lý bệnh viện với tất cả hệ thống cận lâm sàng. Sử dụng hệ thống PACs (Picture archiving and communication system)

để lưu trữ hình ảnh y tế đối với hệ thống chẩn đoán hình ảnh. Triển khai thêm vị trí đăng ký khám chữa bệnh tự động và hệ thống lấy số thứ tự trung tâm; lắp đặt màn hình hiển thị số thứ tự đến lượt tại các khu vực trong bệnh viện.

2.2.5.3. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao quản lý chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

Thu thập, phân tích và đánh giá các chỉ số nghiên cứu theo các nhóm chỉ số trước khi can thiệp.

Kết quả đánh giá được thực hiện sau can thiệp; Chúng tôi đánh giá thực trạng, mô hình và các công cụ được áp dụng từ năm 2021-2023. Kết quả hoạt động của bệnh viện được đo lường hàng năm.

2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Kiểm tra toàn bộ phiếu điều tra, loại bỏ các phiếu điền không đầy đủ thông tin.

Bước 1. Nhập liệu: Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 nhập và quản lý số liệu.

Bước 2. Làm sạch số liệu: Sau khi hoàn tất nhập liệu, số liệu được làm sạch bằng cách xem xét lại toàn bộ và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập liệu.

Bước 3. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi thu thập, được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Thống kê mô tả: Các trị số được thể hiện bằng giá trị trung bình + độ lệch chuẩn với biến định lượng hay tần số, tỷ lệ (%) đối với các biến số định tính.

- Đánh giá hiệu quả can thiệp (CSHQ)

Áp dụng công thức sau:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

Trong đó:

p_1 : Là tỷ lệ trước can thiệp

p_2 : Là tỷ lệ sau can thiệp

CSHQ: được tính bằng tỷ lệ phần trăm (%)

Kết quả định lượng được phân tích theo mục tiêu nghiên cứu, trình bày dưới dạng các bảng số tỷ lệ %; giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; biểu đồ theo quy định. Áp dụng kiểm định χ^2 (Chi Square) để kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ %, kiểm định t test để so sánh 2 trung bình. Ngưỡng kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.2.7. Sai số và cách khắc phục

- Sai số: Sai số trong quá trình thu thập số liệu và đo lường; Sai số do điều tra viên; Sai số trong quá trình nhập liệu; Sai số do đối tượng không nhớ chính xác, thiếu thông tin.

- Cách khắc phục: Điều tra viên, nhập liệu viên: Tập huấn “kỹ” cho điều tra viên thống nhất cách thu thập thông tin; Giám sát hỗ trợ kịp thời để bổ sung những thông tin thu thập còn thiếu. Giám sát chặt chẽ quá trình thu thập số liệu. Kiểm tra ngẫu nhiên thông tin của 10% phiếu đã thu thập nếu phát hiện sai sót từ 10% trở lên thì yêu cầu phỏng vấn viên làm lại toàn bộ phiếu.

2.2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương và Đạo đức trong nghiên cứu Trường Đại học Y Dược Thái Bình thông qua theo Quyết định 567/QĐ-YTB ngày 22 tháng 4 năm 2021, được Sở Y tế tỉnh Điện Biên và Ban Giám đốc, lãnh đạo các khoa/phòng của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên chấp thuận.

Đối tượng tham gia nghiên cứu được nghe giải thích về mục đích nghiên cứu trước khi tiến hành điền phiếu điều tra.

Người bệnh hoặc người nhà người bệnh và nhân viên y tế được chọn làm đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Đối tượng đang tham gia trả lời bộ câu hỏi điều tra có thể dừng bất cứ lúc nào.

Đảm bảo các thông tin mà đối tượng cung cấp luôn giữ tính bảo mật tuyệt đối, thông tin thu được hoàn toàn trung thực, khách quan, không chịu sự chi phối từ bất cứ áp lực nào và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu.

Nghiên cứu nhằm nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19 tại bệnh viện, qua đó góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân, nâng cao uy tín của bệnh viện.

Chương 3.
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

3.1.1. Kiến thức về an toàn người bệnh của nhân viên y tế bệnh viện

Bảng 3.1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới tính
($n=275$)

Giới tính Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 30	9	11,4	30	15,3	39	14,2
30-39	42	53,2	104	53,1	146	53,0
40-49	21	26,6	43	21,9	64	23,3
≥ 50	7	8,9	19	9,7	26	9,5
Tổng	79	28,7	196	71,3	275	100

Kết quả bảng 3.1 cho thấy trong nhóm đối tượng nghiên cứu thì tỷ lệ nữ giới chiếm nhiều hơn nam giới (71,3% và 28,7%). Sự khác biệt về các nhóm tuổi ở hai giới là không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.2. Thông tin của nhân viên y tế về thâm niên công tác, trình độ chuyên môn và thời gian làm việc (n=275)

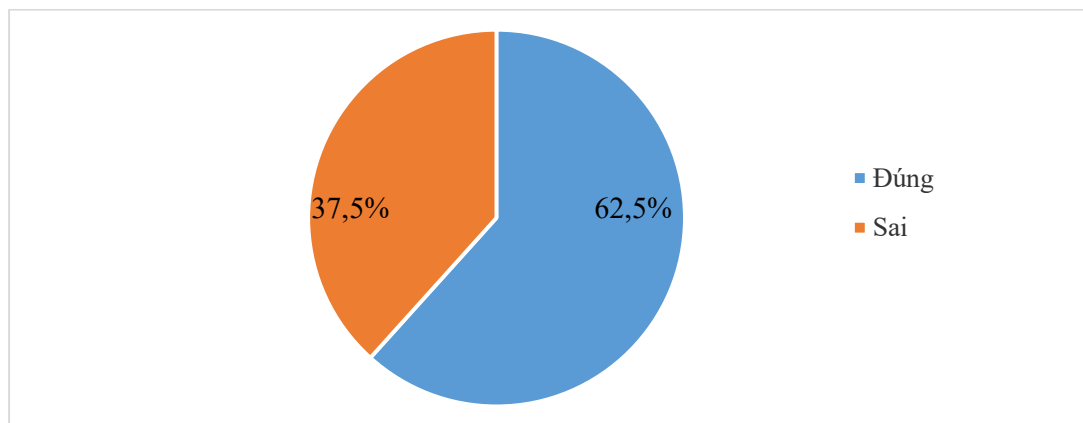
Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>1. Thâm niên công tác (năm)</i>		
≤5	58	21,1
6-10	55	20,0
11-15	85	30,9
>15	77	28,0
<i>2. Trình độ chuyên môn</i>		
Bác sĩ	75	27,3
Điều dưỡng	162	58,9
Kỹ thuật viên	34	12,4
Khác	4	1,5
<i>3. Có tiếp xúc người bệnh</i>	270	98,2
<i>4. Thời gian làm việc trong tuần >40 giờ/tuần</i>	214	77,8

Kết quả bảng 3.2 cho thấy các NVYT chủ yếu có thâm niên từ 11-15 chiếm tỷ lệ là 30,9%; có thâm niên trên 15 năm là 28%. Tỷ lệ bác sĩ là 27,3%; điều dưỡng là 58,9%. Có 98,2% nhân viên y tế có tiếp xúc với người bệnh và 77,8% có thời gian làm việc trên 40 giờ trong tuần.

Bảng 3.3. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về mục tiêu an toàn người bệnh (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xác định chính xác người bệnh	200	72,7
Bảo đảm giao tiếp an toàn	126	45,8
Bảo đảm an toàn sử dụng thuốc	196	71,3
Bảo đảm an toàn phẫu thuật	201	73,1
KSNK bệnh viện	187	68,0
Giảm nguy cơ, hậu quả té ngã	151	54,9
Tỷ lệ trả lời đúng 6 ý trên	76	27,6
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(3,86±1,9)/6	

Bảng 3.3 cho biết kiến thức đúng của NVYT về mục tiêu của ATNB cho thấy tỷ lệ trả lời cao nhất là bảo đảm an toàn phẫu thuật (73,1%); xác định chính xác người bệnh là 72,7%; an toàn sử dụng thuốc là 71,3% và KSNK là 68%; giảm nguy cơ té ngã là 54,9%. ĐKTTB/ĐKTTĐ là (3,86±1,9)/6.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về sự cố y khoa (n=275)

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về sự cố y khoa chiếm 62,5%.

Bảng 3.4. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về tác hại sự cố y khoa (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mắc thêm bệnh mới, chấn thương	242	88,0
Tàn tật, tử vong	245	89,1
Đau đớn	168	61,1
Tỷ lệ trả lời đúng 3 ý trên	151	54,9
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,38±0,77)/3	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng và đầy đủ về tác hại của SCYK chiếm 54,9%; ĐKTTB/ĐKTTĐ là (2,38±0,77)/3. Trong đó tỷ lệ trả lời cao nhất là SCYK dẫn đến tàn tật và tử vong chiếm 89,1%.

Bảng 3.5. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nội dung của sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật nhầm người bệnh, vị trí	201	73,1
Phẫu thuật sai phương pháp	185	67,3
Sốt gạc và dụng cụ trong vết mổ	192	69,8
Tử vong ngay hoặc sau khi phẫu thuật thường quy	192	69,8
Tỷ lệ trả lời đúng 4 ý trên	117	42,5
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,80±1,26)/4	

Bảng 3.5 cho biết kiến thức đúng và đầy đủ của NVYT về SCYK trong phẫu thuật chiếm 42,5%; trong đó tỷ lệ cao nhất là nội dung phẫu thuật nhầm người bệnh, vị trí chiếm 73,1%; ĐKTTB/ĐKTTĐ là (2,80±1,26)/4.

Bảng 3.6. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nội dung sự cố y khoa liên quan đến quản lý người bệnh (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giao nhầm trẻ sơ sinh lúc xuất viện	239	86,9
Sự cố xảy ra với NB ngoài cơ sở y tế	97	35,3
Người bệnh chết do tự tử, tự sát trong bệnh viện	217	78,9
Tỷ lệ trả lời đúng 3 ý trên	83	30,2
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,01±0,83)/3	

Bảng 3.6 cho thấy kiến thức của NVYT về các sự cố y khoa liên quan đến quản lý người bệnh, với ĐKTTB/ĐKTTĐ đạt (2,01±0,83)/3. Tỷ lệ trả lời được nội dung giao nhầm trẻ sơ sinh lúc xuất viện cao nhất chiếm 86,9%.

Bảng 3.7. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nội dung sự cố y khoa liên quan đến thuốc và thiết bị (n=275)

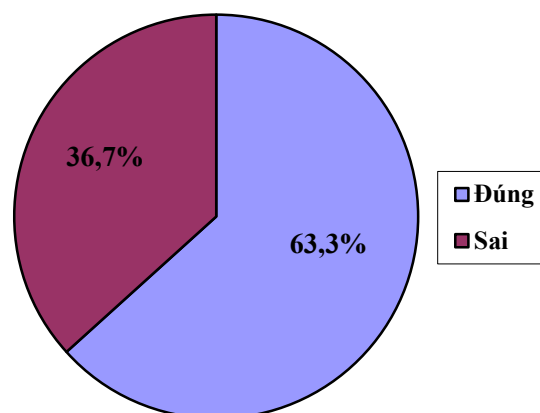
Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sử dụng thuốc nhiễm khuẩn, thiết bị và chất sinh học	192	69,8
Sử dụng các thiết bị hỏng	201	73,1
Đặt thiết bị gây tắc mạch do không khí	193	70,2
Tỷ lệ trả lời đúng 3 ý trên	132	48,0
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,13±1,01)/3	

Kết quả bảng 3.7 cho thấy NVYT có kiến thức về nội dung sự cố y khoa liên quan đến thuốc và thiết bị y tế với tỷ lệ trả lời được 3 ý chiếm 48%; ĐKTTB/ĐKTTĐ cho nội dung này là (2,13±1,01)/3.

Bảng 3.8. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nguyên nhân dẫn đến sự cố y khoa (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lỗi hệ thống	198	72,0
Môi trường làm việc	176	64,0
Chuyên môn y tế	195	70,9
Lỗi cá nhân	210	76,4
Tỷ lệ trả lời đúng 4 ý trên	112	40,7
ĐKTTB/ĐKTTĐ	$(2,83 \pm 1,20)/4$	

Bảng 3.8 cho biết khi hỏi về nguyên nhân dẫn đến các sự cố y khoa, thì có 76,4% NVYT cho rằng là do lỗi cá nhân; 70,9% cho là do chuyên môn y tế; 72,0% cho là lỗi hệ thống và 76,4% cho là do lỗi cá nhân. Tuy nhiên, tỷ lệ trả lời được cả 4 nội dung trên chiếm 40,7%; ĐKTTB/ĐKTTĐ là $(2,83 \pm 1,20)/4$.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về các nội dung trong giải pháp của WHO khuyến cáo về ATNB (n=275)

Biểu đồ 3.2 cho biết tỷ lệ NVYT trả lời đúng về các giải pháp của WHO khuyến cáo về ATNB chiếm 63,3%.

Bảng 3.9. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các nội dung yêu cầu của phẫu thuật chính xác người bệnh (n=275)

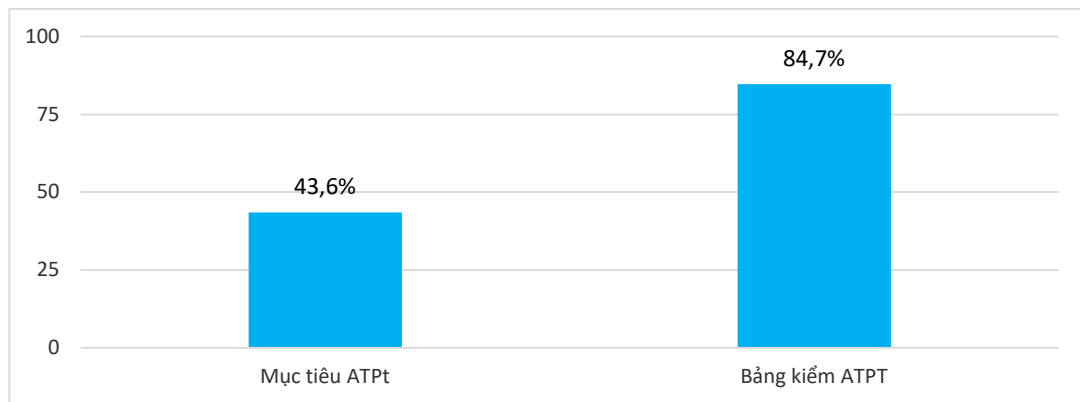
Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Người bệnh chính xác	204	74,2
Phương pháp chính xác	198	72,0
Vị trí thủ thuật chính xác	187	68,0
Tỷ lệ trả lời đúng 3 ý trên	130	47,3
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,14±0,94)/3	

Kết quả bảng 3.9 cho thấy có 47,3% NVYT hiểu biết đầy đủ về yêu cầu của phẫu thuật chính xác người bệnh; ĐKTTB/ĐKTTĐ đạt (2,14±0,94)/3.

Bảng 3.10. Kiến thức đúng nhân viên y tế về sai sót gặp phải trong cấp phát và sử dụng thuốc (n=275)

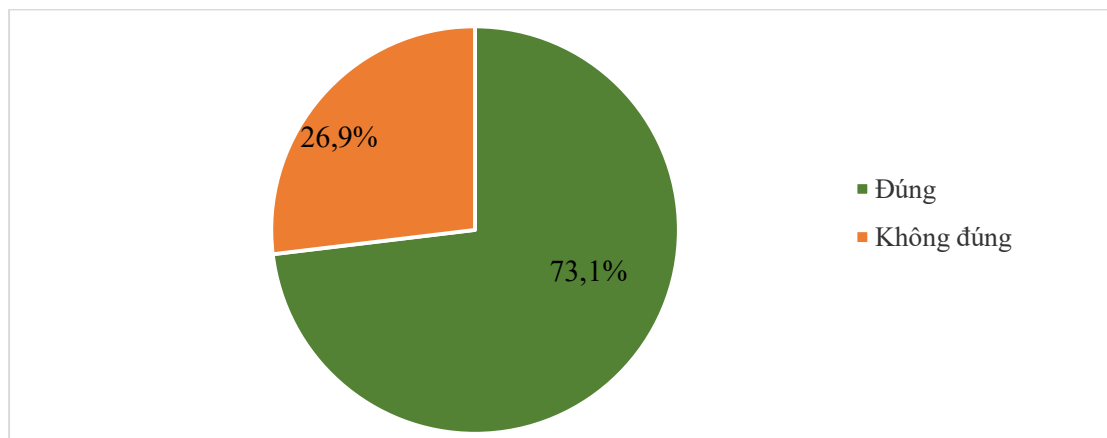
Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cấp thuốc không đúng đơn	209	76,0
Cấp thuốc sai hàm lượng/dạng thuốc	221	80,4
Thực hành sử dụng thuốc	209	76,0
Không hướng dẫn NB bảo quản thuốc	170	61,8
Tỷ lệ trả lời đúng 4 ý trên	135	49,1
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,94±1,19)/4	

Bảng 3.10 cho thấy NVYT cho rằng các sai sót trong cấp phát và sử dụng thuốc với câu trả lời cao nhất là 80,4% về cấp thuốc sai hàm lượng và dạng thuốc; 61,8% là không hướng dẫn người bệnh bảo quản thuốc; ĐKTTB/ĐKTTĐ về nội dung này đạt là (2,94±1,19)/4.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về mục tiêu và các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật ($n=275$)

Biểu đồ 3.3 cho thấy tỷ lệ NVYT hiểu đúng về mục tiêu ATPT là 43,6% và các nội dung cần kiểm tra trong ATPT là 84,7%.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn bệnh viện ($n=275$)

Khi được hỏi về thời gian xuất hiện NKBV, kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy tỷ lệ NVYT trả lời đúng nội dung này chiếm 73,1%.

Bảng 3.11. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và các yếu tố làm tăng nguy cơ (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Loại NKBV thường gặp</i>		
Viêm phổi	241	87,6
Nhiễm khuẩn huyết	205	74,5
Nhiễm khuẩn tiết niệu	203	73,8
Nhiễm khuẩn vết mổ	219	79,6
<i>Các yếu tố làm tăng nguy cơ NKBV</i>		
Thiết bị y tế	261	94,9
Quá trình phẫu thuật	201	73,1
Tỷ lệ trả lời đúng 6 ý trên	153	55,6
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(4,84±1,58)/6	

Kết quả bảng 3.11 cho thấy kiến thức của NVYT về các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp chiếm tỷ lệ trả lời cao nhất là nội dung nhiễm khuẩn phổi bệnh viện (87,6%); nhiễm khuẩn vết mổ là 79,6%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ hầu hết NVYT cho là do thiết bị y tế (94,9%). ĐKTTB/ĐKTTĐ về nội dung này đạt là (4,84±1,58)/6.

Bảng 3.12. Kiến thức đúng của NVYT về các đường lây truyền chính trong cơ sở y tế và nguyên nhân NVYT bị phơi nhiễm (n=275)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Đường lây truyền chính</i>		
Tiếp xúc trực tiếp	245	89,1
Giọt bắn	237	86,2
Không khí	242	88,0
<i>Nguyên nhân</i>		
Tai nạn do kim và vật sắc nhọn	264	96,0
Bắn máu và dịch từ NB	252	91,6
Vệ sinh tay chưa đúng	165	60,0
Tỷ lệ trả lời đúng 6 ý trên	150	54,5
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,11±1,28)/6	

Kết quả bảng 3.12 cho thấy trên 80% NVYT biết được các đường lây truyền chính trong bệnh viện; nguyên nhân được cho là tai nạn do vật sắc nhọn, bắn máu và dịch thể từ người bệnh; vệ sinh tay chưa đúng chiếm 60%.

Bảng 3.13. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về sử dụng bơm truyền dịch cho người bệnh (n=275)

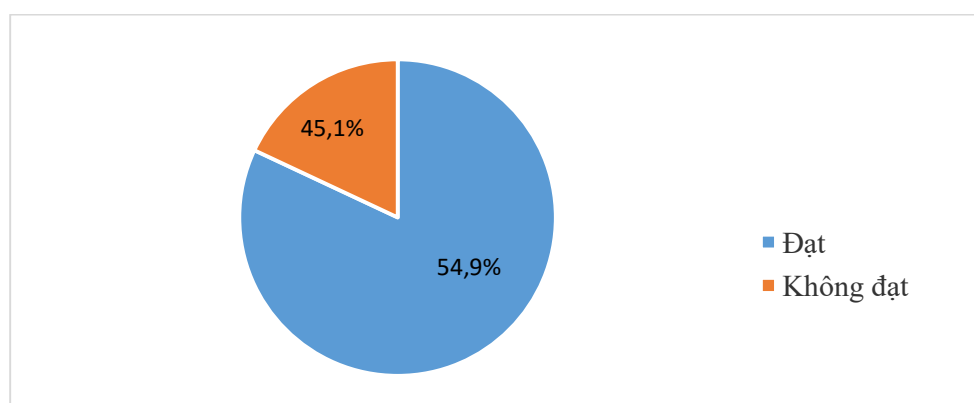
Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dịch truyền chảy vào người bệnh qua thiết bị dòng chảy	186	67,6
Thiết bị bảo vệ dòng chảy phải gắn vào bên trong dụng cụ	136	49,5
Thiết bị bảo vệ dòng chảy luôn luôn trong tình trạng sử dụng	193	70,2
Tỷ lệ trả lời đúng 3 ý trên	94	34,2
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(1,87±0,95)/3	

Bảng 3.13 cho thấy tỷ lệ NVYT hiểu biết đúng và đầy đủ về về sử dụng bơm truyền dịch cho người bệnh chiếm 34,2%; ĐKTTB/ĐKTTĐ đạt $(1,87 \pm 0,95)/3$.

Bảng 3.14. Quan điểm và thái độ của nhân viên y tế về an toàn người bệnh
($n=275$)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thực hiện ATNB là cần thiết	257	93,5
Triển khai thực hiện ATNB tại bệnh viện là khó	164	59,6
Sẵn sàng tham gia các hoạt động liên quan đảm bảo ATNB tại bệnh viện	267	97,1

Bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ NVYT cho là thực hiện ATNB là cần thiết chiếm 93,5%; NVYT cũng sẵn sàng tham gia các hoạt động về ATNB tại bệnh viện là 97,1%; tuy nhiên có tới 59,6% NVYT cho là việc triển khai ATNB là khó.

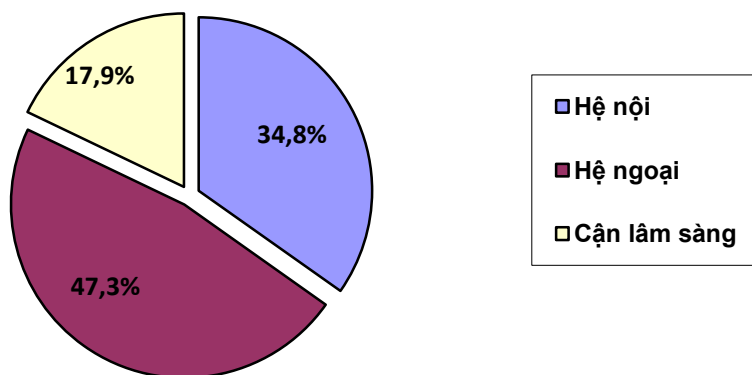


Biểu đồ 3.5. Kiến thức đạt chung của nhân viên y tế về an toàn người bệnh
($n=275$)

Biểu đồ 3.5 cho thấy, xét tổng hợp các nội dung về ATNB, tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt về ATNB là 54,9%.

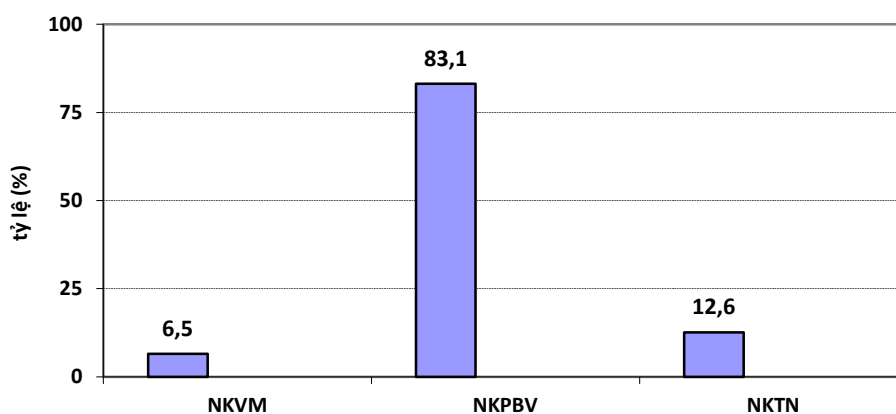
3.1.2. An toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm trong bối cảnh phòng chống dịch Covid-19

3.1.2.1. Kiểm soát nhiễm khuẩn và sự cố y khoa



Biểu đồ 3.6. Phân bố sự cố y khoa theo chuyên khoa năm 2021 (n= 307)

Biểu đồ 3.6 cho thấy trong năm 2021, toàn bệnh viện có 307 trường hợp sự cố y khoa, trong đó hệ ngoại là 47,3%; hệ nội là 34,8% và cận lâm sàng là 17,9%.



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu năm 2021 (n=325)

Kết quả biểu đồ 3.7 cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện chiếm 83,1%; nhiễm khuẩn tiết niệu là 12,6% và nhiễm khuẩn vết mổ là 6,5%.

3.1.2.2. Nội dung về An toàn tiêm/truyền

Bảng 3.15. Kết quả khảo sát thực hành rửa tay/sát khuẩn tay đúng quy định khi tiêm/truyền (n=230)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước khi chuẩn bị tiêm truyền	182	79,1
Trước khi chuẩn bị thuốc	163	70,9
Trước khi sát khuẩn vùng tiêm/đâm kim qua da	222	96,5
Sau khi tiêm	206	89,6

Kết quả bảng 3.15 cho thấy qua khảo sát 230 lượt NVYT trong an toàn tiêm truyền thì có 79,1% có rửa tay/sát khuẩn đúng trước khi chuẩn bị tiêm; 70,9% có thực hành đúng rửa tay/sát khuẩn trước khi chuẩn bị thuốc và có 89,6% có thực hành đúng rửa tay/sát khuẩn sau khi tiêm.

Bảng 3.16. Kết quả khảo sát thực hành 5 đúng khi tiêm/truyền (n=230)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng người bệnh	230	100
Đúng thuốc	230	100
Đúng liều	230	100
Đúng đường dùng	228	99,1
Đúng thời gian	176	76,5

Bảng 3.16 cho thấy 100% NVYT được khảo sát thực hiện tiêm/truyền đúng người bệnh, đúng thuốc và đúng liều; tỷ lệ tiêm đúng thời gian là 76,5%.

Bảng 3.17. Kết quả khảo sát nội dung khác thực hành khi tiêm/truyền
(n=230)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xác định vùng tiêm/truyền phù hợp	229	99,6
Lấy pha thuốc đúng kỹ thuật	223	97,0
Sát khuẩn vùng tiêm/ truyền đúng	227	98,7
Tiêm/truyền đúng vị trí, góc độ, độ sâu	222	96,5
Cô lập ngay bơm/kim tiêm đúng	223	97,0
Theo dõi người bệnh sau tiêm	224	97,4

Kết quả bảng 3.17 cho thấy các thực hành về tiêm/truyền trong và sau tiêm được NVYT thực hiện đúng đạt trên 90%; theo dõi người bệnh sau tiêm chiếm 97,4%.

3.1.2.3. Sự hài lòng của người bệnh trong các khoa

Bảng 3.18. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Thông tin điều tra	Người bệnh nội trú (n=304)		Người bệnh ngoại trú (n=334)		p
	SL	%	SL	%	
Giới tính					
Nam	144	47,4	152	45,5	>0,05
Nữ	160	52,6	182	54,5	
Nhóm tuổi					
< 60 tuổi	213	70,1	119	35,6	<0,05
≥60 tuổi	91	29,9	215	64,4	

Kết quả bảng 3.18 cho biết trong 304 người bệnh nội trú và 334 người bệnh ngoại trú thì tỷ lệ nam nữ ở hai nhóm bệnh là tương tự nhau và người bệnh nữ nhiều hơn người bệnh nam ở cả hai nhóm (nam là 47,4% và 45,5%).

Bảng 3.19. HÀi lòng của người bệnh về khả năng tiếp cận

Thông tin	Điểm hài lòng trung bình (TB \pm SD)	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,59 \pm 0,33	>0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,53 \pm 0,27	

Kết quả bảng 3.19 cho thấy điểm hài lòng trung bình của người bệnh nội trú là 3,59 \pm 0,33 và người bệnh ngoại trú là 3,53 \pm 0,27, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.20. HÀi lòng của người bệnh nội trú về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh

Thông tin	Điểm hài lòng trung bình (TB \pm SD)	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,58 \pm 0,31	>0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,62 \pm 0,23	

Sự hài lòng của người bệnh về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh được trình bày ở bảng 3.20, kết quả cho thấy sự hài lòng ở hai nhóm người bệnh là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.21. HÀi lòng của người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ trong khám chữa bệnh

Thông tin	Điểm hài lòng trung bình (TB \pm SD)	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,77 \pm 0,29	>0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,67 \pm 0,28	

Kết quả bảng 3.21 cho thấy điểm hài lòng của người bệnh nội trú về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ trong khám chữa bệnh là $3,77 \pm 0,29$ và người bệnh ngoại trú là $3,67 \pm 0,28$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.22. Hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế

Thông tin	Điểm hài lòng trung bình (TB \pm SD)	p
Người bệnh nội trú (n=304)	$3,43 \pm 0,29$	>0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	$3,49 \pm 0,32$	

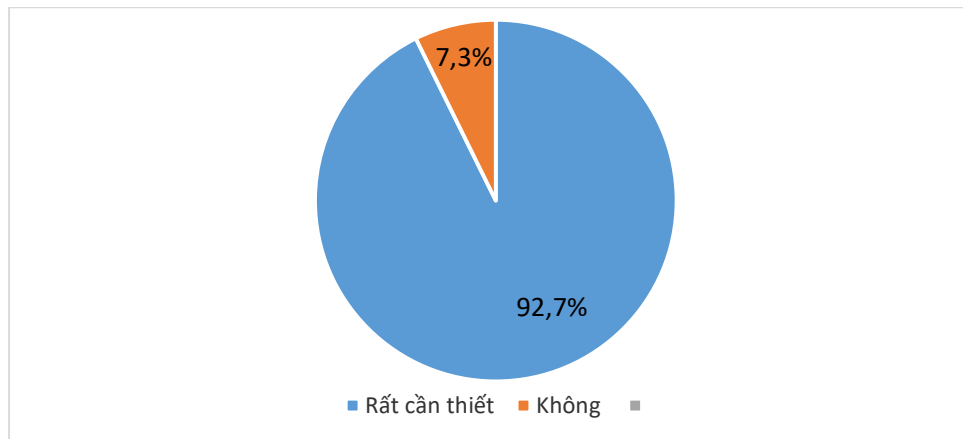
Bảng 3.22 cho thấy người bệnh nội trú hài lòng về thái độ ứng xử của nhân viên y tế về năng lực xử lý chuyên môn là $3,43 \pm 0,29$ và người bệnh ngoại trú là $3,49 \pm 0,32$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.23. Hài lòng của người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ

Thông tin	Điểm hài lòng trung bình (TB \pm SD)	p
Người bệnh nội trú (n=304)	$3,42 \pm 0,35$	>0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	$3,47 \pm 0,32$	

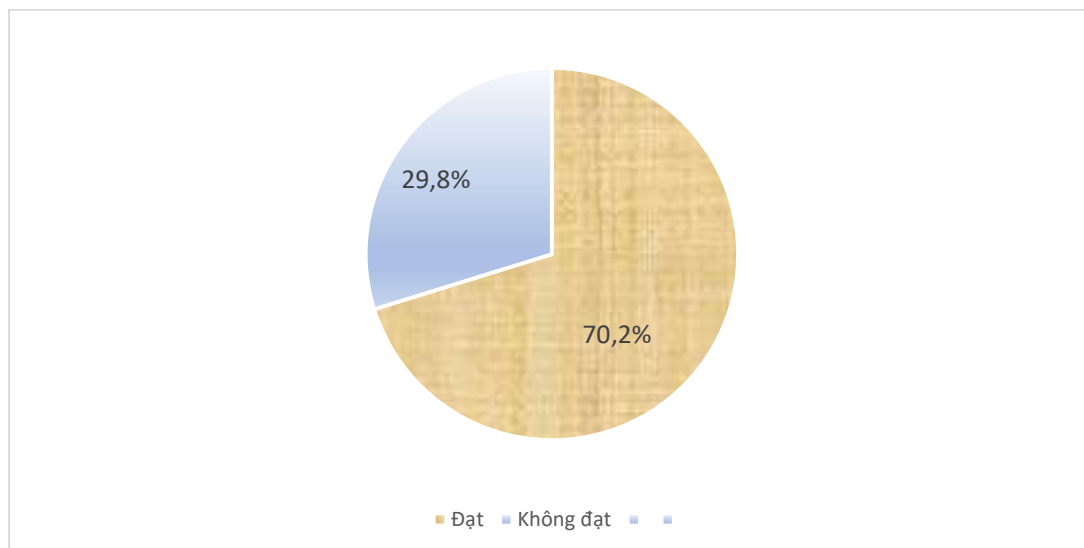
Bảng 3.23 cho thấy điểm người bệnh nội trú hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ của bệnh viện là $3,42 \pm 0,35$ và người bệnh ngoại trú là $3,47 \pm 0,32$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Kiến thức của nhân viên y tế về an toàn phòng chống COVID-19



Biểu đồ 3.8. Quan điểm của nhân viên y tế về đảm bảo an toàn cho người bệnh trong phòng chống COVID-19 (n=275)

Biểu đồ 3.8 cho thấy nhân viên y tế có quan điểm về đảm bảo ATNB trong phòng chống COVID-19 là cần thiết chiếm tỷ lệ cao là 92,7%.



Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức về phòng chống COVID-19 (n=275)

Kết quả biểu đồ 3.9 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt về an toàn phòng chống COVID-19 chiếm 70,2%.

3.2. Hiệu quả một số can thiệp đảm bảo an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19

Bảng 3.24. Thông tin chung của nhân viên y tế trước và sau can thiệp

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
<i>Giới tính</i>				
Nam	79	28,7	80	29,1
Nữ	196	71,3	195	70,9
<i>Nhóm tuổi</i>				
< 30	39	14,2	27	9,8
30-39	146	53,1	137	49,8
40-49	64	23,3	71	25,8
≥ 50	26	9,5	40	14,5
<i>Thâm niên công tác</i>				
≤ 5	58	21,1	58	21,1
6 - 10	55	20,0	44	16,0
11 - 15	85	30,9	97	35,3
> 15	77	28,0	76	27,6

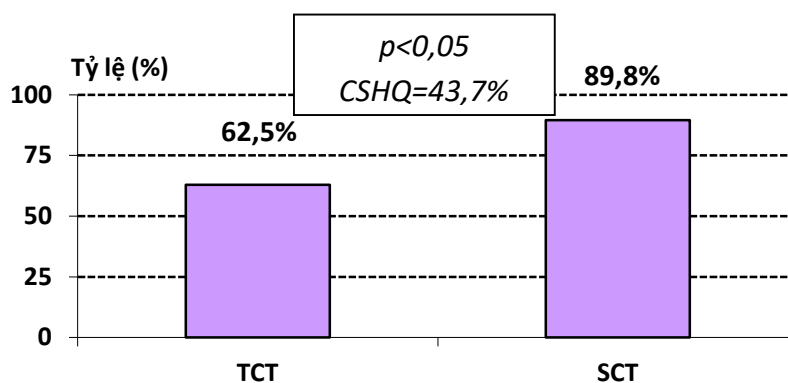
Kết quả bảng 3.24 cho thấy trước can thiệp và sau can thiệp chúng tôi phỏng vấn điều tra được 275 NVYT tại bệnh viện. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam; nhóm tuổi nhiều nhất là 30-39 tuổi; tỷ lệ NVYT có thâm niên cao nhất (11-15 năm) là 30,9% và 35,3%.

3.2.1. Hiệu quả về thay đổi kiến thức của nhân viên y tế về chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh

Bảng 3.25. Kết quả đánh giá kiến thức đúng của nhân viên y tế về một số nội dung an toàn người bệnh trước và sau can thiệp

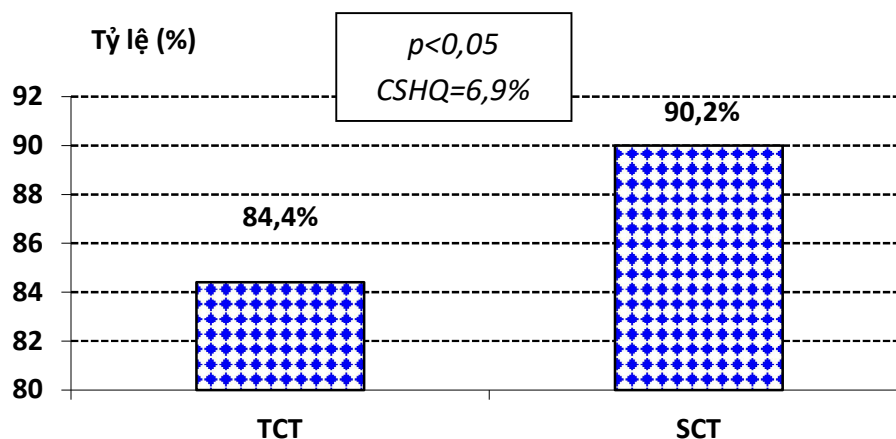
Nội dung điều tra	Trước can thiệp (n=275)	Sau can thiệp (n=275)	p
	Điểm KTTB	Điểm KTTB	
Mục tiêu ATNB	3,86±1,93	5,04±1,15	<0,05
Tác hại của SCYK	2,38±0,77	2,90±0,42	<0,05
Sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật	2,80±1,26	3,80±0,49	<0,05
Sự cố trong quản lý người bệnh	2,01±0,83	2,80±0,55	<0,05
Sự cố liên quan đến thuốc, thiết bị	2,13±1,01	2,90±0,39	<0,05
Nguyên nhân dẫn đến SCYK	2,83±1,20	3,69±0,63	<0,05
Yêu cầu của phẫu thuật chính xác	2,14±0,94	2,80±0,43	<0,05
Các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và yếu tố nguy cơ	4,84±1,58	5,70±0,70	<0,05
Sử dụng bơm truyền dịch cho người bệnh	1,87±0,95	2,80±0,43	<0,05

Kết quả bảng 3.25 cho thấy kiến thức của nhân viên y tế về một số nội dung của an toàn người bệnh sau can thiệp tăng lên rõ rệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nội dung với $p < 0,05$. Biết được mục tiêu ATNB điểm kiến thức trung bình tăng 3,86±1,93 lên 5,04±1,15; Tác hại của SCYK điểm kiến thức trung bình tăng từ 2,38±0,77 lên 2,90±0,42; Các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và yếu tố nguy cơ điểm kiến thức trung bình tăng từ 4,84±1,58 lên 5,70±0,70.



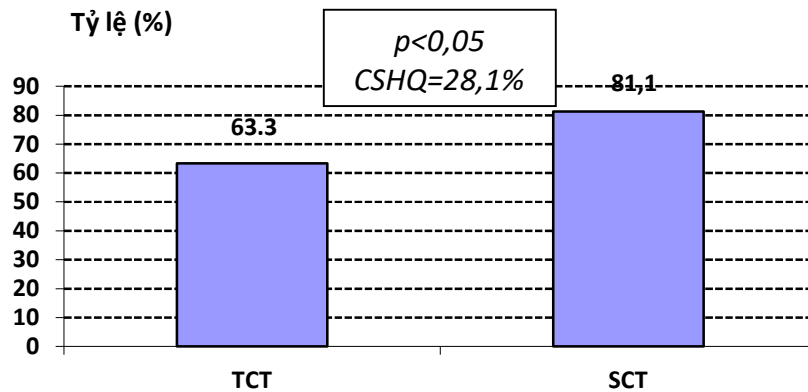
Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về sự cố y khoa trước và sau can thiệp (n=275)

Kết quả biểu đồ 3.10 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về SCYK trước can thiệp là 62,5%; sau can thiệp đạt 89,8% với $p < 0,05$, CSHQ đạt 43,7%.



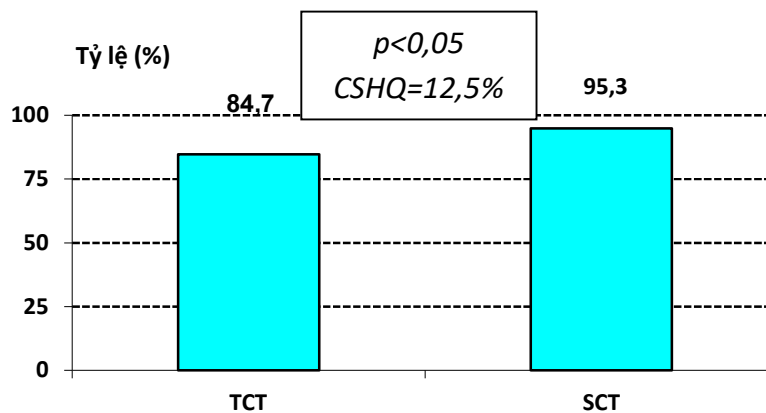
Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về tác hại sự cố y khoa trước và sau can thiệp (n=275)

Kết quả biểu đồ 3.11 cho thấy nhân viên y tế có kiến thức đúng và kể được đầy đủ tác hại của sự cố y khoa trước can thiệp là 84,4%; sau can thiệp là 90,2%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. CSHQ đạt 6,9%.



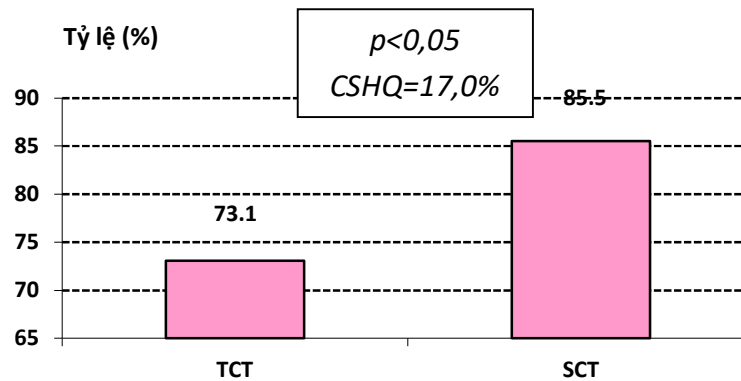
Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng các giải pháp của WHO khuyến cáo về an toàn người bệnh trước và sau can thiệp (n=275)

Biểu đồ 3.12 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về các giải pháp của WHO về ATNB sau can thiệp cao hơn trước can thiệp với $p < 0,05$; CSHQ đạt 28,1%.



Biểu đồ 3.13. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về mục tiêu và các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật trước và sau can thiệp (n=275)

Kết quả biểu đồ 3.13 cho thấy tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật sau can thiệp tăng hơn trước can thiệp với $p < 0,05$ và CSHQ đạt 12,5%.



Biểu đồ 3.14. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn bệnh viện trước và sau can thiệp (n=275)

Biểu đồ 3.14 cho thấy tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về thời gian xuất hiện NKBV trước can thiệp là 73,1; sau can thiệp tăng lên 85,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ đạt 17,0%.

Bảng 3.26. Tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức về an toàn người bệnh trước và sau can thiệp

<div><div></div><div>Nhóm</div><div>Kiến thức</div></div>	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)		p
	SL	%	SL	%	
Không đạt	124	45,1	27	9,8	<0,05
Đạt	151	54,9	248	90,2	
CSHQ (%)	64,3				

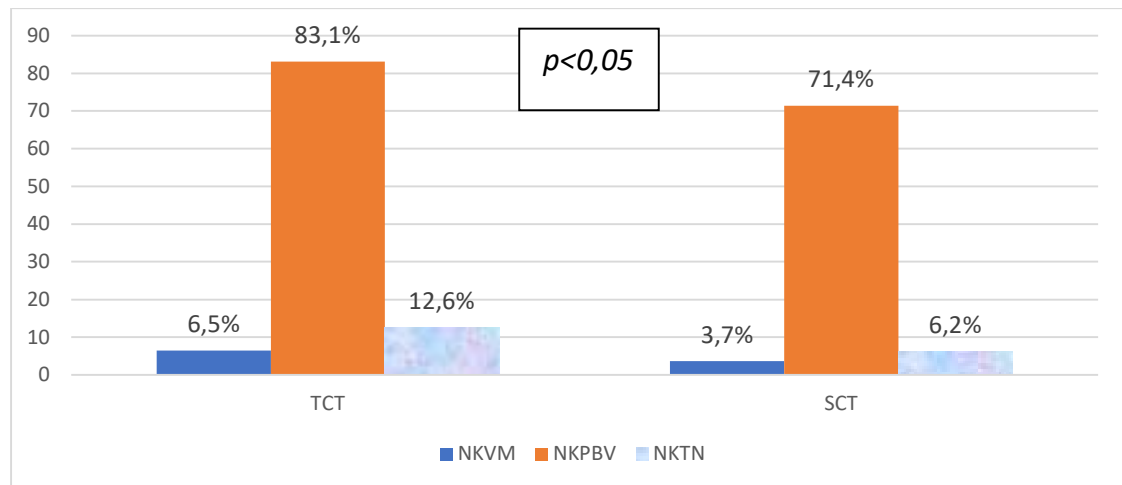
Kết quả bảng 3.26 cho thấy tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt về an toàn người bệnh trước can thiệp là 54,9% và tăng lên rõ rệt sau can thiệp chiếm 90,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, CSHQ đạt 64,3%.

3.2.2. Hiệu quả về giảm tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3.27. Tỷ lệ mắc sự cố y khoa trước và sau can thiệp

Nội dung điều tra	Trước can thiệp (n=307)		Sau can thiệp (n=198)	
	SL	%	SL	%
Hệ Nội	107	34,8	74	37,4
Hệ Ngoại	145	47,3	91	45,9
Cận lâm sàng	55	17,9	33	16,7
Số trường hợp giảm sau CT	109			

Kết quả bảng 3.27 cho thấy số mắc SCYK trước can thiệp là 307; sau can thiệp chỉ còn 198; giảm được 109 trường hợp.



Biểu đồ 3.15. Tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu trước và sau can thiệp

Kết quả biểu đồ 3.15 cho thấy tỷ lệ về nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), NKPBV và nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) sau can thiệp đều giảm rõ rệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Hiệu quả về sự hài lòng của người bệnh với bệnh viện

Bảng 3.28. Hài lòng người bệnh về khả năng tiếp cận trước và sau can thiệp

Nội dung điều tra	Trước can thiệp $X \pm SD$	Sau can thiệp $X \pm SD$	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,59±0,33	4,30±0,46	<0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,53±0,27	4,32±0,40	<0,05

Kết quả bảng 3.28 cho thấy sự hài lòng của người bệnh ở cả hai nhóm nội trú và ngoại trú sau can thiệp đều tăng hơn so với trước can thiệp: người bệnh nội trú tăng 3,59±0,334 điểm lên 4,30±0,459; người bệnh ngoại trú tăng 3,53±0,273 lên 4,32±0,398, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.29. Hài lòng người bệnh sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh trước và sau can thiệp

Nội dung điều tra	Trước can thiệp $X \pm SD$	Sau can thiệp $X \pm SD$	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,58±0,31	4,37±0,47	<0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,62±0,23	4,34±0,33	<0,05

Bảng 3.29 cho thấy sự hài lòng của người bệnh về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp ở cả 2 nhóm người bệnh nội trú và người bệnh ngoại trú, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.30. *Hài lòng người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ khám chữa bệnh trước và sau can thiệp*

Nội dung điều tra	Trước can thiệp $X \pm SD$	Sau can thiệp $X \pm SD$	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,77±0,29	4,31±0,44	<0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,67±0,28	4,29±0,35	<0,05

Kết quả bảng 3.30 cho thấy điểm hài lòng trung bình ở người bệnh nội trú sau can thiệp là 4,31±0,437 và người bệnh ngoại trú là 4,29±0,347. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ so với trước can thiệp ở cả 2 nhóm người bệnh.

Bảng 3.31. *Hài lòng người bệnh về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT trước và sau can thiệp*

Nội dung điều tra	Trước can thiệp $X \pm SD$	Sau can thiệp $X \pm SD$	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,43±0,29	4,43±0,47	<0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,49±0,32	4,33±0,38	<0,05

Bảng 3.31 cho thấy người bệnh hài lòng về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm hài lòng trung bình đạt 4,43±0,47 ở người bệnh nội trú và 4,33±0,38 ở người bệnh ngoại trú.

Bảng 3.32. *Hài lòng người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ trước và sau can thiệp*

Nội dung điều tra	Trước can thiệp $X \pm SD$	Sau can thiệp $X \pm SD$	p
Người bệnh nội trú (n=304)	3,42±0,35	4,35±0,48	<0,05
Người bệnh ngoại trú (n=334)	3,47±0,32	4,28±0,38	<0,05

Kết quả bảng 3.32 cho thấy sự hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ của cả hai nhóm người bệnh sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp với ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm đạt hài lòng là 4,35±0,48 ở người bệnh nội trú và 4,28±0,38 ở người bệnh ngoại trú.

3.2.4. *Hiệu quả về thay đổi kiến thức của nhân viên y tế về an toàn phòng chống COVID-19*

Bảng 3.33. *Kết quả thay đổi kiến thức của nhân viên y tế về các biện pháp phòng ngừa chung tại bệnh viện để đảm bảo an toàn người bệnh trong phòng chống dịch COVID-19*

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Tuân thủ đeo khẩu trang (*)	239	86,9	255	92,7
Tuân thủ vệ sinh tay	230	83,6	242	88,0
ĐKTTB/ĐKTTĐ	1,71±0,63/2		1,81±0,54/2	
p (*)	<0,05			

Bảng 3.33 cho thấy kiến thức đúng của NVYT về biện pháp phòng ngừa chung để đảm bảo ATNB sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; tuân thủ đeo khẩu trang tăng 86,9% lên 92,7%; tuân thủ vệ sinh tay tăng từ 83,6% lên 88,0%. Điểm kiến thức trung bình sau can thiệp đạt là 1,81±0,54/2.

Bảng 3.34. Kết quả thay đổi kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp để kiểm soát lây nhiễm COVID-19 trong cơ sở khám chữa bệnh

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Thực hiện PNC (*)	198	72,0	234	85,1
Thực hiện phòng ngừa dựa theo đường lây truyền (*)	131	47,6	210	76,4
Kiểm soát môi trường (*)	153	55,6	212	77,1
Phòng ngừa lây lan ra cộng đồng (*)	165	60,0	231	84,0
Biện pháp tổng hợp (*)	142	51,6	185	67,3
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,87±1,74)/5		(3,90±1,45)/5	
p ^(*)	<0,05			

(*): các nội dung được so sánh

Kết quả bảng 3.34 cho thấy kiến thức đúng của NVYT về biện pháp dự phòng kiểm soát lây nhiễm COVID-19 sau can thiệp đều tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở tất cả các nội dung. Điểm kiến thức trước can thiệp đạt là (2,87±1,74)/5 và (3,90±1,45)/5 sau can thiệp. Tỷ lệ thay đổi nhiều nhất là thực hiện phòng ngừa dựa theo đường lây truyền và kiểm soát môi trường.

Bảng 3.35. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về biện pháp phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát lây nhiễm COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Vệ sinh tay (*)	242	88,0	258	93,8
Phương tiện PHCN (*)	236	85,8	263	95,6
Quy tắc vệ sinh hô hấp khi ho, hắt hơi (*)	218	79,3	244	88,7
Dự phòng tổn thương vật sắc nhọn (*)	95	34,5	148	53,8
Xử lý dụng cụ chăm sóc người bệnh tái sử dụng đúng quy trình (*)	163	59,3	215	78,2
Vệ sinh môi trường chăm sóc NB(*)	210	76,4	235	85,5
Xử lý CTRYT đúng quy định (*)	143	52,0	204	74,2
Sắp xếp người bệnh an toàn	190	69,1	210	76,4
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,44±2,40)/8		(6,46±2,12)/8	
p ^(*)	<0,05			

(*): các nội dung được so sánh

Kết quả bảng 3.35 cho biết khi được hỏi về các biện pháp phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát lây nhiễm COVID-19, kết quả chỉ ra NVYT đều nêu được các nội dung với tỷ lệ cao sau can thiệp: vệ sinh tay là 938%; sử dụng phương tiện PHCN là 95,6%; tuy nhiên nội dung là dự phòng tổn thương vật sắc nhọn chiếm tỷ lệ 53,8%. Điểm kiến thức đạt sau can thiệp là (6,46±2,12)/8.

Bảng 3.36. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về nguyên tắc sử dụng phương tiện PHCN trong phòng chống dịch COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Khi tiếp xúc thăm khám, chăm sóc người bệnh nhiễm *	227	82,5	251	91,3
Tiếp xúc người bệnh nhưng không khai thác được yếu tố dịch tễ (*)	148	53,8	206	74,9
Tránh tiếp xúc hoặc điều chỉnh phương tiện PHCN đang mang khi làm việc trong buồng, khu cách ly (*)	172	62,5	213	77,5
Không mang, tháo Phương tiện PHVN trong cùng một phòng (*)	196	71,3	216	78,5
Tháo Phương tiện PHVN ngay sau khi ra khỏi khu cách lý (*)	166	60,4	218	79,3
Thay găng tay khi chuyển từ người bệnh này sang người bệnh khác (*)	120	43,6	221	80,4
Chỉ dùng một lần (*)	196	71,3	229	83,3
Bỏ vào thùng chất thải lây nhiễm sau sử dụng (*)	182	66,2	222	80,7
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,12±2,50)/8		(6,46±2,33)/8	
p ^(*)	<0,05			

(*): Nội dung được so sánh

Kết quả bảng 3.36 cho biết NVYT có kiến thức đúng về nguyên tắc sử dụng phương tiện PHCN trong phòng chống dịch COVID-19 sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp có ý

nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Khi tiếp xúc thăm khám, chăm sóc người bệnh nhiễm được nói đến với tỷ lệ cao nhất là 91,3%; còn các nội dung khác còn đạt dưới 90%. Điểm kiến thức trung bình sau can thiệp đạt $(6,46 \pm 2,33)/8$.

Bảng 3.37. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về các loại phương tiện PHCN trong phòng chống dịch COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Bộ quần áo chống dịch (*)	253	92,0	273	99,3
Tắm choàng không thấm nước	110	40,0	124	45,1
Mũ trùm không thấm nước	176	64,0	184	66,9
Khẩu trang có hiệu lực lọc cao	252	91,6	250	90,9
Kính bảo hộ/tấm che mặt	244	88,7	245	89,1
Găng tay	245	89,1	249	90,5
Ủng cao su/giày chốngthấm cổ cao	190	69,1	178	64,7
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,35±1,92)/8		(5,47±1,80)/8	
p ^(*)	>0,05			

(*): Nội dung được so sánh

Khi được hỏi về các phương tiện PHCN, đa số NVYT kể được Bộ quần áo chống dịch là 99,3%; Khẩu trang có hiệu lực lọc cao là 90,9%; Găng tay là 90,5% sau can thiệp. Tuy nhiên sự khác biệt so với trước can thiệp là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điểm kiến thức trung bình mới đạt $(5,47 \pm 1,80)/8$ sau can thiệp.

Bảng 3.38. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về xử lý dụng cụ ăn uống của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Sử dụng dụng cụ đựng TP một lần	229	83,3	222	80,7
Dụng cụ đựng TP sau thu gom xử lý như chất thải y tế (*)	216	78,5	263	95,6
Thực phẩm thừa xử lý như chất thải lây nhiễm	220	80,0	237	86,2
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(2,42±0,98)/3		(2,63±0,67)/3	
p ^(*)	<0,05			

(*): Nội dung được so sánh

Kết quả bảng 3.38 cho biết kiến thức đúng của NVYT về xử lý dụng cụ ăn uống của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19, với điểm kiến thức trung bình trước can thiệp là (2,42±0,9)/3 và sau can thiệp là (2,63±0,67)/3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 95,6% NVYT cho rằng dụng cụ đựng thực phẩm sau thu gom phải được xử lý như chất thải y tế; 80,7% NVYT cho là chỉ sử dụng dụng cụ đựng thực phẩm 1 lần.

Bảng 3.39. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về xử lý đồ vải của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Thu gom toàn bộ đồ vải tại nơi phát sinh	227	82,5	233	84,7
Không đếm đồ vải đã thu gom tại nơi thải bỏ (*)	135	49,1	186	67,6
Đồ vải sau thu gom đựng trong túi 2 lớp, gói kín đảm bảo không thủng, không thấm nước (*)	227	82,5	252	91,6
Túi đựng đồ vải được xử lý như chất thải lây nhiễm (*)	213	77,5	235	85,5
Được giặt ngay, riêng biệt, không ngâm (*)	128	46,5	190	69,1
Giặt bằng máy với nhiệt độ 60-70 ⁰ C	131	47,6	179	65,1
Sử dụng hoá chất có clo để giặt (*)	174	63,3	208	75,6
Túi đựng đồ vải có ghim nhãn “ĐỒ VẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SAR-COV-2”	229	83,3	247	89,8
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,32±2,46)/8		(6,29±2,16)/8	
p ^(*)	<0,05			

(*): Nội dung được so sánh

Kết quả bảng 3.39 cho thấy kiến thức đúng của NVYT về xử lý đồ vải của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19 sau can thiệp đạt tỷ lệ cao hơn so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.40. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về nơi cần vệ sinh khử khuẩn bề mặt trong phòng chống COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Khu chăm sóc và điều trị người bệnh mắc COVID-19 (*)	248	90,2	262	95,3
Khu tiếp nhận và sàng lọc (*)	241	87,6	255	92,7
Nơi người bệnh ra viện/tử vong/chuyển viện	219	79,6	234	85,1
Bề mặt nơi tràn máu hoặc dịch cơ thể	223	81,1	234	85,1
Khu khâm niệm người bệnh COVID-19 (*)	228	82,9	250	90,9
Khu sàng lọc, cách lý, thu dung điều trị	241	87,6	253	92,0
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,09±1,73)/6		(5,41±1,24)/6	
p ^(*)	<0,05			

(*): Nội dung được so sánh

Tỷ lệ NVYT biết được nơi cần vệ sinh khử khuẩn bề mặt trong phòng chống COVID-19 đạt cao nhất là khu chăm sóc và điều trị người bệnh mắc COVID-19 chiếm 95,3%; khu tiếp nhận sàng lọc là 92,7%. Điểm kiến thức trung bình đạt là (5,09±1,73)/6 trước can thiệp và (5,41±1,24)/6 sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.41. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về nơi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật người bệnh nhiễm COVID-19

Thông tin	Trước can thiệp (n=275)		Sau can thiệp (n=275)	
	SL	%	SL	%
Tối ưu hoá phòng mổ áp lực âm (*)	158	57,5	221	80,4
Phân luồng đi riêng cho NB, nhóm phẫu thuật,... (*)	242	88,0	261	94,9
Chuẩn bị đầy đủ phương tiện PHCN cho phẫu thuật viên, kíp mổ	243	88,4	258	93,8
Ưu tiên sử dụng dụng cụ một lần (*)	198	72,0	229	83,3
Vệ sinh phòng mổ	231	84,0	242	88,0
Quản lý chất thải rắn y tế đúng (*)	175	63,6	216	78,5
Nhân viên y tế tham gia thực hiện kỹ thuật theo dõi trong 14 ngày	190	69,1	207	75,3
Dây máy thở, lọc máu, thận ưu tiên loại dùng 1 lần (*)	167	60,7	197	71,6
ĐKTTB/ĐKTTĐ	(5,83±2,25)/8		(6,66±2,05)/8	
p ^(*) (kiểm định χ^2)	<0,05			

(*): Nội dung được so sánh

Bảng 3.41 cho thấy NVYT biết quy định về nơi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật người bệnh nhiễm COVID-19 sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc đánh giá CLBV được thực hiện qua các nội dung: phỏng vấn, điều tra nhân viên y tế về kiến thức, thực hành về ATNB và an toàn phòng chống COVID-19. Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh. ATNB lấy người bệnh làm trung tâm thông qua đánh giá về KSNK, SCYK và an toàn trong tiêm/truyền.

4.1.1. Chất lượng bệnh viện thông qua phỏng vấn nhân viên y tế về an toàn người bệnh

Trong hệ thống y tế, chất lượng - từ góc độ của người bệnh hay khách hàng - liên quan đến loại hình chăm sóc và tính hiệu quả của nó, có thể chú trọng hơn vào tính tiện ích như thái độ thân thiện, được đối xử tôn trọng, sự thoải mái, sự sạch sẽ và sự sẵn có của nhiều dịch vụ phù hợp với túi tiền. Nếu nhìn từ góc độ NVYT hoặc cơ sở y tế lại sẽ quan tâm nhiều hơn đến quy trình khoa học của chăm sóc y tế, khả năng chẩn đoán và điều trị một ca bệnh mà ít để ý đến tính tiện lợi và càng ít tập trung vào khía cạnh “chăm sóc”. Nhà quản lý cũng có quan niệm khác về chất lượng. Họ có thể cho rằng chất lượng là sự tiếp cận, hiệu lực, tính phù hợp, khả năng có thể chấp nhận được và hiệu quả trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bên cạnh đó chi phí là yếu tố quan trọng đối với nhà quản lý.

Vì vậy, khi phải định nghĩa chất lượng là gì, cần phải tính đến quan điểm khác nhau của từng đối tượng. Nếu dựa trên các quy trình, nhiệm vụ và kỳ vọng về kết quả thực hiện thì: “Chất lượng không có một cách ngẫu nhiên mà là kết quả của ý định quyết đoán, nỗ lực nghiêm túc, hướng đi thông minh và sự thực thi khéo léo”. Chất lượng không xảy ra một cách tình cờ mà đòi hỏi

phải được lập kế hoạch, được nhằm tới và phân đầu để thực hiện. Lập kế hoạch là việc làm quan trọng để có được chất lượng. Xác định được đúng mục tiêu, mục đích đúng đắn và các tiêu chí phù hợp là những điều cần thiết để có được chất lượng. Tất nhiên, nỗ lực lập kế hoạch cần phải đi kèm với sự toàn tâm, sự cống hiến để thực hiện kế hoạch và đạt được các mục tiêu đặt ra [117].

CLBV là toàn bộ các hoạt động liên quan đến chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh và các dịch vụ phục vụ người bệnh, hướng tới sự hài lòng toàn diện của người bệnh, người nhà và NVYT. CLBV là khả năng tiếp cận dịch vụ, lấy người bệnh là trung tâm. Một trong những kênh để đánh giá CLBV được phản ánh thông qua kiến thức của NVYT về ATNB.

ATNB là sự quan tâm của mỗi quốc gia, mỗi cơ sở y tế, người dân và xã hội. Tại Hội nghị Thượng đỉnh Bộ trưởng Y tế toàn cầu năm 2016 tại London, Vương Quốc Anh đã khởi xướng phát động mục tiêu ATNB, tiếp theo là lần thứ hai tại Đức năm 2017, lần thứ ba tại Nhật năm 2018: ATNB được đưa lên thành vấn đề ưu tiên hàng đầu trong chương trình nghị sự toàn cầu, đã đệ trình và thông qua Đại Hội đồng Y tế Thế giới tổ chức vào Tháng 5/2017 tại Geneva, đã chính thức lấy ngày 17/9 hàng năm là ngày “An toàn người bệnh Thế giới”, bắt đầu từ năm 2019. Công tác bảo đảm ATNB được Bộ Y tế sớm quan tâm và tập trung chỉ đạo mạnh mẽ trong suốt thời gian qua. Bộ Y tế đã tham mưu cho Quốc hội ban hành Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 [10]. Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã quy định các điều kiện bảo đảm ATNB như: Các quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh (quy định về cấp cứu; Chẩn đoán bệnh, chỉ định phương pháp điều trị và kê đơn thuốc; Hội chẩn; Điều trị ngoại trú; Điều trị nội trú; Hồ sơ bệnh án; Sử dụng thuốc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú; Thực hiện phẫu thuật, can thiệp ngoại khoa; KSNK trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Xử lý chất thải y tế; Giải quyết đối với người bệnh không có người nhận; Giải quyết

đối với người bệnh tử vong; Bắt buộc chữa bệnh; Trực khám bệnh, chữa bệnh,...); Quy định về áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh; Quy định về sai sót chuyên môn kỹ thuật và các điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh.

Nhiều văn bản quy phạm pháp luật đã được xây dựng, hướng dẫn và quy định các bệnh viện cần nghiêm túc triển khai thực hiện: Tăng cường hệ thống chính sách, văn bản pháp quy về ATNB; Bảo đảm thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm ATNB và NVYT; Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo, phòng ngừa SCYK [16].

Trong nghiên cứu, chúng tôi được thực hiện điều tra 275 NVYT đang làm việc tại bệnh viện với 71,3% là nữ giới; độ tuổi nhiều nhất 30-39 (53,1%); NVYT có thâm niên chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 11-15 năm (30,9%); tỷ lệ NVYT là bác sỹ chiếm 27,3% và điều dưỡng viên là 58,9%. Trong số NVYT đa số họ đều tiếp xúc với NB (98,2%) và thời gian làm việc trong tuần của họ trên 40 giờ chiếm 77,8%. Như vậy, NVYT phải là người phải có những kiến thức và thực hành đúng về ATNB thì mới đảm bảo CLB, bởi lẽ nếu họ không có đầy đủ kiến thức và thực hành về ATNB họ sẽ không thực hiện được các nhiệm vụ chuyên môn an toàn, đúng và hiệu quả. Đặc biệt, bệnh viện mà chúng tôi nghiên cứu là Bệnh viện Đa khoa hạng 1 phải đảm nhận vai trò, chức năng khám chữa bệnh và chăm sóc sức khoẻ cho tỉnh miền núi với địa hình phức tạp, giao thông đi lại rất khó khăn. Sự phân bố về NVYT tại bệnh viện của chúng tôi cũng tương đồng với khảo sát của Nguyễn Minh Quân tại thành phố Hồ Chí Minh, cho biết tỷ lệ nữ của NVYT chiếm nhiều hơn nam (53,3% và 46,7%) [35]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Tự tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hoà Bình cũng cho biết tỷ lệ điều dưỡng viên chiếm cao nhất [95], như vậy là phù hợp với nhiệm vụ chăm sóc người bệnh của các bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kiến thức và thực hành của NVYT về mục tiêu của ATNB đó là đảm bảo được 6 tiêu chí. Kết quả chỉ ra NVYT chưa có kiến thức đầy đủ về các nội dung của mục tiêu ATNB, tỷ lệ trả lời cao nhất là đảm bảo an toàn phẫu thuật (73,1%) và xác định chính xác người bệnh (72,7%). Điểm kiến thức trung bình chỉ đạt $3,86 \pm 1,9/6$. Tỷ lệ NVYT trả lời đúng và đầy đủ các giải pháp về ATNB chỉ đạt 27,6%.

Theo Khoản 1, Điều 2, Thông tư 43/2018/TT-BYT [16], SCYK là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan, chủ quan mà không phải do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh, tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh. Khi được hỏi về nội dung này thì NVYT chỉ có 62,5% trả lời đúng. Có từ 61,1% đến 89,1% NVYT nêu được tác hại của SCYK, điểm kiến thức trung bình/điểm kiến thức tối đa chỉ đạt $2,38 \pm 0,77/3$. Kiến thức cụ thể về các SCYK trong bệnh viện như SCYK trong phẫu thuật, thủ thuật đạt điểm kiến thức trung bình $2,8 \pm 1,26/4$; trong đó tỷ lệ trả lời đạt cao nhất là SCYK có thể xảy ra đó là phẫu thuật nhầm vị trí, nhầm người bệnh là 73,1%. Kiến thức về SCYK liên quan đến quản lý người bệnh, đây cũng là một trong những nội dung về ATNB mà các NVYT phải biết được đầy đủ để phòng tránh. Kết quả của chúng tôi cho thấy có 86,9% NVYT biết được SCYK liên quan đến người bệnh là giao nhầm trẻ sơ sinh; 78,9% NVYT biết được SCYK là người bệnh tự tử hoặc tự sát trong bệnh viện; nếu xét về điểm kiến thức chỉ đạt $(2,01 \pm 0,83)/3$. Tương tự như nội dung trên, kiến thức về SCYK của NVYT liên quan đến thuốc, thiết bị và nguyên nhân dẫn đến SCYK cũng chỉ đạt ở mức $(2,13 \pm 1,01)/3$. Một số nội dung khác về ATNB như những yêu cầu phẫu thuật chính xác người bệnh; những sai sót gặp phải trong cấp phát và sử dụng thuốc; mục tiêu và các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật NVYT trả lời đúng và đầy đủ cũng chưa cao. Tỷ lệ đạt cao nhất 84,7% về nội dung

mục tiêu và các giai đoạn cần kiểm tra trong an toàn phẫu thuật. Nghiên cứu của Lại Đức Trí lại cho biết có 75,3% NVYT về chuyên môn của bệnh viện có kiến thức đúng về quy định đảm bảo chính xác người bệnh và 77,5% hiểu đúng về bảng kiểm an toàn phẫu thuật [64], kết quả của chúng tôi cũng là tương đương với của tác giả.

Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với các nội dung về ATNB, NVYT chưa trả lời đúng và đầy đủ. Đây cũng là một nội dung cần phải được triển khai ở các hoạt động can thiệp sau này. Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự cho biết việc thực hiện văn hoá ATNB giúp cho việc thực hiện ATNB tốt hơn [118]. Do vậy, nâng cao kiến thức về ATNB cho NVYT là thực sự cần thiết.

NKBBV là nhiễm khuẩn xảy ra sau khi người bệnh nhập viện 48 giờ (02 ngày) mà trước đó người bệnh không có biểu hiện nhiễm khuẩn hay bất kỳ dấu hiệu nào đang trong thời kỳ ủ bệnh. Nhiễm khuẩn sau khi người bệnh ra viện cũng được coi là NKBBV nếu nhiễm khuẩn đó mắc phải trong thời gian nằm viện [72], [73]. Các yếu tố thuận lợi gây NKBBV đó là: Nhiều người bệnh bị nhiễm khuẩn vào bệnh viện khám, điều trị nên có nhiều vi sinh vật gây bệnh cư trú ở bệnh viện. Do NVYT tiếp xúc thường xuyên với vi sinh vật nên trở thành người lành mang mầm bệnh và có thể lây nhiễm cho người khác. Nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc mức độ cao, đa kháng thuốc do quá trình sử dụng kháng sinh qua nhiều thế hệ và có sự chọn lọc các vi khuẩn kháng thuốc. Người bệnh nằm viện có hệ miễn dịch giảm sút do bệnh tật, tuổi cao, do dùng thuốc hoặc hóa chất gây suy giảm miễn dịch. Các phương pháp điều trị xâm lấn: phẫu thuật, nội soi, đặt catheter là tăng nguy cơ vi sinh vật xâm nhập qua da, niêm mạc, phẫu thuật. Như vậy, nếu như NVYT không có kiến thức tốt về NKBBV thì sẽ là một vấn đề ảnh hưởng rất lớn đến hiệu quả điều trị và ATNB [119]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NVYT có

kiến thức đúng về thời gian xuất hiện NKBV chỉ chiếm 73,1%; NVYT kể được các loại NKBV thường gặp thấp nhất chiếm 73,8% nhiễm khuẩn tiết niệu đến 87,6% nhiễm khuẩn phổi cao nhất. Đa số NVYT (94,9%) cho là yếu tố làm tăng nguy cơ NKBV là do thiết bị y tế. Về các nội dung này, điểm kiến thức mới chỉ đạt ở ĐKTTB/ĐKTTĐ là $4,8 \pm 1,47/6$. So sánh với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Nga tại Sơn La, kết quả cho thấy, kiến thức đúng về KSNK của NVYT là 80%. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng chưa cao ở một số nội dung như các biện pháp phòng tránh NKBV (65,2%), vị trí lưu giữ phương tiện PHCN (66,7%), thực hành trong PNC (76,8%) và nguyên tắc khử khuẩn, tiệt khuẩn (73,9%) [40]. Kết quả nghiên cứu của tác giả khác cũng cho thấy thực hành về giám sát nhiễm khuẩn còn chưa tốt (\bar{X} : 2,15; SD:0,05) [54]. Tuy nhiên, nghiên cứu của các tác giả với nhiều nội dung được điều tra, nghiên cứu của chúng tôi có ít nội dung nên có thể kết quả nghiên cứu có sự khác biệt. Một nghiên cứu của tác giả Hamed Sarani và cộng sự cũng cho biết kiến thức của nhân viên về NKBV thấp, có tới 43% NVYT có kiến thức kém, 42% có kiến thức trung bình và 37% có thái độ vừa phải về NKBV [73].

Một nội dung tiếp theo về kiến thức của NVYT mà chúng tôi thực hiện trong nghiên cứu này đó là đường lây và nguyên nhân lây truyền chính trong các cơ sở y tế và kỹ thuật sử dụng bơm truyền dịch cho người bệnh. Đây cũng là nội dung liên quan đến ATNB. Kết quả chỉ ra kiến thức của NVYT về đường lây truyền khá tốt chiếm từ 86,2 đến 89,1%; trên 90% NVYT chỉ ra được nguyên nhân của đường lây là do tai nạn do kim và vật sắc nhọn hoặc bắn máu và dịch từ người bệnh. Nhưng nguyên nhân rất quan trọng là do VST, tỷ lệ kiến thức đúng còn thấp chỉ đạt 60,0% (Kiến thức về kỹ thuật bơm và truyền dịch cho người bệnh chưa đầy đủ và đạt tỷ lệ chưa cao, ĐKTTB/ĐKTTĐ chỉ đạt $(1,87 \pm 0,95)/3$. Trong đó nội dung phải hiểu được là

thiết bị dòng chảy phải gắn liền vào bên trong dụng cụ chỉ đạt 49,5%. Kết quả chung về kiến thức đạt của NVYT về ATNB là 54,9%.

Quan điểm và thái độ NVYT về ATNB; kết quả cho thấy tỷ lệ cao NVYT cho là ATNB là cần thiết (93,5%); NVYT cũng sẵn sàng tham gia các hoạt động liên quan đến ATNB; tuy nhiên có 59,6% NVYT cho là việc thực hiện ATNB tại bệnh viện là khó khăn. Nghiên cứu của Lại Đức Trí lại cho biết có 84,7% NVYT chuyên môn cho là ATNB là cần thiết; có 89,4% NVYT chuyên môn có thái độ sẵn sàng cho việc thực hiện ATNB [64], như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có lẽ cũng là do thời điểm nghiên cứu của chúng tôi sau này nên việc triển khai các nội dung ATNB tại các bệnh viện đã và đang được thực hiện có tính khả thi, nên mặc dù NVYT chưa hiểu đúng và đầy đủ nhưng họ đã có thái độ đúng và hiểu được ý nghĩa của ATNB. Chúng tôi thấy, sở dĩ có quan điểm đó là do bản thân mỗi NVYT bệnh viện chưa có kiến thức đầy đủ và một số nội dung còn hiểu mơ hồ, thiếu hiểu biết nên dẫn đến quan điểm chưa rõ. Khi NVYT được trang bị đầy đủ kiến thức họ sẽ có cái nhìn khách quan, đúng đắn và đầy đủ. Điều đó góp phần cho việc thực hiện công tác ATNB trong bệnh viện được tốt và hiệu quả.

4.1.2. An toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm

4.1.2.1. Kiểm soát nhiễm khuẩn và sự cố y khoa

Kết quả cho thấy trong năm 2021, chúng tôi có 307 SCYK được báo cáo. Trong đó hệ ngoại chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,3%; hệ nội là 34,8% và cận lâm sàng chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 17,9%. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với thực tế của bệnh viện do nhiệm vụ chuyên môn mỗi đơn vị trong bệnh viện có khác nhau và tính đặc thù riêng. Người bệnh nằm lâu và được chăm sóc y tế chủ yếu là các khoa cơ bản: ngoại, sản, nội và nhi. Kết quả của chúng tôi so với một số nghiên cứu trước đó: tương đồng như nghiên cứu của tác giả Lại Đức Trí tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình thì trong 309 SCYK có hệ

ngoại cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (42,7%); hệ nội là 40,1% và cận lâm sàng là 17,2% [64]. Tác giả Hồ Bích Hoàng và cộng sự cũng cho biết trong SCYK thì hệ ngoại là 20,1%; hệ nội cao hơn là 48,6%; khu cấp cứu là 31,3% [120]. Tác giả Kiều Quang Phát cho biết trong năm 2020 có tới 365 SCYK được báo cáo tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [88].

NKBV hiện đang là mối quan tâm hàng đầu tại các cơ sở khám chữa bệnh ở cả trên thế giới và Việt Nam. Công tác phòng chống NKBV là một trong những ưu tiên hàng đầu trong các nội dung đảm bảo ATNB và CLBV. Trong NKBV thì chủ yếu gặp phải đó là nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu và một số loại nhiễm khuẩn khác như vết bỏng. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện chiếm cao nhất tới 83,1%; nhiễm khuẩn tiết niệu là 12,6% và nhiễm khuẩn vết mổ thấp nhất là 6,5%. So sánh với một số nghiên cứu như của tác giả Nguyễn Đình Xương tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho thấy tại khoa ngoại thần kinh nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 4,9% [121]. Nghiên cứu của Cáp Minh Đức tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải phòng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 4,3% [122]. Tác giả Trần Đình Phùng và cộng sự cho biết tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi liên quan đến thở máy là 35,8% [123]. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với nghiên cứu của Lại Đức Trí với tỷ lệ NKBV như sau: nhiễm khuẩn vết mổ là 14,2% cao hơn của chúng tôi; nhiễm khuẩn phổi bệnh viện là 17,6% thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi và nhiễm khuẩn tiết niệu là 11,3% khá tương đồng [64]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Nhung và cộng sự lại cho biết tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện khá cao chiếm 78,6%; tuy nhiên kết quả vẫn thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [124].

4.1.2.2. An toàn tiêm truyền

An toàn trong tiêm truyền cũng là một nội dung trong đảm bảo CLBV và ATNB. Mũi tiêm an toàn là mũi tiêm không gây nguy hại cho người được

tiêm, không gây phơi nhiễm cho người tiêm đối với các nguy cơ có khả năng tránh được và không để lại chất thải nguy hại cho cộng đồng. Tiêm không an toàn có thể dẫn đến lây nhiễm các tác nhân gây bệnh đường máu mà hậu quả là mắc các bệnh liên quan. Nhận thức được tầm quan trọng của KSNK và an toàn trong tiêm, những khó khăn của các nước thành viên và trách nhiệm của mình trước sự an toàn trong chăm sóc y tế, WHO đã thành lập Mạng lưới Tiêm an toàn Toàn cầu vào năm 1999; Bộ trưởng Bộ Y tế ra Quyết định số 2642/QĐ-BYT ngày 21/7/2011 thành lập Ban soạn thảo các Tài liệu hướng dẫn KSNK, trong đó có Tài liệu hướng dẫn tiêm an toàn [4], [115].

Có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra thực trạng của tiêm an toàn như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu cho biết tại bước chuẩn bị người bệnh có 95,9% điều dưỡng viên thực hiện 5 đúng, nhận định, giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm, trợ giúp tư thế an toàn, thuận tiện. Có 74,0% điều dưỡng viên rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh khi chuẩn bị tiêm. Thực hiện chuẩn bị dụng cụ tiêm của điều dưỡng viên khá tốt; 98,6% điều dưỡng viên chuẩn bị hộp chống sốc, cơ sở thuốc tiêm và còn hạn sử dụng; 97,9% điều dưỡng viên chuẩn bị thùng đựng vật sắc nhọn và thùng đựng chất thải. Qua đó cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng viên có thực hành đạt trong bước chuẩn bị dụng cụ tiêm là tương đối tốt, về thực hành chuẩn bị thuốc tiêm của điều dưỡng viên, chỉ có 41,8% điều dưỡng viên thực hiện kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ thuốc. Có 95,9% điều dưỡng viên thực hiện xé bỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc. Đánh giá chung của nghiên cứu về thực hành tiêm an toàn đạt tỷ lệ 39% [125]. Nghiên cứu của tác giả Cao Thị Thu Lý tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức cho kết quả kiến thức tiêm an toàn và phòng ngừa phơi nhiễm do vật sắc nhọn đạt kết quả 92,4% [49]. Một nghiên cứu tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức của tác giả Nguyễn Thanh Tới và cộng sự về kiến thức, thực hành và một số yếu tố ảnh hưởng

đến tiêm an toàn của điều dưỡng viên cho kết quả điều dưỡng viên có kiến thức đạt và thực hành đạt 51% và 58% [126]. Trong khí đó nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thúy Nhân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình cho biết 80,1% điều dưỡng viên hiểu đúng về khái niệm tiêm an toàn; Không có bất kỳ điều dưỡng viên nào thực hành đủ 15 tiêu chuẩn tiêm an toàn; 61,2% điều dưỡng viên thực hành tiêm ở mức khá; 32,8% ở mức trung bình và 5,1% ở mức kém [127]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả về an toàn tiêm truyền khá tốt thể hiện qua khảo sát thực hành rửa tay và sát khuẩn trước khi tiêm đạt tỷ lệ cao; tuy nhiên tỷ lệ VST sát khuẩn sau tiêm còn hạn chế (46,1%). Có 100% NVYT thực hành 5 đúng khi tiêm truyền ở các nội dung là đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều; đúng đường là 99,1% và đúng thời gian mới chỉ đạt 76,5%. Tỷ lệ đạt các nội dung khác trong tiêm/truyền như xác định vùng tiêm/truyền phù hợp là 99,6%; sát khuẩn vùng tiêm/truyền (99,1%); lấy thuốc đúng kỹ thuật (97%); dẫn dò người bệnh trong khi thực hiện tiêm là 68,7%. Qua đó cho thấy, thực hành an toàn trong tiêm truyền của NVYT bệnh viện cơ bản là đạt yêu cầu. Tuy nhiên, một số nội dung cần phải thực hiện cho đầy đủ và đúng quy định chung như dẫn dò người bệnh, VST sau tiêm/truyền.

4.1.2. Hải lòng của người bệnh

Ngày nay cùng với sự tiến bộ của xã hội người dân đã ý thức được rõ hơn về quyền lợi của mình và nhu cầu ngày càng cao với cơ sở khám chữa bệnh. Có thể coi bệnh viện như một xã hội thu nhỏ với rất nhiều mối quan hệ khác nhau. Các mối quan hệ đó bao gồm NVYT với NVYT, NVYT với người bệnh và với người nhà người bệnh, giữa những người bệnh với nhau. Trong đó, mối quan hệ giữa NVYT với người bệnh là quan trọng hơn cả và nó phản ánh chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện.

Ở Việt Nam, thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của nước ta ngày càng đa dạng. Do vậy, cơ sở vật chất trang thiết bị, cũng như con người (NVYT) ngày càng phải đạt chuẩn. Ngày 04/6/2015, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2151/QĐ-BYT về việc phê duyệt Kế hoạch triển khai thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”. Các NVYT đã được tập huấn cụ thể từ giao tiếp phi ngôn ngữ: thái độ, nét mặt, ánh mắt cho đến cách chào hỏi, cách xin lỗi, cách cảm ơn, cách lắng nghe khi giao tiếp với người bệnh trong quá trình tiếp đón, khám và điều trị. Ngoài ra, Bộ Y tế yêu cầu các bệnh viện phải thành lập các đơn vị chăm sóc khách hàng; thực hiện quy định về trang phục y tế; duy trì, củng cố hòm thư góp ý, đường dây nóng; triển khai Đề án Tiếp xúc người bệnh; xây dựng phong cách, thái độ phục vụ văn minh, thân thiện, không có tiêu cực. Tất cả đều không nằm ngoài mục đích đem lại sự hài lòng cho người bệnh. Bộ Y tế đã nhấn mạnh tính cấp bách và ý nghĩa quan trọng của việc đổi mới phong cách, thái độ phục vụ người bệnh của NVYT trong giai đoạn hiện nay, cấp bách và ý nghĩa quan trọng vì đó là sự đòi hỏi chính đáng của mọi người dân, một xã hội văn minh và phát triển chỉ khi người dân có được sự phục vụ tốt của các dịch vụ xã hội, dịch vụ y tế là một dịch vụ mà mọi người đều cần ở mọi lúc, mọi nơi trong suốt cả cuộc đời. Đó không chỉ là sự đòi hỏi của người dân mà còn là một yêu cầu sống còn và phát triển của mỗi cơ sở khám, chữa bệnh trong tiến trình phát triển với chủ trương hướng tới tự chủ tài chính của các cơ sở khám, chữa bệnh mà Chính phủ đã đề ra. Bộ Y tế đã ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát sự hài lòng của người bệnh [116].

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện phỏng vấn sự hài lòng của người bệnh bằng bộ công cụ đã ban hành của Bộ Y tế [116]. Nghiên cứu trên 304 người bệnh nội trú và 334 người bệnh ngoại trú. Trong đó người bệnh nội trú nam chiếm 4,7% và người bệnh ngoại trú tỷ lệ nam là 45,5%; người bệnh có tuổi dưới 60 thì

ở nhóm nội trú chiếm tỷ lệ 70,1% và nhóm ngoại trú tỷ lệ này là 35,6%. Tỷ lệ về giới tính và độ tuổi tùy thuộc và từng giai đoạn và thời điểm của mùa bệnh, cũng như là nhóm bệnh. Người bệnh ngoại trú thì thường là người cao tuổi (>60 tuổi) chiếm tỷ lệ cao hơn bởi lẽ người cao tuổi thường mắc các bệnh mạn tính không lây như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Do vậy, nhóm bệnh này được khám định kỳ và phát thuốc điều trị ngoại trú, do vậy kết quả điều tra của chúng tôi về nội dung này là phù hợp.

Để đánh giá sự hài lòng của người bệnh với bệnh viện, của chúng tôi thực hiện theo Thông tư hướng dẫn của Bộ Y tế, với hai mẫu phiếu dành riêng cho người bệnh nội trú và người bệnh ngoại trú [116], [128]. Với 05 tiểu mục được hỏi người bệnh, nội dung về sự hài lòng của người bệnh với khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, kết quả của chúng tôi cho thấy điểm hài lòng trung bình của người bệnh nội trú là $3,59 \pm 0,33$ và người bệnh ngoại trú là $3,53 \pm 0,27$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Qua kết quả cho thấy đa số người bệnh đều hài lòng ở mức độ hài lòng và rất hài lòng. Điều này, chứng tỏ các thay đổi qui trình khám bệnh, cải cách thủ tục hành chính, sắp xếp thời gian đặc biệt việc bố trí phòng lấy mẫu và trả kết quả xét nghiệm tại khoa khám bệnh đã tạo điều kiện để người bệnh đến khám dễ dàng tiếp cận các dịch vụ khám và dịch vụ cận lâm sàng, giảm thời gian chờ đợi, mang đến sự hài lòng cao.

Tuy nhiên, vẫn còn một số ít người bệnh chưa thực sự hài lòng về khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế của bệnh viện. Theo chúng tôi, sở dĩ có tình trạng như vậy có thể là do một số người bệnh ngoại trú, nội trú do nhà ở xa bệnh viện, nên khi cần khám hoặc điều trị bệnh phải chờ đợi do bệnh viện ưu tiên cho người bệnh đã đặt lịch trước qua hệ thống đăng ký trực tuyến qua mạng internet; người bệnh mất nhiều thời gian cho việc tiếp cận nhiều kỹ thuật xét nghiệm cho một lần khám vì các khu kỹ thuật bố trí xa nhau, ít tính

liên hoàn, đây cũng là những nội dung, giải pháp chúng tôi can thiệp để làm tăng sự hài lòng của người bệnh.

So sánh với kết quả của một số tác giả khác như nghiên cứu của Tao Thị Hồng Vân tại Bệnh viện Đa khoa Mường Lay tỉnh Điện Biên cho thấy người bệnh hài lòng với khả năng tiếp cận với dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện chủ yếu ở mức độ 3,4. Tỷ lệ chiếm cao nhất là hài lòng về thời gian thăm (62,2%); 22,4% mức độ 3; 14,9% mức độ 5. Hài lòng về sơ đồ biển báo với mức độ 4 là 60,9%; mức độ 3 là 23,9%; mức độ 5 là 14,4%; mức độ 2 rất thấp (0,8%) [129]. Kết quả của tỷ lệ hài lòng của người bệnh của chúng tôi tương đồng với tác giả. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tùng tại Bệnh viện Mắt Hải Phòng cho biết điểm hài lòng trung bình cho nội dung này là $3,4 \pm 0,08$; thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [100]. Một lý do có thể đưa ra ở đây có thể là do tính đặc thù của bệnh viện, cũng như thời điểm thực hiện nghiên cứu.

Khi được hỏi về sự hài lòng của người bệnh về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả cho thấy sự hài lòng ở hai nhóm người bệnh là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Người bệnh nội trú với điểm hài lòng là $3,58 \pm 0,31/5$; người bệnh ngoại trú là $3,62 \pm 0,23/5$. Như vậy, kết quả cho thấy ở nội dung này tỷ lệ hài lòng cao nhưng vẫn còn tỷ lệ đáng kể người bệnh nội trú và ngoại trú vẫn chưa thực sự hài lòng. So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hân nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội tỷ lệ hài lòng trong minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh điểm trung bình $4,25 \pm 0,51$, trong khi đó tỷ lệ nghiên cứu chúng tôi thấp hơn rất nhiều [44].

Lý do được diễn giải cho nội dung này phần lớn là do bất đồng ngôn ngữ dẫn đến nhiều nội dung tư vấn, giải thích của NVYT cho người bệnh không hiểu, phải nhờ người khác dịch lại đặc biệt việc công khai sử dụng thuốc, chế

độ, chi phí nằm viện, nội dung này khi nằm viện, có lẽ người bệnh cũng dễ hiểu và tiếp cận được nhanh chóng. Việc người bệnh phải chờ đợi kết quả cận lâm sàng là điều không tránh khỏi vì bệnh viện là tuyến tỉnh nên có thời điểm người bệnh quá đông đặc biệt vào đầu giờ sáng, do vậy việc phải chờ đợi đối với người bệnh làm nhiều kỹ thuật xét nghiệm, khám kết hợp các chuyên khoa là không thể tránh khỏi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng cho biết kết quả tương đương nghiên cứu của chúng tôi với điểm hài lòng trung bình là $3,6 \pm 0,0$ ở người bệnh nội trú. Sự hài lòng về nội dung này ở người bệnh ngoại trú và $3,4 \pm 0,06$ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [111]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Tao Thị Hồng Vân [129].

Cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh trong bệnh viện là một nhu cầu thiết yếu và rất quan trọng đối với hiệu quả điều trị cho người bệnh. Một số các nghiên cứu đã chỉ ra nhiều cơ sở khám chữa bệnh còn chưa thực sự đáp ứng về nhu cầu cơ sở vật chất nên tỷ lệ người bệnh còn chưa thực sự hài lòng [129], [130], [131]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ trong khám chữa bệnh thì tỷ lệ người bệnh nội trú rất hài lòng và hài lòng chiếm hầu hết số người được hỏi; Điểm trung bình là $3,77 \pm 0,29$ với người bệnh nội trú và $3,67 \pm 0,29$ với người bệnh ngoại trú. So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hậu và cộng sự khi nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 175 có điểm trung bình cơ sở vật chất là 4,77 điểm [132], điểm về cơ sở vật chất của chúng tôi còn khá thấp, điều này có lẽ do đặc thù của bệnh viện chuyên ngành Y học cổ truyền và bệnh viện Quân y. Tuy nhiên, kết quả này cho thấy chúng tôi còn phải cố gắng rất nhiều trong việc nâng cao và hoàn thiện cơ sở vật chất trong khám chữa bệnh.

Một trong những nội dung cũng rất quan trọng, đó là sự ứng xử của nhân viên y tế với người bệnh và năng lực chuyên môn. Theo quan điểm của những nhà tâm lý học, năng lực là tổng hợp các đặc điểm, thuộc tính tâm lý của cá nhân phù hợp với yêu cầu đặc trưng của một hoạt động nhất định, nhằm đảm bảo cho hoạt động đó đạt hiệu quả cao. Theo Bernard Wynne và David Stringer: “Năng lực là bao gồm kỹ năng tích lũy được, kiến thức, cách ứng xử và thái độ của một cá nhân áp dụng để hoàn thành một công việc nào đó”. Như vậy, hiểu một cách đơn giản thì năng lực là khả năng thực hiện được một công việc với một kết quả nhất định. Năng lực là yếu tố tiềm ẩn trong mỗi con người, nó có thể do bẩm sinh và cũng có thể do quá trình học tập, tích lũy và rèn luyện mà có được. Kiến thức và kỹ năng thuần thực để hoàn thành một công việc chính là năng lực. Đánh giá năng lực của con người là một vấn đề phức tạp bởi năng lực là một thuộc tính của tính cách, không thể nhìn thấy trực tiếp để đánh giá.

Đánh giá năng lực của NVYT còn phức tạp hơn rất nhiều. Khi đánh giá năng lực, người ta thường đánh giá qua các hành động cụ thể, đánh giá thông qua kết quả công việc. Việc đánh giá năng lực của NVYT có thể thông qua hoạt động khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh (sản phẩm). Sản phẩm của ngành y là sản phẩm đặc biệt trong quá trình làm việc sản phẩm tạo ra có những trường hợp do những lý do khách quan từ phía người bệnh có người đáp ứng rất tốt phác đồ điều trị nhưng có trường hợp lại kháng lại phương pháp điều trị ấy, có những trường hợp người bệnh tiềm ẩn những dấu hiệu bệnh mà người NVYT không thể tiên đoán trước được. Bên cạnh đó, cũng có lý do chủ quan từ bản thân người NVYT. Đặc thù của ngành y khác với các ngành khác, vì vậy cách đánh giá năng lực cũng khác, sản phẩm của NVYT là khả năng vận dụng những kiến thức, kỹ năng, thái độ, niềm tin để hành động một cách phù hợp và có hiệu quả trong công việc thực tiễn. Việc đánh giá

năng lực của NVYT phải dựa trên tiêu chuẩn, tiêu chí cụ thể gắn với thực tiễn của ngành và công việc, thậm chí là cả cá nhân NVYT đó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bộ công cụ của Bộ Y tế về sự hài lòng của người bệnh với ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT, đây cũng chỉ là một kênh thông tin mang tính chất chủ quan từ người bệnh. Tuy nhiên, kết quả là những dữ liệu tốt để NVYT hoàn thiện bản thân mình về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn để phục vụ người bệnh tốt hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh nội trú hài lòng về thái độ ứng xử của NVYT về năng lực xử lý chuyên môn là $3,43 \pm 0,29$ và người bệnh ngoại trú là $3,49 \pm 0,32$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, ở nội dung này tỷ lệ hài lòng chưa thực sự cao ở cả 2 nhóm người bệnh nội trú và ngoại trú. Các nội dung còn ở mức độ bình thường còn gặp đó là sự tôn trọng, công bằng với người bệnh, bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc tốt, bác sỹ thăm khám và động viên tại phòng, tư vấn chế độ ăn, hoạt động thể lực, phòng biến chứng.

Thực tế, trong việc phục vụ người bệnh, có những thời điểm NVYT với tần xuất người bệnh ra vào viện ở bệnh viện tuyến tỉnh có quá nhiều áp lực và công việc phải thực hiện một lúc, kèm theo sự hối thúc của người nhà người bệnh, thời điểm bùng phát dịch là những yếu tố làm NVYT có đôi lúc chậm trễ hoặc mệt mỏi. Kết quả trên cũng có thể giải thích rõ ràng và phù hợp với kết quả về sự hài lòng với việc cung cấp dịch vụ của người bệnh, với điểm hài lòng trung bình cũng đạt mức $3,42 \pm 0,35$ với người bệnh nội trú và $3,47 \pm 0,32$ với người bệnh ngoại trú. Tổng hợp lại sự hài lòng của người bệnh về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đều ở mức đạt điểm hài lòng trung bình dưới 4 điểm. Mỗi tiểu mục được hỏi có những kết quả đánh giá của người bệnh khác nhau.

Đây cũng là một nội dung và dữ liệu cần thiết để làm cơ sở đưa ra các nội dung can thiệp để nâng cao CLBV và đảm bảo ATNB. So sánh với một số nghiên cứu tại Việt Nam như nghiên cứu của tác giả Cao Lập Đức cho biết sự hài lòng tỷ lệ hài lòng chung là 41,2%, tỷ lệ khả năng đáp ứng mong đợi là 83,5% [98]. Nghiên cứu của Huỳnh Thúc Thi cho biết tỷ lệ người bệnh cảm thấy hài lòng với thái độ tiếp xúc của NVYT tại phòng khám lần lượt là 95,8% đối với bác sỹ; 95,5% cho điều dưỡng và 94% cho hộ lý [46]. Nghiên cứu của Tao Thị Hồng Vân cũng cho biết tỷ lệ hài lòng chung ở các nội dung đạt ở mức độ hài lòng và rất hài lòng chiếm tỷ lệ cao nhất [129]. Như vậy, so sánh với một số kết quả về sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh BHYT tại một số bệnh viện khác tại Việt Nam, chúng tôi nhận thấy một số nội dung chúng tôi cũng đạt được kết quả tương đương, cũng còn một số ít nội dung mà sự hài lòng của người bệnh còn thấp, đó cũng là những việc mà chúng tôi sẽ cố gắng khắc phục sau nghiên cứu này để giúp bệnh viện ngày càng có chất lượng tốt để phục vụ người bệnh.

4.1.3. An toàn phòng chống COVID-19

An toàn phòng chống COVID-19 nói riêng và phòng chống các bệnh lây nhiễm nói chung, đặc biệt là nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp luôn được chú trọng trong bất cứ thời điểm nào tại các cơ sở khám chữa bệnh. Nếu như người bệnh đang được chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở y tế, lại bị mắc COVID-19 hoặc bệnh nhiễm khuẩn nào đó thì không những ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, chi phí cho y tế tăng lên mà còn ảnh hưởng đến NVYT và người nhà người bệnh cũng như cộng đồng.

Với nội dung an toàn phòng chống COVID-19 bệnh viện của chúng tôi, ngoài việc lồng ghép với các biện pháp chuyên môn trong công tác khám chữa bệnh, các biện pháp phòng chống dịch bệnh khác. Nhưng trong nghiên cứu

chúng tôi chỉ đánh giá an toàn phòng chống COVID-19 qua việc phỏng vấn NVYT về kiến thức của họ trong phòng chống COVID-19. Kết quả nghiên cứu cho thấy NVYT có quan điểm về đảm bảo ATNB trong phòng chống COVID-19 là cần thiết chiếm tỷ lệ cao là 92,7%. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt về an toàn phòng chống COVID-19 chiếm 70,2%. Qua kết quả cho thấy, hầu hết NVYT trong bệnh viện đều nhận thức và quan điểm rõ ràng trong phòng chống COVID-19 ở bất kỳ thời điểm nào trong bệnh viện, giai đoạn bệnh dịch bùng phát hoặc giai đoạn chỉ có các ca bệnh lẻ tẻ, thì việc phòng chống vẫn hết sức cần thiết và phải được thực hiện một cách nghiêm túc và triệt để, thường xuyên. Tuy nhiên, kiến thức của NVYT qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có chưa kiến thức đúng vẫn còn là con số đáng phải quan tâm. Đây cũng là một nội dung chúng tôi cũng sẽ đưa vào trong nội dung can thiệp để đạt được mục đích cuối cùng là đảm bảo ATNB.

4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng bệnh viện, đảm bảo an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống COVID-19

4.2.1. Hiệu quả về thay đổi kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm

Việc đào tạo cho NVYT những kiến thức cơ bản, nâng cao về ATNB là rất cần thiết. Điều đó giúp NVYT có kiến thức, kỹ năng thực hành tốt để đảm bảo an toàn cho người bệnh trong thực hiện công việc chuyên môn của mình. Từ đó NVYT chủ động khắc phục việc nhầm lẫn tên người bệnh, thông tin bàn giao không đầy đủ, nhầm lẫn liên quan tới phẫu thuật, thủ thuật. Văn hóa an ATNB là những giá trị, thái độ, nhận thức, năng lực và hành vi của mỗi cá nhân NVYT hay của cơ sở y tế. Điều đó thể hiện trách nhiệm và sự cam kết của một tổ chức chăm sóc sức khỏe trong việc đảm bảo ATNB. NVYT có kiến thức tốt về PNC sẽ giúp cho việc đảm bảo ATNB.

Kết quả nghiên cứu sau khi thực hiện các biện pháp can thiệp, trong đó có nội dung về nâng cao kiến thức của NVYT về ATNB sau 1 năm can thiệp đã mang lại hiệu quả nhất định.

Kết quả của chúng tôi cho thấy với 275 NVYT được điều tra trước và sau can thiệp; trên 70% NVYT là nữ giới; nhóm tuổi nhiều nhất là 30- 39; thâm niên công tác từ 11-15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,9% trước can thiệp và 35,3% sau can thiệp. Như vậy, cho thấy NVYT của bệnh viện mà chúng tôi điều tra là tương đồng về giới, độ tuổi và thâm niên công tác. Kết quả đã chỉ ra kiến thức đúng của NVYT về các nội dung: mục tiêu của ATNB, tại hại SCYK, các sự cố trong phẫu thuật thủ thuật, sự cố trong quản lý người bệnh, sự cố liên quan đến thuốc và thiết bị, nguyên nhân dẫn đến SCYK, các yêu cầu của phẫu thuật chính xác người bệnh, các loại NKBV thường gặp và sử dụng bơm truyền dịch cho người bệnh, sau can thiệp đều tăng hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả thể hiện qua điểm trung bình kiến thức: mục tiêu ATNB điểm kiến thức trung bình tăng $3,86 \pm 1,93$ lên $5,04 \pm 1,15$; Tác hại của SCYK điểm kiến thức trung bình tăng từ $2,38 \pm 0,77$ lên $2,90 \pm 0,42$; Các loại NKBV thường gặp và yếu tố nguy cơ điểm kiến thức trung bình tăng từ $4,84 \pm 1,58$ lên $5,70 \pm 0,70$.

Việc công khai minh bạch thông tin SCYK làm giảm áp lực của cộng đồng cho ngành y tế và ngành y tế dễ nhận được sự thông cảm, chia sẻ của NB và cộng đồng trước tính chất phức tạp và đa dạng của SCYK. Hệ thống báo cáo SCYK của bệnh viện bao gồm các văn bản quy định về việc triển khai thực hiện báo cáo SCYK tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và phòng ban, phân loại báo cáo SCYK tự nguyện và bắt buộc, danh mục SCYK bắt buộc phải báo cáo; các biểu mẫu báo cáo. Nhằm tăng cường các giải pháp đảm bảo ATNB, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 43/2018/TT-BYT về việc

hướng dẫn phòng ngừa SCYK trong các cơ sở khám chữa bệnh [16]. Do vậy, NVYT bệnh viện có kiến thức tốt về SCYK sẽ giúp cho ATNB.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức của NVYT về nội dung này tăng lên rõ rệt sau can thiệp với tỷ lệ sau can thiệp là 89,8% so với trước can thiệp là 62,5%; CSHQ đạt được là 43,7%. Kết quả cũng chỉ ra NVYT có kiến thức đúng về tác hại SCYK tăng lên sau can thiệp là 90,2%, với CSHQ đạt 6,9%. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lại Đức Trí tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình cho biết sau can thiệp thì kiến thức của NVYT về SCYK tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp [64].

Một nội dung tiếp theo trong ATNB mà NVYT cần phải hiểu biết đầy đủ và đúng đó là 6 giải pháp của WHO khuyến cáo về ATNB. Kết quả của chúng tôi cho thấy kiến thức của NVYT về nội dung này sau can thiệp được tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ đạt 28,1%. Đánh giá từng tiêu chí theo chi tiết quy định trong các tiêu chí cụ thể từ TC1 đến TC8, mỗi tiêu chí sẽ được đánh giá đạt hay đạt một phần [133]. Mục tiêu của an toàn phẫu thuật là 1) Phẫu thuật đúng người bệnh, đúng vùng mổ. 2) Sử dụng các phương pháp giảm đau phù hợp tránh gây tổn hại cho người bệnh. 3) Đánh giá và chuẩn bị đối phó hiệu quả với nguy cơ tắc đường thở và chức năng hô hấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra kiến thức của NVYT về an toàn phẫu thuật trước can thiệp là 84,7% khá cao; tuy nhiên sau can thiệp tỷ lệ đạt rất tốt là 95,3%, với CSHQ cho nội dung này là 12,5%.

Nhiễm khuẩn bệnh viện: Trước đây thuật ngữ NKBV được gọi là nhiễm khuẩn mắc phải ở bệnh viện hay nhiễm khuẩn do thầy thuốc, NVYT. Ngày nay, WHO đã thay đổi và gọi NKBV là nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế nhằm chỉ các nhiễm khuẩn bị mắc phải ở bệnh viện. Khái niệm NKBV

ở đây được hiểu là cả nhiễm vi khuẩn, virus, ký sinh trùng và nấm khi thỏa mãn các điều kiện về không gian và thời gian. Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là nhiễm khuẩn xảy ra sau khi người bệnh nhập viện 48h (02 ngày) mà trước đó người bệnh không có biểu hiện nhiễm khuẩn hay bất kỳ dấu hiệu nào đang trong thời kỳ ủ bệnh (ngày nhập viện=ngày 1). Nhiễm khuẩn sau khi người bệnh ra viện cũng được coi là NKBV nếu nhiễm khuẩn đó mắc phải trong thời gian nằm viện. Ví dụ: bệnh viêm gan virus B, C, nhiễm HIV, viêm xương khớp do đóng đinh nội tủy ... những bệnh có thời gian ủ bệnh dài ngày.

Do đó, việc có kiến thức đúng về NKBV của NVYT là rất cần thiết không những đảm bảo ATNB, giảm được chi phí điều trị và an toàn cho NVYT và cho cộng đồng, tác giả Trần Thị Phương Thảo cũng đã cho biết chỉ có 65% điều dưỡng viên có kiến thức đạt về các biện pháp phòng ngừa viêm phổi bệnh viện và có 60% điều dưỡng viên thực hành đạt tốt các biện pháp PNC. Do vậy việc trang bị và nâng cao kiến thức về NKBV cho NVYT là thực sự cần thiết [134]. Nghiên cứu tìm thấy mối tương quan: giữa nhóm tuổi, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, tham gia tập huấn giữa kiến thức và thực hành điều của điều dưỡng viên.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau quá trình can thiệp, kiến thức của NVYT về NKBV tăng rõ rệt so với trước can thiệp từ 73,1% tăng lên 85,5%; CSHQ đạt được là 17%. Khi đánh giá tổng thể các nội dung và cho điểm kiến thức, kết quả chỉ ra tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về ATNB sau can thiệp tăng cao đạt 90,2% so với trước can thiệp là 54,9%. CSHQ đạt là 64,3%. Như vậy, qua quá trình thực hiện các biện pháp can thiệp, hiệu quả đầu tiên chúng tôi thu được đó là đã nâng cao được kiến thức chung (với 68 điểm tổng và nếu được 48 điểm trở lên là đạt) của NVYT về ATNB với hiệu quả tốt ở các nội dung hiểu đúng SCYK, tác hại SCYK, an toàn sử dụng thuốc, các chỉ số này đều tăng lên sau can thiệp so với trước can thiệp có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đương nghiên cứu của tác giả Lại Đức Trí [64]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân cũng cho biết hiệu quả tương tự [35].

4.2.2. Hiệu quả về giảm tỷ lệ mắc sự cố y khoa, nhiễm khuẩn bệnh viện

Khi thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn, bác sỹ phải đưa ra các chẩn đoán, quyết định phương pháp điều trị. Bệnh viện là nơi diễn ra các phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn; nơi người bệnh sử dụng các dược chất, hóa chất, vắc xin để điều trị; nơi có nhiều trẻ được sinh ra và cũng là nơi chứng kiến nhiều người bệnh tử vong. Bệnh viện cũng là nơi các thầy thuốc thường xuyên bị áp lực công việc do tình trạng quá tải và áp lực về tâm lý. Vì vậy, SCYK không mong muốn là điều khó tránh và trong nhiều trường hợp ngoài tầm kiểm soát. SCYK khi phát hiện thì NVYT có trách nhiệm nhận diện và phân biệt SCYK theo các trường hợp mô tả, diễn biến tình huống, mức độ tổn thương quy định của Thông tư số 43/2018/TT-BYT, ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế Hướng dẫn phòng ngừa SCYK trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [16].

Báo cáo SCYK dựa trên nguyên tắc là: Việc phòng ngừa SCYK trên cơ sở nhận diện, báo cáo, phân tích tìm nguyên nhân, đưa ra các khuyến cáo phòng ngừa, tránh tái diễn SCYK để nâng cao CLBV, ATNB và không nhằm mục đích khác. Việc phòng ngừa SCYK được khuyến khích, động viên và được bảo vệ. Hồ sơ phòng ngừa SCYK được quản lý theo quy chế bảo mật thông tin. Việc phòng ngừa SCYK là trách nhiệm của lãnh đạo và NVYT làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Với bệnh viện chúng tôi là bệnh viện thuộc tuyến tỉnh, miền núi biên giới phía Tây Bắc, tuy nhiên được sự chỉ đạo sát sao của Sở Y tế tỉnh Điện Biên và sự lãnh đạo của Ban giám đốc bệnh viện nên SCYK so với một số bệnh viện cùng hạng không cao hơn. Đặc biệt, sau khi triển khai các biện pháp can thiệp đồng bộ, số trường hợp SCYK đã giảm rõ, năm 2021 có 307 trường hợp có báo cáo SCYK, năm 2022 chỉ còn

198 trường hợp, giảm được 109 trường hợp. Phân bố SCYK của tương đồng như 1 số nghiên cứu của các tác giả khác [64], [95], [96].

Nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong số tiêu chí đánh giá CLBV. NKBV cũng là vấn đề đáng lo ngại tại các bệnh viện hiện nay, nó ảnh hưởng đến 1,7 triệu người bệnh mỗi năm. Tỷ lệ NKBV thay đổi theo loại bệnh viện, cao nhất ở bệnh viện Tuyến 1; sau đó là bệnh viện chuyên khoa [25]. Kiểm soát nhiễm khuẩn là việc áp dụng đồng bộ các biện pháp nhằm ngăn ngừa sự lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn trong thực hành khám bệnh, chữa bệnh, là nội dung quan trọng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế.

Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những NKBV thường gặp. Nhiễm khuẩn vết mổ làm tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian và bệnh tật cho người bệnh. Ngoài ra, nhiễm khuẩn vết mổ làm tăng việc lạm dụng kháng sinh và kháng kháng sinh, một vấn đề lớn cho điều trị lâm sàng. Nguồn tác nhân gây bệnh có thể từ nhiều nguồn như môi trường phòng mổ, dụng cụ phẫu thuật, NVYT, những ổ nhiễm khuẩn kề cận, thiết bị nhân tạo được cấy ghép,... Những tác nhân gây nhiễm khuẩn vết mổ tùy thuộc vào loại phẫu thuật được thực hiện. Nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 1/3 nhiễm khuẩn vết mổ có thể phòng ngừa được [135].

Kiến thức và thực hành VST, phòng ngừa nhiễm khuẩn phổi bệnh viện của NVYT cũng góp phần làm giảm và ngăn ngừa NKBV, một số nghiên cứu đã chỉ ra hiệu quả VST trong PNC [136], [137], [138]. Chúng tôi thiết nghĩ với bệnh viện chúng tôi là Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh, sau cuộc điều tra ban đầu đã tìm ra được những nguyên nhân và những điểm cần khắc phục. Sau khi áp dụng một số giải pháp can thiệp đồng bộ và toàn diện, kết quả sau 1 năm can thiệp, tỷ lệ NKBV đã giảm rất rõ rệt so với trước can thiệp thể hiện là: tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giảm còn 3,7%; nhiễm khuẩn phổi bệnh viện giảm từ 83,1% xuống 71,4%; nhiễm khuẩn tiết niệu giảm từ 12,6% xuống 6,2%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Qua kết quả cho thấy hiệu

quả rất đáng ghi nhận, so sánh với kết quả của chúng tôi với một số nghiên cứu khác cũng có hiệu quả tương đương [35], [64]. Tuy nhiên, tỷ lệ NKBV của tác giả có cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể phụ thuộc vào thời điểm và thời gian điều tra cũng như là vùng sinh thái.

4.2.3. Hiệu quả về sự hài lòng của người bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cũng như một số nghiên cứu của các tác giả khác đã đánh giá sự hài lòng của người bệnh (nội trú và ngoại trú) về chất lượng khám chữa bệnh của các cơ sở, dịch vụ y tế theo bộ công cụ điều tra của Bộ Y tế [116]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tại các cơ sở khám chữa bệnh hiện nay với phương châm là đảm bảo ATNB và người bệnh là trung tâm, tỷ lệ hài lòng của người bệnh với các cơ sở y tế nói chung đã đạt được mức độ nhất định. Với bộ công cụ chuẩn của Bộ Y tế và sử dụng thang đo Likert 5. Đa số các nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng chiếm đa số ở mức độ 4 và 5. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng cho thấy vẫn còn một số nội dung người bệnh chưa thật sự hài lòng như: quy trình thủ tục nhập viện; thời gian chờ đợi làm các thủ tục và bác sỹ khám; vệ sinh môi trường xung quanh [48], [111], [138].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn 1 cũng cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú và người bệnh ngoại trú cũng khá tốt. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số nội dung tương đồng với nghiên cứu của các tác giả đã nghiên cứu trước đây. Sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp thì kết quả đã cho thấy người bệnh hài lòng với các nội dung về khả năng tiếp cận với điểm hài lòng trung bình ở người bệnh nội trú tăng từ $3,59 \pm 0,33$ trước can thiệp lên $4,30 \pm 0,46$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi người bệnh vào viện khám chữa bệnh, một trong những quá trình khám chữa bệnh là sự minh bạch thông tin và thủ tục trong khám chữa bệnh. Quy trình này rất dễ làm cho người bệnh cảm thấy phiền hà, lúng túng, phiền toái; nhất là những lúc bệnh

viện quá tải. Trong quy trình này, người bệnh nội trú vẫn còn những ý kiến về nội quy và thông tin nằm viện; giải thích rõ ràng về hiện trạng của bệnh tình cũng như phương pháp điều trị, người bệnh ngoại trú còn tỷ lệ nhỏ chưa hài lòng về thời gian chờ đợi bác sỹ khám, thời gian thực hiện các kỹ thuật cận lâm sàng và thời gian chờ đợi các kết quả cận lâm sàng.

Tuy nhiên, sau 1 năm can thiệp với các hoạt động lồng ghép với các nội dung khác. Kết quả sau khi can thiệp thì tỷ lệ người bệnh ngoại trú hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh tăng từ $3,62 \pm 0,23$ trước can thiệp lên $4,34 \pm 0,33$. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ khám chữa bệnh ở người bệnh nội trú và ngoại trú đều tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ so với trước can thiệp. Kết quả với người bệnh nội trú điểm hài lòng trung bình tăng $3,77 \pm 0,29$ trước can thiệp tăng lên $4,31 \pm 0,44$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân cũng cho thấy có sự thay đổi về ự hài lòng của người bệnh tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp [35].

Trong các cơ sở khám chữa bệnh, năng lực chuyên môn và thái độ ứng xử của NVYT phải đảm bảo thực hiện các quy tắc ứng xử. Những việc phải làm đối với người bệnh: Niềm nở đón tiếp, tận tình hướng dẫn các thủ tục cần thiết; Sơ bộ phân loại người bệnh, sắp xếp khám bệnh theo thứ tự và đối tượng ưu tiên theo quy định; Bảo đảm kín đáo, tôn trọng người bệnh khi khám bệnh; thông báo và giải thích tình hình sức khỏe hay tình trạng bệnh cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh biết; Khám bệnh, chỉ định xét nghiệm, kê đơn phù hợp với tình trạng bệnh và khả năng chi trả của người bệnh; Hướng dẫn, dặn dò người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn, chế độ chăm sóc, theo dõi diễn biến bệnh và hẹn khám lại khi cần thiết đối với người bệnh điều trị ngoại trú; Hỗ trợ người bệnh nhanh chóng hoàn thiện các thủ tục nhập viện

khi có chỉ định. Những việc phải làm đối với người bệnh điều trị nội trú: Khẩn trương tiếp đón, bố trí giường cho người bệnh, hướng dẫn và giải thích nội quy, quy định của bệnh viện và của khoa; Thăm khám, tìm hiểu, phát hiện những diễn biến bất thường và giải quyết những nhu cầu cần thiết của người bệnh; giải thích kịp thời những đề nghị, thắc mắc của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh; Tư vấn giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh thực hiện chế độ điều trị và chăm sóc; Giải quyết khẩn trương các yêu cầu chuyên môn; có mặt kịp thời khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh yêu cầu.

Đối với người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải thông báo, giải thích trước cho người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật, khả năng rủi ro có thể xảy ra và thực hiện đầy đủ công tác chuẩn bị theo quy định. Phải giải thích rõ lý do cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh khi phải hoãn hoặc tạm ngừng phẫu thuật. Những việc phải làm đối với người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến: Thông báo và dặn dò người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh những điều cần thực hiện sau khi ra viện. Trường hợp chuyển tuyến cần giải thích lý do cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh; Công khai chi tiết từng khoản chi phí trong phiếu thanh toán giá dịch vụ y tế mà người bệnh phải thanh toán; giải thích đầy đủ khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh có yêu cầu; Khẩn trương thực hiện các thủ tục cho người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến theo quy định; Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh khi người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến.

Những việc không được làm: Không tuân thủ quy chế chuyên môn khi thi hành nhiệm vụ; Lạm dụng nghề nghiệp để thu lợi trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh; Gây khó khăn, thờ ơ đối với người bệnh, người đại diện hợp

pháp của người bệnh [139]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sau can thiệp cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng về nội dung này có thay đổi rõ rệt. Người bệnh nội trú điểm hài lòng trung bình tăng từ $3,43 \pm 0,29$ lên $4,43 \pm 0,47$, sự thay đổi là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Một tiêu chí cuối cùng để đánh giá sự hài lòng của người bệnh đó là kết quả cung cấp dịch vụ của cả hai nhóm người bệnh sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp với ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm đạt hài lòng là $4,35 \pm 0,48$ ở người bệnh nội trú và $4,28 \pm 0,38$ ở người bệnh ngoại trú. Như vậy qua kết quả phỏng vấn người bệnh chúng tôi thấy cùng với sự lãnh đạo của Ban Giám đốc bệnh viện, sự nhiệt tình và trách nhiệm của đội ngũ NVYT bệnh viện, chúng tôi đã cố gắng thực hiện tốt nhất công tác khám chữa bệnh BHYT cũng như hướng tới ngày càng cao sự hài lòng của người bệnh để góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh phục vụ cho người dân vùng miền núi ở địa phương chúng tôi.

So sánh hiệu quả về hài lòng của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân cho thấy điểm hài lòng trung bình các nội dung phỏng vấn người bệnh ngoại trú đã tăng sau khi can thiệp, thời gian chờ đợi là nội dung có điểm hài lòng trung bình tăng cao nhất từ $2,54 \pm 1,13$ lên thành $3,96 \pm 0,97$; hiệu quả can thiệp làm tăng 55,9%. Các nội dung khảo sát hài lòng của người bệnh ngoại trú còn lại đều tăng sau khi can thiệp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các nội dung khảo sát về sự hài lòng của người bệnh nội trú đa số có chiều hướng được cải thiện, trong đó hiệu quả can thiệp về công tác khám chữa bệnh và khâu xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh là được cải thiện nhiều nhất (20,8% và 26,6%). Chỉ có sự thay đổi điểm hài lòng trung bình của nội dung cơ sở vật chất và thủ tục nhập/xuất viện, thanh toán viện phí là không có ý nghĩa

thống kê. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của tác giả [35].

4.2.4. Hiệu quả nâng cao kiến thức của nhân viên y tế về an toàn người bệnh trong giai đoạn phòng chống COVID-19

Đại dịch COVID-19 ghi nhận ca bệnh đầu tiên cuối tháng 12 năm 2019 tại Vũ Hán, Trung Quốc sau đó dịch bệnh nhanh chóng lây lan và bùng phát tại nhiều quốc gia và vùng lãnh thổ. Tại Việt Nam, trường hợp mắc bệnh đầu tiên ghi nhận tại thành phố Hồ Chí Minh ngày 23/01/2020, trải qua 02 giai đoạn với 04 đợt bùng phát cả nước đã ghi nhận 11,6 triệu trường hợp mắc và trên 43 nghìn trường hợp tử vong. Với sự vào cuộc của cả hệ thống chính trị, toàn Đảng, toàn quân và toàn dân đã triển khai quyết liệt, đồng bộ, kịp thời nhiều giải pháp chống dịch phù hợp, dịch bệnh đã từng bước ngăn chặn, đẩy lùi và kiểm soát hiệu quả góp phần quan trọng và tạo điều kiện để phục hồi và phát triển kinh tế xã hội.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã có quyết định và kế hoạch trong quản lý, kiểm soát và dự phòng lây nhiễm COVID-19 trong các cơ sở khám chữa bệnh [140], [141]. Ngày 29/10/2023, Bộ Y tế đã có Quyết định 3985/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng, chống COVID-19” [142], thay cho Quyết định 3638/QĐ-BYT năm 2021, hướng dẫn này được xây dựng, cập nhật và điều chỉnh qua hoạt động thực tiễn với các nội dung giám sát và các hoạt động phòng, chống dịch phù hợp với tình hình dịch bệnh hiện tại để các tỉnh, thành phố, đơn vị y tế và các đơn vị liên quan căn cứ áp dụng, tổ chức triển khai theo thực tế tại địa phương, đơn vị các biện pháp phòng chống dịch COVID-19 trong tình hình mới. Cụ thể, việc chống dịch COVID-19 trong tình hình mới sẽ thực hiện bằng các biện pháp như sau đối với ca bệnh xác định: Thu dung, quản lý điều trị; phòng chống lây nhiễm trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ Y tế. Người mắc

COVID-19 điều trị ngoại trú cần thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm như sau: Người mắc COVID-19 phải đeo khẩu trang, khuyến khích tự cách ly tại nơi lưu trú ít nhất 5 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên hoặc từ khi có kết quả xét nghiệm COVID-19 dương tính và nên đeo khẩu trang hết ngày thứ 10 để tránh lây nhiễm cho người khác. Nếu cần rời khỏi nơi lưu trú cần tuân thủ đeo khẩu trang, thường xuyên khử khuẩn tay, hạn chế tiếp xúc với người khác. Người chăm sóc hoặc người ở cùng nhà với người bệnh phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh; hạn chế tiếp xúc với người bệnh. Thường xuyên rửa tay bằng nước sạch và xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn tay; vệ sinh khử khuẩn các vật dụng và bề mặt tiếp xúc như mặt bàn, tay nắm cửa, các thiết bị cầm tay, bồn cầu, bồn rửa, hàng ngày và khi dây bẩn. Giữ thông thoáng, vệ sinh nơi lưu trú [142].

Đối với tỉnh Điện Biên, dịch COVID-19 đã được kiểm soát, cùng với việc bao phủ vắc xin và có thuốc điều trị giúp giảm số ca nặng, tử vong và giảm tỷ lệ mắc, địa phương đã từng bước thích ứng sống chung an toàn với dịch bệnh COVID-19. Tuy nhiên, trước tình hình dịch bệnh truyền nhiễm trên thế giới diễn biến khó lường, khó dự báo, trong điều kiện biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường, thiên tai, bão lụt, tạo điều kiện thuận lợi xuất hiện các biến chủng vi rút mới gây dịch bệnh nguy hiểm hơn, diễn biến phức tạp, khó lường. Vì vậy, thích ứng trong an toàn phòng chống dịch bệnh nói chung và phòng chống dịch COVID-19 nói riêng, công tác quản lý CLBV và ATNB càng phải được quan tâm hơn; Với mục tiêu kiểm soát hiệu quả bền vững dịch COVID-19 để bảo vệ sức khỏe người dân góp phần ổn định, phát triển kinh tế xã hội, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên thường xuyên theo dõi sát diễn biến tình hình dịch bệnh, lồng ghép giám sát dịch COVID-19 vào hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm kịp thời thông báo tình hình dịch bệnh qua giao ban chuyên môn, xây dựng kế hoạch kịch bản cụ thể các tình huống xảy

ra dịch thường xuyên tập huấn, cập nhật hướng dẫn phòng và kiểm soát lây nhiễm COVID-19 trong đó tập trung đảm bảo công tác cấp cứu khám chữa bệnh trong tình huống dịch COVID-19 có biến chủng mới nguy hiểm, bùng phát trên diện rộng, với mục tiêu sẵn sàng ứng phó phù hợp hiệu quả, bảo vệ sức khỏe, tính mạng của người dân, trước hết là bảo vệ sự an toàn của NVYT và người bệnh khám chữa bệnh tại bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn một đã xác định được kiến thức đúng của NVYT về an toàn phòng chống COVID-19 đạt 70,2%. Với tình hình dịch COVID-19 đã ổn định và kiểm soát được. Tuy nhiên, bệnh viện vẫn phải thực hiện các biện pháp phòng chống dịch bệnh đường hô hấp nói chung và COVID-19 nói riêng. Do đó, sau khi dựa vào kết quả giai đoạn 1 chúng tôi đã thực hiện các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức của NVYT về ATNB, an toàn phòng chống COVID-19 như: sử dụng phương tiện PHCN, tuân thủ VST. Việc phương tiện PHCN của NVYT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên thực hiện nghiêm hướng dẫn kèm theo Quyết định số 2171/QĐ-BYT ngày 05/8/2022 của Bộ Y tế, các thao tác từ lấy khẩu trang, mang khẩu trang, kiểm tra độ khít của khẩu trang, tháo khẩu trang đều được tập huấn kỹ lưỡng và giám sát thực hiện.

Đối với tuân thủ VST nhận thức được, các biến chủng mới của COVID-19 có khả năng tiếp tục xuất hiện hoặc biến đổi sẽ làm giảm miễn dịch qua thời gian dẫn đến có thể làm dịch bệnh COVID-19 bùng phát trở lại. Chủ động với các biện pháp phòng chống, Bệnh viện đã triển khai lớp tập huấn về kỹ thuật VST nhằm tăng cường khả năng phòng chống COVID-19 và các bệnh lây nhiễm tại cơ sở y tế. VST thường quy và VST ngoại khoa đối với điều dưỡng viên, hộ sinh, kỹ thuật viên tại các khoa phòng. Giữ các thói quen vệ sinh tốt như rửa tay bằng xà phòng vào những thời điểm quan trọng là cách tốt nhất bảo vệ bản thân khỏi COVID-19 và các bệnh truyền nhiễm khác. VST được xem là rào cản đầu tiên và quan trọng nhất để ngăn ngừa

phát tán bất kỳ vi khuẩn gây bệnh nào, đặc biệt là các vi rút rất dễ lây lan COVID-19. Thực hành VST cơ bản, rửa tay bằng xà phòng và nước trong ít nhất 20 giây có thể ngăn chặn sự lây lan của COVID-19, cùng với việc giữ khoảng cách và đeo khẩu trang. Nội dung tập huấn triển khai, cập nhật các nội dung về kỹ thuật rửa tay của Bộ Y tế trong phòng và kiểm soát lây nhiễm COVID-19 trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm: tầm quan trọng của VST, 6 bước VST thường quy, chỉ định VST thường quy với 5 thời điểm cần thiết, rửa tay thủ thuật, rửa tay phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức phòng ngừa chung trong ATNB và kiểm soát lây nhiễm COVID-19 trong tuân thủ các biện pháp PNC như mang khẩu trang; tuân thủ VST; kiểm soát môi trường; phòng ngừa theo đường lây truyền; sử dụng phương tiện PHCN; quy tắc vệ sinh hô hấp khi ho, hắt hơi, dự phòng tổn thương vật sắc nhọn; quản lý chất thải rắn y tế; sắp xếp người bệnh an toàn, NVYT đều có điểm kiến thức trung bình sau can thiệp tăng hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các phương tiện PHCN có vai trò quan trọng trong phòng chống và kiểm soát dịch bệnh đường hô hấp nói chung và COVID-19 nói riêng. Nội dung này, NVYT được điều tra có điểm kiến thức trung bình sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp: trước can thiệp điểm kiến thức trung bình cho các nội dung là $1,71 \pm 0,63$; $5,44 \pm 2,40$; $5,12 \pm 2,5$ và $5,35 \pm 1,92$ và sau can thiệp tăng lên theo thứ tự là: $1,81 \pm 0,54$; $6,46 \pm 2,12$; $6,46 \pm 2,33$ và $5,47 \pm 1,80$.

Hiệu quả nâng cao nhận thức của NVYT với về việc xử lý đồ dùng, khăn, ga trải giường (đồ vải của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19)

Để đảm bảo an toàn cho NVYT, người bệnh, người nhà người bệnh, khách thăm và cộng đồng thì nhận thức, tuân thủ nghiêm ngặt quy trình xử lý đồ dùng, khăn ga trải giường của người bị nhiễm bệnh hoặc nghi ngờ nhiễm COVID-19 là việc quan trọng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhận thức đúng về việc không đem đồ vải đã thu gom tại nơi phát sinh trước

can thiệp là 49,1%; đồ vải sau thu gom được đựng trong túi hai lớp, gói kín đảm bảo không thủng, không thấm nước là 82,5% và qui định túi đựng đồ vải được xử lý như chất thải lây nhiễm là 77,5%; Tỷ lệ này lần lượt sau can thiệp là 67,6%; 91,6% và 85,5 % sự khác biệt kiến thức về xử lý đồ vải của người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19 giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Việc thu gom xử lý đồ vải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên được thực hiện thu gom từ nơi phát sinh là các khoa phòng và xử lý tập trung tại Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn vì vậy việc kiểm đếm bàn giao đồ vải giữa NVYT là thói quen công việc hàng ngày, hiệu quả sau can thiệp đã giúp thay đổi nhận thức, sự cần thiết từ bỏ thói quen hình thành một tác phong làm việc mới góp phần quan trọng trực tiếp đảm bảo an toàn cho chính NVYT, an toàn bệnh viện, an toàn phòng chống dịch.

Hiệu quả nâng cao nhận thức của NVYT với về nơi thực hiện thủ thuật phẫu thuật người bệnh nhiễm COVID-19

Kết quả nghiên cứu cho thấy ĐKTTB/ĐKTTĐ của NVYT về nơi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật người bệnh nhiễm COVID-19 sau can thiệp là $6,66 \pm 2,05/8$ cao hơn trước can thiệp là $5,83 \pm 2,25/8$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi thiết nghĩ với bệnh viện chúng tôi là đơn vị chuyên môn cao nhất của tỉnh, người bệnh ở các chuyên khoa khi tuyến dưới vượt quá khả năng điều trị đều chuyển về đơn vị chúng tôi, thực tế lâm sàng không chỉ khoa bệnh viện đới có người bệnh nhiễm COVID-19 điều trị mà tất cả các khoa: sản, nhi, ngoại, gây mê phẫu thuật, đều cấp cứu điều trị người bệnh nhiễm COVID-19. Kết quả sau can thiệp kiến thức của NVYT về nơi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật người bệnh nhiễm COVID-19 được nâng lên góp phần thay đổi thái độ, hành vi của NVYT đối với công tác ATNB, an toàn phòng chống dịch, nâng cao CLBV, đem lại sự hài lòng cho người bệnh. Quá trình nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện 2 giai đoạn, kết quả đã chỉ ra được hiệu quả của các biện pháp can thiệp được chúng tôi đã áp dụng

trong nghiên cứu này. Hiệu quả đó là nâng cao kiến thức của NVYT bệnh viện về ATNB và an toàn phòng chống COVID-19. Giảm tỷ lệ mắc SCYK, giảm tỷ lệ NKBV và sự hài lòng của người bệnh đều đạt ở hài lòng và rất hài lòng. Chúng tôi thiết nghĩ đó là thành công của đề tài. Hiệu quả an toàn của các giải pháp can thiệp trong phòng chống Covid -19 hoàn toàn có thể áp dụng trường trường hợp kịch bản xảy ra các dịch bệnh khác đặc biệt là dịch bệnh đường hô hấp khác. Mặt khác, các biện pháp can thiệp mà chúng tôi áp dụng là những biện pháp có tính bền vững, được sự đồng thuận của Ban Giám đốc bệnh viện và NVYT bệnh viện nên các biện pháp này sẽ được áp dụng và tiến tới mục đích cuối cùng là đảm bảo ATNB và lấy người bệnh làm trung tâm.

Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu của chúng tôi trong quá trình thực hiện cũng có một số những hạn chế và khó khăn do thời điểm nghiên cứu trùng với giai đoạn dịch COVID-19 bùng phát và diễn biến phức tạp, việc triển khai nghiên cứu và thực hiện các biện pháp can thiệp đôi khi bị gián đoạn không thể đảm bảo tính liên tục và toàn diện, làm ảnh hưởng đến tính thống nhất và chính xác khi so sánh trước - sau.

- Do ATNB là một phạm trù khá rộng, có nhiều yếu tố tác động và do mỗi tác giả lại nghiên cứu về một khía cạnh khác nhau nên các điểm tương đồng giữa các nghiên cứu không nhiều và sự so sánh kết quả giữa các nghiên cứu có tính tương đối.

- Nghiên cứu được thực hiện là nghiên cứu can thiệp cộng đồng, nhưng không có nhóm đối chứng. Việc thiếu nhóm đối chứng có thể làm giảm độ tin cậy của kết quả, do không thể loại trừ ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu khác ngoài can thiệp. Đề tài cũng chưa đề cập đến những yếu tố có thể ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp như sự khác biệt về môi trường làm việc, trình độ của nhân viên y tế, hoặc các chương trình đào tạo đã được tham gia

của nhân viên y tế có thể tác động đến kiến thức của nhân viên y tế trong lĩnh vực này.

- Phạm vi nghiên cứu chưa phản ánh hết khía cạnh của chất lượng bệnh viện, mới chỉ tập trung nghiên cứu thành tố an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm và giới hạn trong phòng chống dịch Covid - 19.

- Khi điều tra đánh giá kiến thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu khó tránh khỏi sai sót do việc trả lời phụ thuộc vào trí nhớ và nhận thức chủ quan và có những nội dung chưa trực tiếp quan sát được nên có thể có những sai số.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng chất lượng bệnh viện, an toàn người bệnh và an toàn phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

- Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức chung về an toàn người bệnh đạt 54,9%; có 59,6% nhân viên y tế cho rằng triển khai thực hiện an toàn người bệnh còn nhiều khó khăn.

- Việc đảm bảo an toàn người bệnh còn nhiều hạn chế, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở mức đáng lo ngại với tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện chiếm 83,1%, nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 6,5% và nhiễm khuẩn tiết niệu 12,6%.

- Mức độ hài lòng của người bệnh về khả năng tiếp cận dịch vụ, minh bạch thông tin, thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế cũng như chất lượng dịch vụ ở mức tương đối tốt. Không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm người bệnh nội trú và ngoại trú về mức độ hài lòng với $p < 0,05$.

- Đối với công tác phòng chống COVID-19 có 92,7% nhân viên y tế cho rằng an toàn phòng chống COVID-19 là cần thiết trong khi tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức về an toàn phòng chống COVID-19 là 70,2%.

2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp đảm bảo an toàn người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm trong giai đoạn phòng chống dịch COVID-19

- Các biện pháp can thiệp đã mang lại hiệu quả tích cực trong việc nâng cao nhận thức của nhân viên y tế, điểm trung bình về kiến thức liên quan đến mục tiêu an toàn người bệnh, tác hại của sự cố y khoa, nguyên nhân và các giải pháp phòng ngừa đề tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt về an toàn người bệnh trước can thiệp là 54,9% và tăng lên rõ rệt sau can thiệp chiếm 90,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, chỉ số hiệu quả đạt 64,3%. Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức

đúng về sự cố y khoa trước can thiệp là 62,5%; sau can thiệp đạt 89,8% với $p<0,05$, chỉ số hiệu quả đạt 43,7%. Nhân viên y tế có kiến thức đúng về các giải pháp của Tổ chức Y tế thế giới về an toàn người bệnh sau can thiệp cao hơn trước can thiệp với $p<0,05$; chỉ số hiệu quả đạt 28,1%.

- Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện và sự cố y khoa giảm, tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện giảm từ 83,1% xuống 71,4%, nhiễm khuẩn vết mổ giảm từ 6,5% xuống 3,7% và nhiễm khuẩn tiết niệu giảm từ 12,6% xuống 6,2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$

- Mức độ hài lòng của người bệnh được cải thiện rõ rệt, điểm trung bình sau can thiệp đều đạt trên 4/5 điểm với thang đo Likert 5.

- Nhận thức của nhân viên y tế về an toàn phòng chống dịch COVID-19 được nâng cao, điểm trung bình về các biện pháp phòng ngừa chung đạt $1,81\pm0,54$; về các biện pháp kiểm soát lây nhiễm đạt $3,9\pm1,45$ và về kiến thức về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân đạt $6,46\pm2,12$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ cho thấy hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

KHUYẾN NGHỊ

- Cải thiện quy trình khám chữa bệnh, tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, đặc biệt nhiễm khuẩn phổi bệnh viện; Phòng lây nhiễm hạn chế tối đa lây lan dịch bệnh trong bệnh viện, chú trọng bảo vệ người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao. Thực hiện mô hình bệnh viện lấy người bệnh làm trung tâm, nâng cao chất lượng chăm sóc, cải thiện thái độ phục vụ của nhân viên y tế để tăng mức độ hài lòng của người bệnh.

- Tăng cường công tác đào tạo, đào tạo lại cho nhân viên y tế những kiến thức cơ bản về an toàn người bệnh và an toàn phòng chống dịch để nhân viên y tế hiểu, thực hành và hình thành văn hóa an toàn người bệnh, an toàn phòng chống dịch. Khuyến khích nhân viên y tế báo cáo các sự cố y khoa để có giải pháp khắc phục kịp thời, giảm thiểu rủi ro cho người bệnh.

- Cần chủ động xây dựng kịch bản phòng chống dịch nói chung, dịch COVID-19 nói riêng để ứng phó kịp thời khi có tình huống xảy ra. Tăng cường tập huấn, đào tạo về chuyên môn, củng cố toàn diện năng lực điều trị, luôn luôn có ý thức nâng cao năng lực giám sát, phòng và kiểm soát lây nhiễm COVID-19.

**CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Phạm Văn Mẫn, Nguyễn Quốc Tiến, Vũ Phong Túc, Đào Thị Thúy Ngọc, Phạm Quang Thắng (2024). Thực trạng kiến thức về an toàn người bệnh của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021-2022. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 34, số 6-2024 tr. 71- 78.
2. Phạm Văn Mẫn, Nguyễn Quốc Tiến, Vũ Phong Túc, Đào Thị Thúy Ngọc, Phạm Quang Thắng (2024). Hiệu quả một số giải pháp can thiệp đảm bảo kiến thức của nhân viên y tế về an toàn người bệnh trong giai đoạn phòng chống COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021-2022. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 34, số 6-2024 tr. 79-86.
3. Pham Van Man, Nguyen Quoc Tien, Vu Phong Tuc, Pham Quang Thang (2024). Enhancing healthcare workers' knowledge of patient safety and infection control through targeted training Dien Bien provincial general hospital, *Vietnam Journal of Community Medicine*, vol. 65, English version, pp. 243-247.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2014). *Tài liệu đào tạo liên tục quản lý chất lượng bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế (2016). *Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*, (phiên bản 2.0). (ban hành kèm theo quyết định số 6858/QĐ-BYT Ngày 18 tháng 11 năm 2016 của bộ trưởng bộ y tế)
3. WHO (2007). *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*.
4. Bộ Y tế (2014). *Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh*, Nhà xuất bản Y học.
5. WHO (2009). *Patient safety*. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary
6. WHO (2011). *Patient safety*. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide.
7. Tạ Thị Kiều An, Ngô Thị Ánh, Nguyễn Văn Hoá và cộng sự (2004). *Quản lý chất lượng trong các tổ chức*, nhà xuất bản Thống Kê.
8. Kunkel S., Rosenqvist U. and Westerling R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital department in Sweden, *BMC Health Serv Res*, 7, p. 1-8.
9. Caraon P., Wooldridge A., Hoonakker P., et al. (2020). Human centered design on the patient journey for patient safety, *Appl Ergon*, 84, p.103033.
10. Quốc Hội (2023). *Luật Khám chữa bệnh*.
11. Bộ Khoa học và Công nghệ (2015). ISO 9000: 2015
12. Bộ Y tế (2013). Thông tư 19/BYT/2018, *Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện*.
13. Chính phủ (2011). *Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành kèm theo Nghị định số 87/2011/NĐ-CP).

14. Bộ Khoa học và Công nghệ (2014). ISO 15189-2014
15. Bộ Y tế (2015). Thông tư số 25/2015/TT-BYT, *Quy định về hồ sơ góp ý tại các cơ sở y tế.*
16. Bộ Y tế (2018). Thông tư số 43/2018/TT-BYT, *Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám chữa bệnh.*
17. Bộ Y tế (2012). *Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế).
18. Bộ Y tế (2013). *Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong môi trường bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
19. Bộ Y tế (2022). Quyết định 383/QĐ-BYT, *Về việc ban hành Hướng dẫn An toàn, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế trong phòng, chống dịch COVID-19.*
20. Bộ Y tế (2020). Quyết định 3088/QĐ-BYT, *Ban hành Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp.*
21. Janko A.M. (2016). Organizational Analysis in Value Chain Approach: The Integrated Organizational Model (IOM), *Journal of Entrepreneurship & Organization Management*, 5(2), p. 1-6.
22. Susmallian S., Barnea R., Azaria B., et al. (2013). Addressing the important error of missing surgical items in an operated patient, *Israel Journal of Health Policy Research*, 11:19, 10 pages.
23. Miller G.C., Britt H.C., and Valenti C. (2006). Adverse drug events in general practice patients in Australia, *Medical Journal of Australia*, 184 (7), p. 321-324.
24. Magill S.S., Edwards J.R., Bamberg W., et al. (2014). Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care-Associated Infections, *New England Journal of Medicine*, 370 (13), p. 1198-1208.

25. Suetens C., Hopkins S., Kolman J., et al. (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012*.
26. Alemu A.T., Bogale E.K., Bogale S.K., et al. (2024). Patient satisfaction and associated factors with inpatient health services at public hospitals in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, *BMC Health Services Research*, 24:1042.
27. Liang H., Xue Y., and Zhang Z. (2021). Patient satisfaction in China: a national survey of inpatients and outpatients, *BMJ Open*, 11:e049570.
28. Geberu D.M., Biks G.A., Gebremedhin T., et al. (2019). Factors of patient satisfaction in adult outpatient departments of private wing and regular services in public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a comparative cross-sectional study, *BMC Health*, (2019) 19:869.
29. Li J., Wang P., Kong X., et al. (2016). Patient satisfaction between primary care providers and hospitals: a cross-sectional survey in Jilin province, China, *Int J Qual Health Care*, 28(3):346-54.
30. Liu J. and Mao Y. (2019). Patient Satisfaction with Rural Medical Services: A Cross-Sectional Survey in 11 Western Provinces in China, *Int J Environ Res Public Health*, 16:3968.
31. Obi I.E., Ndu A.C, Agu K.A., et al. (2018). Patient satisfaction with services at a tertiary hospital in south-east Nigeria, *Malawi Med J*, 30 (4), p.270-275.
32. Akagbo S.E., Nortey P. and Ackumey M.M. (2017). Knowledge of standard precautions and barriers to compliance among healthcare workers in the Lower Manya Krobo District, Ghana, *BMC Res Notes*, 10:432, p.3-9.
33. Arinze-Onyia S.U., Ndu A.C., Aguwa E.N., et al. (2021). Knowledge and Practice of Standard Precautions by Health-Care Workers in a Tertiary Health Institution in Enugu, Nigeria, *Niger J Clin Pract*, 21, p.149-155.

34. Nair S.S., Hanumantappa R., Hiremath S.G., et al. (2014). Knowledge, Attitude, and Practice of Hand Hygiene among Medical and Nursing Students at a Tertiary Health Care Centre in Raichur, India, *ISRN preventive medicine*.
35. Nguyễn Minh Quân (2019). *Thực trạng và hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
36. Lê Thị Công Hoa (2016). Tình hình nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện ở trẻ sơ sinh Bệnh viện Trung ương Huế năm 2014, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 20, số 5, Tr.77-84.
37. Phạm Thị Vui, Nguyễn Thị Nguyệt, Đặng Thị Anh (2022). Kiến thức, thái độ, thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của sinh viên Trường Cao đẳng Y Dược Hà Nội năm 2021-2022, *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, Tập 5, số 4, Tr. 13-23.
38. Võ Thị Ngọc Hân và Bùi Thị Mỹ Anh (2022). Thực trạng tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng khoa lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười năm 2021, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, Tập 06, Số 05, tr. 43-50.
39. Bá Chí Thanh, Phạm Đức Minh, Lê Bích Ngọc và cộng sự (2023), Kiến thức, thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng khoa lâm sàng và một số ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh, năm 2022, *Tạp chí Y học dự phòng*, số 2, Tập 33, Tr 172 - 173.
40. Trần Thị Nga và Hà Thị Bích Liên (2021). Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế bệnh viện y dược cổ truyền sơn la năm 2020, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, tập 144(8). Tr.85-90.
41. Chu Hùng Cường và Phạm Trí Dũng (2013). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện

Đa khoa huyện Ninh Giang, tỉnh Hải Dương, năm 2012, *Tạp chí Y học thực hành*, 856, số 1, Tr.5-7.

42. Nguyễn Văn Phi, Đinh Thị Thanh, Đặng Đức Nhu và cộng sự (2015). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh đến khám chữa bệnh tại phòng khám Đa khoa Cầu Diễn thuộc Trung tâm y tế quận Từ Liêm thành phố Hà Nội, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV, số 1, Tr.104.
43. Phùng Thị Hồng Hà và Trần Thị Thu Hiền (2012). Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới- Quảng Bình, *Tạp chí khoa học, Đại học Huế*, tập 72B, số 3, Tr.75-84.
44. Nguyễn Văn Hân, Trương Việt Dũng, Vũ Hữu Khiêm và cộng sự (2024). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội năm 2024, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, số 65, Tr 303.
45. Phạm Minh Khuê, Nguyễn Thị Thắm, Phạm Thanh Hải và cộng sự (2019). Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên - Hải Phòng năm 2018, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 29, số 9, Tr.151.
46. Huỳnh Thúc Thi và Phan Thị Ái Thu (2016). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế khi đến khám tại phòng khám bệnh viện Mắt năm 2014, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 1, tr.225.
47. Nguyễn Hữu Thắng, Lê Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2018). Sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bệnh viện tại Việt Nam: nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2015, *Tạp chí Y tế công cộng*, số 45, Tr.33-44.
48. Đoàn Thị Ánh Tuyết và Võ Thị Xuân Hạnh (2017). Sự hài lòng của người bệnh BHYT về quy trình khám chữa bệnh ở khoa khám bệnh tại Bệnh

viện Đa khoa quận 10 thành phố HCM năm 2015, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 21, số 3, Tr.187-193.

49. Cao Thị Thu Lý, Huỳnh Thị Mỹ Hiếu, Phan Thị Mai Thảo và cộng sự (2024). Khảo sát kiến thức và thái độ về phòng ngừa chuẩn của nhân viên y tế tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2024, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Tập 65, số 12, Tr 93 - 97.
50. Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn ban hành thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
51. Nguyễn Thị Thu Hương, Phạm Minh Khuê, Phạm Thị Thu Hương và cộng sự (2019). Kiến thức và thực hành của điều dưỡng đối với kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Việt Tiệp năm 2019, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 29, số 9, Tr.86.
52. Nguyễn Thị Tuyết Mai (2016). *Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng bệnh viện E năm 2015*, Luận văn thạc sỹ YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội.
53. Stoimenova A., Stoilova A., and Petrova G. (2014). ISO 9001 certification for hospitals in Bulgaria: does it help service?, *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, Vol. 28, No. 2, p 372-378.
54. Wang H., Jin J., Feng X., et al. (2015). Quality improvements in decreasing medication administration errors made by nursing staff in an academic medical center hospital: a trend analysis during the journey to Joint Commission international accreditation and in the postaccreditation era, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, p. 393-406.
55. Kanamori S., Castro M.C., Sow S., et al. (2016). Impact of the Japanese 5S management method on patients' and caretakers' satisfaction: a quasi-experimental study in Senegal, *Global Health Action*, vol 9, p.3-13.
56. Hijazi H.H., Harvey H.L., Alyahya M., et al. (2015). The Impact of Applying Quality Management Practices on Patient Centeredness in

Jordanian Public Hospitals: Results of Predictive Modeling, *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, Volume 55: 1-15.

57. Atif M.L., Brenet A., Hageaux S., et al. (2013). Awareness of standard precautions for 4439 healthcare professionals in 34 institutions in France, *Med Mal Infect*, 43(1), p. 10-16.
58. Ndu A.C. and Arinze-Onyia S.U. (2017). Standard precaution knowledge and adherence: Do Doctors differ from Medical Laboratory Scientists?, *Malawi Med J*; 29(4): pp.294-300.
59. Osagiede E.F., Utomi S.O., Egbuta O.C., et al. (2018). Knowledge and Practice of Standard Precautions for Infection Prevention and Control among Health Care Workers in Public Primary and Secondary Health Facilities in Edo State: A Reflection of the Neglect of First and Second Levels of Care in Infection Prevention in Nigeria, *J Biomed Res. Clin Pract*, Vol 3, No 4, p. 436-443.
60. Tyagi M., Hanson C., Schellenberg J., et al. (2018). Hand hygiene in hospitals: an observational study in hospitals from two southern states of India, *BMC public health*, 18:1229.
61. Bộ Y tế (2013). *Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện*, (Ban hành kèm theo Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
62. Trịnh Thị Lý (2012). Nghiên cứu mô hình quản lý chất lượng và đề xuất giải pháp ứng dụng tại Hải Phòng, *Tạp chí Y học thực hành*, 4 (817), tr. 88-91.
63. Nguyễn Thị Xuyên (2010). Nghiên cứu thực trạng kỹ năng quản lý của cán bộ làm công tác quản lý bệnh viện, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 7(2), Tr.21-25.

64. Lại Đức Trí (2020). *Thực trạng và hiệu quả một số giải pháp quản lý nâng cao chất lượng an toàn người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình*, Luận án tiến sỹ YTCC, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
65. Nguyễn Thị Thanh Hà, Lê Bích Liên, Huỳnh Thị Ngọc Diệp và cộng sự (2012). Đánh giá sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng bệnh viện Nhi Đồng 1, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12, tr. 128-131.
66. Vũ Thị Bích Huyền, Dương Bá Vũ, Hoàng Thị Phụng và cộng sự (2019). Vai trò của điều dưỡng chăm sóc trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản Tập 23, Số 6, Tr.73-79.
67. Hoàng Thăng Tùng, Võ Thị Thanh, Lưu Lan Anh và cộng sự (2021). Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng bệnh viện Phổi Trung ương năm 2016, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 498, Số 1, Tr.95-98.
68. Nguyễn Thị Kim Chi, Nguyễn Thị Tuyết Nga và Nguyễn Thế Quang (2017). Kiến thức thái độ thực hành vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2016, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 21, số 3, Tr.138-141.
69. Ban chỉ đạo Quốc gia phòng, chống dịch COVID-19 (2022). *Báo cáo kết quả 02 năm triển khai công tác phòng, chống dịch COVID-19*.
70. Trần Thị Len, Lê Anh Tuấn, Bùi Thanh Thúy và cộng sự (2021). Một số yếu tố tác động đến nhân viên của bệnh viện bệnh Nhiệt Đới Trung ương và Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình trong dịch COVID-19, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 504, số 2, Tr.11-15.
71. Amoran O.E. and Onwube O.O. (2013). Infection Control and Practice of Standard Precautions Among Healthcare Workers in Northern Nigeria, *Journal of Global Infectious Diseases*, 5(4), pp. 156-163.

72. Ogoina D., Pondei K., Adetunji B., et al. (2015). Knowledge, attitude and practice of standard precautions of infection control by hospital workers in two tertiary hospitals in Nigeria, *Journal of Infection Prevention*, 16(1), pp. 16-22.
73. Sarani H., Balouchi A., Masinaeinezhad N., et al. (2016). Knowledge, Attitude and Practice of Nurses about Standard Precautions for Hospital-Acquired Infection in Teaching Hospitals Affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014), *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 3, pp. 193-198.
74. Young F.Y.F. (2014). The Use of 5S in Healthcare Services: a Literature Review, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 5, No. 10(1), pp. 240-248.
75. Asadpour M., Ghofranipour F., ardebili H.E., et al. (2015). Knowledge and Attitude of Rafsanjan's Nursing Personnel Regarding Standard Precautions, *Journal of Biology and Today's World*, 4(4): 103-109.
76. Benboubker M., Marnissi B.E., and Rhazi K.E. (2017). Knowledge, attitudes and practices towards standard precautions (SP) among caregivers at Hassan II University Teaching Hospital in Fes, Morocco, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(1), pp. 5-12.
77. Tufail S., Afzal M., Perveen K., et al. (2017). Knowledge, Attitude and Practice towards standard isolation precautions among registered Nurses, *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 3(6A): pp. 534-544.
78. Veena Saroji H. and Kannan S. (2021). *Awareness and practice of standard precautions among Kerala State Health Services personnel in Neyyattinkara.*
79. Sharma S., Sharma S., Puri S., et al. (2011). Hand Hygiene Compliance in the Intensive Care Units of a Tertiary Care Hospital, *Indian Journal of Community Medicine*, Vol 36, Issue 3, pp. 217-221

80. Teker B., Ogutlu A., Gozdas H.T., et al. (2017). Factors Affecting Hand Hygiene Adherence at a Private Hospital in Turkey, *Eurasian J Med*, 47: 208-12.
81. Bộ Y tế (2012). *Tài liệu đào tạo liên tục Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở* (Ban hành kèm theo Quyết định số 5771/BYT-K2ĐT).
82. Bộ Y tế (2021). *Quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế* (Ban hành kèm theo Thông tư số 20/2021/TT-BYT).
83. Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm* (Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT).
84. Đào Xuân Quảng, Trần Thị Thanh Tâm và Trần Hải Âu (2014). Khảo sát cắt ngang tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Thống Nhất năm 2013, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 18, số 3, Tr.99-102.
85. Trương Anh Thư (2012). *Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai, 2008 -2009*, Luận án Tiến sỹ Dịch tễ học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
86. Quách Thành Hưng, Trần Như Nguyên và Trương Quang Trung (2023), Kiến thức thái độ về phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Tập 64, số 4, Tr 148 - 149.
87. Đỗ Thị Hà, Lâm Thị Thu Tâm, Lê Văn Tĩnh và cộng sự (2019). Hiệu quả can thiệp truyền thông thay đổi thực hành vệ sinh tay của điều dưỡng bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, số 3, Tr.410-416.
88. Kiều Quang Phát, Nguyễn Huy Ngọc, Nguyễn Thị Kim Ngân và cộng sự (2021). Báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh phú thọ năm 2020, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 1, Tr.204-208.

89. Đỗ Văn Niệm, Nguyễn Thị Cẩm Lệ, Phạm Hữu Nguyệt Diễm và cộng sự (2016). Đảm bảo quyền thông tin & an toàn người bệnh nội trú, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 20, số 4, Tr.442-248.
90. Phạm Thái Sơn, Nguyễn Xuân Thúy Quỳnh, Đỗ Châu Việt và cộng sự (2022). Sự chuẩn bị và nhận thức của nhân viên y tế Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong phòng chống đại dịch COVID-19 năm 2020, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 32, số 4, Tr 196 - 197.
91. Võ Đức Chiến, Nguyễn Thanh Bình, Lương Công Minh và cộng sự (2023), Kết quả quản lý phòng chống nhiễm COVID-19 cho nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Tập 64, số 5, Tr 69 - 72.
92. Bùi Thanh Vân, Nguyễn Thị Ngọc Bích, Trần Nguyễn Ngọc và cộng sự (2021). Thực trạng sức khỏe tinh thần của nhân viên y tế tham gia công tác phòng chống dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp (covid-19) ở một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 2, Tr.96-99.
93. Ngô Kim Yến, Trần Thị Hoài Vi, Trần Thanh Thuỷ và cộng sự (2021). Đánh giá mức độ lo âu của cán bộ y tế tuyến đầu chống dịch trong thời gian dịch covid-19 diễn biến phức tạp tại Đà Nẵng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 502, Số 2, Tr.174-178.
94. Phạm Tiến Định (2021). *Nâng cao chất lượng nguồn nhân lực tại Bệnh viện Đa khoa Hưng Nhân*, Luận văn thạc sỹ Quản trị nhân Lực, Trường Đại học Công Đoàn.
95. Nguyễn Quang Tự (2022). *Thực trạng và kiến thức, thái độ, thực hành về phòng ngừa chuẩn của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2022*, Luận văn CKII, Trường đại học học Y Dược Thái Bình.
96. Nguyễn Tiên Trung (2021). *Thực trạng và kiến thức, thực hành về phòng ngừa chuẩn của nhân viên y tế Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình, năm 2020*, Luận văn thạc sỹ YHDP, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

97. Nguyễn Thị Bích Hiệp và Lê Thị Thanh Hương (2023), Kiến thức, thực hành tuân thủ vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh tác các khoa lâm sàng Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi năm 2023, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Tập 64, số 4, Tr 183 - 189.
98. Cao Lập Đức và Tô Gia Khiêm (2019). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khám ngoại trú tại trung tâm y tế thành phố Tây Ninh năm 2018, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, số 2, Tr.44-50.
99. Nguyễn Thành Luân, Vũ Duy Anh, Lê Hồng Phước và cộng sự (2018). “Thời gian chờ đợi và sự hài lòng người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú tại một bệnh viện trường đại học tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2017”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 22, số 1, Tr.37-43.
100. Nguyễn Thanh Tùng (2022). *Thực trạng công tác khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Mắt Hải Phòng năm 2021*, Luận văn CKII, Trường đại học học Y Dược Thái Bình.
101. Phạm Văn Thành, Nguyễn Thị Hồng Nguyệt, Phạm Thị Thanh Huyền và cộng sự (2024), Sự hài lòng của người bệnh/người nhà người bệnh về chăm sóc điều dưỡng tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, số 65, Tr 102 - 103.
102. Lã Ngọc Quang, Cao Phước Lộc, Nguyễn Đức Thành Minh và cộng sự (2023), Thực trạng triển khai 5S tại Khoa Ngoại thần kinh – Lồng ngực Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2021, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 33, số 1, Tr 91.
103. Bộ Y tế (2011). *Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện* (Ban hành kèm theo Thông tư số 07/QĐ-BYT).
104. Bộ Y tế (2018). *Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành kèm theo Thông tư số 16/2018/TT-BYT).
105. Bộ Y tế (2012). *Tài liệu đào tạo phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn*

106. Chính phủ (2016). *Quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP).
107. Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT).
108. Chính phủ (2011). *Quy định xử phạt vi phạm hành chính về khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành kèm theo Nghị định số 96/2011/NĐ-CP).
109. Bộ Y tế (2008). *Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế* (Ban hành kèm theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT).
110. Bộ Y tế (2013). *Tăng cường tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thông qua đường dây nóng* (Ban hành kèm theo Chỉ thị số 09/CT-BYT).
111. Chính phủ (2023). *Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh* (Ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP).
112. Bộ Y tế (2017). *Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học* (Ban hành kèm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT).
113. Bộ Y tế (2013). *Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện* (Ban hành kèm theo Thông tư số 21/2013/TT-BYT).
114. Nguyễn Thị Hải Hà, Trần Thị Thanh Huệ, Nguyễn Thị Thu và cộng sự (2021). Kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan đến an toàn người bệnh của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mộc Châu năm 2019. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên*, Tập 226 (01): 112-119.
115. Bộ Y tế (2012). *Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
116. Bộ Y tế (2019). Quyết định 3869/QĐ-BYT, *Ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát sự hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế*.

117. Bộ Y Tế (2014). *Tài liệu đào tạo liên tục quản lý chất lượng bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
118. Nguyễn Ngọc Bích và Huỳnh Ngọc Thành (2021). Thực trạng văn hoá an toàn người bệnh của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng, năm 2019, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 503, số 2, Tr. 70-75.
119. Giang Hoài Nam (2020), *Thực trạng nhiễm khuẩn phổi bệnh viện và đặc điểm kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2016-2017*, luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
120. Hồ Bích Hoàng, Lê Thị Từ Bá Thi, Nguyễn Thị Sa Bôi và cộng sự (2018). Sự cố y khoa trong công tác chăm sóc tại bệnh viện Nguyễn Trãi, năm 2016, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 22, số 6, Tr.134-139.
121. Nguyễn Đình Xương, Nguyễn Thị Thu Hồng, Nguyễn Thị Kim Chi và cộng sự (2017). Khảo sát tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2014-2016, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 21, số 3, Tr.130-137.
122. Cáp Minh Đức, Phạm Minh Khuê, Vũ Thị Thanh Hương và cộng sự (2022), Yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân tại Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng năm 2021, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 32, số 5, Tr 83.
123. Trần Đình Phùng, Huỳnh Quang Đại và Phạm Thị Ngọc Thảo (2016). Nghiên cứu viêm phổi liên quan thở máy tại bệnh viện Chợ Rẫy, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 20, Số 1, Tr. 91-95.
124. Lê Thị Kim Nhung và Nguyễn Thị Thắm (2012). *Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Thống Nhất từ 5/2011-11/2011*, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16, Phụ bản của Số 1, Tr. 195-198.
125. Nguyễn Thị Hoài Thu (2018). Thực trạng thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại bệnh viện Nhi Trung ương, *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 112(3). tr. 101-109.

126. Nguyễn Thanh Tới, Đào Thái Anh, Trần Thị Bích Bo và cộng sự (2024), Kiến thức, thực hành và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm an toàn của điều dưỡng tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2024, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Tập 65, số chuyên đề 12, Tr 12.
127. Lê Thị Thúy Nhân (2012). *Thực trạng nguồn lực, kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2012*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
128. Bộ Y tế (2015). 2151/QĐ-BYT, *Ban hành Kế hoạch Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh*.
129. Tao Thị Hồng Vân (2018). *Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế và sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực thị xã Mường Lay tỉnh Điện Biên năm 2018*, Luận văn BSCCKII, trường đại học Y Dược Thái Bình.
130. Lê Thị Mỹ Hạnh và Hoàng Kim Yến Thi (2014). khảo sát ý kiến và sự hài lòng người bệnh tại khoa khám bệnh - bệnh viện Chợ Rẫy năm 2013, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 2, Tr. 514-519.
131. Nguyễn Thị Hồng Nguyên (2019). khảo sát sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với điều dưỡng viên, bác sỹ khoa khám bệnh, bệnh viện Trung ương quân đội 108 năm 2018, *Tạp chí Y học cộng đồng*, Số 2 (49), Tr. 87-90.
132. Phạm Văn Hậu, Lê Cẩm Tiên, Trần Viết Hoàng (2021), Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ y tế tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 175, năm 2020, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 31, số 2, Tr 86 - 87.
133. Bộ Y tế (2018). Quyết định 7482/QĐ-BYT, *Ban hành bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật*.
134. Trần Thị Phương Thảo, Trần Phùng Dũng Tiến, Alison Merrill (2019). Nghiên cứu về kiến thức và thực hành của điều dưỡng trong việc phòng

ngừa viêm phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực, *Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 4, Tr. 72-78.

135. Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Tấn Thuận, Nguyễn Phú Ngọc Hân và cộng sự (2019). Khảo sát thực trạng tuân thủ các quy trình phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện Tai -Mũi -Họng Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018, *Tạp chí Thời sự y học*, Tập 9. Tr.73-78.
136. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Hữu Đoàn, Trần Ngọc Thiện và cộng sự (2018). Khảo sát thực trạng sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Bình Dân, *Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 22, Số 2, Tr.533-539.
137. Phan Thị Hằng và Trần Thị Thúy Hằng (2014). Hiệu quả chiến dịch “Bàn tay sạch” trong việc cải thiện sự tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế và giảm nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Hùng Vương, *Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 18, Phụ bản của Số 6, Tr. 634-638.
138. Trần Văn Dần và Trương Việt Dũng (2021). Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú tại khoa Vật lý trị liệu-phục hồi chức năng, Bệnh viện Đa khoa Hồng Phát năm 2020, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tập 62, số 1, Tr. 157-162.
139. Bộ Y tế (2014). Thông tư 07/2014/TT-BYT, *Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức và người lao động làm việc tại các cơ sở y tế*.
140. Bộ Y tế (2022). Quyết định 2355/QĐ-BYT về việc ban hành “*Hướng dẫn phòng và kiểm soát lây nhiễm SARS-COV2 trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*”.
141. Bộ Y tế (2014). Thông tư 07/2014/TT-BYT, *Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức và người lao động làm việc tại các cơ sở y tế*.
142. Bộ Y tế (2023). Quyết định 3985/QĐ-BYT về việc ban hành “*Hướng dẫn giám sát và phòng chống COVID-19*”.

Anh/ chị sẽ trả lời một số câu hỏi trong phiếu điều tra. Những thông tin của anh/chị cung cấp sẽ chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu và được giữ bí mật. Trong quá trình trả lời nếu anh/chị có câu hỏi nào chưa rõ xin liên hệ trực tiếp điều tra viên để được giải đáp, xin không trao đổi với cán bộ khác trong bệnh viện

Câu 2. Theo anh/chị sự cố y khoa là gì?

1. Điều bất trắc xảy ra với người bệnh
2. Điều bất trắc ngẫu nhiên xảy ra với người bệnh
3. Điều bất trắc xảy ra liên quan đến nhân viên y tế
4. Không nhớ/không biết

Câu 3. Theo anh/chị các tác hại do sự cố y khoa là gì?

1. Mắc thêm bệnh mới, chấn thương
2. Tàn tật, chết người
3. Đau đớn
4. Không nhớ/không biết

Câu 4. Theo anh/chị sự cố do phẫu thuật, thủ thuật bao gồm những gì?

1. Phẫu thuật nhầm vị trí, nhầm người bệnh
2. Phẫu thuật sai phương pháp
3. Sốt gạc dụng cụ trong vết mổ
4. Tử vong trong hoặc ngay sau khi phẫu thuật thường quy
5. Không nhớ/không biết

Câu 5. Theo anh/chị sự cố y khoa liên tới quản lý người bệnh bao gồm những gì?

1. Cháy nổ bình oxy
2. Giao nhầm trẻ sơ sinh lúc xuất viện
3. Sự cố xảy ra với người bệnh ngoài cơ sở y tế
4. Người bệnh chết do tự tử, tự sát hoặc tự gây hại trong bệnh viện
5. Không nhớ/không biết

Câu 6. Theo anh/chị sự cố y khoa liên quan tới thuốc và thiết bị bao gồm những gì?

1. Sử dụng thuốc nhiễm khuẩn, thiết bị và chất sinh học
2. Sử dụng các thiết bị hỏng/thiếu chính xác trong điều trị và chăm sóc
3. Đặt thiết bị gây tắc mạch do không khí
4. Không thực hiện 5 đúng
5. Khai thác tiền sử dùng thuốc và tiền sử dị ứng của người bệnh
6. Không nhớ/không biết

Câu 7. Theo anh/chị các nguyên nhân dẫn đến sự cố y khoa là gì?

1. Lỗi hệ thống
2. Môi trường nơi làm việc
3. Đặc điểm chuyên môn y tế
4. Lỗi cá nhân
5. Không nhớ/không biết

Câu 8. Theo anh/chị tổ chức Y tế thế giới đã khuyến cáo có mấy giải pháp đảm an toàn người bệnh

1. 4 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
2. 5 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
3. 6 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
4. 7 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu
5. Không nhớ/không biết

Câu 9. Theo anh/chị để quản lý tốt thông tin y tế cần những yêu cầu nào?

1. Khuyến khích trao đổi và hợp tác giữa bác sĩ và điều dưỡng hoặc các nhân viên chăm sóc khác
2. Thực hiện đúng văn hóa theo thứ bậc khi trao đổi
3. Xây dựng và khuyến khích hệ thống báo cáo sự cố chủ động.
4. Không nhớ/không biết

Câu 10. Theo anh/chị những yêu cầu của phẫu thuật chính xác người bệnh là gì?

1. Người bệnh chính xác
2. Phương pháp chính xác
3. Vị trí thủ thuật chính xác
4. Thời gian chính xác
5. Không nhớ/không biết

Câu 11. Theo anh/chị việc ra y lệnh miệng có cần thiết không?

1. cần thiết trong trường hợp cấp cứu
2. Cần khuyến khích để công việc nhanh hơn
3. Không nhớ/không biết

Câu 12. Theo anh/chị khi nhận y lệnh miệng cần phải chú ý gì?

1. Nhân viên nhận lệnh miệng phải viết ra và đọc lại đúng nguyên văn cho người bác sĩ đã ra lệnh nghe.
2. Người bác sĩ ra y lệnh phải xác nhận bằng miệng rằng lệnh đó là chính xác
3. Nhân viên nhận lệnh miệng viết lại y lệnh miệng và thực hiện ngay
4. Không nhớ/không biết

Câu 13. Anh/chị cho biết các sai sót hay gặp trong cấp phát thuốc là gì?

1. Cấp thuốc không đúng đơn
2. Cấp thuốc sai hàm lượng/sai dạng thuốc
3. Không hướng dẫn người bệnh bảo quản thuốc
4. Không nhớ/không biết

Câu 14. Theo anh/ chị các sai sót trong sử dụng thuốc có thể xảy ra trong trường hợp nào?

1. Kê đơn thuốc
2. Cấp phát thuốc
3. Thực hành sử dụng thuốc
4. Không nhớ/không biết

Câu 15. Theo anh/chị các thuốc LASA là các thuốc như thế nào?

1. Nhìn giống nhau
2. Nhìn không giống nhau
3. Đọc giống nhau
6. Đọc không giống nhau
7. Không nhớ/không biết

Câu 16. Anh/chị cho biết trong các tình huống dưới đây, tình huống nào được coi là sự cố y khoa:

1. Người bệnh tử vong do bệnh quá nặng dù đã được điều trị và chăm sóc tận tình
2. Người bệnh viêm phổi do cao tuổi và do thở máy lâu ngày
3. Trước khi phẫu thuật không được xác định người bệnh và vị trí phẫu thuật
4. Không biết

Câu 17. Anh/chị cho biết theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, có mấy mục tiêu chính trong việc thực hiện an toàn phẫu thuật?

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. 5 mục tiêu | 2. 7 mục tiêu |
| 3. 9 mục tiêu | 4. 10 mục tiêu |
| 5. Không nhớ/không biết | |

Câu 18. Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới, anh/chị cho biết bảng kiểm an toàn phẫu thuật khi thực hiện được chia thành mấy giai đoạn và nội dung các giai đoạn?

1. Một giai đoạn gồm gây mê và trước khi rạch da
2. Hai giai đoạn gồm 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 sang giai đoạn khác
3. Ba giai đoạn gồm 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 sang giai đoạn khác
4. Không nhớ/không biết

Câu 19. Anh/chị cho biết thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn bệnh viện sau nhập viện là gì?

1. Sau 12 giờ kể từ khi nhập viện
2. Sau 24 giờ kể từ khi nhập viện
3. Sau 48 giờ kể từ khi nhập viện
4. Sau 72 giờ kể từ khi nhập viện
5. Không nhớ/ không biết

Câu 20. Theo anh/chị người bệnh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện là do đâu?

1. Yếu tố nội sinh (bản thân người bệnh)
2. Ngoại sinh (môi trường)
3. Can thiệp thủ thuật, phẫu thuật
4. Không nhớ/không biết

Câu 21. Anh/chị cho biết các nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp là gì?

1. Viêm phổi
2. Nhiễm khuẩn huyết
3. Nhiễm khuẩn tiết niệu
4. Nhiễm khuẩn vết mổ
5. Không nhớ/không biết

Câu 22. Theo anh/chị yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện là gì?

1. Thiết bị và dụng cụ y tế sử dụng trên người bệnh
2. Quá trình phẫu thuật
3. Sử dụng kháng sinh
4. Không nhớ/không biết

Câu 23. Theo anh/chị các đường lây truyền chính trong cơ sở y tế là gì?

1. Lây truyền qua đường tiếp xúc
2. Lây truyền qua đường giọt bắn
3. Lây truyền qua đường không khí
4. Không nhớ/không biết

Câu 24. Theo anh/chị nguyên nhân làm cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm là gì?

1. Tai nạn rủi ro từ kim tiêm và vật sắc nhọn nhiễm khuẩn
2. Bắn máu và dịch từ người bệnh vào niêm mạc mắt, mũi, miệng khi làm thủ thuật
3. Da tay không lành lặn tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh có chứa tác nhân gây bệnh
4. Vệ sinh tay chưa đúng
5. Thiếu trang thiết bị bảo hộ y tế
6. Không nhớ/không biết

Câu 25. Theo anh/chị công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện là nhiệm vụ của ai?

1. Giám đốc bệnh viện
2. Các trưởng khoa
3. Các điều dưỡng trưởng
4. Tất cả nhân viên y tế

Câu 26. Theo anh/chị các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã ở người bệnh là gì?

1. Lắp đặt chuông báo động tại giường, ở các lối ra vào
2. Mở cửa sổ
3. “Giường có thanh chắn 2 bên” cho những người có nguy cơ té ngã
4. Lau sàn nhà, đặt biển cảnh báo
5. Không nhớ/không biết

Câu 27. Theo anh/chị nếu cần giữ chặt người bệnh trong lúc đang ở vị trí nằm ngửa, thì cần bảo đảm vấn đề gì?

1. Đầu của bệnh nhân được thoải mái xoay qua xoay lại
2. Đầu của bệnh nhân phải cố định chặt
3. Đầu giường để thấp
4. Đầu giường được nâng lên để giảm đến tối thiểu nguy cơ về hô hấp
5. Không nhớ/không biết

Câu 28. Theo anh/chị các biện pháp phòng ngừa té ngã ở người bệnh là gì?

1. Giảm nguy cơ gây thương tổn cho bệnh nhân do bị ngã
2. Giảm nguy cơ cháy nổ trong phẫu thuật
3. Giảm nguy cơ tử vong do bị giữ chặt
4. Cải tiến an toàn trong việc dùng bơm truyền

Câu 29. Theo anh/chị khi sử dụng bơm truyền dịch cần phải chú ý vấn đề gì?

1. Dịch truyền chảy vào bệnh nhân phải qua thiết bị dòng chảy
2. Thiết bị bảo vệ dòng chảy phải được gắn vào bên trong dụng cụ
3. Gắn thiết bị bên ngoài thiết bị bảo vệ dòng chảy
4. Thiết bị bảo vệ dòng chảy luôn luôn trong tình trạng sử dụng
5. Không nhớ/không biết

Câu 30. Theo anh/chị việc thực hiện an toàn người bệnh có cần thiết không?

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. Rất cần thiết | 2. Cần thiết |
| 3. Bình thường | 4. Không cần thiết |

Câu 31. Theo anh/chị việc triển khai thực hiện an toàn người bệnh tại bệnh viện là công việc thế nào?

- | | |
|---------------|--------|
| 1. Rất khó | 2. Khó |
| 3. Trung bình | 4. Dễ |

Câu 32. Anh/chị có sẵn sàng tham gia các hoạt động liên quan đến đảm bảo an toàn người bệnh tại bệnh viện mình không?

1. Rất sẵn sàng
2. Không sẵn sàng

3. Không có ý kiến gì

Câu 33. Theo anh/ chị việc thực hiện quản lý chất lượng đảm bảo an toàn người bệnh tại bệnh viện tạo nên lợi ích gì?

1. Văn hóa chất lượng
2. Thói quen tốt

PHẦN II.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ ANH TOÀN NGƯỜI BỆNH TRONG PHÒNG CHỐNG COVID - 19 TẠI BỆNH VIỆN

Câu 34. Theo anh/chị các biện pháp phòng ngừa chung tại bệnh viện để đảm bảo an toàn người bệnh trong phòng chống dịch COVID - 19 là gì?

1. Quy định kiểm soát đeo khẩu trang trong bệnh viện
2. Tuân thủ đeo khẩu trang
3. Tuân thủ vệ sinh tay trong bệnh viện
4. Không nhớ/ không biết

Câu 35. Anh/chị cho biết các biện pháp để kiểm soát lây nhiễm SARS-CoV-2 trong cơ sở khám chữa bệnh là gì?

1. Thực hiện phòng ngừa chuẩn
2. Thực hiện phòng ngừa dựa theo đường lây truyền
3. Kiểm soát môi trường
4. Phòng ngừa lây truyền cho cộng đồng
5. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa tổng hợp
6. Không nhớ/ không biết

Câu 36. Anh/chị cho biết các biện pháp phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát lây nhiễm SARS-CoV-2 là gì?

1. Thực hiện vệ sinh tay
2. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân
3. Thực hiện quy tắc vệ sinh hô hấp khi ho, hắt hơi
4. Thực hiện dự phòng tổn thương do vật sắc nhọn
5. Xử lý dụng cụ chăm sóc người bệnh tái sử dụng đúng quy trình
6. Vệ sinh môi trường chăm sóc người bệnh
7. Xử lý chất thải rắn y tế đúng quy định
8. Sắp xếp người bệnh an toàn
9. Không nhớ/ không biết

Câu 37. Theo anh/chị để sàng lọc và phân luồng người bệnh mắc COVID - 19, bệnh viện cần làm gì?

1. Đặt hệ thống biển báo sàng lọc, phân luồng
2. Có bàn tiếp nhận và phân loại
3. Kiểm tra thân nhiệt phân luồng người bệnh
4. Phân luồng cho người đi khám
5. Có buồng khám sàng lọc
6. Có buồng cách ly cho ca bệnh nghi ngờ
7. Không nhớ/ không biết

Câu 38. Anh/chị cho biết các bước thực hiện phân luồng, sàng lọc, cách ly người nghi nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm SARS-CoV-2 đối với bệnh viện là gì?

1. Sàng lọc ban đầu
2. Phân luồng đi tới buồng khám sàng lọc
3. Phân luồng sau sàng lọc
4. Chuyển viện hoặc vào khu cách ly điều trị covid -19
5. Không nhớ/ không biết

Câu 39. Anh/chị cho biết khu cách ly đối với người nhiễm hoặc nghi nhiễm SARS-CoV-2 trong bệnh viện được phân làm mấy vùng?

1. 3 vùng: vùng nguy cơ cao, vùng nguy cơ trung bình, vùng nguy cơ thấp
2. 2 vùng: vùng nguy cơ cao, vùng nguy cơ thấp
3. Không phân vùng
4. Không nhớ/ không biết

Câu 40. Theo Anh/chị bố trí buồng bệnh khu cách ly cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thu dung điều trị COVID -19 cần chú ý

1. Phân bố buồng bệnh
2. Hệ thống thông khí
3. Nội thất khi cách ly

Câu 41. Theo anh/chị nguyên tắc khi sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân (PHCN) trong phòng chống dịch COVID -19 là gì?

1. Khi tiếp xúc, thăm khám, chăm sóc cho người nhiễm hoặc nghi nhiễm SARS-COV-2
2. Trường hợp cấp cứu người bệnh nhưng không khai thác được yếu tố dịch tễ
3. Tránh tiếp xúc hoặc điều chỉnh phương tiện PHCN đã mang trong khi làm việc trong buồng, khu vực cách ly
4. Không mang, tháo phương tiện PHCN trong cùng một phòng
5. Tháo phương tiện PHCN ngay sau khi ra khỏi khu vực cách ly
6. Thay găng khi chuyển từ NB này sang chăm sóc NB khác
7. Phương tiện PHCN chỉ dùng một lần

8. Phương tiện PHCN là chất thải lây nhiễm, sau khi tháo bỏ phải bỏ ngay vào thùng chất thải lây nhiễm

9. Không nhớ/ không biết

Câu 42. Theo anh/chị khi tháo phương tiện phòng hộ cá nhân (PHCN) cần chú ý nguyên tắc gì?

1. Khi tháo phải cuộn mặt ngoài phương tiện PHCN vào trong
2. Khi tháo phải cuộn mặt ngoài phương tiện PHCN ra ngoài
3. Không được giữ phương tiện PHCN khi tháo
4. Tránh đụng hoặc chạm tay vào mặt trước của phương tiện PHCN
5. Tháo khẩu trang ra sau cùng
6. Không nhớ/ không biết

Câu 43. Anh/chị cho biết các phương tiện phòng hộ cá nhân của nhân viên y tế tại phòng khám sàng lọc bao gồm những gì?

1. Bộ quần áo chống dịch
2. Tạp dề
3. Găng tay
4. Khẩu trang y tế
5. Kính bảo hộ/tấm che mặt
6. Không nhớ/ không biết

Câu 45. Theo anh/chị các loại phương tiện phòng hộ cá nhân của nhân viên y tế trong lấy mẫu bệnh phẩm gồm những gì?

1. Bộ quần áo chống dịch sử dụng một lần
2. Tấm choàng không thấm nước
3. Mũ trùm không thấm nước
4. Khẩu trang có hiệu lực lọc cao (N95 hoặc tương đương)
5. Kính bảo hộ hoặc tấm che mặt
6. Găng tay
7. Ủng cao su/ giày chống thấm cổ cao
8. Không nhớ/ không biết

Câu 46. Theo anh/chị khi xử lý dụng cụ ăn uống của người nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm SARS-CoV-2 cần chú ý những điều gì?

1. Sử dụng các dụng cụ đựng thực phẩm dùng một lần
2. Dụng cụ đựng thực phẩm thu gom, tiêu hủy ngay như chất thải y tế lây nhiễm
3. Thực phẩm dư thừa xử lý như chất thải lây nhiễm
4. Dụng cụ đựng thực phẩm xử lý như chất thải sinh hoạt
5. Không nhớ/ không biết

Câu 47. Theo anh/chị khi xử lý đồ vải của người nghi nhiễm hoặc nhiễm SARS-CoV-2 cần chú ý những điều gì?

1. Thu gom toàn bộ đồ vải tại nơi phát sinh đồ vải bẩn
2. Không đem đồ vải đã thu gom tại nơi thải bỏ đồ vải
3. Đồ vải sau thu gom đựng trong túi 2 lớp, gói kín, không rách, không thủng, không thấm nước
4. Túi đựng đồ vải được xử lý như rác thải có nguy cơ lây nhiễm
5. Được giặt ngay, giặt riêng, không ngâm
6. Giặt bằng máy với nhiệt độ cao (60°C - 70°C)
7. Sử dụng hóa chất có hợp chất Clo để giặt
8. Túi đựng đồ vải ghi nhãn “ĐỒ VẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-COV-2”
9. Không nhớ/ không biết

Câu 48. Theo anh/chị cho biết nhà giặt đảm bảo yêu cầu phòng ngừa lây nhiễm SARS-CoV-2 gồm những gì?

1. Một chiều
2. Có hệ thống xử lý nước thải
3. Nhân viên phải được đào tạo
4. Có đầy đủ phương tiện phòng hộ cá nhân đạt chuẩn
5. Không nhớ/ không biết

Câu 49. Theo anh/chị cần vệ sinh khử khuẩn bề mặt tại các khu vực nào?

1. Khu vực chăm sóc và điều trị người mắc SARS-CoV-2
2. Khu vực tiếp nhận và sàng lọc người bệnh
3. Vệ sinh sau khi người bệnh ra viện/ chuyển viện/ tử vong
4. Vệ sinh khử khuẩn bề mặt đồ tràn máu hoặc dịch cơ thể
5. Khu vực khám liệm người bệnh SARS-CoV-2
6. Khu vực sàng lọc, cách ly thu dung điều trị
7. Không nhớ/ không biết

Câu 50. Theo anh/chị để đảm bảo an toàn khi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật người nhiễm hoặc nghi nhiễm SARS-CoV-2 cần chú ý điều gì?

1. Tối ưu hóa phòng mổ áp lực âm
2. Phân luồng đi của người bệnh, nhóm phẫu thuật, vận chuyển đồ bẩn sau phẫu thuật
3. Chuẩn bị đầy đủ phương tiện PHCN cho phẫu thuật viên, kíp mổ
4. Ưu tiên dùng các dụng cụ sử dụng một lần
5. Vệ sinh phòng mổ
6. Quản lý chất thải rắn y tế đúng quy định
7. Nhân viên y tế tham gia thực hiện kỹ thuật theo dõi trong 14 ngày

8. Dây máy thở, lọc máu, thận ưu tiên loại dùng 1 lần

Câu 51. Theo anh/chị việc thực hiện đảm bảo an toàn người bệnh trong phòng chống COVID- 19 có cần thiết không?

1. Rất cần thiết

2. Cần thiết

3. Bình thường

4. Không cần thiết

Xin cảm ơn anh/chị.

Người điều tra

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHIẾU KHẢO SÁT AN TOÀN TRONG TIÊM - TRUYỀN TĨNH MẠCH**I. Thông tin chung****Họ và tên ĐD:** **Tuổi:**.....**Giới tính:** 1. Nam 2. Nữ**Nghề nghiệp:** 1. Điều dưỡng 2. Hộ sinh 3. Kỹ thuật viên**Thâm niên công tác:** năm**Trình độ chuyên môn:** 1. Trung cấp 2. Cao đẳng 3. Đại học 4. Sau đại học**Được phổ biến về tiêm an toàn:** Có ☐ Không ☐**Tổng số Nb chăm sóc/ ngày:****Tổng số Nb thực hiện thuốc/ ngày:****Tổng số mũi tiêm, truyền thực hiện/ ngày:****Mục đích mũi tiêm:****Kỹ thuật:** Truyền dịch ☐ Tiêm bắp ☐ Tiêm tĩnh mạch ☐
Tiêm trong da ☐ Tiêm trong da ☐ Khác:**Thuốc tiêm:** Kháng sinh ☐ Giảm đau ☐ Vitamin ☐ Khác:**Dịch truyền:** Đẳng trương ☐ Ưu trương ☐ Lipid ☐ Acidamin ☐ Khác:**I. Công tác chuẩn bị**

Stt	Nội dung	Đánh giá	Ghi chú
1	ĐDV mang trang phục đúng quy định	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
2	Xem y lệnh xác định thuốc sử dụng, đường dùng, liều lượng, thời gian thực hiện	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
3	Xác định Nb đúng nguyên tắc	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
4	Thông báo, giải thích cho Nb	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
5	Nhận định Nb: - Toàn trạng Nb - Chỉ số sinh tồn NB - Tiền sử dùng thuốc và dị ứng thuốc - Kiến thức về việc dùng thuốc - Tình trạng vùng tiêm, truyền	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
6	Xe tiêm đúng quy định	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Sạch <input type="checkbox"/> Bàn <input type="checkbox"/> Sắp xếp đảm bảo 5S <input type="checkbox"/>	
7	Dụng cụ, phương tiện, vật dụng cần thiết	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	

2	Thực hiện 5 đúng: - Đúng người bệnh - Sử dụng đúng thuốc - Thuốc sử dụng đúng liều - Đúng đường dùng - Đúng thời gian	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
3	Test da đúng quy định (<i>theo thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017</i>)	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
4	Xác định vùng tiêm, truyền phù hợp, đảm bảo an toàn	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
5	Lấy thuốc, pha thuốc đúng kỹ thuật	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
6	Khí được đẩy hết trong bơm tiêm/ dây truyền	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
7	Bơm kim tiêm đảm bảo vô khuẩn	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
8	Sát khuẩn vùng tiêm đúng quy định: - Sử dụng panh sát khuẩn	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
9	Bông cồn sử dụng: - Vừa đủ cồn - Quá nhiều cồn - Quá khô	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
10	Da được sát khuẩn khô mới tiêm	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
11	Kiểm tra kim vào lòng mạch trước khi tiêm/ truyền	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
12	Tiêm/ truyền đúng vị trí, góc độ, độ sâu kim	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
13	Tiêm thuốc 2 nhanh 1 chậm	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
14	Dùng 2 tay đẩy nắp kim tiêm	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
15	Cô lập ngay bơm/ kim tiêm vào hộp kháng trùng	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
16	Rơi vãi bơm kim tiêm	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Vị trí rơi vãi:	
17	Đảm bảo vô khuẩn trong suốt quá trình chuẩn bị và đưa thuốc vào cơ thể Nb	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
18	Thực hiện đầy đủ các bước của quy trình kỹ thuật	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
19	Theo dõi, dặn dò Nb trong và sau khi thực	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	

	hiện tiêm/ truyền		
20	Cốc đựng bông chứa cồn chỉ sử dụng cho 1 lần tiêm	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	

NGƯỜI GIÁM SÁT

Ngày tháng năm 202...

PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ

- 1 Mã phiếu số phiếu.....
2. Tên bệnh viện: **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên**
3. Tên khoa nằm điều trị trước ra viện.....
4. Mã khoa

THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH

Họ và tên người bệnh:

H1. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ	H2. Tuổi
H3. Số di động (có thể không ghi):	H4. Ước tính khoảng cách từ nhà đến bệnh viện km
H5. Ông/Bà có sử dụng thẻ BHYT cho lần khám, điều trị này 1. Có 2. Không không?	

ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây:

① là: Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt
--	--------------------------------------	--	--------------------------------	--

A. Khả năng tiếp cận		
A1.	Các biển báo, chỉ dẫn đường đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤
A2.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤
A3.	Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤
A4.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	① ② ③ ④ ⑤
A5.	Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤
B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị		
B1.	Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu.	① ② ③ ④ ⑤
B2.	Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤
B3.	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai.	① ② ③ ④ ⑤
B4.	Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình.	① ② ③ ④ ⑤
B5.	Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp.	① ② ③ ④ ⑤
B6.	Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám.	① ② ③ ④ ⑤
B7.	Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám.	① ② ③ ④ ⑤
B8.	Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn.	① ② ③ ④ ⑤

B9.	Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp.	①②③④⑤
B10.	Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp.	①②③④⑤
<p align="center">C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh</p>		
C1.	Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông.	①②③④⑤
C2.	Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt.	①②③④⑤
C3.	Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên.	①②③④⑤
C4.	Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	①②③④⑤
C5.	Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật.	①②③④⑤
C6.	Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ.	①②③④⑤
C7.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	①②③④⑤
C8.	Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân.	①②③④⑤
<p align="center">D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế</p>		
D1.	Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	①②③④⑤
D2.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	①②③④⑤
D3.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	①②③④⑤
D4.	Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi.	①②③④⑤
<p align="center">E. Kết quả cung cấp dịch vụ</p>		
E1.	Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà.	①②③④⑤
E2.	Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc.	①②③④⑤
E3.	Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	①②③④⑤
E4.	Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.	①②③④⑤
F	Đánh giá chung, bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi của Ông/Bà trước khi nằm viện? (điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu bệnh viện điều trị tốt, vượt quá mong đợi của Ông/Bà)%
	Nếu có nhu cầu khám, chữa những bệnh	1. Chắc chắn không bao giờ quay lại 2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác

G	tương tự, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	3.Có thể sẽ quay lại 4. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác 5. Khác (ghi rõ)
H	Ông/Bà có ý kiến gì khác, xin ghi rõ?	

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN ÔNG/BÀ!

Điện Biên Phủ, ngày tháng năm 2021

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên, đóng dấu)

NGƯỜI KHẢO SÁT
(Ký và ghi rõ họ tên)

PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ

Mã phiếu số phiếu.....

Tên bệnh viện: **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên**

Tên khoa nằm điều trị trước ra viện.....

Mã khoa

THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH

Họ và tên người bệnh:

H1. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ	H2. Tuổi
H3. Số di động (có thể không ghi):	H4. Tổng số ngày nằm viện ... ngày
H5. Ông/bà có sử dụng thẻ BHYT cho lần điều trị này không? 1. Có 2. Không	

ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây:

① là: Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt
--	--------------------------------------	--	--------------------------------	--

A. Khả năng tiếp cận

A6.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤
A7.	Thời gian vào thăm người bệnh được thông báo rõ ràng.	① ② ③ ④ ⑤
A8.	Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤
A9.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	① ② ③ ④ ⑤
A10.	Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết.	① ② ③ ④ ⑤

B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

B11.	Quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤
B12.	Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ.	① ② ③ ④ ⑤
B13.	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian	

	dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.	①②③④⑤
B14.	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.	①②③④⑤
B15.	Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị.	①②③④⑤
C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh		
C9.	Buồng bệnh nằm điều trị khang trang, sạch sẽ, có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp như quạt, máy sưởi, hoặc điều hòa.	①②③④⑤
C10.	Giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt.	①②③④⑤
C11.	Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt.	①②③④⑤
C12.	Được bảo đảm an toàn, an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện.	①②③④⑤
C13.	Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ.	①②③④⑤
C14.	Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh.	①②③④⑤
C15.	Được bảo đảm sự riêng tư khi nằm viện như thay quần áo, khám bệnh, đi vệ sinh tại giường... có rèm che, vách ngăn hoặc nằm riêng.	①②③④⑤
C16.	Căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng.	①②③④⑤
C17.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	①②③④⑤
D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế		
D5.	Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	①②③④⑤
D6.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	①②③④⑤
D7.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	①②③④⑤
D8.	Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời.	①②③④⑤
D9.	Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.	①②③④⑤
D10.	Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.	①②③④⑤

D11.	Nhân viên y tế không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng.		①②③④⑤
E. Kết quả cung cấp dịch vụ			
E5.	Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng.		①②③④⑤
E6.	Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nguyện vọng.		①②③④⑤
E7.	Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng.		①②③④⑤
E8.	Ông/Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.		①②③④⑤
E9.	Ông/Bà đánh giá mức độ hài lòng về giá dịch vụ y tế.		①②③④⑤
G1	Đánh giá chung, bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi của Ông/bà trước khi nằm viện? (điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu bệnh viện điều trị tốt, vượt quá mong đợi của Ông/bà)	%
G2	Nếu có nhu cầu khám, chữa những bệnh tương tự, Ông/bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	1. Chắc chắn không bao giờ quay lại 2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác 3. Muốn chuyển tuyến sang bệnh viện khác 4. Có thể sẽ quay lại 5. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác 6. Khác (ghi rõ).....	
H	Ông/bà có ý kiến gì khác, xin ghi rõ?		

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN ÔNG/BÀ!

Điện Biên Phủ, ngày tháng năm 202

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên, đóng dấu)

NGƯỜI KHẢO SÁT
(Ký và ghi rõ họ tên)

LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN VÀ CÁC KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. Quyết định số 522/QĐ-BVT, ngày 06 tháng 9 năm 2021 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc kiện toàn Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện.
2. Quyết định số 539/QĐ-BVT, ngày 10 tháng 9 năm 2021 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc ban hành quy chế hoạt động của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.
3. Quyết định số 556/QĐ-BVT, ngày 23 tháng 9 năm 2021 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc kiện toàn Mạng lưới Quản lý chất lượng bệnh viện.
4. Quyết định số 221/QĐ-SYT, ngày 08 tháng 4 năm 2021 của Giám đốc Sở Y tế tỉnh Điện Biên về việc chia tách Phòng Kế hoạch tổng hợp để thành lập Phòng Kế hoạch tổng hợp và Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện.
5. Quyết định số 498/QĐ-BVT, ngày 30 tháng 6 năm 2021 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc ban hành kế hoạch thực hiện Quyết định số 221/QĐ-SYT, ngày 08 tháng 4 năm 2021 của Sở Y tế tỉnh Điện Biên về việc chia tách Phòng Kế hoạch tổng hợp để thành lập Phòng Kế hoạch tổng hợp và Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện.
6. Quyết định số 428/QĐ-BVT, ngày 26 tháng 7 năm 2021 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc thành lập Đội cơ động hỗ trợ cấp cứu bệnh nhân COVID-19.
7. Quyết định số 435/QĐ-BVT, ngày 28 tháng 7 năm 2021 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc thành lập tổ an toàn tiêm chủng vắc xin COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.
8. Kế hoạch số 675/KH-BVT, ngày 8 tháng 9 năm 2021 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc tập huấn nâng cao kiến thức, kỹ năng và sự tuân

thủ thực hành phòng chống COVID-19 cho Đoàn cán bộ y tế tỉnh Điện Biên hỗ trợ thành phố Hồ Chí Minh chống dịch.

9. Tờ trình số 529/TTr-BVT, ngày 12 tháng 7 năm 2021 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc xin chủ trương nâng cấp cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin đáp ứng yêu cầu triển khai bệnh án điện tử tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.

10. Tờ trình số 1256/TTr-SYT, ngày 27 tháng 7 năm 2021 của Sở Y tế tỉnh Điện Biên về việc xin chủ trương nâng cấp cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin đáp ứng yêu cầu triển khai bệnh án điện tử tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.

11. Công văn số 3360/UBND-KGVX, ngày 07 tháng 10 năm 2021 của Ủy ban nhân dân tỉnh Điện Biên về việc chủ trương nâng cấp cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin đáp ứng yêu cầu triển khai bệnh án điện tử tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.

12. Kế hoạch số 1091/KH-BVT, ngày 27 tháng 12 năm 2021 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về kế hoạch triển khai ứng dụng công nghệ thông tin năm 2022.

13. Kế hoạch số 1110/KH-BVT, ngày 28 tháng 11 năm 2022 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về kế hoạch triển khai ứng dụng công nghệ thông tin năm 2023.

14. Công văn số 499/CV-BVT, ngày 30 tháng 6 năm 2021 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên về việc làm hệ thống biển báo, bảng chỉ dẫn phục vụ chuyên môn và phòng chống dịch COVID-19.

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN
PHÒNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG**QUY TRÌNH BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA****Mã số: QTQL.0006.QLCL****Phiên bản: 1.0****Ngày ban hành: 25/5/2022**

	Họ và tên	Chức vụ	Thời gian	Chữ ký
Người biên soạn	Đinh Minh Tuấn	Nhân viên		
Phòng QLCL	Dương Thị Hảo	Trưởng phòng		
HĐKHKT	Trần Đức Nghĩa	Chủ tịch		
Người phê duyệt	Phạm Văn Mẫn	Giám đốc		
Nơi lưu giữ	Phòng Quản lý chất lượng		Số bản:.....	
Phiên bản: 1.0	Tài liệu nội bộ		Bản số:/.....	

PHIẾU BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA

HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA -Tự nguyện: <input type="checkbox"/> - Bắt buộc: <input type="checkbox"/>		Số báo cáo/ Mã số sự cố: Ngày báo cáo:... / / Đơn vị báo cáo:.....	
Thông tin người bệnh		Đối tượng xảy ra sự cố	
Họ và tên: Số bệnh án: Ngày sinh:..... Giới tính:Khoa/phòng:.....		<input type="checkbox"/> Người bệnh <input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> Trang thiết bị/cơ sở hạ tầng	
Nơi xảy ra sự cố			
Khoa/phòng/vị trí xảy ra sự cố:.....		Vị trí cụ thể (ví dụ: nhà vệ sinh, bãi đậu xe.....)	
Ngày xảy ra sự cố:.....		Thời gian.....	
Mô tả ngắn gọn về sự cố			
Đề xuất giải pháp ban đầu			
Điều trị/xử lý ban đầu đã được thực hiện			
Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận		Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận	
Thông báo cho người nhà/ người bảo hộ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận		Thông báo cho người bệnh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận	
Phân loại ban đầu về sự cố			
<input type="checkbox"/> Chưa xảy ra		<input type="checkbox"/> Đã xảy ra	
Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố			
<input type="checkbox"/> Nặng		<input type="checkbox"/> Trung bình	
<input type="checkbox"/> Nhẹ			
Thông tin người báo cáo			
Họ và tên	Số Điện thoại	Email	
Điều dưỡng (chức danh)	Người bệnh	Người nhà/Khách đến thăm	
Bác sỹ (chức danh)	Khác (ghi cụ thể)		
Người chứng kiến 1		Người chứng kiến 2	

SỞ Y TẾ ĐIỆN BIÊN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---	---

BIÊN BẢN HỌP XÁC ĐỊNH NGUYÊN NHÂN GỐC SỰ CỐ Y KHOA

1. Thời gian và địa điểm

Thời gian: Giờ.....Phút, Ngày Thángnăm 202....

Địa điểm:

2. Thành phần tham dự

Chủ tọa:

Thư ký:

Các thành viên:.....

3. Tóm tắt sự cố cần xác định nguyên nhân gốc

.....

4. Ý kiến các thành viên:

.....

5. Kết luận:

Nguyên nhân gốc dẫn đến sự cố:

.....

Giải pháp khắc phục:

.....

Thư ký

Các thành viên

Chủ tọa

**SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**



**ĐẠI CƯƠNG
VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG CÁC CƠ SỞ Y TẾ**

ĐIỆN BIÊN 2021

**SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**



ĐÀO TẠO 5S

ĐIỆN BIÊN 2021

**SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**



PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA TRONG PHẪU THUẬT

ĐIỆN BIÊN 2021

**SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**



**TÀI LIỆU ĐÀO TẠO
TĨNH MẠCH TRỊ LIỆU**

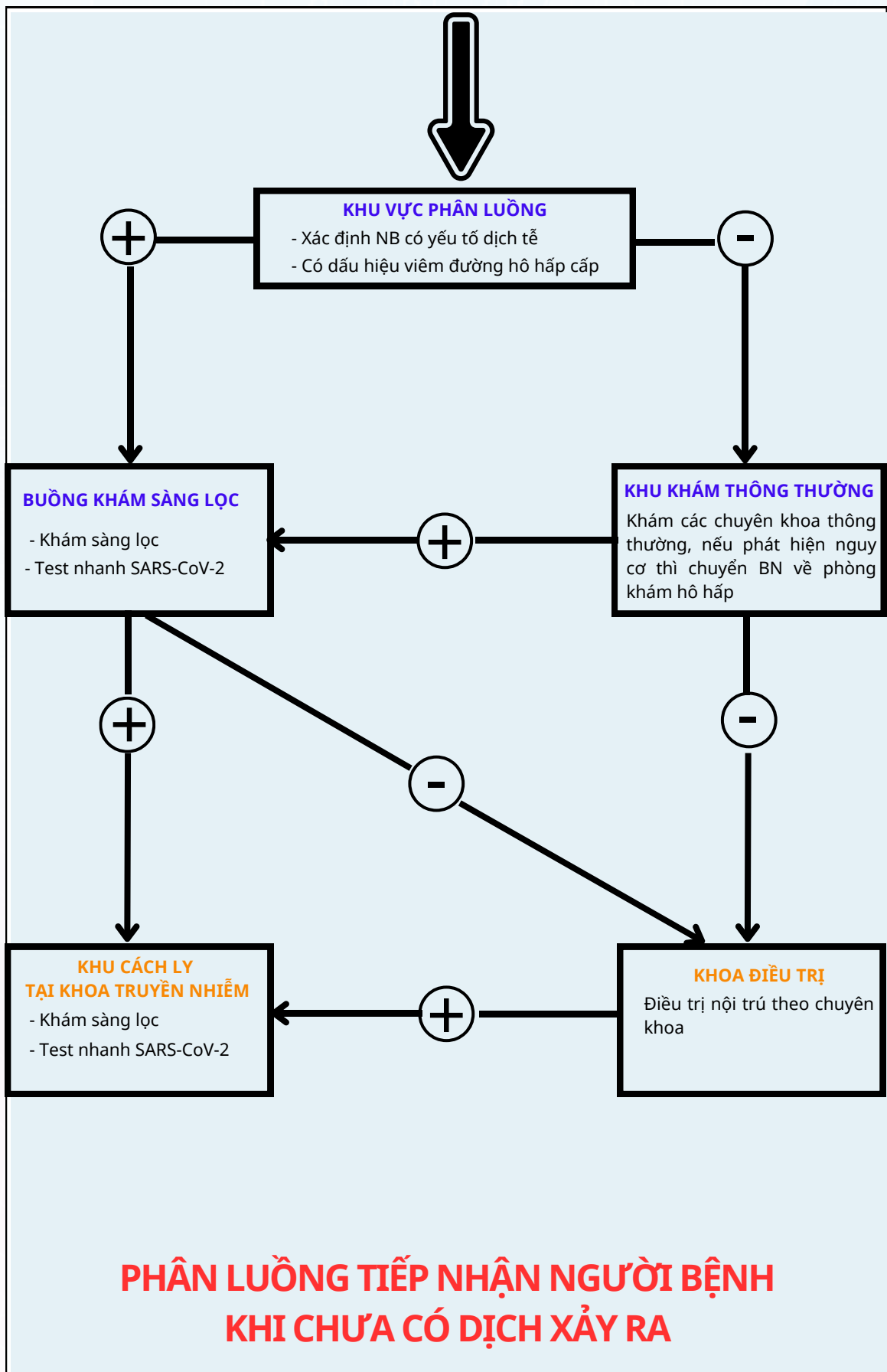
ĐIỆN BIÊN 2021

**SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**



**VỆ SINH TAY VÀ SỬ DỤNG
PHƯƠNG TIỆN PHÒNG HỘ CÁ NHÂN**

ĐIỆN BIÊN 2021





Tập huấn QLCLBV và Giao tiếp ứng xử



Tập huấn thu thập số liệu và ứng dụng CNTT



Tập huấn và ký cam kết thực hiện 5S



Tập huấn KSNK và Phòng ngừa COVID-19